تحلیل اخلاقی عملکرد کارکنان بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب بیمارستان لقمان، در فرایند پذیرش بیمار

سعید نظری توکلی[*1]، محمدرضا حاجی‌اسماعیلی[2]، امیدوار رضایی میرقائد[3]، سعیده ناطقی‌نیا[4]

تاریخ دریافت: 98/5/2 **تاریخ پذیرش**: 98/10/15 **تاریخ انتشار**: 98/12/25

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

بررسی میزان سازگاری فرایند پذیرش بیمار با موازین اخلاقی‌حرفه‌ای، نقشی بسزا در کاهش رخنه‌های رفتاری کادر درمانی و افزایش رضایتمندی بیماران دارد؛ ازاین‌رو، بر آن هستیم تا با واکاوی فرایند پذیرش بیمار در بخش آی‌سی‌یو و شناسایی رخنه‌های عملکردی کارکنان آن، زمینه‌ی تعالی هرچه بیشتر خدمت‌رسانی در آن را فراهم کنیم. پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کیفی است که با مصاحبه‌ی عمیق با ۲۸ نفر از کارکنان بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب بیمارستان لقمان، در بازه‌ی زمانی زمستان ۱۳۹۶ انجام شده است. اطلاعات مورد نظر، جمع‌آوری و داده‌ها با کدگذاری باز، گزینشی و محوری تحلیل شده‌اند. پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شش مقوله‌ی «به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت حرفه‌ای کافی»، «اثرگذاری سلیقه‌های شخصی در روابط حرفه‌ای»، «انتظارهای غیرمنطقی»، «نداشتن مهارت‌های ارتباطی»، «بی‌توجهی به امکان پذیرش بیمار جدید» و «فعالیت در دیگر مراکز درمانی»، وضعیت عملکردی کارکنان بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب را توضیح می‌دهند. از مجموع آنچه گذشت، چنین به دست می‌آید که «نبود حساسیت اخلاقی نسبت به حرفه و اهمیت آن» در کارکنان بخش آی‌سی‌یو، به‌عنوان پدیده‌ی مرکزی ناشی از نادیده‌انگاری اهمیت تدوین فرایندهای شفاف برای فعالیت‌های مختلف در بخش آی‌سی‌یو و نداشتن تربیت حرفه‌ای کارکنان است. این امر سبب می‌شود تا برخی از کارکنان بخش آی‌سی‌یو بکوشند از اجرای موازین تعریف‌شده، چشم‌پوشی و به‌شکل غیررسمی و سلیقه‌ای، رفتارشان را تنظیم کنند که مهم‌ترین پیامد آن، کاهش کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی در آن بخش است. گفتنی است این ارزیابی را نمی‌توان به همه‌ی کارکنان این بخش تعمیم داد.

واژگان کلیدی: بخش آی‌سی‌یو، بیمار، تحلیل اخلاقی، فرایند پذیرش بیمار

1. دانشیار فلسفه اسلامی، دانشکده‌ی الهیات دانشگاه تهران، تهران، ایران.

2. استادیار بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، مرکز تحقیقات بیهوشی بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران.

3. استاد گروه جراحی مغز و اعصاب، بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران.

4. پژوهشگر مدیریت سیستم‌های سلامت، مرکز تحقیقات قاعده‌ی جمجمه‌ی بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران.

*** نویسنده‌ی طرف مکاتبه**: تهران، خیابان شهید مطهری، تقاطع استاد مفتح، دانشکده‌ی الهیات و معارف اسلامی ، تلفن: ۴۲۷۶۲۰۰۰۰،
Email: sntavakkoli@ut.ac.ir

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

مقدمه

«آی‌سی‌یو» واحدی کوچک از واحد سازمانی بزرگ‌تری به نام بیمارستان است. خدمت‌رسانی در این واحد سازمانی تخصصی، با بهره‌گیری از منابع انسانی ماهر (دارای دانش و تجربه‌ی مفید و مؤثر) و به منظور مراقبت از زندگی یا سلامت بیمارانی است که بدون اقدامات درمانی و حمایتی در این بخش، یا قادر به ادامه‌ی زندگی نیستند یا سلامت آن‌ها در معرض خطرهای جدی است.

فعالیت آی‌سی‌یو، همچون هر بخش دیگر بیمارستانی، افزون بر وجود تجهیزات و راهنماهای رفتاری تخصصی (پروتکل‌های درمانی)، وابسته به دو عامل انسانی خدمت‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمت است. خدمت‌دهندگان عبارت‌اند از: پزشکان، دستیاران، پرستاران، کمک‌بهیاران، کارورزان، نیروهای خدمات و کارکنان اداری. دریافت‌کنندگان اصلی خدمت نیز، بیمارانی هستند که برای مراقبت یا تکمیل روند درمانی خود، مدت‌زمانی کوتاه یا طولانی در این بخش بستری می‌شوند؛ اما با توجه به رابطه‌ی تنگاتنگ و مستقیم میان بیمار و خانواده‌اش، از سویی و فقدان هوشیاری یا نبود هوشیاری کامل در بیماران بستری در این بخش و نگرانی فزاینده‌ی خانواده‌ی آنان، از سوی دیگر، می‌توان خانواده‌ی بیماران را نیز، ازجمله‌ی دریافت‌کنندگان غیرمستقیم و باواسطه‌ی خدمت در بخش آی‌سی‌یو به حساب آورد.

بی‌تردید، کیفیت ارائه‌ی خدمت درمانی‌مراقبتی، سبب افزایش رضایتمندی بیماران می‌شود و به همین دلیل، ارزیابی عملکرد کادر درمانی و یافتن خطاهای رفتاری‌شان، بر مطلوب‌شدن خدمات و دستیابی بیماران به حق سلامت، نقشی بسزا دارد؛ بااین‌حال، وجود مشکلات و موانع در فرایندهای حاکم بر فعالیت بخش آی‌سی‌یو، گاه، عملکرد مطلوب خدمت‌دهندگان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با وجود درمانگری عالمانه و ماهرانه، بیمار یا سلامت خود را به دست نمی‌آورد یا با وجود دستیابی به سلامت نسبی، همچنان ناراضی، این واحد سازمانی را ترک می‌کند؛ ازاین‌رو، ضروری به نظر می‌رسد تا ضمن شناسایی فرایندهای ورودی، اصلی و خروجی موجود در این واحد سازمانی، رخنه‌های موجود در آن‌ها را شناسایی و با ازبین‌بردن آن‌ها، انحرافات موجود در این فرایندها را کاهش داد.

منظور از فرایند، در این پژوهش، مجموعه‌ای مشخص و مرتب‌شده از فعالیت‌های کاری در یک محدوده‌ی زمـانی و مکانی معین است کـه آغاز و پایان آن مشخص شده است و با تعریفی روشن از ورودی‌ها و خروجی‌ها، ساختاری برای عملکرد افراد ارائه می‌دهد (۱)؛ بدین‌ترتیب، فرایند خدمت‌رسانی در آی‌سی‌یو، مجموعه‌ی فعالیت‌هایی است که داده‌ها (ورودی‌ها) را به ستانده‌ها (خروجی‌ها) تبدیل و با عملکرد بهتر، نیازهای اساسی بیماران را تأمین می‌کند؛ هرچند نبود دانش تخصصی در بیماران و خانواده‌ی آن‌ها و همچنین، نبود آگاهی کامل از اقدامات درمانی گروه درمانگر، سبب شود تا آن‌ها نتوانند درکی درست از نیازهای اساسی خود داشته باشند.

فرایند پذیرش و ترخیص بیمار، بر اساس آنکه بیمار از چه واحد بیمارستانی به آی‌سی‌یو منتقل می‌شود و پس از اتمام اقدامات درمانی، از آنجا به چه مکانی اعزام می‌شود، دارای ریزفرایندهایی فراوان است که هریک با مشکلات، موانع و رخنه‌هایی روبه‌رو هستند؛ رخنه‌هایی که می‌تواند ناشی از نبود تعریف مشخص از فرایندهای عملکردی، وفادارنبودن کارکنان به قوانین و مقررات (پروتکل‌های رفتاری)، انتخاب‌نشدن درست افراد برای خدمت‌رسانی، تأمین‌نشدن تجهیزات لازم یا کافی برای درمان، استفاده‌نکردن بهینه از تجهیزات و... باشد. تنوع رخنه‌ها می‌تواند در سه محور کلی آیین‌نامه‌های رفتاری (پروتکل)، تجهیزات و

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

عملکرد منابع انسانی باشد؛ اما به نظر نویسنده، با توجه به احاطه‌ای که اخلاق حرفه‌ای و حرفه‌مندی به این سه حوزه دارد، می‌توان انحراف در هریک از این محورهای سه‌گانه را انحراف از موازین حرفه‌ای به حساب آورد و درنتیجه، چنین انحراف‌هایی را رخنه‌های اخلاقی ناظر به فرایندها و عملکرد افراد در فرایندها دانست.

منابع انسانی هر سازمان، نقشی کلیدی در راهبری آن سازمان دارند و با برقراری مناسبات درون‌سازمانی و برون‌سازمانی، مجری فرایندهای ازپیش‌تعریف‌شده‌ی آن سازمان به حساب می‌آیند؛ اما فرایندهای یک سازمان که از پیش، سیاست‌گذاران و رهبران آن، برای حوزه‌ی عملکردی‌اش تعریف کرده‌اند نیز، جهت‌گیری رفتاری کارکنان، به‌عنوان خدمت‌دهندگان و مشتریان، به‌عنوان خدمت‌گیران از آن سازمان را تعیین می‌کند؛ ازاین‌رو، واکاوی فرایندها و بررسی میزان سازگاری آن‌ها با موازین اخلاقی‌حرفه‌ای، نقشی بسزا در کاهش رخنه‌های رفتاری منابع انسانی، از سویی و افزایش رضایتمندی خدمت‌گیران از آن سازمان، از سوی دیگر، دارد. شناسایی فرایندهای حاکم بر پذیرش بیماران در بخش آی‌سی‌یو، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بخش‌های مراقبت ویژه‌ی بیمارستانی و یافتن رخنه‌های موجود در آن‌ها، می‌تواند ضمن ارتقای جایگاه درمانی‌مراقبتی این بخش، کاهش تنش‌های محیطی، افزایش انگیزه برای خدمت‌رسانی بیشتر و با کیفیت بالاتر و بهبودی و سلامت بیماران را به دنبال داشته باشد؛ بنابراین، ضروری به نظر می‌رسد که با انجام پژوهش حاضر، فرایندها و ریزفرایندهای حاکم بر این واحد سازمانی، بازتعریف و ضمن شناسایی رخنه‌های موجود در آن‌ها، با ارائه‌ی راهکارهای موردی و ناظر به هر رخنه، زمینه‌ی رشد و تعالی سازمان مادر، یعنی بیمارستان لقمان حکیم، به‌عنوان یکی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، فراهم آید. انتظار می‌رود با اجرایی‌کردن چنین مدلی از سوی پژوهشگران دیگر، رخنه‌های فرایندی دیگر بخش‌های این بیمارستان نیز، شناسایی و برای تغییر یا بهبود آن‌ها اقدام شود.

