



مجله اخلاق پزشکی

دوره پانزدهم، شماره چهل و ششم، ۱۴۰۰


<https://doi.org/10.22037/mej.v15i46.36736>
Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/me>



دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی

تبیین عوامل زمینه‌ساز تبعیض در مراقبت بیماران از دیدگاه دانشجویان و مدرسین پرستاری

رویا صادقی^۱، تابنده صادقی^{۲*} 

۱. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
۲. دانشیار، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تبعیض در مراقبت از مسائل چالش‌برانگیز در حیطه اخلاق حرفه‌ای است که آگاهانه یا ناآگاهانه رخ می‌دهد و عوامل بسیاری در آن نقش دارند. این مطالعه با هدف تبیین عوامل زمینه‌ساز تبعیض در مراقبت بیماران، از دیدگاه دانشجویان و مدرسین پرستاری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه که به روش تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی انجام شد، مشارکت‌کنندگان ۸ مدرس و ۱۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. تحقیق در دانشکده پرستاری و در سال‌های ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و بحث گروهی بود و داده‌ها با روش تحلیل محتوای کیفی بر اساس روش پیشنهادی Lundman & Graneheim مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: در فرایند اجرای این تحقیق کلیه ملاحظات اخلاقی مانند دریافت کد اخلاق، کسب رضایت آگاهانه کتبی، محرمانه‌ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان در پژوهش رعایت گردید.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به ظهور ۴ طبقه «عوامل مربوط به بیمار»، «عوامل مربوط به پرستار»، «عوامل مربوط به سازمان» و «عوامل مربوط به فرهنگ» و ۱۲ زیرطبقه گردید که هر یک از طبقات با استفاده از نقل قول‌ها توضیح داده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه، عوامل زمینه‌ساز تبعیض از دیدگاه مدرسین و دانشجویان پرستاری را مشخص نمود که می‌توانند هدایت‌کننده پرستاران جهت اقدامات و برنامه‌ریزی‌های بهتر در این زمینه باشند و همچنین به عنوان پایه‌ای برای تحقیقات آینده در این زمینه مورد استفاده قرار گیرند.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۱۰/۲۲

واژگان کلیدی:

تبعیض

مراقبت پرستاری

دانشجویان پرستاری

مدرسین پرستاری

تحقیق کیفی

* نویسنده مسئول: تابنده صادقی

آدرس پستی: ایران، رفسنجان، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری کودکان.

کد پستی: ۷۷۱۸۷۹۶۷۵۵

پست الکترونیک:

t.b_sadeghi@yahoo.com

۱. مقدمه

ارزش‌های شغلی اساس و بنیاد اقدامات پرستاری را تشکیل داده و پرستار را در تعامل با بیماران، همکاران و عموم مردم راهنمایی می‌کنند (۱). انجمن پرستاری آمریکا، نوع دوستی، شأن انسانی، استقلال، صداقت و عدالت را به عنوان مظهر فعالیت‌های مراقبتی حرفه پرستاری معرفی نموده و تأکید می‌نماید در فعالیت‌های شغلی وقتی پرستار تضمین نماید که همه بیماران طبق قانون از درمانی برابر برخوردار بوده و کیفیت مراقبت‌ها برای همه یکسان در نظر گرفته شود، آنگاه عدالت تجلی پیدا می‌کند (۲). در منشور ده ماده‌ای حقوق بیمار نیز ذکر شده است: دریافت مراقبت مطلوب و مؤثر از جمله حقوق بیمار است که باید با احترام کامل بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان دریافت نماید (۳).

تبعیض در مراقبت از مسائل چالش‌برانگیز در حیطه اخلاق حرفه‌ای است (۴). عدم تبعیض در ارائه مراقبت، به صورت حداقل‌رساندن نابرابری‌های قابل اجتناب در سلامت و عوامل مؤثر بر آن در بین گروه‌هایی از بیماران که دارای سطوح مختلف مزیت‌های اجتماعی یا سطوح مختلف قدرت، ثروت یا اعتبار با توجه به موقعیت خود هستند، بیان شده است (۵). بیماران مبتلا به ایدز از جمله بیمارانی هستند که در معرض تجربه رفتارهای تبعیض‌آمیز قرار می‌گیرند. خدمات درمانی پایین‌تر از حد استاندارد و رفتارهای تحقیرآمیز کادر درمان، خودداری از هرگونه تماس و ایزولاسیون کامل بیمار، آگاه کردن خانواده بیمار مبتلا به ایدز بدون مشورت یا اجازه وی و... مواردی از تبعیض در مراقبت از این بیماران است (۶).

کیفیت در نظام سلامت در قالب مراقبتی ایمن، به موقع، اثربخش، کارا، عادلانه و بیمارمحور تعریف شده است و به عبارتی مراقبت هسته اصلی نظام سلامت است که منجر به بهبود وضعیت سلامت و رفاه بیماران می‌شود (۷). واژه مراقبت و پرستاری با هم عجین هستند. در پرستاری مراقبت تنها یک

احساس، علاقه یا اشتیاق خیرخواهانه نیست، بلکه مراقبت، ایده‌آلی اخلاقی است که به حمایت، ارتقا و حفظ ارزش‌های انسانی منتهی می‌شود (۸).

