



## شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی

شیوه استناددهی: مرادزادی، سمیه، سلیمی، مهتاب، گنجی، علیرضا محمدی نژاد، جهانیان، رمضان، و نینوایی، مژگان. (۱۴۰۴). شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی. یادگیری هوشمند و تحول مدیریت، ۳(۶)، ۲۰-۱.	تاریخ چاپ: ۱ اسفند ۱۴۰۴ تاریخ پذیرش: ۲۷ بهمن ۱۴۰۴ تاریخ بازنگری: ۲۰ بهمن ۱۴۰۴ تاریخ ارسال: ۱۲ آبان ۱۴۰۴	سمیه مرادزادی <sup>۱</sup> مهتاب سلیمی <sup>۱*</sup> علیرضا محمدی نژاد گنجی <sup>۱</sup> رمضان جهانیان <sup>۱</sup> مژگان نینوایی <sup>۲</sup>
--	--	--

### چکیده

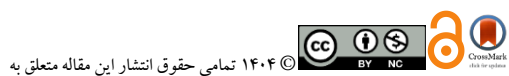
هدف این پژوهش شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی و طراحی یک الگوی بومی و یکپارچه برای دانشگاه آزاد اسلامی بود. این پژوهش با رویکرد کیفی و استراتژی اکتشافی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۸ مشارکت‌کننده شامل مدیران حوزه علوم پزشکی و اعضای هیئت علمی رشته‌های علوم تربیتی و روان‌شناسی گردآوری شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش کدگذاری سه‌مرحله‌ای نظریه زمینه‌ای شامل کدگذاری باز، محوری و انتخابی صورت گرفت و برای افزایش اعتبار یافته‌ها از بازبینی اعضا، مثلث‌سازی داده‌ها و کدگذاری مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی در قالب پنج بُعد اصلی شامل سلامت چندوجهی، زیرساختی-منابع، برنامه‌محوری، ارزیابی و کیفیت، و مشارکتی-تعاملی قابل تبیین است. سلامت چندوجهی به عنوان مقوله هسته‌ای نقش محوری در انسجام مدل دارد. همچنین روابط بین ابعاد نشان داد که زیرساخت‌ها پیش‌نیاز اجرا، برنامه‌محوری چارچوب مداخلات، ارزیابی تضمین‌کننده بهبود مستمر، و مشارکت عامل پایداری الگو است. تحقق سلامت پایدار اعضای هیئت علمی مستلزم رویکردی سیستمی و یکپارچه است که تمامی ابعاد شناسایی شده را به صورت هم‌زمان در بر گیرد و تمرکز بر یک بُعد به تنهایی به نتایج مطلوب منجر نمی‌شود.

**واژگان کلیدی:** اعضای هیئت علمی، مدیریت سلامت، الگوی بومی، سلامت چندوجهی، دانشگاه آزاد اسلامی

### مشخصات نویسندگان:

۱. گروه علوم تربیتی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲. گروه مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

پست الکترونیکی: salimi\_331@yahoo.com



© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به

نویسنده است.

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی CC BY-NC 4.0

صورت گرفته است.



## Identifying the Dimensions and Components of Faculty Health Management in Islamic Azad University

Somayeh Moradnezehadi<sup>1</sup>  
Mahtab Salimi<sup>1\*</sup>  
Alireza Mohammadinejad Ganji<sup>1</sup>  
Ramezan Jahanian<sup>1</sup>  
Mojgan Neinavaie<sup>1</sup>

Submit Date: 03 November 2025  
Revise Date: 09 February 2026  
Accept Date: 16 February 2026  
Publish Date: 20 February 2026

**How to cite:** Moradnezehadi, S., Salimi, M., Mohammadinejad Ganji, A., Jahanian, R., & Neinavaie, M. (2025). Identifying the Dimensions and Components of Faculty Health Management in Islamic Azad University. *Intelligent Learning and Management Transformation*, 3(6), 1-20.

### Abstract

This study aimed to identify the dimensions and components of faculty health management and to develop a localized, integrated model for Islamic Azad University. This qualitative study adopted an exploratory strategy. Data were collected through semi-structured interviews with eight participants, including medical science managers and faculty members in education and psychology. Purposive sampling was used and continued until theoretical saturation was achieved. Data were analyzed using grounded theory through open, axial, and selective coding. To ensure rigor, member checking, data triangulation, and independent coding procedures were applied. The findings indicated that faculty health management can be explained through five main dimensions: multidimensional health, infrastructure-resources, program orientation, evaluation and quality, and participatory-interactive processes. Multidimensional health emerged as the core category. The model further demonstrated that infrastructure underpins implementation, program orientation structures interventions, evaluation ensures continuous improvement, and participation sustains long-term effectiveness. Achieving sustainable faculty health requires a comprehensive and systemic approach that simultaneously integrates all identified dimensions, as focusing on a single dimension alone is insufficient

**Keywords:** Faculty members, health management, indigenous model, multidimensional health, Islamic Azad University

### Authors' Information:

[salimi\\_331@yahoo.com](mailto:salimi_331@yahoo.com)

1. Department of Educational Sciences, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran
2. Department of Midwifery, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the [CC BY-NC 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

## مقدمه

سلامت اعضای هیئت علمی در نظام آموزش عالی به عنوان یکی از سرمایه‌های راهبردی، نقشی تعیین‌کننده در کیفیت آموزش، تولید علم و پایداری عملکرد دانشگاه‌ها ایفا می‌کند. دانشگاه‌ها به‌عنوان سازمان‌های دانش‌بنیان، بیش از هر نهاد دیگری به نیروی انسانی متخصص، خلاق و برخوردار از سلامت جسمی و روانی وابسته‌اند و هرگونه اختلال در سلامت این گروه می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای بر کارآمدی کل نظام آموزشی داشته باشد. در دهه‌های اخیر، تغییرات سریع در محیط‌های علمی، افزایش رقابت‌های پژوهشی، فشار برای انتشار مقالات، پیچیدگی‌های نقش‌های حرفه‌ای و انتظارات فزاینده سازمانی، شرایطی را ایجاد کرده است که سلامت اعضای هیئت علمی بیش از پیش در معرض تهدید قرار گیرد. این وضعیت نشان می‌دهد که پرداختن به سلامت این گروه نه یک انتخاب، بلکه ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در سیاست‌گذاری‌های آموزش عالی است (Akanfe et al., 2024).

مدیریت سلامت سازمانی به‌عنوان رویکردی نظام‌مند، فراتر از نگاه سنتی به درمان بیماری‌ها، بر ارتقای همه‌جانبه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کارکنان تمرکز دارد. این رویکرد سلامت را به‌عنوان یک دارایی سازمانی تلقی می‌کند که سرمایه‌گذاری در آن منجر به بهبود بهره‌وری، کاهش غیبت و افزایش رضایت شغلی می‌شود (Fadaye et al., 2024). در همین راستا، مطالعات نشان داده‌اند که سازمان‌هایی که سلامت کارکنان را در اولویت‌های راهبردی خود قرار می‌دهند، به‌طور معناداری در شاخص‌های عملکردی و کارایی سازمانی بهبود یافته‌اند (Wang & Sheibani, 2024). با این حال، تحقق چنین رویکردی مستلزم طراحی چارچوب‌هایی است که بتوانند ابعاد مختلف سلامت را در یک نظام یکپارچه مدیریت کنند و میان عوامل ساختاری، رفتاری و محیطی پیوند برقرار سازند (Chen et al., 2025).

در محیط‌های دانشگاهی، مفهوم سلامت اعضای هیئت علمی به‌طور خاص پیچیده‌تر است، زیرا این گروه با مجموعه‌ای از فشارهای حرفه‌ای منحصر به فرد مواجه‌اند. بار تدریس، مسئولیت‌های پژوهشی، راهنمایی دانشجویان، وظایف اجرایی و الزامات ارتقای شغلی، همگی به‌صورت هم‌زمان بر دوش اعضای هیئت علمی قرار دارد و این امر می‌تواند به افزایش استرس، فرسودگی شغلی و کاهش کیفیت زندگی کاری منجر شود (Akanfe et al., 2024). از سوی دیگر، مطالعات نشان داده‌اند که میزان استفاده از خدمات بهداشتی پیشگیرانه در میان اعضای هیئت علمی پایین‌تر از سایر گروه‌های شغلی است که این امر خود به تشدید مشکلات سلامت در این قشر می‌انجامد (Abdulkadir et al., 2021). این وضعیت بیانگر آن است که سیاست‌های سلامت در دانشگاه‌ها نیازمند بازنگری و طراحی مجدد بر اساس ویژگی‌های خاص این گروه هستند.