تعریف موضوع و پیشینه‌ی پژوهش

«اخلاق حرفه‌ای»[1] که پیش‌تر برابر با «اخلاق کار»[2] و «اخلاق مشاغل» به کار می‌رفت، امروزه، عبارت است از: «شاخه‌ای از اخلاق کاربردی که به بررسی تکالیف اخلاقی صاحبان حرفه در یک حرفه و مسائل اخلاقی ناظر به آن می‌پردازد» (۲). اخلاق حرفه‌ای با این مفهوم، بیشتر ناظر به تبیین اصول حرفه‌ای‌گری و ارزش‌های اخلاقی درباره‌ی منابع انسانی و صاحبان حرفه است؛ اما امروزه، در نگاهی راهبردی به اخلاق حرفه‌ای، می‌توان به جای صاحبان حرفه، از سازمان‌های اخلاق‌نهاد و اصول اخلاقی حاکم بر سازمان‌هایی که منابع انسانی در خدمت اهداف ازپیش‌تعیین‌شده‌ی آن‌ها قرار می‌گیرند، سخن گفت (۳). بر این اساس، پنینو[3] با تعمیم اخلاق از منابع انسانی به سازمان، اعتقاد دارد «اخلاق حرفه‌ای» رشته‌ای از دانش اخلاق است که ضمن مطالعه‌ی ارتباط مشاغل، به بیان مسئولیت‌های اخلاقی سازمان، همچنین، تشخیص و حل مسائل اخلاقی در حرفه‌های گوناگون می‌پردازد (۲).

با جایگزینی اخلاق سازمانی به جای اخلاق منابع انسانی، غفلت از عوامل فردی، سازمانی و محیطی در تحلیل مسائل اخلاقی سازمان، سبب تحویلی‌نگری و غیرواقع‌گرایی در حوزه‌ی اخلاق کاربردی‌حرفه‌ای می‌شود. از نظر پنینو، عوامل اثرگذار بر اخلاق حرفه‌ای عبارت‌اند از: عوامل فردی (ویژگی‌ها و خصوصیات فردی، خانوادگی، ارزش‌های مذهبی، ملاک‌های شخصی، باورها و شخصیت کنشگر)، عوامل سازمانی (رهبری، مدیریت، ارتباط با همکاران، ارتباط با زیردستان و فرادستان، نظام تشویق و تنبیه، انتظارات همکاران، قوانین و مقررات و رویه‌ها، جو و فرهنگ

1. Professional Ethics
2. Work Ethics
3. Pennino

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

سازمانی)، عوامل محیطی (عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی دیگر سازمان‌ها و عوامل رقابتی بین آن‌ها). بی‌شک، هر سازمانی برای هدف یا هدف‌هایی خاص به وجود می‌آید و این هدف‌ها هستند که تعیین می‌کنند چه مجموعه‌کارهایی باید انجام شود؛ اما چگونگی انجام این کارها، متأثر از عوامل محیطی داخلی و خارجی اثرگذار بر این سازمان است. ازآنجاکه فعالیت سازمان در محیطی پویا و متحول، وابسته به قرارگرفتن منابع انسانی آن سازمان در شرایط رشد و توسعه‌ی پایدار است، انسان‌ها مهم‌ترین دارایی یک سازمان به حساب می‌آیند که از سویی، عامل ایجاد تغییر و تفاوت‌ها هستند و از سوی دیگر، تعیین می‌کنند که آن سازمان در حال پیشرفت است یا نه (۲).

هر سازمانی برای دستیابی به حداکثر توانایی‌های خود، باید همواره، افرادی شایسته داشته باشد که وظایف خود را انجام دهند و این جز با «برنامه‌ریزی نیروی انسانی»[1] و «ممیزی منابع انسانی»[2] ممکن نیست. در برنامه‌ریزی نیروی انسانی، نیازهای کارکنان و اقدامات لازم برای تأمین این نیازها، مشخص می‌شود و در ممیزی منابع انسانی، نقاط قوت و ضعف نیروی انسانی موجود، به دست می‌آید (٤).

از نظر کی[3] و پاپکن[4]، لحاظ‌کردن ارزش‌های اخلاق در برنامه‌ریزی و فرایند تصمیم‌گیری راهبردی سازمان، موجب استفاده‌ی بهتر از منابع نیز می‌شود؛ زیرا وجود توجیهات اخلاقی برای اقداماتی که سازمان‌ها در درون خود انجام می‌دهند و نشان‌دادن تعهدات اخلاقی سازمان به افکار عمومی، جزئی جدایی‌ناپذیر از فعالیت‌های سازمان‌ها برای بهبود عملکرد و کسب موفقیت است (۵)؛ همچنین، توجه به اخلاقیات و اصول اخلاقی در سازمان، آن‌گونه که مک نامارا[5] یادآور شده است، نتایجی متعدد، همچون این موارد را به دنبال دارد: حفظ عملکرد اخلاقی سازمان، به هنگام آشفتگی وضعیت؛ قدرت‌بخشیدن به روحیه‌ی کار گروهی و افزایش بهره‌وری؛ پشتیبانی و حمایت از رشد معنویت و بالندگی کارکنان؛ کمک به مدیریت ارزش‌های مربوط به کیفیت، برنامه‌ریزی راهبُردی و چندگانگی؛ ایجاد و ترویج تصویری مثبت و قوی نزد مردم و افزایش سود و درآمد سازمان (۶).

از سوی دیگر، ارائه‌ی تعریفی از حرفه‌ای‌گری پزشکی که اساسی برای یاددهی، اندازه‌گیری و ارزیابی آن باشد، مشکل است؛ چراکه حرفه‌ای‌گری، هم به‌عنوان ویژگی انسانی، تعریف‌شدنی است و هم، به‌عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌ها که شخص در آن‌ها مهارت پیدا می‌کند (۷). حرفه‌ای‌گری در معنای نخست، یا ناشی از کمال انسانی است یا در فرایند آموزش، فراگرفته می‌شود (۸) که در این صورت، «سازه‌ای مبتنی بر ایدئولوژی ارزش‌مدار» خواهد بود (۹). رویال کالج پزشکان لندن، حرفه‌ای‌گری پزشکی را مجموعه‌ای از ارزش‌ها، رفتارها و ارتباط‌ها می‌داند که بنیان اعتماد جامعه به پزشکان است و شامل تعهد پزشک به امانت و راستی، شفقت، نوع‌دوستی، پیشرفت مداوم، تعالی و کار گروهی می‌شود. رفتار و شخصیت حرفه‌ای پزشکی، اساس تعهد میان پزشکان و جامعه را تشکیل می‌دهد؛ اما چگونگی شکل‌گیری رفتارها و ویژگی‌های حرفه‌ای (۱۰) و شیوه‌ی آموزش و ارزیابی آن (۱۱)، یکی از چالش‌های بزرگ به حساب می‌آید؛ زیرا از طرفی، رفتار و شخصیت حرفه‌ای، مفهومی چندوجهی است و از طرف دیگر، انتظارهای فردی و اجتماعی از پزشکان، رو به فزونی دارد. این موضوع سبب شده تا مراکز آموزش عالی، مسئولیت و پاسخ‌گویی بیشتری در برابر رفتار و شخصیت حرفه‌ای پزشکان داشته باشند؛ اما شواهد موجود،

1. Human Resource Planning
2. Human Resource Audit
3. Key
4. Popkin
5. Mc Namara

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

حاکی از آن است که حرفه‌ای‌گرایی به سوی کم‌رنگ‌شدن می‌رود و پزشکان با نمونه‌های فراوان تهدیدکننده‌ی ارزش‌ها روبه‌رو هستند (۱۲).

تاکنون هیچ راهبرد توافق‌شده‌ای درباره‌ی چگونگی توسعه‌ی حرفه‌ای‌گری وجود نداشته است؛ ازاین‌رو، ضروری است تا درباره‌ی مضامین اصلی شایان توجه در توسعه‌ی رفتار و شخصیت حرفه‌ای، نظیر چگونگی گزینش افراد ، طراحی برنامه‌ی آموزشی، شیوه‌های یاددهی و یادگیری و ارزشیابی آن، بیشتر پژوهش شود (۱۳).

بر اساس نظرخواهی گلیکن[1]، اشتیاق برای کار، تمایل به پذیرش اشتباه خود، پاسخ‌گوبودن و تعهد به یادگیری همیشگی، از ویژگی‌های حرفه‌ای‌گری است (۱۴). واگنر[2] در مطالعه‌ای کیفی، مفهوم حرفه‌ای‌گری را از دیدگاه‌های مختلف بررسی کرده که سه درون‌مایه‌ی اصلی، یعنی مهارت‌های فنی و علمی، ارتباط با بیمار و شخصیت پزشک (همه‌ی ویژگی‌های مثبت توصیف‌کننده‌ی رفتارهای حرفه‌ای) و سه درون‌مایه‌ی فرعی، یعنی پزشکی به‌عنوان یک حرفه، تناسب بین ویژگی‌های فردی، ظاهر بیرونی و رفتار فرد و اهمیت ارتباط با همکاران، از آن به دست آمده است (۱۵).

در منابع فارسی نیز، آثاری فراوان درباره‌ی اخلاق حرفه‌ای و رفتارهای کادر درمانی، به‌ویژه پرستاران، نگارش یافته است؛ برای مثال، صالحی و دادگر (۲۰۱۶)، در مقاله‌ای با عنوان «رابطه‌ی اخلاق حرفه‌ای با تعهد سازمانی از دیدگاه پرستاران بیمارستان امام‌خمینی ساری»، ضمن تأکید بر اهمیت اخلاق حرفه‌ای در توسعه‌ی هر کشور و تأثیر چشمگیر آن بر فعالیت‌ها، عملکرد فردی و گروهی و نتایج سازمان، مدعی شده‌اند که پژوهش آن‌ها بر ۱۷۵ نفر از پرستاران آن بیمارستان، نشان می‌دهد که میان دو متغیر اخلاق حرفه‌ای و تعهد سازمانی و ابعاد آن (تعهد عاطفی، تعهد مستمر و تعهد هنجاری)، هیچ رابطه‌ی معناداری وجود ندارد و تغییرات هریک از این دو متغیر، تأثیری بر متغیر دیگر ندارد؛ همچنین، جنسیت و سنوات خدمت پرستاران در اخلاق حرفه‌ای و تعهد سازمانی آن‌ها مؤثر نیست (۱۶)؛ اما نکته‌ی مهم در پژوهش صالحی و دادگر، ارائه‌نشدن مفهومی شفاف از اخلاق حرفه‌ای و ویژگی‌های اخلاقی است.

