

صفحه	فهرست
۱.....	فعالیت‌های اخلاق پزشکی کشور و منشور حقوق بیمار باقر لاریجانی
۳.....	برداشتی از اسماء الحسنی در اخلاق طبابت سید ضیاءالدین تابعی
۵.....	رعایت حقوق دانشجویان در انتخاب استاد راهنما محمد عبدالهی، زهرا بایرامی اردی
۷.....	قداست پزشک، حرمت بیمار در بالین داریوش فرهود
۸.....	موانع سازمانی تحقق حقوق بیمار در بالین احد فرامرز قراملکی
۹.....	کرامت انسانی به مثابه‌ی خط قرمز اخلاق پزشکی کیارش آرامش
۱۰.....	آیا برای دانشجویان الگوی رفتاری مناسبی هستیم؟ برداشت کارورزان از رفتار حرفه‌ای اساتید و دستیاران فریبا اصغری، نازیلا نیک‌روان فرد
۱۲.....	بررسی موانع اجرایی و شناسایی راهکارهای عملیاتی برای تحقق حقوق بیمار در مراکز تابعه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی علیرضا پارساپور، باقر لاریجانی
۱۴.....	دوگانگی تعهد حرفه‌ای و اخلاق پزشکی علیرضا شعبان‌زاده، سیدشهاب‌الدین صدر
۱۶.....	نقش اجرای دستورالعمل رسیدگی به تخلفات پژوهشی در تضمین رعایت حقوق بیمار کاظم زنده‌دل
۱۷.....	نقش آموزه‌های اخلاقی و حقوقی در پیشگیری از خطاهای پزشکی محمود عباسی
۱۸.....	بررسی نحوه‌ی اخذ رضایت از بیماران بستری در بخش‌های جراحی بیمارستان شریعتی فخرالدین تقدسی نژاد، اردشیر شیخ‌آزادی، اسدالله یغمائی، مازیار روجائی
۲۰.....	حمایت از بیمار در پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

- رضا نگارنده، ناهید دهقان نیری، عباس هوشمند بهابادی
- ۲۲..... منشور حقوق بیماران: مروری بر مطالعات انجام شده در ایران
سودابه جولایی، فاطمه حاجی بابایی
- ۲۴..... منشور اخلاقی پرستاران: مدافعی برای رعایت حقوق بیمار و ارائه‌ی مراقبت امن
علیرضا نیکبخت نصرآبادی، آسیه درویش، فتانه سادات بطحایی
- ۲۵..... مسؤولیت دولت از منظر حقوق بشر بین الملل در مقابل سلامت کودکان کار
فائزه اثنی عشری
- ۲۶..... حریم خصوصی بیمار؛ مقایسه‌ی تطبیقی سیستم حقوقی ایران و فرانسه
بهاره حیدری
- ۲۷..... ابعاد حقوق بیماران بازمانده از بحران
خدابخش احمدی
- ۲۹..... رضایت و برائت
محمد کاظمیان
- ۳۲..... تبیین حریم خصوصی در پزشکی
نازآفرین قاسم زاده، ابراهیم خلیل بنی حبیب
- ۳۴..... نگاهی به ارتباط پزشک - بیمار در جامعه‌ی پزشکی ایران و چالش‌های مرتبط با آن
امید آسمانی، زهرا قاضی
- ۳۵..... اعتماد در رابطه‌ی پزشک و بیمار
امیر احمد شجاعی
- ۳۶..... مقایسه‌ی درک پرستاران و نوجوانان بیمار بستری از اهمیت و رعایت حریم بیمار
تابنده صادقی، رقیه کریمی، ناهید دهقان نیری
- ۳۸..... تدوین راهنمای تهیه رضایت آگاهانه در پژوهش‌های پزشکی
مهشاد نوروزی، مینا مبشر، کاظم زنده دل، مهنوش خسروی، زهره حقیقی
- ۴۰..... لغزشگاه‌هایی در پژوهش کرامت انسانی
سید عبدالصالح جعفری کرمانشاه، بهین آرامی نیا
- جنبه‌های اخلاقی «دستور پزشکی عدم احیاء قلبی - تنفسی» با رویکرد حقوق بیماران در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران
۴۱..... احسان شمسی گوشکی
- ۴۳..... دستور عدم احیاء در جوامع مختلف و ضرورت وجود راهنمای اخلاقی

مریم پیمانی، فرزانه زاهدی، باقر لاریجانی

- ۴۵.....وصیت بر تشریح.....
عبدالحسن کاظمی، نجات فیض اللهی، صدیار عطالو
- ۴۶.....به کارگیری روش های کمک باروری در زوج های مبتلا به HIV از نظر اخلاقی و حقوقی
مونا عودی، رضا سامانی، سید طه مرقاتی، مهناز کرباسی زاده
- ۴۸.....کاهش رابطه های مالی بین پزشک و بیمار، کلید ارتقای اخلاق در روابط پزشک و بیمار
سیدحسن امامی رضوی
- ۴۹.....اخلاق و معنویت در دوران دفاع مقدس
سردار نصراله فتحیان
- ۵۱.....اصول اخلاق حرفه ای در پزشکی
احمد شجاعی
- ۵۲.....چالش های حقوق بیماران در مقابل حقوق جامعه
علیرضا مصداقی نیا، حسین جباری
- ۵۴.....ارزیابی اخلاقی تعیین جنسیت
محمد راسخ
- ۵۵.....نکات کلیدی در انجماد جنین از نظر حقوق و اخلاق
رضا عمانی سامانی
- ۵۶.....به کارگیری یک مدل در پدیدارشناسی حقوق بیمار در بیمارستان دولتی
قاسم عابدی، لیلا آذین مهر
- ۵۷.....آیا خبر بد باید به بیمار گفته شود؟
مجتبی پارسا
- ۵۹.....بررسی حقوق بیماران روانی در مراکز روان پزشکی
ارسلان احمدی، محمد رضا خدایی اردکانی، صیاد یوسفی، محمد رضا موران، محمد ترکشوند
- ۶۱.....رعایت حقوق بیمار یک ارزش اخلاقی در مراقبت پرستاری
محسن شهریاری، عیسی محمدی، عباس عباس زاده
- تعیین میزان رعایت حقوق بیمار از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان بنت الهدی مشهد -
سال ۱۳۸۷.....
۶۳.....
مرضیه معراجی، غلامرضا مرادی، معصومه سرباز

- ۶۵..... حقوق بیمار در تنظیم صورت حساب
 مهدیه شجاعی باغینی، نسرين ريكي، نديمه ذاکري افشار
- ۶۶..... جهانی شدن و حقوق بیماران.....
 مینا حسینی
- ۶۸..... ارزش‌های اخلاقی در هنگام بستری در سال ۱۳۸۵.....
 نادر آقاخانی، نرگس رهبر، منیژه پرخاشجوی، وحید شجاعی مطلق
- ۷۱..... چالش‌های اخلاقی آموزش بالینی و حقوق بیماران.....
 ابراهیم خلیل بنی حبیب، نازآفرین قاسم زاده
- ۷۴..... واکاوی اخلاقی یک کارآزمایی بالینی.....
 پونه سالاری شریف، علیرضا باقری
- ۷۵..... آموزش اخلاق در پژوهش در برنامه‌های درسی دوره‌های تحصیلات تکمیلی علوم پزشکی.....
 کاظم زنده‌دل، نازیلا نیک‌روان فرد، زهره حقیقی، مینا مبشر
- ۷۷..... مبانی اخلاقی مشارکت بیماران در آموزش پزشکی.....
 احیاء گرشاسبی
- ۷۹..... پیشنهاد مدلی برای عارضه‌یابی اخلاق پزشکی مبتنی بر شیوه‌ی تحلیل گفتمان میشل فوکو.....
 حمیدرضا نمازی
- ۸۰..... نقش اخلاق باور در آموزش پزشکی.....
 ساسان صابر
- ۸۱..... بررسی نگرش دانشجویان پزشکی به مباحث اخلاق پزشکی.....
 سیامک افشین مجد
- ۸۳..... بازنگری واحد اخلاق حرفه‌ای در دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.....
 عباس منزوی، احمد سوداگر، لیلا صدیق پور، فریبا اصغری، علی لباف، سیداحمد فاطمی تبار،
 محمدرضا خامی، کاظم آشفته یزدی، مهدی سروش، حسین آراد، محمد صادق آخوندی، طاهره
 جعفرزاده کاشی، حسن درریر
- ۸۵..... کدام تئوری آموزشی برای آموزش اخلاق در علوم بالین مناسب‌تر است؟.....
 فاطمه الحانی
- بررسی نظر دانشجویان دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران درباره‌ی اثر ایفای نقش در

- ۸۷ آموزش اخلاق حرفه‌ای
لیلا صدیق پور، احمد سوداگر، سید نادر مسعودی، فریبا اصغری
- طراحی، ضرورت و کاربرد پرسشنامه‌ی درخواست بررسی اخلاقی کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های
علوم پزشکی در ایران ۸۹
مهنوش خسروی، مینا مبشر، زهره حقیقی، مجتبی وند رجب پور، کاظم زنده دل
- ۹۱ اخلاق پزشکی براساس بینش اسلامی باید چگونه باشد؟
احمدرضا همتی مقدم، حمیدرضا نمازی
- ۹۲ بررسی دیدگاه پزشکان متخصص استان قم در مورد معضلات اخلاق پزشکی در سال ۱۳۸۸
سید حسن عادل، اکرم حیدری، پویا پارسی، علیرضا باقری
- ۹۳ بهره‌مندی از خدمات و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به سرطان مری در استان گلستان
غلامرضا روشندل، رضا مجدزاده، کیارش آرامش، عباسعلی کشتکار، عباس مقدمی، سیدمهدی
صداقت، شهریار سمنانی
- ۹۴ بررسی امکانات رفاهی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۹
خورشید وسکویی، محبوبه کریمی، نوشین کهن، حمیده اثنا عشری
- ۹۶ بررسی مشکلات مطرح در ارتباط پزشک و بیمار
اطهر معین، کبری عنبری
- ۹۸ آیا اتونومی و استفاده از روش‌های دایمی پیشگیری از حاملگی با هم معارضند؟
رضا شهبانی نژاد، عبدالحسن کاظمی، ذکریا پزشکی، مرتضی قوجازاده، احمد کوشا
- ۱۰۰ استقلال سالمندان: چالش نظام درمان و مراقبت از سالمندان
علی درویش پور کاخکی، ژیلا عابد سعیدی، علی دلاور، منصوره سعیدالذاکرین
- ۱۰۲ اخلاق حرفه‌ای در مشاغل پیراپزشکی
حسین درگاهی
- ۱۰۴ اخلاق حرفه‌ای در صنعت داروسازی و قیمت‌گذاری دارو
رامین رادمنش
- بررسی علل و زمینه‌های نپذیرفتن بیماران اورژانس در بیمارستان‌های دانشگاهی با توسل به فریب از
نظر دست‌اندرکاران بخش‌های اورژانس ۱۰۵
ژامک خورگامی، امیرحسین گوگل، احمدرضا سروش

- ۱۰۷..... اخلاق پزشکی و تفاوت آن با فقه پزشکی.....
محمود متوسل آرانی
- ۱۰۹..... راه‌های پیشگیری از قصور.....
مسعود قادى پاشا
- بررسی دیدگاه‌های پژوهشگران و مسؤولان نشریات علوم پزشکی ایران در خصوص شرایط و تعریف نویسنده و اصول اخلاقی مربوطه در انتشار مقالات علوم پزشکی.....
طاهره فتاح، علی اکبری ساری، علی اکبر حقدوست، کاظم زنده دل، محمد واسعی
- ۱۱۰.....
- ۱۱۲..... تحلیل روند تکاملی بیانیه‌ی هلسینکی.....
مینا مبشر، کاظم زنده دل، جمیله مهدوی نیا
- ۱۱۴..... بررسی نگرش اخلاقی داروسازان.....
محمد رضا جوادی، فریبا اصغری، پونه سالاری
- ۱۱۶..... تحقیقات در بخش اورژانس و مراقبت‌های ویژه.....
سیامک صبور، فریبا قاسمی
- ۱۱۷..... کرامت انسانی در قرآن.....
محسن رضایی آدریانی
- ۱۱۸..... مباحث اخلاقی تحقیق بر سلول‌های بنیادی جنین.....
فرناز شیشه‌گر، اکرم پیمان، زهرا عبدالرضا قره باغ
- ۱۲۰..... بررسی جوانب اخلاقی کاربرد درمانی سلول‌های بنیادی.....
محمد رضا خرمی زاده
- ۱۲۲..... پیشنهادات اخلاقی به منظور به حداقل رساندن آزار حیوانات آزمایشگاهی.....
مریم احمدی، فاطمه توده دهقان
- ۱۲۳..... استفاده از اهداکننده‌ی سالم انسانی در تولید سلول بنیادی با تزریق GCSF.....
مریم پورتولری
- ۱۲۵..... آموزش اخلاق در انفورماتیک پزشکی.....
زهرا سادات آزاد
- ۱۲۷..... سلامت خون در ایران از منظر حقوق اهدا کننده و گیرنده خون.....
حسن ابوالقاسمی
- بررسی مقایسه ای عواقب اجتماعی و اقتصادی ناشی از بیماری‌های منتقل شونده از راه خون در

- ایران و جهان ۱۲۹
عبدالمجید چراغعلی، پیمان عشقی
- اخلاق در انتقال خون ۱۳۰
احمد قره‌باغیان
- ضوابط اخلاقی و توان بخشی ۱۳۲
سیدعلی حسینی، حسن شاکری، اشرف نوری، حمیدرضا خانکه، محمدعلی حسینی، کیانوش عبدی
- موانع و انگیزاننده‌های گزارش خطاهای پرستاری در ایران: یک مطالعه کیفی ۱۳۴
فاطمه هاشمی، علیرضا نیکبخت نصرآبادی، فریبا اصغری
- نقش معیارهای کیفیت وب سایت‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی در رعایت اصول اخلاق پزشکی ۱۳۵
فتانه سادات بطحایی، آسیه درویش، علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- خطاهای دارویی پرستاران و ارتباط آن با برخی مشخصه‌های فردی و سازمانی ۱۳۷
فاطمه حاجی بابایی، سودابه جولایی، حمید پیروی، حمید حقانی
- مضامین اخلاقی معنوی در مراقبت پرستاری: یک مطالعه کیفی ۱۳۹
غلامرضا محمودی شن، فاطمه الحانی، فضل اله احمدی، انوشیروان کاظم نژاد
- بررسی وقوع و گزارش خطاهای دارویی در دانشجویان پرستاری ۱۴۱
اسمعیل محمدنژاد، سیمین رنجبران، احمد شمسین، مژگان شهریاری، امیر سالاری، حسین زاغری، رحمت میرزایی، سامان فعلی مقدم، هاشم اسماعیل بیگی، سیده رقیه احسانی
- تأثیر استرس بر تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاری ۱۴۳
مریم عزیزی، مریم شیری
- بررسی نگرش زوجین نابارور و کادر درمانی مراکز ناباروری نسبت به پدیده ناباروری و مسائل اخلاقی و حقوقی روش‌های کمک باروری ۱۴۵
افشین فرهانچی، زهره رحیمی، مریم داوودی
- کدهای اخلاقی و کاربرد آن در حفظ حقوق زنان در مراقبت مامایی ۱۴۷
محمد آقاجانی، ندا میرباقر، زهرا راحمی، مریم سادات شهشهانی
- تبیین پارامترها و برنامه‌های راهبردی اخلاق بالینی در نظام جامع سلامت ۱۴۸
لادن عباسیان، محمود عباسی
- بررسی علل قصور پزشکی در کمیون‌های پزشکی سازمان نظام پزشکی کرمان و یزد و ارائه راهکارهای کاهش آن ۱۵۰

- پیوند باستانی، میثاق باستانی
۱۵۲. ارزیابی صلاحیت در رضایت دادن به درمان در بیماران پذیرش شده در بخش‌های حاد پزشکی. لیلا مختارزاده، لیلا کاظم نژند اصل
- بررسی سطح آگاهی و نگرش پزشکان عضو سازمان نظام پزشکی شهر رشت نسبت به اتانازی و معاونت خودکشی در سال ۸۶ در شهر رشت ۱۵۳
- سنبل طارمیان، مرتضی رهبر طارمسری، حسین رضانی
۱۵۴. آیا برای داشتن جامعه‌ای آرمانی، باید اتانازی را پذیرفت؟ محمد جواد موحدی، مزگان گلزار اصفهانی
- بررسی رعایت موازین شرعی در زمان ارائه‌ی مراقبت‌ها و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه بیماران و پرستاران بیمارستان‌های آموزشی خرم‌آباد ۱۵۶
- فریده ملکشاهی
۱۵۷. آداب عیادت در آموزه‌های اسلامی کبری عنبری اکمل، محمدرضا نریمانی، اطهر معین
۱۵۹. نقش قراردادهای خصوصی در درمان ناباروری و تأمین حقوق بیماران مصطفی مظفری، مرتضی مظفری
- بررسی نظریات مطرح در تعامل میان پزشک و بیمار و مکتب برگزیده در پرتو حکمت و تمدن درخشان اسلام و ایران ۱۶۰
- سعید بیرودیان، مهرزاد کیانی، محمود عباسی
۱۶۱. هجوم ترکمانان و مغولان به ایران و تأثیر آن بر اخلاق پزشکی در قرون ششم و هفتم هجری مسعود کثیری
- آموزش و اطلاع رسانی به بیمار به‌عنوان یکی از اصول حقوق بیمار در اخلاق پزشکی در ایران و جهان ۱۶۲
- آزاده درستکار، فرزاد محمودیان، رویا رحیمی، میترا خادم‌الحسینی، زینب خادم‌الحسینی، ساناز جوکار
- آگاهی از حقوق بیمار و رعایت آن از دیدگاه بیمار: مطالعه‌ای در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران ۱۶۴
- اصغر زارعی، محمد عرب
- بررسی نحوه‌ی اخذ رضایت از بیماران بستری در بخش‌های جراحی بیمارستان ایران و خاتم شهر ایران شهر ۱۳۸۹ ۱۶۶
- زهرا عطاردی کاشانی، آرزو پیرک، ته‌مینه صالحیان

-
- ۱۶۸..... بررسی عملکرد کمیته‌های اخلاق پزشکی بیمارستان در ایران
کبری جودکی
- ۱۷۰..... حقوق بیماران، کمیته‌های اخلاق بیمارستانی، افق‌های تازه.....
مهرزاد کیانی
- ۱۷۲..... کمیته‌های اخلاق بیمارستانی.....
علی صابر

فعالیت‌های اخلاق پزشکی کشور و منشور حقوق بیمار

باقر لاریجانی

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم،

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دگرگونی‌ها و پیشرفت‌های دهه‌های اخیر در حوزه‌های مختلف علم، فناوری، و اخلاق بالینی، همان‌گونه که چالش‌های بسیاری را در جوامع ایجاد نموده است، باب‌های وسیعی از تلاش فکری و عملی را به روی اندیشمندان گشوده است. در کشور اسلامی ما نیز تحولات چشم‌گیری در حوزه‌های مختلف ایجاد گردیده و فعالیت‌های راهبردی مستمری در عرصه‌های مختلف شکل گرفته است. تخلق به اخلاق حسنه، رعایت حدود عرفی و دینی، و حفظ حقوق بیماران در فرهنگ پزشکی کشور سابقه‌ای دیرین دارد. وجود کلام و دست‌نوشته‌های اندیشمندان و حکمای ایرانی به‌خوبی نشانگر سعی وافر آنان در انتقال این معنا به شاگردان و نسل‌های بعد دارد. پندنامه‌ی اهوازی، آیین اخلاقی عقیلی شیرازی و متونی چون آن‌ها در گنجینه‌ی غنی اسلامی ایرانی کم نیستند. رفتار و عملکرد شاغلان پزشکی و حرفه‌های مرتبط و قوانین و مقرراتی که در بیمارستان‌های دوره‌ی تمدن اسلامی حاکم بوده است، توجه به حقوق بیمار را در حدی قابل ستایش منعکس می‌نماید.