سلامت اعضای هیئت علمی ماهیتی چندبعدی دارد که شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است و این ابعاد در تعامل مستمر با یکدیگر قرار دارند. هرگونه اختلال در یکی از این ابعاد می‌تواند سایر ابعاد را نیز تحت تأثیر قرار دهد و به کاهش کلی سطح سلامت منجر شود. در این میان، سلامت روانی به‌عنوان یکی از حساس‌ترین مؤلفه‌ها، تحت تأثیر فشارهای حرفه‌ای و ذهنی قرار دارد و نیازمند مداخلات هدفمند و ساختارمند است

(Jabbari Zahirabadi et al., 2022). علاوه بر این، تفاوت‌های جنسیتی در تجربه سلامت نیز اهمیت ویژه‌ای دارد، به طوری که زنان عضو

هیئت علمی به دلیل نقش‌های چندگانه خانوادگی و شغلی، با چالش‌های مضاعفی در حفظ تعادل کار و زندگی مواجه هستند (Dadhwal & Bhatheja, 2024). بنابراین، طراحی الگوهای سلامت باید با در نظر گرفتن این پیچیدگی‌ها و تفاوت‌ها انجام شود.

یکی از مؤلفه‌های اساسی در مدیریت سلامت سازمانی، وجود زیرساخت‌های مناسب است. زیرساخت‌هایی مانند منابع مالی پایدار، سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه، نیروی انسانی متخصص و فرهنگ سازمانی حمایتی، از پیش‌نیازهای اجرای موفق برنامه‌های سلامت به شمار می‌روند. بدون فراهم بودن این زیرساخت‌ها، حتی بهترین برنامه‌های سلامت نیز در مرحله اجرا با چالش مواجه خواهند شد (Vahedi et al., 2020). در این راستا، چابکی سازمانی و توانایی انطباق با شرایط متغیر نیز نقش مهمی در حفظ سلامت کارکنان ایفا می‌کند، به ویژه در شرایط بحرانی که نیاز به واکنش سریع و مؤثر وجود دارد (Yağmur & Myrvang, 2023).

علاوه بر زیرساخت‌ها، برنامه‌ریزی راهبردی و سیاست‌گذاری مناسب نیز از ارکان کلیدی مدیریت سلامت هستند. تدوین سیاست‌های مبتنی بر شواهد و مشارکت ذی‌نفعان در فرآیند تصمیم‌گیری، می‌تواند به افزایش اثربخشی برنامه‌های سلامت منجر شود (Hosseinipour & Vazifeh, 2022). در این زمینه، نقش رهبران سازمانی بسیار حائز اهمیت است، زیرا آنان می‌توانند با اتخاذ رویکردهای راهبردی و حمایت از برنامه‌های سلامت، زمینه‌های لازم برای بهبود بهزیستی کارکنان را فراهم کنند (McCart, 2024). همچنین، استفاده از رویکردهای نوین مانند اقتصاد رفتاری در طراحی برنامه‌های سلامت، می‌تواند به افزایش انگیزش و مشارکت کارکنان کمک کند (Fardani et al., 2025).

از سوی دیگر، ارزیابی مستمر و پایش کیفیت برنامه‌های سلامت، از الزامات اساسی برای دستیابی به نتایج پایدار است. تعریف شاخص‌های دقیق و قابل اندازه‌گیری، امکان سنجش اثربخشی مداخلات و اصلاح مستمر برنامه‌ها را فراهم می‌کند (Chen et al., 2025). مطالعات نشان داده‌اند که رابطه معناداری بین عوامل سازمانی، ریسک‌های روان‌اجتماعی و پیامدهای عملکردی وجود دارد و این امر ضرورت توجه هم‌زمان به این عوامل را در مدیریت سلامت برجسته می‌سازد (Gaspar et al., 2023). در همین راستا، مقایسه نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف نیز نشان داده است که موفقیت در مدیریت سلامت، مستلزم یکپارچگی بین سیاست‌ها، ساختارها و فرآیندهای اجرایی است (Sedighi Someh Koochak et al., 2024).

پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه سلامت سازمانی، ابعاد مختلف این مفهوم را مورد بررسی قرار داده‌اند. برخی مطالعات به طراحی الگوهای مفهومی سلامت سازمانی پرداخته‌اند و بر نقش عوامل ساختاری، فرهنگی و رفتاری در شکل‌گیری سلامت تأکید کرده‌اند (Moghaddasi & Sheikh, 2023). برخی دیگر نیز با رویکردهای نوین مدیریتی، به توسعه مدل‌های سلامت در سازمان‌ها پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که سلامت

سازمانی پدیده‌ای پویا و چندبعدی است که نیازمند مدیریت یکپارچه است (Charabin et al., 2021). همچنین، پژوهش‌هایی در حوزه آموزش و مدارس، اهمیت متغیرهای هنجاری و رفتاری را در ارتقای سلامت سازمانی نشان داده‌اند (Sabeh et al., 2025).

در حوزه آموزش عالی، مطالعات کیفی نشان داده‌اند که اعضای هیئت علمی سلامت را پدیده‌ای چندبعدی می‌دانند که ابعاد آموزشی، پژوهشی، محیطی و حمایتی را در بر می‌گیرد و هرگونه مداخله در این حوزه باید این ابعاد را به‌صورت یکپارچه در نظر گیرد (Sedghi et al., 2023). با این حال، بررسی ادبیات نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات انجام‌شده در این حوزه، یا بر سازمان‌های غیر دانشگاهی تمرکز داشته‌اند یا در سطح مفهومی باقی مانده‌اند و کمتر به ارائه الگوهای بومی و مبتنی بر داده‌های تجربی پرداخته‌اند. به‌ویژه در ایران، فقدان الگوهای جامع و کاربردی برای مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی، به‌عنوان یکی از خلأهای مهم پژوهشی مطرح است (Fadaye Hosseini Maleki et al., 2024).

با توجه به آنچه بیان شد، ضرورت انجام پژوهشی که بتواند ابعاد و مؤلفه‌های مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی را بر اساس تجربه‌های زیسته این گروه شناسایی کند و در قالب یک الگوی بومی و کاربردی ارائه دهد، بیش از پیش آشکار می‌شود. چنین پژوهشی می‌تواند به غنای ادبیات نظری این حوزه کمک کرده و زمینه‌ساز تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های مؤثر در جهت ارتقای سلامت اعضای هیئت علمی باشد. بنابراین، هدف این پژوهش شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی و طراحی الگویی بومی برای دانشگاه آزاد اسلامی است.

## روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است، زیرا هدف آن طراحی الگویی عملی برای مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی است. از نظر رویکرد، این پژوهش کیفی است و از استراتژی اکتشافی بهره می‌برد تا بتواند ابعاد و مؤلفه‌های مدیریت سلامت را از دل تجربه‌های واقعی مشارکت‌کنندگان کشف و شناسایی کند. از نظر نحوه گردآوری داده‌ها، پژوهش میدانی است که از طریق مصاحبه‌های حضوری با ذی‌نفعان انجام شده و از نظر زمان، مقطعی است که در بازه زمانی شش ماهه دوم سال ۱۴۰۳ اجرا شده است.

جامعه آماری در این پژوهش شامل مدیران و اساتید علوم پزشکی با تخصص مدیریت سلامت سازمانی، اعضای هیئت علمی گروه علوم تربیتی و اعضای هیئت علمی گروه روان‌شناسی است. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند با رویکرد حداکثر تنوع انجام شد تا تجارب و دیدگاه‌های متنوعی از مشارکت‌کنندگان گردآوری گردد. بر این اساس ۸ نفر شامل ۲ مدیر و استاد علوم پزشکی با تخصص مدیریت سلامت، ۳ عضو هیئت علمی گروه علوم تربیتی و ۳ عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی انتخاب شدند. تعداد مصاحبه‌ها بر اساس اصل اشباع نظری تعیین شد، به این معنا که مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت که داده‌های جدید اطلاعات تازه‌ای به یافته‌های پیشین نمی‌افزود. مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها در این پژوهش، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته است که به‌طور ویژه برای کشف و شناسایی ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی طراحی شده است. از آنجا که این ابزار بر اساس مرور ادبیات پژوهشی و نظریات موجود

در زمینه مدیریت سلامت سازمانی تدوین شده و پیش از این در پژوهش‌های مشابه وجود نداشته، محقق ساخته محسوب می‌شود. این ابزار شامل ۱۰ سؤال اصلی است که محورهای نظیر ابعاد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی اعضای هیئت علمی، چالش‌های اجرای برنامه‌های مدیریت سلامت، نقش زیرساخت‌ها و بودجه‌بندی، میزان مشارکت اعضا در برنامه‌های سلامت و راهکارهای دستیابی به سلامت پایدار را پوشش می‌دهد. انتخاب مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به دلیل انعطاف‌پذیری لازم برای عمق‌یابی در موضوع و در عین حال امکان مقایسه‌پذیری داده‌های حاصل از مصاحبه‌های مختلف بود. هر مصاحبه با کسب رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده‌نویسی شد. میانگین زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود.

