مقاله پژوهشی

به حاشیه رانده شدن پروفشنالیسم در محیط‌های بالینی؛ یک مطالعه کیفی در دانشگاه علوم پزشکی تهران

فاطمه علیپور [۱]، زهرا شاهواری *[۲]

[۱] دانشیار، دفتر تعهد حرفه‌ای و مرکز تحقیقات چشم، بیمارستان چشم فارابی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
[۲] استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران، گچساران، ایران

* **نویسنده مسؤول** زهرا شاهواری
shahvarizahra@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: چالش‌های سطوح مدیریتی گاه پایبندی افراد به رعایت رفتار حرفه‌ای در محیط‌های بالینی را سست می‌کند. این مطالعه به بررسی مشکلات سطوح مدیریتی در محیط‌های بالینی از دیدگاه پرسنل شاغل، اساتید هیأت علمی و فراگیران پزشکی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌پردازد.

روش پژوهش: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی است که در ۲ بخش کشف دیدگاه پرسنل و کشف دیدگاه پزشکان انجام شد. ۸ جلسه بحث گروهی متمرکز با ۸۵ نفر از کادر هیأت علمی، دستیاران و انترن‌ها و ۱۴ بحث گروهی متمرکز با حضور ۱۶۵ نفر از پرسنل انجام شد. نحوه انتخاب شرکت‌کنندگان نمونه‌گیری در دسترس بود. داده‌ها به روش تحلیل محتوا آنالیز شد.

یافته‌ها: در مجموع تعداد ۲۲ بحث گروهی متمرکز با حضور ۲۵۰ نفر انجام شد. سن شرکت‌کنندگان بین ۲۴ تا ۶۵ سال بود. تحصیلات شرکت‌کنندگان از دیپلم تا فوق‌لیسانس برای پرسنل و از دانشجوی پزشکی تا فوق‌تخصص برای پزشکان متفاوت بود. مشکلات سطوح مدیریتی با تعداد ۳۱۵ کد، ۱۲ طبقه فرعی و ۲ طبقه اصلی «موارد مربوط به مدیریت کلان» و «موارد مربوط به مدیریت بیمارستان» تبیین شد.

نتیجه گیری: مهیا کردن بستر مناسب برای اجرای قوانین رفتار حرفه‌ای، انتخاب مدیران میانی بر اساس اقتدار آنان در اجرای رفتار حرفه‌ای، اولویت قرار دادن رفتار حرفه‌ای در سیاستگذاری‌ها و ارتقاء رفتار سازمانی در سیستم اداری همپای ارتقای رفتار حرفه‌ای در سیستم درمانی از جمله مواردی است که لازم است مدیران به آن توجه کنند. پیشنهاد می‌شود در انتخاب مدیران بیمارستانی به رفتار حرفه‌ای مدیران و توانمندی آنان در رهبری پروفشنالیسم توجه ویژه‌ای شود. همچنین در سیاستگذاری‌ها به امکان رعایت رفتار حرفه‌ای توجه نمود.

واژه‌های کلیدی: مدیریت پرسنل، مدیریت سازمانی، تعهد حرفه‌ای پزشکی، کدهای اخلاق حرفه‌ای

کاربرد مدیریتی: مستند سازی موانع مدیریتی رعایت پروفشنالیسم در محیط‌های بالینی

ارجاع: علیپور فاطمه، شاهواری زهرا. به حاشیه رانده شدن پروفشنالیسم در محیط‌های بالینی؛ یک مطالعه کیفی در دانشگاه علوم پزشکی تهران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۸؛ ۴(۴): ۲۷-۳۱۳.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۰۶
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۸/۱۱/۱۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۹

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

مقدمه

تعهد به داشتن رفتار حرفه‌ای در محیط‌های بالینی یکی از اجزاء حقوق بیماران و جزء وظایف تعریف شده و تاکید - شده افراد شاغل در این حرفه، در تمامی سطوح می‌باشد (۵-۱). رعایت رفتار حرفه‌ای از سوی پرسنل پزشکی لازمه جلب و حفظ اعتماد بیمار به درمان است (۱۳-۶).

تأمین مناسب‌ترین خدمات سلامت برای جامعه و حفظ و ارتقای اعتماد جامعه به دانشگاه و حرف پزشکی، همچنین تقویت تعهد حرفه‌ای در سطوح سازمانی و فردی از پایه‌ای‌ترین ارزش‌های هر دانشگاهی است (۱۴). موانع بسیاری وجود دارد که موضوع تعهد به پروفشنالیسم را در سطوح مختلف به چالش می‌کشند. منظور از موانع رعایت رفتار حرفه‌ای به عنوان مفهوم اصلی در این پژوهش کیفی، شرایطی است که متعهد ماندن به ارزش‌های رفتار حرفه‌ای را برای پزشک، مدرسان و کارکنان سخت می‌کند (۱۵).

در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۳ جامعه پزشکی ویسکانسین (wisconsin) موانع موجود در اجرای اصول حرفه‌ای‌گری در ۴ گروه عقاید و آگاهی و رفتار پزشکان، مشکلات موجود در ساختار و مدیریت مراکز درمانی، عقاید، آگاهی و رفتار نادرست اجتماعی درباره‌ی مراقبت‌های درمانی، مدیریت نادرست مراکز درمانی در مقاطع محلی و ملی دسته‌بندی کرد (۱۶). مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۶، در ۳ بیمارستان جان هاپکینز، ویرجینیا و جانس هاپکینز بیویو با مشارکت ۳۱۲ رزیدنت داخلی و عصب شناسی انجام گرفت، رزیدنت‌ها محدودیت زمانی و حجم بالای کار و عواملی همچون محدودیت منابع و محدودیت‌های سیستم را از موانع رعایت پروفشنالیسم دانستند (۱۷). در برخی مطالعات موانع در ۳ گروه محیط، مدیریت و فردی مراقبتی، تقسیم بندی شد (۱۸,۱۹). صرف نظر از فرصت‌هایی که مدیریت خدمات درمانی برای حرفه‌ای‌گری به وجود می‌آورد، ساختارهای سازمانی و مدیریت خدمات درمانی در سطوح مختلف سازمانی، گاه تهدیدی برای رعایت پروفشنالسیم محسوب می‌شود (۲۰).

رهبری پروفشنالیسم یکی از وظایف اصلی مدیران در محیط‌های بالینی است که به آن توجه کافی نمی‌شود. کم توجهی به این وظیفه خطیر سبب می‌شود افراد، سازمان را فارغ از دغدغه رعایت رفتار حرفه‌ای بدانند و نقش خود در رعایت رفتار حرفه‌ای را نادیده گرفته، بر نقش عوامل محیطی تاکید کنند (۲۱) و در نتیجه حرفه‌ای‌گری به حاشیه رانده شود.

با وجود اهمیت فراوان، تا کنون مطالعه کیفی در جهت شناسایی عوامل مدیریتی تأثیر گذار بر عدم رعایت رفتار حرفه‌ای صورت نگرفته است. به منظور اطمینان از باز بودن راه ارتقاء تعهد حرفه‌ای ضروری است مراکز درمانی- خصوصاً مراکز آکادمیک که وظایف بیشتری بر عهده دارند - به طور مستمر به شناسایی موانع رعایت رفتار حرفه‌ای بپردازند و تا جای ممکن در جهت رفع آن‌ها بکوشند. بر این مبنا، دانشگاه علوم پزشکی تهران شناسایی موانع رعایت رفتار حرفه‌ای در محیط‌های بالینی وابسته به دانشگاه از دیدگاه پرسنل ، فراگیران، کادر درمان و هیأت علمی را موضوعی قابل بررسی دانسته و به آن اهتمام ورزیده است. این مطالعه به بررسی مشکلات سطوح مدیریتی در محیط‌های بالینی از دیدگاه پرسنل شاغل (رده‌های مختلف پرستاری، بهیاران، کمک بهیاران و بیماربران)، اساتید هیأت علمی، دستیاران و انترن‌ها و پرسنل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخته است.

روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه کیفی بود. در این مطالعه دیدگاه‌های اساتید هیأت علمی، دستیاران، انترن‌ها و پرسنل در مورد موانع رعایت رفتار حرفه‌ای در محیط‌های بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران اکتشاف شد. روش جمع آوری اطلاعات، بحث‌های گروهی بود. ۸ جلسه بحث گروهی متمرکز با ۸۵ نفر از کادر هیأت علمی، دستیاران و انترن‌ها و ۱۴ بحث گروهی متمرکز با حضور ۱۶۵ نفر از پرسنل (رده‌های مختلف پرستاری، بهیاران، کمک بهیاران و بیماربران) انجام شد. ترتیب کار به شرح زیر بود:

ابتدا با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه و دانشکده پزشکی، لیستی از بیمارستان‌ها و اساتید هیأت علمی، دستیاران، انترن‌ها و پرسنل فراهم شد. پس از نهایی شدن لیست مدعوین با در نظر گرفتن استراتژی حداکثر تنوع، جهت سهولت دسترسی شرکت کنندگان به مکان انجام بحث گروهی، محققین تعداد ۱۴ بحث گروهی متمرکز را در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران (هر جلسه در یک بیمارستان با حضور پرسنل همان

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

بیمارستان) و در مورد یکی از بیمارستان‌ها ۲ جلسه برگزار کردند. برای پزشکان جلسات بحث گروهی را در بیمارستان‌های بزرگ یعنی امام و شریعتی (هر کدام ۲ جلسه) در خود بیمارستان و برای بیمارستان‌های کوچک ۲ جلسه در محل سازمان مرکزی دانشگاه برگزار کردند.

