

Original Article

Perception–Expectation and Therapeutic Justice in a Supra-Local Scale: The Mahrahneh Organizational Commitment Model in Redefining the Cancer-Friendly Supportive City

Mohammad Taghi Heydari¹*, Azim Ali shaei^{2*}, Narges Kouravand Takht Sabzi³

¹ Department of Geography, Faculty of Humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran

² Department of Geography, Faculty of Humanities, Payam Noor University, Tehran, Iran

³ Department of Geography, Faculty of Humanities, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Absratct

Background and Purpose: Cancer is one of the most pressing public health issues in urban societies, with increasing prevalence placing significant pressure on healthcare systems and social support infrastructures. Beyond being a personal health crisis, cancer is also a social and environmental challenge that underscores the growing need for therapeutic justice in cities. Patients diagnosed with cancer often face multiple layers of vulnerability due to the complexity of their healthcare and psychosocial needs. In this context, the concept of a "Cancer Patient-Friendly City" emerges as a novel and holistic approach to address inequalities in access to care and support services. Organizations like Mehraneh, which provide integrated support to cancer patients in Iran, play a crucial role in realizing this vision. This study seeks to evaluate how effectively Mehraneh's services contribute to healthcare accessibility, service quality, and overall patient satisfaction in Zanjan city.

Methodology: This research employs a quantitative, survey-based methodology to assess the impact of Mehraneh's activities on cancer patients' access to healthcare services and their perceptions of service quality. The primary aim is to understand patients' expectations and perceptions regarding the healthcare and psychosocial support services they receive, with an emphasis on identifying the service quality dimensions that most influence their satisfaction. Data collection was conducted through a structured questionnaire based on the SERVQUAL model, which measures five key dimensions of service quality: tangibility, reliability, responsiveness, assurance, and empathy. The questionnaire was carefully designed to capture both the expected level of services and the actual perceived performance, enabling a gap analysis to identify specific areas requiring improvement. The target population consisted of cancer patients who received support from Mehraneh in 2024. Using a random sampling approach, 40 patients were selected from this group to participate in the study. Responses were analyzed statistically to explore correlations between various dimensions of service quality and levels of patient satisfaction. This method ensured a high level of objectivity and offered insights that could be generalized—within limits—to similar contexts involving NGO-led healthcare support.

Findings and Discussion: The analysis revealed that among the five dimensions of service quality, "assurance" and "reliability" had the most significant and direct effects on patient perceptions and expectations. These two components were repeatedly identified by participants as fundamental to their sense of trust and confidence in the services offered by Mehraneh. The assurance dimension—referring to the knowledge, professionalism, and respectful behavior of the organization's staff—played a key role in making patients feel secure and valued. Similarly, the reliability dimension—relating to the organization's consistency in delivering promised services accurately and on time—was essential in reinforcing a sense of stability and dependability. These findings highlight that trust-building mechanisms, anchored in these two dimensions, are critical for achieving patient satisfaction. Moreover, the results emphasize the strategic importance of aligning service delivery with patient expectations to close the perceived service gaps. For NGOs and community-based healthcare organizations, focusing on assurance and reliability can serve as an effective means to not only enhance satisfaction but also contribute to broader social goals, such as promoting equitable access to care and fostering therapeutic justice.

Conclusion: This study concludes that enhancing cancer patients' trust and satisfaction plays a pivotal role in improving the overall quality of healthcare services and in advancing the ideal of therapeutic justice, especially in urban environments. For organizations like Mehraneh, which are committed to supporting vulnerable populations, paying strategic attention to assurance and reliability can yield long-term benefits. These include improving patient experiences, increasing adherence to care, and ultimately enhancing the quality of life for individuals battling cancer. The insights from this study provide valuable direction for healthcare policymakers and support organizations aiming to create more inclusive and patient-centered health systems.

Keywords: Right to Health- Supportive Action-Patient-Friendly City- Therapeutic Justice.

Citation: Heydari, M. T., Alishaei, A., & Kouravand Takht Sabzi, N., (2025). Perception–Expectation and Therapeutic Justice in a Supra-Local Scale: The Mahrahneh Organizational Commitment Model in Redefining the Cancer-Friendly Supportive City). *Sustainable Development of Geographical Environment*: Vol. 7, No. 13, (33-48). https://egsdejournal.sbu.ac.ir/article_105786.html

Received:03/03/2025

Revised:09/05/2025

Accepted:24/05/2025

* Corresponding Author's Email: Mt.heydari@znu.ac.ir

مقاله پژوهشی

ادراک - انتظار و عدالت درمانی در مقیاس فرامحلی: الگوی تعهد سازمانی مهرانه در بازتعریف

شهر حامی دوستدار بیماران سرطانی

محمدتقی حیدری^۱ , عظیم علی شائی^۲ , نرگس کوراوند تخت سبزی^۳

۱. گروه جغرافیا، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

۲. گروه جغرافیا، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. گروه جغرافیا، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

پیشینه و هدف: سرطان یکی از مهم‌ترین و بحرانی‌ترین چالش‌های سلامت عمومی در جوامع شهری به شمار می‌رود؛ به‌ویژه آنکه شیوع روزافزون آن، فشار زیادی بر نظام‌های درمانی و زیرساخت‌های حمایتی اجتماعی وارد کرده است. این بیماری تنها یک بحران فردی نیست، بلکه چالشی اجتماعی و محیط‌زیستی نیز محسوب می‌شود که لزوم توجه به عدالت درمانی در فضاهای شهری را بیش‌ازپیش برجسته می‌سازد. بیماران مبتلا به سرطان به دلیل پیچیدگی نیازهای درمانی و روان‌اجتماعی خود، اغلب با لایه‌های متعددی از آسیب‌پذیری مواجه هستند. در این راستا، مفهوم «شهر دوستدار بیمار سرطانی» به‌عنوان رویکردی نوین و جامع مطرح می‌شود که هدف آن کاهش نابرابری‌ها در دسترسی به مراقبت‌های درمانی و خدمات حمایتی است. سازمان‌هایی مانند «مهرانه» که در ایران به‌صورت تخصصی به حمایت از بیماران سرطانی می‌پردازند، نقش کلیدی در تحقق این رویکرد ایفا می‌کنند. پژوهش حاضر به دنبال ارزیابی میزان اثربخشی خدمات مهرانه در ارتقای دسترسی بیماران به خدمات سلامت، بهبود کیفیت خدمات و افزایش رضایت کلی آن‌ها در شهر زنجان است.

روش‌ها: این مطالعه با استفاده از روش تحقیق کمی و مبتنی بر پیمایش به بررسی تأثیر فعالیت‌های حمایتی مهرانه بر دسترسی بیماران سرطانی به خدمات بهداشتی و ادراک آن‌ها از کیفیت این خدمات می‌پردازد. هدف اصلی، درک انتظارات و برداشت‌های بیماران نسبت به خدمات درمانی و پشتیبانی روان‌اجتماعی دریافتی است، با تأکید بر شناسایی مؤلفه‌هایی از کیفیت خدمات که بیشترین نقش را در رضایت بیماران دارند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای ساختاریافته بر پایه مدل سروکوال (SERVQUAL) است که پنج بُعد کلیدی کیفیت خدمات را می‌سنجد: ملموس بودن (tangibility)، قابلیت اعتماد (reliability)، پاسخگویی (responsiveness)، اطمینان‌بخشی (assurance) و همدلی (empathy). این پرسشنامه به‌گونه‌ای طراحی شده بود که هم سطح مورد انتظار خدمات و هم عملکرد ادراک‌شده واقعی را ارزیابی کند؛ به این ترتیب، امکان تحلیل شکاف بین انتظارات و واقعیت خدمات فراهم شد. جامعه آماری، شامل بیماران سرطانی تحت پوشش مهرانه در سال ۲۰۲۴ بود که به‌صورت تصادفی تعداد ۴۰ نفر از آنان برای مشارکت در پژوهش انتخاب شدند. داده‌های گردآوری‌شده به روش آماری تحلیل گردید تا روابط بین ابعاد مختلف کیفیت خدمات و میزان رضایت بیماران آشکار شود. این رویکرد، به حفظ عینیت پژوهش و تعمیم‌پذیری نسبی یافته‌ها در زمینه حمایت‌های درمانی توسط سازمان‌های غیردولتی کمک می‌کند.

یافته‌ها: یافته‌های آماری نشان داد که در میان پنج بُعد کیفیت خدمات، دو مؤلفه اطمینان‌بخشی و قابلیت اعتماد بیشترین تأثیر مستقیم، قوی و معنادار را بر برداشت‌ها و انتظارات بیماران داشته‌اند. شرکت‌کنندگان در پژوهش بارها به نقش حیاتی این دو بُعد در ایجاد اعتماد و اطمینان نسبت به خدمات مهرانه اشاره کرده‌اند. بعد اطمینان‌بخشی که به دانش، تخصص، رفتار حرفه‌ای و احترام کارکنان اشاره دارد، نقش مهمی در القای حس امنیت و ارزشمندی به بیماران ایفا کرده است. همچنین، بعد قابلیت اعتماد که به تعهد سازمان در ارائه خدمات وعده‌داده‌شده با دقت و ثبات اشاره دارد، عاملی اساسی در شکل‌گیری احساس ثبات و اتکاپذیری در ذهن بیماران بوده است. این نتایج نشان می‌دهد که سازوکارهای اعتمادساز مبتنی بر این دو بُعد، برای دستیابی به رضایت بیماران کاملاً حیاتی هستند. افزون بر این، همسویی بین عملکرد واقعی خدمات و انتظارات بیماران، در کاهش شکاف‌های درک شده اهمیت راهبردی دارد. برای سازمان‌های غیردولتی و نهادهای محلی ارائه‌دهنده خدمات درمانی، تمرکز بر «اطمینان‌بخشی» و «قابلیت اعتماد» می‌تواند راهکاری مؤثر برای افزایش رضایت و نیز دستیابی به اهداف اجتماعی گسترده‌تر مانند عدالت درمانی و دسترسی برابر به خدمات باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که ارتقای سطح اعتماد و رضایت بیماران سرطانی نقش بنیادینی در بهبود کیفیت کلی خدمات درمانی و نیز تحقق آرمان عدالت درمانی در فضاهای شهری دارد. برای نهادهایی مانند مهرانه که مأموریت حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر را بر عهده دارند، توجه راهبردی به ابعاد «اطمینان‌بخشی» و «قابلیت اعتماد» می‌تواند منجر به دستاوردهای ماندگار شود؛ از جمله ارتقای تجربه بیمار، افزایش تبعیت از روند درمان و در نهایت بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. یافته‌های این مطالعه می‌تواند مسیر روشنی پیش روی سیاست‌گذاران حوزه سلامت و نهادهای حمایتی در جهت طراحی نظام‌های سلامت فراگیر و بیمارمحور قرار دهد.