به‌منظور تضمین اعتبار و قابلیت اطمینان یافته‌های کیفی، از سه روش هم‌زمان استفاده شد. نخست، بازبینی توسط اعضا انجام شد؛ به این صورت که یافته‌های استخراج‌شده از مصاحبه‌ها در اختیار برخی مشارکت‌کنندگان قرار گرفت تا صحت تفسیرها را تأیید کنند. دوم، مثلث‌سازی داده‌ها از طریق مقایسه داده‌های حاصل از مصاحبه با اسناد و ادبیات نظری موجود انجام پذیرفت. سوم، بررسی مستقل کدگذاری‌ها توسط دو نفر به‌صورت جداگانه صورت گرفت و سپس نتایج با یکدیگر مقایسه شد تا از انسجام و قابلیت اعتماد کدهای استخراج‌شده اطمینان حاصل گردد. این سه رویکرد در کنار یکدیگر، دقت و استحکام یافته‌های کیفی پژوهش را تضمین کردند.

تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی با استفاده از روش کدگذاری سه‌مرحله‌ای نظریه زمینه‌ای انجام شد. در مرحله نخست، کدگذاری باز انجام شد؛ بدین صورت که متن پیاده‌نویسی‌شده مصاحبه‌ها خط به خط بررسی و مفاهیم اولیه استخراج گردید. این کدهای اولیه شامل کلمات، عبارات و جملاتی بودند که بیانگر جنبه‌های مختلف مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی بودند. در مرحله دوم، کدگذاری محوری انجام شد که در آن کدهای مشابه و مرتبط با یکدیگر گروه‌بندی شده و مقوله‌های اصلی شکل گرفتند. در مرحله سوم، کدگذاری انتخابی صورت پذیرفت که طی آن روابط بین مقوله‌ها مشخص شده و مقوله هسته‌ای پژوهش تعیین گردید. تمامی مصاحبه‌ها پیش از تحلیل، ظرف ۲۴ ساعت پس از انجام، کلمه به کلمه پیاده‌نویسی و بارها مطالعه شدند تا دقت و کامل بودن آنها تضمین گردد.

## یافته‌ها

به‌منظور شناخت دقیق‌تر زمینه و بستر تجربیات مشارکت‌کنندگان، پیش از ورود به تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان مورد بررسی قرار گرفت. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش از سه گروه هدف متمایز انتخاب شدند تا تنوع دیدگاه‌ها و تجربیات مختلف از زوایای گوناگون شامل مدیریت، تخصص علمی و تجربه زیسته به‌دست آید. این تنوع در انتخاب مشارکت‌کنندگان، غنای داده‌های کیفی را تضمین کرده و امکان مثلث‌سازی دیدگاه‌ها را فراهم می‌آورد. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش کیفی

کد	گروه هدف	جنسیت	سن	سابقه کاری	مدرک
M1	مدیر علوم پزشکی	مرد	۵۲	۱۸ سال	دکتری
M2	مدیر علوم پزشکی	زن	۴۸	۱۴ سال	دکتری
F1	هیئت علمی علوم تربیتی	مرد	۴۳	۱۲ سال	دکتری
F2	هیئت علمی علوم تربیتی	زن	۳۸	۸ سال	دکتری
F3	هیئت علمی علوم تربیتی	مرد	۴۶	۱۵ سال	دکتری
E1	هیئت علمی روان‌شناسی	مرد	۵۸	۲۲ سال	دکتری
E2	هیئت علمی روان‌شناسی	زن	۵۰	۲۰ سال	دکتری
E3	هیئت علمی روان‌شناسی	مرد	۵۴	۱۸ سال	دکتری

نتایج جدول ۱ نشان داد که مصاحبه‌های کیفی با ۸ نفر از متخصصان و صاحبان تجربه در حوزه مدیریت سلامت و بهداشت روان اعضای هیئت علمی انجام شد. از نظر ترکیب جنسیتی، ۵ نفر (۶۲.۵٪) مرد و ۳ نفر (۳۷.۵٪) زن در پژوهش مشارکت داشتند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۴۸.۹ سال و میانگین سابقه کاری آنان ۱۵.۹ سال بود که نشان‌دهنده تجربه حرفه‌ای قابل توجه در میان شرکت‌کنندگان است. تمامی ۸ مشارکت‌کننده دارای مدرک دکتری بودند که سطح علمی بالای جامعه هدف را تأیید می‌کند. گروه نخست شامل ۲ مدیر و استاد علوم پزشکی با تخصص مدیریت سلامت سازمانی بود که دیدگاه‌های مدیریتی و راهبردی را وارد پژوهش کرد. گروه دوم شامل ۳ عضو هیئت علمی علوم تربیتی از سه واحد دانشگاهی کرج، نظرآباد و هشتگرد بود که تجربه زیسته و دیدگاه کاربران نهایی سیستم را بازتاب داد. گروه سوم نیز شامل ۳ عضو هیئت علمی روان‌شناسی با میانگین سابقه کاری ۲۰ سال بود که تخصص علمی عمیق در حوزه سلامت روان، استرس‌شناسی و مداخلات سازمانی را به پژوهش افزود. این ترکیب سه‌گانه از خبرگان، امکان دریافت دیدگاه‌های چندبعدی هم از منظر مدیریتی، هم از منظر تجربه زیسته و هم از منظر دانش تخصصی را فراهم آورد و به غنای داده‌های کیفی کمک شایانی کرد.

کدگذاری باز به‌عنوان نخستین مرحله از فرآیند تحلیل کیفی، با هدف شکستن متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنادار کوچک‌تر و استخراج مفاهیم اولیه از درون داده‌ها انجام شد. در این مرحله، متن پیاده‌نویسی شده هر مصاحبه خط به خط و جمله به جمله بررسی شد تا مفاهیمی که بیانگر جنبه‌های مختلف مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی بودند، شناسایی و کدگذاری گردند. رویکرد استقرایی در این مرحله تضمین کرد که مفاهیم از درون خود داده‌ها ظهور یابند. در مجموع از هشت مصاحبه، ۱۶۰ کد اولیه استخراج شد که بخشی از آنها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نمونه‌ای از کدهای باز استخراج شده از مصاحبه‌ها

کد	نمونه متن مصاحبه	کد باز
C1-1	سلامت جسمی اعضای هیئت علمی شامل وضعیت فیزیکی، تغذیه مناسب، و فعالیت بدنی منظم است که دانشگاه باید از طریق ایجاد سالن‌های ورزشی این حوزه را تقویت کند	سلامت فیزیکی
C1-2	بعد روانی سلامت شامل مدیریت استرس، فرسودگی شغلی، و بهداشت روان است که نیازمند خدمات مشاوره تخصصی می‌باشد	مدیریت استرس
C1-5	متأسفانه بودجه‌بندی مشخص و جداگانه‌ای برای مدیریت سلامت وجود ندارد و این امر یکی از کاستی‌های اصلی ماست	کمبود بودجه
C2-6	سیستم اطلاعات بهداشتی یکپارچه وجود ندارد و داده‌های مربوط به سلامت اعضای هیئت علمی به صورت منسجم جمع‌آوری نمی‌شود	سیستم اطلاعات یکپارچه
C3-7	چالش اصلی عدم آگاهی مدیران از مشکلات واقعی اعضای هیئت علمی، ضعف ارتباطات، و عدم شنیدن صدای ما است	ضعف ارتباطات
C4-8	راهکار مؤثر ایجاد کانال‌های ارتباطی مناسب، نظرسنجی منظم، و تشکیل کمیته‌های مشترک مدیران و اعضای هیئت علمی است	کانال‌های ارتباطی
C6-7	چالش اصلی عدم تلفیق دانش علمی با عمل، مقاومت نهادی در برابر تغییر، و ضعف ظرفیت‌سازی سازمانی است	عدم تلفیق علم و عمل
C7-6	سیستم اطلاعات سلامت باید شامل هوش مصنوعی، تحلیل داده‌های کلان، و قابلیت پیش‌بینی مخاطرات سلامتی باشد	هوش مصنوعی
C8-7	چالش اصلی مدیریت ریسک، عدم قطعیت محیطی، تغییرات سریع شرایط، و ضرورت آمادگی برای سناریوهای پیش‌بینی نشده است	مدیریت ریسک

