



مقاله پژوهشی

تبعیض در ارائه مراقبت‌های درمانی: یک مطالعه کیفی تحلیل محتوا

محمدجواد حسین آبادی فراهانی^۱، مسعود فلاحی خشکناپ^{۲*}، نرگس ارسلانی^۳، محمدعلی حسینی^۴، عیسی محمدی^۵

۱. دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۲. استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۴. دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۵. استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تبعیض در مراقبت سلامت یکی از چالش‌های اصلی پیش روی مدیران نظام سلامت در کشورهای مختلف دنیا است و به عنوان پیامد اصلی بی‌عدالتی در خدمات سلامت می‌باشد. از این رو شناخت کامل پدیده تبعیض در مراقبت سلامت و تعیین سیاست‌های مقابله با آن ضروری است. این مطالعه با هدف شناسایی تجربیات ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی از تبعیض در مراقبت سلامت انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا از سال ۱۳۹۸ الی ۱۳۹۹ انجام گردید. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند با ۱۶ شرکت‌کننده در دو بیمارستان دولتی و خصوصی در شهر تهران گردآوری شد. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه داشت. داده‌های به دست آمده با روش Graneheim و Lundman مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، سه طبقه اصلی و هفت زیرطبقه فرعی پدیدار گردید. طبقه ۱- اجبار سازمانی (رویه‌های سازمانی، کمبود نیروی انسانی)؛ طبقه ۲- مغفولیت اخلاقی (کم‌توجهی به کرامت انسانی و کمبود آگاهی از اصول اخلاق پزشکی)؛ طبقه ۳- تبعیض مثبت (در اختیار گذاشتن برخی امکانات برای بیمار، انجام دادن برخی خدمات اضافی برای بیمار، سابقه کار کارکنان). **ملاحظات اخلاقی:** این مقاله بخشی از رساله دکتری تخصصی پرستاری و دارای کد اخلاق IR.USWR.REC.1398.023 می‌باشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه، مدیران ارشد نظام سلامت می‌توانند رویه‌های سازمانی ارائه مراقبت سلامت را مورد بازنگری قرار داده و همچنین بر روی افزایش سطح آگاهی ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت همچون پزشکان و پرستاران درباره اصول اخلاق پزشکی تمرکز نمایند. علاوه بر این توصیه می‌شود، مدیران سیاست‌های ارائه مراقبت‌های درمانی را بر اساس نیازهای مراقبتی بیماران تبیین و نظارت لازم بر اجرای این سیاست‌ها را مورد توجه قرار دهند.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۰۷
تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۱۷
تاریخ انتشار: ۹۹/۱۲/۰۹

واژگان کلیدی:

عدالت
تبعیض
سیاست سلامت
مراقبت سلامت
تحقیق کیفی

* نویسنده مسؤؤل: مسعود فلاحی خشکناپ
آدرس پستی: ایران، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری.
تلفن: ۰۲۱ ۲۲۱۸ ۰۰۳۶
نمبر: ۰۲۱ ۲۲۱۸ ۰۰۳۶
پست الکترونیک: fallahi@uswr.ac.ir

۱. مقدمه

عدالت در سلامت به عنوان یکی از اصول اخلاق پزشکی و حقوق اولیه بیمار شناخته شده است (۱). انجمن بین‌المللی عدالت در سلامت، این مفهوم را این‌گونه بیان می‌نماید: عدالت در سلامت به معنای فقدان تفاوت‌های نظام‌مند و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی، اجتماعی، دموگرافیک و جغرافیایی می‌باشد (۲). بر این اساس، نقطه مقابل عدالت در ارائه مراقبت سلامت تبعیض می‌باشد که به عنوان یک مانع بر سر راه استقرار عدالت در مراقبت سلامت شناخته شده است (۳). تبعیض در مراقبت سلامت به معنای عدم ارائه و یا ارائه ناقص مراقبت‌های سلامتی و یا متفاوت به فرد یا گروهی از افراد به علت ویژگی‌های فردی و اجتماعی آن‌ها می‌باشد (۴). تبعیض در مراقبت سلامت تجربه‌ای است که توسط بسیاری از افراد جامعه تجربه می‌گردد، ولی تنها توسط برخی افراد گزارش می‌گردد (۵) که اغلب این افراد نیز اقلیت‌هایی از لحاظ نژاد، قومیت و یا ابتلا به برخی‌های بیماری‌ها و یا شرایط خاص همچون معلولیت‌های جسمی و ذهنی هستند (۶). تبعیض در مراقبت سلامت به شکل‌های مختلفی همچون تبعیض بر پایه جنس (۷)، نژاد (۸)، سن (۹)، نوع بیماری، مذهب (۱۰)، زبان (۱۱)، سطح اقتصادی و موقعیت اجتماعی (۱۲) نمایان می‌گردد که در تمامی این موارد دسترسی افراد به خدمات سلامت کاهش یافته یا از کیفیت پایینی برخوردار می‌باشد. در تبیین وضعیت موجود، سه شکل شایع تبعیض در مراقبت سلامت در کشورهای عضو اتحادیه اروپا به شکل تبعیض سنی، تبعیض جنسی و تبعیض در معلولیت گزارش شده است. در میان کشورهای اروپایی بریتانیا و قبرس به ترتیب بیشترین (۱۱/۶ درصد) و کم‌ترین (۲/۶ درصد) گزارش تبعیض در مراقبت سلامت را داشتند. سطح درآمد پایین و سطح تحصیلات متوسطه از عوامل ایجادکننده تبعیض در مراقبت سلامت بوده است (۱۳). همچنین Piette (۲۰۰۶ م.) گزارش می‌دهد که در ایالات متحده، یک‌سوم بالغین تبعیض در

مراقبت سلامت را در زندگی روزانه تجربه می‌کنند. همچنین ۷٪ آن‌ها این پدیده را به میزان دفعات بالا تجربه می‌کنند (۱۴). Heuvel (۲۰۱۱ م.) در تحقیقی که با عنوان تجربیات تبعیض در میان شهروندان سالمند اروپایی انجام داد، بیان می‌کند که به طور میانگین ۲۶٪ پاسخ‌دهندگان که دارای سن ۶۲ سال بودند، گاهی اوقات و ۱۱٪ آن‌ها به طور دائمی تبعیض سنی را تجربه کرده بودند (۱۵). Rodriguez (۲۰۱۷ م.) در تحقیق خود با عنوان تجربه تبعیض و وضعیت سلامت در مهاجران اسپانیایی گزارش می‌دهد که از هر ۱۰ فرد مهاجر حداقل یک نفر تبعیض در دریافت مراقبت‌های سلامت را تجربه کرده است (۱۶).