اما در دهه‌های اخیر ما شاهد توجه روزافزون دست‌اندرکاران سلامت کشور به مقوله اخلاق حرفه‌ای بوده ایم. راهکارها و دستورالعمل‌های کاربردی متعددی با رعایت استانداردهای جهانی و ملی تدوین گردیده است.

توجه به کمیته‌های اخلاق در پژوهش در سطح دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، تدوین راهنماهای اخلاق عمومی و تخصصی در این حوزه، تشکیل ستادهای ویژه و نیز شورای اخلاق پزشکی در سطح وزارت بهداشت، توجه خاص به اخلاق پزشکی در انجمن‌ها و مجامع علمی از جمله در فرهنگستان علوم پزشکی، تدوین منشور روزآمد حقوق بیمار و اجرایی نمودن آن، و تشکیل یا تقویت کمیته‌های اخلاق بیمارستانی برخی از فعالیت‌هایی هستند که در جهت حفظ حقوق گیرندگان خدمات و مراقبت‌های سلامت در کشور صورت پذیرفته است.

آن‌چه مرور تاریخچه و فعالیت‌های صورت‌گرفته در حوزه‌ی اخلاق پزشکی کشور نشان می‌دهد قابلیت و ظرفیت بالقوه‌ی دانشمندان و محققان کشور در کسب جایگاهی برتر در حفظ

ارزش‌های الهی و انسانی در حیطه‌ی سلامت است. به مرحله‌ی فعل رساندن این ظرفیت‌ها از طریق آموزش‌های مستمر و فراگیر، و تلاش در جهت تقویت بنیان‌های اخلاقی ارتباط بیمار و شاغلان پزشکی و حرفه‌های مرتبط، مسئولیت عظیمی است که لازم است در کنار توجه به حرکت پرشتاب در عرصه‌ی علوم و فنون نوین با جدیت بسیار پیگیری گردد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، حقوق بیمار، تعهد حرفه‌ای، تاریخ پزشکی، راهنمای اخلاقی

برداشتی از اسماء الحسنی در اخلاق طبابت

سید ضیاءالدین تابعی^{*}

هیأت علمی گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

«فله اسما الحسنی فدعوه بها»

هست کلید در گنج حکیم

بسم اله الرحمن الرحیم

(نظامی گنجوی)

بسی هم وزنند در بحر معارف

کن اله و بسمه اله عارف

(آیت اله حسن زاده آملی)

امروزه، به خصوص در دنیای غرب به این نتیجه رسیده‌اند که برای نجات حرفه‌ی پزشکی از بحران که دوره‌ی چهارم تحول اخلاق پزشکی از نظر آنان محسوب می‌شود (دوره‌ی اول دوره‌ی بقراطی، دوره‌ی دوم اصل‌گرایی براساس اصول چهارگانه‌ی آزادی، عدالت، مفید بودن و مضر نبودن، دوره‌ی سوم ضد اصل‌گرایی از اوائل قرن بیستم و دوران چهارم دوران بحران از نیمه‌ی قرن بیستم تاکنون)، مجدداً اصول پروفشنالیسم (حرفه‌ی مقدس) را احیا نمایند. متأسفانه، این عناوین چون به مبدأ و معادلی اتصال ندارند، بعید است که موقعیت چشم‌گیری حاصل شود.

اصول پروفشنالیسم شامل موارد زیر می‌شود:

نوع دوستی در حد از خود گذشتگی (Altruism)، درستی و کمال (Integrity)، حب نفس، آزادی (Autonomy)، رازداری (Confidentiality)، صداقت (Honesty)، برتری (Excellence)، احترام (Honor)، جوابگویی (Accountability)، وجدان (Conscience)، اعتماد (Confidence)، شایستگی (Competence)، تعهد (Commitment)، عدالت (Justice)، دلسوزی (Compassion) و مسؤولیت‌پذیری (Responsibility).

در این مقاله سعی می‌شود با توجه به اسماء الحسنی حضرت حق، مطالبی در این باره بحث شود که خلاصه‌ی آن به شرح زیر است:

۱- توجه دقیق به اسامی رحمن و رحیم که در کلمه‌ی طیبه‌ی بسم اله الرحمن الرحیم آمده است.

* ethics@sums.ac.ir

- ۲- بررسی آیات قرآنی که به اسامی حسنی (توابع الرحیم، رؤف الرحیم، غفور الرحیم، عزیز الرحیم و کان به المؤمنین رحیما) ختم می‌شود.
- ۳- بررسی چند بند از دعای جوشن کبیر در این رابطه به‌خصوص بند اول (اللهم انی اسئلك بسمک یا اله یا رحمن یا رحیم و یا کریم یا قدیم یا عظیم یا مقیم یا علیم یا حلیم یا حکیم) با تأکید بر اسامی رحمن، رحیم، کریم، علیم، حلیم، و حکیم.

رعایت حقوق دانشجویان در انتخاب استاد راهنما

محمد عبدالهی^۱، زهرا بایرامی اردی^۲

۱- هیأت علمی مرکز تحقیقات علوم دارویی دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- کارشناس کمیته‌ی اخلاق در پژوهش مرکز تحقیقات علوم دارویی دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم

پزشکی تهران

امروزه، با گسترش علوم پزشکی و پیچیده‌تر شدن تحقیقات در زمینه‌های مختلف آن توجه به اخلاق در پزشکی و پژوهش و تدوین قوانین روشن در موارد مختلف علاوه بر راهنمایی محققان، محدوده‌ی اختیارات و مسؤولیت‌های آنان و سایر اعضای گروه تحقیقاتی و البته بیماران و آزمودنی‌ها را مشخص می‌کند. از جمله افراد شرکت‌کننده در بسیاری از پژوهش‌ها دانشجویانی هستند که انجام پژوهش تحت نظر استاد راهنما و به‌عنوان پایان‌نامه توسط آنان انجام می‌شود.

بدیهی است که علاقه‌مندی دانشجویان به موضوع تحقیق و پایان‌نامه و استاد راهنما تأثیر مستقیمی بر کیفیت و سرعت انجام تحقیق دارد و حتی بر ادامه‌ی زندگی علمی آنان نیز تأثیر عمیقی دارد. از طرف دیگر، علاقه و توانمندی استاد راهنما نیز مسأله‌ی مهمی است. رعایت حق دانشجو در انتخاب استاد راهنما و موضوع تحقیق علاوه بر تأثیر بر روند تحقیق باعث رضایت و ارتقای کیفی آموزش در نظام آموزشی نیز خواهد بود.

هر چند این موارد اکثر اوقات مورد توجه اساتید معظم و دانشجویان بوده است و رعایت می‌شود اما گاهی شاهد مواردی از قبیل تحمیل موضوع تحقیق یا حتی اجبار دانشجو به گذراندن پایان‌نامه با استاد راهنمای خاصی بوده‌ایم که عدم رعایت حق دانشجو در انتخاب موضوع و استاد راهنما است.

اخیراً پیش نویس دستورالعمل رسیدگی به تخلف‌های پژوهشی در دست تدوین است که مواردی از رعایت کدهای اخلاقی کار با آزمودنی‌ها، جعل و تحریف داده‌ها و اطلاعات، سرقت ادبی و حقوق نویسندگان در آن مورد توجه قرار گرفته است که امری بسیار ضروری و مورد تقدیر است، اما تا کنون حقوق دانشجویان در اخذ و گذراندن پایان‌نامه مورد توجه جدی قرار

* mohammad@tums.ac.ir

نگرفته است و این مسأله به‌عنوان یکی از موارد اخلاقی که اساتید و حتی دانشگاه‌ها و گروه‌ها را ملزم به رعایت حقوق دانشجو در روند مراحل اخذ تا دفاع از پایان‌نامه نماید وجود ندارد.

قداست پزشک، حرمت بیمار در بالین

داریوش فرهود*

استاد بازنشسته گروه ژنتیک دانشگاه علوم پزشکی تهران

مسائل و ملاحظات اخلاقی و هم‌چنین حقوق، وظایف و مسؤولیت‌های گروه‌های اجتماعی همیشه باید در ارتباط با یکدیگر بررسی و کدگذاری شوند. پرداختن به هر کدام به‌طور مجزا، ارزش کاربردی و اجرایی نخواهد داشت، چه در چارچوب اخلاق و چه در زمینه‌ی حقوق. مثلاً باید در واری‌های ارئه دهنده و استفاده‌کننده‌ی خدمات پزشکی همواره مناسبات متقابل پزشک با پزشک، پزشک و بیمار، پزشک و پیراپزشک، پزشک و بیمارستان، پزشک و جامعه، بیمار و بیمارستان و بالاخره جامعه و کل امور پزشکی را در نظر داشت، چون همیشه حقوق هر کدام در مقابل وظیفه‌ی گروه دیگر و حرمت هر کدام در گرو مسؤولیت دیگری است. به‌نظر می‌رسد به‌جای واژه‌ی «حقوق بیمار» بهتر بود از واژه‌ی «حرمت بیمار» استفاده می‌شد، چون «حقوق» بیش‌تر بار حقوقی و قضایی دارد و «حرمت» رویکرد اخلاقی، که بیش‌تر همین مورد نظر است. محور حقوق بیمار بهتر بود در همایش مربوط به «حقوق پزشکی» و نه «اخلاق پزشکی» قرار داده می‌شد. آموزش اخلاق در برگیرنده‌ی کلیه‌ی مفاهیم و اصول و ملاحظات اخلاقی برای هم گروه‌های تأمین‌کننده و دریافت‌کننده‌ی امور پزشکی است. در این گردآوری، مروری بر پیشینه‌ی اخلاق پزشکی، توصیه‌های نهادهای جهانی، داده‌های پژوهشی دیگران و نیز تجربیات شخص، مورد استفاده قرار گرفته‌اند. برنامه‌ی آموزش اخلاق (EEP) دربرگیرنده‌ی همه‌ی دوران‌هایی است که یک فرد (بیمار، پزشک) در معرض فراگیری و آموزش قرار دارد، شامل خانواده، مهد کودک، دبستان، دبیرستان، دانشگاه، جامعه، محیط کار، (درمانگاه، بیمارستان، بالینی) که در آن پایه‌های فرهنگ‌سازی مردم شکل می‌گیرد. الگوبرداری و اسطوره‌سازی (از استادان و پیشکسوتان و نخبگان اجتماعی) یکی دیگر از ضمانت‌های مؤثر فرهنگ‌سازی برای اخلاق اجتماعی است. در مقابل، گروهی نیز به‌درستی، عوامل ژنتیکی را با توارث چند عاملی (ژنتیک کمی) مانند بسیاری صفات مانند مهربانی، شجاعت، صبوری، شوق به خدمتگزاری ...، زمینه‌ساز و زیربنای آموزش‌پذیری اخلاق می‌دانند.

*farhud@sina.tums.ac.ir

موانع سازمانی تحقق حقوق بیمار در بالین

احد فرامرز قراملکی*

هیأت علمی و مدیر گروه اخلاق حرفه‌ای دانشگاه تهران

تدوین منشور حقوق بیمار نخستین گام لازم در اخلاق پزشکی است. غالباً آموزش منابع انسانی مانند پزشکان، پرستاران و سایر افراد مؤثر در خدمات سلامت را گام دوم می‌انگارند، در حالی که شناخت و ایجاد عوامل تسهیل‌کننده و مهار موانع بازدارنده مقدم بر امر آموزش است. و این با دو رهیافت متمایز صورت می‌گیرد: رهیافت فردگرایانه و روان‌شناختی و رهیافت سازمانی. بر اساس رویکرد سازمانی، حقوق بیمار، غالباً، در بالین به معنای بیمارستانی (یا هر مرکز درمانی) است که تحقق می‌یابد یا تضییع می‌گردد. این حقیقت، ضرورت توجه به موانع سازمانی در تحقق حقوق بیمار را نشان می‌دهد. موانع سازمانی را می‌توان به دو گروه درون سازمانی یا عناصر محیط درونی بیمارستان و برون سازمانی یا عناصر محیط بیرونی بیمارستان تقسیم کرد. مقاله‌ی حاضر به تحلیل موانع درون سازمانی تحقق حقوق بیمار می‌پردازد. ساختار سازمانی، شرح وظایف، نظام‌های جامع حرفه‌ای در شؤن مختلف (مانند نظام جامع جبران خدمت)، منابع مالی بیمارستان و نحوه‌ی تأمین آن فرهنگ سازمانی، تعامل درون سازمانی منابع انسانی از مهم‌ترین منابع محیط درونی است. مهم‌ترین گام در این مقام، نقد و ممیزی اخلاقی این عناصر در محیط درونی بیمارستان است.

تعارض هر یک از عناصر درون سازمانی با حقوق بیمار مانع مهمی در تحقق حقوق بیمار در بالین است و لذا اخلاق سازی این عناصر شرط لازم تحقق حقوق بیمار است. به‌عنوان مثال، پیش‌بینی تأثیرپذیری سازمانی در بیمارستان از تهدیدهای عمده حقوق بیمار است. سازمان‌های اخلاقی سازمان‌های پیش‌بینی پذیرند. پیش‌بینی پذیری بیمارستان در گرو عناصر یادشده است. محیط فیزیکی بیمارستان از حیث توزیع فضا در سطح یا طول، سیستم‌های تأسیساتی مرتبط با رفاه بیمار (مانند تخت، توزیع غذا، دما، نور، اکسیژن، گرد و غبار و ...) می‌تواند با حقوق بیمار در تعارض باشد. پیام مقاله این نیست که تحقق حقوق بیمار را منوط به رفع همه‌ی موانع سازمانی بدانیم بلکه شناخت آنها، مدیریت فروکاهش گرایانه موانع یا مهار آثار موانع می‌تواند زمینه‌ای برای تحقق حقوق بیمار باشد.

* akhlagh_85@yahoo.com

کرامت انسانی به مثابه‌ی خط قرمز اخلاق پزشکی

کیارش آرامش*

هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مفهوم کرامت انسانی (Human Dignity) از مفاهیم مطرح و مناقشه برانگیز در اخلاق زیست-پزشکی است. برخی آن را «مفهومی بی‌استفاده» دانسته‌اند و برخی دیگر نیز که آن را به‌کار برده‌اند، معنایی دقیق و روشن از آن به‌دست نداده‌اند، چنان‌که در برخی از بحث‌ها و مناقشات اخلاق پزشکی - نظیر بحث اتانازی - هر دو طرف موافق و مخالف، به مفهوم کرامت انسانی برای اثبات مدعای خود استناد کرده‌اند! مفهوم کرامت انسانی اگرچه تعریف جامع، مانع، و همه‌پذیری ندارد اما روشن است که از ویژگی‌ای در انسان پرده برمی‌دارد که آن ویژگی انسان را مستحق مجموعه‌ای از حقوق و آزادی‌های اساسی می‌سازد.

اما این پرسش هم‌چنان پابرجاست که: «استفاده‌ی صحیح از مفهوم کرامت انسانی چیست و در کجاست؟» این مقال سعی بر آن دارد که به نفع پاسخ ذیل برای پرسش فوق دلیل بیاورد: کرامت انسانی «خط قرمز»های استنتاجات و رهیافت‌های اخلاقی را تشکیل می‌دهد. با این توضیح که بحث در اخلاق پزشکی بر اساس مبادی، اصول یا فرضیات و روش‌های خاصی به انجام می‌رسد و به پیش می‌رود. اما گاهی استفاده از اصول یا معیارهای معتبر اخلاقی ممکن است به درست یا غلط و به سهو یا عمد، منجر به نتیجه‌گیری‌ها یا صدور احکامی شود که حقوق اساسی انسان‌ها را نقض یا خدشه‌دار می‌کنند. کرامت انسانی اصلی است که می‌گوید: صرف‌نظر از این که کدام مکتب اخلاقی، مجموعه‌ی اصول، فرضیات و روش‌شناسی‌ها به‌کار گرفته شده‌اند، اگر نتیجه ناقض حقوق بنیادین انسان باشد، پذیرفتنی نیست و باید در آن تجدیدنظر شود. هم‌چنین در این مقال، مفهوم کرامت انسانی در مقام کاربرد نظری، در دو شکل کلی معرفی می‌شود: شکل فردی آن یعنی هنگامی که از حقوق انسان‌هایی صاحب حق (بیماران، کودکان و ...) سخن می‌گوییم و شکل جمعی آن یعنی هنگامی که سخن از انسانیت در میان است. در شکل دوم است که موجوداتی مانند سلول تخم، رویان چند روزه، یا جسد انسان که غالباً «شخص انسانی» تلقی نمی‌شوند، تحت پوشش مفهوم کرامت انسانی قرار می‌گیرند و هر رفتاری با آن‌ها جایز برشمردن نمی‌شود.

* Kiarasharamesh@sina.tums.ac.ir

**آیا برای دانشجویان الگوی رفتاری مناسبی هستیم؟
برداشت کارورزان از رفتار حرفه‌ای اساتید و دستیاران
فربا اصغری^۱، نازیلا نیک‌روان فرد^۲**

۱- هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- کارشناس معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

این مطالعه به منظور بررسی میزان مواجهه‌ی کارورزان پزشکی با جنبه‌های مختلف الگوهای رفتار حرفه‌ای در اساتید و دستیاران بخش داخلی و جراحی چهار بیمارستان آموزشی درمانی تهران انجام گردید.

این مطالعه‌ی توصیفی، بر روی ۲۱۸ نفر کارورزان بخش‌های داخلی و جراحی چهار بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در نیم‌سال اول سال تحصیلی ۸۷-۸۶ انجام شد. پرسش‌نامه حاوی ۱۵ سؤال از جنبه‌های مختلف رفتار حرفه‌ای بود که پاسخ به آن‌ها به‌صورت مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای داده می‌شد.

هر کارورز یک پرسشنامه برای اساتید و یک پرسشنامه برای دستیاران بخش خود تکمیل می‌کرد. اعتبار پرسش‌نامه‌ها بر اساس نظرسنجی از افراد خبره مورد بررسی قرار گرفت و آلفا کرونباخ پایایی پرسش‌نامه‌ها ۰/۹۱ بود.