همچنین، اخلاصی (۲۰۱۶)، در مقاله‌ی خود با عنوان «جایگاه اخلاق پزشکی در مناسبات درمان (مورد مطالعه: بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز)» که مبتنی بر منطق استفهامی و با استفاده از روش تحقیق مردم‌نگاری وسیع انجام شده، مدعی شده است راهبرد مدیریتی برای ملاحظه‌ی ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی کنشگران اصلی نظام سلامت، بر اساس مضمون نهایی «تجویزات الزامی و ارشادی» و مضامین کلی «معنویت دینی»، «معنویت سازمانی» و «فرهنگ فردی و حرفه‌ای سازمان خدمات»، می‌تواند به تصویر کشیده شود. افزون بر این، آرمان مدیریتی، «نهادینه‌سازی معنویت» در مجموعه‌های درمانی، غالباً، مبتنی بر آموزه‌های دینی، با محوریت «ترجیحات فقهی» محقق شده است (۱۷). اخلاصی در این مقاله، تعریف مدونی از اخلاق پزشکی ارائه نکرده و تنها، بر اثرگذاری فقها، حقوق‌دانان، جامعه‌شناسان و فیلسوفان در موضوع‌های اخلاق پزشکی تأکید کرده؛ اما جای تعجب دارد که وی به جای بررسی جایگاه اخلاق پزشکی در مناسبات درمان، مباحث معطوف به سلامت معنوی را در کانون توجه قرار داده است.

عجمی و کتابی (۲۰۰۸)، در مقاله‌ای با عنوان «بررسی گلوگاه‌ها در فرایند ترخیص بیمارستان شهیدبهشتی»، ضمن پرداختن ضمنی به مسأله‌ی فرایندهای بیمارستانی، تنها، زمان ترخیص را بررسی و از ریزفرایندهای فرایند ترخیص غفلت کرده است. افزون بر آنکه در بررسی گلوگاه‌ها، به شرایط علّی و زمینه‌ای اخلاقی مؤثر در شکل‌گیری این گلوگاه‌ها اشاره نشده است (۱۸).

1. Glicken
2. Wagner

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

توکلی و همکاران (۲۰۱۰)، در مقاله‌ی خود با عنوان «فرایند واگذاری اطلاعات بیمار در بیمارستان‌های شهر اصفهان و تدوین دستورالعمل‌های مربوط» (۱۹)، رحیمی و همکاران (۲۰۰۲)، در «ارزیابی ساختار، فرایند و عملکرد بخش اورژانس بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ارومیه و تبریز» (۲۰) و سلیمی‌فرد و همکاران (۲۰۱۴) نیز، در «بهبود فرایندهای بخش اورژانس بیمارستان با استفاده از شبیه‌سازی رایانه‌ای» (۲۱)، به مسأله‌ی فرایندها پرداخته‌اند؛ اما این پژوهش‌ها، از سویی، ناظر به بخش آی‌سی‌یو نیستند و از سوی دیگر، فاقد تحلیل اخلاقی در دو سطح منابع انسانی و فرایندها هستند.

آن‌گونه که ملاحظه می‌شود، پژوهش‌های اخلاقی ناظر به فعالیت‌های درمانی، در چند سال اخیر، روندی رو به افزایش داشته است؛ اما محور آن‌ها در بیشتر مواقع، شناسایی میزان فراوانی یک ویژگی اخلاقی میان شاغلان حرفه‌ی پزشکی و رشته‌های وابسته، یا ارزیابی عملکردی برخی از صاحبان این حِرَف است؛ ازاین‌رو، پژوهش حاضر که فرایندها و ریزفرایندهای بخش آی‌سی‌یو را مطالعه و رخنه‌های موجود در آن‌ها را در دو سطح منابع انسانی و فرایندی، ارزیابی اخلاقی کرده است، پیشینه‌ای مؤثر ندارد.

شایان یادآوری است کالج مراقبت‌های ویژه‌ی پزشکی در استرالیا و نیوزیلند[1] (۲۲)، کالج پرستاران آنتاریو (CNO) (۲۳) و انجمن پرستاران مراقبت‌های ویژه‌ی کانادا (CACCN)، اقدام به تدوین کدهای اخلاقی ناظر به بخش مراقبت‌های ویژه کرده‌اند. در سال ۲۰۱۲، نسخه‌ای جدید از این استانداردها، جایگزین نسخه‌ی سال ۲۰۰۶ شد. این نسخه دربرگیرنده‌ی قوانین و مقررات عالی برای همه (ECFAA)[2] و شفافیت بیشتر برای پرستاران مراقبت‌های ویژه، با تمرکز روی اقدامات درون‌حرفه‌ای و چندرشته‌ای و مراقبت از بیمار و خانواده‌ی وی است و پرستاران را ملزم به ارائه‌ی مراقبت‌های سلامتی آسان می‌کند (۲۴)؛ همچنین، سازمان نظام پرستاری کشور، با همکاری برخی از نهادها و سازمان‌ها، اقدام به تدوین کدهای ملی اخلاق در حرفه‌ی پرستاری کرده‌اند (۲۵). این کدها، با وجود اهمیت فراوانی که دارند، یا ناظر به عملکرد عمومی کادر درمانی آی‌سی‌یو هستند یا تنها، بر حوزه‌ی عمومی پرستاری نظارت دارند؛ اما هیچ‌توجهی به فرایندها و ریزفرایندهای آی‌سی‌یو و مسائل اخلاقی آن‌ها نمی‌کنند.

روش بررسی

بیمارستان لقمان حکیم، ازجمله مراکز آموزشی و درمانی بزرگ زیر مجموعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی است. این بیمارستان، افزون بر بخش‌های درمانی و تشخیصی گوناگون، دارای چهار بخش آی‌سی‌یو است: آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب، آی‌سی‌یو جنرال، آی‌سی‌یو مسمومان و آی‌سی‌یو اورژانس. آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب یکی از آی‌سی‌یوهای تخصصی در سطح شهر تهران است که بیشتر، به بیماران بخش جراحی مغز و اعصاب خدمت ارائه می‌دهد. این بخش که به‌صورت باز اداره می‌شود، به‌عنوان محیط پژوهش و جامعه‌ی هدف در نظر گرفته شده است.

از آنجا که در مطالعات کیفی، مشارکت‌کنندگان باید با موضوع مطالعه ارتباط داشته باشند، افراد به‌صورت هدفمند، انتخاب و به‌تدریج، در روند «نمونه‌گیری نظری»، یعنی فرایند جمع‌آوری اطلاعات، مشارکت داده می‌شوند. کار گردآوری اطلاعات تا جایی ادامه می‌یابد که پژوهشگر اطمینان پیدا کند ادامه‌ی روند گردآوری، اطلاعاتی تازه به دانسته‌های او نمی‌افزاید؛ ازاین‌رو، پژوهشگر ناگزیر است کار را تا رسیدن به مرحله‌ی اشباع که یکی از نشانه‌های آن، روبه‌روشدن با

1. College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand
2. Excellent Care for All Act.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

داده‌های تکراری است، ادامه دهد (۲۶). در پژوهش حاضر نیز، نخست مشارکت‌کنندگان به‌صورت هدفمند و بر اساس فعالیت درمانی و مراقبتی در بخش، گزینش شدند. مشارکت‌کنندگان ۲۸ نفر از کارکنان مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی لقمان حکیم (بیمارستان لقمان حکیم)، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهیدبهشتی بودند که بر اساس فهرست کشیک کارکنان آی‌سی‌یو نروسرجری در بازه‌ی زمانی زمستان ۱۳۹۶ در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب، به‌صورت مستقیم، فعالیت می‌کردند. این افراد که به‌صورت داوطلبانه، تمایل داشتند تجربیات خود را درباره‌ی رخنه‌های اخلاقی موجود در فرایندهای بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب در اختیار پژوهشگر قرار دهند، شامل هفده نفر پرستار، یک نفر کاردان پرستاری، دو نفر کارشناس بیهوشی، یک نفر کاردان بیهوشی، شش نفر کمک‌بهیار و یک نفر منشی بخش است که در سه نوبت کاری صبح و عصر و شب، مشغول ارائه‌ی خدمت بودند. این افراد، از مجموع ٤٦ نفر کارکنان بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب انتخاب شدند که در بازه‌ی زمانی پژوهش، در این بخش حضور فعال داشتند، افراد دیگر، کسانی هستند که بنا به فهرست کشیک بخش، در سه وضعیت مرخصی استحقاقی (H)، مرخصی استعلاجی (S) و حضور در کلاس‌های آموزشی (C) قرار داشتند؛ همچنین، بخش آی‌سی‌یو دارای سه نیروی خدماتی است که پس از شرکت در پژوهش، به دلیل نداشتن اطلاعات مؤثر درباره‌ی فرایندهای بخش، از چرخه‌ی پژوهش خارج شدند. یک نفر از پرستاران نیز، به شرکت در پژوهش تمایل نداشت؛ بنابراین، همه‌ی کارکنان فعال در بخش، جز یک نفر، به‌صورت اختیاری، در پژوهش مشارکت داده شدند.

در پژوهش‌های کیفی، گردآوری داده‌ها روندی انعطاف‌پذیر دارد و از منابع اطلاعاتی مختلفی می‌توان استفاده کرد (۲۷)؛ اما روش تولید داده‌ها در این مطالعه، استفاده از مصاحبه‌ی انفرادی عمیق است که انعطاف‌پذیری و ژرفایی بیشتر دارد و به پژوهشگر امکان می‌دهد تا به لایه‌های مختلف پدیده‌های مرتبط با پژوهش پی ببرد. پیش از اجرای مصاحبه، پژوهشگر، اهداف و ساختار پژوهش را، به‌صورت حضوری، در اختیار مصاحبه‌شوندگان می‌گذاشت و پس از اطمینان از آگاهی کامل مصاحبه‌شوندگان از اهداف طرح و دریافت رضایت آگاهانه‌ی ایشان، زمان مصاحبه با هماهنگی سرپرستار محترم بخش آی‌سی‌یو، تعیین و مصاحبه‌ها در محل بخش یا بخش‌های مرتبط موجود در محل بیمارستان لقمان حکیم و به‌صورت انفرادی، انجام می‌شد. هر مصاحبه، میانگین، سی دقیقه به طول می‌انجامید و برای حفظ محرمانگی اطلاعات، مصاحبه‌شوندگان، بدون معرفی مشخصات فردی‌شان، در مصاحبه، شرکت می‌کردند. محتوای گفت‌وگوی آن‌ها ضبط نمی‌شد و پژوهشگر، تنها، از گفته‌های مصاحبه‌شوندگان یادداشت‌برداری می‌کرد. پس از انجام هر دور مصاحبه، مطالب مطرح، طبقه‌بندی و در جدول مربوط، درج و بدین‌ترتیب، به‌تدریج و هم‌زمان با انجام مصاحبه‌های جدید، محتوای مطالب نیز، تجزیه و تحلیل اولیه می‌شد.