سیاست‌های سازمانی می‌توانند نقش بسیار مهمی را در ایجاد تبعیض و یا کنترل و حذف آن در سیستم‌های سلامت داشته باشند. سازمان‌های مختلف به ویژه سازمان جهانی بهداشت (WHO) جهت مبارزه با تبعیض در مراقبت سلامت سیاست‌های مختلفی همچون آموزش مداوم اصول اخلاقی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، بازنگری مداوم سیاست‌های ارائه مراقبت سلامت، ایجاد حمایت از افراد جامعه و تأکید بر گزارش‌دهی آن‌ها در صورت تجربه تبعیض در محیط‌های بالینی، طراحی و اجرا کرده‌اند (۱۱، ۱۷)، اما همچنان تبعیض در ارائه مراقبت سلامت اتفاق می‌افتد (۲۱-۱۸). کم‌اثربخش بودن این سیاست‌ها و راهبردها می‌تواند بیان‌کننده این واقعیت باشد که سیاست‌های به کار گرفته‌شده بر اساس شناخت کامل ابعاد تبعیض در مراقبت سلامت نبوده‌اند و احتمالاً شناخت ناکافی از پدیده تبعیض در ارائه مراقبت سلامت و ابعاد آن یکی از دلایل اثربخشی کم این‌گونه برنامه‌ها می‌باشد. نکته قابل توجه در این رابطه وجود مطالعات مختلف پیرامون پدیده تبعیض می‌باشد که اکثر این مطالعات با رویکرد کمی و ارائه گزارش‌هایی از میزان رخداد و پیامدهای منفی آن بوده است و کم‌تر به دلایل پیدایش و جنبه ذهنی بروز رفتارهای تبعیض‌آمیز در ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت پرداخته شده است. از طرفی پدیده تبعیض در مراقبت سلامت

الی ۱۳۹۹ انجام گرفته است. با توجه به هدف مطالعه از روش تحقیق تحلیل محتوای قراردادی استفاده شده است. این روش تحقیق مناسب درک تجارب افراد نسبت به یک پدیده روزمره زندگی است (۲۷). جهت انجام مطالعه، محیط پژوهش دو بیمارستان ارائه‌دهنده خدمات درمانی در سطح شهر تهران انتخاب گردید. یکی از این دو بیمارستان با توجه به متفاوت بودن سطح ارائه خدمات در بخش دولتی و دانشگاهی انتخاب گردید و بیمارستان دوم در بخش خصوصی و غیر دانشگاهی انتخاب شد.

۳-۱. مشارکت‌کنندگان: مشارکت‌کنندگان ۱۶ نفر از ارائه دهندگان مراقبت سلامت بودند و در حال اشتغال در دو بیمارستان دانشگاهی و خصوصی در شهر تهران بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند و با حداکثر تنوع افراد با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس، سابقه کار و...) انتخاب شدند (جدول ۱). مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان در جدول ۲ نشان داده شده است.

۳-۲. جمع‌آوری داده‌ها: داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند گردآوری شد. در ابتدا، مصاحبه با سؤال عمومی همچون «آیا تا به حال شده تا بین بیماران تفاوت قائل شوید؟ لطفاً تجربه خودتان را شرح دهید» و همچنین از بیماران این سؤال که «آیا در مراجعات خود به بیمارستان تا به حال شده احساس کنید بین شما و دیگر بیماران فرق گذاشته می‌شود؟» شروع گردید و در ادامه بر اساس پاسخ‌های ارائه‌شده مشارکت‌کنندگان سؤال بعدی شامل «شما چگونه این تفاوت در مراقبت بین بیماران را انجام می‌دهید؟» مطرح گردید. در ادامه با توجه به هدف و روش انتخابی مطالعه سؤال‌های مطرح شده با هدف شناخت لایه‌های پنهان و عمیق تجارب مشارکت‌کنندگان مطرح گردید. در جریان مصاحبه‌ها از سؤالات اکتشافی همچون «چه عواملی باعث به وجود آمدن این تفاوت بین بیماران می‌شود؟»، «منظور شما چیست؟»، «لطفاً بیشتر توضیح دهید؟»، «چگونه؟» و «واکنش شما به این تفاوت بین بیماران چه بود؟» نیز استفاده گردید. مصاحبه‌ها تا زمانی که

تحت تأثیر عوامل مختلف فرهنگی - اجتماعی می‌باشد و در افراد و جوامع مختلف به شکل متفاوتی تجربه می‌گردد (۲۵-۲۲)، بر این اساس، شناخت کامل این پدیده حائز اهمیت بوده و مطالعات کیفی می‌توانند به شناخت کامل ابعاد نظری این پدیده کمک نمایند.

در مجموع می‌توان بیان کرد که نظام سلامت دارای سه هدف اصلی تأمین سلامت، رضایت و عدالت است. بر این اساس نقش سیاستگذاری پیرامون عدالت در سلامت بسیار حائز اهمیت است. سیاستگذاری یکی از کارکردهای تولید نظام سلامت و شاید چالش‌برانگیزترین کارکرد برای مطالعه، اندیشیدن، استدلال، خلاقیت و نوآوری به منظور ایجاد تحول و ارتقای کل یا بخشی از نظام سلامت می‌باشد (۲۶)، لذا شناخت کامل پدیده تبعیض در ارائه مراقبت سلامت، نقش سیاست‌های مدیران و اتخاذ راهبردهای مؤثر کنترل و حذف تبعیض ضروری است. بنابراین این مطالعه با هدف شناسایی تجربیات ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت از تبعیض در مراقبت‌های درمانی انجام گردید

۲. ملاحظات اخلاقی

این مطالعه پس از تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و اخذ کد اخلاق به شماره IR.USWR.REC.1398.023 انجام گردیده است. همچنین در این مطالعه مشارکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را مطالعه و سپس امضا نمودند. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات به صورت محرمانه حفظ خواهد شد، علاوه بر این، این فرصت در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت تا هر زمان که تمایل داشتند از مطالعه خارج شوند.

