

شناسایی و تحلیل عوامل سازمانی - حرفه‌ای مؤثر بر اعتماد میان بیمار و پزشک

مهشید صفایی^۱، مقصود فراستخواه^۲، احسان شمسی گوشکی^۳

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی فرهنگی (گروه علوم اجتماعی)، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استاد گروه برنامه‌ریزی آموزش عالی، مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، تهران، ایران.

۳. دانشیار گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

در ساختار نظام سلامت مسائل حرفه‌ای و بازدارنده‌های سازمانی موجب خستگی بیمار، فرسودگی پزشک و در نهایت مسائل میان فردی میان بیمار و پزشک از جمله عدم درک متقابل و فرسایش اعتماد می‌شود. از این رو، اعتماد به‌عنوان هسته مرکزی سرمایه اجتماعی نقش بسزایی در کیفیت روابط میان فردی میان بیمار و پزشک دارد. اعتماد میان بیمار و پزشک و گسترش عمومی آن مستلزم مجموعه‌ای از ملاحظات سازمانی و اصول حرفه‌ای در نظام سلامت است. در این پژوهش سعی شد عوامل سازمانی و حرفه‌ای مؤثر بر اعتماد میان پزشکان و بیماران واکاوی شود. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته در مراکز ارائه خدمات سلامت شهر تهران گردآوری شد. با روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی مصاحبه‌ها با ۳۹ نفر و تا رسیدن به اشباع نظری انجام شد. با بهره‌گیری از استراتژی داده‌بنیاد و نرم‌افزار اطلس تی‌آی، داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی دسته‌بندی و تحلیل شدند. پایایی در مرحله کدگذاری با استفاده از روش بازآزمون انجام گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد، مؤلفه‌های «حرفه‌ای - سازمانی» مؤثر مشتمل بر سه مؤلفه «مدیریت حرفه‌ای سازگار شونده»، «بیمه سازگار شونده»، «سیاست سازگار شونده»، و «مؤلفه است. این مؤلفه‌ها عناصر تشکیل دهنده ساختار و زیرساخت‌های توسعه حرفه‌ای در نظام سلامت هستند که می‌تواند ارتباط و تعامل مبتنی بر اعتماد میان بیمار و پزشک را در نظام سلامت احیا کنند. در خصوص تدوین راهبردها و سیاست‌های اجرایی برای افزایش اعتماد بین بیمار و پزشک به پژوهش‌های راهبردی دیگری نیاز است.

واژگان کلیدی: اعتماد، بیمار، پزشک، مراکز خدمات سلامت، عوامل سازمانی - حرفه‌ای.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۵

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۲/۱۳

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

مقصود فراستخواه

آدرس: ایران، تهران، مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، گروه برنامه‌ریزی آموزش عالی

کد پستی: ۱۹۱۵۶۷۳۴۸۱

تلفن: ۰۲۱۲۲۰۱۰۶۱۶

Email: m_farasatkah@yahoo.com

مقدمه

پیام‌های کلیدی

۱. عوامل سازمانی و حرفه‌ای در نظام خدمات سلامت نقش اثرگذاری در کیفیت گسترش اعتماد دارند.

۲. بر اساس نتایج این پژوهش بهبود وضعیت رابطه مبتنی بر اعتماد بین جامعه بیماران و پزشکان مستلزم ایجاد حساسیت مدیریت درمان «مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی آن‌ها نسبت به وضعیت موجود» پوشش بیمه همگانی و قطع رابطه مالی بین بیمار و پزشک است.

۳. ضرورت دارد اعتماد به‌عنوان سازه زیربنایی سرمایه اجتماعی به‌مثابه دغدغه سیاستی سیاست‌گذاران و مدیران نظام درمان و خدمات سلامت لحاظ شود.

و بسترسازی حقوقی درمان نظیر بیمه و عملکرد دولت در زمینه حقوق بیمار و درمان نقش محوری در افزایش اعتماد متقابل بین بیمار و پزشک دارد. به‌عنوان نمونه، قوانین و آئین نامه‌های مصوب درمان و برخورداری از پرونده الکترونیکی سلامت و آگاهی بیمار از آن در اعتماد بیمار به پزشک اثرگذار است. ضمن اینکه گسترش نگرش مثبت به درمان و سازمان‌های بهداشتی و جایگزین کردن مدل سنتی پزشکی زیستی با الگوهای ارتباطی بیماری از مؤلفه‌های مهم تلقی می‌گردد. به لحاظ مدیریتی، توزیع عادلانه منابع و امکانات محدود درمان و تسهیل تعقیب حق شکایت و دادخواهی بیماران از پزشکان و حق پی‌جویی قضایی و انتظامی بیمار حائز اهمیت فراوان هستند (۴).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد در ساختار نظام سلامت موانع

زیست اجتماعی در عصر امروزی به سازمانهایی وابسته است که مبتنی بر اعتماد شکل گرفته باشند. اعتماد به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم روابط انسانی، مؤلفه مهم سرمایه اجتماعی، نظم اجتماعی و زمینه ساز مشارکت میان اعضای جامعه است که تمایل افراد را برای همکاری با گروه‌های مختلف جامعه افزایش می‌دهد (۱) و البته تنها می‌تواند در جوامعی با نهادهای جاافتاده مدنی و محیط حقوقی توسعه یافته رشد کند که نیازمند توسعه مدنی، فرهنگی و توسعه در الگوهای ادراکی و رفتاری است (۲).

امروزه تلاش می‌شود بیمار به عنوان محور اصلی فرایند درمان باشد و تمام خدمات درمانی به خاطر او انجام شود. برآوردن نیازها، انتظارات، توقعات بیمار از خدمات بهداشتی و درمانی نشان‌دهنده پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری کادر بهداشت و درمان است و رضایتمندی بیمار از فرایند درمان اعتماد بیمار به سیستم درمانی را ایجاد می‌کند. اعتماد به دست آمده بیمار در همکاری او با پزشک متجلی می‌شود و موجب بهبودی سریعتر و بازگشت وی به جامعه می‌شود (۳). با مرور تحقیقات پیشین درباره اعتماد مشاهده می‌شود که مباحثی از قبیل سازماندهی و مدیریت محیط درمان، سیاست‌ها، قوانین، آئین نامه‌ها و رویه‌های درون سازمانی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، تسهیلات درمان و سازمان‌های حامی و تسهیل‌گر درمان نظیر بیمه درمان به‌عنوان عوامل سازمانی - حرفه‌ای مورد نظر هستند. عوامل اعتمادساز سازمانی - حرفه‌ای به زمینه‌ها و زیرمؤلفه‌های قانونی - حقوقی، اخلاقی، محیطی و مدیریتی اشاره دارند. اثر شرایط محیطی درمان به‌ویژه مطب و بیمارستان در افزایش اعتماد بیمار به پزشک حیاتی است. وجود نظم در ارائه خدمات

سازمانی که موجب معطلی و خستگی بیماران، موانع فرهنگی و اجتماعی شامل اختلاف زبانی و تفاوت فرهنگی میان پزشک و بیمار (۵) اقتدار پزشکی و رفتارهای غیرهمدلانه، وضعیت سلامتی بیمار را تهدید کرده و به شکلی غیرمستقیم ترغیب کننده خوددرمانی و تجویزهای غیر معتبر می‌شود (۶). یافته‌های مرکز رصد فرهنگی کشور نیز در سال ۱۴۰۱ درباره وضعیت گروه‌های مرجع در ایران نشان دهنده کاهش اعتماد به پزشکان است. با وجودی که در سال ۱۳۷۹-۱۳۸۰ سه گروه «معلم، استادان و پزشکان» بیشترین اعتماد مردم را جلب کرده و به‌عنوان گروه‌های اجتماعی مطلوب مردم به حساب می‌آمدند اما بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۷ این روند کاهش داشته است (۷).

نظام سلامت مطلوب پاسخگو و عادلانه رفتار کرده و با رعایت احترام و شأن اقشار کم تر برخوردار منجر به ارتقای سلامت جامعه خواهد شد. در حالی که برخی مطالعات ضعف در رعایت و حفظ کرامت انسانی در ایران، بالاخص توسط ارائه کنندگان خدمات بهداشتی را نشان می‌دهد (۸). فاصله حقیقت (نظام سلامت مطلوب) با واقعیت (نظام سلامت موجود)، هزینه‌های روزافزون و مشکلات موجود در صنعت بیمه، مطالبه عمومی برای تغییرات و اصلاحات در نظام سلامت را اجتناب ناپذیر ساخته است (۹). بیمه اجتماعی با هدف توزیع درآمد و کاهش و حذف ریسک اقشار کم توان اقتصادی و برقراری عدالت اجتماعی به وجود آمده است و در صورت عدم رعایت اصول سه گانه نظام‌های «عدالت اجتماعی» مشتمل بر همبستگی اجتماعی، یارانه متقاطع، اجبار قانونی، ساختار آن متزلزل و از اهداف خود دور خواهد شد (۱۰).