هدف از آموزش پرستاری تنها آموزش مهارت‌های ذهنی و عملی نیست، بلکه در این عرصه، تأکید بیشتر بر ارتقای اخلاقی، معنوی و ارزش‌های ارتباطی برای خدمت به مردم است (۹). دوره دانشجویی یکی از مهم‌ترین دوران برای یادگیری اصول حرفه‌ای و اخلاقی است که نتیجه آن برقراری ارتباط درست با بیماران و همکاران حرفه‌ای می‌باشد. یکی از دغدغه‌های اصلی در آموزش پرستاران، شیوه افزایش توانایی دانشجویان در موضوعات اخلاقی است (۱۰). Day و همکاران بیان کردند که دانشجویان در طی دوره ۴ ساله پرستاری باید به سوی ایجاد تصویر حرفه‌ای از پرستاری سوق داده شوند؛ در این بین مربیان پرستاری نقش مهمی دارند. در حقیقت، مربیان با نشان دادن تعهدشان نسبت به پرستاری، نقش پرستار و ارزش‌های حرفه‌ای پرستاری نقش به سزایی در شکل‌گیری و التزام به تعهد نسبت به این ارزش‌ها در دانشجویان دارند (۱۱). مدرسین پرستاری از عناصر مهم آموزش می‌باشند. آن‌ها می‌توانند توانایی‌های دانشجویان در زمینه‌های مختلف را افزایش دهند و در شکل‌گیری دانش و عملکرد اخلاقی دانشجویان نقش بسیار مهمی دارند (۱۲). بنابراین بررسی تجربیات آنان می‌تواند بسیار ارزشمند و مفید باشد. بررسی تجربیات و دیدگاه دانشجویان نیز می‌تواند به روشن شدن جوانب موضوع و مشخص شدن راهکارهای ضروری کمک کند. در این زمینه مطالعاتی به صورت کلی در زمینه صلاحیت اخلاقی در داخل کشور انجام شده است (۹، ۱۳)، اما در زمینه تبعیض به جز مطالعه ضیغمی و همکاران (۴) مطالعه دیگری که به این موضوع پرداخته باشد، در داخل و خارج از کشور یافت نشد. این در حالی است که این موضوع یکی از موارد مهم نقض حقوق بیمار بوده و بایستی مورد توجه اکید تیم درمان قرار گیرد. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و از طرفی تجربه

مدرسین پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، درخواست شد در مصاحبه فردی و یا بحث گروهی شرکت نمایند. مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و بحث گروهی روش جمع‌آوری داده‌ها بود. مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی در اتاقی در دانشکده پرستاری که بدین منظور اختصاص داده شده بود، انجام شد. با ۸ مدرس و ۷ دانشجوی پرستاری به صورت جداگانه مصاحبه فردی صورت گرفت و ۲ بحث گروهی نیز در دو جلسه جداگانه با دانشجویان (هر گروه ۳ نفر) انجام شد.

قبل از انجام مصاحبه، پژوهشگر از طریق روش‌های ارتباطی اعتمادسازی نمود و سپس با سؤالی کلی و نیمه‌باز مانند «نظر شما نسبت به موضوع تبعیض در امر مراقبت چیست؟»، «تبعیض چگونه رخ می‌دهد؟» مصاحبه را آغاز کرده و سعی نمود که حداقل دخالت را در روند مصاحبه داشته باشد. سپس بر اساس مطالب بیان شده و با طرح سؤالات پیش‌برنده و واضح کننده، روند مصاحبه‌ها در جهت پوشش دادن اهداف پژوهش هدایت گردید. نمونه‌ای از سؤالاتی که مطرح شد عبارت بودند از: «به نظر شما چرا تبعیض رخ می‌دهد؟»، «به نظرتان چه عواملی کمک‌کننده هستند؟»، «لطفاً در مورد یکی از تجارب خود در این زمینه صحبت کنید؟». مدت زمان مصاحبه بر حسب شرایط مشارکت‌کنندگان و تمایل آن‌ها به ادامه تعیین می‌شد و به طور متوسط بین ۶۰-۳۰ دقیقه به طول انجامید.

۱- در جریان مصاحبه‌ها، طبق هماهنگی و اجازه از شرکت کننده، کل مصاحبه توسط دستگاه ضبط صوت دیجیتالی (MP3 Player) ضبط و تبدیل به فایل‌های صوتی قابل انتقال بر روی رایانه شد. مصاحبه‌ها و بحث‌های صورت‌گرفته از دستگاه ضبط صوت دیجیتالی و یادداشت‌ها پیاده شدند و با توجه به اصول تحلیل محتوای قراردادی روش پیشنهادی Graneheim & Lundman (۱۴) به شرح زیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

پژوهشگران که شاهد رفتار تبعیض‌آمیز پرسنل با برخی بیماران مبتلا به بیماری‌های مسری و یا رفتار تکریم‌آمیز با بیماران دارای سطوح اقتصادی اجتماعی بالا که گاهاً توسط فرد یا منبع خاصی سفارش شده‌اند، بوده‌اند، این مطالعه با هدف توصیف تجربه و دیدگاه دانشجویان و مدرسین پرستاری در مورد عوامل زمینه‌ساز تبعیض در مراقبت از بیماران به صورت کیفی انجام شد.

۲. ملاحظات اخلاقی

این پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیستی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان کد اخلاق (IR.RUMS.REC.1399.129) دریافت نموده است. مشارکت‌کنندگان داوطلبان در مطالعه شرکت نموده و فرم رضایت آگاهانه را امضا نمودند. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه نگه داشته می‌شود و نقل قول‌ها به جز تیم تحقیق در اختیار فرد دیگری قرار نمی‌گیرد. نتایج مطالعه نیز بدون نام گزارش می‌شود.

۳. مواد و روش‌ها

این پژوهش بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر است که به صورت کیفی در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان سال‌های ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شد. در مطالعه حاضر به منظور کشف و آشکارشدن تجارب و دیدگاه دانشجویان و مدرسین پرستاری، رویکرد تحلیل محتوای کیفی به روش قراردادی مورد استفاده قرار گرفت. رضایت جهت شرکت در مطالعه، عدم میهمان یا انتقالی بودن دانشجو و سابقه حداقل سه ترم تجربه حضور در بخش‌های بالینی برای دانشجویان و حداقل سابقه ۵ سال تدریس برای مربیان معیارهای ورود به مطالعه را تشکیل دادند. انصراف حین انجام مصاحبه و تمایل به خروج از مطالعه نیز معیارهای خروج برای هر دو گروه را تشکیل دادند. روش اجرا به این صورت بود: از دانشجویان و

۴. یافته‌ها

در این پژوهش، با ۸ مدرس پرستاری (۳ مرد و ۵ زن، سابقه کار: ۲۹-۶ سال) و ۱۳ دانشجوی پرستاری (۴ دختر و ۳ پسر، ترم ۱-۶ پرستاری و ۲ بحث گروهی که در هر بحث گروهی ۳ نفر شرکت داشتند) مصاحبه صورت گرفت (جدول ۱).

