



Sociological Study of the Empowerment of Insured Persons of Iran Health Insurance Organization: Identifying and Prioritizing Influencing Factors

Masoud Pakniyat Rad¹ MA, Mohammadbagher Tajeddin^{1*} PhD, Karam Habibpour Gatabi² PhD

¹ Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Department of Sociology, Faculty of Human Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

*Correspondence to: Mohammadbagher Tajeddin, Email: Mb_tajeddin@yahoo.com

Received: February 1, 2023

Revised: March 16, 2023

Accepted: May 10, 2023

Online Published: May 27, 2023

Abstract

Introduction: Despite the importance of the issue of empowerment, insurance organizations in Iran do not seek to empower their insureds due to reasons such as the lack of clarity in the meaning and concept, ignorance of the involved and influential factors, and the lack of scientific and functional status. For this reason, the present study was carried out to identify and prioritize the factors affecting the empowerment of the insured of the Iran Health Insurance Organization.

Methods: This study was conducted using a mixed method with a sequential design (first the qualitative Delphi method and then the quantitative survey method) and the participation of 15 health insurance and empowerment specialists in the Delphi method and the participation of 414 insured people of the health insurance organization. In accordance with each of the mentioned methods, sampling and validation methods were also used. Exploratory factor analysis technique was used to discover factors and Friedman's test was used to compare factors.

Results: After determining 60 important variables and identifying 10 main factors influencing the empowerment of the insured, which are: self-reliance, job satisfaction, feeling of alienation, social health, decision-making power, health education, access to services health and treatment, quality of life relationships, power of foresight and improvement of the level of health-oriented attitude, it was found that "improvement of the level of health-oriented attitude" and "power of foresight" had the greatest and least effect on the empowerment of Iran's health insurance policyholders, respectively.

Conclusion: The insured people of the Iran Health Insurance Organization believe that in order to empower the insured people, the level of attitude of all levels involved in this field should be improved and "health-oriented approach" should be replaced by "treatment-oriented" in the society.

Keywords: Empowerment, Health insurance, Health-Oriented Attitude, Social Health

Highlights

1. The closeness and proximity of the diagnosis and separation of influential factors from the perspective of empowerment specialists and insured persons of the Health Insurance Organization of Iran was an interesting point that appeared in the research.
2. The Iran Health Insurance Organization should take appropriate measures as soon as possible in order to make its goals and plans known and to facilitate better and more suitable communication ways with the insured.

Citation:

Pakniyat Rad M, Tajeddin M, Habibpour Gatabi K. Sociological study of the empowerment of insured persons of Iran Health Insurance Organization: Identifying and prioritizing influencing factors. Iran J Health Insur. 2023;6(1):35-46.



مطالعه جامعه‌شناختی توانمندسازی بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران: شناسایی و اولویت‌بندی عوامل تأثیرگذار

مسعود پاک‌نیت راد^۱ MA، محمدباقر تاج‌الدین^{۲*} PhD، کرم حبیب‌پور گتابی^۲ PhD

^۱ گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، ارتباطات و رسانه، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ گروه جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: محمدباقر تاج‌الدین، پست الکترونیک: mb_tajeddin@yahoo.com

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۳/۰۶

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۲۰

تصحیح: ۱۴۰۱/۱۲/۲۵

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۲

چکیده

مقدمه: با وجود اهمیت موضوع توانمندسازی، سازمان‌های بیمه‌گر در ایران بنابه دلایلی چون مشخص نبودن معنا و مفهوم، ناشناسی عوامل دخیل و تأثیرگذار و فقدان جایگاه علمی و عملکردی آن، چندان به دنبال توانمندسازی بیمه‌شدگان خود نیستند. به همین دلیل مطالعه حاضر برای شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر توانمندسازی بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه با استفاده از روش آمیخته با طرح متوالی (ابتدا روش کیفی دلفی و سپس روش کمی پیمایش) و مشارکت ۱۵ نفر از متخصصان توانمندسازی و بیمه سلامت در روش دلفی و مشارکت ۴۱۴ نفر از بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت انجام شد. متناسب با هر یک از روش‌های عنوان شده، روش‌های نمونه‌گیری و اعتباریابی نیز مورد استفاده قرار گرفت. برای کشف عوامل، از تکنیک تحلیل عاملی اکتشافی و برای مقایسه عوامل، از آزمون فریدمن استفاده شد.

یافته‌ها: پس از تعیین ۶۰ متغیر مهم و شناسایی ۱۰ عامل اصلی تأثیرگذار بر توانمندسازی بیمه‌شدگان که عبارتند از: خوداتکایی، رضایت شغلی، احساس از خود بیگانگی، برخورداری از سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری، برخورداری از آموزش سلامت، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، کیفیت روابط زندگی، قدرت آینده‌نگری و ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور، مشخص شد «ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور» و «قدرت آینده‌نگری» به ترتیب بیشترین و کمترین اثرگذاری را بر توانمندسازی بیمه‌شدگان بیمه سلامت ایران داشتند.

نتیجه‌گیری: بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران بر این باورند که برای توانمندسازی بیمه‌شدگان باید سطح نگرش تمام سطوح دست‌اندرکار در این حوزه با محوریت سلامت، ارتقا یابد و در جامعه «رویکرد سلامت‌محور» جایگزین «درمان‌محوری» شود.

واژگان کلیدی: توانمندسازی، بیمه سلامت، نگرش سلامت‌محور، سلامت اجتماعی

نکات ویژه

۱- قرابت و نزدیکی تشخیص و تفکیک عامل‌های تأثیرگذار از منظر متخصصان توانمندسازی و بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران نکته جالب توجهی بود که در پژوهش نمود پیدا کرد.

۲- سازمان بیمه سلامت ایران، بایستی در راستای شناساندن اهداف و برنامه‌های خود و تسهیل راه‌های ارتباطی بهتر و مناسب‌تر با بیمه‌شدگان، هرچه زودتر اقدامات مقتضی را انجام دهد.

مقدمه

به عبارت بهتر، افراد حرکت خود را شروع کرده، توانایی‌های لازم را

کسب کنند و از تغییرات مورد نیاز خود حمایت کنند.

هرچند عوامل تغییردهنده خارجی فقط به عنوان تسریع‌کننده

نقش داشته یا عرصه را برای فعالیت افراد فراهم می‌کنند [۲]،

اما به هر روی باید این عوامل و سایر عوامل تأثیرگذار در فرایند

توانمندسازی را کشف، بررسی و مطمح نظر قرار داد تا بتوان از

توانمندسازی، فرایند ظرفیت‌سازی با هدف ایجاد تغییرات

اجتماعی و سیاسی برای کمک به تک‌تک افراد، گروه‌ها و

اجتماعاتی است که به دنبال کنترل بیشتر هستند [۱]. از نظر امدام،

توانمندسازی را نمی‌توان به افراد داد یا برای آنان انجام داد، بلکه

حاصل فرایندی است که افراد، خود را طی آن توانمند می‌کنند.