جدول ۱: تعداد بیمارستان و شرکت‌کنندگان مطالعه

ردیف	محل برگزاری جلسه	شرکت کنندگان (رده شغلی)	تعداد (نفر)
۱	بیمارستان شریعتی	انترن	۱۰
۲	بیمارستان شریعتی	انترن	۱۴
۳	مجتمع بیمارستانی امام خمینی	دستیاران	۱۵
۴	مجتمع بیمارستانی امام خمینی	اعضای هیأت علمی	۶
۵	بیمارستان شریعتی	اعضای هیأت علمی	۱۲
۶	سازمان مرکزی دانشگاه	دستیاران	۱۵
۷	سازمان مرکزی دانشگاه	اعضای هیأت علمی	۱۳
۸	مجتمع بیمارستانی امام خمینی	پرستاران، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۱۳
۹	مجتمع بیمارستانی امام خمینی	پرستاران، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۱۵
۱۰	بیمارستان شریعتی	پرستاران، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۱۰
۱۱	بیمارستان شریعتی	پرستاران، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۶
۱۲	بیمارستان سینا	پرستاران، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۱۲
۱۳	بیمارستان فارابی	پرستاران، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۱۰
۱۴	بیمارستان آرش	پرستاران، ماماها، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۱۰
۱۵	بیمارستان محب یاس	پرستاران، ماماها، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۹
۱۶	بیمارستان روزبه	پرستاران، بهیاران و کمک بهیاران	۱۰
۱۷	بیمارستان بهرامی	پرستاران، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۱۰
۱۸	مرکز طبی کودکان	پرستاران، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۱۰
۱۹	بیمارستان ضیاییان	پرستاران، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۱۲
۲۰	بیمارستان بهارلو	پرستاران، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۱۵
۲۱	بیمارستان رازی	پرستاران، بهیاران و کمک بهیاران	۱۱
۲۲	بیمارستان امیراعلم	پرستاران، پرسنل اتاق عمل، بهیاران و کمک بهیاران	۱۲
	جمع		۲۵۰

معیار ورود به مطالعه، تحصیل در رشته پزشکی و یا اشتغال بالینی در یکی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. پذیرش دعوت و حضور مشارکت کنندگان در جلسه بحث گروهی به منزله تمایل به شرکت در پژوهش، در نظر گرفته شد. تمامی مشارکت کنندگان با ضبط صدا موافق بودند. نحوه انتخاب شرکت‌کنندگان، نمونه-گیری در دسترس بود. میانگین تعداد افراد در هر جلسه بحث گروهی ۱۰/۶ نفر با دامنه ۶ تا ۱۵ نفر متغیر بود. میانگین سنی افراد ۴۲/۳ سال با دامنه ۲۴ تا ۶۵ سال متغیر بود.

جلسات توسط ۲ نفر از محققین (چشم پزشک و دکترای بهداشت باروری (متخصص در انجام پژوهش‌های کیفی)) برگزار شد. جمع‌آوری داده‌ها از آبان ماه سال ۱۳۹۴ شروع و تا اسفند ماه ادامه یافت. مدت زمان جلسات بین ۱/۵ تا ۲ ساعت متفاوت بود.

برای اطمینان از شناسایی مفاهیم در راستای تنوع ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده، محققین از استراتژی حداکثر تنوع استفاده کردند. بدین شکل که از گروه‌های مختلف پرسنل شامل سوپروایزر، سرپرستار، پرستار بخش، تکنسین هوشبری و ماما در محیط‌های کاری مختلف شامل اتاق عمل، درمانگاه، بخش و اورژانس برای شرکت در بحث‌های گروهی دعوت کردند. در مورد پزشکان هم اعلان همگانی در همه گروه‌ها داده شد.

جلسات با بیان موضوع پژوهش شروع و از شرکت‌کنندگان درخواست می‌شد تا آیتم‌های رفتار حرفه‌ای، برگرفته از راهنمای رفتار حرفه‌ای پزشکی مصوب سال

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

۱۳۹۲ دانشگاه علوم پزشکی تهران که در برگه‌ای لیست شده و در اختیارشان گذاشته شده بود، را به شکل اجمالی مطالعه کنند. سپس در مورد موانع رعایت آیتم‌هایی که از نظرشان در بیمارستان محل کارشان کمتر رعایت می‌شد، صحبت کنند. همچنین بر اساس نیاز، در مصاحبه‌ها از سؤالات اکتشافی نظیر «منظور خود را بیشتر توضیح دهید» استفاده شد. پس از برگزاری ۲۰ جلسه بحث گروهی، اطلاعات جدیدی حاصل نشد اما برای اطمینان از رخداد اشباع در مطالعه و اطمینان از پوشش تمامی بیمارستان‌های تابعه، ۲ جلسه بحث گروهی دیگر (یکی برای اعضای هیأت علمی و یکی برای پرسنل) برگزار شد.

پس از هر جلسه بحث گروهی فایل صوتی مصاحبه‌ها به‌صورت دست‌نوشته درآمد و سپس با مطالعه دقیق دست‌نوشته‌ها که همان واحدهای تجزیه و تحلیل را تشکیل می‌دادند، تحلیل‌گران تلاش کردند تا به یک حس کلی از آن‌ها دست یابند. سپس متن مصاحبه‌ها کدگذاری شد. مدیریت کدهای استخراج‌شده از طریق نرم‌افزار MaxQDA 10 انجام شد. مطالعه مکرر کدهای استخراجی به تشخیص شباهت‌ها و تفاوت‌های داده‌های متنی، طبقه‌بندی و سازمان‌دهی آن‌ها کمک کرد. در نهایت با پیشرفت فرایند تجزیه و تحلیل، ارتباط میان طبقات مشخص و سپس درون مایه‌های پنهان در متن‌ها، استخراج شد.

برای تامین دقت علمی مطالعه، معیارهای گوبا و لینکلن سال ۱۹۹۴ شامل مقبولیت، قابلیت اعتماد، قابلیت انتقال و تصدیق‌پذیری به کار گرفته شد (۲۲). به همین منظور محققین تلاش کردند هیچ داده مرتبطی را در طی فرایند تجزیه و تحلیل خارج نکرده و هیچ داده غیر مرتبطی را وارد نکنند. در برگزاری بحث‌های گروهی متمرکز، پژوهشگران سعی نمودند تا ارتباط مناسبی با شرکت‌کنندگان برقرار نمایند. به‌علاوه، درروند پژوهش با درگیری طولانی‌مدت و غوطه‌وری کامل در داده‌ها، اعتبار داده‌ها افزایش یافت. متن‌ها به همراه کدها در جلسات گروهی تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. تیم تحقیق مجدداً با یکدیگر متن‌ها را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند، در این مرحله مشخص شد که بیش از ۸۰ درصد کدهای استخراجی محققین مشابهت داشتند. طبقه بندی کدها در چند جلسه مورد بحث قرار گرفت و فرمت نهایی بر مبنای توافق محققین و مشاورین طرح نهایی شد.

لازم به ذکر است افراد مورد پژوهش با رضایت کامل در بحث‌های گروهی شرکت کردند و اطلاعات آنان به صورت محرمانه و گروهی مورد بررسی قرار گرفته و ۶ ماه بعد از پایان مطالعه تمامی فایل‌های صوتی معدوم شد. ضمناً این پژوهش با کد اخلاق ۹۴-۰۲-۷۴-۲۹۱۶۳ با حمایت دبیرخانه تحقیق و توسعه دانشگاهی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

در مجموع تعداد ۲۲ بحث گروهی متمرکز با حضور ۲۵۰ نفر انجام شد. سن شرکت‌کنندگان بین ۲۴ تا ۶۵ سال بود. تحصیلات شرکت‌کنندگان از دیپلم تا فوق لیسانس برای پرسنل و از دانشجوی پزشکی تا فوق تخصص برای پزشکان متفاوت بود. در نهایت تعداد ۳۱۵ کد، ۴۵ زیر طبقه فرعی، ۱۲ زیر طبقه و ۲ طبقه اصلی پیرامون مشکلات سطوح مدیریتی که توانایی پرسنل در رعایت رفتار حرفه‌ای در محیط‌های بالینی را کاهش می‌داد به‌دست آمد.