واژه‌های کلیدی: اقدام حمایتی، عدالت درمانی، حق بر سلامت، شهر دوستدار بیمار

استناد: حیدری، م.ت، علی شائی، ع. و کوراوند تخت سبزی، ن. ۱۴۰۴. ادراک-انتظار و عدالت درمانی در مقیاس فرامحلی: مدل تعهد سازمانی مهرانه در بازتعریف شهر حامی دوستدار بیماران سرطانی. توسعه پایدار محیط جغرافیایی، دوره ۷، شماره ۱۳، تابستان ۱۴۰۴، (۴۸-۳۳).

https://egsdejournal.sbu.ac.ir/article_105786.html

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۰۳

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۱۹

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۳

* رایانامه نویسنده مسئول: Mt.heydari@znu.ac.ir

مقدمه

سرطان به عنوان یکی از بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده، تأثیرات گسترده‌ای بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران دارد. این بیماری نه تنها سلامت جسمانی را تهدید می‌کند، بلکه با ایجاد فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی، کیفیت زندگی بیماران را به شدت کاهش می‌دهد. در این میان، ادراک بیماران از حمایت‌های موجود و انتظارات آنان از خدمات درمانی، نقشی تعیین‌کننده در تجربه بیماری و مسیر بهبودی ایفا می‌کند. سرطان یکی از معضلات اصلی سلامت عمومی در جوامع معاصر است که نه تنها یک مسئله پزشکی، بلکه یک بحران اجتماعی و اقتصادی نیز محسوب می‌شود (World Health Organization, 2023). افزایش میزان بروز سرطان و هزینه‌های سنگین درمان آن، لزوم توجه به ابعاد اجتماعی و عدالت درمانی را بیش‌ازپیش ضروری ساخته است (Siegel et al., 2023). مفهوم عدالت درمانی در این زمینه به معنای توزیع منصفانه امکانات و خدمات درمانی، بدون تبعیض بر اساس موقعیت اجتماعی، جغرافیایی و اقتصادی بیماران است (Whitehead, 1992). اما در بسیاری از کشورها، از جمله ایران، چالش‌هایی نظیر نابرابری در دسترسی به خدمات درمانی تخصصی، محدودیت‌های بیمه‌ای، هزینه‌های کمرشکن درمان و توزیع ناعادلانه زیرساخت‌های پزشکی، عدالت درمانی را با بحران مواجه کرده است (Ghods & Nasrollahzadeh, 2022). از سوی دیگر، ادراک و انتظار بیماران از خدمات درمانی نقش مهمی در رضایت‌مندی آن‌ها از نظام سلامت دارد. ادراک درمانی به معنای تجربه و برداشت بیماران از کیفیت خدمات پزشکی، برخورد کادر درمانی و شرایط محیطی مراکز درمانی است، درحالی‌که انتظار درمانی نشان‌دهنده سطح توقعات بیماران از نظام سلامت و میزان پاسخگویی آن به نیازهای آن‌ها است (Donabedian, 1988). در شرایطی که فاصله بین ادراک و انتظار بیماران افزایش یابد، احساس بی‌عدالتی تقویت شده و اعتماد عمومی به نظام سلامت کاهش می‌یابد (Aday & Andersen, 1974). در این میان، سازمان‌های مردم‌نهاد (NGOs) و خیریه‌ها نقشی کلیدی در پر کردن شکاف‌های موجود در عدالت درمانی ایفا می‌کنند (Smith et al, 2021). یکی از نمونه‌های موفق در ایران، مؤسسه خیریه حمایت از بیماران مبتلا به سرطان «مهرانه» است که با ارائه خدمات درمانی، حمایتی و رفاهی، در تلاش است تا مفهوم «شهر دوستدار بیمار» را در سطح منطقه‌ای بازتعریف کند (Mahraneh Charity, 2024). این سازمان با فراهم کردن دسترسی بیماران کم‌برخوردار به درمان رایگان، حمایت‌های روان‌شناختی و اجتماعی و مشارکت فعال در تأمین دارو و تجهیزات پزشکی، الگویی از تعهد سازمانی در مقیاس فرامحلی ارائه داده است (Zanjan University of Medical Sciences, 2022). با این وجود، مطالعات اندکی به بررسی جامع تأثیر تعهد سازمانی مهرانه در تحقق عدالت درمانی و کاهش فاصله میان ادراک و انتظار بیماران پرداخته‌اند. پرسش اصلی این پژوهش آن است که چگونه می‌توان با استفاده از ظرفیت‌های سازمان‌های مردم‌نهاد، به‌ویژه مهرانه، مفهوم «شهر دوستدار بیمار» را توسعه داد و عدالت درمانی را در مقیاس فرامحلی ارتقا بخشید؟ همچنین، این پژوهش به دنبال پاسخ به این پرسش است که چه عواملی در کاهش شکاف بین ادراک و انتظار بیماران از خدمات درمانی مؤثرند و چگونه این عوامل می‌توانند در سیاست‌گذاری نظام سلامت ایران مورد توجه قرار گیرند. در پژوهشی با عنوان «نگرش‌ها و ادراکات بیماران سرطانی و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی نسبت به پیش‌بلابریشن: یک ترکیب تماتیک» چنین نتیجه گرفته شده است که بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی کمبود انگیزه انعکاسی و فرصت‌های فیزیکی را به عنوان مهم‌ترین موانع مشارکت در پیش‌بلابریشن شناسایی کردند. رویکردهای شخصی‌سازی‌شده، حمایت اجتماعی و مشارکت ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از عوامل کلیدی برای پیش‌بلابریشن هستند. تحقیقات آینده باید بر توسعه مداخلات مؤثر برای افزایش پذیرش و پایداری پیش‌بلابریشن تمرکز کنند (Shen, 2024).

در پژوهشی با عنوان «رضایت بیماران سرطانی و کیفیت خدمات بهداشتی در عراق: یک مطالعه مقطعی برای ارزیابی کیفیت مراقبت در مدیریت سرطان» چنین نتیجه گرفته شده است که بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی کمبود انگیزه انعکاسی و فرصت‌های فیزیکی را به عنوان مهم‌ترین موانع مشارکت در پیش‌بلابریشن شناسایی کردند.

رویکردهای شخصی‌سازی‌شده، حمایت اجتماعی و مشارکت ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از عوامل کلیدی برای پیش‌بلا‌بریشن هستند. تحقیقات آینده باید بر توسعه مداخلات مؤثر برای افزایش پذیرش و پایداری پیش‌بلا‌بریشن تمرکز کنند (Al-Awadi, 2024).

در پژوهشی با عنوان «بازنگری انتظارات به‌عنوان استاندارد مقایسه در اندازه‌گیری کیفیت خدمات: پیامدهایی برای تحقیقات آینده» نویسندگان به نگرانی‌های مطرح شده توسط کرونین و تیلور (۱۹۹۲) و تییز (۱۹۹۳) در مورد ابزار SERVQUAL و مشخصه تفاوت ادراکات و انتظارات که برای عملیاتی‌سازی کیفیت خدمات از آن استفاده شده است، پاسخ می‌دهند. پس از نشان دادن این‌که اعتبار و شدت بسیاری از این نگرانی‌ها مورد سؤال است، آن‌ها مجموعه‌ای از جهت‌گیری‌های پژوهشی را برای حل مسائل حل‌نشده و افزودن به درک ارزیابی کیفیت خدمات ارائه می‌دهند (Parasuraman, 1994).