عاملیت و دستاورد. او منابع را تنها به عنوان منابع اقتصادی در نظر نمی گیرد، بلکه مجموعه ای از منابع انسانی و اجتماعی می داند که مستلزم قوانین و هنجارهایی است که توسط آن توزیع و تعاملات در درون محیط های اجتماعی اتفاق می افتد. زمین، اشتغال، اعتبار، سرمایه اجتماعی، آموزش و... به عنوان منابع، هر کدام پتانسیل های متفاوتی برای تحقق انتخاب و نهایتاً توانمندشدن زنان، ایجاد می کنند. منابع و عاملیت، همان دستاورد را به وجود می آورند. دستاورد به ظرفیت افراد برای زندگی به سبک دلخواه اشاره دارد [۴]. آلسوپ و هینسون که از صاحب نظران مفهوم توانمندسازی هستند، ویژگی آن را همانند کبیر، افزایش توانایی گروه یا فرد برای دست زدن به انتخاب مناسب می دانند. آنها تأکید می کنند این انتخاب باید به نتایج دلخواه منجر شود و این فرایند تحت تأثیر دو عامل ایجاد می شود: عاملیت و ساختار فرصت ها. همچنین معتقدند ساختار فرصت ها توسط عملکرد نهادهای رسمی و غیررسمی شکل می گیرد که شامل قوانین و مقررات، چارچوب های تنظیم کننده و هنجارهای حاکم بر رفتار مردم است [۷].

بنابراین، آلسوپ و هینسون هم مانند کبیر، قوانین و مقررات را در رابطه با توانمندسازی دارای اثر می دانند. کبیر از آن با عنوان «منابع توانمندساز» و آلسوپ و هینسون با عنوان «ساختار فرصت های توانمندساز» یاد می کنند. سازمان ملل متحد نیز توانمندسازی را در پنج بخش عمده مطرح کرده که عبارتند از: ۱- احساس ارزش داشتن ۲- حق مالکیت و تصمیم گیری ۳- حق دسترسی به منابع و فرصت ها ۴- حق کنترل زندگی خود در داخل و خارج خانه و ۵- قدرت تأثیرگذاری در جریان تغییرات اجتماعی برای به وجود آوردن نظام عادلانه تر اقتصادی-اجتماعی در محدوده ملی و جهانی. بنابراین با توجه به تعاریف، ابعاد و محورهای صدرالاشاره می توان نتیجه گرفت بیمه شده توانمند کسی است که در انتخاب هر یک از شرکت های ارائه دهنده خدمات بیمه ای و انواع بیمه (پایه، تکمیلی، اکمل و...)، آزاد و مخیر بوده و با علم و آگاهی کامل این کار را انجام دهد. همچنین بیمه شده توانمند شخصی است که از هر گونه حمایت لازم دستگاه های متولی آموزش، بهداشت و درمان و پشتیبانی های قضایی در زمان بیماری برخوردار بوده و چنانچه نیازمند دریافت

مزایای متعددی که می توان برای آن برشمرد و طیف گسترده ای را در بر می گیرد، برخوردار شد.

این مزایا از برآورده شدن نیازهای اساسی تا دستاوردهای پیچیده تری مانند رضایتمندی، احساس تعلق و تعهد، تحقق اهداف، تقلیل هزینه ها و ارتقای سوددهی، تقویت عزت نفس، افزایش مشارکت، پرورش احساس مالکیت و خودباوری هستند. باید توجه داشت که ابعاد و محورهای مختلفی برای توانمندسازی ذکر شده که می توان آنها را در شش بُعد اقتصادی، سیاسی، روانی، اجتماعی، حقوقی و فرهنگی [۳] و شش محور اطلاع رسانی و آموزش، وکالت، پاسخ گویی، توانمندسازی مالی (از دو منظر افزایش و کنترل منابع مالی)، ظرفیت سازمانی و محلی، و مشارکت خلاصه کرد. این رویکردها در بیش از ۱۰۰ کشور جهان به کار گرفته شده و توانسته بهبودهای بسیاری را در توانمندسازی افراد در این کشورها ایجاد کند [۴].

توانمندسازی مفهومی است که در دهه های اخیر و به ویژه در بین کشورهای در حال توسعه، وارد ادبیات سیاست گذاری شده است و به دلیل تأکید بر استقلال و قدرت تصمیم گیری شهروندان در انتخاب های گوناگون ایشان در عرصه های متفاوت سیاسی، اجتماعی و اقتصادی، دارای اهمیت است. مفهومی که در صورت تحقق، افراد در گیر با آن را از حالت گیرندگان منفعل خدمات اجتماعی خارج ساخته و راه را برای ورودشان به عرصه اجتماعی به عنوان نیروهای فعال اجتماع، هموار می سازد [۵]. آمارتیا سن، توانمندسازی را نوعی آزادی تلقی می کند که هم ابزار است و هم هدف غایی. از نظر او آزادی، دستیابی به شیوه های گوناگون زیستن است و توانمندی نیز بر گسترش این آزادی ها برای انسان به گونه ای که بتواند به همان شیوه که ارزشمند می شمارد زندگی کند، تأکید می ورزد [۶].

درواقع توانمندسازی را می توان فرایند قدرت بخشیدن به افراد دانست تا از این طریق بتوانند بر احساس ناتوانی و درماندگی خود چیره شوند. نایال کبیر به عنوان یکی از صاحب نظران حوزه توانمندسازی زنان، سازه اصلی توانمندی را «قدرت» می داند و از «توانایی انتخاب» کردن به عنوان یکی از وجوه قدرت نام می برد. به نظر کبیر توانمندسازی را می توان در سه جنبه دید: منابع،

توانمندسازی بهره‌برده و از این مشکلات بکاهند. این مزایای مترتبه که در مراتب پیشگفت به آن اشاره شد، تحت تأثیر عواملی حاصل می‌شود که پژوهش حاضر درصدد یافتن و اولویت‌بندی آنهاست.

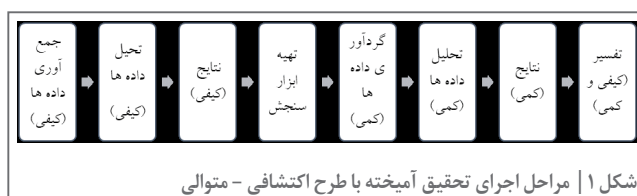
روش بررسی

پژوهش حاضر از روش‌شناسی تحقیق آمیخته با طرح متوالی، یعنی ابتدا روش کیفی دلفی و سپس روش کمی پیمایش برای گردآوری و تحلیل داده‌ها استفاده کرده است. مراتب پیشرفت این پژوهش، برگرفته از مدل کرسول و پلانوکلاک (۲۰۰۷) شکل گرفته است [۹]. بدین ترتیب که بدواً (در مرحله کیفی) داده‌های کیفی جمع‌آوری و تحلیل شده و با نتایج حاصله پرسشنامه کمی (به‌عنوان ابزار سنجش) تهیه و با توزیع آن در جامعه آماری تحقیق، داده‌های کمی گردآوری شد. در انتها، تفسیر نتایج کیفی و کمی به‌دست آمده ارائه شده است. مستفاد از نظر شریفیان که هم‌نظر با کرسول، معتقدند پژوهشگر باید حلقه دلفی را بر اساس میزان آگاهی از موضوع مورد نظر انتخاب کند [۱۰]، جامعه آماری پژوهش حاضر دربخش دلفی را ۱۵ نفر از خبرگان و متخصصان حوزه توانمندسازی و بیمه سلامت به‌روش نمونه‌گیری غیراحتمالی و ترکیبی از روش‌های قضاوتی و هدف‌مند و گلوله برفی تشکیل داده‌اند. سوال‌های تحقیق، پس از اخذ و بررسی نظرات کارشناسان متخصص و پنلیست‌هایی که در فرایند دلفی این تحقیق مشارکت داشتند، تدوین و طی مراحل بعدی تحقیق و با مدلی که در بالا توضیح داده شد، مورد استفاده قرار گرفتند. روش مورد استفاده در مرحله کمی پژوهش، پیمایش بوده که به‌منظور تعمیم یافته‌ها و نتایج مرحله کیفی پژوهش به جامعه‌ای بزرگ‌تر در قالب پرسش‌ها و فرضیه‌ها به‌عنوان مناسب‌ترین و مطلوب‌ترین روش برای دستیابی به هدف مرحله کمی پژوهش تشخیص، انتخاب و به اجرا گذاشته شد. منطبق با نظر کرسول که در کتاب «تحقیق کیفی و طراحی تحقیق: انتخاب از میان