نتایج جدول ۲ نشان داد که کدهای اولیه استخراج شده از مصاحبه‌ها طیف گسترده‌ای از موضوعات را پوشش می‌دهند که از سلامت جسمی و تغذیه تا چالش‌های فناورانه و مدیریت بحران امتداد دارد. مصاحبه‌های مدیران علوم پزشکی (M1 و M2) عمدتاً بر چالش‌های مدیریتی نظیر کمبود بودجه، فقدان ساختار یکپارچه، عدم درک راهبردی از اهمیت سلامت کارکنان و نیاز به پایش مستمر تمرکز داشتند. اعضای هیئت علمی علوم تربیتی (F1 تا F3) بیشتر بر تجربیات شخصی و چالش‌های روزمره از جمله فشارهای روانی ناشی از حجم کاری زیاد، دسترسی محدود به امکانات رفاهی، فقدان پیگیری منظم وضعیت سلامت و ضعف در ارتباطات دوسویه با مدیران تأکید کردند. اعضای هیئت علمی گروه روان‌شناسی (E1 تا E3) با دانش تخصصی عمیق‌تر خود مفاهیم پیشرفته‌تری مانند مدل‌های مبتنی بر شواهد، کاربرد هوش مصنوعی در پایش سلامت، اکوسیستم سلامت سازمانی و رویکردهای انطباقی را وارد گفتمان کردند. تنوع و غنای این ۱۶۰ کد اولیه، بستر مناسبی برای ورود به مرحله کدگذاری محوری و سازماندهی مفهومی داده‌ها فراهم آورد.

پس از استخراج کدهای اولیه، در مرحله کدگذاری محوری، کدهای باز بر اساس شباهت‌های مفهومی، روابط موضوعی و خصوصیات مشترک با یکدیگر تلفیق شده و در قالب مقوله‌های فرعی معنادار سازماندهی شدند. هدف از این مرحله کاهش پیچیدگی داده‌ها و نمایان ساختن الگوهای پنهان در میان یافته‌ها بود. فرآیند تلفیق کدها به گونه‌ای انجام شد که هر مقوله فرعی بیانگر یک مفهوم کلیدی در حوزه مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی باشد. در مجموع ۱۶۰ کد باز در قالب ۲۱ مقوله فرعی (کد محوری) سازماندهی شدند که در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. کدگذاری محوری و مقوله‌های فرعی

کد محوری	عنوان مقوله	نمونه کدهای باز تلفیق شده
S1	سلامت جسمی و پیشگیری	سلامت فیزیکی، پیشگیری بیماری، دسترسی به امکانات، تغذیه و ورزش، مدیریت بیماری‌های مزمن، سلامت اسکلتی-عضلانی
S2	سلامت روانی و مقابله با استرس	مدیریت استرس، تعادل کار-زندگی، فشارهای روانی، استرس مزمن، سندرم فرسودگی، مهارت‌های تنظیم هیجان
S3	سلامت اجتماعی و تعاملات	روابط اجتماعی، شبکه حمایت اجتماعی، کیفیت روابط، احساس حمایت، سرمایه اجتماعی، حس تعلق
S4	بودجه‌بندی و منابع مالی	کمبود بودجه، رویکرد پیشگیری‌محور، عدم بودجه مستقل، توزیع غیر شفاف بودجه، سرمایه‌گذاری بلندمدت
S5	سیستم‌های اطلاعاتی و فناوری	فقدان سیستم اطلاعاتی، سیستم اطلاعات یکپارچه، فقدان پیگیری منظم، تحلیل روندها، هوش مصنوعی
S6	چالش‌های ساختاری و فرهنگی	فقدان ساختار، مقاومت فرهنگی، ضعف ارتباطات، عدم شناخت نیازها، عدم تلفیق علم و عمل
S7	راهکارهای ساختاری	ایجاد واحد تخصصی، همکاری بین‌سازمانی، مشارکت در تصمیم‌گیری، تشکیل شورای سلامت، مدل‌های مبتنی بر شواهد
S8	منابع انسانی و ظرفیت‌سازی	منابع انسانی متخصص، توانمندسازی مداوم، آموزش خودمراقبتی، رهبری تحول‌گرا، ظرفیت‌های بومی
S9	خدمات و برنامه‌های سلامت	محدودیت خدمات، تنوع خدمات، نیاز به خدمات جامع، خدمات دیجیتال، خدمات اضطراری
S10	سیاست‌گذاری و راهبری	سیاست‌گذاری جامع، بهبود شرایط کاری، سیاست مشارکتی، شناخت عمیق نیازها، تفکر سیستمی
S11	برنامه‌های حمایتی	توسعه حمایت‌ها، تیم چندتخصصی، حمایت جامع، رویکرد فردی-محور، حمایت‌های اضطراری
S12	برنامه‌ریزی راهبردی	فقدان برنامه‌ریزی، شاخص‌های کلیدی، اهداف SMART، مدل‌سازی، سناریوسازی
S13	معیارها و شاخص‌های ارزیابی	شاخص‌های عملکردی، ارزیابی چندبعدی، شاخص‌های رفاه، شاخص‌های ترکیبی، شاخص‌های تاب‌آوری
S14	سیستم‌های پایش و کنترل	نیاز به پایش، تضمین پیوستگی، پروژه پایلوت، سیستم‌های کنترل کیفیت، آزمون مستمر
S15	ارزیابی اثربخشی	اندازه‌گیری اثربخشی، شاخص‌های ذهنی، کیفیت زندگی کاری، شاخص‌های عینی، مطالعات پیگیری
S16	آموزش و توانمندسازی	آموزش مدیران، توانمندسازی مداوم، آموزش خودمراقبتی، آموزش مهارت‌های زندگی، قابلیت‌های تطبیقی
S17	موانع و چالش‌های مشارکت	مشارکت پایین، عدم اعتماد، عدم اطمینان به کیفیت، ایجاد ظرفیت، انگیزه جمعی
S18	فرهنگ‌سازی سازمانی	فرهنگ‌سازی، فرهنگ مشارکتی، فضای اعتماد، فرهنگ پذیرش تغییر، فرهنگ یادگیری
S19	هماهنگی و ارتباطات	هماهنگی سازمانی، شبکه ارتباطی، تعادل انتظارات، تقدیر و تشویق، سیستم‌های نوآوری
S20	اولویت‌بندی و اهمیت راهبردی	عدم درک راهبردی، سند راهبردی، مزیت رقابتی، تضمین بقای سازمانی، عدم اولویت راهبردی
S21	پایداری و مسئولیت اجتماعی	استفاده از شواهد، ملاحظات فرهنگی، پایداری زیست‌محیطی، مقاوم‌سازی، عدالت در توزیع

نتایج جدول ۳ نشان داد که ۱۶۰ کد اولیه در قالب ۲۱ مقوله فرعی سازماندهی شدند که هر یک از این مقوله‌ها یک بُعد مفهومی مستقل و در عین حال مرتبط با سایر ابعاد را در منظومه مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی نشان می‌دهند. مقوله‌های S1 تا S3 بُعد سلامت چندوجهی را تشکیل می‌دهند و نشان می‌دهند که مشارکت‌کنندگان سلامت را پدیده‌ای سه‌بعدی می‌دانند که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آن در تعامل مستمر با یکدیگر هستند. مقوله‌های S4 تا S8 بُعد زیرساختی-منابع را می‌سازند و با داشتن بیشترین تعداد مقوله فرعی، نشان‌دهنده اهمیت فوق‌العاده زیرساخت‌های مالی، فناوری، انسانی و ساختاری در موفقیت هر برنامه مدیریت سلامت هستند. مقوله‌های S9 تا S12 بُعد برنامه‌محوری را شکل می‌دهند و تأکید دارند که بدون برنامه‌ریزی راهبردی منسجم، سیاست‌گذاری مشارکتی و خدمات جامع، هیچ الگوی سلامتی به نتایج پایدار

نمی‌رسد. مقوله‌های S13 تا S16 بعد ارزیابی و کیفیت را تشکیل می‌دهند و ضرورت پایش مستمر، تعریف شاخص‌های دقیق و آموزش مداوم را برجسته می‌کنند. نهایتاً مقوله‌های S17 تا S21 بعد مشارکتی-تعاملی را می‌سازند و نشان می‌دهند که بدون مشارکت فعال ذی‌نفعان، فرهنگ‌سازی سازمانی مناسب و اولویت‌بندی راهبردی درست، هیچ‌گویی از پایداری لازم برخوردار نخواهد بود.