با تجزیه و تحلیل داده‌ها ۴ طبقه و ۱۲ زیرطبقه پدیدار شد. «عوامل مربوط به بیمار»، «عوامل مربوط به پرستار»، «عوامل مربوط به سازمان»، «عوامل مربوط به فرهنگ» طبقات مطالعه بودند (جدول ۲) که در ادامه هر یک از این طبقات شرح داده می‌شوند.

۴-۱. عوامل مربوط به بیمار: گرچه از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر تبعیض امری ناپسند است که نباید صورت بگیرد، اما اظهار می‌داشتند گاهی اوقات ویژگی‌های بیمار مانند نوع بیماری از نظر شدت سرایت، نژاد، سطح اقتصادی، نحوه برخورد و رفتار بیمار، شغل و یا جایگاه اجتماعی سبب می‌شود که ناخودآگاه تبعیض رخ دهد. به عنوان مثال یکی از دانشجویان دختر ترم ۶ پرستاری در زمینه نوع بیماری اظهار می‌دارد: «من یه مورد آنفلوآنزا دیدم و به خصوص اینکه مریض از اتباع هم بود و می‌گفتند واگیر هم داره تا می‌تونستند کارهاش رو سریع انجام می‌دادند و خیلی بهش رسیدگی نمی‌کردند و می‌گفتند مریضیش مسری است و ممکنه ما هم بگیریم، برای بیمارانش کرونا هم مشکوک به کرونا دیدیم و ما کارهاش انجام می‌دادیم و بعدش می‌فهمیدیم مثبت است، اما اگر از اول می‌دونستیم مثبته شاید رفتارمون فرق می‌کرد.» یکی دیگر از دانشجویان پسر ترم ۸ نیز تجربه خود را بدین صورت بیان می‌کند: «یک بار مریض اچ‌آی‌وی مثبت داشتیم که خیلی کم پرسنل سراغش می‌رفتند و آقای دکتر ... گفت اصلاً نمی‌خواد شما تو اتاقش برید، خودم داروش میدم و خون گیریش می‌کنم و همه کارش رو انجام میدم، پرسنل خیلی نمی‌رفتند فقط ماها می‌رفتیم و دکتر، چون مریض دیگه به

محقق مصاحبه‌ها را تبدیل به متون کتبی نمود و چندین بار آن‌ها را از ابتدا تا انتها خواند تا نسبت به جریان کلی در حال وقوع شناخت کسب کند.

کل مصاحبه‌ها به عنوان واحد تحلیل که قرار بود تحت تحلیل و کدگذاری قرار بگیرند، لحاظ گردید.

کلمات، جملات و پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته شد. واحدهای معنایی مجموعه‌ای از کلمات و جملات بودند که از نظر محتوایی با یکدیگر مرتبط بودند. این واحدها با توجه به محتوا و مفادشان جمع‌بندی شدند و در کنار یکدیگر قرار گرفتند.

واحدهای معنایی با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها دسته‌بندی شده و کدگذاری گردیدند.

کدهای مشابه در طبقات انتزاعی با نام مشخص قرار گرفتند. در نهایت طبقات با یکدیگر مقایسه شده و با تأمل دقیق و عمیق بر روی آن‌ها، درون‌مایه‌ها نامگذاری و تعریف شدند.

لازم به ذکر است که فرآیند انجام مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل به صورت هم‌زمان صورت گرفت. به منظور استحکام و موثق بودن داده‌ها، درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت، از نظرات اصلاحی صاحب‌نظران در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها، تحلیل آن‌ها و داده‌های استخراج‌شده استفاده شد. متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج‌شده با دست‌اندرکاران پژوهش کیفی و همچنین مشارکت‌کنندگان در مطالعه در میان گذارده و از نظرات اصلاحی آنان استفاده گردید. در ارتباط با تأییدپذیری تلاش شد کلیه فعالیت‌های صورت‌گرفته شامل مراحل انجام کار و چگونگی داده‌های به دست‌آمده به دقت ثبت گردند. انتقال‌پذیری نیز از طریق تأیید اطلاعات کسب‌شده توسط دو فرد خارج از پژوهش که موقعیت مشابه مشارکت‌کنندگان را داشتند، مورد تأیید قرار گرفت.

مریض اچ‌آی‌وی مثبت پرستاران سعی می‌کنن سریع کارها رو انجام بدن و خیلی با مریض در تماس نباشند، مثال بخواهیم با یک مریض دیابتی مقایسه کنیم می‌ریم بالا سرش آموزش می‌دیم وقت صرف می‌کنیم، اما اگر مریض ایدز باشه، معمولاً سعی می‌کنیم همه چیز کوتاه باشه و خیلی دانشجو رو در تماس با مریض نگذاریم.»

یکی از مدرسین پرستاری مرد با سابقه بیش از ۲۵ سال نیز در زمینه عوامل مربوط به بیمار اظهار می‌دارد: «مثال بعضی از پرستاران یا دانشجویهای خودمون معتقدند بعضی بیماران فقط ناراضی هستند و اصلاً برخوردشون خوب نیست، خب این باعث می‌شه افراد تمایل نداشته باشند خیلی بهشون نزدیک بشن یا افرادی که سطح فرهنگ پایین‌تری دارند، شاید کمتر بهشون رسیدگی بشه یا کسانی که سطح بهداشتشون کمتر هست هم همینطور مراقبت کمتری ازشون به عمل میاد.»