۳. مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی با هدف شناسایی تجربیات ارائه‌دهندگان پیرامون تبعیض در مراقبت‌های درمانی طی سال‌های ۱۳۹۸

از مصاحبه و کدگذاری‌ها را در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داد تا به مفاهیم یکسان در رابطه با گفته‌های مشارکت‌کنندگان دست یابد. قابلیت تعیین - تأیید نیز با جمع‌آوری سیستماتیک داده‌ها و رعایت بی‌طرفی محققان، توافق اعضا روی مصاحبه‌ها، کدها و دسته‌بندی کدهای مشابه و طبقات برای مقایسه بین آنچه که برداشت شده است، با آنچه که منظور مشارکت‌کنندگان بوده است، استفاده شد. اطمینان داده‌های حاصل شده نیز با استفاده از نظرات اعضای تیم تحقیق و مطالعه مجدد و چندباره داده‌ها انجام گردید.

۴. یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۶ نفر از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شامل: ۲ پزشک، ۳ سوپر ویزر پرستاری، ۳ سرپرستار، ۳ پرستار، ۲ کمک‌پرستار و ۳ بیمار بستری بودند. جدول ۲ مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه را نمایش می‌دهد. تحلیل داده‌ها نشان دهنده طبقات اصلی «اجبار سازمانی»، «مغفولیت اخلاقی» و «تبعیض مثبت» بوده است.

۴-۱. **طبقه ۱- اجبار سازمانی:** این طبقه شامل سیاست‌هایی است که در محیط‌های بالینی جاری بوده است و زمینه‌ای برای بروز تبعیض در مراقبت سلامت می‌باشد. مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند که این سیاست‌ها و اجرای آن از سوی مدیران ارشد و انتقال فشار به مدیران پایینی، زمینه‌ای را ایجاد می‌کند تا تبعیض در مراقبت سلامت ایجاد شود. این طبقه از زیرطبقات «رویه‌های سازمانی»، «کمبود نیروی انسانی» تشکیل شده است.

۴-۱-۱. **رویه‌های سازمانی:** این زیرطبقه اشاره به برخی فرایندها، دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی در سازمان دارد که به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم زمینه بروز تبعیض در مراقبت سلامت می‌شود. مشارکت‌کنندگان این چنین مطرح می‌نمایند که برخی فرایندها در محیط‌های بالینی وجود دارد که اجرای آن‌ها در مغایرت با اصول اخلاقی و حرفه‌ای است، ولی در محیط‌های بالینی شکل گرفته و در حال اجرا است.

شرکت‌کنندگان معتقد بودند که دیگر چیزی برای بیان کردن وجود ندارد ادامه پیدا نمود و در آخر با این سؤال که «موضوع دیگری به ذهن شما می‌رسد که بخواهید بیان کنید؟» و همچنین «در صورت این که مطلبی به ذهن شما رسید می‌تونید با شماره بنده تماس بگیرید» خاتمه می‌یافت. زمان و محل انجام مصاحبه‌ها به صورت هماهنگ شده با مشارکت‌کنندگان برنامه‌ریزی گردید. طول مدت مصاحبه‌ها بر اساس شرایط و تمایل مشارکت‌کنندگان از ۲۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود.

۳-۳. تجزیه و تحلیل داده‌ها: تمامی مصاحبه‌ها انجام،

ضبط، مرور و کدگذاری شده و سپس تجزیه و تحلیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی با روش گرانهایم و لاندمن استفاده گردید (۲۸). بر اساس فرایند تجزیه و تحلیل محتوا، در ابتدا، هر مصاحبه چندین نوبت با دقت جهت کسب یک درک اولیه و جامع مورد مطالعه قرار گرفت و پس از آن بیانیه‌های دارای اهمیت‌هایلایت گردید (جهت تعیین کدهای اولیه یا واحدهای معنایی که در متن مصاحبه درباره تجربه تبعیض ناخواسته مشارکت‌کنندگان وجود داشت). در مرحله بعد، واحدهای معنایی مشابه جهت شفافیت معنایی استخراج گردیدند و در قالب طبقات و زیرطبقات نامگذاری شدند. در واقع تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش ثابت و همزمان به همراه جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. در هنگام افزودن داده‌های بیشتر، روند جمع‌آوری داده‌ها تا اشباع داده‌ها ادامه داشته است.

۴-۴. استحکام داده‌ها: برای اعتباربخشی داده‌ها از روش

استراوس و کوربین (۲۰۱۵ م.) که ترکیبی از معیارهای معرفی شده توسط پژوهشگران مختلف است استفاده گردید (۲۹). بر همین اساس، با درگیری طولانی‌مدت (Long Term Engagement) و تماس و ارتباط با مشارکت‌کنندگان به جلب اعتماد آنان و درک تجارب کمک نمود. همچنین از روش‌های مقبولیت داده‌ها با مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان جهت رفع هرگونه ابهام در کدگذاری‌ها استفاده شد (Member Check). برای این منظور قسمت‌هایی

احترام قرار نمی‌گیرد، زمینه‌ای برای بروز تبعیض در مراقبت سلامت شکل می‌گیرد.

«تو بیمارستان‌ها در حال حاضر ارائه خدمات برای نجات جان انسان‌ها نیست. گاهی ارزش انسان کم‌تر در نظر گرفته می‌شود و به همون میزان ارائه خدمات مثل برنامه درمانی و پروسیجرهای پزشک و مراقبت‌های پرستار خیلی به تعویق می‌افتد و خیلی وقتاً چیزای زیادی رو از دست می‌دیم» (P۳).

بیمار بستری در بخش نیز می‌گوید: «وقتی می‌بینی علاف خواهی شد و می‌بینم که به زمان من احترام قائل نیستن، از پارتی خودم استفاده می‌کنم و احساس گناه هم نمی‌کنم» (P۱۶).

۲-۲-۴. کمبود آگاهی از اصول اخلاق پزشکی: مشارکت‌کنندگان در این مطالعه به عنوان پزشک یا پرستار بیان می‌کنند که کمبود و یا عدم اطلاع کافی از اصول اخلاق پزشکی و عدم درک اهمیت مراقبت اخلاقی، زمینه بروز رفتارهای تبعیض آمیز در مراقبت سلامت را ایجاد می‌کند.

«صددرصد آموزش درباره اخلاق خیلی کم بوده، حالا آموزش‌هایی که در طی دوره پزشکی و پرستاری باید باشه که متأسفانه نیست، حتی در دوره‌های اخلاق پزشکی که به همچین مشکلی الان برای ما عادی شده و اونو قبول کردیم. پس اول از همه تأکید و آموزش اصول اخلاق در دوران تحصیل است» (P۹).