در پژوهشی با عنوان «تحلیل مقایسه‌ای ادراک بیماران سرطانی و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی (پزشکان انکولوژی، پرستاران، مددکاران اجتماعی)» چنین نتیجه گرفته شده است که در حمایت از برنامه‌های سرطان یکپارچه مرتبط با جامعه، بیش از ۹۵ درصد از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی پاسخ دادند که بیماران سرطانی به خدمات و برنامه‌های ترخیص مرتبط با جامعه نیاز دارند، درحالی‌که ۵۰.۷ درصد و ۷۹.۲ درصد از بیماران سرطانی به ترتیب اهمیت خدمات مرتبط با جامعه و برنامه‌های ترخیص را بیان کردند. کارگران اجتماعی در میان ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، بیشترین تجربه مثبت را در مورد اتصال بیماران به خدمات جامعه نشان دادند، زیرا ۶۹.۷ درصد از آن‌ها پاسخ دادند که این اتصال «عالی» است. با این حال، به‌طور کلی، بیماران سرطانی ضرورت خدمات مرتبط با جامعه را کمتر مهم دانستند، زیرا تنها ۵۰.۷ درصد پاسخ دادند که این موضوع ضروری است. موانع پیوند به جامعه شامل عدم ارتباط میان حرفه‌های مختلف ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و ابهام در نقش‌های آن‌ها بود. یافته‌های این مطالعه می‌تواند به تحقیقات، سیاست‌ها و سیستم‌های بهداشت مرتبط با جامعه برای بیماران سرطانی در آینده کمک کند. به‌ویژه، انجام مصاحبه‌های عمیق با بیماران سرطانی برای بررسی عدم پذیرش آن‌ها از ضرورت خدمات مرتبط با جامعه ضروری خواهد بود؛ بنابراین، انتظار می‌رود این مطالعه به بهبود و تکمیل سیاست‌های سرطان کمک کند (Young Ae Kim, 2021).

در پژوهشی با عنوان «ادراک بیماران سرطانی از کیفیت خدمات صنعت مراقبت‌های سلامت: پژوهشی پارادایمی درباره قابلیت خدمت‌رسانی» چنین نتیجه گرفته شده است که رویکردی تجربی برای بررسی ابعاد کیفیت خدمات در سازمان‌های بهداشتی بر اساس جنبه‌های فنی و عملکردی از دیدگاه بیماران سرطانی ارائه می‌دهد. مدل مفهومی SERVQUAL با تعدیلاتی متناسب با شرایط اجتماعی-اقتصادی منطقه مطالعه برای بررسی مفهوم کلی کیفیت خدمات بیمارستانی به کار گرفته شده است. برای شناسایی دقیق ابعاد کیفیت خدمات که بیمارستان‌ها در ارائه خدمات به بیماران سرطانی مدنظر دارند، از تحلیل عاملی اکتشافی با نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده است. همچنین، از آلفای کرونباخ، بارهای عاملی، بررسی افزونگی داده‌ها و سایر ارزیابی‌های آماری برای استخراج ویژگی‌های پنهان مرتبط باکیفیت خدمات از دیدگاه بیماران سرطانی بهره گرفته شده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند گامی مؤثر در جهت ایجاد خدمات پایدار و مقاوم در برابر چالش‌ها باشد (Prasad & Ghosa, 2019).

ایده بازتعریف «شهر دوستدار بیماران سرطانی» در این پژوهش نسبت به تحقیقات مشابه اولین بار هست مورد توجه قرار می‌گیرد. این مفهوم به‌ویژه در جوامع شهری می‌تواند به ایجاد فضایی حمایتی‌تر برای بیماران و خانواده‌های آنان کمک کند. تمرکز بر عدالت درمانی در این مقیاس می‌تواند تأثیرات مثبت زیادی در بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی و دسترسی عادلانه به خدمات درمانی ایجاد کند. با تحلیل شکاف بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمانی، این مطالعه به‌طور ویژه به شناسایی موانع و چالش‌های موجود در سیستم‌های درمانی پرداخته است. این موضوع در جلب توجه به ضرورت تغییرات لازم در سیستم‌های سلامت و خدمات بهداشتی در جهت بهبود کیفیت

و عدالت درمانی برای بیماران سرطانی بسیار مهم است. یافته‌های این تحقیق می‌توانند به‌عنوان یک چارچوب برای ایجاد سیاست‌های بهداشتی و درمانی نوین به‌ویژه در حوزه‌ی درمان سرطان و عدالت درمانی در سطح جامعه استفاده شوند. توجه به ابعاد مختلف عدالت درمانی و نیاز به برنامه‌های جامعه‌محور می‌تواند تأثیرات مثبتی در بهبود تعاملات اجتماعی، فرهنگی و پزشکی در حوزه سرطان داشته باشد. نوآوری در این پژوهش از لحاظ مفهومی، روش‌شناسی و پیاده‌سازی سیاست‌های عملی در جهت بهبود وضعیت بیماران سرطانی در مناطق شهری است.

مفهوم «شهر دوستدار بیمار» به طراحی و سازمان‌دهی شهری اشاره دارد که نیازها و رفاه بیماران را در اولویت قرار می‌دهد. این رویکرد بر ایجاد محیطی حمایت‌کننده تأکید دارد که دسترسی به خدمات بهداشتی، حمایت اجتماعی و زیرساخت‌های مناسب را برای بیماران تسهیل می‌کند. مفهوم شهر دوستدار بیمار در تعامل میان ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و نهادی شکل می‌گیرد. نظریه‌های مختلف نشان می‌دهند که تحقق این مفهوم مستلزم سیاست‌گذاری مبتنی بر عدالت، ایجاد شبکه‌های حمایتی و تغییرات ساختاری در نظام درمانی شهری است. با تکیه بر نظریه‌های بورديو، وبر، اولسون، بلائو و هاروی، می‌توان چارچوبی جامع برای طراحی شهری ارائه داد که از بیماران حمایت کند و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد. شهر دوستدار بیمار می‌تواند به‌عنوان یک مدل سیاست‌گذاری مبتنی بر عقلانیت و کارآمدی در جهت کاهش نابرابری‌های سلامت تفسیر شود. ساختارهای نهادی باید به نحوی طراحی شوند که بیماران، فارغ از موقعیت طبقاتی و اقتصادی‌شان، به خدمات درمانی مناسب دسترسی داشته باشند (Weber, 1968). یکی از چالش‌های ایجاد شهر دوستدار بیمار، ضرورت بسیج منابع و همکاری کنشگران مختلف (دولت، خیریه‌ها، خانواده‌ها و نهادهای درمانی) است. طبق دیدگاه اولسون (۱۹۶۵)، منطق کنش جمعی نشان می‌دهد که در غیاب مشوق‌های مناسب، گروه‌های مختلف ممکن است برای ایجاد تغییرات ساختاری در نظام سلامت همکاری نکنند. بنابراین، طراحی سازوکارهای تشویقی برای ایجاد هماهنگی بین کنشگران، یک ضرورت است (Olson, 1965). شهر دوستدار بیمار شهری است که زیرساخت‌ها، خدمات درمانی، سیاست‌های عمومی و برنامه‌های حمایتی آن برای تأمین نیازهای بیماران (به‌ویژه بیماران مزمن مانند بیماران سرطانی) بهینه‌سازی شده است. این مفهوم متأثر از دیدگاه‌های زیر است:

- عدالت درمانی: همه بیماران، بدون در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی، اجتماعی یا جغرافیایی، باید به درمان مناسب دسترسی داشته باشند (Sen, 2009).
 - عدالت فضایی: خدمات درمانی باید به‌صورت متوازن در شهر توزیع شوند تا همه بیماران از فرصت‌های برابر برخوردار شوند (Soja, 2010).
 - سلامت به‌عنوان حق شهروندی: شهر باید امکاناتی را فراهم کند که بیماران بتوانند با کمترین دشواری به خدمات مورد نیاز خود دسترسی داشته باشند (WHO, 2017). مفهوم شهر دوستدار بیماران بر اساس نظریه‌های مختلف در حوزه عدالت فضایی، سلامت عمومی، مشارکت اجتماعی و حکمرانی شهری قابل تحلیل است.
- به نظر می‌رسد ترکیب دو نظریه عدالت فضایی در سلامت (Soja, 2010) و قابلیت‌های سلامت (Sen, 1999) یک چارچوب تحلیلی جامع را فراهم کند که ابعاد فضایی، اجتماعی و نهادی عدالت درمانی را پوشش می‌دهد. زیرا در بررسی ادراک و انتظار بیماران سرطانی از عدالت درمانی، نظریه سوچا به ما کمک می‌کند که فراتر از تخصیص منابع پزشکی، به چگونگی توزیع این منابع در فضاهای شهری و منطقه‌ای توجه شود. برخلاف نظریه‌های کلاسیک عدالت که تمرکزشان بر برابری در توزیع منابع است، آمارتیا سن بر این باور است که عدالت تنها در صورتی محقق می‌شود که افراد بتوانند از این منابع به‌طور مؤثر بهره‌مند شوند (Sen, 1999). ترکیب نظریه‌های عدالت فضایی و قابلیت‌های سلامت به تحلیل عدالت درمانی در مقیاس فرامحلی کمک می‌کند زیرا:

- ابعاد فضایی عدالت درمانی: نظریه عدالت فضایی به تحلیل توزیع منابع درمانی در فضاهای شهری و مناطق مختلف کمک می‌کند و درک بهتری از دسترسی به خدمات درمانی در سطوح مختلف شهری و محله‌ای فراهم می‌آورد.
- ابعاد اجتماعی و توانمندسازی: نظریه قابلیت‌های سلامت به‌ویژه بر روی توانمندسازی بیماران برای استفاده مؤثر از خدمات درمانی تأکید دارد. این نظریه کمک می‌کند تا درک کنیم که دسترسی به خدمات درمانی باید با توانمندی بیماران برای استفاده مؤثر از آن‌ها همراه باشد. این به‌ویژه در حمایت‌های سازمان‌های مردم‌نهاد مانند مهرانه به کار می‌آید که تلاش دارند از طریق آموزش، مشاوره و منابع اقتصادی، توانمندی بیماران را برای استفاده از خدمات درمانی بهبود بخشند.
- شناسایی و کاهش نابرابری‌ها: ترکیب این دو نظریه نشان می‌دهد که عدالت درمانی باید پاسخگوی نابرابری‌ها در دسترسی و استفاده از خدمات درمانی باشد. این نابرابری‌ها ممکن است به‌واسطه پراکندگی خدمات درمانی در نواحی مختلف، تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی بیماران و نیز موانع موجود در استفاده از خدمات درمانی به وجود آید.