۱۵۰ نفر به پرسشنامه‌ی اساتید (۶۸/۸ درصد) و ۱۳۹ نفر (۶۳/۷ درصد) به پرسشنامه‌ی مربوط به عملکرد دستیاران پاسخ دادند. در جمع امتیازاتی که به تمام حیطه‌های پروفشنالیسم اساتید و دستیاران داده شد میانگین امتیاز (\pm انحراف معیار) رعایت پروفشنالیسم در مورد اساتید و دستیاران به ترتیب $(\pm 1/0)$ و $52/9$ و $(\pm 7/9)$ و $49/26$ از ۷۰ بود.

از دید کارورزان مسؤولیت‌پذیری هم در اساتید و هم در دستیاران (به ترتیب ۷۹/۳ درصد و ۸۲/۸ درصد اغلب یا تقریباً همیشه رعایت می‌شود) بیش از سایر حیطه‌های پروفشنالیسم رعایت می‌شود. در هر دو گروه نیز درستی و تعالی شغلی حیطه‌هایی بود که کم‌تر مورد توجه و رعایت قرار گرفته است.

این مطالعه نشان داد که اساتید و رزیدنت‌ها جهت ارتقاء رفتار حرفه‌ای در دانشجویان باید توجه خاصی به رفتار و عملکرد حرفه‌ای خود در بالین و به‌خصوص در تعامل با دانشجویان

* fasghari@tums.ac.ir

داشته باشند و بیش‌ترین اصلاح نیز باید در حیثه‌های درستکاری و تعالی شغلی در مورد پذیرش مسؤلیت خطای خود، اجتناب از شیوه‌های غیر منصفانه برای ارتقاء حرفه‌ای و استفاده از نقد مؤثر به جای غیبت یا تخریب همکاران مبذول گردد.

بررسی موانع اجرایی و شناسایی راهکارهای عملیاتی برای تحقق حقوق بیمار در مراکز تابعه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
علیرضا پارساپور^{۱*}، باقر لاریجانی^۲

۱- دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- هیأت علمی مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم و مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

منشور حقوق بیمار با هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و ارتقای رعایت موازین اخلاقی در عرصه‌ی درمان یکی از مهم‌ترین عرصه‌های خدمات سلامت که همان عرصه‌ی درمان می‌باشد با مشارکت صاحب‌نظران و ذینفعان طی سه سال تدوین و در ۸۸ از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مدیریت های ذی ربط ابلاغ گردید.

این اقدام اگرچه گامی مؤثر در جهت طرح موضوع حقوق بیمار و رعایت آن بود، اما برای تحقق مفاد حقوق بیمار ضروری بود اقدامات تکمیلی متعددی محقق گردد؛ از جمله شناسایی موانع و راهکارهای اجرایی شدن حقوق مذکور در عرصه‌های مختلف ارائه خدمات. این مهم از جمله مواردی بود که طی ابلاغ منشور از دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر مراجع ذی‌ربط خواسته شده بود.

در مرحله‌ی اول نظرات دانشگاه‌ها و مراکز ذی‌ربط در خصوص موانع و راهکارهای عملیاتی کردن مفاد منشور حقوق بیمار در پاسخ به مکاتبه‌ی ابلاغ منشور حقوق بیمار جمع‌بندی و مجدداً برای ایشان ارسال گردید.

در این مرحله مدیریت‌های محترم پس از رویت نظرات جمع‌بندی شده از سوی دانشگاه‌ها و مراکز، نظرات، اصلاحات و پیشنهادات نهایی خود را ارسال نمودند.

در جمع‌بندی نهایی، سرفصل‌های موانع اجرایی اعلام شده عبارت بودند از: محدودیت منابع، آگاهی کم ذینفعان، ضعف مقررات و دستورالعمل‌ها، کم‌توجهی به حقوق ارائه‌کنندگان و ضعف مدیریت. هم‌چنین، اهم نظرات در خصوص روش‌های عملیاتی کردن مفاد منشور عبارت بودند از: اطلاع‌رسانی و آموزش مناسب ذینفعان، ایجاد نظام نظارتی، تدوین مقررات مناسب، تأمین منابع لازم و توجه به حقوق ارائه‌کنندگان خدمات.

* aliparsa@tums.ac.ir

در مرحله‌ی بعد، جمع بندی نظرات نهایی مدیریت‌ها در کارگروهی مشورتی مورد بررسی قرار گرفت و پیش نویس راهبردهای پیشنهادی این کارگروه در کمیته مشورتی متشکل از مدیران و روسای منتخب دانشگاه‌ها در اجلاس روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد بحث و به عنوان یک بسته سیاستی برای تحقق حقوق بیمار به تصویب رسید.

به نظر می‌رسد علی‌رغم وجود مشکلات و موانع متعددی که پیش روی مدیران محترم نظام سلامت در ارائه‌ی خدمات مطلوب مبتنی بر رعایت آرمانی حقوق بیمار وجود دارد، در بسیاری از بندهای منشور حقوق بیمار این امکان وجود دارد که با بذل توجه مدیریت‌ها بتوان گام‌های بلندی در ارتقای کیفی وضعیت حقوق بیمار در مراکز تابعه برداشت.

به نظر می‌رسد بسته سیاستی تهیه شده در صورت اجرا می‌تواند بخش عمده‌ای از موانع تحقق حقوق بیمار را مرتفع نموده و مدیران نظام سلامت را در اجرای مطلوب منشور حقوق بیمار و ارتقای رضایتمندی بیماران یاری نماید.

دوگانگی تعهد حرفه‌ای و اخلاق پزشکی

علیرضا شعبان‌زاده^{۱*}، سیدشهاب‌الدین صدر^۲

۱- هیأت علمی مرکز تحقیقات بانک فرآورده‌های پیوندی ایران و گروه فیزیولوژی، دانشکده‌ی

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- هیأت علمی گروه فیزیولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دوگانگی تعهد حرفه‌ای (Dual Loyalty) موضوعی پیچیده است که به حرفه‌ی پزشکی آسیب می‌رساند. این مقوله‌ی غیرقابل اجتناب، گاهی متداول و رایج است.

پرسنل پزشکی نظامی در زمان جنگ با سخت‌ترین مسائل اخلاق پزشکی مربوط به دوگانگی تعهدشان مواجه می‌شوند؛ به این صورت که چه اقدامی برای بیمار بهترین درمان است و چه حکمی بهترین انتخاب در تأمین درخواست دولت می‌باشد که این افراد به‌عنوان یک سرباز ملزم به اجرای آن هستند.

اخیراً گزارشاتی حاکی بر این است که پرسنل پزشکی نظامی در کشورهای عراق و افغانستان با عواملی هم‌چون پدیده‌ی دوگانگی تعهد، پیچیدگی مباحث اخلاقی در زمینه‌ی خشونت علیه بشر و اصول مسلم حرفه‌ی پزشکی مواجه شده‌اند.

در خلیج گوانتاناما بازجویان با کمک پرسنل پزشکی نظامی تهاجمی را علیه مقاومت زندانیان به‌طور سیستماتیک ایجاد کرده و همکاری در این زمینه را آغاز نموده‌اند. پرسنل نظامی در این خصوص متغیرهایی را در ضد مقاومت به شرح زیر شناسایی و مورد بررسی قرار داده‌اند:

۱- محرومیت از خواب، ۲- خفگی مصنوعی، ۳- ضربه زدن به نقاط خاص بدن مطابق نقشه‌ی فیزیولوژیک.

پرسنل پزشکی نظامی مسؤولیت اخلاقی و حرفه‌ای در جهت انجام بهترین درمان برای بیمار را دارا می‌باشند، به این معنا که آن‌ها باید تمامی مجروحان و بیماران را مداوا کنند و نباید هرگز مرتکب انجام عملی شوند که باعث صدمه‌ی مستقیم به بیمار شود و باید کلیه‌ی اطلاعات پزشکی را برپایه‌ی اصل رابطه‌ی پزشک و بیمار محرمانه نگه دارند.

جهت جلوگیری از بحران دوگانگی در مخاصمات تعهد حرفه‌ای موارد ذیل پیشنهاد

*shaebanz@yahoo.com

می‌گردد:

- ۱- هیأت مستقل جهت بازرسی کامل و جامع از عملکرد از پرسنل پزشکی نظامی با دید حقوق بشردوستانه تأسیس گردد. این هیأت شامل نماینده‌ی پرسنل پزشکی نظامی، گروه حقوق بشر، اساتید پزشکی و حقوقی، و متخصص اخلاق حرفه‌ای پزشکی است.
- ۲- باید یک برنامه‌ی آموزشی مداوم و جامع سلامت و قوانین بین‌المللی انسانی عملی گردد.
- ۳- باید آموزش حقوق بشر در کوریکولوم آموزشی پزشکی گنجانده شود. این اهمیت دارد که جامعه‌ی پزشکی نه تنها باید ریشه‌های سوء استفاده را بدانند، بلکه باید شرایطی که با این مورد مواجه می‌شوند را نیز بیاموزند.

نقش اجرای دستورالعمل رسیدگی به تخلفات پژوهشی در تضمین رعایت حقوق بیمار

کاظم زنده‌دل*

کارشناس دفتر توسعه و ارتقاء اخلاق پزشکی، دبیر کمیته‌ی کشوری اخلاق، معاونت تحقیقات و

فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شکوفایی پژوهش‌های علوم پزشکی و دستیابی به مرزهای دانش به‌دست جوانان و متخصصان کشور همراه با برخی سوء استفاده‌ها و بد اخلاقی‌های پژوهشی بوده است. جهت برخورد مناسب با تخلفات پژوهشی، دستورالعمل رسیدگی به تخلفات در معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت تدوین شده است. با توجه به اهمیت موضوع از تمام ظرفیت‌های موجود برای تدوین یک دستورالعمل جامع و کاربردی استفاده شد. برای تدوین این دستورالعمل از نظرات متخصصان، صاحب‌نظران، و اعضای کمیته‌های اخلاق در دانشگاه‌های علوم پزشکی استفاده شده است. این دستورالعمل دارای پنج فصل می‌باشد شامل تعاریف و مصادیق (فصل اول)، اصول رسیدگی به تخلفات پژوهشی (فصل دوم)، ارکان و ساختار رسیدگی (فصل سوم)، مراحل رسیدگی (فصل چهارم)، و جریمه‌ها (فصل پنجم) است. برای هر یک از فصل‌های دستورالعمل ملاحظات و پیشنهادهایی از طرف متخصصان و کمیته‌های اخلاق مطرح شده است که در ویرایش نهایی دستورالعمل مورد توجه قرار گرفته است. از مهم‌ترین نکات قابل بحث، بخش تعاریف و مصادیق تخلفات و هم‌چنین ساختار و ارکان رسیدگی است. در خصوص تعاریف و مصادیق نکته‌ی مهم آن است که چه تخلفاتی در دستورالعمل تصریح شود و چه مواردی مسکوت بماند. هم‌چنین، نحوه‌ی تعامل هیأت‌های کارشناسی و تحقیق تخلفات و پژوهشی با کمیته‌های اخلاق، هیأت انتظامی اعضای هیأت علمی، هیأت ممیزه‌ی دانشگاه‌ها، هیأت رسیدگی به تخلفات کارکنان و کمیته‌های انضباطی دانشجویان از نکات قابل بحث است. عدم رعایت حقوق بیماران و عدم رعایت کدهای اخلاقی از جمله تخلفات پژوهشی است که بر اساس دستورالعمل تخلفات پژوهشی مورد رسیدگی قرار خواهد گرفت. به‌عنوان مثال، انجام کارآزمایی بالینی که منجر به آسیب به بیماران شود، از جمله تخلفاتی است که پس از رسیدگی و جبران خسارت، برای پژوهشگر مسؤؤل جریمه‌ی متناسب پیشنهاد خواهد شد. با توجه به ضرورت فرهنگ‌سازی در خصوص پیشگیری از تخلفات پژوهشی، و نقش مهم این دستورالعمل در رعایت حقوق بیمار، این مقاله جهت طرح در سمینار سالانه اخلاق پزشکی ارائه می‌شود.

*kzنده@gmial.com

نقش آموزه‌های اخلاقی و حقوقی در پیشگیری از خطاهای پزشکی

محمود عباسی^{*}

مدیر گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، عضو گروه اخلاق زیستی فرهنگستان علوم

پزشکی و دبیر انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

از دیدگاه حقوقی جهل به قانون رافع مسؤولیت نیست و شاغلان حرف مختلف مکلفند قوانین و مقررات حاکم بر حرفه‌ی خود را بیاموزند. بدون تردید این امر تأثیر بسزایی در پیشگیری از خطاها و تخلفات صنفی و حرفه‌ای خواهد داشت. دیر زمانی است که نقش و نظارت دولت‌ها بر سازمان‌های صنفی و حرفه‌ای به منظور صیانت از حقوق عمومی جامعه پررنگ‌تر شده است؛ از این‌رو، سازمان‌های صنفی و حرفه‌ای وظیفه و رسالتشان صرفاً حمایت از اعضا و شاغلین آن حرفه نیست بلکه وظیفه دارند با اتخاذ تدابیر لازم به‌ویژه تدابیر انضباطی زمینه‌ای فراهم نمایند که در نتیجه‌ی اعمال و اقدامات صاحبان حرف وابسته به آن صنف صدمه و آسیبی به افراد جامعه وارد نشود و اگر چنین شد خسارت وارده جبران گردد و به منظور پیشگیری از تکرار خطاها و تخلفات احتمالی، مجازات‌های انضباطی در مورد متخلفان و مرتکبان این‌گونه خطاها به مورد اجرا گذاشته شود. این مجازات‌ها صرفاً در چارچوب قوانین و مقررات از طرف دولت به نمایندگی از طرف جامعه وضع و اجرا می‌گردد. بنابراین، محور این تدابیر اجرای عدالت و استقرار آن است. از طرفی آموزه‌های اخلاقی می‌تواند نقش و تأثیر زیادی در بازدارندگی از تخلفات داشته باشد. بدون تردید آموزه‌های اخلاقی و نهادینه کردن آن زمینه‌ی بسیاری از خطاها و تخلفات صنفی و حرفه‌ای را از بین خواهد برد.

گسترش روزافزون جرایم و خطاهای پزشکی را باید در نتیجه‌ی فروریختن ارزش‌های اخلاقی و نادیده انگاشتن قوانین و مقررات پنداشت. در این مقاله نگارنده بر آن است تا با آسیب شناسی علل و عوامل ارتکاب خطاهای پزشکی با بهره‌گیری از آموزه‌های اخلاقی و حقوقی، نقش و تأثیر این آموزه‌ها بر پیشگیری و کاهش خطاهای پزشکی را مورد مطالعه قرار دهد. بدیهی است که بهره‌مندی از ابزارهای نوین سیاست جنایی خصوصاً رویکرد سازمان ملل در مبارزه با جرایم و تخلفات، راهگشای پاره‌ای از مشکلات خواهد بود.

واژگان کلیدی: آموزه‌های اخلاقی، آموزه‌های حقوقی، پیشگیری از خطاهای پزشکی

* Mahmoud.abbasi@free.fr

بررسی نحوه‌ی اخذ رضایت از بیماران بستری

در بخش‌های جراحی بیمارستان شریعتی

فخرالدین تقدسی نژاد^{۱*}، اردشیر شیخ آزادی^۱، اسدالله یغمائی^۲، مازیار روجائی^۳

۱- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- اداره کل پزشکی قانونی فارس

۳- پزشک عمومی

رضایت آگاهانه فرآیندی است که طی آن بیماران یا قائم مقام قانونی آن‌ها طرح درمانی را درک کرده و با آن موافقت می‌نمایند. هدف این مطالعه بررسی تفصیلی نحوه‌ی اخذ رضایت از بیماران بستری در یکی از بیمارستان‌های آموزشی تهران است.

مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی (Descriptive Cross-Sectional) و جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه‌ی بیماران بستری شده در بخش‌های جراحی بیمارستان شریعتی تهران در سه ماهه‌ی چهارم سال ۱۳۸۵ می‌باشد. اطلاعات مورد نیاز با مراجعه به بیمارستان شریعتی، مصاحبه‌ی حضوری با بیماران، پاسخ آن‌ها به سؤالات تدوین شده در پرسشنامه، و هم‌چنین بررسی رضایت‌نامه‌های موجود در پرونده‌های آنان جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

تعداد بیماران شرکت‌کننده در این تحقیق ۲۵۴ نفر (۱۵۸ نفر مذکر و ۹۶ نفر مؤنث) و میانگین سنی آن‌ها $48/01 \pm 19/04$ (سال) بود. فقط حدود نیمی از بیماران اطلاعات لازم را از پزشکان خود کسب کرده بودند. میزان آگاه شدن بیماران در مورد درصد احتمال موفقیت عمل جراحی (قبل از عمل جراحی) ۴۴/۵ درصد، میزان آگاه شدن از عوارض احتمالی عمل جراحی ۵۴/۳ درصد، و میزان اطلاع بیماران در مورد سایر روش‌های درمانی جایگزین ۶۱/۴ درصد بود. ۶۷/۳ درصد بیماران اظهار کردند فرم رضایت‌نامه‌ی جراحی را آزادانه و با اختیار امضاء کرده‌اند و ۶۹/۷ درصد نیز اعلام کردند که پاسخ‌های آنان به سؤالات این تحقیق، قبل از عمل و بعد از عمل یکسان خواهد بود.

میزان فراوانی بیمارانی که در صورت بروز عوارض، پزشکان خود را کاملاً مقصر می‌دانستند ۵/۹ درصد و فراوانی بیمارانی که در صورت بروز عوارض، پزشکان خود را به‌طور نسبی مقصر

* taghadoss_10@yahoo.com

می‌دانستند ۵۷/۱ درصد بود.

با توجه به یافته‌ها، میزان آگاه شدن بیماران از عوارض احتمالی عمل جراحی و درصد موفقیت عمل نسبتاً ضعیف ارزیابی می‌شود. از طرفی، با توجه به نگرش اکثر بیماران مبنی بر تقصیر نسبی پزشکان، در صورت بروز عوارض، لازم است به اهمیت اخذ رضایت‌نامه و برائت‌نامه‌ی آگاهانه، قبل از هر گونه اقدام درمانی تأکید گردد.

واژگان کلیدی: رضایت آگاهانه، حقوق بیماران، قصور پزشکی

حمایت از بیمار در پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

رضا نگارنده^{۱*}، ناهید دهقان نیبری^۲، عباس هوشمند بهابادی^۳

۱- هیأت علمی مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- مربی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

پرستاری مانند تمامی حرفه‌های دیگر دارای ارزش‌ها، وظایف و نقش‌های خاص خود است که یکی از آن نقش‌ها حمایت از بیمار است. هم‌چنین حمایت از بیمار از جنبه‌های مهم اخلاق پرستاری است و برای ترویج و تسهیل ایفای این نقش توسط پرستاران بررسی گستره و عوامل مؤثر بر آن ضروری است. در حالی که در کشورهای غربی مقالات متعددی در مورد حمایت از بیمار منتشر شده است، اما در ایران در این خصوص تحقیقات کافی وجود ندارد.