با توجه به مشاهدات موجود مسئله اعتماد بین پزشکان و

بیماران با چالش روبرو است. برای شناسایی و حل مسئله مزبور راهبردها و راهکارهای متعددی می‌تواند وجود داشته باشد. با عنایت به اهمیت مدیریت سازمانی و حرفه‌ای نظام سلامت در افزایش کیفیت اعتماد میان جامعه بیماران و پزشکان و کاستی‌های پژوهشی در این زمینه این پژوهش با روش کیفی و از دل داده‌های گروهی از اعضای اصلی نهاد سلامت (گروه بیماران و کادر درمان) تلاش کرده ضمن تولید ادبیات نو در این موضوع این شکاف پر شود و به راه حل‌ها و راهکارهای سیاستی و اقدامات اجرایی مناسب و مرتبط دست یابد. نتیجه کاربردی این مطالعه می‌تواند موجب بازنگری در سیاست‌های اجرایی افزایش استانداردهای نظام خدمات سلامت برابری در دسترسی به خدمات بهداشتی ترویج و نهادینه سازی اعتماد در نظام بهداشت باشد که نقش بسیار مثبت و اثرگذاری در جامعه بیماران و پزشکان و افزایش اعتبار نظام سلامت خواهد داشت. مسئله این پژوهش شناسایی تجارب، تفاسیر و مؤلفه‌های مؤثر در خصوص عوامل سازمانی-حرفه‌ای بر روابط متقابل بیماران و پزشکان است و تلاش می‌شود به این پرسش محوری پاسخ دهد که عوامل اثرگذار «حرفه‌ای-سازمانی» در اعتماد متقابل بین پزشک و بیمار کدامند و چگونه فهم می‌شوند؟

روش کار

این پژوهش با رویکرد مطالعه کیفی در سال ۱۴۰۰ انجام شده است. میدان پژوهش ۳ بیمارستان دولتی و ۳ بیمارستان خصوصی و دو مطب در خیابان شریعتی (منطقه ۳) تهران هستند. از طریق نمونه گیری هدفمند و گلوله برفی با ۳۹ نفر (۲۷ نفر از گروه بیماران و همراهان بیمار و ۱۲ نفر از گروه پزشکان و کادر درمان) برای گردآوری داده و اطلاعات مصاحبه

کلی مشارکت‌کنندگان گروه کادر درمان شامل جنسیت سن تخصص و محل کار در جدول شماره (۲) درج شده است.

انجام شد. اطلاعات کلی مشارکت‌کنندگان گروه بیماران شامل جنسیت سن شغل میزان تحصیلات دلیل مراجعه به پزشک و تخصص پزشک مراجعه شده در جدول شماره (۱) و اطلاعات

جدول شماره ۱ - مشخصات مشارکت‌کنندگان (گروه بیماران)

ردیف	جنسیت	سن	شغل	مقطع تحصیلی	دلیل آخرین مراجعه به پزشک	تخصص پزشک مراجعه شده
مصاحبه‌شونده شماره ۱	زن	۴۴	کارمند	کارشناسی ارشد	درمان برای تولد فرزند	پزشک زنان
مصاحبه‌شونده شماره ۲	زن	۴۱	ماما	کارشناسی	بیماری فرزند	پزشک اطفال
مصاحبه‌شونده شماره ۳	زن	۳۸	کارمند	کارشناسی	بیماری مادر	پزشک غدد
مصاحبه‌شونده شماره ۴	زن	۶۴	خانه‌دار	کارشناسی	عمل چشم	پزشک چشم
مصاحبه‌شونده شماره ۵	زن	۵۰	خانه‌دار	کارشناسی ارشد	دچار بی‌اشتهایی و کاهش وزن شد	پزشک داخلی
مصاحبه‌شونده شماره ۶	زن	۵۹	خانه‌دار	دیپلم	خشکی بدن بخصوص در گلو و مش کلات بلع	پزشک داخلی
مصاحبه‌شونده شماره ۷	زن	۵۸	کارمند بازنشسته	کارشناسی	درد دندان	دندانپزشک
مصاحبه‌شونده شماره ۸	زن	۳۳	خانه‌دار	دیپلم	گرفتگی مداوم عضلات و خستگی و کوفتگی	پزشک ارتوپد
مصاحبه‌شونده شماره ۹	زن	۳۴	کارمند	کارشناسی ارشد	مراقبت‌های بارداری	پزشک زنان
مصاحبه‌شونده شماره ۱۰	زن	۴۰	کارمند	کارشناسی ارشد	چکاپ سرطان سینه	پزشک زنان
مصاحبه‌شونده شماره ۱۱	زن	۵۰	کارمند	دکتری	بیماری مربوط به اعصاب و روان	روانپزشک
مصاحبه‌شونده شماره ۱۲	زن	۳۵	کارمند	کارشناسی ارشد	احساس مبتلا شدن به بیماری کرونا	پزشک عفونی
مصاحبه‌شونده شماره ۱۳	زن	۳۴	دانشجو	کارشناسی	احساس مبتلا شدن به بیماری کرونا	پزشک عمومی
مصاحبه‌شونده شماره ۱۴	مرد	۵۰	استاد دانشگاه	دکتری	همراه بیمار عمل جراحی	پزشک جراح
مصاحبه‌شونده	مرد	۴۵	کارمند	کارشناسی	بررسی کلی اوضاع و تجویز دارو	پزشک کودک

ردیف	جنسیت	سن	شغل	مقطع تحصیلی	دلیل آخرین مراجعه به پزشک	تخصص پزشک مراجعه شده
شماره ۱۵					برای بهبود شرایط کودک	
مصاحبه‌شونده شماره ۱۶	مرد	۴۳	شغل آزاد	کارشناسی ارشد	مراجعه به روانپزشک	روانپزشک
مصاحبه‌شونده شماره ۱۷	مرد	۷۱	بازنشسته	کارشناسی	چکاپ قلب	پزشک قلب
مصاحبه‌شونده شماره ۱۸	زن	۵۷	خانه‌دار	دیپلم	همراه بیمار عمل جراحی	پزشک جراح
مصاحبه‌شونده شماره ۱۹	زن	۴۹	کارمند	کارشناسی	بیماری پوستی	پزشک پوست
مصاحبه‌شونده شماره ۲۰	زن	۳۸	کارمند	کارشناسی	چکاپ مربوط به زنان	پزشک زنان
مصاحبه‌شونده شماره ۲۱	زن	۴۸	کارمند	کارشناسی ارشد	مسائل مربوط به تغذیه	پزشک تغذیه
مصاحبه‌شونده شماره ۲۲	مرد	۴۲	بدون شغل	کارشناسی	همراه پدر بیمار بیماری خونی مزمن	پزشک فوق تخصص خون
مصاحبه‌شونده شماره ۲۳	مرد	۴۲	آزاد	کارشناسی ارشد	احساس بیماری کرونا	پزشک عمومی
مصاحبه‌شونده شماره ۲۴	زن	۴۹	خانه‌دار	کارشناسی ارشد	بیماری کرونا	پزشک ریه
مصاحبه‌شونده شماره ۲۵	زن	۴۷	هنرمند	کارشناسی ارشد	چکاپ سالیانه پزشک زنان	پزشک زنان
مصاحبه‌شونده شماره ۲۶	زن	۳۸	کارمند	کارشناسی	پزشک فرزند	پزشک اطفال
مصاحبه‌شونده شماره ۲۷	زن	۴۴	کارمند	کارشناسی ارشد	چکاپ سالیانه پزشک زنان	پزشک زنان

جدول شماره ۲ - مشخصات مشارکت‌کنندگان (گروه کادر درمان)

ردیف	جنسیت	سن	تخصص	محل کار
مصاحبه‌شونده شماره ۱	زن	۴۶	پزشک زنان	
مصاحبه‌شونده شماره ۲	زن	۳۹	پزشک عمومی	بیمارستان خصوصی
مصاحبه‌شونده شماره ۳	مرد	۴۵	متخصص اورژانس	بیمارستان دولتی
مصاحبه‌شونده شماره ۴	مرد	۵۰	متخصص داخلی	بیمارستان دولتی
مصاحبه‌شونده شماره ۵	زن	۴۱	پرستار	بیمارستان دولتی
مصاحبه‌شونده شماره ۶	زن	۳۵	پرستار بخش شکایات بیمارستان	بیمارستان دولتی
مصاحبه‌شونده شماره ۷	مرد	۵۱	پزشک جراح عمومی	بیمارستان خصوصی

محل کار	تخصص	سن	جنسیت	ردیف
بیمارستان خصوصی	ماما	۳۸	زن	مصاحبه‌شونده شماره ۸
بیمارستان دولتی	پزشک عمومی	۶۰	مرد	مصاحبه‌شونده شماره ۹
بیمارستان دولتی	پرستار	۳۸	زن	مصاحبه‌شونده شماره ۱۰
مطب	پزشک پوست و زیبایی	۴۵	زن	مصاحبه‌شونده شماره ۱۱
مطب	پزشک پوست و زیبایی	۵۵	مرد	مصاحبه‌شونده شماره ۱۲

تحقیق برابر ۸۶ درصد است و قابلیت اعتماد کدگذاری‌های مصاحبه‌های پژوهش را تأیید می‌کند.

از روش مثلث‌سازی^۲ (سه سویه نگری) در گردآوری داده و اعتبار سنجی آن‌ها (استفاده از اسناد و گزارشات علمی، مشاهدات، مصاحبه و اطلاعات میدانی) و سه سویه نگری در مرجع و منابع، مصاحبه و مطالعه (بیماران، همراهان بیمار، پزشکان و کادر درمان) استفاده شد. برای بررسی درباره روایی در کنار پایایی پژوهش اعتبار خود مقولات کنترل شد. ابتدا با روش چک کردن توسط مشارکت‌کنندگان در پژوهش (مصاحبه‌شونده یا حاضرین در موقعیت مشاهده و ذی‌نفعان و اطلاع‌رسان‌ها) و سپس چک شدن از سوی هم‌تایان علمی خیره در موضوع و موقعیت پژوهش انجام گرفت (۱۳).