یکی از دانشجویان پسر ترم ۸ پرستاری در جریان بحث گروهی اظهار می‌دارد: «شاید مریضی که ایزوله باشه و یا برای مریضی که با سیروز کبد میاد و می‌خواهند تو اورژانس مایع اسیت رو تخلیه کنند، بعضی وقتها اتفاق می‌افته کمتر می‌ریم سراغش و فقط پرستاری که مسؤول اون مریضه می‌ره و بقیه خیلی نمی‌رند سراغش یا مثلاً یک زندانی می‌آرند و ممکنه پرخاشگری بکنه معمولاً سراغش نمی‌ریم یا کسی که چاقو زده و یا چاقو خورده و یا مسمومیت با الکل اینها باعث می‌شه کمتر بریم سراغش.»

یکی از دانشجویان دختر ترم ۸ پرستاری نیز در جریان بحث گروهی می‌گوید: «بله مثال تو همین شیوع کرونا خیلی‌ها وقتی می‌فهمیدن کروناست، شاید کمتر دور و برش می‌رند، اما اگر همین مریض از جایی سفارش بشه یا شخص مهمی تو جامعه باشه، افراد بیشتری بالای سرش می‌روند و سعی می‌کنند خیلی خوب مراقبت کنند پس جایگاه اجتماعی افراد در جامعه هم اثر می‌گذاره.»

مرحله ایدز رسیده و شناخته شده بود، پس وخامت بیماری هم می‌تونه یکی از عوامل مهم باشه.»

یکی دیگر از دانشجویان دختر ترم ۷ پرستاری نیز به این موضوع بدین صورت اشاره می‌کند: «بیماری‌هایی که امکان داره مسری باشند، مثال می‌گند تو این اتاق مشکوک به کروناست و دیدم همه از مریض مشکوک به کرونا فراری بودند و یه جووری می‌خواستند از زیر مراقبت‌ها بیرون برن.»

یکی از مدرسین زن با ۱۰ سال سابقه کار هم از تجربه خود چنین می‌گوید: «مثال ما مریضی داشتیم که از زندان آورده بودند و اطلاعات هم نمی‌داد، اما یادمه که اون روزی که اومده بود، همه وقت گذاشتند برای این خانم و تمام کارهای درمانی براش انجام شد، اما اینو می‌خوام بگم این خانم رو وقتی می‌دیدیم، ناخودآگاه حسی بدی توی ما ایجاد می‌شد و شاید دوست نداشتیم خیلی خوب براش کار کنیم و یا حتی بهش دست بزنینم، اما سعی شد کارهاش انجام بشه، یک مقداری اون‌هایی که با ارزش‌های ما یکی نیستند و با اعتقادات ما یکی نیستند، شاید روی نحوه برخورد ما با خودشون تأثیر بگذارند.» مهم بودن نقش ویژگی‌های بیمار در صحبت‌های یکی دیگر از مدرسین زن دارای ۷ سال سابقه کار نیز وجود داشت که می‌گفت: «مریضی داشتیم یک آقا بود که ایدز و هپاتیت بی داشت، معتاد بود و قیافش کامل نشون‌دهنده مشکلاتش بود، این موارد ناخودآگاه تأثیر می‌گذاشت و نمی‌تونستیم مثل وقتی که بالای سر خانم یا آقای می‌ریم که معتقد است یا مشکل اخلاقی ندارد، باشیم و قاعدتاً روی ما اثر می‌گذاشت، کار مطمئناً انجام می‌شد، اما شاید برخورد ما فرق بکنه باهاش.» یکی از مدرسین مرد با ۱۷ سال سابقه کار هم از تجربه خود چنین می‌گوید: «مثال گاهی اوقات بیمار بیماری خاصی داره، مثل بیمار تی‌بی مثبت که شاید ما اصلاً طرف مریض هم نرفتیم و یا مریضی که بر اساس وقت خودمون پرکارتر باشه و ما وقت نکنیم به همه کارهاش رسیدگی کنیم و برای همین کار رو تحویل بدیم به پرسنلی که تا آخر شیفت هستند یا مثل

۲-۴. عوامل مربوط به پرستار: عواملی مانند سطح آگاهی پرستار، رضایت و علاقه پرستار نیز از جمله عواملی است که می‌تواند در تبعیض نقش مهمی داشته باشد. به عنوان مثال یکی از مدرسین مرد با ۲۸ سال سابقه کاری که علاوه بر تدریس، سابقه کار بالینی به عنوان پرستار و سوپروایزر هم در کارنامه خود دارد، در این زمینه اظهار می‌دارد: «خیلی وقت‌ها ناآگاهی ماست، مثال من خودم مریض ایدز داشتم و دیدم همکاران به سختی می‌رند که کارهاشو انجام بدن، ولی وقتی پیگیری کردم، دیدم اطلاعات اشتباه دارند و فکر می‌کنند ایدز از طریق گفتگو هم منتقل می‌شه و وقتی توجیه می‌کردم، می‌رفتند سراغش پس بعضی وقت‌ها تبعیض به دلیل ناآگاهی است.»

یکی دیگر از مدرسین زن هم که بیش از ۲۵ سال سابقه کاری دارد، در این زمینه اظهار می‌دارد: «بعضی از وقت‌ها هم ممکنه ترس به دلیل عدم آگاهی و اطلاعات لازم باعث تبعیض بشه، مثل ترس از واگیری بیماری‌ها مثل کوید ۱۹ و یا بیماری سارس و یا ابولا، مثال تو ابولا نهایتش مرگه، پس می‌ترسیدند برند سراغش و از خودگذشتگی عجیبی می‌خواست و بعضی‌ها هم گان ... می‌پوشیدند و می‌رفتند، پس اگر آگاهی لازم رو کسب کنند، تبعیض کمتری قائل می‌شوند.»

یکی از دانشجویان دختر ترم ۶ پرستاری هم در این زمینه می‌گوید: «کلاً تو پرستاری علاقه خیلی مهمه، کسی که علاقه نداره، قطعاً مراقبت خوبی انجام نمی‌ده و این خودش تبعیضه، این فرد ممکنه به بعضی از مریض‌ها که مثال سطح بهداشت پایین تری دارند یا فقیرترند و... کمتر توجه می‌کنه یا مراقبت هاشون رو انجام نده.»