هم‌زمان با آغاز مصاحبه‌ها و دستیابی به اطلاعات مصاحبه‌شوندگان، به‌تدریج، تحلیل آن‌ها نیز آغاز می‌شود و به همین دلیل، می‌توان ادعا کرد که فرایند گردآوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها، از یکدیگر جدا نیستند. اشتراوس[1] و کوربین[2] بر این باورند که تحلیل داده‌ها، پل ارتباطی بین پژوهشگر و داده‌هایی است که در طول پژوهش به دست می‌آورد (۲۸). تحلیل، مشتمل بر مجموعه‌ای از رویه‌های نظام‌مند، اما انعطاف‌پذیر، برای رسیدن به نظریه با روشی استقرایی است. شناسایی این رویه‌ها، از طریق کدگذاری امکان‌پذیر می‌شوند؛ بدین معنا که به بخش‌های مختلف داده‌ها، برچسب‌هایی داده می‌شود که نشان دهد هر داده ناظر به چه مطلبی است (۲۹).

1. Strauss
2. Corbin

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

رویه‌هایی گوناگون برای کدگذاری وجود دارد؛ اما جنبه‌ی مشترک همه‌ی آن‌ها، تبدیل داده‌ها به واحدها و مفاهیم مشخص بر پایه‌ی حساسیت نظری است. در فرایند کدگذاری، داده‌های اولیه به واحدهایی مشخص و معنادار تبدیل می‌شوند تا بتوان از ترکیب آن‌ها به استخراج مفاهیم پرداخت؛ سپس، این مفاهیم در مؤلفه‌های انتزاعی‌تر، دسته‌بندی و توصیف می‌شوند. سرانجام، از طریق برقراری ارتباط درونی بین مؤلفه‌ها و مفاهیم، نظریه‌ی زمینه‌ای شکل می‌گیرد. فرایند تحلیل داده‌ها مستلزم به‌کارگیری راهبرد مقایسه‌ای و تطبیق پیوسته است؛ یعنی پژوهشگر، رویدادها، حوادث و فعالیت‌ها را شناسایی و به‌صورت پیوسته، آن‌ها را با مؤلفه‌ی در حال پیدایش، مقایسه می‌کند (۲۶و۲۷).

به میزانی که یافته‌های پژوهشگر در طول دوره‌ی پژوهش، واقعیت را توصیف می‌کنند، «روایی»[1] داده‌ها گفته می‌شود. در مطالعات کیفی، همواره، باید به باورپذیربودن[2]، دفاع‌پذیربودن[3] و امانت‌داربودن توجه کرد (۲۷). گردآوری و تحلیل هم‌زمان داده‌ها، افزون بر اینکه روشی برای تحلیل تئوری زمینه‌ای است، شیوه‌ی اعتباربخشی و اعتمادبخشی نیز به حساب می‌آید. درگیری پیوسته و طولانی‌مدت تا رسیدن به مرحله‌ی اشباع، پرهیز از نتیجه‌گیری زودهنگام، استفاده از پژوهشگر ناظر بیرونی، برخورداری از نظرات صاحب‌نظران و استفاده از منابع اطلاعاتی چندگانه و متعدد، به روایی پژوهش کمک می‌کند. پایایی بیانگر پایداری و تشابه نتایج اندازه‌گیری در دوره‌های مختلف زمانی است (۲۶و۲۷). برای اثبات روایی و پایایی داده‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه با کارکنان بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب بیمارستان لقمان حکیم، ابتدا، افرادی که با این بخش در ارتباطی دائم بودند، شناسایی و سپس، با انجام مصاحبه، نظر آن‌ها درباره‌ی محتوای مطالب ارائه‌شده توسط کارکنان بخش آی‌سی‌یو درباره‌ی رخنه‌های ناظر به حوزه‌ی عملکردی آن‌ها پرسیده و ادعاهای نادرست یا همراه با اغراق کارکنان، مشخص شد. این افراد عبارت بودند از: سرپرستار اتاق عمل، یکی از پرستاران بخش ریکاوری اتاق عمل، سرپرستار بخش جراحی مغز و اعصاب، سرپرستار بخش اورژانس، پزشک مقیم بخش اورژانس، مسئول واحد رادیولوژی، دو نفر از سوپروایزرهای بیمارستان، دو نفر از پزشکان مقیم بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب و رئیس این بخش.

یافته‌ها

جدول شماره‌ی یک، ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در طرح را نشان می‌دهد.

بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب بیمارستان لقمان حکیم، همچون دیگر بخش‌های درمانی در مراکز آموزشی، انجام سه وظیفه‌ی مختلف درمانی، آموزشی و پژوهشی را بر عهده دارد که با توجه به گستردگی حوزه‌ی عملکردی هریک از آن‌ها، تنها، وظیفه‌ی درمانی این بخش، در دو سطح فرایندی و عملکردی (منابع انسانی) معطوف به این فرایندها، شامل ممیزی اخلاقی شده است.

در بخش درمانی، تعیین تخت برای بیماران انتقالی از اتاق عمل، اورژانس، بخش‌های دیگر، دیگر مراکز درمانی و همچنین، بیمارانی که به‌صورت مستقیم، به بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب مراجعه می‌کنند، یکی از مهم‌ترین فرایندهای پذیرش و بستری‌شدن بیمار در این بخش است. با اعلام آماده‌بودن وضعیت بیمار برای پذیرش در بخش آی‌سی‌یو و تعیین تخت برای او توسط پرستار مسئول شیفت، خودبه‌خود، پرستار بیمار که عهده‌دار تحویل و مراقبت از او در طول یک شیفت است نیز، مشخص خواهد شد.

صرف‌نظر از اینکه پذیرش نخست بیمار در بیمارستان لقمان، در کدام بخش و به چه روشی بوده است، چهار عنصرِ

1. Validity
2. Plausible
3. Defensible

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

پزشک درمانگر بیمار، پرستار مسئول شیفت بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب، پرستار تخت در این بخش و سرانجام خود بیمار، مستقیم یا غیرمستقیم، در تعیین تخت برای بیمار مؤثرند یا از آن اثر می‌پذیرند؛ هرچند مسئول مستقیم آن، پرستار مسئول شیفت بخش آی‌سی‌یو است.

جدول شماره‌ی ۱- ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان

جنسیت	نوع		تعداد	فراوانی
	مرد		۹	%۳۲,۱
	زن		۱۹	%٦۷,۹
جمع			۲۸	%۱۰۰
سن	بیشینه		کمینه	میانگین
	٤۷ سال		۲۳ سال	۳۳,۰۷۱٤ سال
	پرستار مرد		کارشناس بیهوشی	
مدرک تحصیلی	مقطع تحصیلی	نوع مدرک	تعداد	فراوانی
	دیپلم	ریاضی، علوم انسانی و فنی‌حرفه‌ای	٤ نفر	%۱٤,۳
	کاردانی	حسابداری، نقشه‌برداری و برق، پرستاری و بیهوشی	۵ نفر	%۱۷,۹
	کارشناسی	پرستاری و بیهوشی	۱۸ نفر	%٦٤,۳
	کارشناسی ارشد	پرستاری	۱ نفر	% ۳,٦
جمع			۲۸	%۱۰۰
وضعیت استخدامی	نوع		تعداد	فراوانی
	رسمی	مستخدم بیمارستان لقمان حکیم	۱۰	۳۵,۷
	غیررسمی	شرکتی، طرحی، پیمانی و تبصره‌ی سه	۱۸	٦٤,۳
جمع			۲۸	%۱۰۰

بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب، به‌صورت باز، اداره می‌شود و مسئولیت بستری و ترخیص بیمار در آن، بر عهده‌ی پزشک درمانگر است. با توجه به کمبود تخت خالی در بخش آی‌سی‌یو، برای پذیرش و بستری بیمار جدید، در بیشتر مواقع، لازم است تا یکی از بیماران بستری، با انتخاب پزشک درمانگر، از آی‌سی‌یو ترخیص و جا برای بستری بیمار جدید در این بخش فراهم شود.

پس از آگاهی‌یافتن پرستار مسئول شیفت بخش آی‌سی‌یو از دستور پزشک درمانگر برای بستری‌شدن بیمار در بخش آی‌سی‌یو یا اعلام انتقال بیمار از اتاق عمل، بخش اورژانس، دیگر بخش‌ها و مراکز درمانی یا مراجعه‌ی مستقیم بیمار به بیمارستان، پرستار مسئول شیفت آی‌سی‌یو باید با ارزیابی تعداد بیماران بستری در بخش، از وضعیت تخت‌های خالی خود مطلع شود. درصورتی‌که بخش، تخت خالی داشته باشد، با توجه به اختصاص هر سه تخت آی‌سی‌یو به یک پرستار و ارتباط مستقیم میان تعیین تخت برای بیمار و تعیین پرستار مسئول مراقبت از بیمار، پرستار مسئول شیفت با اختصاص تخت خالی به بیمار جدید، پرستار او را تعیین می‌کند.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