در سومین و نهایی‌ترین مرحله از فرآیند تحلیل کیفی، کدگذاری انتخابی با هدف ادغام مقوله‌های فرعی در ابعاد اصلی‌تر و استخراج چارچوب مفهومی یکپارچه انجام شد. در این مرحله، 21 مقوله فرعی شناسایی شده در مرحله کدگذاری محوری بر اساس روابط مفهومی عمیق‌تر، تشابهات موضوعی و منطق درونی هر دسته، در قالب 5 بعد کلان سازماندهی شدند. هر بعد کلان بیانگر یک حوزه اساسی در الگوی مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی است که برای طراحی الگوی بومی دانشگاه آزاد اسلامی ضروری شناخته شد. نتایج این مرحله در جدول 4 ارائه شده است.

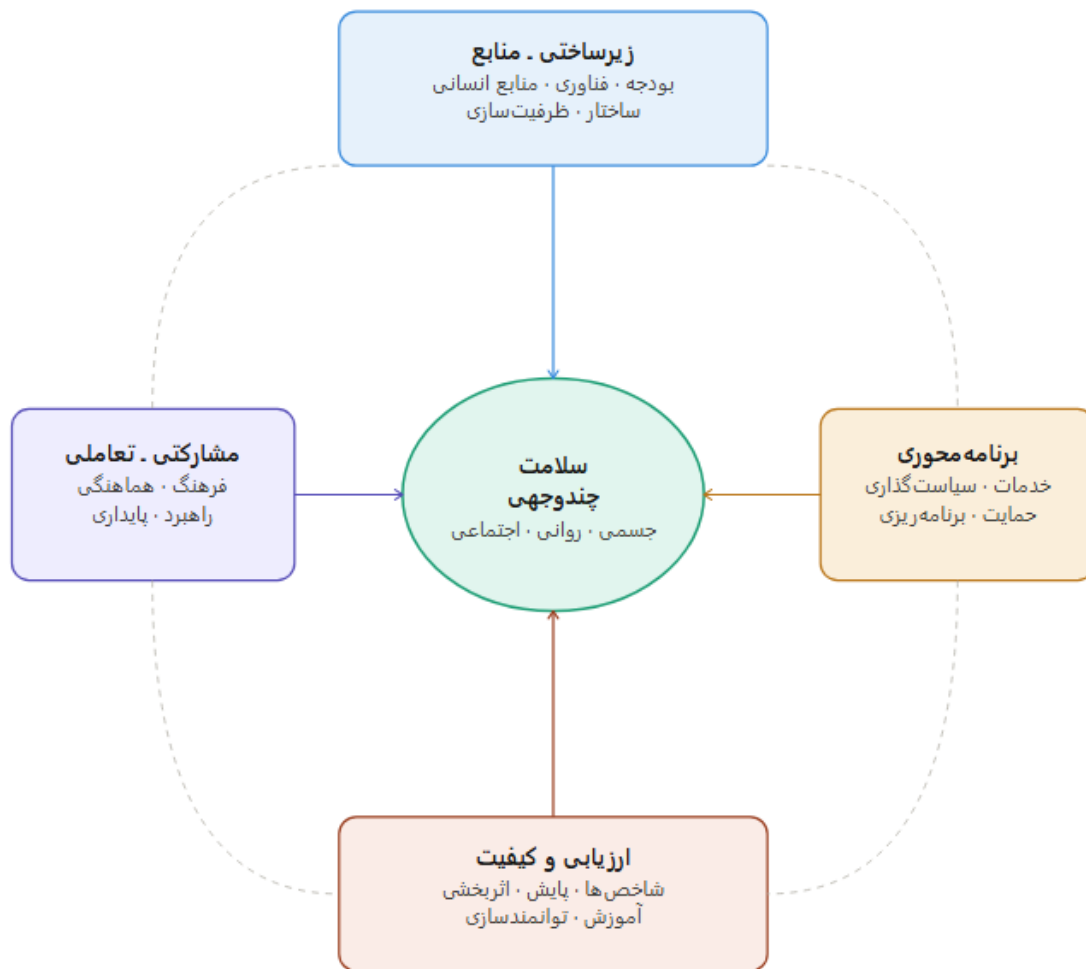
#### جدول 4. کدگذاری انتخابی و ابعاد اصلی الگوی مدیریت سلامت

بُعد اصلی	کدهای محوری	مقوله‌های فرعی
سلامت	S3, S2, S1	سلامت جسمی و پیشگیری، سلامت روانی و مقابله با استرس، سلامت اجتماعی و تعاملات
چندوجهی		
زیرساختی-منابع	S8, S7, S6, S5, S4	بودجه‌بندی و منابع مالی، سیستم‌های اطلاعاتی و فناوری، چالش‌های ساختاری و فرهنگی، راهکارهای ساختاری، منابع انسانی و ظرفیت‌سازی
برنامه‌محوری	S12, S11, S10, S9	خدمات و برنامه‌های سلامت، سیاست‌گذاری و راهبری، برنامه‌های حمایتی، برنامه‌ریزی راهبردی
ارزیابی و کیفیت	S16, S15, S14, S13	معیارها و شاخص‌های ارزیابی، سیستم‌های پایش و کنترل، ارزیابی اثربخشی، آموزش و توانمندسازی
مشارکتی-تعاملی	S20, S19, S18, S17	موانع و چالش‌های مشارکت، فرهنگ‌سازی سازمانی، هماهنگی و ارتباطات، اولویت‌بندی راهبردی، پایداری و مسئولیت اجتماعی
	S21	

نتایج جدول 4 نشان داد که 21 مقوله فرعی در قالب 5 بعد اصلی سازماندهی شدند که با یکدیگر ساختار الگوی مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی را تشکیل می‌دهند. بعد سلامت چندوجهی با 3 مقوله فرعی، رویکرد یکپارچه به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را محور قرار می‌دهد و نشان می‌دهد که هر مداخله سلامت باید همزمان هر سه وجه را مورد توجه قرار دهد. بعد زیرساختی-منابع با 5 مقوله فرعی گسترده‌ترین بعد است و اهمیت بنیادین تأمین بودجه مستقل، توسعه سیستم‌های اطلاعاتی، رفع چالش‌های ساختاری و ظرفیت‌سازی منابع انسانی را برای موفقیت هر الگوی سلامتی برجسته می‌کند. بعد برنامه‌محوری با 4 مقوله فرعی بر لزوم گذار از اقدامات موردی و واکنشی به برنامه‌ریزی راهبردی بلندمدت، سیاست‌گذاری مبتنی بر نیازها و ارائه خدمات جامع سلامت تأکید دارد. بعد ارزیابی و کیفیت با 4 مقوله فرعی، ضرورت تعریف شاخص‌های دقیق، پایش مستمر عملکرد، ارزیابی اثربخشی مبتنی بر شواهد و آموزش مداوم ذی‌نفعان را به‌عنوان ارکان تضمین کیفیت الگو معرفی می‌کند. بعد مشارکتی-تعاملی با 5 مقوله فرعی بیشترین تعداد زیرمجموعه را دارد و نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان بر این باورند که بدون ایجاد

فرهنگ سازمانی حمایت کننده، هماهنگی مؤثر بین واحدها، رفع موانع مشارکت و جایگاه‌دهی راهبردی درست به سلامت، هیچ الگویی از پایداری و اثربخشی لازم برخوردار نخواهد شد.

پس از تکمیل سه مرحله کدگذاری، الگوی مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی با پنج بُعد اصلی و روابط بین آنها ترسیم شد. در این الگو، بُعد سلامت چندوجهی به‌عنوان هسته مرکزی قرار دارد که چهار بُعد دیگر آن را احاطه کرده و هر یک نقش حمایتی و تکمیلی نسبت به هسته مرکزی ایفا می‌کنند. بُعد زیرساختی-منابع زیربنای اجرایی الگو را فراهم می‌آورد، بُعد برنامه‌محوری محتوا و جهت‌گیری مداخلات را تعیین می‌کند، بُعد ارزیابی و کیفیت چرخه بهبود مستمر را تضمین می‌نماید و بُعد مشارکتی-تعاملی پیوند اجتماعی و سازمانی لازم برای پایداری الگو را برقرار می‌سازد. شکل ۱ الگوی مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی را نشان می‌دهد.