حمایت‌های مادی، معنوی، حقوقی و... باشد، این کمک‌ها به‌راحتی و در کوتاه‌ترین و مناسب‌ترین زمان در دسترس او قرار گیرد. اما اصل قضیه این است که بیمه‌شده باید از طریق و در راستای برنامه‌هایی که سازمان‌های بیمه‌گر تهیه و تدارک می‌بینند به حفظ سلامت و ارتقای سطح کیفیت زندگی خود توجه کافی و وافی داشته باشد تا هم کمتر در معرض آسیب و ابتلا به انواع بیماری‌ها باشد و هم اینکه با تعلق خاطر متقابل با سازمان بیمه‌گر، سعی و توان خود را برای پیشرفت‌های آن سازمان معطوف دارد و با کاستن از هزینه‌های احتمالی و القایی و... به حفظ سرمایه‌های سازمان بیمه‌گر کمک کند تا در نتیجه نهایی مسئولان و مدیران آن سازمان بتوانند منابع صرفه‌جویی شده را برای امور مهم‌تری (چه در زمینه بهداشت و چه در زمینه درمان بیماری‌ها) هزینه کنند [۸].

بررسی‌های صورت‌گرفته نشان می‌دهد سازمان‌های بیمه‌گر در ایران چندان به‌دنبال توانمندسازی بیمه‌شدگان نبوده و بیشتر به فکر کسب درآمد و تصدی‌گری بیمه‌افراد هستند. این در حالی است که این سازمان‌ها، ازجمله سازمان بیمه سلامت ایران، منابع درآمدی محدودی دارند. مثلاً درآمد این سازمان از محل حق بیمه‌های دریافتی از بیمه‌شدگان، بودجه و سرانه‌های تعیین شده پرداختی توسط دولت و سهم ۲/۹ (دو نهم) از سرمایه‌گذاری‌های انجام شده‌اش است. این درآمدها که عمدتاً به‌صورت اقساطی وصول می‌شود، در مقابل ارائه خدمات بیمه‌ای درمان به بیش از ۴۲ میلیون نفر بیمه‌شده، ناچیز بوده و اگر مدیریت ارشد این سازمان، راهکار مناسب برای مدیریت صحیح منابع مالی به‌منظور جبران کاستی‌های درآمدی را نیافته یا انتخاب نکند، با بحران شدید و نارضایتی‌های مدیران بالاسری از جمله دولت و جامعه روبه‌رو خواهد شد.

با توجه به شرایط اقتصادی جامعه و وضع مالی عمدتاً نامناسب بیمه‌شدگان، چنانچه اقدام مناسبی برای رفع مشکلات موجود به‌عمل نیاید، زمینه‌های زیان بیش از پیش ذی‌نفعان فراهم شده و در سطح کلان نیز باعث کاهش سطح رفاهی جامعه، هدر رفت منابع و تزلزل جایگاه دولت و برنامه‌های دولت خواهد شد. در حالی که دولت و به‌طریق اولی سازمان‌های بیمه، می‌توانند از مزایای



تحلیل داده‌ها

دو نوع تحلیل به گونه‌ای انجام شد که در بخش تحلیل کیفی، نظرات متخصصان به صورت کدگذاری کیفی در قالب تم‌های اصلی و فرعی تنظیم شد. در بخش کمی نیز پس از تنظیم تم‌های اصلی و فرعی، پرسشنامه در قالب طیف لیکرت تهیه شد و پس از جمع‌آوری داده‌های این بخش اقدام به تحلیل آماری به صورت آماره‌های مرکزی و پراکندگی و همچنین ضریب همبستگی کندال شد. به فرایند کسب اطلاعات از داده‌های جمع‌آوری شده و مقایسه آن با مقوله‌های در حال ظهور در روش مقایسه مستمر، تحلیل داده‌ها گفته می‌شود که به گونه‌ای گسترده در این پژوهش به کار رفته است. یادداشت‌برداری از مصاحبه‌ها همزمان با ضبط آنها بود. گفته‌های مشارکت‌کنندگان در قالب متون تهیه شده، به صورت سطر به سطر تحلیل و در مرحله کدگذاری باز، مفاهیم و کدهای اولیه شناسایی و استخراج و در مرحله کدگذاری محوری، با استفاده از آنها، کدها یا مفاهیم مرتبط باهم با محور قرار دادن مقوله اصلی صورت‌بندی و سازمان‌دهی و در نتیجه مقوله‌های اصلی تدوین شدند. در سطح آمار استنباطی نیز با توجه به این که فرضیه‌ای وجود ندارد تا مورد آزمون قرار گیرد، با انجام آزمون فریدمن هر یک از شاخص‌ها (عامل‌ها) ارزش‌بندی و اولویت‌بندی شد.

کیفیت پژوهش

در بخش کیفی، برای تأمین اعتمادپذیری نتایج بخش کیفی براساس نظرات استراوس، کریبن و میلر از روش‌های کنترل یا اعتباریابی به وسیله مشارکت‌کنندگان پژوهش و ارزیاب یا بازرس خارجی و برای مقایسه‌های تحلیلی از یافته‌ها و راهنمایی‌های تامسون استفاده شد [۱۱]. در روش اول اطلاعات حاصل از پیاده‌سازی و تحلیل متن مصاحبه‌ها برای اعضای پنل کیفی ارسال و بازخورد آنها تا مرحله اشباع نظری بین اعضا رد و بدل شد و صحت یافته‌های پژوهش در مراحل کدگذاری در تعامل با تعدادی از مشارکت‌کنندگان پژوهش تأیید شد. سپس با مراجعه مداوم به داده‌های گردآوری‌شده از مصاحبه با تحلیل مستمر این داده‌ها، ساخت‌بندی مفاهیم و مقوله‌های اصلی و فرعی، مقوله مرکزی و همچنین خط داستان پژوهش با داده‌ها مقایسه و بررسی تحلیلی شد. در نهایت در تکنیک بازرس خارجی یک

پنج سُنّت» اظهار می‌دارد: طرح پیمایشی با مطالعه یک نمونه از جامعه، از روندها، نگرش‌ها یا عقاید و باورهای آن جامعه، توصیفی کمی یا عددی را فراهم می‌کند. پژوهشگر نتایج حاصل از نمونه را به کل جامعه تعمیم می‌دهد یا درباره کل جامعه استنتاج می‌کند [۱۱].