با توجه به اشتغال هم‌زمان پرستاران، کمک‌پرستاران و کارشناسان و کاردانان بیهوشی، با تجربه‌ی چند ماه تا چند سال در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب، مهم‌ترین راهبرد سرپرستار بخش، توزیع بیماران بدحال میان همه‌ی کارکنان است تا همگی سختی کار در آی‌سی‌یو را تجربه کنند و کار با بیماران بدحال را به‌صورت عملی، آموزش ببینند. با نهایی‌شدن انتقال بیمار به بخش آی‌سی‌یو و بنا به رویه‌ی موجود، مسئولیت هر سه تخت آی‌سی‌یو به یک پرستار واگذار می‌شود؛ ازاین‌رو، پس از تعیین تخت بیمار، خودبه‌خود، پرستار مراقب وی نیز مشخص خواهد شد. بیشتر بیماران واردشده به بخش آی‌سی‌یو، بیماران ناهوشیار یا بدحالی‌اند که هیچ‌گونه دخالت مستقیم یا غیرمستقیمی در فرایند بستری و ترخیص خود ندارند؛ اما در این میان، برخی از بیماران که تعداد آن‌ها بسیار کم است (بیماران انتخابی)، با وضعیت هوشیاری کامل و با آگاهی و اراده‌ی خود به بخش آی‌سی‌یو مراجعه می‌کنند و با انجام اقدامات لازم برای بستری‌شدن، از چگونگی تعیین تخت و پرستار خود آگاه می‌شوند.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که وضعیت موجود در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب، با مؤلفه‌های زیر که ناظر به منابع انسانی (کارکنان درمانی) شاغل در این بخش است، مرتبط است. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت حرفه‌ای کافی، اثرگذاری سلیقه‌های شخصی در روابط حرفه‌ای، انتظارهای غیرمنطقی کارکنان، نداشتن مهارت‌های ارتباطی، بی‌توجهی به امکان پذیرش بیمار جدید و فعالیت در دیگر مراکز درمانی. صرف‌نظر از عوامل گوناگون حرفه‌ای مؤثر در پیدایش وضعیت موجود در این بخش درمانی، دخالت برخی از عنصرهای اخلاقی می‌تواند مؤثر باشد؛ عنصرهایی مانند مصلحت‌اندیشی، سهل‌انگاری، مسئولیت‌گریزی، وفادارنبودن به منافع سازمان، کژتابی‌های خلقی و نگرش‌های نادرست. شایان یادآوری است چنین ارزیابی‌ای از وضعیت موجود و برخی از عوامل مؤثر در تحقق آن، تعمیم‌پذیر به همه‌ی کارکنان زحمت‌کش، دلسوز و خدمتگزار شاغل در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب بیمارستان لقمان نیست؛ همچنین، تحلیل برآمده از این پژوهش، نافی اقدامات درمانی مؤثر انجام‌شده در این بخش که تضمین‌کننده‌ی سلامت بیماران و ارتقای کیفیت زندگی آن‌هاست، نخواهد بود.

بحث

در پژوهش حاضر، یافته‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ی عمیق غیرساختارمند با کارکنان شاغل در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب، بر اساس مدل پارادایمی استراوس[1] و کوربین[2] (گراندد تئوری) (۳۰)، پس از کدگذاری در پنج گروه شرایط علّی، شرایط زمینه‌ای، پدیده‌ی مرکزی، راهبردها و پیامدها، به ترتیب زیر طبقه‌بندی شده است:

اول: پدیده‌ی مرکزی

اظهارات مصاحبه‌شوندگان درباره‌ی وضعیت موجود بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب را در شش مقوله می‌توان طبقه‌بندی کرد:

۱. به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت حرفه‌ای کافی: استفاده از افراد دارای مدرک تحصیلی غیرمرتبط با حوزه‌ی درمان (کاردانی یا کارشناسی بیهوشی) و استفاده از افراد فاقد دانش و مهارت کافی (کارکنان طرحی) برای مراقبت درمانی از بیماران؛

۲. اثرگذاری سلیقه‌های شخصی در روابط حرفه‌ای: دخالت سلیقه‌های شخصی پرستار مسئول شیفت، در تقسیم

1. Strauss
2. Corbin

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

تخت و بیمار میان پرستاران، به‌ویژه در شیفت عصر و شب؛

۳. انتظارهای غیرمنطقی کارکنان: تلاش برخی از پرستاران برای سبک‌کردن کار خود در یک شیفت کاری، با تحویل‌گرفتن بیمار خوش‌حال یا تحویل‌نگرفتن بیمار بدحال یا تحویل‌گرفتن بیمار کمتر نسبت به دیگر پرستاران؛

٤. نداشتن مهارت‌های ارتباطی: ناتوانی پرستار مسئول شیفت، برای قانع‌کردن کارکنان درباره‌ی شیوه‌ی توزیع تخت میان آن‌ها و بی‌توجهی او به درخواست‌های بیماران مسن؛

۵. بی‌توجهی به امکان پذیرش بیمار جدید: صدور دستور انتقال بیمار انتخابی و امکان‌پذیرنبودن ترخیص او از بخش آی‌سی‌یو به دلیل داشتن مشکلات مالی برای ترخیص؛ ممکن‌نبودن انتقال بیمار انتخابی از آی‌سی‌یو به دلیل نوشته‌نشدن خلاصه‌ی پرونده یا برگ مشاوره توسط پزشک درمانگر؛ لغوشدن انتقال بیمار انتخابی از آی‌سی‌یو به بخش دیگر؛ انتقال هم‌زمان چند بیمار به بخش آی‌سی‌یو و به‌وجودآمدن ترافیک در یافتن اولویت برای بستری‌کردن آن‌ها؛ انتقال بیمار از بخش‌های دیگر و نبود تخت خالی (امکان‌پذیرنبودن پذیرش و بستری‌کردن بیمار در آی‌سی‌یو) با وجود هماهنگی قبلی با بخش و اصرار ناموجه (لجاجت) پرستار بخش مربوط، برای انتقال بیمار به آی‌سی‌یو، با وجود آگاهی از نبود تخت خالی در آنجا؛

٦. فعالیت در دیگر مراکز درمانی: اشتغال برخی پرستاران در مراکز مختلف درمانی خصوصی و دولتی در ساعت اداری.

شش مقوله‌ی پیش‌گفته را می‌توان زیرمجموعه‌ی مقوله‌ای مرکزی، با عنوان «نبود حساسیت اخلاقی نسبت به حرفه و اهمیت آن» جای داد؛ زیرا یکسان‌انگاری حرفه‌ی پرستاری، به‌ویژه پرستاری از بیمارانِ در معرض خطر جدی با پرستاری از دیگر بیماران یا دیگر حرفه‌های رایج پزشکی، سبب می‌شود تا برخی از افراد با نداشتن صلاحیت علمی و مهارتی کافی برای فعالیت در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب و تنها بر اساس برخورداری از پارتی قوی، فرصت اشتغال در این بخش را پیدا و در مدت خدمت روزانه نیز، بکوشند تا کمترین فشار کاری را تحمل کنند. این مسأله باعث می‌شود تا این افراد انگیزه‌ی کافی را برای یادگیری و کاربست مهارت‌های ارتباطی با همکاران و بیماران دارای شرایط سنی و وضعیت جسمی مختلف نداشته باشند و هنگام پذیرش بیمار و انتقال او از بخشی به بخش آی‌سی‌یو، به اندازه‌ی کافی، دقت نکنند.

دوم: راهبردها

در پاسخ به پدیده‌ی مرکزی و مقولات وابسته به آن، کنش‌های هفت‌گانه‌ی زیر (بنا به یافته‌های پژوهشگر) از کارکنان بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب بیمارستان لقمان مشاهده شد؛ هرچند این کنش‌ها فراوانی یکسانی نداشتند:

۱. کاهش استانداردهای لازم برای اشتغال در آی‌سی‌یو: بی‌توجهی به داشتن گواهی‌نامه‌ی معتبر پرستاری برای اشتغال در بخش آی‌سی‌یو و آماده‌کردن پرستاران با شرکت در دوره‌ای یک‌هفته‌ای برای فعالیت در این بخش؛

۲. تلاش برای برقراری روابط غیررسمی در تخصیص تخت به پرستار: اثرگذاری روابط شخصی و غیراداری با پرستار مسئول شیفت (پیشنهاد پرستار، رابطه‌ی دوستی، سابقه‌ی آشنایی، سابقه‌ی همکاری و...) در تعیین تخت و پرستار برای مراقبت از بیمار؛ درخواست برخی از پزشکان درمانگر برای بستری‌شدن بیمار خود بر روی تخت پرستاری خاص (ارتقای سطح خدمت‌رسانی و مراقبت از بیمار) و اصرار برخی از دستیاران تخصصی برای تعیین پرستاری خاص، به‌عنوان پرستار تخت بیمار مورد نظر آن‌ها؛

۳. کارگریزی و واسپاری وظایف به دیگران: راحت‌طلبی برخی از پرستاران آی‌سی‌یو، به‌ویژه افراد باتجربه‌تر و تلاش برای انجام کار کم‌تر و آسان‌تر؛ ترجیح برخی پرستاران برای

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

در آسایش قرارگرفتن خود به قیمت درسختی‌افتادن همکارانشان؛ استفاده از نیروهای طرحی در شیفت‌هایی که پرستاران دیگر، حاضر به ارائه‌ی خدمت نیستند و بهره‌کشی از نیروهای طرحی توسط کارکنان رسمی بخش آی‌سی‌یو؛

٤. ایجاد فضای همیاری غیررسمی: درگیرشدن پرستارانی غیر از پرستار تخت بخش برای برطرف‌کردن مشکلات بیمار و جابه‌جایی تخت بیمار در بین شیفت، پس از نوشتن گزارش وضعیت بیمار توسط پرستار مربوطه؛

۵. ایجاد فرایندهای غیررسمی: زیرپاگذاشتن فرایندهای رسمی پذیرش بیمار در بخش آی‌سی‌یو با پذیرش بیمار انتخابی؛ استفاده از رزیدنت‌های سال پایین برای گرفتن دستورهای درمانی و تکمیلی؛ گرفتن دستور تلفنی از پزشک درمانگر بر اساس گزارش اعلامی وضعیت بیمار توسط پرستار بخش آی‌سی‌یو به او؛ صدور دستور بستری بیمار پیش از انجام کارهای مقدماتی لازم برای عمل جراحی و صدور دستور بستری بیمار بدون نگارش شرح حال او توسط پزشک درمانگر؛

٦. بسنده‌کردن به رعایت ظاهری مقررات: تبدیل‌شدن تأیید فرم رضایت آگاهانه توسط بیمار، به‌وسیله‌ای برای مسئولیت‌گریزی پزشکان درمانگر و تدوین فرم‌های گوناگون رضایت آگاهانه‌ی خودساخته در مراکز درمانی مختلف؛

۷. افزایش میزان فعالیت در بیش از یک شیفت کاری: فعالیت نامتعارف پرستاران در بخش آی‌سی‌یو (١٦یا٢٤ ساعت پیوسته).