این مطالعه‌ی مقطعی توصیفی تحلیلی در سال ۸۹-۱۳۸۸ به منظور شناخت گستره‌ی ایفای نقش حمایت از بیمار در میان پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران و عوامل مؤثر بر آن صورت گرفت. جامعه‌ی پژوهش را کلیه‌ی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل می‌دادند و نمونه‌ی پژوهش ۳۲۸ پرستار تعیین شد و به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک صورت گرفت. داده‌ها پس از اخذ رضایت آگاهانه از طریق پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری پژوهش از نظر روایی محتوی و پایایی آن به روش آزمون و آزمون مجدد بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی شامل جداول فراوانی و آزمون‌های تی دانشجویی، آنالیز واریانس یک‌طرفه، مجذور کای و آزمون دقیق فیشر در بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی انجام شد.

یافته‌ها حاکی از آن است که (۴۱/۸ درصد) پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال، (۸۷/۸ درصد) زن، (۵۷/۴ درصد) متأهل و (۹۴/۵ درصد) آنان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بودند. تنها ۳۳/۷ درصد پرستاران شرکت‌کننده در برنامه‌های بازآموزی مرتبط با حمایت از بیمار شرکت کرده بودند. گرچه اکثریت پرستاران (۸۳/۵ درصد) خود را به‌طور زیاد ملزم به حمایت بیمار می‌دانستند، تنها ۴۲/۵ درصد آن‌ها توانایی خودشان

* rnegarandeh@tums.ac.ir

را در ایفای نقش حمایت از بیمار زیاد ذکر کردند. هم‌چنین، ۳/۵۰ درصد پرستاران در حمایت از بیمار با مشکل مواجه شده بودند و بیش‌ترین نوع آن به ترتیب تضاد با همکار، تضاد با مافوق، دریافت تذکر شفاهی، تغییر نوبت کاری یا بخش پرستار و نهایتاً دریافت تذکر کتبی یا از دست دادن شغل بود. میانگین امتیاز حمایت از بیمار ۸۵۱/۳ از ۵ با انحراف معیار ۳۰۵/۰ بود که با متغیرهای جنس، سمت، شناخت از بیمار، ارتباط با بیمار، الزام به حمایت از بیمار، توانایی به حمایت از بیمار ($P < 0.001$)، اشتغال در بیمارستان دیگر ($P = 0.048$)، تجربه‌ی تضاد با مافوق ($P = 0.047$) ارتباط معنی‌داری داشت.

گرچه متون علمی رشته‌ی پرستاری نقش حمایت از بیمار را برای پرستاران به رسمیت شناخته و آن را از نقش‌های مهم پرستاران حرفه‌ای می‌شمارند، شواهد کافی در خصوص میزان پرداختن پرستاران کشورمان به این نقش اخلاقی اما پرمخاطره وجود نداشت. نتایج این تحقیق نشان داد که پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در حد نسبتاً مطلوب به حمایت از بیمار می‌پردازند و آن را از نقش‌های حرفه‌ای خود قلمداد می‌کنند. هم‌چنین، منطبق با متون موجود نتایج حاکی از آن است که عواملی مانند قدرت رسمی (سمت)، شناخت بهتر بیمار و ارتباط کافی با او این امر را تسهیل می‌کند و اشتغال در بیمارستان دیگر و رویارویی با مخاطرات حمایت از بیمار (تضاد با مافوق) خاصیت بازدارندگی دارند.

منشور حقوق بیماران: مروری بر مطالعات انجام شده در ایران

سودابه جولایی^۱، فاطمه حاجی بابایی^۲

۱- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان

سازمان جهانی بهداشت سال‌ها پیش در گزارش دفتر منطقه‌ی اروپایی خود در خصوص ارتقاء حقوق بیماران و توانمندسازی شهروندان تأکید کرده است که بیماران، پزشکان، پرستاران و کل جامعه باید دست به دست هم داده و شرایط مناسبی را برای حمایت از حقوق بیماران فراهم آورند. در این راستا، در طی سه دهه‌ی اخیر، در بسیاری از کشورهای دنیا، برای بیماران درسیستم سلامت حقوقی تعریف شده که رعایت و حمایت آن از سوی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی ضروری است. مطالعات گوناگونی نیز برای بررسی چگونگی آگاهی افراد ذی‌ربط و رعایت این حقوق در دنیا صورت گرفته است.

در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۸۱ منشور حقوق بیمار تدوین و از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردید. اما موج انجام تحقیقات در حوزه‌ی حقوق بیماران در ایران از حدود ده سال پیش به‌طور جدی شکل گرفته، لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی و تحلیل مطالعات انجام شده در رابطه با حقوق بیماران در ایران انجام شده است. این پژوهش یک مطالعه‌ی مروری جامع است که با جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعاتی منابع ایرانی اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (Scientific Information Database)، پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (Iranian Research Institute for Information Science) and Technology، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران (Iran Medex) و Google با کلید واژگان آگاهی، نگرش و رعایت حقوق بیمار، و برای مقالات ایرانی این حوزه که به زبان انگلیسی منتشر شده‌اند در پایگاه‌های اطلاعات علمی Pubmed و Scholar Google با کلید واژه‌های انگلیسی Patients' rights و Iran صورت گرفته است.

در مجموع، ۴۱ مورد مقالات فارسی با این کلید واژه‌ها یافت شد که تنها بیست و شش مورد مطابق با هدف پژوهش بوده و بقیه به بررسی جزئیات و ابعاد خاصی از حقوق بیماران پرداخته بودند. علاوه بر مقالات و پایان‌نامه‌ها، تعداد زیادی چکیده مقالات ارائه شده در

*sjoolae@yahoo.com

کنگره‌ها و سمینارها نیز وجود داشت که دسترسی به اصل مقالات در بیش‌تر این موارد ممکن نبود.

در پایگاه‌های اطلاعات علمی بین‌المللی پنج مورد مقاله‌ی انگلیسی یافت شد که مشخصاً به موضوع حقوق بیماران در ایران پرداخته بودند که در سه مورد بخشی از مطالعاتی بودند که مقاله‌ی فارسی نیز از آن منتشر شده بود.

مطالعات مرور شده به چند بخش تقسیم‌بندی شد که عبارت بودند از: ۱- بررسی آگاهی، نگرش و ادراک بیماران در خصوص حقوق بیمار و میزان رعایت آن، ۲- آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران و ادراک آن‌ها در خصوص رعایت این حقوق، ۳- همین موارد در جامعه پزشکان و ۴- مدیران بیمارستانی. بخش دیگری از مطالعات انجام شده در این حوزه نیز به بررسی‌های تطبیقی منشور حقوق بیماران در ایران و کشورهای دیگر پرداخته بودند. سیر رشد مقالات حاکی از آن بود که از سال ۱۳۷۸ توجه به این موضوع در بین محققان و صاحب‌نظران کشور ایران بیش از پیش گسترش یافته و به تدریج حتی مقالات انگلیسی ایرانی نیز در این زمینه نگارش و در مجلات خارجی چاپ شده‌اند.

به نظر می‌رسد این توجه با اراده‌ی مسؤولان و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت عملیاتی کردن سازوکارهای رعایت حقوق بیماران همراستا بوده و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند از آن به‌عنوان فرصتی مناسب برای ارتقاء جایگاه و رعایت حقوق بیماران در سیستم ارائه‌ی خدمات سلامت استفاده نمایند. در متن مقاله با جزئیات بیش‌تری به تحلیل یافته‌های مطالعات ذکر شده پرداخته می‌شود.

واژگان کلیدی: منشور حقوق بیمار، ایران، مطالعه‌ی مروری

منشور اخلاقی پرستاران: مدافعی برای رعایت حقوق بیمار و ارائه‌ی مراقبت امن علیرضا نیکبخت نصرآبادی^{۱*}، آسیه درویش^۲، فتانه سادات بطحایی^۳

۱- هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، عضو بسیج جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- مربی دانشکده پرستاری و مامایی، عضو بسیج جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- کارشناس مسئول و سرپرست اداره روابط بین‌الملل و امور سمینارها، عضو بسیج جامعه پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

نظر به اهمیت اخلاق در فعالیت‌های مرتبط با حفظ، ارتقا و بازگرداندن سلامت انسان و نظر به این که انسان محور کلیه‌ی فعالیت‌های گروه سلامت است، صاحب‌نظران به مسأله‌ی اخلاق حرفه‌ای به‌عنوان یکی از ویژگی‌های گروه پزشکی و از جمله پرستاران در چهارچوب تعامل و ارتباطات با مددجویان تأکید نموده‌اند. پرستاران به‌دلیل ارتباط تنگاتنگ و مداوم با بیماران و داشتن احساس تعهد مداوم نسبت به آنان، یکی از مؤثرترین گروه‌های حرفه‌ای برای تشخیص نیازها و حمایت از حقوق و حریم بیمار به‌شمار می‌آیند. لذا، پرستاران برای رویارویی با چالش‌های اخلاقی در تعامل با مددجو، خانواده‌ها و سیستم سلامت عمومی نیازمند منشور اخلاق در کار حرفه‌ای خود می‌باشند. این مقاله مطالعه‌ی کتابخانه‌ای و تطبیقی است که ابتدا با مرور تاریخچه‌ی اخلاق پرستاری در ایران و دنیا به بررسی اهمیت وجود منشور اخلاق به‌عنوان وسیله‌ای برای تأمل بیشتر در امور حرفه‌ای و ابزاری برای رعایت حقوق بیمار و مدافعی برای کیفیت محیط کار جهت ارائه‌ی مراقبت امن پرداخته است و در انتها با اشاره به نقاط ضعف و قوت به ارائه‌ی راهکارهای پیشنهادی می‌پردازد. نیاز به ارائه‌ی منشور اخلاقی برای حرفه‌ی پرستاری از ضرورت‌های حرفه‌ای بوده که در بسیاری از کشورهای دنیا و همه‌ی نهادهای مرتبط و بین‌المللی پرستاری ارائه گردیده است. نکته‌ی مهم در این زمینه ضرورت ادغام و نهادینه نمودن ارزش‌های فرهنگی و آموزه‌های دینی در ارائه‌ی منشور اخلاقی پرستاران است، به‌طوری که انجمن‌های پرستاری کشورهای مختلف هر کدام کدهای متفاوت اخلاقی خود را ارائه نموده‌اند. این کدها با وجود نکات مشترک فراوان دارای ویژگی‌های فرهنگی و الزامات قانونی و فرهنگی آن کشورهاست. لذا ارائه‌ی منشور اخلاقی پرستاری اختصاصی برای جامعه اسلامی امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است.

* nikbakht@tums.ac.ir

مسئولیت دولت از منظر حقوق بشر بین الملل در مقابل سلامت کودکان کار

فائزه اثنی عشری*

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بشر دانشگاه تهران

معضل اجتماعی کار کودکان پدیده‌ای مختص به جوامع در حال توسعه نیست و مطابق آمار رسمی سازمان بین‌المللی کار ۲۴۶ میلیون کودک در شرایط خطرناک برای سلامتی‌شان مشغول به کار هستند. به نظر می‌رسد می‌توان گفت خطری که در شرایط ناامن محیط کار سلامت جسمی و روحی کودکان را تهدید می‌کند، به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه که محل اصلی بروز و ظهور اصلی این پدیده هستند از مهم‌ترین ابعاد این معضل اجتماعی است. در ایران از وضعیت کودکان کار آمار دقیق و مستندی وجود ندارد. کار کودکان معمولاً یا در کارگاه‌هایی صورت می‌گیرد که به ثبت نرسیده است و به‌طور غیرمجاز فعالیت می‌کنند و بنابراین، تحت هیچ‌گونه نظارتی از لحاظ بهداشتی و شرایط فیزیکی قرار ندارند یا در خیابان‌ها، که هردوی این محیط‌ها به‌شدت مساعد خطرات جدی برای سلامتی جسمی و روحی کودکان هستند.

سازمان بین‌المللی کار از بدو تأسیس ضمن تصویب مقاله‌نامه‌های گوناگون به این مسأله توجه نشان داده است. از آن‌جا که دولت‌های عضو سازمان به صرف عضویت و پذیرش اساسنامه موظف به تصویب مقاله‌نامه‌ها در حقوق داخلی و تبدیل آن به جزئی از حقوق موضوعه‌ی خود هستند، مسأله‌ی میزان پایبندی عملی آن‌ها به این مقررات و عملکرد آن‌ها در تضمین این حقوق مطرح می‌شود. به‌علاوه، پیمان‌نامه‌ی حقوق کودک مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد در ۱۹۸۹ در مواد متعددی به حق کودکان بر سلامت و رشد در محیطی برخوردار از حداقل رفاه اجتماعی تأکید می‌کند. این مقاله می‌کوشد پس از بررسی چگونگی بهره‌مندی کودکان کار از حق سلامت، ضمن برشمردن ضمانت‌اجراه‌های موجود در حقوق بشر بین‌الملل، مبانی مسئولیت دولت در این مورد و جایگاه موضوع در حقوق داخلی را نیز بررسی کند.

واژگان کلیدی: کار کودک، حق برخورداری از بهداشت و سلامت، شرایط محیط کار،

سازمان بین‌المللی کار، پیمان‌نامه‌ی حقوق کودک، مسئولیت دولت

* faezeh.aa@gmail.com

حریم خصوصی بیمار؛ مقایسه‌ی تطبیقی سیستم حقوقی ایران و فرانسه

بهاره حیدری*

میات علمی دانشگاه پیام نور اصفهان

حریم خصوصی یا خلوت افراد یکی از حقوق اولیه‌ی بشر است که با شروع و پیشرفت حیات اجتماعی انسان با درجات مختلف مورد توجه قرار گرفته است. حریم خصوصی عبارت است از آن چه افراد حق پنهان نگه‌داشتن مطلق یا نسبی آن را دارند و دیگران مکلف به احترام گذاشتن به این موارد پنهان هستند. احترام به حریم خصوصی یکی از اجزای اساسی مراقبت کل‌نگر در برآورده کردن نیازهای بیمار است. این عمل، به بیماران شأن و منزلت داده و دامنه‌ای از اعتماد متقابل را ایجاد می‌کند. محیط ایمن، بیمار را به سمت سلامت جسمی و روحی سوق داده و سبب تسریع در بهبودی و ترخیص سریع‌تر وی از بیمارستان می‌شود. در این پژوهش محقق به دنبال مقایسه‌ی تطبیقی حریم خصوصی در سیستم حقوقی ایران و فرانسه است. در این راستا، ابتدا تعریفی جامع از حریم خصوصی بیمار در سیستم حقوقی ایران و فرانسه ارائه خواهد شد و سپس با مقایسه‌ی این دو سیستم و برشمردن خلاءهای قانونی در سیستم حقوقی ایران، راهکارهایی جهت ارتقا حریم خصوصی بیمار ارائه خواهد شد.

* baharehedyari@yahoo.com

ابعاد حقوق بیماران بازمانده از بحران

خدابخش احمدی*

هیأت علمی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

درمان تروما، کمک حرفه‌ای برای افراد آسیب دیده از بحران در ابعاد پیشگیری، اصلاح، بهبود و کاهش پیامدهای تروماست. افراد دچار تروما در تمامی ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی دچار تهدید شده‌اند و در تمامی این ابعاد آسیب‌پذیر هستند. براین اساس لازم است علاوه بر اصول علمی، اصول اخلاقی مداخله که فراتر از یافته‌های علمی است مورد توجه قرار گیرد. اساس اصول اخلاقی حقوق انسانی افراد است.

در این مقاله حقوق بیماران بازمانده از بحران در محورهای ارتباط با بیمار دچار تروما، در ارتباط با جامعه و در ارتباط با پژوهش مطرح شده است که شامل: عدم آسیب، برتری و تقدم خیر و مصلحت مراجع، همکاری و تشریک مساعی با بازماندگان، رازداری در مداخله در بحران، طول مدت درمان و ضرورت بهره‌گیری از روش‌های روان‌درمانی کوتاه‌مدت، وضعیت و چگونگی دریافت حق‌الزحمه، وجود شخص ثالث، تمرکز بر پیشگیری از آسیب اجتماعی، بهره‌گیری از روش‌های گروهی و آموزش اجتماعی، شناخت مهارت‌های خود در درمان تروما، کسب فنون و مهارت‌های مرتبط با نوع درمان تروما، شناخت محدودیت‌های فنون و ارجاع در مداخله در بحران است. یکی دیگر از مباحث مهم در حقوق بیماران بازمانده از بحران مداخله در شرایط بین فرهنگی است. یکی از موقعیت‌هایی که در آن مشاوره و روان‌درمانی بین فرهنگی به وفور و به‌طور گسترده ملاحظه می‌شود، شرایط مداخله در بحران است. برخی از کمک‌هایی که به آسیب دیدگان روانی در بحران ارائه می‌شود از سوی کسانی است که بومی بوده و از ساکنین منطقه هستند. وقتی منابع قابل دسترس محلی غیر کافی باشد یا وسعت بحران و حادثه فوق‌العاده وسیع باشد، معمولاً کمک‌های بیرون از منطقه فرا خوانده می‌شود.

وقتی کارکنان خدمات روانی از سایر مناطق کشور یا از کشورهای دیگر می‌آیند تا به افراد نیازمند کمک کنند یا مراجع از منطقه فرهنگی متفاوتی آمده است ضروری است که مشاوران و روان‌درمانگران با هنجارهای فرهنگی، ارزش‌های قومی، آداب و رسوم، سنن، شیوه‌ی زندگی، گرایش‌های مذهبی و دینی و چگونگی ارتباط اجتماعی و هم‌چنین از انتظارات افرادی که درصدد

* kh_ahmady@yahoo.com

کمک به آنها هستند آگاهی و شناخت داشته باشند. وقتی متخصصی از یک زمینه‌ی قومی و فرهنگی از طبقه‌بندی‌های تشخیصی برای ارزیابی فردی از یک زمینه‌ی قومی و فرهنگی دیگر استفاده می‌کند، موارد خاصی به‌عنوان حقوق بیمار مطرح است. وقتی متخصصی با حدود چهار چوب داوری فرهنگی فردی آشنا نیست ممکن است تغییرات بهنجار رفتار، باورها یا تجاربی را که خاص فرهنگ بیمار است اشتباها سایکوپاتولوژی تصور نماید. مثلاً برخی باورها یا اعمال مذهبی (مثلاً دیدن یا شنیدن صدای یک عزیز از دست رفته در دوره‌ی داغداری) ممکن است به اشتباه تظاهر یک اختلال سایکوتیک تصور شود. استفاده از ملاک‌های تشخیص اختلال شخصیتی در زمینه‌های فرافرهنگی به‌دلیل تفاوت‌های وسیع فرهنگی در مفاهیم.

رضایت و براءت

محمد کاظمیان*

متخصص پزشکی قانونی، مسمومیت‌ها، سازمان پزشکی قانونی

پزشکان از نظر قانونی و شرعی موظف به درمان بیماران بوده و بایستی سعی لازم را در حدود متعارف به منظور معالجه‌ی ایشان به عمل آورند. آگاهی از چگونگی ارائه‌ی خدمات، محل اجرای آن، همکاری و مشاوران در انجام اقدامات درمانی و در نهایت اطلاع از عوارض احتمالی ناشی از اقدامات طبی یا جراحی که منجر به نقص عضو یا مرگ بیمار گردد، حق بیماران بوده و پزشکان معالج موظف خواهند بود مطابق قانون، قبل از ارائه‌ی خدمات خود و با رعایت شرایط مربوطه، نسبت به اخذ رضایت و براءت اقدام نمایند.