یکی از دانشجویان پسر ترم ۸ پرستاری هم در جریان بحث گروهی ضمن تأیید سخنان دوستانش می‌گوید: «کلاً انگیزه خیلی مهمه، اگر انگیزه برای کار نداشته باشی، سعی می‌کنی فقط در حد انجام وظیفه معمول کار انجام بدی و خیلی از

مراقبت‌ها رو هم انجام ندی و حتی براشون توجیه هم داشته باشی که مثال وظیفه من نیست.»
دانشجوی پسر دیگری که ترم ۷ پرستاری است نیز در پاسخ به سؤال «از نظر شما چه عواملی می‌توانند در تبعیض نقش داشته باشند؟» می‌گوید: «در پرستاری علاقه و انگیزه خیلی مهمه و اگر فردی این دو را نداشته باشه، ممکنه خیلی از اخلاقیات را در کار رعایت نکنه و تبعیض یکی از اون موارد است.»

۳-۴. عوامل مربوط به سازمان: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه، گرچه تبعیض موضوع مقبولی نیست، ولی متأسفانه رخ می‌دهد. گاهی اوقات سازمان شرایط ایجاد این تبعیض را فراهم می‌کند و از جمله مواردی است که باید در بحث‌های مدیریتی سازمان به میزان بیشتری مورد توجه قرار گیرد. اتاق های VIP، بیماران سفارشی، نگاه متفاوت مدیران به افراد خاص از جمله زیرطبقات تشکیل‌دهنده این طبقه بودند.

یکی از مدرسین زن که ۲۲ سال سابقه کاری دارد، در این زمینه می‌فرماید: «من فکر می‌کنم از بالا خود سازمان زمینه‌هایی رو فراهم می‌کنه، وقتی شما اتاق خصوصی می‌گذاری برای کسی که پول بیشتری میده یا بخش وی‌آی‌پی می‌گذاری امکانات بیشتری داره، سوپیت می‌دی یخچال داره، به نظر با این موارد یه جورهایی زمینه‌سازی تبعیض می‌شه.»
یکی دیگر از مدرسین خانم که ۱۰ سال سابقه کار با دانشجویان در بخش اورژانس را دارد، در این زمینه می‌گوید: «مثال توی اورژانس همین چند روز پیش آقای ... اومدند که خیر هستند، بالاخره سرپرستار بلند شد، پرستاران دویدند و سوپروایزر اومد و بالاخره به همه یه جوری آماده‌باش و دست به سینه بودند و یا عده‌ای که آشنا داشتند و یا از طرف دفتر پرستاری و مدیر و ... معرفی شدند. مثال افرادی که مشهور هستند، وقتی می‌آیند جو عوض می‌شه و از ریاست و مترون و... همه سفارش می‌کنند.»

فرد متشخصی است تو جامعه نسبت به فردی که مثلاً از اتباع است یا دارای سطح اقتصادی پایین متفاوت باشه، یعنی می خوام بگم برامون یه جورهایی جا افتاده که باید برخوردمون با افراد خاص، خاص باشه.»

یکی از مدرسین مرد با ۱۷ سال سابقه کار نیز اظهار می‌دارد: «در هر صورت یک مسأله فرهنگی است و تو فرهنگ ما جا افتاده و فقط بحث مراقبت هم نیست و شما در خیلی از سازمان‌ها یا ادارات موضوع تبعیض را مشاهده می‌کنی و همواره به فکر پیدا کردن یک آشنا هستی.»

یکی از دانشجویان پسر ترم ۶ پرستاری نیز به این موضوع به این صورت اشاره می‌کند: «تبعیض در فرهنگ ما جا افتاده و برای همین هر کسی کاری براش پیش میاد برای همین دنبال اینه که پارتی‌بازی کنه یا یه آشنایی پیدا کنه.»

یکی دیگر از مدرسین مرد با ۲۸ سال سابقه کاری نیز اظهار می‌دارد: «ما یک فرهنگی هم داریم که به افراد خاص احترامات خاص می‌گذاریم، مثلاً وقتی می‌شناسیم یکی رییس بانک مرکزی است یا یک روحانی یا یک استاد دانشگاهی بیاد یا افراد خاص تو جامعه باشند ممکنه تو اصل مراقبت تغییری نکنه، ولی احترام بیشتر بگذاریم و ما تو فرهنگمون داریم احترام به علما، احترام به نیروهای نظامی و یا افرادی که شخصیت خاص دارند.»

۵. بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر «عوامل مربوط به بیمار»، «عوامل مربوط به پرستار»، «عوامل مربوط به سازمان» و «عوامل مربوط به فرهنگ»، از زمینه‌سازهای ایجاد تبعیض در مراقبت هستند.

ویژگی‌های بیمار مانند نوع بیماری از نظر شدت سرایت، نژاد، نحوه برخورد و رفتار بیمار، سطح اقتصادی، شغل و جایگاه اجتماعی از جمله زیرطبقات تشکیل‌دهنده طبقه عوامل مربوط به بیمار بودند. در زمینه شدت سرایت بیماری، بر اساس نتایج

یکی از دانشجویان دختر هم که دانشجوی ترم ۸ پرستاری است در این زمینه می‌گوید: «تو کارآموزی‌ها بعضی وقت‌ها شده که مثال وارد بخش شدیم، سرپرستار به مریمون می‌گه مریض ... خیلی سفارش شده، خیلی حواستون باشه و کارهاش رو زیاد به دانشجویها ندین ... این موارد نشون می‌ده که بعضی وقت‌ها خود مسؤولین شرایط تبعیض رو فراهم می‌کنند.»