مشارکت‌کننده شماره ۱ نیز بیان می‌کند: «من و خیلی از پرستارها هنوز دانش لازم اخلاق حرفه‌ای را نداریم، باید بیشتر مورد توجه قرار بگیره» (P۱).

۳-۴. طبقه ۳- تبعیض مثبت: این طبقه اشاره به سیاست‌های دارد که منجر به ارائه خدمات بیشتر و بهتر برای بیماران می‌شود، این خدمات به افرادی ارائه می‌گردد که برخلاف دیگر بیماران از جایگاه خاص اجتماعی و اقتصادی و... برخوردار نبوده و بنا به صلاحدید ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت ارائه گردیده است. این طبقه از زیرطبقه «در اختیار گذاشتن برخی امکانات برای بیمار»، «انجام‌دادن برخی

طبق مسائل مذهبی و انسانی و اخلاقی نباید تفاوتی بین بیماران گذاشته بشه، ولی توی سیستم همین الان وقتی از من سرپرستار گزارش می‌گیرن که بیمار سفارشی یا VIP داری یا نه؟ در حالی که این بیمار سفارشی یا VIP اصلاً نباید تو بیمارستان دولتی معنایی داشته باشه» (P۱۱).

۲-۱-۴. کمبود نیروی انسانی: این زیرطبقه به این معنی است که کمبود پزشکان، پرستاران و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به سبب این‌که منجر به عدم ارائه مراقبت‌های لازم و حتی کاهش کیفیت ارائه خدمات می‌شود، ناخواسته این افراد را مجبور به تبعیض در ارائه مراقبت سلامت می‌کند. مشارکت‌کننده شماره ۸ بیان می‌کند که: «من به عنوان یه سرپرستار خیلی نیروی انسانی برام مهمه، وقتی نیروی انسانی کم باشه کیفیت کار میاد پایین و حالا اگه چندتا بیمار بدحال هم تو بخش داشته باشم، قاعدتاً قسمت قابل توجهی از نیرو صرف اون بیمار می‌شه و کیفیت کار برای بقیه بیماران کم می‌شه و به بقیه بیماران توجه کم‌تری می‌شه، چون تعدادمون کم هست» (P۸).

مشارکت‌کننده شماره ۵ نیز ذکر می‌کرد: «من پرستار تو بخش داخلی وقتی ۱۰ تا بیمار دارم که یکیشون هم اینتوبه هست، چجوری به همشون رسیدگی کنم، مجبورم بینشون فرق بزارم و اونایی که وضعیت بدتری دارن، رسیدگی بیشتری کنم، چاره‌ای ندارم و تعدادمون کمه» (P۵).

۲-۴. طبقه ۲: مغفولیت اخلاقی: این طبقه اشاره به مشکلات اخلاقی دارد که عمدتاً ریشه در چگونگی کاربرد اصول اخلاق و کم‌توجهی به کدهای اخلاقی حرف پزشکی دارد. مشارکت‌کنندگان عدم آشنایی با این کدهای اخلاقی را به عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز در بروز تبعیض در مراقبت سلامت مطرح می‌دانند. این زیرطبقه از زیرطبقه «کم‌توجهی به کرامت انسانی» و «کمبود آگاهی از اصول اخلاق پزشکی» تشکیل شده است.

۱-۲-۴. کم‌توجهی به کرامت انسانی: مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بیان می‌کنند، زمانی که انسان و جایگاه وی مورد

مترون تو جلسات به ما می‌گفت که اگر پرسنل با سابقه و همراهانشون اینجا بستری می‌شن حرمتشون رو بیشتر نگه داریم، بیشتر بهشون سر بزنییم، کاراشونو سریع‌تر راه بندازیم» (P۱۱).

۵. بحث

در این مطالعه تجربیات ارائه‌دهندگان و گیرندگان مراقبت سلامت درباره تبعیض در مراقبت سلامت تبیین گردید. یافته‌های پژوهش بیانگر مفهوم «تبعیض در مراقبت سلامت» در سه طبقه اصلی اجبار سازمانی (رویه‌های سازمانی، کمبود نیروی انسانی)، مغفولیت اخلاقی (کم‌توجهی به کرامت انسانی و کمبود آگاهی از اصول اخلاق پزشکی) و تبعیض مثبت (در اختیار گذاشتن برخی امکانات برای بیمار، انجام دادن برخی خدمات اضافی برای بیمار و سابقه کار کارکنان) می‌باشد. تجربیات مشارکت‌کنندگان در این مطالعه نشان داد که سیاست‌های سازمانی یک عامل زمینه‌ساز مهم در بروز تبعیض در مراقبت سلامت از سوی پزشکان و پرستاران می‌باشد. چنانچه تحلیل داده‌ها نشان داد، رویه‌های سازمانی به عنوان بخش مهمی از سیاست‌گذاری سازمانی مطرح می‌باشد. در تبیین این یافته، به نظر می‌رسد برخی رویه‌های سازمانی در محیط‌های بالینی وجود دارد که زمینه‌ساز بروز تبعیض در مراقبت سلامت می‌باشند. در واقع برخی رویه‌های سازمانی وجود دارند، رویه‌هایی همچون سفارش نمودن برخی بیماران خاص که دارای جایگاه اجتماعی - سیاسی متفاوت هستند که اجرای آن‌ها مغایر با اصول اخلاقی است. سیاست‌گذاری سازمانی می‌بایست طبق اصول حرفه‌ای علوم سلامت تبیین و اجرا گردد، چنانچه در دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های اخلاقی وجود دارد، اما به نظر می‌رسد سیاست اجرای با سیاست‌های تعیین شده متفاوت هستند و نمی‌توانند اصول اخلاقی را در مراقبت سلامت لاقلاً در حوزه عدالت و برابری در سلامت تضمین نمایند.

خدمات اضافی برای بیمار» و «سابقه کار کارکنان» تشکیل شده است.

۳-۴-۱. در اختیار گذاشتن برخی امکانات برای بیمار: در این زیرطبقه، مشارکت‌کنندگان در مطالعه رفتارهایی متفاوت را برای برخی بیماران در ارائه مراقبت سلامت بروز می‌دادند. آن‌ها این مراقبت‌ها را بر اساس جایگاه خود بیمار و نیازهای وی به صورت اضافی ارائه می‌نمودند.

«در بخش ویژه بیماری بستری است که می‌دونیم خیلی نگرانه، چون بچه کوچیک داره و باید بهش آرامش بدیم، یکی از راه‌های ما ممکنه این‌که اجازه بدیم بچه‌اش بیاد و چند دقیقه‌ای ملاقاتش کنه. از دیدگاه دیگران اینجا قانون‌شکنی باشه یا حتی بگن تبعیض، ولی این تبعیض به نفع بیمار هست» (P۳).