برای تجزیه و تحلیل داده و اطلاعات در بخش کیفی از کدگذاری سه مرحله ای «باز»، «محوری» و «گزینشی» استفاده گردید. فرایند تحلیل داده در پژوهش‌های کیفی بدین شکل بود که گزاره‌ها (کدها) در مرحله کدگذاری باز عینی و ملموسند و در مراحل کدگذاری محوری و گزینشی غیرملموس و انتزاعی هستند. در مراحل اولیه تجزیه و تحلیل داده‌ها و دسته بندی مؤلفه‌ها، مفاهیم و مقوله‌ها از نرم افزار اطلس تی آی^۳، نسخه نهم، استفاده شد. در تمام این مراحل کدها از طریق برداشت

برای گردآوری و تحلیل یافته‌های کیفی از استراتژی نظریه برپایه (گراند تئوری)^۱، مدل نظام‌مند یا سیستماتیک اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸) استفاده گردید (۱۱). مصاحبه اکتشافی نیمه‌ساختمند ابزار اصلی و میدانی برای گردآوری داده و اطلاعات بود. بیماران و پزشکان مخاطبان و ذی‌نفعان اصلی و مناسب‌ترین فرد در جهت تکوین نظریه این پژوهش بوده و بیشترین تجربه و آگاهی را نسبت به موضوع دارند بنابراین مرتبط ترین و مناسب ترین داده و اطلاعات را از آن‌ها می‌توان جمع آوری کرد. مصاحبه با همراهان بیمار و کادر درمان نیز به این خاطر انجام گرفت که آن‌ها به عنوان مطلعین مستقیم و عوامل درگیر با موضوع پژوهش هستند. تا رسیدن به اشباع نظری در مجموع با ۳۹ نفر (گروه بیمار و کادر درمان) ادامه یافت.

پایایی در این پژوهش با استفاده از روش بازآزمون انجام گرفته است (۱۲). از میان مصاحبه‌های انجام شده، ۵ مصاحبه انتخاب شد و هر کدام از آن‌ها دو بار در فاصله زمانی ۱۵ روزه توسط پژوهشگر کدگذاری شده است. تعداد کل کدها در دو فاصله زمانی ۱۵ روزه برابر ۵۶، تعداد کل توافقات بین کدها در این دو زمان برابر ۲۴، تعداد کل عدم توافقات در این دو زمان برابر ۸ است. پایایی بازآزمون مصاحبه‌های انجام‌گرفته در این

3- ATLAS.ti9

1 - GTM
2 -Triangulation

ذهنی و حساسیت نظری پژوهشگران ساخته و در نرم افزار ثبت شدند.

این مطالعه با شناسه اخلاق IR.IAU.SRB.REC. 1398 228. و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران انجام گرفت. درباره ملاحظات اخلاقی اخذ رضایت آگاهانه برای مشارکت داوطلبانه شرکت کنندگان به صورت کتبی در ابتدای مصاحبه صورت پذیرفت و مواجهه اخلاقی با آزمودنی در تمام مراحل پژوهش رعایت شد. رازداری، گمنام ماندن و حفظ اسرار شرکت کنندگان، دقت در طراحی پروتکل اجرایی انجام شد و در مراحل مختلف طراحی، گردآوری و تحلیل داده و یافته‌های پژوهش از اصول و موازین اخلاق در پژوهش از قبیل وفاداری به متن، ارجاع‌دهی به منابع و رعایت اصول نگارش علمی تبعیت کرده است.

یافته‌ها

ساختار و زیرساخت‌های توسعه حرفه‌ای

یافته‌های این پژوهش برگرفته از داده و اطلاعات میدانی است که روی واکاوی عوامل سازمانی و حرفه‌ای متمرکز است. عوامل سازمانی و حرفه‌ای عمدتاً سیاستی و مدیریتی هستند و نقش اثرگذاری در کیفیت گسترش اعتماد میان جامعه بیماران و پزشکان دارند. مقوله اصلی استخراج شده این پژوهش «ساختار و زیرساخت‌های توسعه حرفه‌ای» است. این مقوله مشتمل بر سه مؤلفه کلان «مدیریت حرفه‌ای سازگار شونده»، «بیمه سازگار شونده» و «سیاست سازگار شونده» است. همه مؤلفه‌های مورد نظر در امر سیاست‌گذاری و مدیریت درمان نقش محوری دارند.

۱- مدیریت حرفه‌ای سازگار شونده

اولین بستر مناسب برای توسعه حرفه‌ای و افزایش اعتماد متقابل بیمار و پزشک ساختار مدیریتی حرفه‌ای تسهیل‌گر و حمایت‌کننده در نظام خدمات سلامت است. مشارکت‌کننده پزشک متخصص داخلی که در یکی از بیمارستان‌های دولتی بود از اهمیت مدیریت نظام سلامت و نیاز به یک مدیریت حرفه‌ای سخن می‌گوید: «قصورها خودش را در رابطه پزشک و بیمار مشخص می‌کند و راه‌حل آن نه دست پزشک است نه دست بیمار. من احساس می‌کنم این‌قدر فوکوس کردن به درخت واقعاً نمای جنگل را از ما می‌گیرد. اگر درباره مفاهیم انتزاعی یعنی اجتماعیش بخواهیم حرف بزنیم در آن جا از پزشک حرف نمی‌زنیم و از مدیران سلامت حرف می‌زنیم از کسانی که این سیستم را شکل می‌دهند و از جامعه‌ای که این نهاد را می‌سازد و به آن نقش می‌دهد. پزشک خیلی وقت‌ها قدرت تعیین‌کننده ندارد و یک حلقه ازین زنجیره است و نه یک سوپرمن. یعنی باید نگاه کنید سیستم سلامت چطور شکل می‌گیرد و به چه سمتی می‌رود؛ هر چقدر به پزشک و بیمار فشار بیاورید متوجه می‌شوید مسئله تمام نمی‌شود چون مشکلات سایه شان افتاده اینجا به همین دلیل یک‌بار کاملاً نهادگرایانه اجتماعی و انتزاعی صورت مسئله را ببینید زوایای دیگری می‌بینید».

طبق نظرات مشارکت‌کنندگان مدیریت حرفه‌ای مطلوب به چهار طریق ممکن می‌شود. اولین مؤلفه مدیریت حرفه‌ای سازگار شونده اصلاح ساختارهای انگیزشی برای پزشکان از طریق استقرار نظام تشویق و تنبیه تکریم سازمانی اعتباردهی شایسته از سمت مدیریت و در نظر گرفتن خدمات رفاهی برای پزشکان و کادر درمان است. مشارکت‌کننده پزشک متخصص اورژانس در بیمارستان دولتی می‌گفت: «این‌که سازمانشون

چقدر به رفاه اون آدم‌ها توجه می‌کنه پرداخت هاشون به چه صورت هست آیا کارهای اضافه ای که انجام میدن و خدمات بیشتری که انجام میدن توسط سازمان دیده میشه یا نه و در سطح بالاتر سازمان برای کادر درمان خودش کارهایی رو در نظر می‌گیره میاد مثلاً یک فضای ورزشی فراهم میکنه یا یک سری بن بهتون میدن برید خرید کنید یا یک سری تسهیلات دیگه ای بهتون میدن حالا ممکنه خیلی این از نظر اقتصادی در سطح پایین باشه یا در سطح بالایی باشه ولی منظور اینه که افراد احساس کنن سازمان بهشون احترام میذاره سازمان اون‌ها رو مبینانه و البته فردی که کار میکنه با اونیه که کار نمیکنه یکسان نیست یعنی بحث پاداش‌ها و تنبیه‌ها در مدیریت سازمان خیلی مهمه این‌که اگر کسی خوب کار کنه با اون که کار نکنه آیا فرقی میکنه یا نه و اگه فرق نکنه درازمدت قطعاً به این سمت میره که همه خودشون رو با حداقل‌ها وفق بدن و سعی میکنن حداقل کاری که فکر میکنن آسیبی بهشون نمیزنه انجام بدن چون میدونن با کسی که خیلی کار میکنه فرقی نمیکنن بنابراین این فاکتورها همه میتونن روی کارکرد اون فرد در سازمانش تأثیرگذار باشن».

دومین مؤلفه مدیریت حرفه‌ای سازگارشونده اصلاح ساختارهای اداری - مالی شامل بهبود شرایط اقتصادی بیمارستان؛ افزودن کارکنان درمان و جلوگیری از خستگی ناشی از فشار کار برای پزشک و کادر درمان در مراکز درمانی عمومی است. مشارکت‌کننده ای که همراه پدر بیمارش که بیماری خونی داشت به مطب دکتر آمده بود در مصاحبه رنجش خود را از رفتار نامناسب پزشک بیان کرد و دلیل مهم آن را فشار کاری اعمال شده بر او می‌دانست: «من اگر خودم پزشک بودم، سعی می‌کردم انسانی برخورد کنم. یکی از دلیل‌هایی که پزشک‌ها

بعد انسانیشون ضعیف میشه، در واقع به‌خاطر خستگی‌شون هست. حالا این خستگی به‌خاطر حالا خیلی چیزای می‌تونه باشه؛ ولی من فکر می‌کنم به‌خاطر این‌که بیمار بیش از اندازه ظرفیتشون می‌بینند خستگی براشون غالب میشه. دیگه نمی‌تونند اون ابعاد انسانی رو که در واقع لازمه، به بیمار نشون بدند. شما پنج تا بیمار ببینید تو روز، یه جور می‌تونید برخورد کنید؛ پنجاه تا ببینید، یه جور دیگه برخورد می‌کنید. بنابراین، این تعادل رو ایجاد کردن در دیدن مریض و در فشار کاری، من فکر می‌کنم این خیلی مهمه. من یه بحثی رو که احساس می‌کنم واقعاً نادیده گرفته شده، اینه که پزشکا خیلی زیر فشار روحی و روانی هستند؛ حالا شاید به‌خاطر کسب موفقیت بیشتره؛ به‌خاطر شهرت‌شونه؛ مطبشون شلوغ میشه می‌خوان همه رو ببینند؛ شاید یه مقدار طمع مالی هم باشه. به‌رحال، میاد طرف به‌جای ۱۲ تا یا ۲۰ تا بیمار که باید در روز ببینه، میاد ۷۰ تا ۷۵ تا بیمار می‌بینه. خب معلومه دیگه اون ابعاد انسانی خیلی تضعیف میشه؛ نمی‌تونه با همه مهربون باشه؛ و خستگی در نهایت خیلی تأثیر می‌ذاره. بنابراین، خیلی به نظر من مهمه که به ابعاد فشار کار روی دکترها هم توجه بشه».