یکی از مدرسین مرد که ۱۷ سال سابقه کار دارد نیز در این زمینه اظهار می‌دارد: «بعضی وقت‌ها هم مسؤولین ما رو مجبور می‌کنند که تفاوت قائل بشیم. مثال رییس بیمارستان زنگ می‌زنه که این برادر فرماندار است، حواستون باشه چون ممکنه بیاند سطح کار ما رو هم ببینند و بگند رسیدگی نکردند ... همون سرزدن‌ها و سرکشی‌های متفاوت و روحیه‌دادن باعث بشه مریض‌های دیگه فکر کنند تبعیضه و یا از دیدگاه سایر همراهان ممکنه بگند ببین چطور جواب فلانی رو می‌دهند.»

یکی از دانشجویان پسر ترم ۸ پرستاری که روزهای نزدیک به فارغ‌التحصیلی را می‌گذرانند در این زمینه اظهار می‌دارد: «بعضی وقت‌ها شده وقتی وارد بخش شدیم، بلافاصله سرپرستار به مری می‌گه مریض تخت فلان شماره آشنای ... است، حواستون باشه خیلی سفارش کردند.»

۴-۴. عوامل مربوط به فرهنگ: از دیدگاه برخی از شرکت کنندگان در مطالعه موضوع تبعیض تا حدودی در فرهنگ ما نیز جایگاه دارد و محدود به مراقبت نیست، بلکه در ادارات دیگر هم لحاظ می‌شود. به عبارتی یعنی افراد جهت دریافت خدمت در هر سازمانی همواره به فکر پیدا کردن فردی آشنا جهت سفارش هستند و بیمارستان نیز از این قاعده مستثنی نیست و همواره بیماران سفارشی را در بخش‌ها داریم. پارتی بازی و جستجوی فرد آشنا جهت سفارش از جمله زیرطبقات این طبقه بودند. به عنوان مثال یکی از مدرسین زن با ۲۲ سال سابقه کار در این زمینه می‌گوید: «متأسفانه فکر می‌کنم بحث فرهنگی است و ما ممکن است ناخودآگاه رفتارمون با فردی که تحصیلات عالی داره، وضع مالی خوبی داره و یک

القا می‌کنند و بهتر تحت درمان قرار می‌گیرند (۲۰). نقش ابتلا به بیماری مزمن و بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان و همچنین ویژگی‌های عصبی و روانی بیمار به عنوان علل عدم تمایل به درمان و مراقبت از آن‌ها توسط کادر درمان در مطالعات خارج از کشور نیز تأیید شده است (۲۱-۲۲). در مطالعه حاضر برخلاف مطالعات مذکور، حاد و مسری بودن بیماری از دلایل تبعیض در مراقبت مطرح گردید، اما توجه به موارد مزمن و خستگی پرستاران از مراقبت از چنین بیمارانی هم از جمله مواردی است که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد.

عواملی مانند سطح آگاهی پرستار، رضایت و علاقه به کار از جمله موارد تشکیل‌دهنده طبقه عوامل مربوط به پرستار بودند. در این زمینه نتایج مطالعه Stagg و همکاران هم نشان داد برخورداری از دانش مورد نیاز برای خدمت در جوامع روستایی و تأثیر اساتید و رهبران حرفه‌ای در این زمینه نقش مهمی دارند (۲۳). بر اساس نتایج مطالعه سبزواری و همکاران نیز پذیرش بیمار توسط پرستار و برقراری ارتباط مؤثر با بیمار در مراقبت از بیماران نقش زیادی داشت (۲۴). بنابراین برگزاری دوره‌های آموزش ضمن خدمت در زمینه‌های اخلاقی و حرفه‌ای و همچنین زمینه‌های علمی تخصصی جهت بالابردن سطح دانش حرفه‌ای پرستاران از جمله راهکارهای پیشنهادی به منظور ارائه مراقبت عادلانه و تخصصی می‌باشد.

عوامل مربوط به سازمان و فرهنگ هم از جمله دیگر طبقات ظاهر شده در این مطالعه بود و مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند متأسفانه زمینه فرهنگی و تجربه مردم از روندهای اداری در سازمان‌های مختلف، ناخودآگاه زمینه‌ساز ایجاد تبعیض هستند. زیرک و همکاران هم در این زمینه گزارش نموده‌اند. تفاوت‌های فرهنگی و تفاوت برنامه‌های آموزش پرستاری از جمله تفاوت‌های سطح تکامل اخلاقی بین پرستاران در مراکز درمانی شهرهای مختلف و حتی در مقایسه بین کشور ایران و سایر مطالعات خارجی می‌باشد (۲۵). این

مطالعه ضیغمی محمدی و همکاران هم همسو با مطالعه حاضر ۸۱/۸ درصد از پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه، تمایل خنثی به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز داشتند و ۵۴/۵ درصد موافق با انجام اقدامات تبعیض‌آمیز تا حد متوسطی در برابر بیماران مبتلا به ایدز بودند (۴). در مطالعه امیدوار نیز ۷۶ درصد از دانشجویان پرستاری و مامایی از این که مراقبت از یک بیمار آلوده را به عهده بگیرند و یا اینکه عامل زایمان یک فرد مبتلا به ایدز باشند، خودداری می‌کردند (۱۵). چنین نتایج مشابهی در مطالعات Kermode, Chen, Sayles که در خارج از ایران انجام شده است نیز مشاهده گردید (۱۸-۱۶). برگزاری کارگاه‌های آموزشی و برنامه‌های آموزش ضمن خدمت در زمینه بیماری‌های مسری و افزایش سطح آگاهی پرستاران در زمینه نحوه رعایت احتیاطات استاندارد در مواجهه با این بیماران، از جمله پیشنهادهایی است که می‌تواند در جهت کاهش تبعیض به این علت کمک‌کننده باشد.