«نبود حساسیت اخلاقی نسبت به حرفه و اهمیت آن» به‌عنوان پدیده‌ی مرکزی در وضعیت موجود بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب، سبب می‌شود تا کارکنان این بخش، بسته به نوع و میزان مسئولیتشان، هفت رفتار متفاوت از خود نشان دهند که می‌توان آن‌ها را در مقوله‌ای محوری با عنوان «چشم‌پوشی از موازین تعریف‌شده» جای داد. بر این اساس، چشم‌پوشی از موازین تعریف‌شده برای خدمت‌رسانی در بخش آی‌سی‌یو، سبب می‌شود تا برخی افراد بتوانند با نداشتن شرایط علمی و مهارتی لازم، در این بخش با وجود حساسیت بالای آن، مشغول به خدمت شوند و برای آشکارنشدن این واقعیت و تأثیر منفی آن در راندمان درمانی بخش، یا از تحویل‌گرفتن بیماران بدحال خودداری کنند یا بیمارشان را به پرستار دارای دانش و مهارت بیشتر بسپارند. در این میان هستند افرادی که با وجود داشتن دانش و مهارت لازم، تنها، به دلیل دشواری کار با بیماران بدحال، می‌کوشند با برقراری رابطه‌ی دوستی با پرستار مسئول شیفت و افزایش حجم کار کارکنان طرحی، سهم خود را کاهش دهند. باوجوداین، پرستاران دلسوزتر می‌کوشند با ایجاد فضای همیاری غیررسمی و شکل‌دهی فرایندهای نانوشته، هم مشکل همکاران کم‌تجربه‌تر خود را حل کنند و هم تا حد توان، از توقف روند درمان بیماران پذیرش‌شده، جلوگیری به عمل آورند. به‌هرحال، بسندگی به رعایت‌کردن ظاهری مقررات، همچنین، تقاضا برای فعالیت نامتعارف در بخش آی‌سی‌یو، به منظور پیداکردن فرصت اشتغال در بخش‌ها و مراکز درمانی دیگر (یک شیفت عصر و شب هجده‌ساعته، معادل سه شیفت صبح هشت‌ساعته)، همچنان ازجمله‌ی بارزترین راهبردهای پرستاران در بخش آی‌سی‌یو است.

سوم: پیامدها

بهره‌گیری کارکنان بخش آی‌سی‌یو از راهبردهای پیش‌گفته در مواجهه با پدیده‌ی مرکزی، سبب شکل‌گیری رخنه‌هایی می‌شود که می‌توان آن‌ها را به‌عنوان پیامدهای منفی وضع موجود گزارش کرد. این پیامدها را می‌توان در پنج مقوله طبقه‌بندی کرد:

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

۱. بی‌اعتمادی و اعتراض پرستاران: بی‌اعتمادی برخی پرستاران به شیوه‌ی تقسیم تخت و بیمار، توسط پرستار مسئول شیفت و داشتن اعتراض به آن؛

۲. ایجاد امنیت شغلی کاذب: تأثیرنداشتن کیفیت خدمت‌رسانی پرستاران به بیماران در ادامه‌ی فعالیت آن‌ها در بخش آی‌سی‌یو و بی‌تأثیربودن میزان رضایتمندی بیماران (خوش‌حال/ بهبودیافته) یا همراهانشان از عملکرد پرستار، در تغییر پرستار تخت؛

۳. آسیب‌دیدگی پرستاران: افزایش فشار کاری بر کارکنان طرحی، به‌ویژه در شیفت شب، با وجود تجربه و مهارت اندک آن‌ها؛ بالارفتن میزان خستگی و خواب‌آلودگی در پرستارانی (کارشناسان بیهوشی) که در دو شیفت (عصر و شب) یا سه شیفت (صبح، عصر و شب)، به‌صورت پی‌درپی، در بخش آی‌سی‌یو فعالیت دارند و خستگی بیش‌ازاندازه‌ی کارکنان طرحی در هنگام خدمت‌رسانی به بیماران؛

٤. هدررفتن منابع مالی بیمارستان: تضییع منابع مالی و سرمایه‌ی انسانی بیمارستان در پذیرش بیماران بی‌نیاز به خدمات بخش آی‌سی‌یو؛ تضییع منابع مالی و سرمایه‌ی انسانی بیمارستان در ترخیص‌نکردن بیماران بی‌نیاز از خدمات بخش آی‌سی‌یو؛ آسیب‌دیدگی تجهیزات و افزایش میزان استفاده از مواد مصرفی (توسط کارکنان طرحی کم‌تجربه)؛ تبدیل‌شدن بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب از بخش درمانی به بخش مراقبت از برخی بیماران (تحت نظر)؛ انجام‌نشدن اقدامات لازم برای عمل جراحی بیمار، پیش از بستری‌شدن در آی‌سی‌یو توسط پزشک درمانگر که سبب رایگان انجام‌شدن خدمات مشاوره‌ای و اقدامات پاراکلینیکی بیمار با هزینه‌ی بیمارستان می‌شود؛ انجام رایگان اقدامات مقدماتی عمل جراحی، سپس ترخیص بیمار از بخش آی‌سی‌یو و انجام عمل جراحی در بیمارستانی خصوصی؛

۵. آسیب‌دیدگی جسمانی بیماران: حضورنداشتن یا حاضرنشدن به‌موقع پزشک درمانگر هنگام تحویل بیمار جدید به بخش آی‌سی‌یو برای انجام اقدامات درمانی و تکمیلی (مشاوره‌ها و اقدامات پاراکلینیکی) برای او، به‌ویژه در شیفت عصر و شب؛ آسیب‌دیدگی بیمار به دلیل نامشخص‌بودن وضعیت درمانش، غیردقیق یا کامل‌نبودن درمان آغازشده برای او؛ صدور دستور انتقال بیمار انتخابی از آی‌سی‌یو با وجود ضرورت پزشکی برای ماندن او دراین بخش برای ادامه‌ی درمان؛ بی‌اطلاعی پرستار تخت از انتقال بیمار جدید به بخش آی‌سی‌یو؛ تمرکز ذهنی نداشتن پرستار تخت برای گرفتن بیمار جدید، به خاطر داشتن بیمار بدحال در آی‌سی‌یو؛ وجود هم‌زمان چند بیمار بدحال در بخش آی‌سی‌یو؛ افت وضعیت بیمار در سطح آزمایشی و هوشیاری بین دو روز کاری، ناشی از تفاوت سطح پرستاران در شیفت‌های مختلف؛ تعیین تخت برای بیمار جدید، بی‌توجه به میزان در معرض دید بودن بیمار و تغییر لاین تخت او در آی‌سی‌یو، بی‌توجه به بدحال‌بودن او؛ خستگی شدید بیمار، به‌ویژه بیماران شهرستانی، به دلیل منتظرماندن طولانی‌مدت پشت در آی‌سی‌یو برای بستری‌شدن و آسیب‌دیدگی بیمار به علت افزایش میزان خطای کارکنان طرحی؛

٦. آسیب‌دیدگی روانی‌شخصیتی بیماران: بازگرداندن بیمار انتخابی و تعیین زمانی دیگر برای مراجعه‌ی او یا موکول‌کردن زمان مراجعه‌اش به تماس تلفنی از بخش (در برخی از مواقع این تماس تلفنی در ساعتی نامتعارف، مثل دو صبح، انجام می‌شود)؛ بروز رفتارهای پرخاشگرانه (توهین) از سوی پرستار تخت در برابر درخواست‌های بیمار؛ بی‌توجهی یا توجه‌نکردن کامل پرستار تخت به درخواست‌های مختلف بیمار؛ رفتار اعتراض‌آمیز پرستار تخت در برابر درخواست‌های بیمار و نادیده‌انگاری کرامت انسانی بیمار از سوی پرستار تخت.

استفاده‌ی کارکنان شاغل در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب از راهبردهای شش‌گانه‌ی پیش‌گفته، سبب پیدایش

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

شش پیامد مهم در رفتار حرفه‌ای آن‌ها می‌شود که می‌توان آن را در مقوله‌ی محوری «کاهش کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی در بخش آی‌سی‌یو» کدگذاری کرد.

اینک این پرسش مطرح است که «نبود حساسیت اخلاقی نسبت به حرفه و اهمیت آن» به‌عنوان پدیده‌ی مرکزی، «چشم‌پوشی از موازین تعریف‌شده» به‌عنوان راهبرد مرکزی و «کاهش کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی در بخش آی‌سی‌یو» به عنوان پیامد محوری، نتیجه‌ی اثرگذاری چه عواملی است؟ بی‌تردید، کارکنان شاغل در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب، کارکنانی اخلاق‌گریز یا اخلاق‌ستیز نیستند و با ارائه‌ی خدمات درمانی و مراقبتی در سه شیفت کاری، نقشی بسزا و انکارناشدنی در سلامت بیماران پذیرش‌شده در این بخش دارند. یافته‌های پژوهشگر نشان می‌دهد که دو دسته از عوامل، در قالب شرایط علّی و شرایط میانجی، در تحقق پدیده‌ی مرکزی و پیامدهای آن مؤثرند.

چهارم: شرایط علّی

تحلیل یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که شرایط علّی مؤثر در شکل‌گیری وضعیت موجود در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب و پیامدهای ناشی از آن، عبارت‌اند از:

۱. نبود سازوکار گزینشی کارآمد برای اشتغال در آی‌سی‌یو: نبود شاخصه‌های مدون برای اشتغال پرستاران و کارشناسان بیهوشی در بخش آی‌سی‌یو؛ یکسان‌بودن معیارهای فعالیت در بخش آی‌سی‌یو برای گروه‌های مختلف (پرستاران رسمی، پرستاران طرحی، پرستاران شرکتی و کارشناسان بیهوشی) و نبود نظام گزینش دانشی‌مهارتی برای اشتغال پرستاران در بخش آی‌سی‌یو؛

۲. نبود سازوکار پایش اخلاقی شاغلان در آی‌سی‌یو: نبود سازوکار مدون برای ارزیابی اخلاقی پرستاران متقاضی کار در بخش آی‌سی‌یو (ارزیابی ورودی) و نبود سازوکار مدون برای پایش مستمر اخلاقی پرستاران شاغل در بخش آی‌سی‌یو (ارزیابی ضمن خدمت)؛

۳. نبود سازوکار نظارتی کارآمد و مؤثر بر عملکرد حرفه‌ای شاغلان در آی‌سی‌یو: نبود نظارت بر عملکرد پزشکان درمانگر در دادن دستور بستری یا ترخیص بیمار از بخش آی‌سی‌یو؛ نبود نظارت بر عملکرد پرستار مسئول شیفت، در توزیع تخت و بیمار، میان پرستاران شاغل بخش آی‌سی‌یو؛ نبود نظارت بر رعایت ساعت کار پرستاران در یک روز کاری؛ نبود نظارت بر میزان فعالیت پرستاران در مراکز درمانی مختلف دولتی و خصوصی و نبود نظارت بر عملکرد رفتاری و حرفه‌ای پرستاران، در ارتباط با بیماران؛

٤. نبود ریزفرایندهای تعریف‌شده برای فعالیت در بخش آی‌سی‌یو: نبود فرایند تعریف‌شده‌ی یکسان برای پذیرش بیماران مختلف در بخش آی‌سی‌یو؛ نبود شیوه‌نامه‌ی مدون تعیین تخت و بیمار برای پرستاران آی‌سی‌یو؛ نبود رابطه‌ی تعریف‌شده میان پزشک درمانگر و پزشک متخصص بیهوشی مقیم در بخش آی‌سی‌یو، در فرایند پذیرش و ترخیص بیماران از بخش آی‌سی‌یو؛ نبود هماهنگی ساختارمند میان بخش آی‌سی‌یو و بخش جراحی مغز و اعصاب و دیگر بخش‌ها در انتقال بیماران؛ نبود هماهنگی ساختارمند میان پزشک درمانگر و پرستار مسئول شیفت و پرستاران بخش آی‌سی‌یو و نبود هماهنگی ساختارمند میان پزشک متخصص بیهوشی مقیم و پزشک درمانگر، در امکان‌پذیربودن ترخیص بیمار انتخابی؛

۵. نبود هماهنگی میان سختی فعالیت در آی‌سی‌یو و دستمزد دریافتی: افزایش دغدغه‌ی تأمین هزینه‌ی زندگی در پرستاران؛ نیاز مالی گسترده‌ی برخی از پرستاران؛ برخوردارنبودن پرستاران شرکتی از مزایای قانونی و دریافت با تأخیر حقوق و نبود سازوکار نظارتی کارآمد و مؤثر بر فعالیت

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

کادر درمانی در ساعات اداری.