شکل ۱. الگوی مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی با پنج بُعد اصلی

نتایج شکل ۱ نشان می‌دهد که الگوی طراحی شده یک منظومه یکپارچه و چندبعدی است که در آن پنج بُعد اصلی به‌صورت تعاملی و نه موازی با یکدیگر عمل می‌کنند. بُعد سلامت چندوجهی به‌عنوان هدف غایی الگو در مرکز قرار گرفته و سه وجه جسمی، روانی و اجتماعی سلامت را

به صورت یکپارچه پوشش می‌دهد. بعد زیرساختی-منابع در پایه الگو جای دارد و نشان می‌دهد که بدون تأمین زیرساخت‌های مالی، انسانی، فناورانه و ساختاری، سایر ابعاد قادر به عملکرد مطلوب نخواهند بود. بعد برنامه‌محوری با ارائه برنامه‌ریزی راهبردی، سیاست‌گذاری جامع و خدمات حمایتی متنوع، چارچوب اجرایی الگو را می‌سازد. بعد ارزیابی و کیفیت با طراحی شاخص‌های دقیق و پایش مستمر، چرخه بازخورد و بهبود را در الگو فعال نگه می‌دارد. بعد مشارکتی-تعاملی نیز به عنوان بافت اجتماعی و فرهنگی الگو عمل می‌کند و با ایجاد فرهنگ سازمانی حمایت‌کننده، جلب مشارکت ذی‌نفعان و اولویت‌بخشی راهبردی به سلامت، پایداری بلندمدت الگو را تضمین می‌نماید. این پنج بعد در مجموع یک الگوی بومی، کاربردی و مبتنی بر تجربه زیسته اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی را شکل می‌دهند.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی در قالب پنج بعد اصلی شامل سلامت چندوجهی، زیرساختی-منابع، برنامه‌محوری، ارزیابی و کیفیت، و مشارکتی-تعاملی قابل تبیین است و در این میان، سلامت چندوجهی به عنوان مقوله هسته‌ای نقش محوری در انسجام سایر ابعاد ایفا می‌کند. این نتیجه بیانگر آن است که سلامت اعضای هیئت علمی صرفاً محدود به یک بعد خاص نبوده و نیازمند نگاهی جامع و سیستمی است. این یافته با دیدگاه‌هایی که سلامت سازمانی را پدیده‌ای چندبعدی شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌دانند همسو است و تأکید دارد که این ابعاد در تعامل مستمر با یکدیگر قرار دارند (Fadaye et al., 2024). همچنین، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعه‌ای که سلامت کارکنان را عاملی کلیدی در بهره‌وری و کارایی سازمانی معرفی می‌کند، هم‌راستا است (Wang & Sheibani, 2024). در این چارچوب، برجسته شدن سلامت چندوجهی به عنوان هسته مرکزی مدل نشان می‌دهد که هرگونه مداخله در حوزه سلامت باید به طور هم‌زمان این ابعاد را پوشش دهد، زیرا تمرکز بر یک بعد به تنهایی نمی‌تواند به بهبود پایدار سلامت منجر شود.

در بعد زیرساختی-منابع، نتایج نشان داد که وجود منابع مالی پایدار، سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه، نیروی انسانی متخصص و ساختارهای سازمانی مناسب از پیش‌نیازهای اساسی مدیریت سلامت هستند. مشارکت‌کنندگان به‌ویژه بر کمبود بودجه و نبود سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه به عنوان چالش‌های اصلی تأکید کردند. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که زیرساخت‌ها را عامل تعیین‌کننده در موفقیت برنامه‌های سلامت سازمانی می‌دانند، همخوانی دارد (Vahedi et al., 2020). همچنین، اهمیت چابکی سازمانی و توانایی انطباق با شرایط متغیر، که در این پژوهش به عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی مطرح شد، با نتایج مطالعه‌ای که نقش چابکی سازمانی را در تاب‌آوری و مدیریت بحران برجسته می‌کند، همسو است (Yağmur & Myrvang, 2023). علاوه بر این، تأکید بر نقش فناوری‌های نوین و سیستم‌های اطلاعات سلامت در این پژوهش، با مطالعاتی که بر ضرورت استفاده از داده‌ها و فناوری در مدیریت سلامت تأکید دارند، هم‌راستا است (Chen et al., 2025).

در بُعد برنامه‌محوری، یافته‌ها نشان داد که نبود برنامه‌ریزی راهبردی منسجم و سیاست‌گذاری مشارکتی از چالش‌های مهم در مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی است. در مقابل، طراحی برنامه‌های مبتنی بر شواهد، تعیین اهداف مشخص و توسعه خدمات جامع سلامت، به‌عنوان راهکارهای کلیدی مطرح شدند. این نتایج با دیدگاه‌هایی که بر اهمیت سیاست‌گذاری مبتنی بر دانش و برنامه‌ریزی نظام‌مند در مدیریت سلامت تأکید دارند، همخوانی دارد (Hosseini pour & Vazifeh, 2022). همچنین، هم‌راستایی این یافته با مطالعاتی که نقش رهبران سازمانی در هدایت برنامه‌های سلامت و ارتقای بهزیستی کارکنان را برجسته می‌کنند، قابل توجه است (McCart, 2024). افزون بر این، استفاده از رویکردهای نوین مانند اقتصاد رفتاری در طراحی برنامه‌های سلامت، که در یافته‌های این پژوهش به‌طور ضمنی مورد اشاره قرار گرفت، با نتایج پژوهشی که بر نقش عوامل رفتاری در اثربخشی برنامه‌های سلامت تأکید دارد، همسو است (Fardani et al., 2025).

در بُعد ارزیابی و کیفیت، نتایج نشان داد که تعریف شاخص‌های دقیق، پایش مستمر و ارزیابی اثربخشی برنامه‌ها از عناصر حیاتی مدیریت سلامت هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که بدون وجود نظام ارزیابی منسجم، امکان بهبود مستمر و اصلاح برنامه‌ها فراهم نخواهد شد. این نتیجه با مطالعاتی که بر اهمیت شاخص‌های سلامت و ارزیابی عملکرد در ارتقای کیفیت خدمات تأکید دارند، همخوانی دارد (Chen et al., 2025). همچنین، یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعه‌ای که رابطه بین عوامل سازمانی، ریسک‌های روان‌اجتماعی و پیامدهای عملکردی را مورد تأکید قرار می‌دهد، همسو است و نشان می‌دهد که ارزیابی باید به‌صورت چندبعدی و جامع انجام شود (Gaspar et al., 2023). در این راستا، توجه به شاخص‌های ذهنی مانند کیفیت زندگی کاری در کنار شاخص‌های عینی، از نقاط قوت مدل ارائه‌شده در این پژوهش محسوب می‌شود.

در بُعد مشارکتی-تعاملی، یافته‌ها نشان داد که مشارکت فعال اعضای هیئت علمی، فرهنگ‌سازی سازمانی و تقویت ارتباطات درون‌سازمانی، از عوامل کلیدی در موفقیت برنامه‌های سلامت هستند. مشارکت‌کنندگان به‌موانعی مانند عدم اعتماد، ضعف ارتباطات و پایین بودن سطح مشارکت اشاره کردند و راهکارهایی نظیر ایجاد کانال‌های ارتباطی و افزایش تعاملات را پیشنهاد دادند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌هایی که بر نقش فرهنگ سازمانی و مشارکت کارکنان در اثربخشی برنامه‌های سلامت تأکید دارند، همخوانی دارد (Moghaddasi & Sheikh Shoaie, 2023). همچنین، هم‌راستایی این یافته با مطالعاتی که نشان می‌دهند برنامه‌های سلامت بدون مشارکت ذی‌نفعان با شکست مواجه می‌شوند، قابل توجه است (Sedghi et al., 2023). علاوه بر این، توجه به عوامل هنجاری و رفتاری در ارتقای سلامت سازمانی، که در این پژوهش به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم مطرح شد، با نتایج پژوهشی که بر نقش این عوامل در مدارس و سازمان‌ها تأکید دارد، همسو است (Sabeh et al., 2025).

یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که سلامت روانی اعضای هیئت علمی یکی از مهم‌ترین چالش‌های موجود است و نیازمند مداخلات هدفمند و ساختارمند است. این نتیجه با مطالعاتی که بر تأثیر فشارهای شغلی و استرس بر سلامت روان کارکنان تأکید دارند، همخوانی دارد (Akanfe et al., 2024). همچنین، اهمیت خدمات سلامت روان و مداخلات پیشگیرانه، که در یافته‌های این پژوهش مورد تأکید قرار گرفت، با نتایج پژوهشی

که بر طراحی مدل‌های ارتقای سلامت روان تأکید دارد، همسو است (Jabbari Zahirabadi et al., 2022). در این میان، توجه به تفاوت‌های جنسیتی در تجربه سلامت، که در این پژوهش نیز به آن اشاره شد، با یافته‌های مطالعاتی که نشان می‌دهند زنان با چالش‌های بیشتری در تعادل کار و زندگی مواجه هستند، همخوانی دارد (Dadhwal & Bhatheja, 2024).