نحوه برخورد و رفتار بیمار نیز از جمله مواردی بود که مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند و معتقد بودند بیماری که خوش‌اخلاق است و یا به پرستار احترام می‌گذارد، متقابلاً ممکن است احترام و توجه بیشتری از طرف پرستار دریافت کند و برعکس، بیمار معترض و ناراضی ممکن است توجه کمتری را دریافت نماید. در این زمینه، نتایج مطالعه مصلی‌نژاد و همکاران هم همسو با مطالعه حاضر نشان داد تجربه و خلق مثبت بیماران، از جمله دلایل گرایش دانشجویان به مراقبت از بیمار و دردمندی، بیمار معترض و بیمار متنفر نیز از جمله مهم‌ترین دلایل عدم گرایش دانشجویان به مراقبت از بیمار است (۱۹)، اما برخلاف مطالعه حاضر، این مطالعه موضوع کلی مراقبت را مد نظر داشته است و می‌توان تبعیض را در طبقات مربوط به عدم گرایش به مراقبت از بیماران در درون این مطالعه نیز پیدا نمود. نتایج مطالعه جویباری و همکاران نیز همسو با مطالعه حاضر نشان داد که بیماران آسوده و دارای ارتباط مؤثر و خوش‌اخلاق نوعی انرژی مثبت به کادر درمان

گردد. همچنین از کلیه مدرسین و دانشجویان مشارکت کننده در مطالعه نیز تشکر و قدردانی می‌شود.

۸. سهم نویسندگان

رویا صادقی: همکاری در طراحی پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها، تایپ مصاحبه‌ها، همکاری در نگارش مقاله.

تابنده صادقی: طراحی پژوهش، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله.

۹. تضاد منافع

این پژوهش با منافع هیچ فرد یا افراد حقیقی و حقوقی در تضاد نمی‌باشد.

دو طبقه محوری از جمله مواردی بود که موارد مشابهی با آنان در جستجوی پژوهشگر یافت نشد، بنابراین می‌توان اظهار داشت دو مقوله مهم در زمینه برقراری عدالت و عدم تبعیض هستند که نیاز است مورد توجه قرار گیرند و می‌توانند از جمله موارد پیشنهادی برای مطالعات دیگر باشند.

۶. نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، عوامل مربوط به پرستار، بیمار، سازمان و فرهنگ از جمله زمینه‌سازهای تبعیض در مراقبت هستند، لذا برگزاری کلاس‌های آموزشی برای افزایش سطح آگاهی پرستاران در زمینه بیماری‌های مسری و همچنین کلاس‌های ضمن خدمت در زمینه موضوعات اخلاقی به ویژه تبعیض، همچنین برگزاری دوره‌های ضمن خدمت برای مدیران با موضوع راهکارهای پیشگیری از تبعیض، گنجانیدن موضوع عدالت در مباحث درس اخلاق پرستاری دانشجویان و تأکید بر رعایت آن و همچنین برگزاری دوره‌های ویژه در این زمینه جهت تغییر رویکردهای سازمانی پیشنهاد می‌شود و برای تغییر فرهنگ هم تغییرات زیربنایی نیاز است که لازم است مورد توجه قرار گیرد. هم‌زمانی جمع‌آوری داده‌ها با بحران کوید که امکان برگزاری جلسات بیشتر بحث گروهی و یا تشکیل گروه‌های بزرگ‌تر را محدود نمود، از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر بود، پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری به ویژه با تأکید بر ابعاد سازمانی و فرهنگی در زمینه تبعیض صورت گیرد. انجام مطالعات کمی و به ویژه ابزارسازی نیز در این زمینه توصیه می‌شود.

۷. تشکر و قدردانی

این پروژه با حمایت مالی مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی، تهران، ایران با شماره طرح ۹۸۰۸۸۵ انجام شده است. بدین‌وسیله از مسؤولین مربوطه تشکر و قدردانی می‌شود.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در مطالعه

تعداد	مشخصات مشارکت‌کنندگان			
	۵	زن	جنس	مشخصات مدرسین
۳	مرد			
۲	۶-۱۵ سال	سابقه کار		
۴	۱۶-۲۵ سال			
۲	بیشتر از ۲۵ سال			
۴	فوق لیسانس	تحصیلات		
۴	دکتری			
۲	۳۰-۴۰ سال	سن		
۴	۴۱-۵۰ سال			
۲	بیشتر از ۵۰ سال			
۷	زن	جنس	مشخصات دانشجویان	
۶	مرد			
۶	۲۰-۲۱ سال	سن		
۷	۲۲-۲۳ سال			
۴	۶	ترم تحصیلی		
۹	۷-۸			

جدول ۲: طبقات و زیر طبقات مطالعه

زیر طبقات	طبقات
شدت سرایت بیماری	عوامل مربوط به بیمار
نژاد	
سطح اقتصادی	
نحوه برخورد و رفتار بیمار	
شغل و یا جایگاه اجتماعی	عوامل مربوط به پرستار
سطح آگاهی پرستار	
رضایت و علاقه به کار	
اتاق‌های VIP	عوامل مربوط به سازمان
بیماران سفارشی	
نگاه متفاوت مدیران به بیماران خاص	
پارتی‌بازی	عوامل مربوط به فرهنگ
جستجوی فرد آشنا جهت سفارش	