۳-۴-۲. انجام دادن برخی خدمات اضافی برای بیمار: در این زیرطبقه نیز مشارکت‌کنندگان برخی اقدامات بیشتر را برای بیمار ارائه می‌نمودند که جدا از ویژگی‌های ذاتی یا اجتماعی بیماران است.

«بیماری که می‌بینم از شهرستان اومده و تو تهران کسی را نمی‌شناسه، بهش کمک می‌کنم، آدرسی را که باید بره کامل واسش توضیح می‌دم، حتی شده خودم واسش تاکسی گرفتم» (P۱۳).

۳-۴-۳. سابقه کار کارکنان: این زیرطبقه به این معنی است که مدیران سلامت، در تصمیم‌گیری‌های خود اقدام به ارائه مراقبت‌های سلامت با کمیت و کیفیت متفاوتی برای کارکنان شاغل خود در نظر می‌گیرند که دلیل این سیاست را نیز به واسطه حضور کارکنان در سیستم درمانی برای مدت زمان بیشتر یا در اصطلاح افراد با سابقه بالاتر مطرح می‌دانند. در واقع این سیاست به عنوان یک امتیاز در اختیار کارکنان قرار می‌گیرد.

«این اتفاق در سیستم از بالا هستش و از همون بالا اتفاق می‌افته، مدیران ما بنا به شرایط خودش این درخواست را دارند، مثلاً میاد و از من لیست بیماران VIP را می‌خواد، مثلاً

حداقل توجه قرار می‌گیرد. بر این اساس تغییر سیاست‌های جذب ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت خصوصاً پرستاران بسیار حائز اهمیت می‌باشد.

چالش‌های اخلاق زیستی یکی از سرفصل‌های مدیران نظام سلامت است، کم‌توجهی به کرامت انسانی یکی از این دغدغه‌ها می‌باشد. در این راستا، Tschudin (۲۰۰۷ م.) بیان می‌کند که «مراقبت واکنشی است در برابر کسی که واجد اهمیت است، صرفاً به این دلیل که آن فرد وجود دارد. هر فردی که با او برخورد می‌کنیم دوست ما نیست، اما در هر حال یک انسان است، درست مثل خود ما و تا زمانی که ما اهمیت داریم، او نیز اهمیت دارد. وقتی ما کسی را کم‌ارزش‌تر از خودمان تلقی می‌کنیم، ارزش خودمان را پایین آورده‌ایم.» چودین در ادامه می‌گوید: «وقتی ارزش انسان بودن کم‌تر می‌شود، این اصول اخلاقی مراقبت است که از بین رفته است» (۳۴).

دیگر چالش اخلاقی سیاستگذاران سلامت را می‌توان در حوزه کمبود دانش، آگاهی و کم‌توجهی نسبت به کدهای اخلاق پزشکی دانست. اهمیت فراگیری و کاربرد اصول اخلاق پزشکی و پرستاری در دوران تحصیل رشته‌های علوم پزشکی و قرارگیری آن نیز جنبه دیگر این فرایند است، چنانچه نتایج این مطالعه نشان داد، مشارکت‌کنندگان عدم آموزش و یادگیری اصول اخلاق زیستی در طی دوران تحصیل را به عنوان یک عامل زمینه بروز تبعیض در ارائه مراقبت سلامت مطرح کردند. در همین راستا، Bostani (۲۰۱۵ م.) اشاره می‌کند که قرارگرفتن اصول اخلاق زیستی در برنامه‌های آموزشی دانشجویان علوم پزشکی به صورت نظام‌مند، ضمن آشناکردن آن‌ها با اصول اخلاقی، سبب بهبود کیفیت مراقبت‌های سلامت، تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مناسب و رعایت این اصول در ارائه مراقبت‌های سلامت به بیماران می‌گردد (۳۵). Acharya (۲۰۱۵ م.) نیز تأکید می‌کند که در برنامه‌های آموزشی دانشجویان پزشکی می‌بایست اصول چهارگانه اخلاق زیستی جهت رعایت و حفظ استقلال بیمار،

یکی دیگر از این سیاست‌های سازمانی، کمبود نیروی انسانی است که در واقع سیاست اتخاذشده از سوی برخی سیاستگذاران نظام سلامت می‌باشد. مشارکت‌کنندگان وجود این سیاست را سبب افزایش حجم کاری ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، کاهش توان مراقبتی و به دنبال آن بروز رفتارهای تبعیض‌آمیز در مراقبت سلامت مطرح می‌دانند. در واقع کمبود نیروی انسانی در حوزه سلامت و در قالب کمبود پزشکان، پرستاران و دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، نیز یکی از زمینه‌های شکل‌گیری تبعیض در مراقبت سلامت می‌باشد.

چنانچه نتایج این مطالعه نشان داد، مشارکت‌کنندگان بیان کردند زمانی که در موقعیت کاری خود با چالش‌هایی همچون کمبود تعداد پزشک و پرستار مواجه هستند، بین بیماران تبعیض قائل شده و رفتارهای تبعیض‌آمیز را در ارائه مراقبت‌های سلامت بروز می‌دهند. چالش کمبود پرستار به عنوان یک چالش جهانی در طی دهه‌های اخیر همواره دغدغه اصلی سازمان‌های سلامت بوده است که منجر به مواردی همچون آسیب‌های جسمی و روحی، نارضایتی شغلی، فرسودگی شغلی و دیگر موارد می‌گردد (۳۲-۳۰)، اما آنچه در این بین بسیار قابل توجه می‌باشد، اثر این کمبود منابع بر اصول اخلاق زیستی حاکم بر ارائه مراقبت‌های سلامت می‌باشد، به طوری که این چالش سبب پدیده‌ای تحت عنوان درماندگی اخلاقی در بین پرستاران شده است که خود پیامدهای منفی گسترده‌ای را ایجاد کرده و سبب شکل‌گیری یک چرخه معیوب شده است (۳۳). در واقع ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بر اساس وظیفه حرفه‌ای خود تمایل به رعایت اخلاق در مراقبت سلامت دارند، اما این سؤال برای آن‌ها به وجود می‌آید که چگونه می‌توانند با کمبود تعداد افراد حرفه‌ای همچون پزشک و پرستار مراقبت‌های با کیفیت و مبتنی بر اصول اخلاقی را ارائه دهند. در واقع آن‌ها چاره‌ای ندارند که در هنگام ارائه مراقبت سلامت برخی از این اصول اخلاقی را کنار گذاشته، چراکه بنا به شرایط موجود مراقبت‌های جسمی در اولویت قرار گرفته و توجه به اصول اخلاقی همچون عدالت در مراقبت در

پرسنل درمانی با سابقه در محیط‌های بالینی از خدمات متفاوتی و با کیفیت بهتری برخوردار گردند که این امکان برای دیگر کارکنان و حتی بیماران و مراجعین وجود ندارد.