محدوده مورد مطالعه

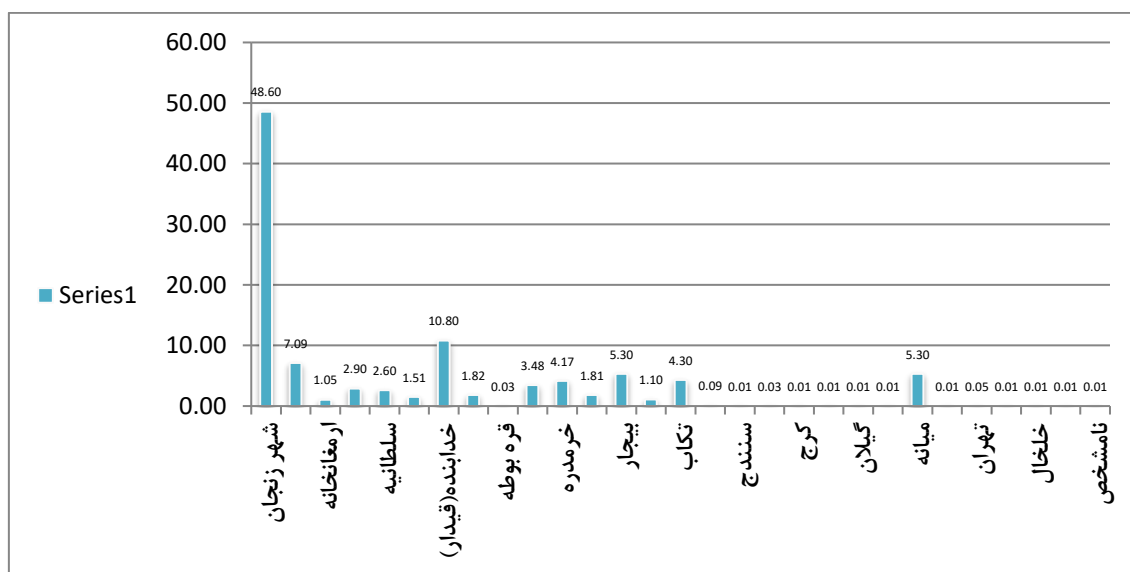
«مهرانه» در ۲۲ آذر سال ۱۳۸۵ با گرفتن مجوز از نیروی انتظامی، فعالیت خود را رسماً آغاز کرد. مهرانه، خیریه‌ای غیردولتی و خودجوش است که با مشارکت و کمک‌های نقدی و غیر نقدی مردم زنجان استان (مهرانه حدود ۹۷ درصد کمک‌ها را از مردم زنجان طبق مصاحبه مهندس وثوق مدیریت مهرانه؛ ۱۴۰۳) اداره می‌شود و جامعه هدف آن، بیماران مبتلا به سرطان است. این خیریه علاوه بر بخش درمان، بخش‌های مختلف از جمله آموزشی و پیشگیری دارد. بخش دیگر این خیریه، مهمانسرای مهرانه است و به بیماران اختصاص دارد که از شهرهای دیگر به زنجان می‌آیند. شاخص‌ترین ویژگی این الگو، حضور خیرین نه‌تنها در تأمین منابع، بلکه در برنامه‌ریزی و مدیریت مهرانه است. امروزه مهرانه با حضور ۱۲۰۰ خیر و ۹۰ کارمند فعالیت می‌کند طوری که از هر خانه در استان یک‌میلیون و صدنفری زنجان، حداقل یک خیر شناسنامه‌دار در مهرانه عضویت دارد. کمک‌های خیرین بسیار گسترده و متنوع است و همگی بسیار بسیار ارزشمند؛ از یک فلک یا یک ساعت کار در هفته تا اهدا مبالغ متنوعی از اموال منقول یا غیرمنقول. هدف و چشم‌انداز مهرانه در زمان شروع به کار پوشش‌دهی به تمام بیماران مبتلا به سرطان استان بوده و الان این اتفاق افتاده است و هدف این بوده که تمام هزینه‌های بیمار مخصوصاً هزینه دارو پرداخته شود و این هدف را هم امروز به مرحله عملیاتی رسیده است و زنجان تنها استانی هست که نیاز دارویی بیمار را به‌صورت ۱۰۰٪ پرداخت می‌کند؛ که در استان زنجان، بیماران مبتلا به سرطان، فقط درد بیماری را تحمل می‌کنند و هزینه‌های بیماری را مهرانه برای ایشان تأمین می‌کند.



شکل ۱: نمایی از فضای اداری خدماتی مهرانه زنجان (منبع: <https://www.mehranehcharity.ir>)

جدول ۱: مشخصات توصیفی بیماران خدمات داده شده در مهرانه زنجان (۱۴۰۲-۱۳۸۵) (منبع: استخراج نگارندگان از داده‌های مهرانه زنجان، ۱۴۰۲)

جنسیت	تعداد	درصد
زن	۵۵۸۴	۴۸/۶
مرد	۵۹۰۳	۵۱/۳
مجموع	۱۱۴۸۷	۱۰۰
کیفیت تأهل	تعداد	درصد
بیوه (فوت همسر)	۷۲۷	۶/۳۳
متارکه (جدا از همسر)	۸۱	۰/۷۱
متأهل	۹۹۱۷	۸۶/۳۳
مجرد	۶۳۷	۵/۵۵
مطلقه (طلاق)	۱۱۱	۰/۹۷
عدم اظهار در پرسشنامه	۱۴	۰/۱۲
مجموع	۱۱۴۸۷	۱۰۰
محل سکونت	تعداد	درصد
شهر زنجان	۵۵۹۴	۴۸/۶
ابهر	۸۱۵	۷/۰۹
ارمغانخانه	۱۲۱	۱/۰۵
ایجرود	۳۴۱	۲/۹
سلطانیه	۳۰۱	۲/۶
دندی	۱۷۴	۱/۵۱
خدابنده (قیدار)	۱۲۴۴	۱۰/۸
صایین قلعه	۲۱۰	۱/۸۲
قره بوطه	۴	۰/۰۳
طارم	۴۰۰	۳/۴۸
خرمدره	۴۸۰	۴/۱۷
ماه‌نشان	۲۰۸	۱/۸۱
بیجار	۴۰۶	۵/۳
هیدج	۱۳۷	۱/۱
تکاب	۳۹۸	۴/۳
مجموع	۱۱۴۸۷	۱۰۰



شکل ۲: توصیفی بیماران خدمات داده شده در مهرانه زنجان (۱۴۰۲-۱۳۸۵) (منبع: مهرانه زنجان، ۱۴۰۲)

روش‌ها

روش تحقیق برای نوشتار حاضر بر اساس مدل سروکوال و از روش‌های کمی تدوین شده است. این روش تحقیق به صورت ترکیبی (توصیفی-تحلیلی) بوده و از نظر هدف، کاربردی محسوب می‌شود. این پژوهش از مدل سروکوال برای سنجش کیفیت خدمات درمانی و عدالت درمانی در سازمان مهرانه استفاده می‌کند. از نظر زمانی، این مطالعه مربوط به نیمه دوم سال ۱۴۰۳ بوده و داده‌ها از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی جمع‌آوری شده‌اند. جامعه آماری این تحقیق شامل بیماران مبتلا به سرطان تحت پوشش مهرانه، خانواده‌های آن‌ها، کادر درمانی و مدیران سازمان است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعیین خواهد شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای از میان ۴۰ نفر از بیماران سرطانی تحت پوشش مهرانه در رجوع به مهرانه انجام شده است. برای تحلیل داده‌های کمی، از معادلات ساختاری استفاده خواهد شد.

جدول ۲: شاخص‌ها و متغیرهای مورد استفاده تحقیق (منبع: مطالعات کتابخانه‌ای نگارنده، ۱۴۰۳)