References

1. Pentecost C, Frost J, Sugg HV, Hilli A, Goodwin VA, Richards DA. Patients' and nurses' experiences of fundamental nursing care: A systematic review and qualitative synthesis. *J Clin Nurs*. 2020; 29(11-12): 1858-1882.
2. Epstein B, Turner M. The nursing code of ethics: Its value, its history. *Online J Issues Nurs*. 2015; 20(2): 1-10.
3. Sadeghi T, Dehghan Nayyeri N. Patients' dignity: patients' and nurses' perspectives. *J Med Ethics Hist Med*. 2009; 3(1): 9-20.
4. Zeighami Mohamadi SH, Zeinali E, Esmaily H, Nikbakht Nasrabadi AR. Nurse's Perspective about Discrimination in Nursing Care of Patients with AIDS. *IJN*. 2011; 24(71): 28-41.
5. Fadakar Davarani MM, Aghabozorgi Davarani MM, Daliri L. A Study on Perceived Discrimination from Implementation of the Health Reform Program among Employees of Training Organizations in Rafsanjan City, 2015. *Health and Development Journal*. 2018; 7(1): 23-32.
6. Greenwald AG, Pettigrew TF. With malice toward none and charity for some: Ingroup favoritism enables discrimination. *American Psychologist*. 2014; 69(7): 669-684.
7. Ghane G, Esmaeili M. Status of Patient-centered Care in Health System of Iran. *SJNMP*. 2019; 4(3): 1-5.
8. Dehghan Nayeri D, Karimi R, Sadeghee T. Iranian nurses and hospitalized teenagers' views of dignity. *Nursing Ethics*. 2011; 18(4): 474-484.
9. Borhani F, Alhani F, Mohammadi E, Abbaszadeh A. Professional Ethical Competence in nursing: the role of nursing instructors. *J Med Ethics Hist Med*. 2010; 3: 3-11.
10. Abbaszadeh A, Torabi M, Borhani F, Shamsaei F. The place of ethics education in nursing in Iran. *Bioethics Journal*. 2015; 5(17): 117-146.
11. Day RA, Field PA, Campbell IE, Reutter L. Students' evolving beliefs about nursing: From entry to graduation in a four-year baccalaureate programme. *Nurse Educ Today*. 2005; 25(8): 636-643.
12. Kyle G. Using anonymized reflection to teach ethics: a pilot study. *Nurs Ethics*. 2008; 15(1): 6-16.
13. Borhani F, Alhani F, Mohammadi I, Abbaszadeh A. Perception of nursing teachers about nursing students professional ethical competency: A qualitative study. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 2010; 16(3): 165-173.
14. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2): 105-112.
15. Omidvar SH. Knowledge level and attitude of midwifery and nursing students regarding AIDS, Babol, 2000. *JBUMS*. 2003; 5(5): 37-41.
16. Chen WT, Han M, Holzemer WL. Nurses' knowledge, attitudes and practice related to HIV transmission in northeastern China. *AIDS Patient Care and STDs*. 2004; 18(7): 417-422.
17. Kermode M, Holmes W, Langkham B, Thomas MS, Gifford S. HIV-related knowledge, attitudes & risk perception amongst nurses, doctors & other healthcare workers in rural India. *Indian J Med Res*. 2005; 122(3): 258-264.
18. Sayles JN, Wong MD, Kinsler JJ, Martins D, Cunningham WE. The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*. 2009; 24(10): 1101-1108.
19. Mossllanejad L, Dehghani A, Sanagoo A. The explanation of tendency or lack of tendency to patient care from university students' experience: A qualitative research. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty*. 2013; 10(1): 53-62.
20. Jouybari LM, Haghdoost Oskouee SF, Ahmadi F. Comforting nurse: Patients' experiences and perceptions. *RJMS*. 2005; 12(45): 59-68.
21. Knox KE, Getzin A, Bergum A, McBride P, Rieselbach R, Friedsam D. Short report: factors that affect specialty choice and career plans of Wisconsin's medical students. *Wisconsin Medical Journal (WMJ)*. 2008; 107(8): 369-374.
22. Saigal P, Takemura Y, Nishiue T, Fetters MD. Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study. *BMC Med Educ*. 2007; 7(1): 1-9.
23. Stagg P, Greenhill J, Worley P. A new model to understand the career choice and practice location decisions of medical graduates. *Rural Remote Health*. 2009; 9(4): 1-10.

24. Sabzevari S, Soltani Arabshahi SK, Shekarabi R, Kouhpayehzadeh Esfahani J. Nursing student's communication with patients in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2006; 6(1): 43-48.
25. Zirak M, Moghadasian S, Abdollahzadeh F, Rahmani A. The study of level of ethical development in nurses working in training-treatment hospitals affiliated in Tabriz university of medical sciences, Tabriz, Iran. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2012; 6(3): 32-39.



Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2021; 15(46): e24

<https://doi.org/10.22037/mej.v15i46.36736>

Journal Homepage: <http://journals.sbm.ac.ir/me>



ORIGINAL ARTICLE

Open Access

Explaining the Underlying Factors of Discrimination in Caring for Patients from Views of Nursing Students and Teachers

Roya Sadeghi¹ , Tabandeh Sadeghi^{2*} 

1. Medical Student, School of Medicine, Student Research Committee, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

2. Associate Professor, Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Non-Communicable Diseases Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 21 November 2021

Accepted: 01 January 2022

Published online: 12 January 2022

Keywords:

Discrimination

Nursing Care

Nursing Students

Nursing Teachers

Qualitative Research

ABSTRACT

Background and Aim: Discrimination in caring is a challenging issue in the field of professional ethics that occurs consciously or unconsciously and some factors have an important role in this issue. This study planned to explain the underlying factors of discrimination in caring for patients from views of nursing students and teachers.

Materials and Methods: In this qualitative content analysis study, the participants were 8 teachers and 13 nursing students of Rafsanjan University of Medical Sciences who were selected by purposive sampling. The study was performed in nursing school, 2020. The data collection method was semi-structured interviews and group discussions and the data were analyzed by qualitative content analysis suggested by Graneheim and Lundman.

Ethical Considerations: In the process of conducting of this research, all ethical considerations such as receiving the code of ethics, obtaining informed consent and keeping confidential the information of the participants were observed.

Findings: Data analysis led to the emergence of four categories: "factors related to the patient" and "factors related to the nurse", "factors related to the organization", "factors related to culture" and 12 subcategories. Each of the categories was described with use of quotes.

Conclusion: The results of this study identified the underlying factors of discrimination from the perspective of nursing teachers and students that can guide nurses for better actions and their programs in this field. Also, the results can be used as a basis for future research in this field.

* Corresponding Author: Tabandeh Sadeghi

Address: Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Non-Communicable Diseases Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

Postal Box: 7718796755

Email: t.b_sadeghi@yahoo.com

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

Cite this article as:

Sadeghi R, Sadeghi T. Explaining the Underlying Factors of Discrimination in Caring for Patients from Views of Nursing Students and Teachers. *Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2021; 15(46): e24.