یکی از نتایج این مطالعه، تعیین معیار سابقه کار در سیاست ارائه تبعیض‌آمیز مراقبت‌های سلامت بود، به طوری که مشارکت‌کنندگان بیان نمودند که در ساختار سازمانی سلامت، کارکنان با سابقه بالا خدمات درمانی را با شرایط و کیفیت بهتر دریافت می‌نمایند. به نظر می‌رسد مدیران سلامت حتی در بحث تبعیض که عملاً در تضاد با اصول اخلاق حرفه‌ای می‌باشد، سیاست سابقه سالاری را اتخاذ می‌نمایند. این در حالی است که این سیاست سبب از بین رفتن استعدادها و توانمندی‌ها می‌گردد و از طرفی Yazdani (۲۰۲۰ م.)، Borhani و همکاران (۲۰۱۷ م.) و Esmaeli (۲۰۱۵ م.) گزارش می‌دهند که با افزایش سن و سابقه کار، ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت اصول اخلاقی را کم‌تر مورد توجه قرار می‌دهند، در حالی که برای افراد دارای سابقه کم‌تر همچنان این اصول دارای اهمیت است (۳۳، ۳۹-۳۸).

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، محدود بودن محیط پژوهش در دو محیط بالینی بیمارستان می‌باشد، هرچند که مطالعات کیفی به دنبال تعمیم‌دهی نتایج نیستند، اما با توجه به گسترده بودن پدیده مورد بررسی، پیشنهاد می‌گردد در دیگر محیط‌های بالینی همچون کلینیک‌های روزانه و مراکز سلامت جامعه نیز مطالعات مشابه طراحی و انجام گردد.

۶. نتیجه‌گیری

در این مطالعه مشارکت‌کنندگان بیان نمودند که سیاست‌های موجود در محیط‌های درمانی نقش بسیار مؤثری به عنوان یک زمینه بروز و ایجاد تبعیض در مراقبت سلامت مطرح می‌باشد. مدیران نظام سلامت می‌بایست در اتخاذ سیاست‌های ارائه مراقبت سلامت رویه‌هایی را انتخاب و اجرا نمایند که سبب حذف و از بین رفتن تبعیض در مراقبت سلامت گردد، نه آنکه خود این سیاست‌ها زمینه‌ای برای بروز تبعیض گردد. سیاست‌گذاران

ایجاد عدالت و پرهیز از رفتارهای تبعیض‌آمیز در سلامت مورد توجه ویژه قرار گیرد (۳۶).

سیاست تبعیض مثبت نیز یکی دیگر از نتایج این مطالعه بود که توسط ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت تجربه گردید. در واقع برخی مدیران سیاست ارائه خدمات بیشتر را به برخی بیماران اتخاذ می‌نمایند که این ارائه مراقبت سلامت بیشتر بنا به برخی شرایط خاص بیماران است و نه بر اساس ویژگی‌های ذاتی همچون سن، جنس و جایگاه اجتماعی. سیاست عادلانه نیازها یا تبعیض مثبت در برخی مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج آن‌ها نیز نشان‌دهنده یک سیاست مثبت جهت ارائه کامل مراقبت سلامت می‌باشد. در همین راستا، Hausmann و همکاران (۲۰۰۸ م.) گزارش می‌دهند که تبعیض مثبت منجر به استفاده بیشتر بیماران و مراجعین از خدمات مراقبت سلامت می‌شود، این در حالی است که همین مطالعه نشان داد که یکی از پیامدهای منفی تبعیض در مراقبت سلامت، کاهش اعتماد به پزشکان و پرستاران و در نهایت استفاده کم‌تر از خدمات درمانی است (۳۷). تبعیض در ذات یک پدیده منفی است، اما بر این اساس به نظر می‌رسد سیاست تبعیض مثبت در مراقبت سلامت در محیط‌های بالینی چنانچه به درستی انجام گردد، می‌تواند اقدام مؤثری جهت ارائه مراقبت سلامت به بیماران باشد. سیاست تبعیض مثبت بر این اصل استوار است که برخی خدمات برای افرادی که نیازمند این خدمات هستند، ارائه گردد و معیار ارائه این مراقبت‌ها و خدمات تنها شرایط خاص بیمار است، در حالی که تبعیض منفی بر اصل عدم ارائه و یا ارائه ناقص مراقبت سلامت تنها بر اساس معیارهای ذاتی و یا شرایط اجتماعی سیاسی بیماران استوار است.

همچنین در برخی سازمان‌ها، سیاست‌هایی درون سازمان وجود دارد که برخی امکانات و خدمات را بر اساس برخی معیارها به کارکنان زیرمجموعه خود ارائه می‌دهد. یکی از این معیارها که توسط مشارکت‌کنندگان این مطالعه تجربه گردید سابقه پرسنلی بوده است، چنانچه این معیار سبب می‌گردد تا

نظام سلامت می‌توانند با تغییر در سیاست‌های جذب نیروی انسانی در رشته‌های علوم پزشکی همچون پزشک و پرستار به حذف یکی از زمینه‌های بروز تبعیض در مراقبت سلامت کمک نمایند. همچنین آن‌ها می‌توانند تمرکز ویژه‌ای را پیرامون افزایش سطح آگاهی و اطلاعات پزشکان و پرستاران درباره اصول اخلاق پزشکی و پرستاری و نحوه کاربرد این اصول در مراقبت سلامت داشته باشند، چراکه کمبود دانش در این حوزه منجر به کم‌توجهی به اصول اخلاق حرفه‌ای خواهد شد. در نهایت نیز به نظر می‌رسد به کارگیری صحیح سیاست تبعیض مثبت بتواند به ارائه مراقبت‌های مناسب برای افراد دارای شرایط این خدمات اضافی کمک‌کننده باشد که البته نیازمند انجام مطالعات بیشتر در این باره خواهد بود.

۷. تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از رساله دکتری تخصصی پرستاری مصوب ۱۳۹۸/۳/۸ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران می‌باشد، لذا تیم تحقیق از تمامی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه شامل پزشکان، پرستاران و کمک بهیاران کمال تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌نماید.

۸. سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان این مقاله در طی مراحل طراحی مطالعه، گردآوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و آماده‌سازی مقاله نقش فعال داشته‌اند.

۹. تضاد منافع

نویسندگان این مطالعه اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در مطالعه

تعداد شرکت‌کنندگان	۱۶ نفر
سن	میانگین سن: ۴۱ سال حداقل ۳۲ سال و حداکثر ۵۴ سال
جنس	۱۰ نفر مؤنث و ۶ نفر مذکر
تحصیلات	دکتری حرفه‌ای: ۲ نفر کارشناس ارشد: ۴ نفر کارشناس ۸ نفر دیپلم ۲ نفر
سابقه کار	میانگین ۱۸/۳ سال حداقل ۸ سال و حداکثر ۲۸ سال
وضعیت تأهل	۱۳ نفر متأهل و ۳ نفر مجرد

جدول ۲: مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان در مطالعه

شماره	سن (سال)	جنس	تأهل	تحصیلات	سمت	سابقه کار (سال)	زمان مصاحبه (سال)
P1	۳۸	مذکر	متأهل	کارشناس ارشد پرستاری	سوپروایزر	۱۶	۳۵
P2	۴۰	مذکر	مجرد	پزشک عمومی	پزشک اورژانس	۱۶	۲۴
P3	۵۳	مؤنث	متأهل	کارشناس پرستاری	سوپروایزر	۲۸	۲۷
P4	۵۲	مؤنث	متأهل	کارشناس پرستاری	سوپروایزر	۲۵	۳۰
P5	۳۳	مذکر	متأهل	کارشناس پرستاری	پرستار ICU	۸	۳۳
P6	۳۲	مذکر	مجرد	کارشناس پرستاری	پرستار ICU	۱۰	۲۸
P7	۳۵	مؤنث	متأهل	دیپلم	کمک پرستار	۱۲	۲۵
P8	۳۸	مؤنث	متأهل	کارشناس پرستاری	سرپرستار	۱۵	۲۳
P9	۴۸	مذکر	متأهل	پزشک متخصص	متخصص بیهوشی	۲۲	۲۸
P10	۳۶	مذکر	متأهل	دیپلم	کمک پرستار	۱۰	۳۵
P11	۴۸	مؤنث	متأهل	کارشناس ارشد پرستاری	سرپرستار	۲۵	۴۱
P12	۴۲	مؤنث	مجرد	کارشناس پرستاری	پرستار کلینیک	۱۶	۳۰
P13	۳۹	مؤنث	متأهل	کارشناس پرستاری	سرپرستار	۱۵	۲۴
P14	۵۴	مؤنث	متأهل	کارشناسی	بیمار	۲۵	۳۶
P15	۴۱	مؤنث	مجرد	کارشناسی ارشد	بیمار	۱۶	۳۳
P16	۳۸	مؤنث	متأهل	کارشناسی ارشد	بیمار	۱۰	۲۴

جدول ۳: مفهوم مدیریت سازمانی به همراه طبقات و زیرطبقات تشکیل دهنده آن

مفهوم	طبقه	زیرطبقه
تبعیض در مراقبت سلامت	اجبار سازمانی	رویه‌های سازمانی
		کمبود نیروی انسانی
	مغفولیت اخلاقی	کم‌توجهی به کرامت انسانی
		کمبود آگاهی از اصول اخلاق پزشکی
	تبعیض مثبت	در اختیار گذاشتن برخی امکانات برای بیمار
		انجام دادن برخی خدمات اضافی برای بیمار
		سابقه کار کارکنان

References

1. Lemke VG. Gender Equity in Healthcare: An Issue of Justice or Need?. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia* 2019; 113(2): 299.
2. Ghasi NC, Ogbuabor DC, Onodugo VA. Perceptions and predictors of organizational justice among healthcare professionals in academic hospitals in South-Eastern Nigeria. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1): 301.
3. Nguyen TT, Vable AM, Glymour MM, Nuru-Jeter A. Trends for Reported Discrimination in Health Care in a National Sample of Older Adults with Chronic Conditions. *Journal of General Internal Medicine* 2018; 33(3): 291-297.
4. Whitaker KM, Everson-Rose SA, Pankow JS, Rodriguez CJ, Lewis TT, Kershaw KN, et al. Experiences of Discrimination and Incident Type 2 Diabetes Mellitus: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *American Journal of Epidemiology* 2017; 186(4): 445-55.
5. Abramson CM, Hashemi M, Sánchez-Jankowski M. Perceived discrimination in U.S. healthcare: Charting the effects of key social characteristics within and across racial groups. *Preventive Medicine Reports* 2015; 2(2015): 615-621.
6. Versey HS, Curtin N. The differential impact of discrimination on health among Black and White women. *Social Science Research* 2016; 57: 99-115.
7. Parker LJ, Hunte H, Ohmit A. Discrimination in Health Care: Correlates of Health Care Discrimination Among Black Males. *American Journal of Men's Health* 2017; 11(4): 999-1007.
8. Brondolo E, Brady Ver Halen N, Pencille M, Beatty D, Contrada RJ. Coping with racism: a selective review of the literature and a theoretical and methodological critique. *J Behav Med* 2009; 32(1): 64-88.
9. Kagan SH. Ageism in Cancer Care. *Seminars in Oncology Nursing* 2008; 24(4): 246-253.
10. Perreira KM, Telles EE. The color of health: Skin color, ethnoracial classification and discrimination in the health of Latin Americans. *Soc Sci Med* 2014; 116: 241-250.
11. Barber C. Disability discrimination in healthcare services and employment. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) 1987)* 2015; 30(5): 40-45.
12. Ginsburg OM. Breast and cervical cancer control in low and middle-income countries: Human rights meet sound health policy. *Journal of Cancer Policy* 2013; 1(3): e35-e41.
13. Alvarez-Galvez J, Salvador-Carulla L. Perceived discrimination and self-rated health in Europe: evidence from the European Social Survey (2010). *PloS One* 2013; 8(9): e74252.
14. Piette JD, Bibbins-Domingo K, Schillinger D. Health care discrimination, processes of care and diabetes patients' health status. *Patient Education and Counseling* 2006; 60(1): 41-48.
15. Van Den Heuvel WJ, Van Santvoort MM. Experienced discrimination amongst European old citizens. *European Journal of Ageing* 2011; 8(4): 291-299.
16. Rodriguez-Alvarez E, Gonzalez-Rabago Y, Borrell LN, Lanborena N. Perceived discrimination and self-rated health in the immigrant population of the Basque Country, Spain. *Gaceta Sanitaria* 2017; 31(5): 390-395.
17. Zero Discrimination In Health Care Settings. Edited by Board UPC. Geneva: Switzerland; 2017.
18. Nivaldo Linares-Pérez OL-A. Health Equity: Conceptual Models, Essential Aspects and the Perspective of Collective Health. *Social Medicine* 2008; 3(3): 194-206.
19. Haydt SM. Politics and Professions: Interdisciplinary Team Models and Their Implications for Health Equity in Ontario. *Int J Health Serv* 2018; 48(2): 302-327.
20. Curtis LJ, MacMinn WJ. Health Care Utilization in Canada: Twenty-five Years of Evidence. *Canadian Public Policy/ Analyse de Politiques* 2008; 34(1): 65-87.
21. Campesino M, Saenz DS, Choi M, Krouse RS. Perceived discrimination and ethnic identity among breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum* 2012; 39(2): E91-100.
22. Etieyibo E, Omiegbe O. Religion, culture and discrimination against persons with disabilities in Nigeria. *African Journal of Disability* 2016; 5(1): 192.
23. Yasui M, Dishion TJ, Stormshak E, Ball A. Socialization of Culture and Coping with Discrimination Among American Indian Families: Examining Cultural Correlates of Youth Outcomes.