حجم و نمونه مشارکت‌کنندگان

برآورد حجم نمونه در پژوهش‌های کیفی مبتنی بر معیار درجه اشباع اطلاعات گردآوری شده در این مرحله و در راستای هدف اصلی پژوهش است که با مد نظر قرار دادن این موضوع ۱۵ نفر از کارشناسان واجد شرایط خبره و مطلع که از آگاهی و شناخت کافی برخوردار بودند، انتخاب شدند و با مراجعه به آنها اطلاعات لازم جمع‌آوری شد. مبنا و معیار اصلی محاسبه و برآورد حجم نمونه در این مرحله از پژوهش میزان اشباع اطلاعات جمع‌آوری‌شده در راستای موضوع و اهداف پژوهش یا به عبارت دیگر پیروی از نمونه‌گیری نظری و اشباع مفاهیم و مقوله‌های شناسایی شده در فرایند تحلیل داده‌های پژوهش بوده است.

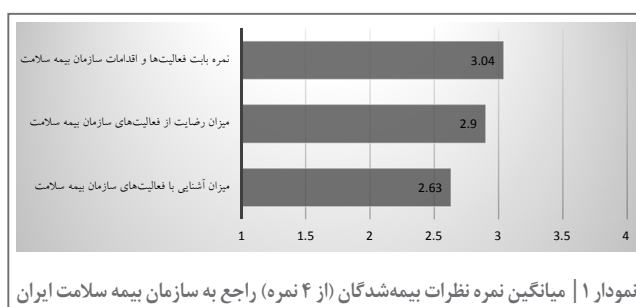
حجم نمونه پژوهش در مرحله کمی بر مبنای پیشفرض‌های مرتبط با رویکرد نمونه‌گیری غالب در پژوهش‌های کمی و روش‌های تحلیل آماری مورد نیاز در این مرحله با استفاده از جدول مورگان و با مد نظر قرار دادن مؤلفه‌های سطح اطمینان، توان آزمون و شاخص حجم اثر بود. بر همین اساس تعداد حجم نمونه بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران به شرح زیر بود:

بخش روش کمی: تعداد جامعه آماری در بخش کمی، ۱/۹۴۵/۳۷۱ نفر بیمه‌شدگان بازنشسته یا شاغل صندوق‌های بیمه‌ای (کارکنان دولت، ایرانیان، سایر اقشار و روستاییان) در تهران سال ۱۴۰۰ بود و اطلاعات حاصل از مراحل دلفی به صورت مجموعه سؤالات (بسته) از طریق مرکز ۱۶۶۶ (اطلاع‌رسانی سازمان بیمه سلامت ایران) بین بیمه‌شدگان اداره کل بیمه سلامت استان تهران ساکن مناطق ۴، ۱، ۵، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و شهرستان‌های ورامین و اسلام‌شهر توزیع شد. تعداد حجم نمونه مبتنی بر فرمول کوکران ۴۱۴ نفر بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای نمونه‌ها از تمامی صندوق‌های بیمه‌ای انتخاب شدند.

فعالیت‌های سازمان دارای نمره میانگین نسبی بهتری بوده و معادل ۲/۹۰ است. با این حال نمره کلی ارائه شده به فعالیت‌ها و اقدامات سازمان ۳/۰۴ است که نمره مطلوبی است (جدول ۳، نمودار ۱).

شناسایی عوامل توانمندسازی بیمه‌شدگان

در نتیجه تحلیل مصاحبه‌های انجام شده به‌روش دلفی، ۶۰ گویه (متغیر) اولیه استخراج شدند. فرایند شناسایی مفاهیم به‌صورت رفت و برگشتی بود؛ به این معنا که ابتدا با بررسی ادبیات موضوع، مفاهیم اولیه و کلی استخراج شدند، سپس با



جدول ۲ | ویژگی‌های جمعیتی بیمه‌شدگان

متغیر	بُعد	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۵۹	۳۸/۴
	مرد	۲۵۵	۶۱/۶
وضعیت تأهل	مجرد	۷۴	۱۷/۹
	متأهل	۲۷۷	۶۶/۹
	بی‌همسر در اثر فوت همسر	۴۳	۱۰/۴
	مطلقه	۱۵	۳/۶
	بدون پاسخ	۵	۱/۲
وضع فعالیت	دانشجو	۶۸	۱۶/۴
	بیکار	۲۸	۶/۸
	خانه‌دار	۱۲۶	۳۰/۴
	شاغل	۱۶۴	۳۹/۶
	بدون پاسخ	۲۸	۶/۸

فرد متخصص و کارشناس توانمندسازی، نتایج را داوری و مورد تأیید قرار داد. در آخرین مرحله، مفاهیم گزینش و انتخاب شده، مقوله‌ها و موضوعاتی که در راستای شناسایی و استخراج مقوله مرکزی پژوهش موثر بودند، تدوین شدند.

در بخش کمی از رویکردهای رایج در پژوهش‌های کمی (پیمایش) برای سنجش اعتبار و پایایی ابزار سنجش پژوهش (پرسشنامه) استفاده شد. نخست از دو روش اعتبار محتوا (صوری) و اعتبار سازه - رویکرد تحلیل عاملی اکتشافی و شاخص‌های مربوط به آن برای بررسی اعتبار ابزار سنجش در این مرحله استفاده شد. دوم به‌منظور احراز قابلیت اعتماد یا به‌عبارت دیگر پایایی ابزار سنجش در مرحله کمی پژوهش نیز با توجه به شیوه‌های مرسوم سنجش پایایی پرسشنامه شاخص‌های ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که دامنه ضریب آن در مقیاس‌ها و عامل‌های پژوهش از ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ بود (جدول ۱).

با توجه به بازه رتبه‌ای نمره گویه‌ها (۴ تا ۱) مشاهده می‌شود میزان آشنایی پاسخگویان با فعالیت‌های سازمان نمره‌ای متوسط داشته که معادل ۲/۶۳ است. این در حالی است که میزان رضایت از

جدول ۱ | برآورد پایایی مقیاس‌ها با ضریب آلفای کرونباخ

مقیاس	تعداد گویه	ضریب آلفای کرونباخ (α)
خودآگاهی	۴	۰/۷۲
قدرت آینده‌نگری	۲	۰/۷۶
رضایت از بیمه	۵	۰/۷۱
احساس از خودپندگانی	۶	۰/۶۸
برخورداری از سلامت اجتماعی	۵	۰/۸۱
قدرت تصمیم‌گیری	۳	۰/۸۰
ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور	۳	۰/۷۹
برخورداری از آموزش سلامت	۴	۰/۸۶
دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی	۵	۰/۸۴
کیفیت روابط زندگی	۲	۰/۷۸

جدول ۳ | نتایج مربوط به میزان آشنایی و رضایت بیمه‌شدگان

سؤالات	زیاد (درصد)	متوسط (درصد)	کم (درصد)	اصلاً (درصد)	میانگین	انحراف معیار
میزان آشنایی شما با فعالیت‌های سازمان بیمه سلامت چقدر است؟	۲۵/۹	۲۵/۹	۴۰/۵	۷/۷	۲/۶۳	۰/۸۳
میزان رضایت شما از فعالیت‌های سازمان بیمه سلامت چقدر است؟	۲۶/۸	۴۱/۳	۲۳/۱	۸/۸	۲/۹۰	۰/۹۵
در مجموع اگر بخواهید نمره‌ای بابت فعالیت‌ها و اقدامات سازمان بیمه سلامت بدهید، چه نمره‌ای را (از ۵ نمره) لحاظ می‌کنید؟	نمره ۵ (۵۵ نفر)	نمرات ۳ و ۴ (۲۱۹ نفر)	نمره ۲ (۸۰ نفر)	نمره ۱ (۶۰ نفر)	میانگین	انحراف معیار