از دیگر یافته‌های مهم این پژوهش، تأکید بر پایین بودن استفاده از خدمات پیشگیرانه در میان اعضای هیئت علمی بود که این امر می‌تواند به تشدید مشکلات سلامت منجر شود. این نتیجه با یافته‌های پژوهشی که نشان می‌دهد کارکنان دانشگاهی کمتر از سایر گروه‌ها از خدمات پیشگیرانه استفاده می‌کنند، همسو است (Abdulkadir et al., 2021). همچنین، ضرورت طراحی الگوهای بومی و مبتنی بر تجربه‌های زیسته، که در این پژوهش به‌عنوان یکی از نوآوری‌ها مطرح شد، با مطالعاتی که بر اهمیت بومی‌سازی مدل‌های سلامت تأکید دارند، همخوانی دارد (Fadaye Hosseini, 2024). در این راستا، مقایسه نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف نیز نشان داده است که موفقیت در مدیریت سلامت، مستلزم انطباق مدل‌ها با شرایط فرهنگی و سازمانی هر جامعه است (Sedighi Someh Koochak et al., 2024).

به‌طور کلی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مدیریت سلامت اعضای هیئت علمی نیازمند رویکردی یکپارچه است که در آن تمامی ابعاد شناسایی شده به‌صورت هم‌زمان مورد توجه قرار گیرند. این یافته با مطالعاتی که سلامت سازمانی را یک سیستم پویا و چندبعدی می‌دانند، همسو است (Charabin et al., 2021). همچنین، تأکید بر نقش عوامل ساختاری، رفتاری و محیطی در این پژوهش، با نتایج مطالعاتی که بر تعامل این عوامل در شکل‌گیری سلامت سازمانی تأکید دارند، همخوانی دارد (Gaspar et al., 2023). در نهایت، مدل ارائه‌شده در این پژوهش می‌تواند به‌عنوان چارچوبی جامع برای طراحی و اجرای برنامه‌های سلامت در دانشگاه‌ها مورد استفاده قرار گیرد و زمینه‌ساز ارتقای بهزیستی و عملکرد اعضای هیئت علمی باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ماهیت کیفی آن اشاره کرد که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر دانشگاه‌ها و زمینه‌ها محدود می‌سازد. همچنین، تعداد محدود مشارکت‌کنندگان و تمرکز بر یک دانشگاه خاص ممکن است باعث شود که برخی ابعاد یا مؤلفه‌های بالقوه شناسایی نشده باقی بمانند. علاوه بر این، استفاده از مصاحبه به‌عنوان ابزار اصلی گردآوری داده‌ها ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهندگان قرار گرفته باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از روش‌های کمی و ترکیبی، به آزمون مدل ارائه‌شده در این پژوهش در جامعه‌های آماری بزرگ‌تر بپردازند. همچنین، بررسی نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر مانند فرهنگ سازمانی، سبک رهبری و ویژگی‌های فردی در رابطه بین ابعاد مدیریت سلامت و پیامدهای آن، می‌تواند به غنای ادبیات این حوزه کمک کند. انجام مطالعات مقایسه‌ای بین دانشگاه‌های مختلف و بررسی تفاوت‌های بین‌فرهنگی نیز از دیگر مسیرهای پیشنهادی برای پژوهش‌های آتی است.

در حوزه کاربردی، پیشنهاد می‌شود مدیران دانشگاه‌ها با اتخاذ رویکردی سیستمی، به طراحی و اجرای برنامه‌های جامع مدیریت سلامت برای اعضای هیئت علمی اقدام کنند. ایجاد زیرساخت‌های مناسب، توسعه خدمات سلامت روان، تقویت مشارکت اعضا در برنامه‌ها و استقرار نظام‌های ارزیابی مستمر، از جمله اقداماتی است که می‌تواند به بهبود سلامت و عملکرد اعضای هیئت علمی منجر شود. همچنین، توجه به تفاوت‌های فردی و جنسیتی و طراحی برنامه‌های متناسب با نیازهای متنوع اعضا، می‌تواند اثربخشی این برنامه‌ها را افزایش دهد.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## موازین اخلاقی

در تمامی مراحل پژوهش حاضر اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

## تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## Extended Abstract

### **Introduction**

Faculty members represent a critical strategic asset in higher education systems, as the quality of teaching, research productivity, and institutional sustainability are inherently dependent on their well-being and functional capacity. In contemporary academic environments, increasing professional demands, including publication pressure, teaching loads, administrative responsibilities, and performance evaluations, have significantly intensified occupational stressors, thereby posing serious threats to the physical, psychological, and social health of academic staff (Akanfe et al., 2024). Organizational health management has thus emerged as a systematic and strategic approach that transcends traditional disease-oriented models by focusing on the holistic well-being of employees and fostering sustainable performance outcomes (Fadaye et al., 2024). Empirical evidence suggests that organizations prioritizing employee health management benefit from improved productivity, reduced absenteeism, and enhanced workforce morale (Wang & Sheibani, 2024). Within this framework, the concept of multidimensional health, encompassing physical, psychological, and social domains, has gained increasing attention. These dimensions are not isolated but interact dynamically, such that impairment in one dimension may adversely affect others. Particularly in academic contexts,

psychological health is highly vulnerable due to persistent cognitive and emotional demands associated with knowledge production and mentoring responsibilities (Jabbari Zahirabadi et al., 2022). Furthermore, gender-based disparities in work-life balance indicate that female faculty members often experience compounded stress due to dual professional and familial roles (Dadhwal & Bhatheja, 2024). Despite the importance of preventive health strategies, studies have revealed that faculty members demonstrate relatively low utilization of preventive healthcare services, highlighting a gap between health needs and service engagement (Abdulkadir et al., 2021).

Effective health management systems require robust organizational infrastructures, including financial resources, integrated information systems, and skilled human capital. Without such foundational elements, even well-designed health programs are unlikely to succeed in practice (Vahedi et al., 2020). In addition, organizational agility and resilience play a pivotal role in maintaining employee well-being, particularly under conditions of uncertainty and crisis (Yağmur & Myrvang, 2023). Strategic planning and evidence-based policymaking further contribute to the effectiveness of health management initiatives by aligning organizational goals with employee needs (Hosseinipour & Vazifeh, 2022). Leadership engagement in health promotion also enhances workforce well-being and performance outcomes (McCart, 2024).

Previous studies have explored various dimensions of organizational health, emphasizing structural, behavioral, and cultural determinants. Conceptual models highlight the importance of integrating these factors into a coherent system to achieve sustainable health outcomes (Moghaddasi & Sheikh Shoaie, 2023). Similarly, research adopting innovative approaches such as behavioral economics underscores the role of human behavior in shaping the effectiveness of health interventions (Fardani et al., 2025). Qualitative studies in academic settings further indicate that faculty members perceive health as a multidimensional construct requiring context-specific and participatory approaches (Sedghi et al., 2023). However, existing research has largely focused on non-academic organizations or has remained at a conceptual level, lacking empirically grounded, localized models tailored to the unique characteristics of faculty members. Moreover, the need for culturally adaptive and context-sensitive frameworks has been emphasized in comparative health system studies (Sedighi Someh Koochak et al., 2024). Given these gaps, the present study aims to identify the dimensions and components of faculty health management and to develop an indigenous model specifically for Islamic Azad University.

### Methods and Materials

This study was conducted using a qualitative approach with an exploratory strategy to uncover the underlying dimensions and components of faculty health management. The research design was applied in nature and employed field-based data collection methods. Semi-structured interviews were conducted with eight purposively selected participants, including medical science managers with expertise in organizational health management, as well as faculty members from the fields of education and psychology. The sampling process

followed a maximum variation strategy to capture diverse perspectives and continued until theoretical saturation was achieved.

The primary data collection instrument was a researcher-developed semi-structured interview protocol consisting of ten open-ended questions addressing key aspects of faculty health, including physical, psychological, and social dimensions, organizational challenges, infrastructure, participation, and strategies for achieving sustainable health. Each interview lasted between 45 to 60 minutes and was audio-recorded with participants' informed consent, followed by verbatim transcription within 24 hours.

Data analysis was performed using grounded theory methodology through three stages: open coding, axial coding, and selective coding. In the open coding phase, interview transcripts were analyzed line by line to extract initial concepts. In the axial coding phase, related codes were grouped into categories based on conceptual similarities. Finally, in the selective coding phase, core categories were identified, and relationships among categories were established to develop an integrated model. To ensure credibility and reliability, member checking, data triangulation, and independent coding by multiple researchers were employed.

### **Findings**

The analysis of interview data resulted in the identification of 160 initial codes, which were subsequently organized into 21 axial categories and finally synthesized into five main dimensions of faculty health management. These dimensions include multidimensional health, infrastructure-resources, program orientation, evaluation and quality, and participatory-interactive processes.