بعد	شاخص	گویه‌ها	توضیح	رفرنس
مهم‌ترین (A)	امکانات پزشکی و تجهیزات مهرانه	«تجهیزات پزشکی و امکانات درمانی مهرانه به‌روز و مطابق با استانداردهای پزشکی است (A1)»	بیمارستان مهرانه باید از تجهیزات پزشکی به‌روز و پیشرفته برخوردار باشد تا بتواند درمان‌های مؤثر و دقیق را برای بیماران سرطانی ارائه دهد.	Parasuraman et al. (1988)
	آراستگی و نظم کارکنان مهرانه	«کارکنان مهرانه به‌طور مرتب و حرفه‌ای لباس می‌پوشند و در انجام وظایف خود نظم و دقت دارند (A2)».	این شاخص به اهمیت ظاهر و رفتار کارکنان مهرانه اشاره دارد که باید به‌طور مرتب و حرفه‌ای در خدمت بیماران باشند تا آرامش و اعتماد بیماران را جلب کنند.	Parasuraman et al. (1988)
	فضای فیزیکی مرکز مهرانه	«محیط مهرانه به‌طور کامل از نظر راحتی، تمیزی و دسترسی به خدمات مورد نیاز بیماران مناسب است (A3)».	محیط فیزیکی مهرانه باید تمیز و آرامش‌بخش باشد و به‌طور کامل نیازهای خاص بیماران سرطانی را پوشش دهد، از جمله راحتی در دسترسی به خدمات پزشکی و فضای فیزیکی مناسب برای درمان	Berry et al. (2003)
	دسترسی به دارو و درمان	فراهم بودن داروهای ضروری برای درمان سرطان و اطمینان از عرضه مداوم آن‌ها (A4)	دسترسی‌پذیری درمان‌های نوین: دسترسی به روش‌های درمانی جدید و پیشرفته، مانند درمان‌های بیولوژیک و ژنتیکی	Bergsma. (2016)
تکمیل (B)	اعتماد به تخصص و مهارت کادر درمانی مهرانه	«پزشکان و پرستاران مهرانه دارای تخصص کافی در درمان سرطان و مهارت‌های لازم برای مدیریت بیماران سرطانی هستند (B1)».	تخصص و مهارت کادر درمانی مهرانه باید در سطح بالایی باشد تا بتوانند درمان‌های مناسب و تخصصی برای بیماران سرطانی ارائه دهند.	Zeithaml et al. (1990)
	اطمینان از ارائه خدمات باکیفیت در درمان سرطان	«بیماران در مهرانه به‌طور کامل از کیفیت درمان‌ها و مراقبت‌های پس از درمان مطمئن هستند (B2)».	اطمینان از کیفیت درمان‌های ارائه‌شده و مراقبت‌های پس از درمان از جمله نیازهای بیماران سرطانی است که باید از طریق ارزیابی‌های مستمر تضمین شود.	Berry et al. (2003)
	پاسخگویی به نگرانی‌های بیماران	«پرسنل مهرانه به نگرانی‌های روانی بیماران سرطانی توجه می‌کنند و از آن‌ها حمایت عاطفی و روانی می‌کنند (B3)».	توجه به نگرانی‌های روانی بیماران سرطانی و ارائه پشتیبانی عاطفی و روانی برای کاهش اضطراب و استرس از جمله ویژگی‌های خدمات مهرانه است.	Parasuraman et al. (1988)
	پایداری و تداوم درمان	توانایی مرکز مهرانه در تضمین تداوم و پیوستگی در روند درمان بیماران (B4)	پایداری در درمان‌ها بسیار مهم است تا از تأثیرگذاری و اثربخشی بالای درمان‌ها اطمینان حاصل شود.	& Baker Evans (2017)
پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری (C)	سرعت واکنش به نیازهای درمانی بیماران	«کادر درمانی مهرانه به‌سرعت به درخواست‌ها و نیازهای فوری درمانی بیماران سرطانی پاسخ می‌دهند (C1)».	در موارد اضطراری یا نیازهای فوری درمانی، مهرانه باید واکنش سریع و مؤثری نشان دهد تا وضعیت بیماران سرطانی تحت کنترل قرار گیرد.	Zeithaml et al. (1990)
	دسترسی به خدمات درمانی و مشاوره در مهرانه	«بیماران می‌توانند به راحتی و بدون معطلی به خدمات درمانی و مشاوره در مهرانه دسترسی پیدا کنند (C2)».	دسترسی سریع و بی‌دغدغه به خدمات درمانی و مشاوره از جمله خدمات روان‌شناختی، تغذیه‌ای و مشاوره‌ای برای بیماران سرطانی در مهرانه بسیار مهم است.	Heskett et al. (1997)
	رضایت از پشتیبانی فوری در موارد اضطراری	«در مواقع اضطراری، کادر مهرانه به‌سرعت و مؤثر از من پشتیبانی می‌کنند (C3)».	پشتیبانی فوری و مؤثر از بیماران در مواقع اضطراری یکی از شاخص‌های مهم کیفیت خدمات درمانی در مهرانه است.	Carman (1990)

بعد	شاخص	گویه‌ها	توضیح	رفرنس
دقت در تشخیص و درمان در مهرانه	دقت در تشخیص و درمان در مهرانه	«پزشکان و کادر درمانی مهرانه در ارائه تشخیص و درمان دقیق و به‌موقع بسیار دقت می‌کنند (D1)».	دقت در تشخیص و درمان از جمله اصول اساسی در مهرانه است که باید در راستای نیازهای خاص بیماران سرطانی و با توجه به حساسیت بالای این نوع بیماری‌ها انجام شود.	Zeithaml et al. (1990)
				Carman (1990)
				Parasuraman et al. (1988)
				Sullivan, & Patel (2019).
وفاداری به تعهدات درمانی	وفاداری به تعهدات درمانی	«مهرانه به وعده‌هایی که به بیماران سرطانی می‌دهد، پایبند است و درمان‌ها به‌طور دقیق و به‌موقع ارائه می‌شوند (D3)».	تعهد به وعده‌ها و برنامه‌های درمانی، به‌ویژه در مورد برنامه‌های درمانی بلندمدت بیماران سرطانی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.	Parasuraman et al. (1988)
				Sullivan, & Patel (2019).
				Parasuraman et al. (1988)
				Berry et al. (2003)
ارتباط مؤثر با بیماران سرطانی	ارتباط مؤثر با بیماران سرطانی	«پرسنل مهرانه به‌طور مؤثر با من ارتباط برقرار می‌کنند و به مشکلات و نگرانی‌هایم گوش می‌دهند (E1)».	ارتباط مؤثر و دلسوزانه کادر مهرانه با بیماران سرطانی، خصوصاً در مواقع بحرانی، به‌ویژه برای کاهش اضطراب و احساس آرامش بیمار اهمیت دارد.	Parasuraman et al. (1988)
				Berry et al. (2003)
				Zeithaml et al. (1990)
				Davis, & Walker (2017).
ارائه مشاوره تخصصی در مدیریت بیماری و درمان‌های آن	ارائه مشاوره تخصصی در مدیریت بیماری و درمان‌های آن	«پرسنل مهرانه مشاوره‌های دقیقی در مورد روش‌های درمان و مدیریت بیماری سرطان به من ارائه می‌دهد (E3)».	این گویه بر اهمیت حمایت روانی و عاطفی از بیماران سرطانی تأکید دارد که در فرآیند درمان بیماری‌های مزمن و بحرانی مانند سرطان ضروری است.	Berry et al. (2003)
				Zeithaml et al. (1990)
				Davis, & Walker (2017).
				Davis, & Walker (2017).

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۴۰ بیمار شرکت داشتند (که ۷۲ درصد جنسیت مرد) بوده است. در بعضی از جوامع، ممکن است مردان کمتر به خدمات بهداشتی و درمانی مراجعه کنند و یا ترجیحات خاصی داشته باشند که در این پژوهش می‌تواند به درک بهتر نیازهای خدماتی و توقعات آن‌ها از سازمان مهرانه کمک کند. در حوزه سنی فوق هم بیشترین فراوانی بیماران در گروه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال قرار دارند. این گروه سنی ممکن است از نظر فیزیکی و اجتماعی در مرحله‌ای از زندگی باشد که انتظارات متفاوتی از خدمات درمانی داشته باشند، به‌ویژه در زمینه‌های حمایتی و مشاوره‌ای. این امر اهمیت ارزیابی و طراحی خدماتی متناسب با این گروه سنی را نشان می‌دهد. همچنین درصد قابل توجهی از بیماران تحصیلات دیپلم دارند (۳۵ درصد). بدیهی است تحصیلات می‌تواند بر نوع ادراک و انتظار از خدمات درمانی تأثیر بگذارد. افرادی که تحصیلات پایین‌تری دارند ممکن است اطلاعات کمتری درباره بیماری‌ها و درمان‌ها داشته باشند و در نتیجه، ممکن است بیشتر نیاز به مشاوره و اطلاع‌رسانی از جانب سازمان مهرانه داشته باشند. پاسخگویان بستری شده با درصد تا سه روز (۷۲.۵ درصد) برای مدت‌زمان کوتاه‌تری بستری هستند. این می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که بیشتر بیماران تحت درمان‌های سرپایی قرار دارند یا برای انجام درمان‌های خاصی بستری می‌شوند که به‌سرعت به نتیجه می‌رسند و نیاز به بستری طولانی‌مدت ندارند. این نوع بستری‌ها معمولاً با شرایط خاصی از جمله تشخیص‌های اولیه یا درمان‌های سرپایی قابل مدیریت هستند. بیشترین درصد (۳۷.۵ درصد) از پاسخگویان به‌عنوان کارمند

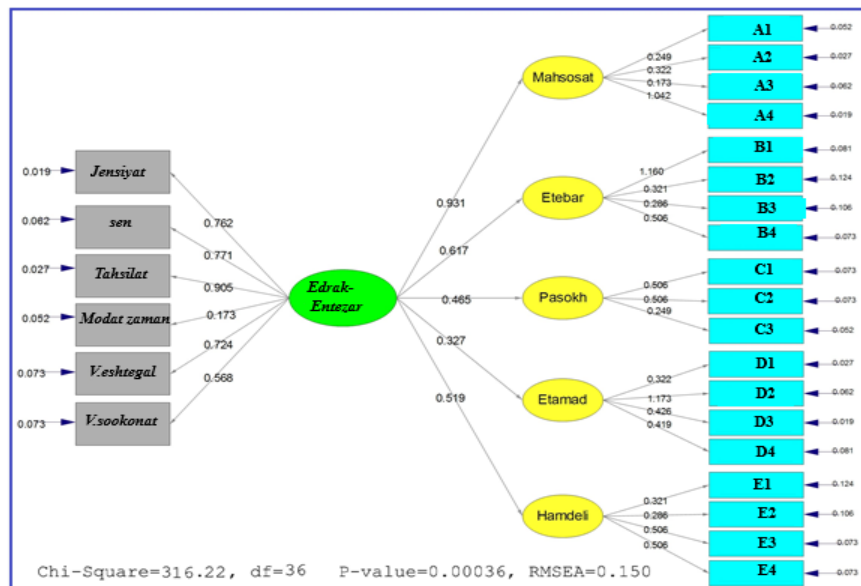
خصوصی شاغل هستند. این گروه ممکن است از بیمه‌های خصوصی برای تأمین خدمات درمانی خود استفاده کنند و احتمالاً انتظارات بالاتری از کیفیت خدمات درمانی داشته باشند. این دسته ممکن است نگران تأمین هزینه‌های درمانی باشند و به این ترتیب، عدالت درمانی باید به‌ویژه در ارتباط با این گروه مورد توجه قرار گیرد، به‌ویژه در مواقعی که هزینه‌های درمان بالا باشد. ۸۰ درصد از بیماران بومی هستند. این آمار نشان‌دهنده این است که اکثر بیماران در مهرانه از شهر یا استان زنجان (مکان اصلی درمان) هستند. این امر ممکن است به این معنا باشد که بیماران بومی به دلیل دسترسی بهتر به خدمات درمانی در مهرانه، یا پوشش بیمه‌ای خاص در این منطقه، در این مرکز درمانی حضور دارند. همچنین، بیماران بومی ممکن است از لحاظ اقتصادی و اجتماعی در موقعیتی باشند که به‌راحتی بتوانند به این مرکز مراجعه کنند.