صحبت‌های شرکت‌کنندگان در طبقات اصلی الف) موارد مربوط به مدیریت کلان ب) موارد مربوط به مدیریت بیمارستان دسته بندی شد. این طبقات و زیرطبقات در جدول ۲ و ۳ آورده شده‌اند.

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

جدول ۲: مشکلات مدیریتی به حاشیه راندن رفتار حرفه‌ای از دیدگاه پرسنل و پزشکان (مشکلات مدیریت کلان)

طبقه	زیر طبقه	زیرطبقه فرعی
مشکلات مدیریت کلان	اشکالات بروکراسی	زمانبر بودن انجام کارهای بروکراتیک عدم اهتمام به ساده سازی مستندسازیها تفویض وظایف بروکراتیک پزشک به پرستار هدر رفتن انرژی برای کارهای غیر تخصصی درگیر شدن در کارهای غیر شرح وظیفه زمانبر بودن کارهای اداری موازی کاری در بیمارستان ها استاندارد نبودن سیستم پذیرش و ارجاع
	مشکلات تحمیل شده از وزارت خانه	سازماندهی و تقسیم بیماران بین بیمارستانهای دولتی موجود مشکلات ناشی از طرح تحول سلامت
	مشکلات قوانین موجود	عدم شفافیت قوانین پشتوانه نداشتن قوانین عدم هماهنگی برخی قوانین با رفتار حرفه ای عدم وجود سیستم اصلاح و بازخورد برای قوانین جامع نبودن قوانین(تغییرات قوانین موجود به ضرر قشر خاص) مشکلات اجرای قوانین
	مشکلات مربوط به ساختار دانشگاه	اشکالات فیزیکی مشکلات ناشی از آموزشی بودن بیمارستانها
	بی توجهی به رفتار حرفه ای در سیاست ها	عدم تامین بستر مناسب برای اجرای رفتار حرفه ای عدم تقید سیاست های سیستم به اجرای رفتار حرفه ای
	انتخاب نامناسب مدیران میانی	انتساب ناعادلانه و نادرست مدیران عدم لحاظ توانمندی افراد در انتساب مدیران حذف مسئولین مرتبط در تصمیم گیریها

الف) موارد مربوط به مدیریت کلان

۶ زیر طبقه: «اشکالات بروکراسی»، «مشکلات تحمیل شده از سوی وزارت‌خانه»، «مشکلات قوانین موجود»، «مشکلات مربوط به ساختار دانشگاه»، «بی توجهی به رفتار حرفه‌ای در سیاست‌ها» و «انتخاب نامناسب مدیران میانی» موارد مربوط به طبقه مدیریت کلان را تشکیل داده است.

۱- اشکالات بروکراسی

از نظر پرسنل شرکت‌کننده زمانبر بودن انجام کارهای بروکراتیک، عدم اهتمام مسئولین به ساده‌سازی مستندسازی‌ها و تفویض وظایف بروکراتیک پزشکان به پرستاران، منجر به اتلاف وقت پرستاران شده و آن‌ها را از انجام وظایف مهمتر- همچون تعامل با بیمار- باز می‌دارد. پزشکان شرکت کننده هم به هدر رفتن انرژی برای کارهای غیر تخصصی اشاره کردند. آن‌ها به کدهای درگیر شدن در کارهای غیر شرح وظیفه، زمانبر بودن کارهای اداری، موازی کاری در بیمارستان‌ها و استاندارد نبودن سیستم پذیرش و ارجاع نیز اشاره کردند.

یکی از پرستاران شرکت کننده چنین گفت: «من فکر می‌کنم که من ۱۰ سال پیش زمانی‌که در بالین کار می‌کردم شاید بیمارستان‌ها این‌قدر شلوغ نبود و اگر هم بود شاید کاغذ بازی‌هامون دراین حد نبود و کمتر بود و می‌تونستیم به حرف مریض‌ها گوش کنیم ... ما مجبوریم از مریض کم بگذاریم چون ۲ روز دیگر مریض می‌رود و این پرونده است که اینجاست و آینده ما بسته به آن پرونده است درصورتی‌که قبلاً این کاغذ بازی‌ها نبود و ما بیشتر در بالین مریض بودیم... عوض اینکه (به بیمار) آموزش بدهیم، آموزش داده نشده را (در پرونده) می‌نویسیم ... متاسفانه ما خیلی نوشتاریمون زیاد شده و تعداد turn over عمل‌ها هم که بالاست همه‌اش درگیر نوشتن شدیم...اینه که جایی در ذهنمون برای رفتار حرفه‌ای باقی نمی‌مونه»

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

یکی دیگر از پرستاران چنین گفت: «...در نظام مبتنی بر عملکرد، دیدها کمّیه این که چند ساعت شما کار می‌کنی مهمه و مدیر پرستاری نمی‌تونه از لحاظ کیفی به نیروی پرستاری نمره بده... » پرستاری دیگری چنین گفت: « .... طرح تحول نظام سلامت باعث شده که مراجعین ما که ۲ هزار نفر بود حالا شده حدود ۱۰ هزار نفر، فضا همون، پرستار همون، فقط کار چندین برابر شده...»

یکی از انترن‌ها گفت: «من به ندرت دیدم پرونده‌ای رو باز کنم عین بقیه یه سری چیزهای تکراری نداشته باشه. ملتحمه pale و ایکتریک نیست... من اولش خیلی مقاومت می‌کردم که دروغ ننویسم. پزشکی رو خراب نکنم اما با این سیل قدرتی که اطراف ما رو گرفته ما نمی‌تونیم مقاومت کنیم. ۱۵ تا مریضه روزی. نمیشه همه رو کامل بنویسیم.»

۲- مشکلات تحمیل شده از سوی وزارت‌خانه

از نظر پرسنل شرکت‌کننده، وزارت‌خانه با سازماندهی و تقسیم بیماران بین بیمارستان‌های دولتی موجود بار کاری بیش از حدی به بیمارستان‌های دولتی تحمیل می‌کند. برنامه ریزی‌هایی همچون طرح تحول سلامت با تحمیل بروکراسی‌های مختص به خود بارکاری پرسنل را افزایش بیشتری داده است. به‌علاوه کمّی بودن مبنای پرداخت‌ها، مسئولین را ترغیب می‌کند فقط طبق ساعات پرشده عملکرد پرسنل را گزارش کنند و جایی برای دیدن و تقدیر از رفتار حرفه‌ای پرسنل باقی نمی‌ماند. پزشکان شرکت کننده در مورد مشکلات مربوط به طرح تحول سلامت به مواردی همچون برهم زدن توازن بیماران، لودکاری اضافه شده و بحران تعداد بیمار همچنین عدم توجه به حقوق پزشک در رابطه پزشک و بیمار (ایجاد توقعات نابه جا در بیماران) اشاره کردند.

یکی از اعضای هیأت علمی چنین گفت: «یه بخش هم سیستم ضعیف عمل می‌کنه دانشگاه این طرح رو طراحی کرده اما در مدیریت و اجرا سیستم رو به جایی هدایت می‌کنه که برخلاف خواست سیستم عمل کنه. وقتی به من ابلاغ می‌شه که در هر شرایطی بیمار رو بپذیرم، رزیدنت رو اجبار می‌کنیم عوض ۵ ساعت ۲ ساعت بخوابه یا عوض ۵ تا، ۱۰ تا مریض ببینه، سیستم و دانشگاه اجبارش کرده یا در طرح تحول سلامت اومده که مریض به هیچ عنوان نباید از اورژانس بره بیرون، خوب اورژانس بیش از حد شلوغ میشه و از اول حرمت بیمار رو از بین می‌بری. فرایند اجرایی خودش ناقض اول است.»

یکی دیگر از از اعضای هیأت علمی چنین گفت: « خیلی از مریض‌ها لزومی نداره در اورژانس پذیرش بشن و این باعث لود بالای مریض‌ها میشه و تعیین تکلیفشون باعث ایجاد گرفتاری می‌شه در همین حال باید آموزش داده بشه، اخلاقیات باید رعایت بشه، به مریض کریتیکال‌تر باید رسیدگی بشه که این چیزها طبعاً رعایت نخواهد شد. الان جوری شده که همه جا حتی تو تلویزیون و یا بطن جامعه اینه که مریضی که میاد اورژانس باید همون موقع دیده بشه، خب اون اولویت بندی پس کجاست؟ و اگه کسی رعایت کنه میگن چرا اون مریض رو در ساعت خاص ندیدی، و رزیدنت‌ها پاسخگوی این تعیین اولویت هستند.»

۳- مشکلات قوانین موجود

از نظر شرکت کنندگان قوانین موجود در مورد رفتار حرفه‌ای با مشکلاتی همچون عدم شفافیت، پشتوانه نداشتن و جامع نبودن روبرو هستند. برخی قوانین موجود با رفتار حرفه‌ای هماهنگ نیستند، سیستم اصلاح و بازخوردی برای قوانین وجود ندارد. فاصله بین قانونگذاران با مجریان، مشکل در اطلاع رسانی قوانین به پرسنل ، اجرای سلیقه‌ای قوانین، عدم حمایت مسئولین از اجرای صحیح قانون، سختی رعایت قوانین در شرایط کاری غیراستاندارد و اجرای غیر یکسان قوانین (بی عدالتی) از سایر مشکلات قوانین موجود بودند.