The multidimensional health dimension encompasses physical health and prevention, psychological health and stress management, and social health and interpersonal relationships. This dimension emerged as the core category, reflecting its central role in shaping the overall health management framework. Participants emphasized that faculty health is inherently holistic and that neglecting any dimension could undermine the effectiveness of health interventions.

The infrastructure-resources dimension includes financial resources, health information systems, structural and cultural challenges, organizational solutions, and human resource capacity building. Findings revealed that inadequate funding, lack of integrated health information systems, and insufficient organizational structures were major barriers to effective health management. Participants highlighted the need for sustainable financial investment, technological integration, and professional expertise to support health initiatives.

The program orientation dimension comprises health services and programs, policymaking and governance, supportive programs, and strategic planning. Participants noted the absence of coherent and evidence-based programs tailored to faculty needs, emphasizing the importance of structured planning, clear objectives, and comprehensive service delivery.

The evaluation and quality dimension includes performance indicators, monitoring systems, effectiveness assessment, and continuous education. The findings indicate that systematic evaluation mechanisms are essential for tracking progress, ensuring quality, and facilitating continuous improvement. Participants stressed

the importance of both objective and subjective indicators, such as quality of work life and employee satisfaction.

The participatory-interactive dimension encompasses participation barriers, organizational culture, communication and coordination, strategic prioritization, and sustainability. Findings revealed that low levels of trust, weak communication channels, and limited participation hinder the success of health programs. Conversely, fostering a culture of collaboration, transparency, and shared responsibility was identified as a key factor in sustaining health initiatives.

The final model demonstrates an integrated structure in which infrastructure provides the foundation for implementation, program orientation defines intervention strategies, evaluation ensures continuous improvement, and participation supports sustainability, all centered around multidimensional health as the core component.

### **Discussion and Conclusion**

The findings of this study highlight the inherently complex and systemic nature of faculty health management, emphasizing that sustainable health outcomes cannot be achieved through fragmented or isolated interventions. The identification of multidimensional health as the core component of the model underscores the necessity of adopting a holistic perspective that simultaneously addresses physical, psychological, and social aspects of well-being. This integrated view reflects the lived experiences of faculty members, who encounter overlapping demands across multiple domains of their professional and personal lives.

The prominence of infrastructure as a foundational dimension indicates that health management is not merely a matter of individual behavior or isolated programs but is deeply embedded within organizational systems. Without adequate financial resources, technological support, and structural alignment, health initiatives are unlikely to achieve meaningful impact. Similarly, the importance of program orientation demonstrates that strategic planning and evidence-based policymaking are essential for translating health goals into actionable interventions. The lack of structured programs identified in this study suggests a critical gap that must be addressed through comprehensive and context-sensitive planning.

The role of evaluation and quality further reinforces the dynamic nature of health management, where continuous monitoring and feedback mechanisms are necessary to adapt to changing conditions and ensure effectiveness. The inclusion of both quantitative and qualitative indicators reflects an advanced understanding of health as a multifaceted construct that extends beyond measurable outcomes to include subjective experiences such as satisfaction and well-being.

Moreover, the participatory-interactive dimension highlights the social and cultural foundations of health management, emphasizing that sustainable outcomes depend on active engagement, trust, and collaboration among stakeholders. The barriers identified in this dimension, including low participation and weak communication, point to the need for cultural transformation within academic institutions. Building a

participatory environment requires not only structural changes but also shifts in organizational values and leadership practices.

Overall, the proposed model offers a comprehensive framework for understanding and managing faculty health in higher education contexts. By integrating multiple dimensions into a cohesive system, it provides a practical and theoretically grounded approach to addressing the complex challenges faced by academic staff. The model's emphasis on interdependence among dimensions suggests that effective health management requires coordinated efforts across organizational levels, rather than isolated initiatives.

In conclusion, achieving sustainable faculty health necessitates a systemic and integrated approach that aligns infrastructure, programs, evaluation mechanisms, and participatory processes around the central concept of multidimensional health. This approach not only enhances individual well-being but also contributes to the overall effectiveness and resilience of academic institutions.

## References

- Abdulkadir, M. A., Sangari Jen, S., Abdulsalam, A., & Imam, L. N. (2021). Utilization of preventive health care services among academic staff in University of Maiduguri, Borno State, Nigeria. *Isagoge - Journal of Humanities and Social Sciences*, 1(2), 45-58. <https://doi.org/10.59079/isagoge.v1i1.19>
- Akanfe, O., Lawong, D., & Bhatt, P. (2024). Social media and situational problem solving for employees' mental health support in organizations. *Organizational Dynamics*, 54(1), 101097. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2024.101097>
- Charabin, M., Sedaghat, H., & Karimi, M. (2021). Designing a conceptual pattern of organizational health model based on quantum management in municipality employees. *Journal of Public Policymaking in Management*, 12(1), 57-69.
- Chen, Y. C., Ciou, B. H., Chu, H. C., & Chien, T. F. (2025). A study on the construction of sustainable workplace health indicators in enterprises. *International Journal of Healthcare Management*, 18(2), 1-18. <https://doi.org/10.1080/20479700.2025.2573302>
- Dadhwal, M. K., & Bhatheja, D. V. (2024). Gender differences in work-life balance in the corporate sector: A meta-analysis. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 29(11), 19-25. <https://doi.org/10.9790/0837-2911081925>
- Fadaye, H. M. A., Beikzad, J., & Ghorbani, S. (2024). Providing a predictive model of employee health management: A qualitative study. *Journal of Management, Education and Development in the Digital Age*, 1(3), 240-259. <https://doi.org/10.61838/medda.1.3.15>
- Fadaye Hosseini Maleki, A., Beikzad, J., & Ghorbani, S. (2024). Providing a predictive model of employee health management: A qualitative study. *Journal of Management, Education and Development in the Digital Age*, 1(3), 240-259. <https://doi.org/10.61838/medda.1.3.15>
- Fardani, S., Sharifi, S., Daei Karimzadeh, S., & Etebarian, A. (2025). Presenting an organizational health model based on behavioral economics approach. *Journal of Management Studies in Development and Evolution*, 34(117), 81-120.
- Gaspar, T., Gomez-Baya, D., Guedes, F. B., & Correia, M. F. (2023). Health management: evaluating the relationship between organizational factors, psychosocial risks at work, performance management, and hospital outcomes. *Healthcare*, 11(20), 2744. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202744>
- Hosseinipour, M., & Vazifeh, Z. (2022). Formulation of a policymaking model for applied knowledge production in health management. *Sadra Medical Sciences Journal*, 11(1), 77-90.
- Jabbari Zahirabadi, A., Shariatmadari, M., Delgoshaei, Y., & Kordestani, F. (2022). Designing and validating a mental health promotion model for primary school students based on the H4 model. *Journal of Family and Health*, 12(2), 15-39.
- McCart, A. (2024). Strategic health education by organizational leaders: Enhancing workforce well-being and performance. *Journal of Quality in Health Care & Economics*, 7(3), 1-8. <https://doi.org/10.23880/jqhe-16000395>
- Moghaddasi, A., & Sheikh Shoaie, M. (2023). Developing a conceptual model of the health of large organizations and their impact on organizational management using soft systems methodology and fuzzy data envelopment analysis. Proceedings of the 7th International Conference on Knowledge and Technology of the Third Millennium in Economics, Management and Accounting of Iran, Tehran.
- Sabeh, A. N., Imani, M. N., Hashem Hamad Al-Badri, M., Sharifi, A., & Nadi, M. A. (2025). Presenting an organizational health model for primary schools in Babylon province, Iraq, based on normative and behavioral variables. *Journal of Educational Management Research*, 16(3), 125-148.
- Sedghi, F., Mahdizadeh, M., Shahroodi, M., & Gholian-Aval, M. (2023). Exploring the conceptual framework of a health-promotion faculty from the perspective of members: a qualitative study. *BMJ open*, 13(9), e073059. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073059>
- Sedighi Someh Koochak, Z., Haji Nabi, K., Nazari Manesh, L., & Nikravan, A. (2024). Comparison of the performance of the health system of selected countries in order to provide a suitable model for the management of health services control in Iran. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 31(6), 45-62.

- Vahedi, H., Haj Alian, F., Jahangirfard, M., & Mojibi, T. (2020). Designing a performance management model in the Iranian health sector. *Journal of nursing management*, 9(3), 87-100.
- Wang, L., & Sheibani, S. (2024). Exploring the psychological health and work efficiency of enterprise employees under the EAP perspective. *International Journal of Social Sciences and Public Administration*, 3(3), 326-332. <https://doi.org/10.62051/ijsspa.v3n3.41>
- Yağmur, Ö. B., & Myrvang, N. A. (2023). The effect of organizational agility on crisis management process and organizational resilience: Health sector example. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 96, 103955. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2023.103955>