با عنایت به این که عمده‌ی مداخلات طبی و جراحی به‌ویژه در بیماران با بیماری‌های زمینه‌ای پیشرفته قلبی-عروقی، ریوی، روانی، مغزی و... هم‌چنین در سنین نوزادی یا سالمندی و نیز در شرایط بارداری، می‌تواند با عوارض بالقوه خطرناک همراه بوده و منجر به آسیب‌های دائمی و پایدار در بیماران گردد، لزوم داشتن آگاهی لازم از شرایط فوق الذکر و تداخل عوامل مختلف از قبیل مصرف داروها، به‌کارگیری تجهیزات شرایط بیهوشی و زمینه‌ی پر خطر بیماری‌های داخلی فرد، در ایجاد عدم تعادل و در نهایت بروز عوارض و نقص عضوهای پایدار و در پاره‌ای موارد، مرگ وی، ضروری می‌باشد. این موضوع به‌عنوان یک قاعده‌ی اصیل به‌عنوان اتونومی یا اختیار بیمار مطرح بوده و پزشکان معالج موظف خواهند بود با ارائه‌ی اطلاعات با زبان قابل درک جهت بیمار و بدون مبالغه یا نارسایی، در بیان مطالب اقدام نمایند و بیمار مختار خواهد بود یا ضمن اجازه دادن به پزشک جهت شروع به درمان، عوارض احتمالی مطرح شده را نیز در صورت ارائه‌ی خدمات مطابق موازین فنی و علمی بپذیرد.

با عنایت به بند ۲ ماده‌ی ۵۹ قانون مدنی ایران که مقرر نموده «هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آن‌ها و با رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود و جرم محسوب نخواهد شد»، اخذ رضایت به‌عنوان پایه و اساس ورود به اقدامات درمانی ضرورت می‌یابد. بر این اساس باید تأکید نمود اذن یا رضایت منحصراً موجب اباحه یا مجوز طبیب جهت درمان و معالجه خواهد بود که

* Mohammad_kazemian@yahoo.com

مشروط و مقید به سلامت بیمار و عدم فوت وی می‌باشد و بدین لحاظ اذن یا رضایت مانع ثبوت یا برقراری ضمان در صورت بروز نتایج ناخواسته و غیر مطلوب ناشی از طبابت و معالجه نخواهد بود و به عبارت دیگر، اذن متوجه نتیجه حاصله نبوده و فقط اجازه و رضایت در معالجه می‌باشد. به همین لحاظ در ماده ۳۱۹ قانون مدنی ایران نیز بیان گردیده «هرگاه طبیبی گرچه حاذق و متخصص باشد در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند هر چند با اذن مریض یا ولی او باشد باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود ضامن است».

قانون‌گذار جهت رفع مسؤلیت و ضمانت پزشک و فراهم نمودن شرایط مطلوب جهت ارائه‌ی اندوخته‌های علمی جامعه‌ی پزشکی به مردم، موضوع اخذ «برائت» را نیز به‌عنوان یک ضرورت قبل از ارائه‌ی خدمات درمانی مطرح نموده است به‌گونه‌ای که به موجب ماده ۶۰ قانون مدنی ایران مقرر می‌دارد «چنان‌چه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او برائت حاصل نماید ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص عضو او نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نیست» یا در ماده‌ی ۳۲۲ ق.م.ا تأکید می‌نماید «هرگاه طبیب قبل از شروع به درمان از مریض یا ولی او برائت حاصل نماید، عهده دار خسارت نخواهد بود». بر این اساس ابراء از دین به بیمار و برائت ذمه، سبب سقوط ضمان و مسؤلیت وی خواهد گردید، کاملاً بدیهی است که همه‌ی این قوانین در صورت عدم بروز خطا یا قصور در کار پزشک قابلیت اجرا خواهند یافت و با عنایت به بروز عوارض ناخواسته و نامطلوب در اقدامات درمانی طبی یا جراحی، لزوم اخذ برائت و آگاه شدن بیمار از عوارض فوق‌الذکر احتمالی و میرا دانستن پزشک از آن‌ها، ضرورت می‌یابد.

تقسیم‌بندی رضایت بسته به نوع اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز برای بیمار بر دو گونه است:

الف: ضمنی یا تلویحی ب: ابرازی یا اظهاری

برای مثال در خصوص معاینات دستگاه تناسلی و مواردی که با فرهنگ بیمار همخوانی نداشته باشد، لزوم آگاه‌سازی وی و اخذ رضایت ابرازی، با رعایت موازین اخلاقی ضروری می‌باشد، هم‌چنین اخذ رضایت ابرازی کتبی نیز جهت اعمال جراحی و بیهوشی، در موارد نیاز به بستری صورت می‌پذیرد.

بنابر توضیحات فوق جهت رفع ضمان از پزشک، علاوه بر اخذ رضایت و برائت، شرایط زیر نیز باید تحقق پیدا نماید:

- (۱) لزوم رعایت موازین فنی علمی و نظامات دولتی در حین اقدامات درمانی
 - (۲) آگاهی کامل بیمار یا اولیاء وی از جریان کامل بیماری، نوع عمل جراحی و بیهوشی، عوارض و عواقب اقدامات درمانی
 - (۳) اندیکاسیون قطعی عمل جراحی به‌عنوان اصلی‌ترین روش درمان بیمار
 - (۴) عدم به‌کارگیری عبارات و موضوعات تخصصی پزشکی در رضایت‌نامه و براءت‌نامه خارج از درک و فهم بیمار
 - (۵) عدم طرح قید و شرط و تعهد خاص برای بیمار جهت امضاء براءت‌نامه
 - (۶) عدم به‌کارگیری تهدید، تطمیع یا ارعاب برای امضاء و تأیید رضایت‌نامه و براءت‌نامه
 - (۷) بلوغ، آگاهی و اختیار در شخص بیمار، ولی یا سرپرستان وی به‌عنوان امضاء کننده در مواردی که بیمار در وضعیت اورژانس می‌باشد و امکان اخذ رضایت و براءت از شخص بیمار وجود ندارد مطابق بند دوم ماده‌ی ۵۹ و نیز ماده‌ی ۶۰ قانون مدنی ایران نیاز به کسب رضایت و براءت وجود نداشته و پزشک معالج مجاز خواهد بود مطابق موازین فنی و علمی و نظامات دولتی و بر اساس تشخیص خود نسبت به ارائه‌ی اقدامات درمانی به بیمار اقدام نماید.
- واژگان کلیدی:** درمان، پزشک، رضایت، براءت، خطاهای پزشکی، عارضه

تبیین حریم خصوصی در پزشکی

ناز آفرین قاسم زاده^{۱*}، ابراهیم خلیل بنی حبیب^۲

۱- دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی

تهران

۲- عضو مرکز تحقیقات سلامت مواد غذایی و آشامیدنی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

تعاریف متفاوتی در ارتباط با حریم خصوصی وجود دارد؛ به گونه‌ای که تعریف هر فرد ممکن است با تعریف خانواده و دوستان او متفاوت باشد و در نتیجه دایره شمول آن برای افراد متفاوت خواهد بود. با عنایت به جایگاه ویژه‌ی حریم خصوصی در حقوق بیماران، ضروری است ضمن تعریف جامع و مشخص از حریم خصوصی، ابعاد و محدوده‌ی آن نیز شفاف گردیده و مصادیق آن ارائه گردد تا موضوع، چپستی و چگونگی رعایت آن در حرفه‌ی پزشکی مشخص گردد. این مطالعه به صورت مروری و کتابخانه‌ای بوده و با استفاده از کلید واژه‌ها مقالات مرتبط از منابعی نظیر INLM, Iranmedex, Scholar google, Pubmed استخراج گردیده و مواردی که بیشترین پاسخگویی به سؤالات در آن‌ها مشاهده می‌گردید مورد استفاده قرار گرفتند. حفظ حریم خصوصی جزء حقوق اساسی انسان‌ها بوده و از آن به عنوان حق تنها ماندن، حق حرمانگی، حق کنترل بر اطلاعات شخصی، حق بر عالم ارتباطات و صمیمیت، حق حمایت از شخصیت و کرامت انسانی، حق احترام به خودمختاری پزشکی، حق محدودیت دسترسی به اطلاعات سلامتی، حق احترام به عفت و حرمانگی و تمامیت جسمانی مورد انتظار و... نام برده شده و در مجموعه قوانین هر کشور لحاظ گردیده و مصادیق ده‌گانه‌ی حقوقی آن در قطعنامه‌ی کنگره‌ی بین‌المللی حقوق‌دانان نیز آمده است. حریم خصوصی دارای ابعاد فیزیکی، اطلاعاتی، ارتباطی، مالکیتی و تصمیم‌گیری می‌باشد و تئوری‌های معاصر سعی نموده‌اند به تعریف، ارزش و نحوه‌ی حفاظت از آن بپردازند.

حریم خصوصی مسبوق به قلمروگرایی انسان بوده و ناشی از ارزش و کرامت ذاتی انسان می‌باشد. در این حوزه بیش‌تر موضوع حریم خصوصی اطلاعاتی که به صورت سنتی به جایگاه رازداری در ارتباط پزشک و بیمار و محدودیت دسترسی، حفاظت و امنیت اطلاعات پزشکی مربوط می‌باشد، مورد بحث قرار گرفته شده است.

* dr-ng2002@yahoo.com

تعاریف متفاوت حریم خصوصی حاکی از آن است که حریم خصوصی معمولی نسبتی، ارتباطی و چند موضعی بوده و مؤلفه‌های آن متعدد است؛ بنابراین، تبیین آن در حرفه‌ی پزشکی گر چه مشکل است، لیکن از اهمیت خاصی برخوردار است. بدین منظور، در این مقاله سعی شده ابتدا تعریفی جامع (تحلیلی مفهومی) از حریم خصوصی ارائه گردد، سپس مشروط یا نامشروط بودن آن کنکاش شده و طیف حداقلی و حداکثری آن بیان گردیده و در نهایت ملاک‌ها، زیرملاک‌ها و نشانگرهای آن در حرفه‌ی پزشکی به صورت کاربردی ارائه شده تا در رعایت حقوق بیماران، مورد استفاده‌ی سیاست‌گزاران سلامت قرار گیرد.

واژگان کلیدی: حریم خصوصی، حقوق بیمار، راهنمای اخلاقی، پزشکی

نگاهی به ارتباط پزشک-بیمار در جامعه‌ی پزشکی ایران و چالش‌های مرتبط با آن

امید آسمانی^{۱*}، زهرا قاضی^۲

۱- دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲- دستیار تخصصی رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

پزشکی تلفیقی از علم و هنر است. یک پزشک خوب علاوه بر آگاهی از علوم پزشکی، باید هنر برقراری ارتباط با بیمار را نیز داشته باشد. یک رابطه‌ی خوب، نتایج درمانی مثبتی نیز در بر خواهد داشت. در دو دهه‌ی گذشته، تغییرات عمده‌ای در روابط پزشک و بیمار رخ داده است. به‌گونه‌ای که در تصمیم‌گیری‌های پزشکی، بیمار و ارزش‌های او مرکزیت یافته است. در مراقبت‌های بیمار-محور، پزشک، بیمار را به‌عنوان انسانی مانند خودش درک می‌کند و طرز تلقی‌ها، باورها و نگرانی‌های او را علاوه بر تشخیص پزشکی در نظر می‌گیرد. هدف مقاله‌ی حاضر بررسی نوع رابطه و تعامل پزشک و بیمار در جامعه‌ی پزشکی (درمانی) امروز، بررسی مهم‌ترین شاخصه‌های یک ارتباط خوب درمانی و تعیین میزان اعتماد متقابل بیمار و پزشک است.

این مطالعه بر سه جنبه استوار گردیده است: مطالعه، مشاهده و تحلیل. به‌طور کلی چهار نوع مدل ارتباطی در تعامل پزشک، بیمار تعریف شده است: مدل پدرسالارانه (paternalism)، مدل آگاهی‌دهنده (Informative)، تفسیری (Interpretive) و مدل مشورتی (deliberative). امروزه، دنیای غرب بهترین مدل را مدلی می‌داند که از حالت پدرسالارانه‌ی آن کم شده و به جنبه‌ی مشورتی آن افزوده شده باشد. کلید ارتباط کارآمد در رابطه‌ی پزشک-بیمار، اعتماد است. خدشه‌دار شدن این اعتماد، منجر به برقراری یک رابطه‌ی ناقص و مبنی بر نیاز صرف می‌شود. رابطه‌ی پزشک و بیمار در جامعه‌ی امروز ما بیش‌تر از نوع تفسیری است. اما مواردی از دیدگاه پدرسالارانه نیز هم‌چنان وجود دارد. اگر چه ارزیابی اعتماد در تعامل پزشک-بیمار در جامعه‌ی کنونی یک سطح متوسط را نشان می‌دهد، لزوم تلاش برای حفظ و ارتقای این سطح از اعتماد، بسیار ضروری است. این مقاله پیشنهاد می‌کند که برخورد با افرادی که دانسته یا نادانسته به این ارتباط مقدس صدمه می‌زنند از ضروریات جامعه‌ی پزشکی است.

* asemania@sums.ac.ir

اعتماد در رابطه‌ی پزشک و بیمار

امیر احمد شجاعی*

دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی تهران

اعتماد عنصر اصلی رابطه‌ی پزشک با بیمار است و نقش بسیار مهمی در تأثیر طبابت پزشک بر جا می‌گذارد که این اهمیت در متون فارسی و لاتین به وضوح مشهود است، اما با وجود اهمیتی که دارد متأسفانه در سال‌های اخیر مورد غفلت و بی‌توجهی قرار گرفته است. اعتماد ابعاد گسترده‌ای دارد و از مؤلفه‌ها و عوامل تأثیرگذار فراوانی تشکیل شده است که به شکل پراکنده‌ای در متون فارسی و لاتین مشاهده می‌شوند.

در این مقاله با استفاده از کتب فارسی مرتبط با اخلاق پزشکی که از سال ۱۳۷۰ تا کنون به نشر رسیده است و برخی مقالات لاتین به بررسی اعتماد و عوامل مؤثر بر آن در رابطه‌ی پزشک و بیمار پرداخته شده است. لکن ضروری است که پژوهشی کیفی برای تحلیل منسجم واژه‌ی اعتماد در رابطه‌ی پزشک و بیمار و بر شمردن کامل مؤلفه‌ها و عوامل مؤثر بر آن انجام شود.

واژگان کلیدی: اعتماد، رابطه‌ی پزشک و بیمار

* dramirahmadsh@yahoo.com

مقایسه‌ی درک پرستاران و نوجوانان بیمار بستری از اهمیت و رعایت حریم بیمار

تابنده صادقی^۱، رقیه کریمی^۲، ناهید دهقان نیری^۳

۱- مربی گروه آموزشی کودکان، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۲- مربی گروه آموزشی کودکان، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

حفظ حریم شخصی بیمار یکی از حقوق قانونی بیل، تصویب شده توسط انجمن بیمارستان‌های آمریکا در سال ۱۹۷۳ است. سازمان بهداشت جهانی در اعلامیه‌ی ۱۹۹۴ آمستردام توجه به حریم را در ارتقاء سلامت بیماران یک فاکتور مهم قلمداد می‌کند و حفظ حریم و خلوت را از اهم حقوق بیماران ذکر کرده است. مسأله‌ی حریم برای بیماران، به خصوص نوجوانان هنگام بستری شدن در محیطی ناآشنا به نام بیمارستان اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی درک پرستاران و نوجوانان بیمار بستری از میزان اهمیت و رعایت حریم بیمار صورت گرفته است.

این تحقیق، مطالعه‌ای پیمایشی، از نوع مقطعی است. برای انجام آن ۱۷۵ پرستار و ۱۸۰ نوجوان بستری که ویژگی‌های لازم برای ورود به مطالعه را داشتند به ترتیب به روش سرشماری و نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و روش گردآوری داده‌ها خودگزارشی بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS و به کارگیری آمار توصیفی و آمار استنباطی نظیر آزمون من ویتنی یو و کروسکال والیس صورت گرفت.

یافته‌ها نشان داد بین درک پرستاران و نوجوانان بستری در زمینه‌ی اهمیت حریم ($P < 0/001$) و رعایت حریم ($P < 0/001$)، تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد و نمره‌ی درک پرستاران در هر دو مورد از نوجوانان بستری بیش‌تر است. در این مطالعه اولویت‌های اهمیت نیز از دیدگاه پرستاران و نوجوانان تعیین شد و نتایج نشان داد: از دیدگاه پرستاران پوشاندن نواحی غیر ضروری بدن هنگام انجام مراقبت، اهمیت بیش‌تری دارد و اقدام فوری در صورت نیاز به کمک بیش‌تر رعایت می‌شود. اما از دیدگاه نوجوانان، محیط تمیز و آراسته، وجود تلفن و حمام و توالت در اتاق و بستری در اتاق مشترک با همسالان خود اهمیت زیادی دارد و

*t.b_sadeghi@yahoo.com

صدا زدن با نام مورد علاقه بیش‌تر رعایت می‌شود. در مجموع، در زمینه‌ی اهمیت و رعایت حریم بیمار، میانگین درک پرستاران از نوجوانان بالاتر است. این بدان معناست که با وجود این که پرستاران اهمیت بیش‌تری برای حریم بیمار قائل هستند، درک نوجوانان بستری از میزان رعایت حریم بیمار کم‌تر از پرستاران است. بنابراین، پرستاران و مدیران با شناخت مواردی که از دیدگاه نوجوانان کم‌تر رعایت می‌شود، می‌توانند موانع رعایت حریم را مرتفع نمایند.

واژگان کلیدی: حریم شخصی، پرستار، نوجوان

تدوین راهنمای تهیه رضایت آگاهانه در پژوهش‌های پزشکی
مهشاد نوروزی^{۱*}، مینا مبشر^۲، کاظم زنده دل^۳، مهنوش خسروی^۴، زهره حقیقی^۵

۱- پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- عضو مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- عضو کمیته کشوری اخلاق در پژوهش‌های پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری

۵- کارشناس پژوهشی معاونت تحقیقات و فناوری

یکی از موضوعات مهم اخلاق پزشکی در دنیای امروز، اخلاق در پژوهش‌های پزشکی است که با پیشرفت‌های فناوری پزشکی توسعه یافته‌اند و شکل جدیدی به خود گرفته‌اند. تاریخ پژوهش‌های پزشکی شاهد موارد متعددی از نادیده گرفته شدن حقوق انسان‌های مورد پژوهش و رعایت نکردن اصول اخلاقی در این زمینه است.