یکی از پرستاران چنین گفت: «از قوانین اطلاع نداریم که بهش احترام بگذاریم. از حق و حقوق خودمونم اطلاع نداریم. در هیچ سطحی از قوانین اطلاع نداریم. قوانین به سوپروایزر می‌رسه، اونم به ما ابلاغ نمی‌کنه که نکنه ما فردا مدعی بشیم. ما از قوانین خبر نداریم. قوانین به طور شفاف در اختیار ما قرار نمی‌گیره. اونوقت از ما می‌خوان بهش احترام بگذاریم.»

۴- مشکلات مربوط به ساختار دانشگاه

پرسنل شرکت‌کننده به نامناسب بودن نقشه ساختمان‌های محیط‌های بالینی برای وظایف تعریف شده، لحاظ نشدن آسایش بیمار در طرح‌های عمرانی، تهویه ناکافی، نور ناکافی، عدم وجود و یا تعداد ناکافی آسانسور اشاره کردند که در زیرطبقه‌ی فرعی «فضای فیزیکی نامناسب» طبقه بندی شدند. همچنین به امکانات رفاهی بیمار/ همراه، کمبود امکانات درمانی، نبود سیستم‌های

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

مناسب و به روزِ اطلاع رسانی به بیماران و همراهان اشاره شد که در زیرطبقه فرعی «امکانات ناکافی» طبقه بندی شدند. این ۲ زیر طبقه فرعی، زیر طبقه «اشکالات فیزیکی» را تشکیل دادند. کدهای توجیه نشدن بیمار در مورد آموزشی بودن بیمارستان، ناتوانی در رعایت حریم خصوصی بیمار، لحاظ نشدن حق انتخاب پزشک برای بیمار و جو آموزشی و منافع آموزشی دانشجو در زیر طبقه فرعی«مشکلات ناشی از آموزشی بودن بیمارستان‌ها »طبقه بندی شدند. این ۲ زیر طبقه فرعی ، زیر طبقه «مشکلات مربوط به ساختار دانشگاه» را تشکیل دادند.

یکی از رزیدنت‌ها چنین گفت: «استاندارد بودن رفتار با بیماران مستلزم استاندارد بودن شرایطه. ساختار ما از سیستم‌های آمریکایی تقلید شده اما شرایط ما شبیبه اونا نیست. پزشک و پرستار را فقط می‌بینیم اما هیچ تناسبی بین خدمات و تجهیزات نیست. امکانات با فرهنگ بیمار و حتی فرهنگ رزیدنت هماهنگ نیست. همه چیز باید با هم دیده شه.» یکی از بهیاران هم چنین گفت: « مثلا فاصله سی تی اسکن تا بخش زیاده و این باعث شکایت خیلی از همراهان شده. این مشکل ساختار فیزیکیه بیمارستانه اما غرش رو ما باید بخوریم. همراه می‌گه مریض ما عمل شده سرش تکون می‌خوره آسیب می‌بینه و من چاره‌ای ندارم.»

۵- انتخاب نامناسب مدیران میانی

شرکت کنندگان معتقد بودند در بعضی موارد انتصاب ناعادلانه و نادرست مدیران، عدم لحاظ توانمندی در انتصاب مدیران و حذف مسئولین مرتبط در تصمیم گیری‌ها نشان دهنده انتخاب نامناسب مدیران میانی است.

۶- بی توجهی به رفتار حرفه‌ای در سیاست‌ها

شرکت کنندگان معتقد بودند سیاست‌های بالا دستی، بستر مناسب برای بیان خطا را تأمین نمی‌کنند. انتظارات نامتناسب با لود کاری و حقوق پرداختی از کارکنان دارند. به سیستم پیگیری و مددکاری بیماران توجهی ندارند. به عبارتی «به تامین بستر مناسبی برای اجرای رفتار حرفه‌ای» توجه نشان نمی‌دهند. از طرفی بی اطلاعی متقاضیان رشته پزشکی از لزوم داشتن رفتار حرفه‌ای، عدم لحاظ نگرش اخلاقی فرد در گزینش او، عدم اسکرینینگ روحیات دانشجویان پزشکی، معیار نبودن اخلاق در انتخاب رشته و لحاظ نشدن سوابق رفتار حرفه‌ای در گزینش دستیاران نشان دهنده «لحاظ نشدن اخلاقی بودن در پذیرش دانشجویان» است.

مواردی مانند تضاد قوانین با آیتم‌های رفتار حرفه‌ای، برنامه ریزی مغایر با رعایت رفتار حرفه‌ای، نقص در تعریف فرایندهای استاندارد در سیستم، عدم سخت گیری در اجرای قوانین مربوط به رفتار حرفه‌ای، عدم اهتمام به حل مشکلات و موانع رفتار حرفه‌ای، مشخص نبودن مجازات رفتار غیرحرفه‌ای، نداشتن دید سیستمی به رفتار حرفه‌ای، تخریب الگوها، عدم تعریف و پایش استانداردهای رفتار حرفه‌ای و لحاظ نشدن اخلاقی بودن در پذیرش دانشجویان نشان دهنده «عدم تقید سیاست‌های سیستم به اجرای رفتار حرفه‌ای» می باشد. در نهایت از این کدها و زیر طبقات فرعی، زیرطبقه « بی توجهی به رفتار حرفه‌ای در سیاست‌ها» شکل گرفت.

یکی از اعضای هیأت علمی چنین گفت: «یکی از موانع، عدم سخت گیری در اجرای مقررات مربوط به رفتار حرفه‌ای است. مقررات باید از بالا، شفاف و دارای پشتوانه اجرایی باشه. تا حالا کی، کیو برای نداشتن رفتار حرفه‌ای اخراج کرده؟..... مثلا ناظر و مجری داشتن پوشش حرفه‌ای کیه؟ چه کسی مجازه تذکر بده؟ باید همه چیز شفاف مشخص شود. ما الان آئین پوشش داریم اما چه کسی باید آن را اجرا کند؟» یکی از رزیدنت‌ها چنین گفت: « بزرگترهای رشته ما که اساتید بیمارستان‌ها هستند را به راحتی تخریب می‌کنند مثلا انگ زیر میزی می‌زنند، زیر میزی شوخی که نیست یه جور دزدیه ...» یکی از پرستاران چنین گفت: «کسی که حرفه درمان رو انتخاب می‌کنه باید همه چی تمام باشه. خودش رو برای هر فشاری آماده کنه. صد در صد شغلش رو دوست داشته باشه. به اخلاقیات پایبند باشه. اما برای انتخاب تیم درمان گزینش نداریم هر کس بخواد می‌تونه وارد شه. نیاز به گزینش روانی داریم کی می تونه خدمات دهنده خوبی باشه کی روحیه کار تیمی داره و اون باید وارد دانشکده‌های پزشکی و غیره شه. گزینش برای رفتار حرفه‌ای داشته باشیم». این زیر طبقه در جدول ۳ آورده شده است.

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

جدول ۳: مشکلات مدیریتی به حاشیه راندن رفتار حرفه‌ای از دیدگاه پرسنل و پزشکان (مشکلات مدیریت بیمارستان)

طبقه	زیر طبقه	زیر طبقه فرعی
مشکلات مدیریت بیمارستان	مدیریت نامناسب نیروها	تخصیص نادرست نیرو آموزش ناکافی نیروها در بدو استخدام در مورد بایدها و نبایدها عدم کنترل مناسب نیروها شرح وظایف تحمیلی نامرتبط با مراقبت از بیمار عدم امکان حذف پرسنل بد از سیستم
	مشکلات مربوط به شخص مدیر	پاسخگو نبودن مدیران چندمسئولیتی بودن مدیران نداشتن اقتدار(عدم توانایی در بازخورد) حذف مسئولین مرتبط در تصمیم‌گیریها
	تعامل نامناسب مدیر با زیردستان	انتخاب راه نامناسب برای حل مشکلات پرسنل تحمیل وظایف یکی به سایرین بی توجهی به مشکلات پرسنل عدم درک مشکلات پرسنل بی اعتمادی پرسنل به مسئولین و بی اعتمادی مسئول به پرسنل
	ناهماهنگی سیستم اداری و درمانی در مورد داشتن رفتار حرفه ای	آموزش ندیدن کادر اداری برای داشتن رفتار حرفه‌ای عدم نظارت بر رعایت رفتار حرفه ای در کادر اداری تعمیم رفتار نامناسب کادر اداری به کادر درمان
	ضعف سیستم نظارت و ارزشیابی	عدم انجام صحیح ارزشیابی نبود سیستم تشویق و تنبیه مناسب اشکالات سیستم بازخورد
	ضعف در سیستم گزارش خطا	عدم گزارش خطای همرده عدم خودگزارشی خطا توسط پرسنل

ب) موارد مربوط به مدیریت بیمارستان

۶ زیر طبقه «مدیریت نامناسب نیروها»،« مشکلات مربوط به شخص مدیر»، «تعامل نامناسب مدیر با زیردستان»،« ناهماهنگی سیستم اداری و درمانی»، «ضعف سیستم نظارت و ارزشیابی»و «ضعف در سیستم گزارش خطا» طبقه موارد مربوط به مدیریت بیمارستان را تشکیل داده است.