به نظر پژوهشگر، پنج عاملِ نبود سازوکار گزینشی کارآمد برای اشتغال در آی‌سی‌یو، نبود سازوکار پایش اخلاقی شاغلان در آی‌سی‌یو، نبود سازوکار نظارتی کارآمد و مؤثر بر عملکرد حرفه‌ای شاغلان در آی‌سی‌یو، نبود ریزفرایندهای تعریف‌شده برای فعالیت در بخش آی‌سی‌یو و نبود هماهنگی میان سختی فعالیت در آی‌سی‌یو و دستمزد دریافتی را می‌توان با برچسب کلی «نادیده‌انگاری اهمیت تدوین فرایندهای شفاف برای فعالیت‌های مختلف» شناسایی کرد؛ باوجوداین، نمی‌توان نقش شرایط مداخله‌گر میانجی را که در شکل‌گیری پدیده‌ی مرکزی مؤثرند، نادیده گرفت.

پنجم: شرایط میانجی

تحلیل محتوای گفته‌های مصاحبه‌شوندگان، نشان می‌دهد که مقولات زیر به‌عنوان شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر (ویژگی‌های منابع انسانی)، در شکل‌گیری وضع موجود و پیامدهای آن مؤثرند:

۱. مصلحت‌اندیشی: در یک سازمان درمانی، صرف‌نظر از اینکه سازمانی مردم‌نهاد (غیرانتفاعی) یا وابسته به بخش خصوصی یا بخش دولتی باشد، انتظار آن است که همه‌ی تصمیم‌گیری‌های افراد مؤثر که در سطوح مختلف درمانی به ارائه‌ی خدمت مشغول‌اند، مبتنی بر مصلحت بیمار و تلاش برای بهبود یا ارتقای سطح سلامت خدمت‌گیران از نظام سلامت، بدون وجود هرگونه تبعیض باشد؛ اما یافته‌های پژوهش، نشانگر وجود برخی از مصلحت‌اندیشی‌های غیرحرفه‌ای یا تبعیض‌آمیز در میان سطوح مختلف تصمیم‌گیری در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب، به‌منظور تخصیص تخت به بیمار و تعیین پرستار برای تخت مورد نظر است؛ برای نمونه، به موارد زیر می‌توان اشاره کرد: اثرگذاری ملاحظات غیرپزشکی سازمانی در پذیرش و صدور دستور بستری بیمار جدید در بخش آی‌سی‌یو، توسط پزشک درمانگر (مانند توصیه‌ی مدیران ارشد وزارت، دانشگاه و بیمارستان، بیماران شناخته‌شده و معروف علمی، هنری، سیاسی یا وابستگی بیمار به یکی از افراد شناخته‌شده و معروف)؛ اثرگذاری ملاحظات غیرپزشکی شخصی در پذیرش و صدور دستور بستری بیمار جدید در بخش آی‌سی‌یو، توسط پزشک درمانگر (روابط خویشاوندی یا دوستی پزشک درمانگر با بیمار یا همراه او؛ پیوندهای مذهبی، نژادی، قومیتی پزشک درمانگر با بیمار یا همراه او)؛ اثرگذاری روابط غیراداری افراد با سرپرستار (سفارش) در به‌کارگیری پرستاران در بخش آی‌سی‌یو؛ نقش‌داشتن روابط پنهان (پارتی قوی) در اشتغال پرستار در بخش آی‌سی‌یو بدون داشتن سابقه‌ی کاری یا کیفیت خدمات کاری مناسب؛ اثرگذاری سلیقه‌ی شخصی پرستار مسئول شیفت در تعیین تخت و بیمار برای پرستار آی‌سی‌یو و افزایش روحیه‌ی پنهان‌کاری در پرستاران، به خاطر ترس از ازدست‌دادن موقعیت شغلی یا ترس از مقامات بالاتر؛

۲. سهل‌انگاری: سهل‌انگاری، یکی از ویژگی‌های کارکنان شاغل در بخش آی‌سی‌یو است که می‌توان آن را به‌شکل‌های مختلف پیدا کرد: آگاهی‌نداشتن کامل پزشک درمانگر از وضعیت بخش آی‌سی‌یو؛ شتاب‌زدگی پرستار مسئول شیفت، در اعلام وضعیت تخت خالی خود به بخش مربوط؛ بی‌توجهی پرستار مسئول شیفت به ظرفیت روانی و جسمی پرستاران به هنگام واگذاری کار جدید؛ بی‌توجهی پرستار مسئول شیفت، به وضعیت خاص پرستار آی‌سی‌یو، هنگام تقسیم تخت و بیمار و بی‌توجهی پرستار تخت به وضعیت روانی و اضطراب بیمار؛

۳. مسئولیت‌گریزی: نبود روحیه‌ی پاسخ‌گویی در پزشک درمانگر برای صدور دستور بستری، بدون هماهنگی با بخش آی‌سی‌یو؛ نبود روحیه‌ی پاسخ‌گویی در پرستار مسئول شیفت نسبت به چگونگی تقسیم تخت و بیمار، میان کارکنان و نبود روحیه‌ی مسئولیت‌پذیری در کارکنان بخش آی‌سی‌یو نسبت به

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

بیماران بستری (به‌ویژه بیماران انتخابی)؛

٤. وفادارنبودن: پایین‌بودن میزان تعلق سازمانی در برخی از پزشکان درمانگر؛ متعهدنبودن کادر درمانی به مسئولیت‌های قانونی‌شان و ترک زودهنگام بیمارستان برای فعالیت در مراکز درمانی خصوصی؛ نگرش درآمدزایی به حرفه‌ی پزشکی و حضور پزشکان درمانگر در مراکز درمانی خصوصی در ساعات اداری و طعمه‌انگاری تخت آی‌سی‌یو و تلاش برای اشغال زودهنگام یا بی‌دلیل آن، توسط پزشکان درمانگر؛

۵. کژتابی‌های خلقی: بی‌اعتمادی پزشک درمانگر به عملکرد برخی از پرستاران شاغل در آی‌سی‌یو و دخالت در تعیین تخت و پرستار برای بیمار؛ بی‌اعتمادی برخی از پرستاران آی‌سی‌یو به عملکرد پرستار مسئول شیفت نسبت به چگونگی تقسیم تخت و بیمار میان آن‌ها؛ کاهش حس ازخودگذشتگی (ایثار) برخی از پرستاران با افزایش سابقه‌ی فعالیت در بخش آی‌سی‌یو و کاهش چشمگیر حساسیت اخلاقی کادر درمانی به سلامت بیماران، به‌ویژه بیماران اورژانسی در شیفت‌های عصر و شب؛

٦. نگرش‌های نادرست: نگاه از بالا به پایین پزشک درمانگر به متخصص بیهوشی مقیم؛ نگاه منفی پرستاران شاغل در آی‌سی‌یو به حضور و عملکرد کارشناسان بیهوشی؛ نگاه تبعیض‌آمیز کارکنان رسمی به کارکنان طرحی و شرکتی؛ نگاه تبعیض‌آمیز پرستاران به کارشناسان بیهوشی؛ نگاه غیرحرفه‌ای مدیران بیمارستان به فعالیت نیروهای طرحی و شرکتی در بخش آی‌سی‌یو و نگاه احساسی به مسأله‌ی اشتغال فارغ‌التحصیلان پرستاری و بیهوشی.

شش مقوله‌ی مصلحت‌اندیشی، سهل‌انگاری، مسئولیت‌گریزی، وفادارنبودن، کژتابی‌های خلقی و نگرش‌های نادرست را که ناظر به ویژگی‌های منابع انسانی شاغل در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب است، می‌توان در مقوله‌ی مرکزی «نداشتن تربیت حرفه‌ای» طبقه‌بندی کرد؛ زیرا اگر منابع انسانی سازمانی برای انجام رفتارهای حرفه‌ای تربیت شده باشند، نخواهند توانست بر اساس مصلحت‌اندیشی‌های شخصی و صنفی در حرفه‌ی خود فعالیت کنند و اصول و موازین حرفه‌ای را با دقت رعایت نکنند؛ همچنین، مسئولیت‌گریز باشند و از انجام درست و به‌موقع وظایف واگذارشده سر باز زنند. این افراد، پیوسته، به منافع سازمان خود وفادار و به فضیلت‌های حرفه‌ای آراسته‌اند. چنین افرادی، همیشه، با نگاه مثبت به فعالیت خود و همکارانشان می‌نگرند و از برچسب‌زنی به دیگران، به‌شدت، پرهیز می‌کنند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که «نبود حساسیت اخلاقی نسبت به حرفه و اهمیت آن» در برخی از کارکنان شاغل در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب، به‌عنوان پدیده‌ی مرکزی، ناشی از نادیده‌انگاری اهمیت تدوین فرایندهای شفاف برای فعالیت‌های مختلف در این بخش و تربیت حرفه‌ای نداشتن کارکنان آن است. این امر سبب می‌شود تا برخی از کارکنان بخش آی‌سی‌یو بکوشند از اجرای موازین تعریف‌شده، چشم‌پوشی و به‌شکل غیررسمی و سلیقه‌ای، رفتار خود را تنظیم کنند که مهم‌ترین پیامد آن، کاهش کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی در این بخش است.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