لذا یکی از جنبه‌های مهم و مورد تأکید راهنماها و دستورالعمل‌های موجود در دنیا برای اخلاق در پژوهش، موضوع رضایت آگاهانه‌ی شرکت‌کنندگان است. در کشور ما نیز از چند سال قبل به این موضوع توجه خاصی شده است و با نظارت کمیته‌های اخلاق منطقه‌ای بر گرفتن رضایت آگاهانه کتبی همت گمارده‌اند. اما تهیه و تدوین فرم آن به‌صورتی متفاوت در مراکز مختلف انجام می‌شود. و از طرف دیگر بسیاری از پژوهشگران در مورد گرفتن رضایت و چگونگی تدوین آن آگاهی کافی ندارند.

در این مطالعه راهنمایی برای تهیه‌ی رضایت آگاهانه در انواع مطالعات پزشکی تدوین شد. به این منظور، با بررسی منابع اینترنتی مانند WHO و UNESCO و... و استفاده از موتورهای جست‌وجو مانند Google، و pubmed و... سایت‌های دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی دنیا بررسی شد. در مورد انواع پژوهش مانند کارآزمایی بالینی، پژوهش بر مواد و داده‌های انسانی، پژوهش‌های ژنتیک، مطالعات کیفی و پرسشنامه‌ای و نحوه‌ی تهیه‌ی رضایت آگاهانه در آن‌ها مطالعه شد.

این راهنما شامل چند فصل است؛ یکی از این فصل‌ها به بیان کلیات اخلاق در پژوهش،

*mahshad.noroozi@gmail.com

کلیات مفاد رضایت آگاهانه و لزوم گرفتن آن در انواع پژوهش‌ها پرداخته است. در فصل‌های دیگر، در مورد هر نوع پژوهش، راهنمای تدوین رضایت آگاهانه و نمونه‌ای از آن تهیه شده است. طی جلساتی موارد تهیه شده به بحث و نظر خواهی گذاشته و نهایی شد. با تهیه این راهنما پژوهشگران کشورمان به یک منبع اطلاعاتی سریع و آسان جهت پژوهش‌های خود دسترسی خواهند یافت و با استفاده از آن پژوهشگران تمام مراکز و دانشگاه‌های کشور می‌توانند به شکلی واحد رضایت آگاهانه در مطالعات خود را تهیه کرده و کمیته‌های اخلاق منطقه‌ای نیز با آگاهی از آن به شکلی واحد تصمیم‌گیری کنند.

واژگان کلیدی: پژوهش‌های پزشکی، رضایت آگاهانه، اخلاق در پژوهش

لغزشگاه‌هایی در پژوهش کرامت انسانی

سید عبدالصالح جعفری کرمانشاه*، بهین آرامی نیا

پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

کرامت انسانی به‌راستی از مهم‌ترین موضوع‌های مورد بررسی در همه‌ی زیر گروه‌های علوم انسانی است. همه‌گیر بودن و گستردگی جستارها در این‌باره بدان انجامیده که به موضوعی سهل و ممتنع تبدیل گردد. با وجود تمایل فراوان اندیشمندان به آن، کم‌تر به‌درستی بدان پرداخته شده و گرفتاری‌های فراوانی در پژوهش‌های آن دیده می‌شود. شاید نتایج گوناگون و گاه متناقض در این‌باره دستاورد نبود یک شیوه‌ی همه‌پذیر در پژوهش کرامت باشد. بیش‌تر پژوهشگران در بهترین حال تلاش نموده‌اند تا باورها یا دریافته‌های خود را به‌گونه‌ای سامانمند پیش نهند، ولی کم‌تر کوشیده شده است تا بنیادهای فکری و دغدغه‌های اندیشمندان دیگر واکاوی و برآورده گردیده یا به پاسخی اقماعی و خردپذیر در آن زمینه دست یابند. با نگاه به برجستگی این جستار و جایگاه زیر بنایی آن در دیگر تصمیم‌سازی‌ها، این نگاره تلاش بر آن دارد تا برخلاف رایج، گامی پس نهد و پژوهشگران را پیش از پرداختن به این موضوع و با چشم پوشی از رسیدن به هر نتیجه، به نکاتی چند در راهبرد جست‌وجو و گردنه‌ها و لغزشگاه‌های آن یادآوری نماید. از برترین این نکته‌ها می‌توان به ضرورت پرداختن به موضوع با برهان‌های عقلی پیش دینی و دوری از برداشت‌های احساس محور، ضرورت رسیدن به یک باور جهان‌شمول، دقت در تعاریف کرامت و به‌ویژه انسان و سستی‌های آن‌ها، دست آوری گونه‌ی بودن کرامت و ملاک آن و تمایز جایگاه ثبوت و اثبات در تعیین مصادیق نام برد.

* Sa_jafari@razi.tums.ac.ir

**جنبه‌های اخلاقی «دستور پزشکی عدم احیاء قلبی - تنفسی» با رویکرد حقوق بیماران
در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران
احسان شمس‌گوشکی***

پژوهشگر و دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

احیاء قلبی - تنفسی بعد از یک ایست قلبی - تنفسی در برگیرنده‌ی مجموعه‌ای از مراحل مختلف است که منجر به برقراری گردش کافی خون دارای اکسیژن لازم برای ارگان‌های حیاتی بدن می‌شود. در ابتدا احیاء قلبی - تنفسی برای افرادی به کار گرفته می‌شد که بدون داشتن بیماری زمینه‌ای خاص گاهی در اثر تصادف و... دچار ایست قلبی - تنفسی می‌شدند، در حالی که در حال حاضر تقریباً برای همه‌ی افراد این کار انجام می‌گیرد.

احیاء قلبی - تنفسی خصوصیات ویژه‌ای دارد که بر ابعاد اخلاقی آن تأثیر گذارند:

۱- ایست قلبی در روند مرگ حتماً برای افراد اتفاق می‌افتد.

۲- در زمان ایست قلبی - تنفسی تصمیم‌گیری باید بسیار سریع انجام گیرد.

احیاء قلبی - تنفسی تنها دستور پزشکی است که انجام ندادن آن نیازمند دستور پزشک است. دستور عدم احیاء قلبی - تنفسی، یکی از مسائل مبتلا به مراکز درمانی و پزشکان است که واجد جنبه‌های مختلف اخلاقی و فقهی است و موجب سردرگمی کادر درمانی به‌ویژه پزشکان است. مراجعات متعدد پزشکان به متخصصان اخلاق پزشکی نشان دهنده‌ی این واقعیت است که تهیه و ابلاغ یک دستورالعمل جامع در این زمینه که مبتنی بر اصول اخلاقی، فقهی حاکم می‌تواند ضمن برطرف کردن نگرانی پزشکان و مراکز درمانی در جهت حفظ حقوق بیماران نیز مؤثر باشد.

در حال حاضر، دستورالعمل واضح و روشنی برای پزشکان و مراکز درمانی در این مورد در ایران وجود ندارد و ابعاد اخلاقی و فقهی این مسأله روشن نیست؛ از این رو، گاه ممکن است چنین دستورهایی به‌صورت شفاهی و بدون اطلاع بیمار و اعضای خانواده اجرا گردد. چنین بیمارانی در بیمارستان‌ها با عنوان بیماران No Code شناخته می‌شوند.

با توجه به وجود این واقعیت لازم است ابعاد مختلف اخلاقی و فقهی این مسأله برای

* Ehsan_shamsi2000@yahoo.com

ذی‌نفعان روشن گردد و نهایتاً دستورالعملی جامع در این زمینه به مراکز درمانی و پزشکان ابلاغ گردد. با این تعریف و ذکر خصوصیات بالا، این مقاله خواهد کوشید ابعاد اخلاقی «دستور عدم احیاء قلبی - تنفسی» در موارد متعدد را مورد بحث قرار داده و زمینه‌ی نظری لازم برای این کار را در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران فراهم کند.

از جمله موارد مورد بحث زمانی است که احیاء توسط پزشک بی‌فایده تلقی شود. از سوی دیگر نقش رضایت آگاهانه‌ی بیمار یا اطرفیانش در انجام یا عدم انجام احیاء قلبی - ریوی مورد بحث قرار می‌گیرد و چون معمولاً احیاء زمانی صورت می‌گیرد که بیمار در همان لحظه قادر به دادن رضایت نیست، مباحثی مثل رضایت قبل از ایست قلبی - تنفسی مورد توجه واقع می‌شوند یا رضایت توسط فرد جایگزین در این مسأله‌ی مهم مرسوم است و باید ابعاد آن روشن شود. مشکل عمده زمانی ایجاد می‌شود که بین خواست بیمار یا اطرفیان و نظر پزشک و کادر درمانی در مورد احیاء یا عدم احیاء اختلاف نظر وجود داشته باشد.

به‌علاوه، با توجه به ساختار مذهبی جامعه و نظام حکومتی و قانونی ایران لازم است جنبه‌های مذهبی و فقهی «دستور عدم احیاء قلبی - ریوی» نیز مشخص گردد و مفاهیمی مثل احتضار و آداب مربوط به آن، نحوه‌ی مالکیت انسان بر بدن خود و قواعد فقهی در این بحث مورد توجه قرار گیرد. در همین جا باید اشاره کرد که در بسیاری از متون فقهی اختیار جان انسان به‌دست خود وی داده نشده است و از این روست که نقد اخلاقی اصل اتونومی که نقش محوری در اخلاق پزشکی غرب دارد، در مسأله‌ی احیاء قلبی - تنفسی از دیدگاه اخلاق اسلامی باید مورد توجه قرار گیرد که آیا مثلاً بیمار یا قیم حق دارد که درخواست دستور عدم احیاء قلبی - تنفسی بنماید؟!

دستور عدم احیاء در جوامع مختلف و ضرورت وجود راهنمای اخلاقی

مریم پیمانی^{۱*}، فرزانه زاهدی^۱، باقر لاریجانی^۲

۱- پژوهشگر مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم،

دانشگاه علوم پزشکی تهران

طرز برخورد با بیمارانی که در روزهای پایانی عمر خود به سر می برند، همواره برای کادر بهداشتی درمانی از جمله پزشکان و پرستاران، یک معضل محسوب شده است. از جمله دغدغه‌های پزشکان متعهد جامعه‌ی ما در رابطه با بیماران End Stage پاسخ به سؤالاتی از این جمله است که آیا لازم است بیمار از No Code بودن خود مطلع شود یا صرفاً اگر همراه بیمار بدانند کفایت می‌کند، یا بالاتر از آن چون به صلاح بیمار است نیازی به مطلع کردن هیچ کدام نیست. پاسخ به این سؤالات و سؤالاتی مشابه، ما را بر آن داشت که در این زمینه به مطالعه بپردازیم. مطالعات بسیاری در کشورهای مختلف دنیا در زمینه‌ی بررسی نظرات پزشکان، پرستاران، بیماران و خانواده‌های آن‌ها، نسبت به موضوع عدم احیاء (DNR) و نحوه‌ی اجرای آن و اهمیت تصمیمات پزشکی در مراحل انتهایی زندگی بیمار و هم‌چنین بررسی وجود ارتباط احتمالی بین اجرای DNR و میزان مرگ و میر بیماران انجام شده است و دستورات عمل‌هایی نیز در این خصوص وجود دارد که می‌تواند به رعایت حقوق بیمار و اجرای نکات اخلاقی و انسانی کمک کند.

این مطالعه، مروری بر مطالعات مختلف نظرسنجی است که به بررسی نظرات و نگرش‌های گروه‌های مختلف کادر بهداشتی درمانی اعم از پزشک، پرستار، دانشجویان گروه علوم پزشکی و ... و مقایسه‌ی نظرات آن‌ها در زمینه‌ی عدم احیا پرداخته‌اند. منابع جمع آوری اطلاعات شامل مطالعات نظر سنجی و توصیفی- تحلیلی به زبان انگلیسی از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۰۹ است. برای جست‌وجو از بانک‌های اطلاعاتی الکترونیکی نظیر Medline، Archives of Internal medicine، Annals of Emergency medicine و نیز جست‌وجوی دستی در منابع مقالات استفاده شد.

مرور مطالعات نشان می‌دهد که مواردی از قبیل: نوع تخصص پزشک، سابقه‌ی طبابت، طول

* maryam_peimani@yahoo.com

مدت آموزش، داشتن تجربه‌ی قبلی درباره‌ی DNR، میزان مشارکت در مراقبت روزانه از بیمار، وجود راهنمای عملیاتی مناسب در بخش درباره‌ی DNR و وجود حمایت قانونی، در تصمیم‌گیری برای انجام DNR توسط پزشکان و پرستاران اهمیت دارند. اکثر مطالعات نشان می‌دهند که پرستاران کم‌تر از پزشکان توصیه به انجام DNR می‌کنند و خواست و اراده‌ی بیمار را مهم‌ترین عامل برای DNR می‌دانند. هم‌چنین نتایج نشان می‌دهند که اکثر دستورالعمل‌ها و راهنماهای موجود در بخش‌ها، استاندارد نبوده و تفاوت‌های بسیاری در محتوا با یکدیگر دارند و جایی برای مشارکت بیمار و خانواده‌ی وی در فرآیند تصمیم‌گیری برای DNR در نظر نگرفته‌اند. با توجه به مطالعات موجود، درک و آگاهی کادر بهداشتی - درمانی درباره‌ی DNR کافی نبوده و حقوق بیمار نیز به‌طور کامل در نظر گرفته نمی‌شود. در این راستا، انجام مداخلات آموزشی برای پزشکان و پرستاران جهت ارائه‌ی توضیح کامل و بیان دقیق کاربرد DNR با توجه به پیچیدگی‌ها و وضعیت بیمار در هنگام تصمیم‌گیری برای DNR و ارائه‌ی دستورالعمل اخلاقی، ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: عدم احیاء، بیماران در مراحل انتهایی، بی‌فایده‌ی، اخلاق پزشکی، راهنمای

اخلاقی

وصیت بر تشریح

عبدالحسن کاظمی^۱، نجات فیض اللهی^۲، صدبار عطالو^۳

۱- عضو هیأت علمی و رئیس تیم تحقیقاتی اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر

۳- معاونت قضایی دادگستری کل آذربایجان شرقی

آیا بیمار و کلاً انسان مجاز برای وصیت جهت اعطای کالبد خود برای تشریح است؟ آیا چنین وصیتی در محدوده اتونومی (Autonomy) و حوزه اختیار انسان قرار می‌گیرد؟ در صورت مبادرت به چنین وصیتی، آیا این وصیت نافذ است؟ اساساً آیا مالیت جسم انسان برای انسان قابل تصور و تصدیق است؟ پشتوانه‌ی اجرای چنین وصیتی چیست؟ آیا ورثه باید عامل اجرای چنین وصیتی باشد؟ اگر خود ورثه با چنین وصیتی مخالف بودند؛ تکلیف چیست؟ اگر مابین وراثت اختلاف نظری درباره‌ی عمل به چنین وصیتی وجود داشت رأی کدام‌یک از وراثت را باید محترم و شرعی شمرد؟ آیا تشریح جسد با حقوق میت منافات دارد؟ مطالبه وجه برای چنین وصیتی از جانب متوفا یا ورثه آیا مقبول و شرعی است؟ در صورتی که چنین وجهی رد و بدل شود چه کسی مالک آن است؟ حق هر کدام از وراثت چقدر است؟ آیا اساساً وراثت در چنین وجهی، سهمی دارند؟ در صورت عدم وجود سهم برای وراثت از چنین وجهی، این وجه چگونه باید مصرف شود؟ آیا بر تشریح جسد، دیه تعلق می‌گیرد؟ تشریح جسد بدون وصیت میت، آیا جواز عقلی، شرعی، عرفی دارد؟ تفاوت احکام ما بین تشریح جسد مسلم و غیر مسلم چگونه است؟ تکلیف جسد بعد از تشریح چیست؟ و...

به‌عنوان یک نکته‌ی کلیدی در رابطه با موضوع تشریح جسد به این نکته اشاره نموده و تأکید می‌نماید که: تعلق دیه بر تشریح مجاز جسد حتمی و پرداخت آن الزام شرعی دارد و بحثی مستوفی نیز در مورد «حقوق جنازه» از منظر شرع، اخلاق پزشکی، حقوق، و عرف اجتماعی وجود دارد که نباید نادیده گرفته شود.

واژگان کلیدی: تشریح، حقوق جنازه، اخلاق پزشکی

به کارگیری روش‌های کمک باروری در زوج‌های مبتلا به HIV از نظر اخلاقی و حقوقی

مونا عودی^{۱*}، رضا سامانی^۱، سید طه مرقاتی^۲، مهناز کرباسی‌زاده^۱

۱- پژوهشگر دپارتمان اپیدمیولوژی و اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل،

پژوهشگاه رویان، تهران

۲- هیأت علمی گروه فقه و حقوق اسلامی، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی (سمت)، تهران

درمان‌های ضد ویروسی جدید به‌طور چشمگیری سبب بهبود پیش‌آگهی بیماران آلوده به ویروس نقص ایمنی انسان و به‌دنبال آن افزایش قابل توجه امید و کیفیت زندگی در آن‌ها شده است. استفاده از روش‌های کمک باروری، امکان داشتن فرزند سالم را برای بسیاری از زوج‌های HIV مثبت فراهم کرده است. با این حال، بیش‌تر مراکز درمان ناباروری این زوجین را نمی‌پذیرند که این مسأله انزوای ایشان از زندگی اجتماعی را در پی دارد. این مطالعه قصد دارد از نظر اخلاقی، حقوقی و فقهی لزوم یا عدم لزوم پذیرش این زوجها در مراکز ناباروری و شرایط آن را بررسی کند.

در خصوص اهداء و اشتراک گذاری تخمک، بررسی‌های اخلاقی و بحث صورت گرفت. نتایج از سه دیدگاه زوج مبتلا، فرزند آینده و کادر درمان بررسی شده است. مسائل مذهبی توسط روحانیون از متون اسلامی و فتوای فقها بررسی شد. مسائل اجتماعی و حقوقی توسط حقوقدان با کنکاش در قوانین ایران انجام گرفت.

از دیدگاه زوج: باروری حق طبیعی هر فرد است. اگر با روش‌های باروری آزمایشگاهی بدون عدم ابتلای غیر و به‌خصوص فرزند امکان بچه‌دار شدن وجود دارد، نباید مراکز از انجام این کار خودداری کنند. لذا عدم پذیرش این زوجها توسط مراکز درمانی ناباروری برخلاف اخلاق پزشکی بوده و در راستای قوانین جاری مملکت نیست.

پذیرش بیمارانی هم‌چون مبتلایان به هپاتیت C، سرطان‌های پیشرفته، بیماری‌های روانی و... بیش‌تر موید تبعیض و غیر اخلاقی بودن عدم پذیرش این افراد است. ضمن این‌که بسیاری از این زوجین قادرند به‌طور طبیعی صاحب فرزند می‌شود ولی به احتمال زیاد یک یا دو نفر دیگر به مبتلایان اضافه شده که مسؤولیت مراکز باروری را سنگین‌تر می‌کند. در استفتائات انجام شده نیز فقها رای به درمان این زوجها صادر کرده‌اند.