۱- مدیریت نادرست نیروها

عده‌ای از شرکت‌کنندگان به تخصیص نادرست نیرو، آموزش ناکافی نیروها در بدو استخدام در مورد بایدها و نبایدهای حرفه‌ای، عدم کنترل مناسب نیروها، شرح وظایف تحمیلی نامرتبط با مراقبت از بیمار و عدم حذف پرسنل ناپایبند به رفتار حرفه‌ای از سیستم اشاره کردند. این موارد در گروه مدیریت نادرست نیروها طبقه بندی شد.

یکی از پرستاران در خصوص تخصیص نادرست نیروگفت: «...من بهترین پرسنل سی سی یو و مسئول آموزش بودم، منو منتقل کردن اورژانس. اونجا فقط ای وی می‌گیرم. این حق من نبود. هیچ کدوم از پرستارهای سی سی یو به اندازه من دوره نگذرونده. من سال ۸۵، ۱۵۰ هزار تومن هزینه کردم دوره گذروندم خیلی راحت منو گذاشتن که ای وی بگیرم ...دیگه انگیزه‌ای برای یادگیری ندارم. اینجا واسه علم کسی ارزش قائل نیستن...»

پرستار دیگری به عدم آشنایی پرسنل با ساختار ارائه خدمات به بیمار اشاره کرد و گفت: «...پریروز رفتم بالا سر یه بیمار که حالش بد شده بود، یه خانم ۲۵ ساله بود، پرسیدم مشکل قلبی چیزی داشت؟ شوهرش گفت خانمم دوقلو زاییده یکی از قل‌ها دیدش کم بوده ... خانم دکتر اومد بچه رو دید گفت این بچه دیگه دید نداره... اینو می‌گن و می رن و بقیه شو از پرستار بپرس. ما ۲ ساله که اینجا روانشناس داریم و لازم نیست هرکسی خبر بد رو خودش بده...به نیروها روز اول که وارد می‌شن باید اینا رو گفت. باید یه آموزش رفتار حرفه‌ای واسشون گذاشت. زمان

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

دانشجویی دانشجو خیلی با مریض ارتباط نداشته و باید یاد بگیره... »

پرستار دیگری با این جمله «... میگن اینا که سابقه دارن رو هر بلایی سرشون در بیارین ولی جوونا رو نباید بذارید برن، اونام زبلن و دارن از این قضیه سوء استفاده می‌کنن اینه که احترام به افراد باسابقه بالا از بین رفته. احترام به بیمار از بین رفته...هیچ کس هم جرات نداره چیزی بگه... » به عدم کنترل مناسب نیروها اشاره کرد.

یکی از شرکت کنندگان معتقد بود «مدارا با پرسنل بد» سبب گسترش رفتار غیر حرفه‌ای می‌شود. در این مورد چنین گفت: «... پارسال یه نیروی شرکتی برام اومد که شک کردم مدرک پرستاری داشته باشه. هیچی بلد نبود می‌ترسیدم شیفت بگذارمش. اما کمبود نیرو مجبورم کرد که بگم همون حضور فیزیکیش هم خوبه. برنامه‌ام پر شه. به اونی که بده بگو بده کاری از دستت بر میاد؟ کارانه شونو می‌تونی کم کنی؟ وقتی کسی رو ارزیابی کنیم اگه بد بود باید بگیم برو. طرف غیبت می‌کنه به مریض توهین می‌کنه آخر شیفت هم خسته نباشید... ».

۲- مشکلات مربوط به شخص مدیر

از نظر شرکت کنندگان «پاسخگو نبودن مدیران»، «چند مسئولیتی بودن مدیران»، «نداشتن اقتدار و عدم توانایی در بازخورد » و «حذف مسئولین مرتبط در تصمیم‌گیری‌ها» از جمله مشکلات مدیران می‌باشد.

یکی از شرکت کنندگان در این مورد چنین گفت: «مسئول خدمات رسیدگی نمی‌کنه انتظار داره من خدمات رو کنترل کنم! نیروهاش هر روز هر ساعتی دوست دارن میان نهار می‌دن، بعضی اوقات بیمارا تا ساعت ۲ گرسنه می مونن....»

کد نداشتن اقتدار از این گویه‌ی یکی از شرکت کنندگان استخراج شد: «اینجا چون از سرپرستار یا سوپروایزر حمایت نمی‌شه کسی هم حساب نمی‌بره ازشون....» یک پرستار بخش زنان در این مورد چنین می‌گوید: «بعضی از مسئولیت خودشون سوء استفاده می‌کنند و شب مریض رو با شکایات بی ربط و غیر اورژانس میارن و اصلاً مفهوم اورژانس از بین رفته. مریض میارن عدم تحمل مادر، خستگی مادر از بارداری! آخه این موردیه که شب بخوان بخوابونن ؟....»

یکی از پرستاران چنین می‌گوید: «مسئول به عنوان یک الگو باید خودش قانون رو رعایت کنه، مسئولین باید ریز ریز قوانین رو خودشون اجرا کنن، مسئول ما حتماً همراه بیمار را جلوی در اتاق عمل می‌خواد و شرایط مریضشون رو توضیح می‌ده که شرایط بیمار شما اینه. اگر عمل نشه این مشکل رو داره و اگر عمل شه این مشکل. حریم بیمار خیلی برایشون مهمه و اصلاً من که ۱۸ سال با ایشون کار کردم با یک نیروی طرحی فرقی نداره، اگر حریم بیمار حفظ نشه به شدت برخورد می‌کنن. اینه که من هم به خودم اجازه نمی‌دم که رفتاری غیرحرفه‌ای داشته باشم....»

۳- تعامل نادرست مدیر با زیردستان

انتخاب راه نامناسب برای حل مشکلات پرسنل و تحمیل وظایف به سایرین، بی توجهی به مشکلات پرسنل ، عدم درک مشکلات پرسنل ، بی اعتمادی پرسنل به مسئولین و بی اعتمادی مسئول به پرسنل از جمله مشکلات ذکر شده توسط شرکت کنندگان بود که ما را به زیرطبقه «تعامل نادرست مدیر با زیردستان» رهنمون شد.

یکی از شرکت کنندگان گفت: «گاهی رعایت کردن یکی از پرسنل منجر به اجحاف در حق سایر پرسنل می‌شود. مدیر می‌خواهد مشکل یکی از پرسنل را با فشار آوردن به یک نفر دیگر حل کند. وقتی کسی استخدام این سیستم است باید بپذیرد که مشکلاتش را مدیریت کند و این پذیرفته نیست که فشار به بقیه تحمیل شود. این فقط فاصله بین پرسنل رو زیاد می‌کند و فشار روانی را زیاد می‌کند چون من مجبور می‌شوم فقط کارهایی را که می رسم انجام بدم....»

یکی دیگر از شرکت کنندگان گفت: «ولی یک بار نمیان بگن که شما مشکلی دارید، یه بار نیومدن بگن پرستار اگه مشگلی داری رو این کاغذ بنویس....» شرکت کننده دیگری چنین گفت: «من می‌تونم برم به مدیر خودم اعتراض کنم که حق و حقوق پایینه ولی اون توجه نمی‌کنه اون فقط کار می‌خواد چون درک نمی‌کنه. چون حقی که برای اون در نظر گرفته می‌شه با حقی که برای نیروی من توی بخش در نظر گرفته می‌شه زمین تا آسمون فرق داره و چون حقوقش بالاس از لحاظ مالی، ولی من که در مورد نیروهام اینطوری فکر نمی‌کنم، سعی می‌کنم اونارو از همه جوانب بررسی و روانشناسی‌شون کنم....»

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

در مورد بی اعتمادی پرسنل به مسئولین و بی اعتمادی مسئول به پرسنل شرکت کننده دیگری چنین گفت: «نه ما به مسئول اعتماد داریم نه اونا به ما، اگه یه زمانی برای یکی از همکاران ما مشکلی پیش بیاد و نتونه بیاد شیفت تا مدت‌ها این بحث هست که فلانی از زیر کار فرار کرد... می‌گن بیاین خطاهاتون رو گزارش کنید اما هیچ اعتمادی بهشون نیست که به همراه نگن گزارش رد نکنن و یا درد سر درست نکنه... »

۴- ناهماهنگی سیستم اداری و درمانی

آموزش ندیدن کادر اداری برای داشتن رفتار حرفه‌ای، عدم نظارت بر رعایت رفتار حرفه‌ای در کادر اداری و تعمیم رفتار نامناسب کادر اداری به کادر درمان مواردی از «ناهماهنگی در سیستم اداری و درمانی» عنوان شدند. این زیرطبقه اهمیت داشتن رفتار حرفه‌ای در کادر اداری را نشان می‌دهد که مورد توجه قرار نگرفته است. در مورد عدم احساس نیاز نیروهای خدماتی به آموزش برقراری ارتباط با بیمار یکی از سوپروایزران آموزشی معتقد است: «نگهبان و خدمه چه می‌دونه، اصلاً نیازی هم نمی‌بینه آموزش ببینه. الان کلاس ارتباطات برگزار شده فقط یه مسئول کاردرمانی و یه مددکار شرکت کردند! از باقی گروه‌های کاری هیچ کس نیامده است و همه می‌گویند ما که با بیماران ارتباطی نداریم برای چی بریم! اصلاً احساس نیاز نمی‌کنن خیلی راحت خودشون رو کنار می‌کشند....»