توصیف عوامل تأثیرگذار بر توانمندسازی بیمه‌شدگان

با توجه به بازه رتبه‌ای نمره گویه‌ها (۱ تا ۵) مشاهده می‌شود در عامل خوداتکایی «تمایل به سربرار نبودن» و «مستقل عمل کردن در تصمیم‌گیری‌ها» به ترتیب با نمره ۳/۵۸ و ۳/۵۷ میانگین بالاتری نسبت به سایر گویه‌ها دارند. در عامل قدرت آینده‌نگری، گویه «اثر آینده‌نگری بر قدرت تصمیم‌گیری» دارای میانگین ۳/۴۹ است. در عامل رضایت شغلی، گویه «نارضایتی از خدمات دریافتی در مراجعه به کارکنان سازمان بیمه سلامت ایران» با نمره ۳/۹۶ دارای نمره میانگین بیش‌تری نسبت به سایر گویه‌هاست. در عامل احساس از خودبیگانگی «حس بدبینی نسبت زندگی» دارای نمره میانگین بالاتری است. در عامل برخورداری از سلامت اجتماعی، گویه «اعتقاد به امکان استفاده بهتر از خدمات بهداشتی و درمانی برای بیمه‌شدگان» دارای نمره میانگین بیش‌تری نسبت به سایر گویه‌هاست.

در عامل قدرت تصمیم‌گیری، گویه «مواجهه با موانع در جامعه و فقدان امکان توانمند بودن در تصمیم‌گیری‌ها» دارای نمره میانگین بیش‌تری نسبت به سایر گویه‌هاست. در عامل ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور، گویه «اعتقاد به بیماری‌محور بودن رویکرد سازمان بیمه سلامت ایران» دارای نمره میانگین بیش‌تری نسبت به سایر گویه‌هاست. در عامل برخورداری از آموزش سلامت، گویه «ضرورت استمرار آموزش‌های حوزه سلامت» دارای نمره میانگین بیش‌تری نسبت به سایر گویه‌هاست. در عامل دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، گویه «دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در سراسر کشور» دارای نمره میانگین بیش‌تری نسبت به سایر گویه‌هاست. در عامل کیفیت روابط زندگی «تأثیرگذاری بیمه سلامت در تحکیم روابط بیمه زندگی و خانوادگی» دارای نمره میانگین بیش‌تری نسبت به سایر گویه‌هاست.

با توجه به نمرات میانگین مطرح شده دو عامل «ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور» و «برخورداری از آموزش سلامت» دارای نمره میانگین بالاتری نسبت به سایر عامل‌ها هستند و دو عامل «رضایت شغلی» و «دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی» دارای میانگین کم‌تری نسبت به سایر عامل‌ها (جدول ۵).

انجام مصاحبه‌ها و مطرح شدن مفاهیم جدید و جزئی‌تر، بار دیگر به ادبیات مراجعه شد تا معادل بحث‌های مطرح شده در مصاحبه‌ها، در ادبیات نیز جستجو شود. گام بعدی وزن‌دهی به این شاخص‌ها و تحلیل عاملی آنها بود. در مرحله وزن‌دهی، پرسشنامه پژوهش که براساس طیف لیکرت (از خیلی کم تا خیلی زیاد) طراحی شده بود، برای ۳۰ نفر از نخبگان ارسال و از آنان خواسته شد هر یک از شاخص‌های مندرج در جدول ۴ را که حاصل مطالعه ابعاد توانمندسازی و نیز تجارب پژوهشی این حوزه بوده و در پرسشنامه آمده بود، با ارائه نقطه‌نظرات کارشناسانه خود تعیین و وزن‌دهی کنند که در پایان ۲۵ پاسخ دریافت شد. در مرحله بعد و قبل از انجام تحلیل عاملی اکتشافی و به منظور اطمینان از کفایت نمونه‌ها برای استفاده از این روش، از آزمون کیزر می‌یرالکین (KMO) و آزمون بارتلت استفاده شد. نتایج حاکی از کفایت خوب نمونه‌گیری و همبستگی بین متغیرها برای تحلیل عاملی بود، بنابراین داده‌ها قابل تقلیل و ساختاربندی مجدد بوده‌اند. براساس تحلیل عاملی، ۱۰ عامل استخراج شدند که هر عامل به ترتیب بیش‌ترین سهم را در تبیین واریانس توانمندسازی بیمه‌شدگان داشتند

پس از کدگذاری متون مصاحبه‌ها، تحلیل، ترکیب و تلفیق کدها در قالب مؤلفه‌ها انجام شد. در این گام کدهای شناسایی شده براساس میزان تشابه مفهومی، دسته‌بندی و ترکیب شدند و با استفاده از نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی در نهایت ۱۰ مقوله یا عامل اصلی (جدول ۴) استخراج و مستفاد از نظرات مصاحبه‌شوندگان، تأیید شد. در واقع مفاهیم شناسایی شده براساس شهود و درک پژوهشگر از موضوع مورد بررسی و با توجه به وجه اشتراک مفاهیم، در قالب عامل‌ها دسته‌بندی شدند که جمع کل واریانس‌های تبیین شده توسط این عامل‌ها ۶۴/۳۲۷ بود. به این معنا که با عامل‌بندی گویه‌ها تا حدود ۶۴ درصد از واریانس کل پرسشنامه را می‌توان بر اساس عامل‌های متفاوتی که شناسایی شده، تبیین کرد. سپس با مراجعه به پرسشنامه‌های استاندارد، گویه‌های مربوط به هر یک از عامل‌ها تدوین و متناسب با درجه اهمیت و اولویتی که منتج از تحلیل عاملی اکتشافی بود، پرسشنامه‌های مربوط تهیه، توزیع و جمع‌آوری شد.