از دیدگاه فرزند: رفاه کودک تنها محدود به رفاه فیزیکی نیست و شامل ابعاد روانی-

* monaoudi@yahoo.com

اجتماعی مانند بی‌سرپرست شدن فرزند و بزرگ شدن وی با والد یا والدین شدیداً بیمار است. همچنین نام HIV در ایران همراه با Stigma بوده و به‌نظر می‌رسد که فرزند خانواده‌ی مبتلا از نظر اجتماعی در حالت ایده‌آل نیست. با این وجود، امید به زندگی والدین مبتلا به HIV قابل مقایسه با پدر و مادریست که از سرطان یا از بیماری‌های ژنتیکی مانند فیروز کیستیک رنج می‌برند.

به‌خصوص اگر خانواده نامتقارن (مثبت - منفی) باشند که حداقل یک والد عمری طبیعی خواهد داشت. تلاش‌های اجتماعی در جهت برداشتن stigma به همراه حمایت از همه‌ی بیماران مزمن توسط جامعه قدمی است که باید برداشته شود.

از دیدگاه کادر درمانی: در مراکز درمان ناباروری همانند کلیه‌ی بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها احتمال انتقال از طریق فرد آلوده به وسایل و پرسنل آزمایشگاه، پرسنل درمانی و جراحی و حتی بیماران دیگر تحت درمان وجود دارد. اما خوشبختانه، دستورالعمل‌های بین‌المللی و ملی کارآمد جهت جلوگیری از ابتلای بیماران دیگر و پرسنل مراکز تدوین شده است. بنابراین، هیچ مدرک مستدلی برای عدم پذیرش زوج‌های مبتلا به HIV وجود ندارد و به‌نظر می‌رسد عدم پذیرش افرادی که با روش‌های جدید امکان داشتن فرزند سالم دارند، غیر اخلاقی و ناقض حقوق طبیعی افراد است.

واژگان کلیدی: اخلاق، اسلام، تحقیقات، HIV، تولیدمثل

کاهش رابطه‌ی مالی بین پزشک و بیمار، کلید ارتقای اخلاق در روابط پزشک و بیمار

سیدحسین امامی رضوی*

هیأت علمی گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاون سلامت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ارتقاء روابط اخلاقی بین پزشک و بیمار مهم‌ترین هدف نظام سلامت در حیطه‌ی نگرشی ارائه‌ی خدمات است. در تنظیم این رابطه عوامل متعددی مؤثرند، یکی از کلیدی‌ترین عوامل رابطه‌ی مالی است که بین بیمار و پزشک برقرار می‌شود.

برخی، خدمات سلامت را هم مثل سایر خدمات هم‌چون کالایی می‌دانند که در موقع عرضه‌ی آن هزینه به‌صورت مستقیم پرداخت می‌شود. این موضوع در مورد برخی خدمات که هزینه‌ی تمام شده‌ی آن وابسته به تبحر، علم و تجربه نیست، مثل فروش دارو که محصول تولید کارخانه است مصداق داشته باشد. لیکن هنگامی که پای عرضه‌ی خدمات پیچیده‌ای مثل جراحی و مداخلات دیگری مثل آندوسکوپی، برونکوسکوپی ... به‌وجود می‌آید، محاسبه‌ی ارزش خدمت قدری مشکل‌تر می‌گردد و در این موضع درجات مختلف تعرفه در بخش دولتی و خصوصی و نزد پزشکان کم‌تجربه و با تجربه، متبحر و کم‌تبحر مطرح گردیده و افراد به خود اجازه می‌دهند که نرخ‌های مختلفی را برای خدمات خویش مطرح نمایند. این موضوع در مورد سایر خدمات ممکن است مصداق داشته باشد، لیکن در مورد خدمات پزشک که در اکثر موارد گیرنده‌ی خدمت امکان تصمیم‌گیری منطقی را ندارد، باعث پدیده‌ی القایی شده و هزینه‌ای به بیمار تحمیل می‌شود که در حد توان ایشان نمی‌باشد. برای کاهش رابطه‌ی مالی و تنظیم این روابط مکانیسم‌های مختلفی را می‌توان طراحی نمود؛ یکی از این مکانیسم‌ها بیمه‌ی خدمات سلامت است. که اگر همراه با فرانشیز پلکانی معکوس گردد هم پرداخت از جیب مردم را کاهش می‌دهد و هم شأن گروه پزشکی را ارتقا می‌بخشد و پزشکان به بیمارانی که دیده‌ی درآمد نگاه نمی‌کنند، برقراری نظام نوین اداره‌ی بیمارستان‌ها و پرداخت براساس عملکرد، در سال‌های اخیر، این پدیده را شدیدتر کرده است. تعیین سقف پرداخت برای کارانه‌ی پزشکان و تنظیم پرداخت به گروه‌های مختلف پزشکی می‌تواند قدری مشکلات اخلاقی را کاهش دهد. این مقاله تلاش می‌کند ابعاد مختلف رابطه‌ی مالی بین پزشک و بیمار و اثرات آن بر رابطه‌ی سالم بین آینده را تحلیل نماید.

* emami_r@health.gov.ir

اخلاق و معنویت در دوران دفاع مقدس

سردار نصراله فتحیان^{*}

مسئول بسیج جامعه پزشکی تهران بزرگ

آثار معنوی مشهود در جامعه‌ی پزشکی و پیرا پزشکی بالاخص فرماندهان و مدیران بهداری جنگ که خود طیفی از این جامعه بودند باعث سیر و تحولات شگرفی و بنیادی در جبهه‌ها و ۸ سال دفاع مقدس گردید که زمینه‌ساز استراتژی‌های جدید در امداد و درمان نیروهای مسلح گردید استراتژی امداد و درمان در صحنه‌های نبرد نزدیک محورهای عملیاتی منبعت شده از معنویت حاکم بر این جامعه در دوران دفاع مقدس می‌باشد به طوری که فرماندهان و مدیران بهداری در جنگ بر آن داشت که با پیش‌بینی مراکز امدادی بهداشتی و درمانی در خطوط مقدم و نیز طراحی زنجیره‌ی امداد و انتقال مجروحان و مصدومان از محورهای عملیاتی تا شهرهای عقبه را طوری سازماندهی نمایند که متخصصان و پزشکان و پیراپزشکان نیز دوشادوش رزمندگان در خط مقدم و نیز عقبه‌ی محورهای عملیاتی متناسب با وظایف محوله فعالیت نمایند و از کار خود کمال حظ معنوی را ببرند و این موهبت و توفیق الهی باعث شده بود جامعه‌ی پزشکی و مخصوصاً تیم‌های تخصصی اضطراری جراحی پزشکی اولاً زمان حضور خود را تمديد نمایند تا بیش‌تر بتوانند در خدمت رزمندگان باشند ثانیاً جو حاکم بر جبهه‌ها باعث شده بود این قشر خاص از جامعه که از طبقه‌ی روشنفکران و فرهیختگان جامعه بودند فارغ از مسائل مادی و جناح‌بندی‌های سیاسی در کنار هم گوش به فرمان ملکوتی ولی امر مسلمین حضرت امام خمینی (ره) به صورت سازمان‌یافته و منسجم تحت فرمان فرماندهان بهداری جنگ وظایف و مسؤولیت‌های تخصصی خود را به انجام رسانند از طرفی با اعتقاد قلبی راسخی که به مضمون آیه‌ی شریفه ۳۲ سوره‌ی مائده داشتند هنگامی که به درد و آلام رزمندگان مجروح و مصدوم رسیدگی و زخم‌های آنان مرحم می‌نهادند چنان رضایتی در وجودشان تبلور و قلیان پیدا می‌کرد که گاهاً شاید ۲ ساعت از شبانه روز را استراحت می‌نمودند گویی به مقام رضای الهی دست یافته بودند و خود را متصل به یک منبع عظیم لاینتهای روحانی احساس می‌نمودند و به هرکس که حیات و جانی تازه می‌بخشیدند خداوند متعال را شاکر بودند و تلاش خود را در این عرصه مضاعف می‌نمودند شاید گزاف نگفته باشیم که حتماً

* moazami2000@gmail.com

خود را در آن لحظات در محضر خداوند هستی‌بخش می‌دیدند که او ایشان را در کار خود شریک قرار داده و در سیر الی الله خود صدای ملائک را می‌شنیدند که آیه‌ی شریفه‌ی ۳۲ سوره‌ی مائده را در وجود خودشان طنین‌انداز نموده بود و از طرفی دعای مجروحان و مصدومان رزمنده را که در اوج آلام و درد و رنج را بدرقه راه خود می‌دیدند، دعای آنان بندها و قل و زنجیرهای اسارت دنیایی و دنیا طلبی را از دست و پای آنان می‌گشود تا جایی که بسیار از آنان به ندای حق لبیک گفته و به شهادت رسیده و به ملکوت اعلاء پیوستند و ندای عند ربهم یرزقون را به گوش جان شنیدند و به بهشت جنان وارد شدند و بسیاری دیگر از هم‌سنگران آنان که در این معرکه حضور داشتند از جان مایه گذاردند و جسم و جان خود را ایثار نمودند. بایستی این نکته را یادآور شوم روح و جان مجروحان و مصدومان با جامعه‌ی پزشکی و فرماندهان بهداری در دفاع مقدس طوری با اختلاط و ممزوج شده و درهم گره خورده بود و روحشان با هم عجین شده بود که گویی همه‌ی اعضای یک پیکرند و این را در احساس و ضمیر ناخودآگاه آنان در زمان انتقال مجروحان و مصدومان به شهرهای عقبه مشاهده می‌شد به طوری که پزشکان و پیراپزشکان و فرماندهان بهداری مجروحان و مصدومان عزیز را در جای جای میهن اسلامی رصد می‌نمودند تا از احوال و سلامتی آنان مطلع و با خبر شوند اوج معنویت در خلوص نیت و اخلاق نیکو و صبر و بردباری پزشکان و پیراپزشکان و فرماندهان بهداری در هنگامه‌ی کار و خدمت‌گزاری آنان مشاهده می‌شد گویی این عزیزان در عرصه و زمان دفاع مقدس در دو جبهه جهاد اصغر و جهاد اکبر هم‌زمان حضور داشتند و بسیاری از آنان سرافراز و پیروز از این دو جبهه بیرون آمده و در سنگر ولایت حضور داشته و دارند که امروز نیز می‌توان آثار و پیامدهای آن را در این قشر فرهیخته و بالنده‌ی کشور اسلامی و نظام ولایی مشاهده نمود به طوری که هم‌اکنون متخصصان و پزشکان و پیراپزشکان و فرماندهان و مدیران امداد و بهداشت و درمان کشور نیز با حضور سازمان یافته‌ی خود در قالب بسیج جامعه‌ی پزشکی به مناطق محروم رفته و خدمات شایانی را به اقشار محروم جامعه ارائه می‌دهند و عمدتاً آنان در زمره‌ی خیرین و نیکوکاران تراز اول جامعه و نظام اسلامی می‌باشند.

اصول اخلاق حرفه‌ای در پزشکی

احمد شجاعی*

سازمان پزشکی قانونی

اخلاق پزشکی به‌عنوان یک علم میان‌رشته‌ای موضوعات اخلاقی در حوزه‌ی علوم پزشکی را مورد بحث قرار می‌دهد. رویکردهای نوین و حرفه‌ای در امور پزشکی، ضرورت بازنگری و پرداختن به اصول اخلاق حرفه‌ای را بیش از گذشته مورد تأکید قرار می‌دهد. هرچند موضوع سقط جنین، رابطه‌ی پزشک و بیمار، پژوهش‌های پزشکی و ... از گذشته نیز مورد توجه قرار داشته‌اند، مواجهه با مباحثی همچون پیوند اعضا، به‌کارگیری سلول‌های بنیادی، جایگاه بیمار در تصمیم‌گیری‌های بالینی، اتانازی، سلامت جامعه، شبیه‌سازی انسان، کسب رضایت آگاهانه و ... ضرورت توجه و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای را در جامعه‌ی پزشکی روشن می‌سازد. بدیهی است افزایش قابل توجه اطلاعات عمومی در خصوص سلامت و دسترسی مردم به منابع و دانش پزشکی از طریق اینترنت، در کنار رفاه‌طلبی و نفع‌پرستی آدمی، نکات تازه‌ای را در ارتباط اخلاقی پزشک با بیمار ایجاد می‌نماید.

در عصر حاضر، اندیشه‌ها و تدابیر گذشته، جوابگوی نیازهای پزشکان و بیماران در ارتباط با تعهدات حرفه‌ای و اخلاق پزشکی نخواهد بود و اخلاق پزشکی حرفه‌ای نیز صرفاً با گفتار و آموزش شفاهی و بدون کاربری عملی جدی بالینی در تمام دوره‌های آموزشی شاغلان گروه پزشکی، مشکل‌گشای همه‌ی مسائل نخواهد بود. بر این اساس، طراحی اصول و چارچوب‌های راهنمایی‌کننده و توجه جدی و عمیق به برنامه‌های آموزشی بیمارستانی راهگشای مسائل حرفه‌ای اخلاق پزشکی در کشور خواهد بود و این مهم بدون توجه به اعتقادات مذهبی و قداست جایگاه بیمار و پزشک محقق نخواهد گردید.

* dr.a.shojaei@gmail.com

چالش های حقوق بیماران در مقابل حقوق جامعه

علیرضا مصداقی نیا^{۱*}، حسین جباری^۲

هیأت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

بهداشت عمومی (Public Health) به عنوان یک تشکیلات منسجم، با هدف ترجیحی ارتقاء سلامت جامعه در مقابل سلامت فرد، از حدود یکصد سال پیش آغاز به کار نموده است. نظر به تمرکز جامعه-محور این رشته، بهداشت عمومی با چالش های فراوان موضوعی در حیطه ای این رشته همراه بوده است. با ظهور اخلاق بهداشت عمومی (Public Health Ethics) در اواخر دهه ی شصت و هفتاد میلادی، حیطه ای اخلاق پزشکی (Medical ethics) به میزان قابل توجهی گسترش یافت.

این مسأله موضوع اخلاق پزشکی را به سمت ابعاد دیگر و وسیع تری از صرفاً ارتباط پزشک-بیمار و مسائل حرفه ای پزشکی، یعنی موضوعاتی در حیطه ای پیوند اعضا، ژنتیک، بیولوژی تولید مثل و جایگزینی منابع سوق داد، اما توجه کم تری توسط زیست-اخلاق شناسی (Bio-ethics) به موضوعات اساسی در بهداشت عمومی داده شد. این موضوع شاید چندان هم تعجب انگیز نبود، زیرا اخلاق-زیستی انگیزه ی اساسی گسترش خود را مرهون سوءاستفاده از حقوق انسان ها در تحقیقات بالینی، و نهضت های احقاق حقوق انسانی و چالش های فناوری های نوین در قربانی نمودن حقوق انسان ها یافته بود و این مسأله نمی توانست از مباحثی چون نابرابری های اجتماعی و اقتصادی، که از مباحث عمده ای اخلاق در بهداشت عمومی در قرن نوزدهم است تأثیر بپذیرد. این نهضت زیست-اخلاق شناسی هم چنین با درگیر شدن به موضوعاتی نظیر افزایش روزافزون هزینه های مراقبت های بهداشتی ناشی از گسترش سریع پژوهش های بیومدیkal جهت دستیابی به فهم بیش تر زیست شناسی با استفاده از ابتکارات در فناوری ها، موضوعاتی چون دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی (Equitable access) را تحت الشعاع خود قرار داد. پس از آن، هر چند به صورت گاه گاهی و به علت بروز پدیده هایی نظیر اپیدمی پولیو در سال ۱۹۵۰، یا گزارش های ارتباط سیگار و سرطان، یا پاندمی ایدز در معرض توجه قرار گرفت، اما عمدتاً در سایه ی پیشرفت ها در زمینه ی زیست-پزشکی (Bio-Medicine) قرار گرفته است.

در این نوشتار، نویسندگان مقاله سعی خواهند نمود تا جنبه‌های مختلف موضوعات اخلاق بهداشت عمومی را که در مجاورت و هم‌پوشانی موضوعات اخلاق بیمار قرار دارند را مورد مذاقه قرار دهند.

ارزیابی اخلاقی تعیین جنسیت

محمد راسخ*

هیأت علمی حقوق عمومی و فلسفه‌ی حقوق، دانشکده‌ی حقوق، دانشگاه شهید بهشتی و سرپرست گروه

حقوق و اخلاق زیستی، پژوهشگاه ابن سینا، تهران

تعیین جنسیت (Sex Selection) یکی از امکان‌هایی است که با به‌کارگیری روش‌ها و فناوری‌های نوین کمک‌باروری پدید آمده است و کاربرد آن زوجین را در انتخاب و تعیین جنسیت فرزند خود آزاد می‌گذارد. بر این اساس، آنان می‌توانند صاحب فرزند با جنسیتی شوند که به آن تمایل دارند.

هم‌چون دیگر فناوری‌های جدید کمک‌باروری، کاربرد روش‌های تعیین جنسیت برخی دشواری‌های اخلاقی، حقوقی و جامعه‌شناختی را موجب شده است. موافقان به‌کارگیری این روش بر آنند که حفظ و تقویت آزادی والدین در انتخاب جنسیت فرزند تحکیم‌کننده‌ی خودآیینی و کرامت آن‌ها و فاقد مانعی اخلاقی است، زیرا متضمن ضرری برای دیگران نیست. آنان هم‌چنین، در رهیافتی نتیجه‌گرایانه به موضوع معتقدند که آزادی در انتخاب جنسیت می‌تواند تأثیری مثبت در کاهش آمار سقط جنین داشته باشد. با این حال، مخالفان تصریح می‌کنند که تعیین جنسیت جنین با واردکردن ناموجه جنسیت در انسانیت، ناقض کرامت ذاتی آدمی است و افزون بر این که موفقیت علمی آن مورد تردید است، در صورت رواج، موجب پیامدهای منفی جمعیت‌شناختی می‌شود. در این مقاله، ضمن تحلیل و ارزیابی قوت ادله‌ی اخلاقی موافقان و مخالفان و اشاره به مواجهه‌ی برخی نظام‌های حقوقی با این مسأله، نشان داده می‌شود که تعیین جنسیت را به لحاظ اخلاقی نمی‌توان موجه شمرد، جز در مواردی که کاربردی - درمانی داشته یا دلایلی برآمده از موارد خاص تنظیم خانواده به سود آن وجود داشته باشد.