جدول شماره‌ی ۲- ارتباط میان مقولات در الگوی پارادایمی

مؤلفه‌ی مدل پارادایمی	مقولات اصلی	مقولات
پدیده	نبود حساسیت اخلاقی نسبت به حرفه و اهمیت آن	1. به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت حرفه‌ای کافی؛ 2. اثرگذاری سلیقه‌های شخصی در روابط حرفه‌ای؛ 3. انتظارهای غیرمنطقی کارکنان؛ 4. نداشتن مهارت‌های ارتباطی؛ 5. بی‌توجهی به امکان پذیرش بیمار جدید؛ 6. فعالیت در دیگر مراکز درمانی.
شرایط علّی	نادیده‌انگاری اهمیت تدوین فرایندهای شفاف برای فعالیت‌های مختلف در بخش آی‌سی‌یو	1. نبود سازوکار گزینشی کارآمد برای اشتغال در آی‌سی‌یو؛ 2. نبود سازوکار پایش اخلاقی شاغلان در آی‌سی‌یو؛ 3. نبود سازوکار نظارتی کارآمد و مؤثر بر عملکرد حرفه‌ای شاغلان در آی‌سی‌یو؛ 4. نبود ریزفرایندهای تعریف‌شده برای فعالیت در بخش آی‌سی‌یو؛ 5. نبود هماهنگی میان سختی فعالیت در آی‌سی‌یو و دستمزد دریافتی.
شرایط میانجی	نداشتن تربیت حرفه‌ای	1. مصلحت‌اندیشی؛ 2. سهل‌انگاری؛ 3. مسئولیت‌گریزی؛ 4. وفادارنبودن؛ 5. کژتابی‌های خلقی؛ 6. نگرش‌های نادرست.
راهبردها	چشم‌پوشی از موازین تعریف‌شده	1. کاهش استانداردهای لازم برای اشتغال در آی‌سی‌یو؛ 2. تلاش برای برقراری روابط غیررسمی در تخصیص تخت به پرستار؛ 3. کارگریزی و واسپاری وظایف به دیگران؛ 4. ایجاد فضای همیاری غیررسمی؛ 5. ایجاد فرایندهای غیررسمی؛ 6. بسندگی به رعایت‌کردن ظاهری مقررات؛ 7. افزایش میزان فعالیت در بیش از یک شیفت کاری.
پیامدها	کاهش کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی در بخش آی‌سی‌یو	1. بی‌اعتمادی و اعتراض پرستاران؛ 2. ایجاد امنیت شغلی کاذب؛ 3. آسیب‌دیدگی پرستاران؛ 4. هدررفتن منابع مالی بیمارستان؛ 5. آسیب‌دیدگی جسمانی بیماران؛ 6. آسیب‌دیدگی روانی‌شخصیتی بیماران.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از نتایج طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی است. بی‌شک، انجام هر پژوهشی وابسته به همکاری افراد بسیار است که بی‌حضور آن‌ها، یا انجام نمی‌شود یا به اهداف خود نمی‌رسد؛ ازاین‌رو، لازم می‌دانیم مراتب سپاس و قدردانی خود را از رئیس محترم بیمارستان لقمان حکیم، واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی لقمان حکیم، پزشکان مقیم، سرپرستار، پرستاران و کارکنان بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب این بیمارستان و رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی که در شکل‌گیری پژوهش حاضر نقشی بسزا داشته‌اند، اعلام کنیم.

تعارض منافع

از آنجاکه مجری، هیچ‌گونه ارتباط سازمانی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های وابسته و منافعی مشترک با کادر درمانی شاغل در بخش آی‌سی‌یو جراحی مغز و اعصاب بیمارستان لقمان ندارد، در طول دوره‌ی پژوهش نیز، تعارض منافعی به وجود نیامد. همکاران طرح هم گرچه از اعضای هیئت علمی بیمارستان مورد نظرند، در انجام مصاحبه با کارکنان این بخش و پردازش اطلاعات به‌دست‌آمده از آن، نقشی نداشتند و تنها، عهده‌دار مسئولیت تسهیل‌گری بودند؛ با وجود این، تلاش شد در مصاحبه و پردازش اطلاعات حاصل از آن، از هرگونه سوگیری مثبت یا منفی با خدمت‌دهندگان و خدمت‌گیران خودداری شود. این مقاله گزارشی است از طرح پژوهشی که با کد اخلاقی ۱۳۹۶,۵٤٦، به تصویب کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی رسیده است.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

منابع

1- Arasti MR, Mazlomi HR. Process management technology. Tadbir Monthly. 2004, 14(141): 17-29.

2- Clare M. Managers and professional ethics. Journal of Business Ethics. 2004, 41: 23-33.

3- Rafiee M, Kousha M. The consequences of ethical management in the success of information age organizations. Fifth International Management Conference. University of Isfahan, Isfahsn, 2007. [in Persian]

4- Irannejad Parizi M. Principles and Fundamentals of Management in the Contemporary World. 2nd ed. Tehran: Modiran publication; 2008. p. 293-318. [in Persian]

5- Key S, Popkin SJ. Integrating ethics in to management process. Management Decision. 1998, 36(5): 331-8.

6- Namara M C. Complete Guide to Ethics Management. http://www.management (accessed on: 2018).

7- Van Mook W, Van Luijk SJ, O'Sullivan HM, Wass V, Harm Zwaveling J, Schuwirth LW, et al. The concepts of professionalism and professional behaviour: Conflicts in both definition and learning outcomes. European Journal of Internal Medicine. 2009; 20: e85–9.

8- Verkerk MA, De Bree MJ, Mourits MJE. Reflective professionalism: Interpreting CanMEDS' professionalism. Journal of Medical Ethics. 2007; 33(11): 663-6.

9- Baldwin DC, Daugherty SR. Using surveys to assess professionalism in individuals and institutions. In Stern DT (Ed.). Measuring Medical Professionalism. New York: Oxford University Press; 2006. p. 95-116.

10- Wagner P, Hendrich J, Moseley G, Hudson V. Defining medical professionalism: A qualitative study. Medical Education. 2007, 41(3): 288-94.

11- Haizlip J, May N, Schorling J, Williams A, Plews-Ogan M. Perspective: The negativity bias, medical education, and the culture of academic medicine: Why culture change is hard. Academic Medicine. 2012; 87(9): 1205-9.

12- Cohen JJ. Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. Med Educ. 2006; 40: 607-17.

13- Passi V, Doug M, Peile Ed, Thistlethwaite J, Johnson N. Developing medical professionalism in future doctors: A systematic review. International Journal of Medical Education. 2010, 1: 19-29.

14- Glicken AD, Merenstein GB. Addressing the hidden curriculum: Understanding educator professionalism. Medical Teacher. 2007; 29(1): 54-7.

15- Wagner P, Hendrich J, Moseley G, Hudson V. Defining medical professionalism: A qualitative study. Medical Education. 2007; 41(3): 288-94.

16- Salehi M, Dadgar Z. The relationship between professional ethics and organizational commitment from the viewpoint of nurses in Imam Khomeini Hospital in Sari. Bioethics Journal. 2016, 20: 33-46.

17- Akhlasi I. The place of medical ethics in cure relations case study: Governmental hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. Journal of Social Development and Welfare Planning. 20016, 7(26): 213-65.

18- Ajami S, Kitabi S. The study of bottlenecks in the discharge process of Shahid Beheshti Hospital in Isfahan. Journal of Health Information Management. 2008, 9: 27-36.

19- Tavakoli N, Gerami F, Zibaei N, Amini F, Yazdani S. Process of disclosure of patient's information in hospitals in Isfahan and design guidelines. Journal of Health Information Management. 2010, 7(4): 423-32.

20- Rahimi B, Akbari F, Zarghami N, Pourreza A. Structure, process and performance evaluation of emergency department in eeaching hospitals affiliated with Uromia and Tabriz Universities of Medical Sciences. Journal of Health Administration. 2002, 5(12): 31-8.

21- Salimifard K, Hosseini SY, Moradi MS. Improving emergency department processes using computer simulation. Journal of Health Administration. 2014; 17(55): 62-77.

22- College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand. GUIDELINES FOR THE ETHICAL PRACTICE OF INTENSIVE CARE MEDICINE. www.cicm.org.au/CICM_Media/CICMSite/CICM

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

-
Website/Resources/Professional%20Documents/IC-9-Guidelines-for-the-Ethical-Practice-of-Intensive-Care-Medicine.pdf (accessed on: 2019).
23- www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/default.aspx/legislation/ecfa_notice.aspx (accessed on: 2019).
24- Critical Care Services Ontario, STANDARDS FOR CRITICAL CARE NURSING IN ONTARIO. https://www.criticalcareontario.ca/EN/Toolbox/Critical%20Care%20Nursing/Final%20Standards%20for%20Critical%20Care%20Nursing%20in%20Ontario.pdf (accessed on: 2019).
25- Mehrabi A, Khanifar H, Amiri A, Zarei Matin H, Ghandaghi GR. An introduction to the methodology of grounded theory for Islamic research (presentation of a sample). Journal of Organizational Culture Management. 2011; 9(23): 5-30.
26- Noori A, Mehr Mohammadi M. A model for using the theory of data derived from educational research. Curriculum Studies. 2011; 6(23): 8-35.
27- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedure for developing grounded theory. 2nd ed. New Yourk: Sage Publication; 1998.
28- Charmaz K. Grounded theory as an emergent method. New Yourk: Guilford Press; 2008 p.155-70.
29- Creswell JW. Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research. 4th ed. New Yourk: Addison Wesley; 2011. p. 428.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

Ethical Analysis of Neurosurgery ICU Staff Performance in Patient Acceptance Process in Loghman Hospital

Saeid Nazari Tavakkoli[*1], Mohammadreza Hajiesmaeili [2], Omidvar Rezaei Mirghaed [3], Saeedeh Nateghinia[4]

[1]*Associate Professor, University of Tehran; Medical Ethics and Law Research center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[2]*Assistant Professor, Anesthesia and Critical Car, Anesthesiology Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[3]*Professor of Neurosurgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[4]*Researcher, Skull Base Research Center, Loghman Hakim Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Abstract
A study on the adaptability of the patient's admission process with ethical standards has a significant role in reducing the misconduct of the medical staff and increasing the satisfaction of patients. Hence, by the study of the patient's admission process in the Neurosurgery ICU and the identification of its personnel faults; we are going to provide a platform for excellent service to patients. This study is a qualitative study. It had done with the In-depth interviewing with 28 staff of the Neurosurgery ICU of Loghman Hospital during the winter of 1396 (December2017- March 2018). The data is collected and analyzed with triple coding: open, selective, and axial. "The lack of ethical sensitivity to nursing profession and its importance" is a general tag for seven categories of functional status of ICU staff: the use of staff with insufficient professional competence, the impact of staff tastes in professional relationships, irrational expectations, lack of communication skills, the inability to admission new patients and work in other health centers. Accordingly, "the lack of moral sensitivity to the profession and its importance" in the ICU staff is a central phenomenon that results from neglect of the importance of developing transparent processes for various activities in the ICU, as well as the lack of professional training. This will make the ICU staff ignore the implementation of the defined standards, and subsequently the decline in the quality of health care services in ICU.
Keywords: ICU, Patient, Ethical analysis, Patient's admission process

[*] ***Corresponding Author***: sntavakkoli@ut.ac.ir

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]