سومین مؤلفه مدیریت حرفه‌ای سازگارشونده توسعه حرفه‌ای نیروی انسانی است. حرفه‌ای بودن ویژگی حیاتی برای پزشکان است و البته برخی معتقدند که در حال کاهش است. ارتقای حرفه‌ای گری وابسته به بهبود عوامل شخصی (ویژگی‌های فردی و بین فردی) و عوامل محیطی شامل فرهنگ سازمانی برنامه‌های درسی رسمی و غیر رسمی است که باید توسط موسسات در نظر گرفته شود (۱۴). مقوله‌های بدست آمده مشارکت‌کنندگان در خصوص توسعه حرفه‌ای نیروی انسانی شامل آموزش ضمن خدمت به پزشکان و کادر درمان به

کاربردن منشی‌های حرفه‌ای جلوگیری از ویزیت همزمان و ... است. مصاحبه‌شونده‌ای که به پزشک زنان مشهور و معتبری مراجعه کرده بود و با وجود تعریف و تمجید از پزشک از نوع برخورد منشی‌های او بسیار گلایه داشت و میگفت این موضوع باعث شده است در هربار ملاقات با پزشک استرس و اضطراب بر او تحمیل شود. او اینگونه ابراز ناراضی‌تبی خود را بیان می‌کرد: «تجربه خاصی که من دارم مثلاً چیزی که برای بیمار تأثیر داره رفتار منشی‌های این دکتر با مریض‌ها بود اصلاً دعوا داشتن، اصلاً انگار یه سری مریض اومدن اونجا که مجرمین و اینا مثل زندانبان باید با اینا رفتار کنند. دیوونه بودن، یک مشت دیوونه. مثلاً فرض کن اگه دکتر ترک اعتیاد بود شاید باید با اونجور آدم‌ها منشی‌ها اینجور رفتار می‌کردن یا به خودشون اجازه می‌دادن اینجوری رفتار کنن».

چهارمین مؤلفه مدیریت حرفه‌ای سازگار شونده آموزش مبتنی بر اخلاق و روحیه انسانی اهمیت بخشی به حساسیت روحیه انسانی در پزشک (همدلی رواداری و نگاه مراقبتی نسبت به بیمار) اصلاح نظام ارشد سالاری وضعیت گروه‌های رده‌های پایین تر حوزه درمان و اصلاح رابطه بین حرفه‌مندان است. مصاحبه‌شونده بیماری که مشکوک به بیماری کرونا بود و به یک پزشک عفونی مراجعه کرده رفتار پزشکی که پیش از این برای عمل جراحی نزد آن رفته بود را رفتار مطلوب یک پزشک با بیمار می‌دانست: «نکته مهم و قابل توجه وقت زیادی بود که پزشکم با صبوری برای من گذاشت تا روحیه من را بالا ببرد. حتی در اتاق عمل هم با کلام محبت انگیز خود، جو روانی بسیار دلپذیری را برام فراهم کرد. این شد که من سال هاست به ایشان مراجعه کرده و حتی ایشان را به تمام دوستان و اشنایان خود معرفی می‌کنم. البته پزشکان بسیار زیادی را این گونه شناختم.

به نظرم کمتر پزشکی را می‌توان یافت که احساس همدلی با بیمار نداشته باشد. فقط ما در برخورد اول نباید زود قضاوت کنیم و باید اجازه بدهیم تا پزشک به مرحله شناخت خود از ما و بیماری ما برسد».

با توجه به اینکه فرهنگ پزشکی امروزی با نوع دوستی، شفقت، صداقت، وفاداری، خودباختگی و دیگر ویژگی‌های سنتی دشمنی دارد. فرهنگ بیمارستانی و روایت‌هایی که از آن حمایت می‌کنند، اغلب مجموعه‌ای از ویژگی‌های حرفه‌ای را دربرمی‌گیرند که کاملاً متضاد با فضایل هستند که به صراحت به عنوان پزشک «خوب» آموزش داده می‌شوند. پزشکان جوان در تلاش برای تطبیق برنامه‌های درسی آشکار و پنهان، تضاد درونی را تجربه می‌کنند. کلهان رویکرد جامع‌تری را برای تغییر فرهنگ آموزش پزشکی پیشنهاد می‌کند تا رویکردی را که او حرفه‌ای‌گرایی مبتنی بر روایت می‌نامد و تنش بین منافع شخصی و نوع‌دوستی را مورد توجه قرار دهد. این رویکرد شامل چهار کاتالیزور خاص شامل الگوسازی حرفه‌ای، خودآگاهی، شایستگی روایت و خدمات اجتماعی است (۱۵).

داده‌های مصاحبه‌شونده پزشک اورژانس بیمارستان عمومی مثال شاهد زیر مؤلفه اصلاح نظام ارشد سالاری وضعیت گروه‌های رده‌های پایین تر حوزه درمان و اصلاح رابطه بین حرفه‌مندان بود: «در محیط‌های آموزشی دانشجویان پزشکی به‌عنوان دستیار هستن که مواجهه اول با بیمار رو اون‌ها دارن. یه مسئله مهم اینه که اون آدمی که میره بالاسر مریض ذهنش در چه فضایی هست؟ اگر آدمیه که مضطرب هست آدمیه که از بالا دارن بهش فشار میارن این طبیعتاً نمیتونه عملکرد خوبی داشته باشه؛ بنابراین در گروه‌های آموزشی، در فضاهای آموزشی، این ارتباط‌ها باید اصلاح بشه در بعضی جاها واضحاً این ارتباطات

پادگانی و سربازی هست. این رو باید اصلاح کنن ارتباط انسانی بین سطح‌های مختلف آموزشی باید وجود داشته باشه و این باعث میشه که اون افرادی که دارن کار میکنن با آرامش بیشتر و با اعتماد و اطمینان بیشتر بتونن خدمت ارائه بدن».

۲- بیمه سازگار شونده

بیمه سازگار شونده به‌عنوان دومین مؤلفه ساختار و زیرساخت‌های توسعه حرفه‌ای از طریق افزایش گستره و عمق بیمه‌های همگانی و پاسخگو و مقابله یا حاشیه رانی بیمه‌های سوداگر و مداخله‌گر معنا می‌شود. گسترش و افزایش پوشش بیمه سلامت باعث افزایش دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی، حفاظت و حمایت مالی، کاهش خطر مخارج سنگین و تغییر و بهبود وضعیت سلامت است. در نتیجه طرح‌های بیمه سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط و اصلاحات بیمه‌ای و بیمه سلامت با بودجه عمومی برای دستیابی به هدف گسترده‌تر پوشش همگانی سلامت ضروری است (۱۶). مشارکت کننده خانم که برای چکاپ سالیانه به پزشک زنان مراجعه کرده بود تجربه زیسته خود را در خصوص اهمیت بیمه‌ها در اعتماد پزشک اینگونه بیان کرده است. «این‌که تحت پوشش چه بیمه‌ای هستم از نظر روانی به نظرم خیلی به آدم کمک میکنه چون ترس از بیماری به طرفه و اون هزینه‌هایی که آدم باید به دفعه مصرف کنه به طرفه و ممکنه به دفعه آدم متحمل مخارج زیادی بشه که اگه بیمه باشن خیلی این بار روانی از روی بیمار و اطرافیانش برداشته میشه. ولی متأسفانه تو ایران هیچ‌وقت این جور نیست؛ یعنی هیچ‌وقت بیمه‌ها جور نبوده که بخواد باعث اعتماد آدم بشه و یا نباشه چون بیشتر پزشک‌ها و بیمارستان‌های خصوصی ما خیلی بیمه‌های ما رو قبول نمیکنن».

مشارکت کننده‌ای که پزشک پوست و زیبایی بود تصویر خود را از بیمه‌ها بدین شکل بازگو کرده است: «ببینید بیمه‌ها یه سیستمی رو الان در کشور ما دارن با نام «طفره رفتن». البته در خیلی جاهای دیگه دنیا هم تا حدی این جوریه هست و خیلی سعی می‌کنن که طفره برن و هزینه‌ها رو پرداخت نکنن به‌خاطر این‌که هزینه‌های عمومی خودشون رو پرداخت‌های خودشون رو بیارن پایین‌تر و کارنامه بهتری داشته باشن، درآمد بالاتری داشته باشن به‌خاطر این موضوع و این موضوع خب می‌دونین باعث عدم اعتماد بیمار میشه». مشارکت کننده پزشک دیگری از مداخله‌گری بیمه‌ها شکایت می‌کرد: «در مجموعه‌های درمانی خیلی از قوانین بر اساس نظر سازمان‌های بیمه‌گر تدوین میشه یا سازمان‌های بیمه‌گر خیلی از قوانینی که در مجموعه‌های درمانی تدوین میشه اجرا نمیکنن و قبول ندارن به‌خاطر این‌که براشون هزینه بر هست و اون‌ها می‌خوان بیشترین منفعت رو داشته باشن بنابراین طبیعی هست که سازمان بیمه‌گر بیاد یه قانونی رو وضع کنه که در کار درمان و تشخیص تداخل منفی ایجاد کنه این تداخلات باعث میشه که هم بیمار آسیب ببینه و هم پزشک آسیب ببینه و خب این در روند درمان تداخل ایجاد می‌کنه مثلاً محدودیت‌های بسیار جدی در مورد تصویربرداری ایجاد می‌کردند. اون زمان می‌گفتن پزشک عمومی سی تی اسکن نباید بنویسه خب اگر فکر می‌کنید نوشتن سی تی اسکن توسط پزشکان عمومی نیاز به آموزش داره خب راهش این هست که بهشون آموزش بدید چرا بنویسید در چه حیظه‌ای بنویسید؟ درمانگاه تخصصی شلوغ میشدن و پزشک متخصصی که میتونست در یک ساعت کاری ۳۰ تا ۵۰ مریض ببینه باید ۵۰ مریض می‌دید که ۲۰ تاشون سی تی اسکن می‌خواستن».