در مورد آموزش ندیدن کادر اداری برای داشتن رفتار حرفه‌ای یکی از اعضای هیأت علمی معتقد بود: «کادر اداری و نگهبان‌ها آموزشی در مورد رفتار مناسب با بیمار و همراه ندیده‌اند. اولین مواجهه بیمار و همراه با اوناست اگر رفتار درستی نداشته باشند بیمار آژیته به ما مراجعه می‌کنه و در نهایت رفتارش با ما هم تحت تاثیر قرار می‌گیره و رفتار ما با اون هم تحت تاثیر قرار می‌گیره....»

در مورد عدم نظارت بر رعایت رفتار حرفه‌ای در کادر اداری یکی از شرکت کنندگان چنین گفت: « نصف مشکلات درارتباط بین سیستم پذیرش و بیماراست که هیچ نظارتی روی آن نیست... به هر حال مریض حالش بده و من فکر می‌کنم اون کسایی که تو ردیف اول تو نگهبانی تو پذیرش خیلی مهمه تو نگرش افراد که دارن از در میان تو و می‌بینن که نگهبانش خیلی خوب برخورد می‌کنه. یعنی در واقع از همون اول رو اعصاب مریض میرن از همون نگهبانی رو اعصاب هم میرن تا میاد اینجا که استارتش زده شده و مریض با یه نگرش بدی میاد اینجا که هیچ کسی پاسخگو نیست حالا اگه نگهبان ما آموزش ببینه مریض اینجوری نمیاد پیش ما... »

۵- ضعف سیستم نظارت و ارزشیابی

از نظر شرکت کنندگان عدم انجام صحیح ارزشیابی و نبود سیستم تشویق و تنبیه مناسب و **اشکالات سیستم** بازخورد ضعف‌های موجود در سیستم ارزشیابی هستند. «ضعف‌های موجود در سیستم ارزشیابی» طی مقاله دیگری گزارش شد (۲۳).

بحث

گرچه رعایت رفتار حرفه‌ای، مانند بیشتر اصول اخلاقی، مورد توافق عامه حرفه مندان حرف پزشکی می‌باشد، موانعی بر سر راه آن وجود دارد که به عمل درآوردن این باور را به چالش می‌کشد. از طرف دیگر وظیفه اطمینان از رعایت حقوق گیرندگان خدمت، بیش از همه بر عهده سیستم مدیریتی می‌باشد. بنابراین چنانچه مشکلاتی در سیستم مدیریتی خود مانع رعایت حرفه‌ای شود، اثر منفی مضاعف دارد و اهتمام در رفع آن، نه تنها به حل معضلاتی که مستقیماً از آن مانع ناشی شده منجر می‌شود، بلکه نشان دهنده دغدغه مدیران به رعایت رفتار حرفه‌ای است. این امر خود پایبندی به رعایت رفتار حرفه‌ای را تقویت می‌کند. با این باور، دفتر تعهد حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تهران بر آن شد که همزمان با سایر تلاش‌ها در جهت ترویج رعایت رفتار حرفه‌ای، عملکرد سیستم مدیریتی را نیز از دید پرسنل و پزشکان نقد کرده و با گزارش آن به مدیران ارشد، بستر مناسبی برای رفع این مشکلات فراهم آورد. در این مطالعه مهمترین موانع مدیریتی رعایت رفتارحرفه‌ای در محیط‌های بالینی از دیدگاه کادر هیأت علمی، کارکنان و فراگیران پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران تبیین شد. در این خصوص تعداد ۳۱۵ کد، ۱۲ طبقه فرعی و ۲ طبقه اصلی به‌دست آمد. صحبت‌های شرکت‌کنندگان در این مطالعه، پیرامون مشکلات سطوح مدیریتی که توانایی پرسنل در رعایت رفتار حرفه‌ای در محیط‌های بالینی را کاهش می‌داد در طبقات الف) موارد مربوط به مدیریت کلان ب) موارد مربوط به مدیریت بیمارستان، دسته بندی شد.

الف) موارد مربوط به مدیریت کلان

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

شرکت کنندگان بروکراسی اجباری و بار کاری بیش از حد توان در بیمارستان‌های دولتی را وقت گیر دانسته و کمبود وقت را یکی از دلایل اصلی عدم رعایت رفتار حرفه‌ای ذکر کردند. مصلانژاد و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای بین پرستاران و پزشکان در بیمارستانی در جهرم به این نتیجه دست یافتند که کمبود وقت مهمترین علت مدیریتی عدم تقید به کدهای اخلاقی است (۱۸). قمری زارع و همکاران (۱۳۹۲) در بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی قم نیز ساعات کاری طولانی و خستگی ناشی از آن را مانعی برای رعایت رفتار حرفه‌ای یافتند (۲۴). به نظر می‌رسد افراد تقید به رفتار حرفه‌ای را امری زمان بر می‌دانند و معتقدند با عدم تقید به رفتار حرفه‌ای، می‌توان وقت را صرف امور مهمتری مثل درمان کرد. البته گرچه تعامل و همدلی با بیمار ممکن است پروسه‌ای زمانبر به نظر برسد اما به هر صورت تعامل با بیمار جزء اجتناب ناپذیری از ارائه خدمات درمانی است و شیوه این تعامل «مثبت، خنثی یا منفی» الزاماً منجر به تغییر مدت زمان ارائه خدمت نمی‌شود. همچنین مواردی همچون رازداری و وظیفه شناسی ذاتاً جزء مشخصی از انجام صحیح کارهاست و رعایت آن هیچگونه تاثیری در مدت زمان ارائه خدمت نمی‌گذارد. با توجه به سوءبرداشت افراد از حاشیه‌ای بودن رعایت رفتار حرفه‌ای، آموزش عمیقتر پروفشنالیسم امری ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا احترام به الگوها و کمک به افراد برای بازاندیشی بر مواجهه‌های واقعی در یک محیط امن یکی از مهمترین ابزارهاست (۲۵). به نظر می‌رسد یکی از چالش‌های اصلی مدیریتی عدم توجه کافی به امر آموزش پروفشنالیسم و اصلاح باورهای غلط باشد که لازم است مدیران به آن توجه بیشتری مبذول دارند.

سایر مشکلاتی که در این زمینه به آن اشاره شد، در مورد مشکلاتی بود که در قوانین مربوط به رفتار حرفه‌ای وجود دارد. عدم شفافیت، نداشتن پشتوانه اجرایی، نداشتن سیستم اصلاح و بازخورد و جامع نبودن قوانین موجود در مورد رفتار حرفه‌ای مشکلاتی بود که شرکت کنندگان ذکر کردند. مثل همه قوانین دیگر، قوانین رفتار حرفه‌ای هم باید شفاف، جامع و دارای پشتوانه باشد تا افراد خود را ملزم به رعایت آن بدانند. مصلانژاد و همکاران (۲۰۱۷) هم قوانین ناکارآمد را یک مانع بر سر راه تعهد به کدهای اخلاقی گزارش کردند (۱۸). فاصله بین قانونگذاران با مجریان سبب می‌شود قوانین از نظر اجرا کنندگان کاربردی نباشند. همچنین مشکل در اطلاع رسانی قوانین به پرسنل، اجرای سلیقه‌ای قانون، عدم حمایت مسئولین از اجرای صحیح قانون، مشکلات رعایت قوانین در شرایط کاری غیراستاندارد و اجرای غیریکسان قوانین یا بی عدالتی در اجرای قوانین سبب می‌شود افراد انگیزه‌ای برای اجرای قوانین نداشته باشند. بیان واضح انتظارات و اجرای یک تغییر فرهنگی یکی از ۵ قدم آموزش پروفشنالیسم است (۲۵). شاید وجود قوانین محکم و قابل اجرا بهترین راه برای بیان انتظارات و در نهایت ایجاد تغییر فرهنگی در محیط‌های بالینی باشد. معصومی و همکاران (۱۳۹۸) هم در تحقیقی با مشارکت مدیران عالی وزارت بهداشت و رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های دولتی، نداشتن ضمانت اجرا از سوی مراجع حقوقی و قضایی و قابل انعطاف بودن قوانین و مقرارات را از مشکلات موجود ذکر کردند (۲۶).