جدول ۳: وضعیت جمعیتی بیماران (مطالعات میدانی نگارنده، ۱۴۰۳)

مشخصات	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۲۹	۷۲.۵
زن	۱۱	۲۷.۵
سن		
زیر ۲۵ سال	۲	۵
۲۵-۴۰ سال	۱۲	۳۰
۴۰-۵۰ سال	۱۸	۴۵
بالای ۵۰ سال	۸	۲۰
تحصیلات		
بی‌سواد	۴	۱۰
ابتدایی	۵	۱۲.۵
راهنمایی	۷	۱۷.۵
دیپلم	۱۴	۳۵
لیسانس	۹	۲۲.۵
فوق‌لیسانس و بالاتر	۱	۲.۵
مدت‌زمان بستری شدن		
تا سه روز	۲۹	۷۲.۵
۴-۷ روز	۷	۱۷.۵
بیشتر از ۷ روز	۴	۱۰
وضعیت اشتغال		
کارمند دولتی	۸	۲۰
کارمند خصوصی	۱۵	۳۷.۵
آزاد	۶	۱۵
بیکار	۵	۱۲.۵
بازنشسته	۶	۱۵
محل سکونت		
بومی	۳۲	۸۰
غیربومی	۸	۲۰

جهت بررسی معنادار بودن رابطه بین متغیرها از آماره آزمون t یا همان t -value، ضریب استاندارد و ضریب غیراستاندارد استفاده می‌شود. چون معناداری در سطح خطای ۰.۰۵ بررسی می‌شود بنابراین اگر میزان بارهای عاملی مشاهده شده با آزمون t -value از ۱.۹۶ کوچک‌تر محاسبه شود، رابطه معنادار نیست. بر اساس ضریب غیراستاندارد بدون غربالگری آماره‌ها در مدل تحلیل عاملی تأییدی، مؤلفه محسوسات با ضریب ۰.۹۳۱ بیشترین تأثیرگذاری و رابطه علی را با ادراک انتظار دارد. به عبارتی ضریب غیراستاندارد نشان‌دهنده میزان تأثیر یک متغیر مستقل (مثل مؤلفه‌ها) بر متغیر وابسته (در اینجا، ادراک-انتظار) است. در مدل تحلیل عاملی تأییدی، اگر ضریب غیراستاندارد (مثلاً ۰.۹۳۱ برای مؤلفه محسوسات) بزرگ‌تر باشد، نشان‌دهنده تأثیر زیاد این مؤلفه بر متغیر وابسته است. بعد از آن نیز مؤلفه

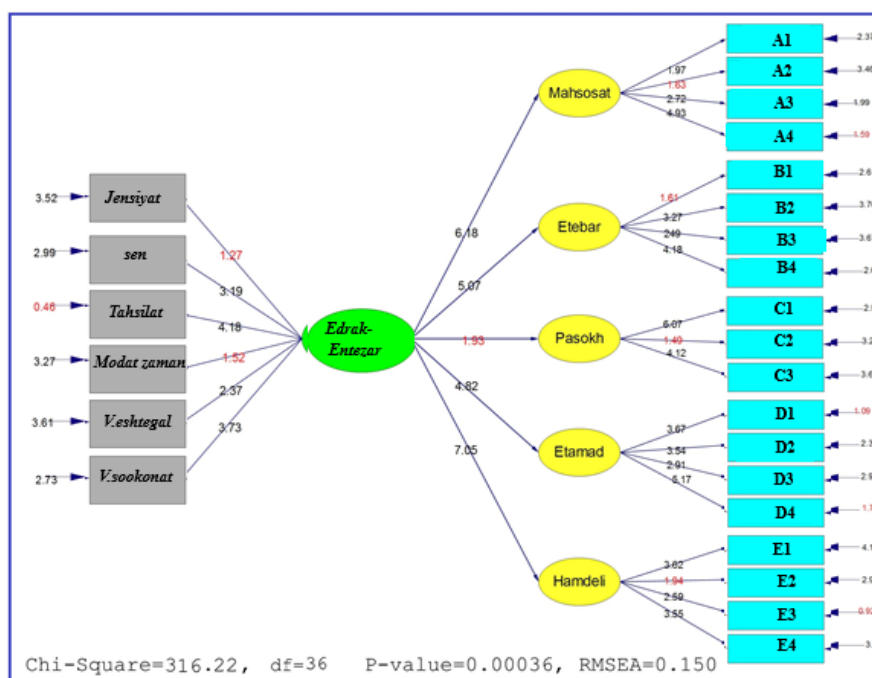
تضمین و قابلیت اعتبار با ضریب غیراستاندارد ۰.۶۱۷ قرار دارد. در ضریب غیراستاندارد ۰.۶۱۷ برای تضمین نشان می‌دهد که این مؤلفه تأثیر معناداری بر ادراک - انتظار بیماران دارد. به عبارت دیگر، بیماران به‌طور جدی به این موضوع توجه دارند که آیا خدمات درمانی به‌طور مستمر و با کیفیت بالا ارائه می‌شود یا نه. هرچه اعتماد به ضمانت‌ها بیشتر باشد، سطح انتظارات و ادراکات مثبت بیماران نسبت به خدمات درمانی نیز افزایش خواهد یافت.



شکل ۳: مدل ترسیم شده همراه با مقادیر ضرایب استاندارد شده بارهای عاملی با متغیر

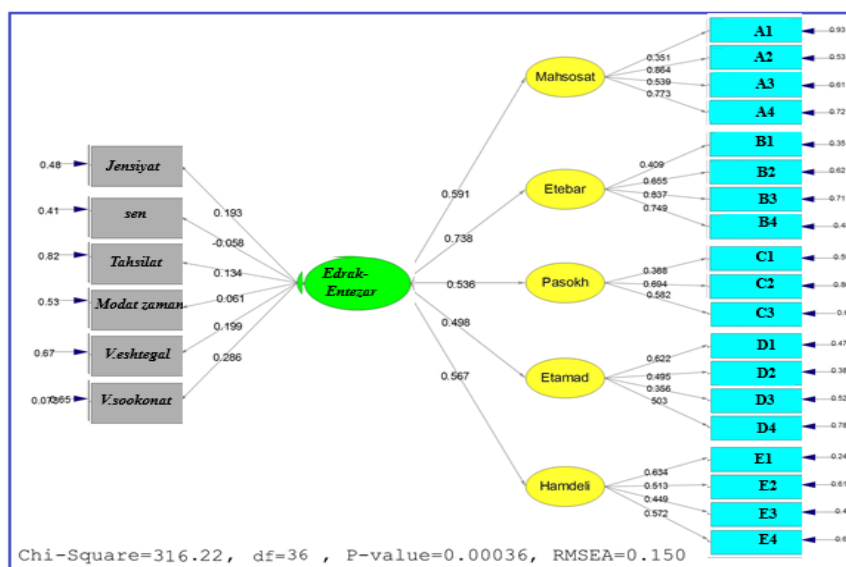
بررسی ضرایب معناداری z (مقادیر t-values)

در شکل ۴ نتایج حاصل از بررسی ضرایب معناداری z (مقادیر t-values) مربوط به هریک از ابعاد آمده است.