۳- سیاست سازگار شونده

از نظر سازمان جهانی بهداشت سیاست سلامت عبارت است از تصمیمات برنامه‌ها و اقداماتی که اتخاذ می‌شود تا اهداف خاص سلامت و مراقبت‌های پزشکی در یک جامعه محقق شود. سیاست سلامت شامل سیاست عمومی، سیاست روانی و بیمه مراقبت بهداشتی به عنوان یک نوع خط مشی سیاسی و از این قبیل است (۱۷).

سیاست سازگار شونده به‌عنوان آخرین مؤلفه ساختار و زیرساخت‌های توسعه حرفه‌ای شامل مؤلفه سیاست‌های اجرایی سازگار شونده همچون قطع رابطه مالی میان پزشک و بیمار افزایش بهداشت فردی در طبقات پایین جامعه و سیاست‌های تقنینی و تسهیلگر درمان شامل زیرساخت‌های قانونی درمان و کاهش بروکراسی اداری بیمه است. مشارکت‌کننده پزشک عمومی بیمارستان دولتی در این خصوص برداشت خود را اینگونه بیان کرد: «میتونم بگم که فقط مشکل اینجا تو مملکت ما بیمه‌ها هستند و رابطه مالی. به نظرم نباید رابطه مالی بین پزشک و بیمار باشه. به نظرم آن‌قدر باید بیمه‌ها و سیستم درمانی خوب و بالا باشه که اصلاً رابطه مالی بین این دو نفر قطع بشه. پوشش‌های بیمه خیلی خیلی مؤثره. متأسفانه در مملکت ما به هیچ وجه پوشش نمیده، کاورش خیلی بده و یا به پزشک‌ها دیر پرداخت میکنن. یعنی اصلاً پرداخت نمیکنن. کلی از برگه‌های بیمه کسورات میخوره اصلاً اعتمادی نیست و به هیچ وجه پزشکا دوست ندارن با اونا کار کنن متأسفانه». شرکت‌کننده پزشک جراح عمومی بیمارستان

خصوصی درباره سیاست‌های تقنینی و زیرساخت‌های قانونی درمان می‌گوید: «برای این که اعتماد جلب بشه اول باید در واقع همیشه معلومات و دانشش به‌روز باشه پزشک و این به‌روز بودن از طرف نهادهای نظارتی کنترل بشه و تبلیغ بشه روش و نشون داده بشه که مجموعه درمانی همیشه در جهت بروز رسانیه. دوم تعارض منافع حذف بشه این که عمل‌شدن یه مریض برای من منفعت داشته باشه این که عمل‌نشدن یه مریض برای من منفعت داشته باشه اینا درواقع لحاظ بشه و سوم بیمار مطمئن باشه که نهادهای قضایی و رسیدگی و نظارتی مثل پزشکی قانونی به‌صورت عادلانه و بی‌طرف نظارت می‌کنن روی نهادهای درمانی. این در واقع باعث بهبود اعتماد جامعه میشه». مشارکت‌کننده‌ای که همراه برادر بیمارش برای عمل جراحی به بیمارستان آمده بود در خصوص بروکراسی اداری بیمه از تجربه خارج از کشور در مقایسه با شرایط موجود سخن گفت: «من در خارج از کشور مثلاً برای دندانپزشکی رفتم، پوشش بیمه تحت دانشگاه بودم، خب اونجاها اصلاً کاری نکردم جز این که کارت نشون دادم و اون دید و درمانم کرد و پول خودش رو اتومات می‌گیره؛ ولی اینجا بیمار بدبخت باید بدود دنبال کاغذ و بعد از آن این فرایند بروکراسی اداری بیمه که بی‌اعتمادی رو بیشتر تقویت می‌کنه. این بیمه‌ای که تو ایران وجود داره من شخصاً فکر می‌کنم که حالا باید آدمش باشی دنبالش باشی دیگه». مقوله‌های اثرگذار حرفه‌ای - سازمانی در رابطه متقابل بیمار و پزشک مطرح شده از سوی مصاحبه‌شوندگان در جدول شماره (۳) به نمایش گذاشته است.

جدول شماره ۳- مقوله‌های اثرگذار حرفه‌ای - سازمانی استخراج شده از مصاحبه‌ها

مؤلفه اصلی	مقوله‌های (سطح سوم)	مقوله‌های (سطح دوم)	مقوله‌های سطح اول
ساختار و زیرساخت‌های توسعه حرفه‌ای	مدیریت حرفه‌ای سازگار شونده	اصلاح ساختارهای انگیزشی	سازمان تکریم گر پزشکان؛ اعتباردهی به پزشکان از سمت مدیریت؛ اختصاص خدمات رفاهی برای پزشکان و کادر درمان؛ استقرار نظام تشویق و تنبیه در سازمان‌ها
		اصلاح ساختارهای اداری مالی	توجه به نیازهای پزشکان؛ توجه به حالت روحی کادر درمان؛ بهبود شرایط اقتصادی بیمارستان؛ بهبود وضعیت اقتصادی و رفاهی پزشکان افزودن کارکنان درمان در بیمارستان دولتی؛ جلوگیری از خستگی ناشی از فشار کار برای پزشک و کادر درمان؛ وقت‌گذاری بیشتر پزشکان و کادر درمان در مراکز درمانی عمومی
	توسعه حرفه‌ای نیروی انسانی	آموزش ضمن خدمت به پزشکان و کادر درمان (آموزش برقراری ارتباط اثربخش توسط پزشک/ برقراری تعامل ارتباطی و کلامی مؤثر توسط پزشک)؛ به کار بردن منشی‌های حرفه‌ای؛ جلوگیری از ویزیت همزمان؛ جدی گرفتن فرم‌های رضایت آگاهانه	اهمیت بخشی به حساسیت روحیه انسانی در پزشک (همدلی رواداری و نگاه مراقبتی نسبت به بیمار)؛ اصلاح نظام ارشد سالاری وضعیت گروه‌های رده‌های پایین تر حوزه درمان؛ اصلاح رابطه بین حرفه‌مندان
		افزایش گستره و عمق بیمه‌های همگانی	اهمیت بیمه پاسخگو؛ تغییر بیمه‌های درمانی کم‌اعتبار
		بیمه سازگار شونده	سوداگری سازمان‌های بیمه‌گر؛ طفره رفتن سازمان‌های بیمه‌گر/ مداخله‌گری سازمان‌های بیمه‌گر در کار درمان
		سیاست سازگار شونده	سیاست‌های اجرایی سازگار شونده
	سیاست‌های تقنینی و تسهیلگر درمان		قدرت بازدارندگی قوانین و مقررات؛ اهمیت سیاست‌های خدمات درمانی؛ تأثیر زیرساخت‌های قانونی درمان؛ قدرت قوانین سازمان‌های بیمه‌گر؛ کاهش بروکراسی اداری بیمه

بحث

برآیند کلی تحلیل روی یافته‌های پژوهش این است که بهبود وضعیت رابطه مبتنی بر اعتماد بین جامعه بیماران و پزشکان مستلزم ایجاد حساسیت مدیریت درمان، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی آن‌ها نسبت به وضعیت موجود، پوشش بیمه همگانی و سیاست‌های تسهیلگر همچون قطع رابطه مالی بین بیمار و پزشک است. با اتنا بر این یافته‌ها ضرورت دارد اعتماد به‌عنوان سازه زیربنایی سرمایه اجتماعی در رابطه بیمار و پزشک به‌مثابه دغدغه سیاستی سیاست‌گذاران و مدیران نظام درمان و خدمات سلامت لحاظ شود. این امر مستلزم اقدامات سیاستی و برنامه اجرایی برای افزایش سرمایه اجتماعی نسبت به‌نظام سلامت و درمان است.

مدیریت حرفه‌ای سازگار شونده به‌عنوان مؤلفه اول ساختار و زیرساخت‌های توسعه حرفه‌ای به حساب می‌آید. براساس داده‌های این پژوهش اصلاح ساختارهای انگیزشی واجد مجموعه‌ای از کنش‌ها، سیاست‌ها و رفتارهاست. وجود سازمان تکریم‌گر پزشکان برای اعتبار دادن به حرفه پزشکان از سوی نظام سلامت و مدیریت بیمارستان‌ها در تقویت و اصلاح ساختار انگیزشی بسیار اثرگذار است. اینکه نظام سلامت تا چه اندازه در زمینه خدمات رفاهی پزشکان و کادر درمان حساسیت نشان می‌دهد؛ و اینکه مدیریت بیمارستان‌ها با چه کیفیتی در خصوص برنامه‌های تشویق و تنبیه در سازمان برنامه ریزی می‌کنند، نقش اثربخشی در حساس بودن پزشک در ایجاد اعتماد به پزشک و نظام سلامت در بیماران دارد.

لیسا اسکار و سیو سیدبرگ (۲۰۱۷) نیز به اهمیت برخوردها و ارتباطات افراد حرفه‌ای و کارکنان بخش‌های سازمان

بهداشت و درمان و مسئولیت نحوه عملکرد خود در قبال بیماران در چارچوب تعهدات مراقبت‌های بهداشتی اشاره کردند. آنان نشان دادند این موضوع به‌خصوص درباره زنان در شمال سوئد رعایت نمی‌شود و موجب نارضایتی بیماران و شکایت آن‌ها می‌شود (۱۸). یافته‌های پژوهش شجاعی و همکاران (۱۳۹۸) نیز تأییدکننده مؤلفه مدیریت حرفه‌ای سازگار شونده است. این پژوهش نشان می‌دهد که مؤلفه‌هایی نظیر مسئولیت‌پذیری مدیریت درمان و پاسخگویی در برابر مسئولیت‌های خود در قبال بیماران از مؤلفه‌های مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان و محیط‌های درمان است (۱۹).