شرکت کنندگان انتخاب نامناسب مدیران میانی را مانعی برای رعایت رفتار حرفه‌ای ذکر کردند. از نظر آنان حذف مسئولین مرتبط در تصمیم‌گیری‌ها، سبب عدم آگاهی مسئولین رده بالا از مشکلات کارکنان و در نهایت وضع قوانینی می‌شود که قابلیت اجرایی ندارند. عدم اجرای قوانین سبب متشنج شدن محیط بالینی می‌گردد. سازمان وقتی می‌تواند اخلاقی باشد که از محیط مناسب فیزیکی و بهداشت روانی برخوردار باشد. این یافته در بعضی تحقیقات دیگر نیز تایید شده است (۲۱).

از نظر شرکت کنندگان لحاظ نشدن آسایش بیمار در طرح‌های عمرانی بیمارستان‌ها، فضای فیزیکی آن‌ها را برای اجرای مواردی مثل حفظ حریم خصوصی بیمار سخت می‌کند. نبود سیستم‌های مناسب و به روزِ اطلاع رسانی به بیماران و همراهان همچنین توجیه نشدن بیمار در مورد آموزشی بودن بیمارستان، جو را متشنج می‌سازد و این موجب می‌شود تعامل بیمار و پرسنل مشکل دار شود. در تحقیق مصلانژاد و همکاران (۲۰۱۷) هم، زیرساخت ناکارآمد یک مانع بر سر راه تعهد به کدهای اخلاقی گزارش شد (۱۸).

بی توجهی به رفتار حرفه‌ای در سیاست‌ها، ارزش رعایت رفتار حرفه‌ای را در حد یک شعار پایین می‌آورد. تنها در صورتیکه این موضوع در سطح مدیریت کلان اولویت باشد،

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

می توان انتظار داشت افراد به رعایت رفتار حرفه‌ای پایبند باشند. قراملکی در کتاب اخلاق حرفه ای چنین می نویسد: نگرش غیرراهبردی مدیران تصور ناقص، نارسا و حداقل گرایانه از اخلاق حرفه‌ای دارد و این مسئولیت اخلاقی پرسنل را کاهش می‌دهد (۲۱). اگر در سطح مدیریت کلان به حرفه‌ای گری توجه شود می‌توان انتظار داشت افراد شاغل در سازمان نیز به آن بیندیشند و عمل به آن‌را یک اولویت بدانند. هر خط مشی که حمایت مدیران عالی را به همراه داشته باشد موفق خواهد بود (۱۵).

ب) موارد مربوط به مدیریت بیمارستان

شرکت کنندگان، مدیریت نامناسب نیروها را عاملی برای تشدید عدم رعایت رفتار حرفه‌ای می‌دانستند. ممکن است در سایر تحقیقات به مدیریت نامناسب نیروها به عنوان عاملی برای تشدید عدم رعایت رفتار حرفه‌ای اشاره نشده باشد اما دهقانی و همکاران (۱۳۹۱) تحقیقی با مشارکت ۱۵۲ پرستار شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام داده و عدم توجه به توانایی و مهارت پرسنل حین تقسیم کار (که از وظایف اصلی مدیران است) را یکی از موانع رعایت اخلاق حرفه‌ای ذکر کردند (۱۹). قراملکی دقت در به‌کارگیری پرسنل مناسب و متناسب، را یکی از نشانه‌های امانت انگاری مدیران در مناسبات اجتماعی می‌داند (۲۱). از نظر محققین آموزش نیروها در بدو استخدام و همچنین حذف پرسنل ناپایبند به رفتار حرفه‌ای از سیستم، از نشانه‌های دغدغه‌های اخلاقی مدیران در مورد رعایت رفتار حرفه‌ای است.

از نظر شرکت کنندگان مشکلات مربوط به شخص مدیر از جمله چندمسئولیتی بودن و پاسخگو نبودن، سبب قصور در نظارت و ترویج بی‌قانونی در بخش‌ها می‌شود. بازخورد مسئول بی‌اقتدار بر عدم رعایت رفتار حرفه‌ای، از سوی پرسنل جدی گرفته نمی‌شود. سوء استفاده مدیران از مسئولیت خود با افزایش بارکاری پرسنل ، توانایی رعایت رفتار حرفه‌ای را هدف می‌گیرد. مدیران به عنوان الگوهای موجود ملزم به رعایت رفتار حرفه‌ای هستند. مدیرانی که قانون‌مداری را پیشه نسازند، در امر نظارت بی اعتنا خواهند بود (۲۱). لذا آموزش و رل مدل بودن باید در همه سطوح (۲۴) حتی در سطوح مدیریتی وارد شود.

تعامل نامناسب مدیر با زیردستان از دیگر مواردی بود که شرکت کنندگان در این مطالعه به آن اشاره کردند. در مطالعه دهقانی و همکاران (۱۳۹۱) نیز ارتباط نامناسب سرپرستاران با پرسنل و عدم اعتماد بین آن‌ها از موانع مدیریتی رعایت معیارهای اخلاق حرفه‌ای ذکر شد (۱۹).

انتخاب راه نامناسب برای حل مشکلات پرسنل توسط مدیران و تحمیل وظایف شخص مشکل دار به دیگران، بار کاری پرسنل دیگر را افزایش داده و آنان را مجبور به اولویت بندی کارها می‌کند. از طرفی بی توجهی به مشکلات پرسنل و درک نکردن مشکلات آنان عاملی است که سبب می‌شود کارکنان انگیزه انجام کار صحیح را در سیستم از دست بدهند. تعامل نامناسب مدیر با زیردستان رضایت شغلی افراد را می‌کاهد به گونه‌ای که فرد ناراضی خود را محق می‌داند همانگونه که با او برخورد شده است با زیردستان خود (بیماران) برخورد کند. این یافته‌ها تایید کننده این مهم است که پیشبرد یک فرهنگ سازمانی حمایتی قدمی رو به جلو در آموزش پروفشنالیسم است (۲۵).

شرکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند ناهماهنگی سیستم اداری و درمانی در مورد رعایت رفتار حرفه‌ای سبب کمرنگ شدن سهم پرسنل سیستم اداری در بر هم زدن بهداشت روان بیمار و همراه است. لذا همزمان با آموزش رفتار حرفه‌ای در حرفه مندان، آموزش رفتار مناسب با ارباب رجوع در تیم اداری هم باید مد نظر مدیران باشد.

گرچه به برخی از مشکلات مدیریت در مطالعات قبلی اشاره شده بود اما مواردی مانند مشکلات اجرای قوانین، انتخاب نامناسب مدیران میانی، بی توجهی به رفتار حرفه‌ای در سیاست‌ها، ناهماهنگی سیستم اداری و درمانی در این مطالعه ذکر شد که با تصحیح آن‌ها می توان گامی در رعایت رفتار حرفه‌ای به پیش نهاد.

این مطالعه اولین تحقیق کیفی است که مشکلات مدیریتی در رعایت رفتار حرفه‌ای را شناسایی کرده است. با اینکه به شکل کیفی انجام شد نظر تعداد زیادی از افراد از رده‌های مختلف در آن لحاظ شد. محققین اذعان دارند این مطالعه علی‌رغم نقاط قوت با محدودیت‌هایی نیز روبرو بود. به دلیل تنوع و کثرت شرکت کنندگان در این مطالعه و ماهیت کیفی آن، امکان وزن دهی و کمی کردن مشکلات ذکر شده وجود نداشت. ذکر مشکلات به معنی وجود آن در زمان حال نمی‌باشد و ممکن است فقط بیان کننده تحلیل شرکت کنندگان از تجربه درازمدت کاری خود باشد.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

به‌علاوه با وجودیکه پژوهشگران سعی کردند مشارکت کنندگان را از همه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب کنند و از استراتژی حداکثر تنوع استفاده کنند، اما اذعان دارند این مطالعه یک پژوهش کیفی بوده و ممکن است نتایج آن قابل تعمیم به محیط‌هایی که شرایط و یا پیشینه فرهنگی متفاوتی دارند، نباشد.

نتیجه گیری

شرکت کنندگان در این مطالعه مشکلات اجرای قوانین، انتخاب نامناسب مدیران میانی، بی توجهی به رفتار حرفه‌ای در سیاست‌ها، ناهماهنگی سیستم اداری و درمانی در رعایت رفتار حرفه‌ای را به عنوان موانعی بر سر راه رعایت رفتار حرفه‌ای در محیط‌های بالینی ذکر کردند که باید مدیران در جهت تصحیح آن‌ها تلاش کنند.