جدول ۴ | نتایج تحلیل عاملی گویه‌های مرتبط با توانمندسازی بیمه‌شدگان

عبارت	خود آنگایی	قدرت آینده‌نگری	رضایت شغلی	احساس از خود بیگانگی	بر خور داری از سلامت اجتماعی	قدرت تصمیم‌گیری	ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور	بر خور داری از آموزش سلامت	دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	کیفیت روابط زندگی
۱- احساس بیگانگی و بی‌قدرتی				۰/۸۸						
۲- احساس نشاط و شادی									۰/۸۸	
۳- احساس استرس و مخاطره				۰/۶۸						
۴- امنیت شغلی			۰/۹۰							۰/۷۷
۵- رضایت شغلی			۰/۹۲							
۶- داشتن انگیزه			۰/۶۷							
۷- احساس ناامیدی				۰/۶۴						
۸- سلامت جسمی				۰/۷۴						
۹- سلامت روانی				۰/۸۵						
۱۰- کیفیت روابط بین فردی									۰/۶۲	
۱۱- کیفیت روابط خانوادگی									۰/۷۸	
۱۲- برخورداری از حقوق شهروندی		۰/۵۷								
۱۳- قابلیت‌های فردی				۰/۷۴						
۱۴- احساس امنیت در جامعه (امنیت اجتماعی)				۰/۶۵						
۱۵- طرد اجتماعی				۰/۶۳						
۱۶- کارآفرین و مولد بودن			۰/۶۴							
۱۷- کیفیت زندگی									۰/۵۹	
۱۸- تساهل و مدارای اجتماعی				۰/۶۶						
۱۹- حس استقلال و خوداتکایی			۰/۹۲							
۲۰- مشارکت در امور عمومی و خیرخواهانه				۰/۸۷						
۲۱- پذیرش (شمول یا ادغام) اجتماعی				۰/۸۶						
۲۲- اعتماد اجتماعی				۰/۵۰						
۲۳- اعتماد نهادی و سازمانی				۰/۶۱						
۲۴- اعتماد تعمیم‌یافته				۰/۶۳						
۲۵- خلق ارزش و ثروت‌آفرینی		۰/۷۲								
۲۶- کیفیت روابط و تعاملات اجتماعی				۰/۸۳						
۲۷- احساس رفاه و بهزیستی				۰/۶۲						
۲۸- احساس تعلق به اجتماع				۰/۷۱						
۲۹- احساس امنیت در محیط کاری			۰/۷۴							
۳۰- امید به آینده			۰/۵۵							
۳۱- صمیمیت در روابط				۰/۷۹						
۳۲- پنداشت از برابری و عدالت									۰/۶۵	
۳۳- حس ارزشمند بودن				۰/۶۳						
عبارت	خود آنگایی	قدرت آینده‌نگری	رضایت شغلی	احساس از خود بیگانگی	بر خور داری از سلامت اجتماعی	قدرت تصمیم‌گیری	ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور	بر خور داری از آموزش سلامت	دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	کیفیت روابط زندگی
۳۴- امید به زندگی				۰/۵۱						
۳۵- احساس مفید بودن در جامعه	۰/۷۱									
۳۶- داشتن عزت نفس	۰/۶۳									
۳۷- داشتن مهارت‌های گوناگون								۰/۷۷		
۳۸- مسئولیت‌پذیری	۰/۸۷									
۳۹- خودباوری								۰/۸۹		
۴۰- داشتن خلاقیت و نوآوری	۰/۸۹									
۴۱- ریسک‌پذیر بودن								۰/۸۴		
۴۲- سواد سلامت								۰/۶۳		
۴۳- معناداری زندگی								۰/۸۴		
۴۴- احساس شایستگی (فرد شایسته بودن)								۰/۹۱		
۴۵- قدرت شناخت مشکلات و مسائل								۰/۸۳		
۴۶- قدرت تحلیل مسائل								۰/۸۲		
۴۷- توانمندی حل مشکلات فردی و اجتماعی	۰/۷۲									
۴۸- تاب‌آوری اجتماعی				۰/۶۸						
۴۹- قدرت تصمیم‌گیری				۰/۸۴						
۵۰- دسترسی به فرصت‌های اجتماعی								۰/۵۷		
۵۱- دسترسی به خدمات و امکانات ورزشی								۰/۵۰		
۵۲- دسترسی به اوقات فراغت مناسب								۰/۵۵		
۵۳- برخورداری از آموزش سلامت								۰/۸۸		
۵۴- قدرت آینده‌نگری		۰/۵۳								
۵۵- سبک زندگی سالم								۰/۸۲		
۵۶- دسترسی به خدمات قضایی مناسب				۰/۸۲						
۵۷- ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور								۰/۹۵		
۵۸- مصرف فرهنگی و هنری (کتابخوانی، موسیقی و...)								۰/۶۷		
۵۹- دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی								۰/۷۴		
۶۰- سلامت اجتماعی				۰/۶۰						
مقدار ویژه	۶/۰۹	۳/۱۹	۲/۷۵	۲/۵۵	۲/۳۷	۲/۰۷	۱/۸۵	۱/۶۹	۱/۶۱	۱/۵۲
درصد واریانس تبیین شده	۱۵/۲۳	۷/۹۷	۶/۸۹	۵/۳۹	۵/۹۳	۵/۱۷	۴/۶۳	۴/۲۳	۴/۰۳	۳/۸۰
کل درصد واریانس تبیین شده	۶۴/۳۲۷									
آزمون KMO	۰/۸۸									
آزمون بارتلت	$X^2 = ۱۴۰۷/۴ df = ۲۰۸۰ P = ۰/۰۰۱$									