هایمن (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای مداخله‌ای به اهمیت مدیریت در نظام سلامت اشاره می‌کند. به اعتقاد او افزایش کیفیت بروندادهای مربوط به سلامت با به‌کارگیری بیشتر پرسنل بومی بهبود امکانات مراکز درمانی ارتقای آگاهی علمی و بهداشتی مردم و شرکت دادن آن‌ها در فعالیتهای بهداشتی امکان‌پذیر است (۲۰).

مسئله دیگر مؤلفه اصلاح ساختارهای اداری-مالی است. اگرچه بخش اندکی از اجتماع پزشکان (بویژه جراحان) به‌اندازه لازم برخوردار هستند، ولی بخش قابل توجهی از جامعه پزشکان بویژه پزشکان عمومی کمتر برخوردارند. دانشجویان پزشکی بطور خاص در شرایط نابسامان آموزشی و فشرده‌گی زمانی شیفت و مضایق مالی روبرو هستند؛ این دسته از پزشکان حرفه‌ای آینده باید در دوره دانشجویی مسئله اعتماد متقابل را تجربه و تمرین کنند؛ این در حالیست که شرایط برخورداری از چنین فرصتهایی را ندارند. بنابراین، لازمه ایجاد موقعیت مطلوب ارتباط پزشک با بیمار «حال خوب پزشکان» است که

می‌کنند.^۱ این سیاست‌ها و برنامه‌ها از بدو ورود تا حین خدمت متنوع هستند. سازمان نظام پزشکیان و کادر درمان هم از این داستان مستثنی نیستند و مدام باید در معرض آن قرار گیرند. توسعه حرفه‌ای نیروی انسانی از طریق آموزش ضمن خدمت به پزشکان و کادر درمان آموزش برقراری ارتباط و تعامل ارتباطی و کلامی مؤثر توسط پزشک موجب پیشرفت ساختار حرفه‌ای و سازمانی در نظام خدمات سلامت است. استخدام کادر درمان و منشی‌های حرفه‌ای موجب رضایت بیشتر بیماران می‌شود. پزشکان باید از ویزیت‌های هم‌زمان جلوگیری کرده و مراقب سازوکار نوبت‌دهی باشند. آن‌ها نباید هر تعداد بیمار را ویزیت و درمان کنند و باید نسبت استاندارد از بیماران در محل معاینه وجود داشته باشد. چنین وضعیتی نیازمند برخورداری پزشکان از آموزش‌های عمومی است که ارتباط حرفه‌ای با بیمار و ایجاد اعتماد متقابل هدف اصلی و محوری آن باشد. یافته‌های پژوهش مارک و همکاران (۲۰۰۷) نیز مسئله محوری این پژوهش را تأیید می‌کند و نشان از اهمیت توجه آموزش اعتماد به پزشکان دارد. هرچند عوامل اجتماعی - وضعیت اقتصادی، مانند توانایی کلامی، وضعیت سلامتی و آسیب‌پذیری در امور مالی را نیز پیش‌بینی‌کننده سطح اعتماد به پزشک می‌دانند و هرگونه تلاش برای کاهش نابرابری در دسترسی و کیفیت به بهداشت را مرتبط با مسئله اعتماد می‌داند (۲۳).

پژوهش شاکری نیا (۱۳۸۸) بر تدوین و اجرای برنامه آموزش مهارت‌های ارتباطی به کادر بهداشتی و درمانی تأکید دارد و معتقد است ناتوانی کادر درمانی به‌خصوص پزشکان و

توجه نهادی و سازمانی به نیازهای رفاهی و اقتصادی آن‌ها را بیشتر می‌طلبد. بخاطر همین است که اغلب پزشکان معتقدند تا زمانی که به حال خوب پزشکان دست نیابیم نمی‌توانیم شاهد رابطه خوب و مبتنی بر اعتماد متقابل میان پزشکان با بیماران باشیم. بنابراین، لازم است نظام سلامت و مدیریت بیمارستان‌ها برای مسائل اقتصادی و رفاهی جامعه پزشکان عنایت ویژه داشته باشند و انگیزه آن‌ها را برای کار متعهدانه نسبت به شهروندان بیمار بیشتر کنند و نگذارند در شرایط نامناسب حرفه‌ای قرار گیرند تا اثر وضعی نامناسب روی رابطه با بیمار داشته باشد.

فشارهای اقتصادی پزشکان نه‌تنها منجر به پایین آمدن اعتماد به نفس و عزت نفس پزشکان می‌شود بلکه در نهایت منجر به تقویت پدیده پزشکی تدافعی خواهد شد که به نوبه خود در پایین آمدن کیفیت اعتماد میان بیماران و پزشکان نقش اثرگذار دارد. افتخاری و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان می‌دهند پزشکی تدافعی موجب تحمیل هزینه‌های غیرضروری به بیمار و نظام سلامت می‌شود (۲۱). ملکی و همکاران (۱۳۹۷) نیز به بررسی تجربه و علل پزشکی تدافعی از دیدگاه متخصصین دانشگاه علوم پزشکی جهرم پرداختند و نتایج نشان داد که پزشکی تدافعی در پزشکان دانشگاه علوم پزشکی جهرم نسبتاً بالاست که مهم‌ترین علت این پدیده نداشتن ریسک‌پذیری و اعتماد به نفس پایین پزشکان است (۲۲).

همه سازمان‌های مدرن امروزی با توجه به تکانه‌های تغییرات اجتماعی نیازهای نوپدید و انتظارات جدید برای توسعه و شایستگی‌های فردی و مهارتی نیروی انسانی خود سیاست‌های آموزشی و برنامه‌های توسعه حرفه‌ای متعددی طراحی

پرستاران در ایجاد رابطه مناسب با بیماران موجب نارضایتی بیماران از فرایند درمان و عدم توجه به دستورالعمل‌های درمانی و حتی تصمیم به تعویض پزشک می‌شود (۳). درست مشابه بخشی از یافته‌های این پژوهش که تأکید بر توانمندی حرفه‌ای و ارتباطی پزشک با بیمار دارد. می‌توان در این خصوص به مدیریت حرفه‌ای سازمان توصیه کرد تا با برگزاری دوره‌های مختلف دانش‌افزایی داخلی و خارجی از طریق فرصت‌های مطالعاتی کوتاه‌مدت بلندمدت و مستمر برای توانمندسازی پزشکان به دانش‌های روز و مهارت‌های ارتباط با بیمار اقدام کند.

وجود روحیه انسانی در نظام سلامت مؤلفه مهم دیگری است که با اهمیت بخشی به حساسیت روحیه انسانی در پزشک (همدلی رواداری و نگاه مراقبتی نسبت به بیمار) است. وو و همکاران (۲۰۲۲) همانند این پژوهش در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که درک بیماران از همدلی پزشک بر ارزیابی آن‌ها و ایجاد باور به خیرخواهی و اعتماد آن‌ها تأثیرگذار است؛ اما اثر میانجی اعتماد بیمار به شایستگی پزشک در پژوهش آن‌ها رد شد (۲۴).

با اصلاح نظام ارشد سالاری وضعیت گروه‌های رده‌های پایین‌تر حوزه درمان و اصلاح رابطه بین حرفه‌مندان نیز روحیه انسانی در نظام سلامت تامین می‌شود. فراش و ایبرلی معتقدند اعمال فضیلت امید در آموزش پزشکی برای عملکرد صحیح پزشکی و شکوفایی کارآموزان ضروری است. کارآموزان پزشکی در طول آموزش با موانع زیادی برای پرورش امید روبرو هستند، اما یادگیری شیوه‌هایی باعث می‌شود تا هم کمبودها به صورت صحیح شناسایی شوند و هم پاسخ مناسب برای اقدامات آینده ارائه دهند و می‌توانند بیاموزند که چگونه به خوبی از بیماران

مراقبت کنند و به خودی خود شکوفا شوند (۲۵). بیمه سازگار شونده به‌عنوان دومین مؤلفه ساختار و زیرساخت‌های توسعه حرفه‌ای است. به نظر مشارکت‌کنندگان قطع رابطه مالی میان پزشک و بیمار با افزایش گستره و عمق بیمه‌های همگانی و تغییر بیمه‌های درمانی کم‌اعتبار به بیمه‌های پاسخگو در افزایش اعتماد میان بیمار و پزشک اثربخش است. این امر در صورتی محقق می‌شود که سازمان‌های بیمه‌گر سازوکار سخت و پیچیده اداری حقوق بیمار را در اولویت قرار دهند و پرداخت‌های مالی را آسان کنند و با وضع قوانینی همچون محدودیت در پرداخت هزینه‌های دارو در کار درمان مداخله نکنند. به عبارتی، آنچه که در مسئله بیمه‌های درمانی به چشم می‌آید مسئله برابری و نابرابری اجتماعی و عدم رعایت حقوق بیماران است. جولایی و همکاران (۱۳۸۸) اذعان می‌کنند رعایت حقوق بیماران با پنج درونمایه اصلی مراقبت کل نگر، آگاهی از حقوق، کفایت منابع، پاسخ‌گویی مسئولانه و هم‌پیوندی حقوق ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان مراقبت نقش مهمی در مسئله اعتماد بیماران به پزشکان دارد (۲۶). وجود بیمه‌های درمانی تسهیلگر و در دسترس برای همگان نگرش اجتماعی بیماران به نابرابریهای اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

چانگل و محمود خان (۲۰۲۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که در چین اعتماد به پزشکان بسیار کم است و باعث ایجاد تضاد بین پزشکان و بیماران می‌شود. گروه‌های جمعیتی محروم اقتصادی و فاقد بیمه کمتر به پزشکان اعتماد می‌کنند. آن‌ها بهبود این وضعیت را رسیدگی به نگرانی‌های این گروه‌ها شناختند؛ زیرا سیاست‌گذاری در جهت افزایش پوشش بیمه درمانی و ارائه بیمه این تصور را در آن‌ها ایجاد می‌کند که اولویت

مصاحبه‌شوندگان ایجاد مکانیسمی است که رابطه مالی میان پزشک و بیمار را حذف یا به حداقل ممکن تقلیل دهد. سیاست‌های تقنینی و تسهیلگر درمان نیز شامل قدرت بازدارندگی قوانین و مقررات، اهمیت سیاست‌های خدمات درمانی، تأثیر زیرساخت‌های قانونی درمان، قدرت قوانین سازمان‌های بیمه‌گر و کاهش بروکراسی اداری بیمه است که فرایند اعتمادسازی رابطه و پیوند میان بیمار و پزشک را تسهیل می‌کنند.