مهیا کردن بستر مناسب برای اجرای قوانین رفتار حرفه‌ای، انتخاب مدیران میانی بر مبنای اقتدار در اجرای رفتار حرفه‌ای، اولویت قرار دادن رفتار حرفه‌ای در سیاست گزاریها و ارتقاء رفتار سازمانی در سیستم اداری همپای ارتقای رفتار حرفه‌ای در سیستم درمانی از جمله مواردی است که لازم است مدیران به آن توجه کنند. پیشنهاد می‌شود در انتخاب مدیران بیمارستانی به رفتار حرفه‌ای مدیران و توانمندی آنان در رهبری پروفشنالیسم توجه ویژه‌ای شود. همچنین در سیاستگذاری‌ها به امکان رعایت رفتار حرفه‌ای توجه نمود. همچنین در صورتیکه رعایت رفتار حرفه‌ای از سوی مدیران عالی حمایت شود و قوانین رفتار حرفه‌ای ضمانت اجرایی داشته باشند انتظار می‌رود رعایت رفتار حرفه‌ای به اولویت سازمان تبدیل شود.

سپاسگزاری

محققین بر خود لازم می دانند که از همکاری صمیمانه کلیه پزشکان و پرستاران شرکت کننده در جلسات بحث گروهی قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ف. ع

جمع آوری داده‌ها: ف. ع، ز. ش

تحلیل داده‌ها: ز. ش

نگارش و اصلاح مقاله: ز. ش، ف. ع

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از یک طرح تحقیقاتی جامع در دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره ۹۴-۰۲-۷۴-۲۹۱۶۳ است که در آن موانع رعایت رفتار حرفه‌ای در محیط‌های بالینی وابسته به دانشگاه شناسایی شدند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Lee AG, Beaver HA, Boldt HC, Olson R, Oetting TA, Abramoff M, et al. Teaching and assessing professionalism in ophthalmology residency training programs. Surv Ophthalmol 2007; 52(3): 300-14. doi: 10.1016/j. survophthal. 2007.02.003.
2) Cornett BS. A principal calling: professionalism and health care services. J Commun Disord 2006; 39(4): 301-9. doi: 10.1016/j.jcomdis.2006.02.005.
3) Coulehan J, Williams PC, McCRARY SV, Belling C. The Best Lack All Conviction: Biomedical Ethics, Professionalism, and Social Responsibility. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2003; 12(1): 21-38. doi: https://doi.org/10.1017/ S0963180103121044.
4) Klein EJ, Jackson JC, Kratz L, Marcuse EK, McPhillips HA, Shugerman RP, et al. Teaching professionalism to residents. Acad Med 2003; 78(1): 26-34. doi: 10.1097/ 00001888- 200301000-00007.
5) Coulehan J. Viewpoint: today's professionalism: engaging the mind but not the heart. Acad Med 2005; 80(10): 892-8. doi: 10.1097/00001888-200510000-00004.
6) Goold SD. Money and trust: relationships between patients, physicians, and health plans. J Health Polit Policy Law 1998; 23(4): 687-95. doi: 10.1215/03616878-23-4-687.
7) Hilton SR, Southgate L. Professionalism in medical education. Teaching and Teacher Education 2007; 23(3): 265-79. doi: 10.1016/j. tate. 2006.12.024.
8) Cruess SR. Professionalism and medicine's social contract with society. Clin Orthop Relat Res 2006; 449: 170-6. doi: 10.1097/01. blo. 0000229275.66570.97.
9) Cant R. Constructions of competence within dietetics: Trust, professionalism and communications with individual clients. Nutrition & Dietetics 2009; 66(2): 113-8. doi: https:// doi.org/ 10.1111/ j. 1747-0080. 2009. 01338.x.
10) Cruess SR, Cruess RL. Professionalism and medicine's social contract with society. AMA

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

Journal of Ethics 2004; 6(4): 185-8. doi: 10.1001/virtualmentor.2004.6.4.msoc1-0404.
11) Sethuraman KR. Professionalism in Medicine. Regional Health Forum 2006; 10(1): 1-10.
12) Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel LL. Medical professionalism in society. N Engl J Med 1999; 341(21): 1612-6. doi: 10.1056/NEJM199911183412112.
13) Buchanan AE. Trust in managed care organizations. Kennedy Institute of Ethics Journal 2000; 10(3): 189-212. doi: 10.1353/ken.2000.0018.
14) Saeedi Tehrani S, Nayeri F, Parsapoor A, Jafarian A, Labaf A, Mirzazadeh A, et al. Development of the First Guideline for Professional Conduct in Medical Practice in Iran. Arch Iran Med 2017; 20(1): 12-5. doi: 0172001/AIM.004.
15) Cohen JJ. Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. Med Educ 2006; 40(7): 607-17. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006. 02512.x.
16) Jensen NM. Task force report. Part II: Barriers to professionalism. WMJ 2003; 102(2): 8-9.
17) Ratanawongsa N, Bolen S, Howell EE, Kern DE, Sisson SD, Larriviere D. Residents' perceptions of professionalism in training and practice: barriers, promoters, and duty hour requirements. J Gen Intern Med 2006; 21(7): 758-63. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006. 00496.x.
18) Mosalanezhad L, Tafvizi M, Dezhkam L, Porkhorshid M. Barriers to Compliance with the Codes of Medical Ethics at Hospitals Affiliated with Jahrom University of Medical Sciences in 2016. Pakistan Journal of Medical and Health Sciences 2017; 11(4): 1629-36.
19) Dehghani A, Dastpak M, Gharib A. Barriers to Respect Professional Ethics Standards in Clinical Care Viewpoints of Nurses. Iranian Journal of Medical Education 2013; 13(5): 421-30. [Persian]
20) Jensen NM, Suchman AL. Partnering with citizens to reform Wisconsin health care: A report of the first Citizen Congress. WMJ 2004; 103(4): 13-7.
21) Gharamaleki AF. Professional Ethics. Tehran: Majnoon; 2005. [Persian]
22) Sinkovics RR, Penz E, Ghauri PN. Enhancing the trustworthiness of qualitative research in international business. MIR 2008; 48(6): 689-714. doi: 10.1007/s11575-008-0103-z.
23) Alipour F, Asghari F, Samadi Sh, Amini H, Shahvari Z. Evaluation System problems & maintaining professional behavior; The perspective of healthcare providers in Iran. International Journal of Hospital Research 2017; 6(1): 1-7. doi: 10.15171/ijhr.2017.01.
24) Ghamari Zare Z, Alizadeh Barmi Z, Sadegholvaad HS, Esmaeili M, Romouzi M. Study of barriers professional ethics in the practice of nurse care from nurse managers' viewpoints in year 2013. J Educ Ethics Nurs 2014; 3(1): 57-63. [Persian]
25) Kirk LM. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2007; 20(1): 13-6. doi: 10.1080/08998280.2007.11928225.
26) Maesoumi Z, Sanei M, Hematian H. A Model for Effective Implementation of Health Policy in Iran. Manage Strat Health Syst 2019; 4(2): 125-35. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]

Research Article

Marginalization of Professionalism in Clinical Settings; A qualitative study at Tehran University of Medical Sciences

Fateme Alipour [1], Zahra Shahvari [2*]

[1] Associate Professor, Professionalism Office & Eye Research Center, Farabi Eye Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Assistant Professor, Midvifery Department, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University of Gachsaran,Gachsaran, Iran

*** Corresponding Author:** Zahra Shahvari
shahvarizahra@gmail.com

Citation: Alipour F, Shahvari Z. Marginalization of Professionalism in Clinical Settings; A qualitative study at Tehran University of Medical Sciences. Manage Strat Health Syst 2020; 4(4): 313-27.

Received: August 28, 2019
Revised: February 02, 2020
Accepted: February 08, 2020

Funding: This study has been supported by Tehran University of Medical Sciences (NO 94- 02- 74-29163).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Management-level challenges are among the factors that undermine the individuals' adherence to professional behavior in clinical settings. This study investigated glitches of the management system in clinical settings from the perspective of staff, faculty members, and medical students/residents in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences.

Methods: This qualitative study was conducted in 2 parts by exploring the viewpoints of personnel and physicians. In this regard, 8 focus group discussions were performed with 85 faculty members, clinical residents, and interns. Furthermore, 15 focus group discussions were held with 165 staffs. Available sampling method was applied to collect the participants and the data were analyzed using the content analysis method.

Results: A total of 22 focus-group discussions were conducted with 250 participants; Participants' age ranged from 24 to 65 years. Participants' education levels varied from diploma to postgraduate for the staff and from medical student to sub-specialist for the physicians. Finally, management-level barriers, which undermine the staffs' ability to adhere to professional behavior in clinical settings were explained with 315 codes, 12 subcategories, and 2 main categories of "macro management issues " and "hospital management issues".

Conclusion: Managers are required to consider providing a proper context for enforcing the professional behavior law, selecting middle managers based on their empowerment in performing the professional behaviors, prioritizing the professional behavior in policy making, and promoting the professional behavior in an administrative system consistent with the health system. In selecting the hospital managers, authorities are recommended to consider the managers' professional behavior and power in implementing the professionalism leadership. Moreover, the possibility of conducting professional behavior should be considered in making the policies.

Key words: Personnel management, Organizational management, Medical professionalism, Codes of professional ethics

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.4.5.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i4.2486]