Journal of the Society for Social Work and Research 2015; 6(3): 317-41.

24. Martin SS, Trask J, Peterson T, Martin BC, Baldwin J, Knapp M. Influence of culture and discrimination on care-seeking behavior of elderly African Americans: A qualitative study. *Social Work in Public Health* 2010; 25(3): 311-326.

25. Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Paradies Y, Sivasubramaniam D, Sherwood J, Brockie T. Racial and cultural minority experiences and perceptions of health care provision in a mid-western region. *International Journal for Equity in Health* 2018; 17(1): 33.

26. Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Monazzam K, Salarianzadeh H. Where and How to Make Wise Policies for Health? A Qualitative Study on the Characteristics of Health Policy System in the Islamic Republic of Iran. *Hakim Research Journal* 2011; 13(4): 210-218.

27. Hsieh HF, Shannon S. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 2005; 15(9): 1277-1288.

28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24(2): 105-112.

29. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Research. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2015.

30. Ludwick R, Silva MC. Errors, the nursing shortage and ethics: Survey results. *Online Journal of Issues in Nursing* 2003; 8(3): 9.

31. Erlen JA. The nursing shortage, patient care and ethics. *Orthopedic Nursing* 2001; 20(6): 61-65.

32. Erlen JA. Wanted-nurses. Ethical issues and the nursing shortage. *Orthopedic Nursing* 2004; 23(4): 289-292.

33. Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nursing Ethics* 2017; 24(4): 474-482.

34. Tschudin V. Ethics in Nursing: The Caring Relationship. 3rd ed. Edinburgh: Butterworth Heinemann imprint of Elsevier Science Limited; 2007.

35. Bostani S. Strategies to promote professional ethics in nursing education system. *Development Strategies in Medical Education* 2015; 2(2): 13-22.

36. Acharya R, Shakya Y. Knowledge, attitude and practice of medical ethics among medical intern students in a Medical College in Kathmandu. *Bangladesh Journal of Bioethics* 2016; 6(3): 1-9.

37. Hausmann LR, Jeong K, Bost JE, Ibrahim SA. Perceived discrimination in health care and use of preventive health services. *J Gen Intern Med* 2008; 23(10): 1679-1684.

38. Yazdani S, Nikravan Mofrad M, Ahmadi S, Zagheri Tafreshi M. An Analysis of Policies of the Iranian Health Care System in Relation to the Nursing Profession. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2020; 5(2): 211-220.

39. Shaeekh Esmaili S, Hasani K, Nargesi S. Relationship Between Meritocracy Perceived by Managers and Personnel Cognitive Empowerment. *Journal of Management and Development Process* 2015; 28(1): 117-140.



ORIGINAL RESEARCH

Discrimination in Healthcare: A Qualitative Content Analysis Study

Mohammad Javad Hosseinabadi-Farahani¹ , Masoud Fallahi-Khoshknab^{2*} , Narges Arsalani³, Mohammad Ali Hosseini⁴, Eesa Mohammadi⁵

1. Ph.D Candidate, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Department of Nursing, University of social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
5. Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 28 October 2020

Accepted: 05 February 2021

Published online: 27 February 2021

Keywords:

Justice
Discrimination
Health Policy
Healthcare
Qualitative Study

* **Corresponding Author:** Masoud Fallahi-Khoshknab

Address: Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Postal Box: 1985713871

Tel: 021 2218 0036

Email: fallahi@uswr.ac.ir

ABSTRACT

Background and Aim: Discrimination in healthcare is one of the important challenges of health system managers in different countries so; discrimination is the main outcome of a lack of justice in health. Therefore, the whole exploring the discrimination in healthcare and determining effective policies is essential. This study was conducted to explore the experiences of health care providers of discrimination in healthcare.

Materials and Methods: This qualitative content analysis study was conducted between 2019 and 2020. Data were collected through semi-structured interviews with 16 participants include healthcare in one general and one private hospital in the city of Tehran. The participants were selected by purposive sampling, which continued until saturation of data. Data obtained were analyzed using Graneheim and Lundman's method.

Findings: After analyzing the data, three main categories and seven sub-categories emerged: 1. Organizational coercion (organizational procedures, Lack of manpower); 2. Moral negligence (Lack of attention to human values, Lack of knowledge of the principles of medical ethics); 3. Positive discrimination (Provide some facilities for the patient, Perform some additional services for the patient and Work history.)

Ethical Considerations: The present study was approved by the Ethics Committee of Tehran Welfare and Rehabilitation Sciences University with the code of ethics: IR.USWR.REC.1398.023.

Conclusion: Based on the findings of the study, senior managers of the health system can review the organizational process of health care delivery and focus on increasing the level of awareness of health care providers such as physicians and nurses about the principles of medical ethics. Also, it is recommended that managers consider meritocracy policies as one of their decision criteria.

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Hosseinabadi-Farahani MJ, Fallahi-Khoshknab M, Arsalani N, Hosseini MA, Mohammadi E. Discrimination in Healthcare: A Qualitative Content Analysis Study. *Med Ethics J* 2020; 14(45): e24.