ماهیت در حال تغییر و پویای محیط سازمانی و اجتماعی پزشکی موجب شده که حرفه پزشکی چارچوب مفهومی جامعی که مورد توافق همه باشد نداشته باشد. با این وجود توجه به اخلاق حرفه‌ای از ضروریات حوزه بهداشت و درمان به حساب می‌آید و وظیفه حرفه‌های مختلف در علوم پزشکی عرضه خدمات ضروری بهداشتی، مراقبتی و درمانی در سطح بالای استاندارد جهت تامین، حفظ و بهبود سلامت جامعه است (۳۰). در طول دهه گذشته دستورالعمل‌های بالینی به شکل فزاینده‌ای به بخشی آشنا از عملکرد بالینی تبدیل شده‌اند و هر روز قوانین عملکرد در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها و هزینه‌های بهداشتی توسط دولت‌ها و بیمه‌ها تحت تاثیر دستورالعمل‌ها قرار می‌گیرد. همانطور که توسط موسسه پزشکی^۱ تعریف شده است. دستورالعمل‌های بالینی شامل گزاره‌های توسعه یافته سیستماتیک برای کمک به تصمیم‌گیری پزشک و بیمار در مورد مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای شرایط بالینی خاص یا خدمات جراحی، مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان یا سایر جزییات عمل بالینی است (۳۱).

پزشکان به‌جای کسب درآمد رفاه بیماران است (۲۷). یافته‌های پژوهش کائو و همکاران (۱۹۹۸) نیز تأییدکننده تأثیر تغییرات سازمانی بر بیمه‌های درمانی و به تبع آن روابط بیمار و پزشک است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد تغییر در رابطه بین پزشکان و پرداخت‌کنندگان شخص ثالث (مانند بیمه‌ها) به طور بالقوه می‌تواند روی روابط بیمار و پزشک اثرگذار باشد. پژوهش آن‌ها همانند این پژوهش نشان از اهمیت رابطه مالی میان پزشک و بیمار با اعتماد دارد. اگرچه دو سوم از بیماران از روش پرداخت به پزشک خودآگاهی نداشتند، اما نگران روش‌های پرداختی بودند که روی اعتماد بیمار به پزشک تأثیرگذار بود (۲۸).

در برخی کشورها مانند هلند بیمه‌های درمانی مبتنی بر رقابت وجود دارد. بیمه‌های سلامت برای ثبت نام شهروندان با هم رقابت می‌کنند تا کیفیت خوبی از مراقبت را در این رقابت ارائه دهند. همه شهروندان می‌توانند آگاهانه و بر اساس نیازها و ترجیحاتشان بیمه‌نامه‌های درمانی داشته باشند. این اتخاذ تصمیم آگاهانه در مورد سیاست‌های بیمه درمانی، تأثیر مثبتی بر عملکرد سیستم بیمه درمانی هلند داشته است. هرچند اقدامات حفاظتی متعددی توسط دولت برای تنظیم سیستم بیمه سلامت تعیین شده است. داشتن بیمه‌نامه پایه برای همه شهروندان الزامی است، دولت پوشش بیمه‌نامه پایه را تعیین می‌کند و بیمه‌های سلامت همه متقاضیان را برای بیمه‌نامه‌های پایه خود می‌پذیرند (۲۹).

هدف نهایی سیاست سازگارشونده به عنوان آخرین مؤلفه ساختار و زیرساخت‌های توسعه حرفه‌ای به زعم

بهمنی و همکاران (۱۳۹۳) به اهمیت قانونگذاری در نظام سلامت اشاره داشتند آن‌ها قانون مجازات اسلامی سال ۱۳۹۱ در مورد مسئولیت مدنی پزشکان را که مبتنی بر تقصیر است با کشورهای اسکانیناوی مانند نیوزلند و سوئد که نظام مسئولیت پزشک غیر مبتنی بر تقصیر است و مبتنی بر مسئولیت محض نظام سلامت در قبال هرگونه آسیب وارده به بیماران در مداخلات پزشکی است به مقایسه می‌گذارند و معتقدند سیاست گذاری هایی که تقصیر را از دوش پزشکان برمی‌دارد یا کاهش می‌دهد موجب ایجاد فضای اخلاق و فضیلت در جامعه پزشکی و کاهش نظام استرس و تنش در رابطه پزشک و بیمار می‌شود امری که کارایی نظام سلامت را بالا می‌برد (۳۲).

در هند مراقبت‌های بهداشتی اولیه مانند دسترسی به داروهای مورد نیاز با هزینه مقرون‌به‌صرفه ضروری است و اولین نقطه مراقبت برای عموم مردم در سراسر کشور است. این سیستم درصد زیادی از مشکلات رایج و محلی را تأمین می‌کند سیاست‌گذاران و سیستم قانون‌گذاری در هند با ایجاد دستورالعمل استاندارد درمان^۱ مزایای بسیاری برای بیماران ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و تولیدکنندگان دارو مهیا کرده‌اند. هرچند این سیستم مشکلاتی در پیاده‌سازی داشت؛ اما با تلاش‌های لازم برای اولویت‌بندی نیازهای بهداشتی پوشش جامع برنامه‌های سلامت ملی یا مشارکت همه ذی‌نفعان اعم از سازمان‌های حرفه‌ای برنامه‌ریزان برنامه درسی پزشکی این برنامه می‌تواند به طور مؤثر اجرا شود (۳۳).

کشورهایی که بالاترین اوج کیفیت خدمات بهداشتی عمومی و خصوصی و بیشترین اعتماد را به پزشکان پرستاران و

حرفه پزشکی دارند همانند نروژ اسپانیا تایلند ایسلند نیوزلند فرانسه مراقبت‌های بهداشتی ضروری را بدون هزینه دریافت می‌کنند. در فنلاند با وجودی که مراقبت‌های بهداشتی عمومی رایگان نیست؛ اما هزینه‌های بهداشتی معقول و به‌صرفه است. درآمد پزشکان در استرالیا ده برابر بیشتر از اکثر کارگران تمام‌وقت است و استرالیایی‌ها احترام زیادی برای پزشکان قایل هستند. در سوئد علاوه بر دسترسی مراقبت‌های بهداشتی عمومی برای همه شهروندان تعامل بین متخصصان پزشکی و بیماران غیررسمی و صمیمانه است. در ازبکستان نیز علاوه بر اولویت‌بخشی مدیریت به مراقبت‌های بهداشتی پزشکان نسبت به گذشته درآمد بیشتری دارند (۳۴).

یافته‌های این پژوهش و مقایسه آن با مطالعات ذکر شده بیانگر این است که بسیاری از موارد و مؤلفه‌های تسهیلگر سلامت از قبیل دریافت مراقبت‌های بهداشتی ضروری بدون هزینه یا معقول و به‌صرفه «بیمه‌های همگانی» آموزش اعتماد به پزشکان و ارتباطات حرفه‌ای کارکنان بخش‌های سازمان بهداشت و درمان و ... در داده‌های جامعه نمونه ما نیز وجود دارد و وجود این مؤلفه‌ها شکاف و نارسایی را پر کرده و فاصله را با کشورهای خدمت‌رسان در مراقبت‌های بهداشتی و دارای بالاترین اعتماد بیماران به پزشکان و کادر درمان کاهش می‌دهد. همه این مؤلفه‌ها در کیفیت و ارتباط مبتنی بر اعتماد مؤثرند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش همزمانی اجرای مطالعه و پاندمی کرونا به دلیل محدودیت‌های ناشی از آن امکان حضور مستمر پژوهشگر در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بود. ممانعت

تعارض منافع

با استناد به تأیید فرم مربوطه هیچ‌گونه تعارض منافی در این مطالعه در ارتباط با نویسندگان مقاله، داوران مقاله، اعضای هیات تحریریه و مدیران مجله حاضر وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله علمی - پژوهشی مستخرج از رساله دکتری جامعه‌شناسی فرهنگی با عنوان «اعتماد به پزشکان؛ زمینه کاوی اجتماعی و اخلاقی (مطالعه بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ارائه خدمات سلامت شهر تهران در سال ۱۴۰۰)» است که گزارش نهایی آن در فرایند دفاع قرار دارد. از تمامی مصاحبه‌شوندگان و مدیریت بیمارستان‌هایی که به این پژوهش یاری رساندند قدردانی می‌شود.

و عدم همکاری پاره‌ای از مدیران بیمارستانها جهت حضورمیدانی پژوهشگر در داخل بیمارستان برای مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، دشواری جلب مشارکت مصاحبه‌شوندگان بیمار و یا همراه بیمار بخاطر شرایط جسمی و حال روحی نامناسب و همراهی نکردن مصاحبه‌شوندگان پزشک و کادر درمان به دلیل مشغله کاری و یا تصور بر کاربردی نبودن پژوهش‌ها از دیگر محدودیت‌ها بود.