شکل ۴: مدل ترسیم شده همراه با مقادیر t-values

همان‌گونه که در شکل ۵ قابل ملاحظه است، ضرایب معناداری مسیرهای کلیه متغیرهای مدل تحقیق از مقدار ۱/۹۶ بیشتر می‌باشد که این مطلب حکایت از معنی‌دار بودن روابط متغیرها در سطح اطمینان ۹۵ درصد داشته و باعث تأیید رابطه بین این سازه‌ها می‌شود. پس از تأیید معنادار بودن روابط بین متغیرهای پژوهش، گام بعدی تعیین شدت تأثیر متغیرها بر یکدیگر با استفاده از ضرایب استاندارد شده مسیرها است و معلوم گردید که مؤلفه‌های پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری دارای ضرایب کمتر از ۱.۹۶ هستند و مسیرهای تأثیرگذاری و تأثیرپذیری آن‌ها معنادار نیست. مطابق با شکل ۴؛ ضریب استاندارد شده مسیر میان متغیر تضمین و قابلیت اعتبار با ادراک انتظار پاسخگویان با ضریب استاندارد ۰.۶۱۷ می‌باشد که بالاترین شدت تأثیرگذاری است ضریب استاندارد ۰.۶۱۷ نشان‌دهنده یک رابطه مثبت و معنادار بین تضمین و قابلیت اعتبار و ادراک-انتظار پاسخگویان است. به عبارتی، نتایج تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که تضمین و قابلیت اعتبار خدمات ارائه‌شده از سوی سازمان مهرانه، تأثیر قابل توجهی بر ادراک و انتظارات پاسخگویان از خدمات درمانی داشته است؛ به‌طوری‌که ضریب استاندارد ۰.۶۱۷ بیانگر یک رابطه مثبت و معنادار میان این متغیرهاست. به بیان دیگر، هرچه سطح تضمین، اعتمادسازی و قابلیت اتکای خدمات بالاتر باشد، سطح ادراک مثبت بیماران و همراهان آن‌ها نسبت به کیفیت خدمات درمانی نیز افزایش می‌یابد. این یافته مؤید آن است که در بستر اجتماعی و فرهنگی شهر زنجان که نقش ویژه‌ای در حمایت از بیماران سرطانی ایفا می‌کند، سازمان مهرانه توانسته با بهره‌گیری از سرمایه اجتماعی موجود، گام‌های مؤثری در راستای تسهیل فرآیند درمان، ارتقاء اعتماد بیماران و پاسخگویی به انتظارات آن‌ها بردارد. مشارکت گسترده مردم، حمایت‌های خیرخواهانه و زیرساخت‌های شکل‌گرفته در شهر زنجان، بستر مناسبی را برای شکل‌گیری چنین نهاد موفقی فراهم کرده‌اند. در واقع، شهر زنجان نه تنها به‌عنوان محل فعالیت مهرانه، بلکه به‌عنوان حامی فرهنگی، اجتماعی و نهادی بیماران سرطانی، نقش بی‌بدیلی در بهبود تجربه درمان و تقویت ارتباط بین بیماران و نظام سلامت ایفا می‌کند. چنین ساختاری الگویی موفق از تعامل بین جامعه محلی و نهادهای سلامت‌محور است که می‌تواند الهام‌بخش توسعه سیاست‌های حمایتی در سایر نقاط کشور نیز باشد.



شکل ۵: مدل ترسیم شده همراه با مقادیر ضرایب استاندارد شده بارهای عاملی

بحث و نتیجه‌گیری

شهر، در ذات خود، تجلی‌گاه مدرنیته و پیچیدگی‌های آن است؛ جایی که آرمان‌های پیشرفت و توسعه، در کنار نابرابری و فرسایش زیست‌محیطی، دست‌به‌دست هم داده‌اند؛ اما آنچه در این بستر رخ می‌دهد، گاه چیزی فراتر از یک بحران اقتصادی یا اجتماعی است؛ گاه شهر به بیماری دچار می‌شود، بیماری‌ای که نه فقط بدن‌های فردی، بلکه بدن جمعی

آن را می‌فرساید. سرطان شهری، چیزی جز رشد بی‌قاعده‌ی سلول‌ها نیست؛ رشدی که دیگر تابع نظم و هماهنگی نیست و در نهایت، خود بدن را نابود می‌کند. بررسی ادبیات نظری و مطالعات تطبیقی نشان می‌دهد که عدالت درمانی و شهر دوستدار بیماران سرطانی در چارچوب نظریه میدان‌های اجتماعی بوردیو، نظریه عدالت راولز و نظریه شبکه‌های حمایتی پاتنام قابل تحلیل است. نظریه بوردیو نشان می‌دهد که نابرابری در دسترسی به خدمات درمانی ناشی از تفاوت در سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. در مقابل، نظریه عدالت راولز بر اصل برابری فرصت‌ها تأکید دارد و پیشنهاد می‌دهد که سیاست‌گذاری‌های درمانی باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که بیشترین نفع را برای آسیب‌پذیرترین گروه‌ها داشته باشند. همچنین، نظریه شبکه‌های حمایتی پاتنام بیان می‌کند که اعتماد اجتماعی و سرمایه اجتماعی تأثیر مستقیمی بر کیفیت خدمات درمانی و میزان حمایت از بیماران دارند. در بُعد عملی، مطالعات تطبیقی انجام‌شده در کشورهای مختلف، از جمله تجربه «شهرهای سلامت‌محور» در کشورهای اسکاندیناوی، نشان داده است که ایجاد یک شبکه جامع حمایتی و درمانی از طریق هم‌افزایی میان نهادهای دولتی، سازمان‌های مردم‌نهاد و بخش خصوصی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود عدالت درمانی و کیفیت زندگی بیماران ایفا کند. تجربه برنامه‌های مشابه در ژاپن و کانادا نیز نشان داده است که استفاده از فناوری‌های نوین در ارائه خدمات پزشکی و گسترش سیستم‌های حمایتی می‌تواند موجب افزایش رضایت و اعتماد بیماران شود. در کشورهای پیشرفته، مدل‌های مشارکتی بین بیمارستان‌ها، خیریه‌ها و دولت توانسته‌اند خدمات درمانی را همگانی‌تر کرده و از تمرکز آن‌ها در مناطق برخوردار جلوگیری کنند. در مقایسه با تجارب بین‌المللی، سازمان مهرانه به‌عنوان یک نمونه موفق داخلی، توانسته است با به‌کارگیری مدل‌های حمایتی و ارائه خدمات درمانی رایگان و کم‌هزینه، دسترسی بیماران سرطانی را به خدمات بهداشتی و درمانی بهبود بخشد. با این حال، تقویت همکاری‌های بین بخشی، افزایش شفافیت مالی و توسعه مراکز درمانی در مناطق کمتر برخوردار می‌تواند به ارتقای عملکرد این سازمان کمک کند. همچنین، ایجاد یک چارچوب قانونی مشخص برای تسهیل همکاری‌های میان سازمان‌های مردم‌نهاد و دولت می‌تواند الگوی مهرانه را به سطح ملی و حتی بین‌المللی گسترش دهد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که متغیر تضمین و قابلیت اعتبار دارای بیشترین شدت تأثیرگذاری بر ادراک و انتظار پاسخگویان از خدمات درمانی سازمان مهرانه بوده است. ضریب استاندارد به‌دست‌آمده (۰.۶۱۷) حاکی از وجود رابطه مثبت و معنادار بین این متغیرهاست؛ به عبارت دیگر، با افزایش سطح تضمین، اطمینان بخشی و اعتبار خدمات ارائه‌شده، میزان درک مثبت بیماران و همراهان آن‌ها از کیفیت خدمات درمانی نیز افزایش می‌یابد. این موضوع بیانگر اهمیت بالای اعتمادسازی و پاسخگویی در تعامل میان خدمت‌دهنده و خدمت‌گیرنده در حوزه سلامت است. از سوی دیگر، نتایج این پژوهش بر نقش ویژه شهر زنجان به‌عنوان یک پایگاه اجتماعی و فرهنگی مؤثر در حمایت از بیماران سرطانی و تسهیل روند درمان آن‌ها تأکید دارد. شهر زنجان با فراهم آوردن بستر مشارکت مردمی، حمایت‌های خیرخواهانه و ایجاد زیرساخت‌های درمانی و حمایتی، زمینه‌ساز شکل‌گیری و موفقیت نهادهایی نظیر سازمان مهرانه شده است. این سازمان توانسته در چارچوب اعتماد عمومی و انسجام اجتماعی، الگویی موفق از یک نهاد مردم‌نهاد در خدمت سلامت جامعه ارائه دهد. در مجموع، نقش زنجان فراتر از یک محدوده جغرافیایی صرف است و می‌توان آن را مدلی عملیاتی از هم‌افزایی میان نهادهای مردمی، دولتی و اجتماعی در پاسخ به نیازهای درمانی و روانی بیماران سرطانی دانست. تقویت این نوع ظرفیت‌های محلی و بومی می‌تواند بستر ساز توسعه عدالت درمانی، ارتقای رضایت‌مندی بیماران و افزایش کارایی نظام سلامت در سایر نقاط کشور نیز باشد. این تأثیرات به‌طور معناداری منجر به افزایش سطح رضایت‌مندی بیماران از خدمات درمانی ارائه‌شده توسط مهرانه شده است. بر این اساس، می‌توان استدلال کرد که یک شهر دوستدار بیماران سرطانی نه تنها نیازمند زیرساخت‌های مناسب درمانی است، بلکه باید در جهت تقویت احساس اطمینان و اعتماد در میان بیماران نیز گام بردارد. یافته‌های این مطالعه بر اهمیت عدالت درمانی تأکید داشته و نشان می‌دهد که ارائه خدمات باکیفیت، همراه با ایجاد حس اعتماد، موجب افزایش پذیرش اجتماعی این نوع خدمات و بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی می‌شود. از این رو، تعهد سازمانی مهرانه و نهادهای مشابه می‌تواند نقشی

کلیدی در دستیابی به برابری درمانی و کاهش شکاف‌های موجود در حوزه سلامت شهری ایفا کند. برخی پیشنهادات کاربردی برای تحقیق به شرح ذیل می‌باشد:

- بهبود سیستم ارزیابی کیفیت خدمات: پیشنهاد می‌شود که مهرانه و سایر نهادهای حمایتی از ابزارهای دقیق‌تر سنجش کیفیت خدمات نظیر تحلیل بازخورد مستمر بیماران استفاده کنند تا میزان رضایتمندی به شکل جامع‌تری اندازه‌گیری شود.
 - توسعه برنامه‌های آموزشی برای کادر درمانی: ارائه آموزش‌های مستمر به کارکنان و پزشکان درباره نحوه ایجاد تعاملات مؤثر و اعتمادسازی با بیماران می‌تواند کیفیت خدمات را بهبود ببخشد.
 - افزایش پوشش خدمات حمایتی: توسعه خدماتی نظیر مشاوره‌های روان‌شناختی، توان‌بخشی و حمایت‌های مالی می‌تواند احساس امنیت و عدالت درمانی را در میان بیماران سرطانی تقویت کند.
 - گسترش دسترسی جغرافیایی به خدمات درمانی: با توجه به اینکه بسیاری از بیماران از استان‌های هم‌جوار به مهرانه مراجعه می‌کنند، توسعه شعب منطقه‌ای یا همکاری با بیمارستان‌های دیگر می‌تواند دسترسی به خدمات را افزایش دهد.
 - ایجاد شبکه‌های حمایتی بیمار-محور: تشکیل گروه‌های حمایتی برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها می‌تواند به تبادل تجربیات و کاهش استرس روانی بیماران کمک کند.
 - تقویت همکاری بین بخشی: هم‌افزایی میان سازمان‌های مردم‌نهاد، مراکز درمانی دولتی و نهادهای شهری می‌تواند به بهبود فرآیند درمان و حمایت از بیماران کمک کند.
 - ایجاد چارچوب قانونی برای مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد و دولت: به‌منظور بهبود کارآمدی سازمان‌های حمایتی مانند مهرانه، لازم است چارچوب‌های قانونی مشخصی برای تعامل با دولت و سایر نهادهای عمومی تدوین شود.
 - استفاده از فناوری‌های نوین در خدمات درمانی: بهره‌گیری از تله‌مدیسن (پزشکی از راه دور) و پرونده‌های دیجیتال بیماران می‌تواند به افزایش سرعت و دقت در ارائه خدمات به بیماران سرطانی کمک
- در نهایت، با توجه به اهمیت عدالت درمانی در شهرهای مدرن، پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران و مدیران شهری نیز در برنامه‌ریزی‌های کلان خود به مفهوم «شهر دوستدار بیماران سرطانی» توجه ویژه‌ای داشته باشند و زیرساخت‌های لازم را برای تحقق این هدف فراهم کنند.
- سپاسگزاری:** از همه عزیزانی که در طی الارض تحقیق ما را یاری کردند قدردانی می‌کنیم.
- حامی مالی:** بنا به اظهار نویسنده مسئول، این مقاله حامی مالی نداشته است.
- سهم نویسندگان در پژوهش:** همه نویسندگان، در بخش‌های نگارش و تنظیم مقاله حاضر نقش و سهم برابر دارند.
- تضاد منافع:** نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافی در رابطه با نویسندگی و یا انتشار این مقاله ندارند.

References

- Aday, L. A., & Andersen, R. M. 1974. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1071804/>
- Al-Awadi, A. A., Chabchoub, I., & Falah, M. A. 2024. Cancer patients satisfaction and quality of healthcare services in Iraq: A cross-sectional study to evaluate the quality of care in cancer management. *Research Article*. Submission: 02/22/2024; Acceptance: 06/17/2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38918679/>
- Baker, R., & Evans, T. 2017. Sustained care in oncology: The importance of follow-up and continuity of treatment for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 32(4), 134-140. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22085579/>
- Berry, L. L., Zeithaml, V. A., & Parasuraman, A. 2003. Quality counts in health care: A new direction in measurement. *Healthcare Marketing Quarterly*, 20(3), 5-13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24346466/>
- Bergsma, A. 2016. Advances in cancer treatment: The promise of targeted and personalized therapies. *Journal of Clinical Oncology*, 34(5), 225-237. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27889783/>

- Bourdieu, P. 1984. *Distinction: A social critique of the judgment of taste*. Harvard University Press. <https://books.google.com/books/about/Distinction.html?id=nVaS6gS9Jz4C>
- Carman, J. M. 1990. Consumer perceptions of service quality: An assessment of SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55. <https://www.sid.ir/paper/561767/enhttps://www.sid.ir/paper/561767/en>
- Daniels, N. 2008. *Just health: Meeting health needs fairly*. Cambridge University Press. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2649477/>
- Davis, M., & Walker, S. 2017. The role of patient education in cancer treatment: Enhancing patient confidence through information sharing. *Journal of Oncology Nursing*, 24(6), 45-50. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10772153/>
- Donabedian, A. 1988. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Eshaghi Nimvari, M., & Alizadeh Lameshkan, A. 2022. Perceptions and expectations of patients regarding the quality of inpatient services in selected hospitals. In *7th National Conference on New Approaches in Education and Research* (p. 239). Sari, Iran: Islamic Azad University, Sari Branch & Noshahr Health Network <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27147790/> **(In Persian)**.
- Ghods, A. J., & Nasrollahzadeh, D. 2022. Equity in healthcare access: A case study of cancer treatment in Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 51(7), 1355-1365. <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-0963-9>
- Heskett, J. L., Sasser, W. E., & Schlesinger, L. A. 1997. *The service profit chain: How leading companies link profit and growth to loyalty, satisfaction, and value*. Free Press. <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=284https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=284>
- Jenabadi, R., Abili, K., Nastizaei, N., & Yaghoubi, N. 2011. Gap between patients' perceptions and expectations of healthcare service quality in Zahedan medical centers using the SERVQUAL model. *Health Sciences Research Institute of ACECR*. <https://payeshjournal.ir/article-1-498-en.html> **(In Persian)**.
- Kim, Y. A., Choi, M. G., Yun, E. H., Jung, S. Y., Park, A. K., Choi, H. R., & Chang, Y. J. 2021. A comparative analysis of the perception of cancer patients and healthcare providers (oncology physicians, nurses, social workers) in support of integrated community-linked cancer plans. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11517. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111517>
- Mahraneh Charity. 2024. *Annual report on cancer support and healthcare services in Iran*. Retrieved from www.mahraneh.org
- Movahedkar, E., Arab, M., Akbari Sari, A., & Hosseini, M. 2012. Perceptions of hospitalized patients in clinical wards of general hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences on involvement in treatment decisions and patient safety. *Hospital Journal*, 11(1), 29-38 https://jhosp.tums.ac.ir/browse.php?a_id=35&sid=1&slc_lang=en **(In Persian)**.
- Nussbaum, M. 2006. *Frontiers of justice: Disability, nationality, species membership*. Harvard University Press.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. 1988. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40. https://www.researchgate.net/publication/200827786_SERVQUAL_A_Multiple-item_Scale_for_Measuring_Consumer_Perceptions_of_Service_Quality
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. 1990. Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations. Free Press. https://www.researchgate.net/publication/238685068_Delivering_quality_service_Balancing_customer_perceptions_and_expectations
- Prasad, B., & Ghosal, I. 2019. Perception of cancer patients towards the service quality of the healthcare industry: A paradigmatic research on serviceability. *International Journal of Innovative Technology and Exploring Engineering*, 8(11), 676-681. <https://doi.org/10.35940/ijitee.K1719.0981119>
- Rawls, J. 1971. *A theory of justice*. Harvard University Press. <https://giuseppcapograssi.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/08/rawls99.pdf>
- Rhodes, R. A. W. 1996. The new governance: Governing without government. *Political Studies*, 44(4), 652-667. https://www.researchgate.net/publication/297263180_The_new_governance_Governing_without_government
- Sen, A. 1999. *Development as freedom*. Oxford University Press. <http://www.c3l.uni-oldenburg.de/cde/OMDE625/Sen/Sen-intro.pdf>

- Shen, C., Gu, L., Li, N., Wang, R., Yang, X., & Chu, Z. 2024, May. Attitudes and perceptions of cancer patients and healthcare providers towards prehabilitation: A thematic synthesis. *British Journal of Health Psychology*, 29(2), 395–429. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12705>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. 2023. Cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 73(1), 17–48. <https://doi.org/10.3322/caac.21763>
- Smith, K. V., Jones, M. A., & Roberts, L. P. 2021. The role of NGOs in healthcare equity: A global perspective. *Journal of Health Policy and Management*, 35(4), 567–583. https://www.researchgate.net/publication/8009313_The_role_of_NGOs_in_global_health_research
- Soja, E. 2010. *Seeking spatial justice*. University of Minnesota Press. https://www.researchgate.net/publication/229770913_Seeking_Spatial_Justice_-_By_EDWARD_SOJA
- Sullivan, R., & Patel, P. 2019. The impact of modern technology on cancer care: Improving diagnosis and treatment outcomes. *Journal of Clinical Cancer Research*, 22(3), 150-157. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3119205/>
- Taheri, M., & Nikokolah, M. 2024. Gap analysis of hospital service quality factors and patient satisfaction: A case study of the forensic medical examination unit in Shiraz. In *1st National Congress on Sustainable Development and Social Responsibility: Challenges and Solutions*. <https://jhs.mazums.ac.ir/article-1-542-en.html> (In Persian).
- Whitehead, M. 1992. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- World Health Organization. 2023. *Global cancer report 2023*. Retrieved from www.who.int
- Zanjan University of Medical Sciences. 2023. *Healthcare accessibility and cancer support programs in Zanjan Province*. Retrieved from www.zums.ac.ir
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. 1990. Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations. *Free Press*. https://www.researchgate.net/publication/238685068_Delivering_quality_service_Balancing_customer_perceptions_and_expectations
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. 2003. Quality counts in health care: A new direction in measurement. *Healthcare Marketing Quarterly*, 20(3), 5-13. <https://www.emerald.com/lbsjmr/article/21/1/13/270931/Service-quality-in-the-healthcare-sector-a>
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. 1988. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40. https://www.researchgate.net/publication/200827786_SERVQUAL_A_Multiple-item_Scale_for_Measuring_Consumer_Perceptions_of_Service_Quality