جدول ۵ | وضعیت میانگین گویه‌های مورد بررسی از دیدگاه بیمه‌شدگان

عامل	ردیف	گویه‌ها	میانگین	انحراف معیار
خودانگیزی	۱	من معمولاً در تصمیم‌گیری‌هایم مستقل عمل می‌کنم.	۳/۵۷	۱/۰۳
	۲	اگر شرایط اجازه بدهد کوشش می‌کنم بیشتر به خودم متکی باشم تا به دیگران.	۳/۵۶	۱/۰۷
	۳	همواره می‌خواهم سربار دیگران نباشم.	۳/۵۸	۱/۰۹
	۴	اگر توانمند باشم، شخصاً مسئولیت بسیاری از اقدامات در حوزه سلامت و درمان خودم و خانواده‌ام را برعهده خواهم گرفت.	۳/۵۵	۱/۲۹
مقیاس کل				
قدرت آینده‌نگری	۵	افزایش قدرت آینده‌نگری باعث افزایش خودانگیزی من می‌شود.	۳/۲۸	۱/۱۳
	۶	قدرت آینده‌نگری اثر مستقیم در قدرت تصمیم‌گیری من دارد.	۳/۴۹	۱/۱۶
مقیاس کل				
رضایت شغلی	۷	بیمه سلامت بیشترین درمان من توجه دارد تا به سلامت.	۳/۱۸	۱/۴۱
	۸	اگر شرایط اجازه بدهد، دوست دارم بیمه درمانی‌ام را تغییر بدهم.	۳/۴۲	۱/۰۶
	۹	بیمه‌ای که دارم بر اساس علاقه و اطلاعاتم انتخاب نکرده‌ام.	۳/۱۲	۱/۳۲
	۱۰	در مقایسه با میزان حق بیمه پرداختی‌ام، خدمت مناسب دریافت نمی‌کنم.	۳/۱۲	۱/۳۲
	۱۱	درمراجعه به کارکنان سازمان بیمه سلامت ایران، خدمات مناسبی دریافت نکرده‌ام.	۳/۹۶	۱/۲۸
مقیاس کل				
احساس از خود بیگانگی	۱۲	حس می‌کنم هیچ تسلطی بر اوضاع و شرایط زندگی ندارم.	۳/۱۰	۱/۲۵
	۱۳	در برابر مشکلات زندگی (به‌ویژه درمان بیماری‌ها) خودم را ناتوان حس می‌کنم.	۲/۹۶	۱/۲۷
	۱۴	حس بدبینی زیادی نسبت به زندگی دارم.	۴/۴۳	۰/۶۸
	۱۵	قانون باید رعایت شود حتی اگر به ضرر ما باشد.	۲/۹۵	۱/۲۷
	۱۶	بیشتر تمایل به تنهایی دارم تا این که بخواهم در جمع باشم.	۲/۹۶	۱/۲۸
	۱۷	هیچ‌گونه امیدی به آینده ندارم.	۳/۲۸	۱/۰۹
مقیاس کل				
برخورداری از سلامت اجتماعی	۱۸	توانایی تطبیق دادن خودم با شرایط فعلی را دارم.	۳/۵۱	۱/۰۴
	۱۹	به لحاظ سلامت روانی (مثل شادکامی، خودشکوفایی و سلامت عاطفی) احساس خوبی دارم.	۳/۳۸	۱/۲۰
	۲۰	به لحاظ سلامت جسمی (مثل تناسب کلی جسم و دوری از بیماری‌ها) مشکلات خاصی ندارم.	۳/۵۸	۱/۰۲
	۲۱	معتقدم که امکان استفاده بهتر از خدمات بهداشتی و درمانی خودم را دارم.	۳/۶۹	۰/۸۹
	۲۲	از نظر سلامت اجتماعی، مانند تعامل با انسان‌ها و محیط، وضعیت خوبی دارم.	۳/۲۶	۰/۸۹
مقیاس کل				
قدرت تصمیم‌گیری	۲۳	برای اخذ تصمیم‌های خوب در زندگی، آگاهی و دانش لازم را دارم.	۳/۴۵	۱/۴۲
	۲۴	برای توانمند بودن در تصمیم‌گیری‌هایم، با موانع زیادی در جامعه مواجهم.	۳/۶۹	۱/۱۵
	۲۵	سعی می‌کنم با مشورت دیگران تصمیمات مهمی بگیرم.	۳/۵۴	۱/۰۱
مقیاس کل				
ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور	۲۶	معتقدم که رویکرد سازمان بیمه سلامت ایران، بیماری‌محور است.	۴/۳۵	۰/۷۸
	۲۷	سازمان‌های بیمه‌ای باید رویکردی سلامت‌محور داشته باشند.	۳/۹۳	۰/۸۰
	۲۸	بودجه‌ای که صرف پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود، سرمایه‌گذاری است نه هزینه.	۴/۰۲	۰/۸۳
مقیاس کل				
برخورداری از آموزش سلامت	۲۹	از آموزش‌هایی که بیمه سلامت برای بیمه‌شدگان ارائه می‌کند، باخبرم.	۱/۵۴	۰/۷۱
	۳۰	آموزش‌هایی که توسط بخش‌های مختلف حوزه سلامت درمورد پیشگیری از بیماری‌ها تهیه و ارائه می‌شود، در دسترس من است.	۱/۴۹	۰/۶۷
	۳۱	آموزش‌های سلامت بایستی متناسب با جنسیت، سن، اقلیم، سواد و سایر شرایط ویژه هر فرد طراحی و ارائه شود.	۴/۲۱	۰/۷۱
	۳۲	آموزش‌های حوزه سلامت باید به صورت مستمر ارائه شود.	۴/۲۳	۰/۷۰
	۳۳	محتوای آموزشی سازمان بیمه سلامت، کارا و مفید نیستند.	۲/۹۳	۱/۴۴
مقیاس کل				
دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	۳۴	در سراسر کشور و به‌راحتی، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد.	۳/۵۲	۱/۰۳
	۳۵	تعریف درستی از خدمات بهداشتی و درمانی ندارم.	۳/۲۲	۱/۳۲
	۳۶	بیمه سلامت ایران، عامل اصلی دسترسی راحت به خدمات بهداشتی و درمانی است.	۳/۳۶	۱/۰۸
	۳۷	خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد، اما در دسترس نیست.	۳/۴۷	۱/۲۵
	۳۸	اصلاً خدمات بهداشتی و درمانی وجود ندارد.	۳/۱۹	۱/۲۱
مقیاس کل				
کیفیت روابط زندگی	۳۹	من به‌عنوان بیمه‌شده سازمان بیمه سلامت در زندگی شخصی خود دچار مشکل هستم.	۳/۱۶	۱/۲۹
	۴۰	داشتن بیمه سلامت، در تحکیم روابط زندگی و خانوادگی من تأثیر مثبت دارد.	۳/۵۲	۱/۰۴
مقیاس کل				

با توجه به سطح معناداری آزمون فریدمن، باید به این نکته اشاره کرد که عامل‌های مطرح شده، دارای قابلیت رتبه‌بندی هستند.

جدول ۶ | نتایج رتبه‌بندی عامل‌ها از دیدگاه بیمه‌شدگان با آزمون فریدمن

رتبه	میانگین رتبه‌ای	عامل
۳	۶/۱۱	خودتکایی
۵	۵/۵۰	قدرت آینده‌نگری
۹	۴/۴۹	رضایت شغلی
۷	۵/۲۸	احساس از خودبیگانگی
۲	۶/۳۳	برخورداری از سلامت اجتماعی
۴	۵/۶۴	قدرت تصمیم‌گیری
۱	۸/۱۱	ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور
۱۰	۳/۴۷	برخورداری از آموزش سلامت
۸	۴/۶۱	دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی
۶	۵/۴۷	کیفیت روابط زندگی

رتبه‌بندی عوامل تأثیرگذار بر توانمندسازی بیمه‌شدگان

همان‌طور که عامل‌های تأثیرگذار در جدول ۶ ترتیب‌بندی شده‌اند، نتایج رتبه‌بندی حاصل از آزمون فریدمن نشان می‌دهد که «ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور» و «برخورداری از سلامت اجتماعی» دارای نمره میانگین بالاتری نسبت به سایر عامل‌ها هستند.

بحث

توانمندسازی را اگر یکی از ارکان کلیدی و پایه‌ای برای ارتقای سطح و کیفیت زندگی شهروندان قلمداد کنیم، آنگاه ضرورت دارد که تمامی اقدامات و فعالیت‌های نظری و عملی انجام شده یا در دست اقدام در این زمینه مورد واکاوی علمی و پژوهشی قرار گیرد. در پژوهش حاضر نیز کوشش شد مبتنی بر دو روش کیفی (دلفی) و روش کمی (پیمایش) ضمن بررسی وضعیت فعلی توانمندی بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت، با استفاده از دیدگاه‌ها و نظرات متخصصان و صاحب‌نظران این حوزه و بیمه‌شدگان این سازمان، عوامل موثر در توانمندسازی بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران مورد شناسایی و اولویت‌بندی قرار گیرند.

همان‌گونه که مطالعات نظری نشان داده عموم نظریه‌پردازان «توانمندسازی» را نوعی فرایند قدرت و ظرفیت بخشیدن به افراد جامعه، به‌ویژه افراد ناتوان، می‌دانند. بنا به گفته این نظریه‌پردازان

«توانمندسازی» را می‌توان فرایند قدرت بخشیدن به افراد دانست تا از این طریق بتوانند بر احساس ناتوانی و درماندگی خود چیره شوند. مزایای متعددی می‌توان برای توانمندسازی برشمرد که طیفی گسترده را در برمی‌گیرد: از برآورده شدن نیازهای اساسی گرفته تا دستاوردهای پیچیده‌تر، مانند رضایتمندی، احساس تعلق و تعهد، تحقق اهداف، تقلیل هزینه‌ها و ارتقای سوددهی، تقویت عزت نفس، افزایش مشارکت، پرورش احساس مالکیت و خودباوری.