نتیجه‌گیری

طراحی و ارتقای انگیزاننده‌های درونی و بیرونی پزشکان و توجه نهادی و سازمانی به نیازهای رفاهی و اقتصادی آن‌ها، اصلاح ساختارهای اداری با افزایش کارکنان درمان به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی و طراحی برنامه‌هایی برای جلوگیری از خستگی مفرط ناشی از فشار کار برای پزشکان، بهبود شرایط آموزشی دانشجویان پزشکی به‌عنوان پزشکان حرفه‌ای آینده (برطرف کردن فشردگی زمانی شیفت و مضایق مالی) و افزایش گستره و عمق بیمه‌های همگانی و بازنگری در سیاست‌های اجرایی مربوط به بیمه‌های درمانی و به حاشیه راندن بیمه‌های سوداگر در کنار آراستگی و سامان بخشی کالبدی محیط درمان و ایجاد فضای درمانی بیمارمحور با حفظ حریم خصوصی، استخدام منشی‌های حرفه‌ای و بااخلاق جهت سازوکار دقیق نوبت‌دهی و حفظ شأن بیماران و تعیین نسبت استاندارد و اختصاص وقت کافی جهت ویزیت بیماران راهبردهای استخراج شده از داده‌های مصاحبه‌شوندگان بود.

منابع

1. Mirfardi A, Ahmadi Qaranai H. Investigating the relationship between altruistic tendencies and social trust in interpersonal relationships, a study of residents in Yasuj city, 18 years and older. *Applied Sociology*. 2015; 4(64): 46-27. [in Persian]
2. Farasatkah M. [Ma Iranian: Zaminch kaveye tarikhi va ejtemaeye kholghiat iran]. Tehran: Ney; 2021. Vol 1. [in Persian]
3. Shakeri Nia A. Physician-patient relationship and its role in patients' satisfaction with the treatment process. *Iranian Journal of Medical Ethics and History*. 2008; 2 (3): 9-16. [in Persian]
4. Safaei M, Farasatkah M, Shamsi Gooshki E. The social context -mining of patients trust in physicians and recommendations for improvement and Promotion: A meta-synthesis analysis. *Fasnameh-i akhlaq pizishki*. 2021; 15(46):19-1. [in Persian]
5. Palizdar S. Physician-patient relationship in the network of intercultural relations (evaluation of treatment experience in multicultural environments of public hospitals in Tehran. [Master Thesis]. Allameh Tabatabai University. Communication faculty, 2019. [Persian]
6. Salehi A. Social contexts of emergence of power-related relationship between patient and physician (An ethnographical study in Tehran city). [Master Thesis]. Allameh Tabatab'I University. Faculty of Social Sciences, 2017. [Persian]
7. Fallah F. An analysis of the status of reference groups in Iran. Cultural observation center of the country. [cited 2022 August]. available from: <https://ircud.ir/fa/content/283962>
8. Fathi F, Khezri K, Khanjani M, Sharifi H, Abdi K. Investing the responsibility in health system, a Review Study. 2020; 5(3): 161-152. [in Persian]
9. Shariati M. Why health system reforms? and how? In The 6th Congress of Epidemiology of Iran, July 13-15, 2010, Shahroud, Iran 2010 (pp. 192-3). [in Persian]
10. Hassanzadeh A. Pathology of Health Insurance System in Iran. *Iran J Health Insur*. 2018; 1(3): 50-58. [in Persian]
11. Strauss LA, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. 1998.
12. Bowen GA. Naturalistic inquiry and the saturation concept- A research note. *Qualitative Research*, 2008 Feb;8(1): 137-152.
13. Frasatkah M. [Ravesh-e Tahghigh-e Keyfi dar Olom-e Ejtemae ba Takid bar Nazaryeye barpayeh (GTM)]. Tehran: Agah; 2018. Vol 1. [in Persian]
14. West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ*, 2007 Aug; 30(7): 29. available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17760986/>
15. Coulehan, J. Viewpoint: Today's Professionalism: Engaging the Mind but Not the Heart. *Academic Medicine*. 2005 Oct; 80(10): 892-898.
16. Erlangga D, Suhrcke M, Ali Sh, Bloor K. The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS ONE* 14(11): [cited 2019 August]. available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0219731>
17. World Health Organization. Health system organization. topics. [cited 2023 Jan] available from: http://www.who.int/topics/health_policy/en/.

- 2022-
18. Skär L, Söderberg S. Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nurse Open*. 2017 Feb; 5(2): 224-232.
19. Shojaee AA, Yekani Nejad M, Amini S. Investigating the factors affecting public trust in Doctors in Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Meicine*. 2019 Jan; 12(1): 297-313. [in Persian]
20. Hayman N. Strategies to Improve Indigenous Access for Urban and Regional Populations to Health Services. *Heart, Lung and Circulation*. 2010 May-Jun; 19(5-6):367-71.
21. Eftekhari A. Social capital and national security. In *Sarmayeh Ejtemaei va Vazeiat Aan dar Iran*, by Javid M, Izadi Jiran A. Tehran: Pazhoheshkadeh Motaleat Farhangi va Ejtmaei; 2010, Vol 1. [in Persian]
22. Maleki F, Esmacalpour N, Habibzadeh SR, Foroughian M, Raeyat Dost E, Kalani N. Defense Medical Experience and Causes: Defense medical experience and causes: A crosssectional descriptive study from the perspective of specialists. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2019 Nov 06; 62(4): 1616-1666. [in Persian]
23. Musick MA, Worthen MGF. The Social Underpinnings of Trust in Physicians. In *Inequalities and disparities in health care and health: Concerns of patients, providers and insurers*, by Kronenfeld JJ. (Ed.). Bingly: Emerald Group Publishing Limited; 2007, Vol 25: 97-123.
24. Wu Q, Bachelor Z, Wang P. The relationship between the physician-patient relationship, physician empathy, and patient trust. *Journal of General Internal Medicine*. 2022 May; 37(6): 1388-1393.
25. Frush WB, Eberly JB. The virtue of hope in medical training, [cited 2022 Aug]. available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35875387/>
26. Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z. Iranian nurses, physicians and patients' lived experiences regarding patient's rights practice. *Iran Journal of Nursing*. 2009 Sep 6; 22(60): 28-41. [in Persian]
27. Changle L, Mahmud Khan M. Public trust in physicians: Empirical analysis of patient-related factors affecting trust in physicians in China. [cited 2022 Aug]. available from: <https://bcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-022-01832-6>.
28. Kao AC, Green CD, Davis AN, Koplan PJ, Cleary DP. Patients' trust in their physicians effects of choice, continuity, and payment method. *Journal of General Internal Medicine*. 1998 Oct;13(10): 681-686.
29. Holst L, Rademakers J, Brabers A, deJong JD. The importance of choosing a health insurance policy and the ability to comprehend that choice for citizens in the Netherlands, [cited 2021 Nov]. available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC/8582231>
30. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Defining professionalism in medical education: A systematic. *Med Teach*. 2014 Jan; 36(1): 47-61.
31. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*. 1999 Feb 20; 318(7182): 527-30.
32. Bahmani F, Khorsandian M, Tabiei Z. Physician's social responsibility with emphasis on its ethical challenges. *Quarterly Journal of Ethics in Science and Technology*. 2014; 9(4): 1-10. [in Persian]
33. Gopalakrishnan S, Udayshankar PM, Rama R. Standard treatment guidelines in primary healthcare practice. *Journal of Family Med*

Prim Care. 2014 Oct-Dec; 3(4): 424-9.
Donaldson C. The top 10 countries that trust

doctors the most. [cited 2021 Aug]. available from:
<https://medvocation.com/en/blog/the-top-10-countries-that-trust-doctors-the-most/33>.

Identification and Analysis of Organizational-Professional Factors Affecting the Trust Between the Patient and the Physician

Mahshid Safaei, Maghsoud Farasatkah*², Ehsan Shamsi Gooshki³

1. PhD student in Cultural Sociology (Department of Social Sciences), Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Professor of Higher Education Planning, Department of Higher Education Planning, Institute for Research and Planning in Higher Education, Tehran, Iran.

3. Associate Professor, Department of Medical Ethics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 27 August 2022

Accepted: 8 February 2023

Published: 4 March 2023

***Corresponding Author**

Maghsoud farasatkah

Address: Department of Higher Education Planning, Institute for Research and Planning in Higher Education, Tehran, Iran.

Postal Code : 1915673481

Tel: +982122010616

Email: m_farasatkah@yahoo.com

Citation to this article:

Safaei M, Farasatkah M, Shamsi Gooshki E. Identification and analysis of organizational-professional factors affecting the trust between the patient and the physician. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2022; 15: 300-321.

Abstract

In the health system, professional problems and organizational obstacles cause patient fatigue, physician exhaustion, and ultimately interpersonal issues between the patient and the physician, including lack of mutual understanding and erosion of trust. Therefore, trust, as the central core of social capital, plays a significant role in the quality of interpersonal and intergroup interactions. The trust between the patient and the doctor and its general expansion requires a set of organizational considerations and professional principles in the health system. The purpose of this qualitative research was to analyze organizational and professional factors affecting trust between the patient and the physician. The data were collected through semi-structured interviews in the health service centers located in Tehran. Using purposeful sampling and snowball, a total of 39 participants were interviewed until theoretical saturation was reached. Using the systematic approach of grounded theory (GT) and ATLAS.ti software, the data were categorized and analyzed in three stages of open, axial and selective coding. The findings show that the professional-organizational components effecting on trust between physicians and patients include three components of "adaptable professional management", "adaptable insurance" and "adaptable policy" and nine sub-components as described in the article. These components are the composing elements of the structure and infrastructure of professional development in health system, which can restore the relationship and interaction based on trust between the patient and the physician in health system. The other strategic researches are needed to develop strategies and executive policies to increase the trust between the patient and the physician.

Keywords: Trust, Patient, Physician, Health service centers, Organizational-professional factors.