صاحب‌نظران حوزه توانمندسازی، افزایش توانایی گروه یا فرد برای دست زدن به انتخاب را مناسب می‌دانند و تأکید می‌کنند که این انتخاب باید به نتایج دلخواه منجر شود. چنین فرایندی تحت تأثیر دو عامل ایجاد می‌شود: عاملیت و ساختار فرصت‌ها. این صاحب‌نظران معتقدند ساختار فرصت‌ها توسط عملکرد نهادهای رسمی و غیررسمی شکل می‌گیرد که شامل قوانین و مقررات، چارچوب‌های تنظیم‌کننده و هنجارهای حاکم بر رفتار مردم است. پس گام برداشتن با هدف یافتن و شناسایی این عوامل و از آن مهم‌تر، اولویت‌بندی آنها، نکته‌ای بسیار ظریف و اساسی است که این پژوهش بدان پرداخته است. با نتایجی که از روش دلفی به‌دست آمد، صاحب‌نظران این حوزه نیز کم و بیش بر روی عاملیت ساختار تأکید داشته و معتقد بودند که هم عاملان به مثابه کنشگران اجتماعی و هم ساختار اجتماعی، هر دو به صورت متقابل می‌توانند زمینه را برای توانمندسازی بیمه‌شدگان فراهم سازند و با بی‌توجهی به هر کدام، دستیابی به نتیجه مطلوب امکان‌پذیر نخواهد بود.

مواردی که این صاحب‌نظران به‌عنوان عاملیت بر روی آنها تأکید داشته‌اند عبارت بود از: قدرت آینده‌نگری، خودتکایی، فقدان از خود بیگانگی و قدرت تصمیم‌گیری که هر فرد بیمه‌شده به‌عنوان عامل باید از آنها برخوردار باشد. همچنین آنها در مورد عاملیت، بر عوامل ساختاری زیر نیز تأکید داشته‌اند: برخورداری از سلامت اجتماعی، ارتقای سطح نگرش سلامت‌محور، برخورداری از آموزش سلامت، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و کیفیت روابط زندگی که همگی برآمده از وضعیت ساختاری جامعه هستند تا طی آن عاملان با در اختیار داشتن فرصت‌های ساختاری مناسب در راستای توانمندسازی خود گام بردارند. اما

سلامت، ارتقا یافته و در جامعه رویکرد سلامت محور جایگزین درمان محوری شود.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه در مقطع دکتری تخصصی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است. پژوهشگر از تمامی خبرگان شرکت کننده در مصاحبه تقدیر و تشکر می کند.

تأییدیه اخلاقی: پژوهش حاضر توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی مورد تأیید قرار گرفته است.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی را اعلام نکرده اند.

سهم نویسندگان: مسعود پاکنیت راد: انجام مصاحبه، تحلیل داده ها و نگارش مقاله به میزان ۴۰ درصد، محمدباقر تاج الدین: طراحی مطالعه، ویرایش مقاله، طراحی سوالات مصاحبه و تحلیل داده ها به میزان ۴۰ درصد، کرم حبیب پور گنتی: طراحی مطالعه، ویرایش مقاله و مشاوره در تحلیل داده ها به میزان ۲۰ درصد.

منابع مالی: این پژوهش مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Laverack G. Public health: power, empowerment and professional practice. Macmillan International Higher Education; 2019 Feb 14.
2. Amdam R. Planning in health promotion work: An empowerment model. Routledge; 2010 Oct 4. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203842522/planning-health-promotion-work-roar-amdam>
3. Ghaffari Gh, Darabi H, and Jahangiri P. A Review of Empowerment Indicators with Emphasis on Women Heads of Households, Proceedings of the Second Conference on Empowerment and Empowerment of Women Heads of Households, General Department of Women in Tehran, Pp. 340-319.
4. Kabeer N. Gender and Empowerment. translated by Azam Khatam. Tehran: Agaah Publications; 2011. [Persian]
5. Malhotra A, Schuler SR, Boender C. Measuring women's empowerment as a variable in international development. Inbackground paper prepared for the World Bank Workshop on Poverty and Gender: New Perspectives 2002 Jun 28 (Vol. 28, p. 58). Washington, DC: The World Bank.
6. Sen A. Development as freedom (1999). The globalization and development reader: Perspectives on development and global change. 2014 Oct 13;525.
7. Alsop R, Heinsohn N. Measuring empowerment in practice: Structuring analysis and framing indicators. World Bank Publications; 2012.
8. Pakniyat Rad M, Tajeddin M, Habibpour Gatabi K. Developing a policymaking model for empowering the

به نظر نمی رسد طرح این عوامل، هم راستا و به دنبال یکدیگر، مشکلی را برای ساختار که در پی توانمندسازی بیمه شدگان است، حل کند. پس راه کار رفع این مشکل در چیست؟ پاسخ در اولویت بندی این عوامل که در تصمیم گیری های عوامل ساختاری نقشی بسیار پررنگ خواهد داشت، ابزار دقیق و راهکار مناسب حل مسئله است.

نتیجه گیری

پس از بررسی های انجام شده، مشخص شد که عامل «ارتقای سطح نگرش سلامت محور» در اولویت و ردیف اول قرار دارد. به این معنا که بیمه شدگان به عنوان نقطه ثقل پژوهش، این عامل را مقدمه برخورداری از سلامت اجتماعی می دانند تا در پی آن بتوانند به خود، دانش خود و بیمه خود اتکا کرده و با قدرت کافی در این موضوع تصمیم گیری کنند. بازنگری قوانین، دستورالعمل ها و مقرراتی که توسط سازمان بیمه سلامت ایران تدوین می شود، از ضروریاتی است که منتج از نظر بیمه شدگان باید مد نظر قرار گیرد. آموزش های حوزه سلامت بایستی متناسب با جنسیت، سن، اقلیم، سواد و سایر شرایط ویژه هر فرد به صورت پرکاربرد و قابل فهم عامه طراحی و به صورت مستمر ارائه شود تا باتوجه به تأثیر متقابل عاملیت و ساختار و اینکه باید به تمامی این گروه ها (ذی نفعان) نگاهی یکسان و هم وزن داشت، امکان موفقیت برنامه های آموزشی فراهم شود. بیمه شدگان در نظرسنجی انجام شده نشان دادند که تمایل ندارند سربار جامعه باشند و بیشتر علاقه مندند که در تصمیم گیری هایشان مستقل عمل کنند.

بیمه شدگان، از خدمات دریافتی از سازمان بیمه سلامت راضی نبودند. این کار برای آنها حس بدبینی به همراه داشته و می تواند در زندگی شان تأثیر گذار باشد. آنها معتقدند اگر چه خدمات بهداشتی درمانی در کشور ملموس است، اما باوجود موانع، امکان استفاده بهتر از آن نیز وجود دارد. آنها در تصمیم گیری هایشان، خود را توانمند حس نمی کنند. بیمه شدگان به رویکرد بیماری محور بودن سازمان بیمه سلامت باور دارند و معتقدند بایستی سطح نگرش کلیه سطوح دست اندرکار در این حوزه با ابتنا و محوریت

- insured of the Iran Health Insurance Organization. Iran J Health Insur. 2022;5(2):129-42. [Persian]
9. Creswell JW, Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. Sage Publications; 2017 Aug 31.
 10. Sharifian F. Nature, origins and theoretical foundations of mixed methods research. New Educational Approaches. 2008;4(1):81-108. [Persian]
 11. Creswell JA. Standards of quality and verification. Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions. 1998:193-218.
 12. Thomson SB. Qualitative research: validity. JOAAG. 2011;6(1):77-82.