* m- rasekh@sbu.ac.ir

نکات کلیدی در انجماد جنین از نظر حقوق و اخلاق

رضا عمانی سامانی*

هیأت علمی گروه پژوهشی اپیدمیولوژی و سلامت باروری پژوهشگاه رویان

باروری آزمایشگاهی نوید فرزند را برای بسیاری از خانواده‌های نابارور به ارمغان آورده اما به موازات آن بسیاری مسائل فقهی، حقوقی و اخلاقی را پدید آورده است. در طی درمان به روش باروری آزمایشگاهی به‌طور اجتناب‌ناپذیری تعدادی جنین برای زوج‌ها تشکیل می‌شود و از میان این جنین‌ها تنها ۲ تا ۳ عدد به رحم زوجه منتقل شده و بقیه در صورت امکان منجمد گردیده و برای زوج نگهداری می‌شود. از آنجایی که انجماد و نگهداری هزینه بر است، نیاز به بستن قرارداد با زوج تحت درمان دارد. در این مقاله تلاش شده است نکات کلیدی در مورد این روند مورد بحث قرار گیرد. پزشکان و کادر درمانی متعهد به ارائه‌ی اطلاعات کافی به بیماران در مورد روند انجماد، احتمال مرگ جنین‌ها پس از یخ‌زدایی، طول زمان نگهداری، تغییر کیفیت جنین و سرنوشت جنین‌ها پس از طی دوره‌ی انجماد هستند. از دیگر مباحث مورد بحث، مالیت و مالکیت جنین است. جنین به‌نظر می‌رسد که ماهیت حقوقی جنین مال است و بنابراین، قابلیت خرید و فروش و هدیه دارد. اما از نظر کرامت انسانی و اخلاقی نمی‌توان برخورد مال گونه با آن نمود. از آنجایی که جنین را نمی‌توان انسان در نظر گرفت، کسی که در مورد آن تصمیم می‌گیرد نمی‌تواند ولی فرزند یا پدر خانواده باشد. اگر جنین توسط گامت‌های دو نفر ایجاد می‌شود هر دو نفر صاحب اختیار جنین می‌شوند و تعیین سرنوشت آن باید در توافق بین زوجین باشد. قرارداد انجماد جنین باید بین زوجین با مرکز درمانی بسته شود و تعهدات طرفین قرارداد در آن ذکر شود. طول مدت قرارداد و شرایط اتمام و فسخ آن باید به طور روشن آورده شود. از نظر علمی نمی‌توان محدوده‌ی زمانی برای انجماد قائل شد و بنابراین مدت قرارداد توسط خود مرکز درمانی تعیین می‌شود. فاصله‌ی بین فرزندان را می‌توان ملاک قرارداد تا از تحمیل فشار غیراخلاقی بر زوجین جلوگیری شود. اگر زمان حاملگی را کم‌تر از یک‌سال و مدت شیردهی را دو سال در نظر بگیریم به نظر دو سال دیگر مدت کافی برای تصمیم‌گیری زوجین جهت داشتن فرزند بعدی است. بنابراین، کم‌ترین، مدت این قرارداد را می‌توان ۵ سال در نظر گرفت.

* samani@royaninstitute.org

به کارگیری یک مدل در پدیدارشناسی حقوق بیمار در بیمارستان دولتی قاسم عابدی، لیلا آذین مهر

منشور حقوق بیمار در واقع عبارت است از دفاع از حقوق انسان به منظور حفظ حرمت و عزت او برای اطمینان از آن که در مواقع بیماری به ویژه در فوریت‌های پزشکی، بدون تبعیض سنی و جنسی و دارا بودن قدرت مالی از جسم و جان و سلامت او، مراقبت با کیفیت مطلوب به عمل آید. لذا هدف از این پژوهش به کارگیری یک مدل در پدیدارشناسی حقوق بیمار در بیمارستان امام خمینی (ره) ساری بوده است. این مطالعه با رویکرد پدیدارشناسی با استفاده از مدل سه بعدی کافمن، کوریگان و جانسون در بیمارستان امام خمینی (ره) ساری انجام شده است. سه بعد این مدل را گیرندگان خدمت (بیمار و همراه بیمار)، ارائه‌کنندگان خدمت (پرستار و پزشک) و کارفرمایان شامل مدیران رده‌های مختلف تشکیل داده‌اند. گردآوری داده‌ها با مصاحبه‌های نیمه ساختاری در طی ۶۸ جلسه (مصاحبه با ۱۲ بیمار و ۱۲ همراه بیمار در طی ۲۴ جلسه، ۱۸ پرستار و ۱۲ پزشک در طی ۳۰ جلسه و ۱۴ مدیران عالی و میانی و عملیاتی در طی ۱۴ جلسه) جمع‌آوری گردید. برای تحلیل داده‌ها از بعد مطابقت و عدم مطابقت با استفاده از آزمون Factor Analysis جهت مشخص شدن ساختار استفاده شد.

با توجه به یافته‌ها هر یک از سه بعد در زمینه‌های مراقبت مناسب با کیفیت بالا، بر خورداری از اطلاعات، رازداری و محرمانه بودن اطلاعات، حق رضایت آگاهانه، حق استقلال رای، حق رعایت محیط خصوصی، حق داشتن آرامش، حق ابراز اعتراضات و شکایات، حق جبران خسارت، حق دسترسی به امکانات و کفایت منابع با توجه به تجربیات خود معانی خاص قائل بودند. و در نهایت پس از تجزیه و تحلیل، هفت درونمایه‌ی مشترک که عبارت بودند از مراقبت با کیفیت بالا، در دسترس بودن، کفایت منابع، جامع بودن منابع، رعایت حریم و روابط متقابل، رعایت حریم خصوصی و حق جبران خسارت استخراج شد.

در هزاره‌ی سوم رضایت‌مندی را رفاه و رضایت خاطر گیرندگان خدمات، ارائه‌کنندگان خدمات و کارفرمایان تعریف کرده‌اند. لذا طراحی معیارهای حقوق بیمار بدون در نظر گرفتن دیدگاه‌های کلیه‌ی ذینفعان کاربردی نیست. یافته‌های این پژوهش می‌تواند یک مدل جامع‌تری نسبت به وضعیت موجود که تصویری از دیدگاه‌های ذینفعان در مواجهه با حقوق بیمار بوده‌اند ارائه دهد.

آیا خبر بد باید به بیمار گفته شود؟

مجتبی پارسا*

دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

شاید هیچ مواجهه‌ای بین پزشک و بیمار پر دغدغه‌تر از گفتن اخبار بد نباشد. همه‌ی پزشکان در طول عمر حرفه‌ای خود ناگزیر می‌شوند که اخبار نگران‌کننده‌ای را به بیماران خود در مورد وضع سلامتی آن‌ها بازگو کنند که ممکن است موجب نگرانی و ناراحتی آن‌ها گردد. این‌گونه اخبار را اصطلاحاً اخبار بد (Bad news) می‌نامند. این تفکر که باید اخبار بد را به بیماران اطلاع داد سابقه‌ی طولانی حتی در کشورهایی که امروزه این کار عموماً پذیرفته شده است ندارد. در انتقال اخبار بد بین بیماران و پزشکان اختلافاتی وجود دارد. بسیاری از پزشکان تمایلی به انجام این کار ندارند که این موضوع در اکثر موارد بر خلاف تمایل بیماران است. اختلافات فرهنگی در دیدگاه پزشکان در انتقال اخبار بد مؤثر است. مثلاً در کشورهای اروپای شمالی و ایالات متحده اکثر پزشکان به‌عنوان یک عمل استاندارد تشخیص را برای بیمار آشکار می‌کنند اما در کشورهای اروپای جنوبی و شرقی اغلب چنین اطلاعاتی به بیماران داده نمی‌شود. از طرف دیگر، در دیدگاه مردم نیز در این‌که پزشکان باید اخبار بد را برای بیماران آشکار کنند یا نه نیز به دلایل فرهنگی تفاوت‌هایی وجود دارد که اکثر مردم در کشورهای غربی موافق این کار هستند ولی در کشورهای دیگر همیشه دیدگاه مردم این نیست. بسیاری از افراد به‌دلیل این‌که دادن اخبار بد موجب آسیب‌های روانی در بیماران می‌شود با آن مخالف هستند اما شواهدی هم وجود دارد که ندادن اطلاعات ممکن است عوارض روانی شدیدتری هم داشته باشد. در مورد میزان و محتوای اطلاعاتی که پزشک باید ارائه دهد مقررات غیر قابل انعطاف و سختی وجود ندارد بلکه این موضوع بر اساس شرایط هر بیمار متفاوت است. عواملی مانند پیچیدگی درمان، خطراتی که همراه با درمان‌های طبی و جراحی وجود دارد و خواسته‌های شخص بیمار، همگی بر مقدار اطلاعاتی که باید ارائه شود تأثیرگذار هستند. تنها موردی که مشخصاً برای ممنوعیت اخبار بد وجود دارد، اقدام به خودکشی است. البته ممکن است مواردی پیش بیاید که پزشک این کار را به مصلحت نداند. پزشک باید در این موارد بتواند

* mojtabaparsa1@yahoo.com

تصمیم خود را توجیه کند. اگر بیماری از دریافت اخبار بد امتناع می‌کند در هر حال باید یک‌سری اطلاعات پایه و اولیه را به او ارائه داد. از طرفی دادن اخبار بد به بیماران به مهارت‌های ارتباطی نیاز دارد، و این مهارت‌ها چیزی نیستند که به‌سادگی به‌دست آیند؛ این‌ها مهارت‌هایی هستند که باید آموزش داده شوند. دستورالعمل‌هایی که در انتقال اخبار بد وجود دارد بیش‌تر بر مبنای نظر پزشکان و تجارب آن‌هاست، لذا نیاز است که نظرات بیماران مبنای قرار گیرد. لازم به ذکر است که یک راهنما یا دستورالعمل ثابتی در این زمینه وجود ندارد و گاهی با هم متضاد هستند. لذا نمی‌توان برای همه‌ی بیماران و همه‌ی جوامع یک نسخه‌ی واحد پیچید. به‌نظر می‌رسد که در ایران هم نیاز باشد که مطالعه‌ای در خصوص نظرات بیماران در این زمینه انجام شود، علی‌الخصوص که مردم کشور ما تفاوت‌های فرهنگی عدیده‌ای با کشورهای غربی دارند.

بررسی حقوق بیماران روانی در مراکز روان پزشکی
ارسلان احمدی^{۱*}، محمد رضا خدایی اردکانی^۲، صیاد یوسفی^۳،
محمد رضا موران^۴، محمد ترکاشوند^۴

۱- کارشناس ارشد روانشناسی مشاوره

۲- متخصص اعصاب و روان و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳- پزشک عمومی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۴- کارشناس روانشناسی بالینی

همه‌ی افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان‌ها هستند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به حقوق و کرامت والای انسانی از اصول پایه‌ی نظام جمهوری اسلامی بوده و دولت موظف است خدمات بهداشتی - درمانی را برای همه‌ی افراد کشور تأمین کند. بر این اساس، ارائه‌ی خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.

با توجه به این‌که سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی از مهم‌ترین ابعاد وجودی هر فرد بوده و تأمین آن بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی از مهم‌ترین تعهدات حاکمیت در جمهوری اسلامی ایران است و بر این اساس وزارت بهداشت، خود را در قبال ارائه‌ی مطلوب خدمات سلامت برای آحاد جامعه مسؤول می‌داند و از طرفی نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه و تعامل مناسب میان گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است؛ بنابراین، مراکز درمانی و بیمارستانی، باید علاوه بر ارائه‌ی خدمات، بستری را برای درک و احترام به حقوق بیماران و خانواده‌های آن‌ها فراهم نمایند.

در سال‌های اخیر نقطه‌نظر قانونگذاران، بر حفظ حقوق بیماران روانی متمرکز شده و نیاز به قوانین مناسبی برای حفاظت از بیماران روانی شدید، مورد تأکید قرار گرفته است. براساس منشور حقوق بیماران در ایران که مصوب وزارت بهداشت است، بر رعایت حقوق بیماران روانی توجه و تأکید ویژه‌ای شده است و در مراکز درمانی، بیماران و خانواده‌های آن‌ها می‌بایست از مفاد منشور حقوق بیماران مطلع شوند.

امروزه، تحت تأثیر تئوری جامع سبب‌شناسی بیماری‌های روانی و نهضت روان‌پزشکی

* A.Ahmadi1349@yahoo.com

جامعه‌مدار، ضرورت توجه به ابعاد مختلف نیازهای بیماران روانی و گسترش تنوع خدمات به این بیماران مورد تأکید قرار گرفته است. بنابراین، در راستای این مهم در سال ۱۳۸۰ طرح ساماندهی بیماران روانی مزمن در پاسخ به رفع نیازها و در جهت حل مشکلات بیماران روانی و خانواده‌های آن‌ها به تصویب رسید.

اهمیت و ضرورت موضوع از آنجاست که افراد مبتلا به اختلال روانی بخش آسیب‌پذیر اجتماع را تشکیل می‌دهند و توجه به رعایت حقوق این بیماران و خانواده‌های آن‌ها لازم است. بیماران روانی علاوه بر رنج آشکار ناشی از اختلالات روانی با فرسودگی ناشی از انگ بیماری روانی و جدایی از جامعه روبه‌رو هستند. تهاجم به حقوق و آزادی بیماران روانی و انکار حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آنها یک اتفاق شایع در جهان است. متأسفانه، سوء استفاده‌ی فیزیکی، جنسی و روان‌شناختی یک تجربه‌ی روزمره برای این بیماران است و از طرفی آن‌ها با طرد از جامعه، موقعیت‌های شغلی و محرومیت از دسترسی به خدمات مواجه هستند.

حقوق بیماران مبتلا به اختلال روانی نسبت به سوء استفاده و تهاجم، آسیب‌پذیر بوده و ضرورت تهیه و تدوین منشور حقوق بیماران روانی در مراکز روان‌پزشکی وجود دارد. تدوین مفاد منشور حقوق بیماران روانی و خانواده‌های آن‌ها در مراکز روان‌پزشکی، علاوه بر این‌که به بیماران و خانواده‌های آن‌ها در جهت آگاهی از حقوق بیماران کمک می‌نماید، به مدیران بیمارستانی و تیم درمان نیز کمک می‌نماید که ضمن ترسیم وضعیت مطلوب رعایت حقوق بیماران و خانواده‌های آن‌ها، وضعیت موجود در خصوص رعایت حقوق این بیماران را شناسایی نمایند و تلاش خود را برای فراهم شدن بستری مطلوب که بتوان حقوق بیماران روانی و خانواده‌های آن‌ها رعایت گردد را فراهم نماید.

این تحقیق از نوع زمینه‌یابی بوده و با هدف مقایسه‌ی نگرش تیم درمان، بیماران و خانواده‌ی بیماران نسبت به حقوق بیماران روانی انجام گردیده است. برای این منظور ۱۰۰ نفر آزمودنی از محیط پژوهشی یکی از مراکز روان‌پزشکی تهران به عنوان حجم نمونه و از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از این‌که پرسشنامه‌ی نگرش‌سنج محقق‌ساخته بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردید، نتایج آن از طریق نرم افزار SPSS و با استفاده از روش‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت که نتایج آن در اصل مقاله ارائه خواهد شد.

رعایت حقوق بیمار یک ارزش اخلاقی در مراقبت پرستاری

محسن شهرياری^{۱*}، عیسی محمدی^۲، عباس عباسزاده^۳

۱- هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس تهران

۳- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

ارزش‌های اخلاقی جزء لاینفک حرفه‌ی پرستاری است. ارزش‌های اخلاقی حاکم بر پرستاری بسیاری از کشورهای جهان مورد شناسایی قرار گرفته است و در رفتار و اعمال آنان تسری یافته است. برای پرستاران حرفه‌ای به خصوص پرستاران بالینی، نیاز به ارزش‌های اخلاقی مورد تأکید فراوان است. هدف از انجام این مطالعه کشف معنای ارزش‌های اخلاقی پرستاران در مراقبت از بیماران است.

یک مطالعه‌ی کیفی اکتشافی به روش آنالیز محتوا برای کشف تجربه‌ی پرستاران از ارزش‌های اخلاقی در مراقبت از بیماران است. بدین منظور به روش نمونه‌گیری هدفمند، با سی نفر مشارکت‌کننده‌ی دارای سابقه‌ی کار در بخش‌های بالینی بیمارستان‌های شهر اصفهان مصاحبه‌ی گروهی و انفرادی انجام شد. هم‌زمان با انجام مصاحبه‌ها، از طریق آنالیز محتوای مضمونی، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بر اساس تجزیه و تحلیل مضمونی یکی از مضمون‌های برگرفته از تجربه‌ی مشارکت‌کنندگان، رعایت حقوق بیمار به‌عنوان یک ارزش اخلاقی است. از بیان و گفته‌های مبتنی بر تجارب پرستاران مشارکت‌کننده این‌گونه استنباط و دریافت می‌شود که برای رعایت ارزش‌های اخلاقی در مراقبت، باید حقوق بیماران پذیرفته شود و آن‌ها را به رسمیت شناخت.

بپذیرند که بیمار نیاز به مراقبت دارد و نگران وضع او باشد. بیمار حق دارد مراقبت را مطالبه و حتی انتخاب کند و براساس این باورهاست که کسب اجازه و رضایت بیمار معنا و اصالت پیدا می‌کند و به تبع آن می‌توان انتظار داشت که رعایت حقوق بیمار در ذهن و عمل پرستار موجودیت پیدا کند. از طریق حمایت درست از بیمار و آگاه نمودن او درباره‌ی روند بیماری و نحوه‌ی درمان و مراقبت می‌توان حقوق بیمار را اعاده نمود.

دریافت مراقبت خوب و دقیق یکی از حق‌های مسلم بیماران است و برای این‌که پرستاران

* shahriari@nm.mui.ac.ir

قادر به ادای این حق باشند، باید بر اساس اخلاق پرستاری و هنجارها عمل نمایند. داشتن پشتوانه و حمایت حقوقی از اصول و ارزش‌های اخلاقی، امکان به‌کار بستن و اجرایی شدن اصول و ارزش‌های اخلاقی در پرستاری را افزایش می‌دهد و این هم به نفع ارائه‌کنندگان خدمات پرستاری و هم دریافت‌کنندگان آن است. در واقع، اگر حقوق درست رعایت شود، اخلاق نیز رعایت شده است و اگر اخلاقیات مورد توجه باشند، زمینه‌ی مناسبی برای رعایت حقوق هم فراهم شده است.

واژگان کلیدی: مراقبت پرستاری، حقوق بیمار، ارزش‌های اخلاقی پرستاری

تعیین میزان رعایت حقوق بیمار از دیدگاه بیماران بستری

در بیمارستان بنت الهدی مشهد- سال ۱۳۸۷

مرضیه معراجی^{۱*}، غلامرضا مرادی^۲، معصومه سرباز^۲

۱- مربی گروه مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات دانشکده پیراپزشکی سلامت

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۲- هیأت علمی مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات دانشکده پیراپزشکی سلامت

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

امروزه بحث افزایش رضایت بیمار از کادر درمانی و سیستم مدیریت بیمارستان‌ها، مسأله‌ای بسیار مهم در کشورهای مترقی محسوب می‌شود. منشور حقوق بیمار به این خاطر تدوین شده است که از یک طرف بیماران با حقوق آشنا شوند و از طرف دیگر توسط بیمارستان‌ها اصول این منشور رعایت گردد. یکی از عوامل مؤثر در ایجاد رابطه‌ی مناسب بین بیمار و پزشک تهیه و اجرای منشور حقوق بیمار است که در آن حقوقی که بیماران از آن برخوردارند و تکالیفی که ملزم به رعایت آن هستند به وضوح بیان شده باشد. هم‌چنین، اجرای آن در فرآیند درمان تأثیر بسزایی دارد. این مطالعه به منظور بررسی میزان رعایت حقوق بیماران در بیمارستان بنت الهدی مشهد صورت گرفت. در این مطالعه تعداد ۳۸۵ نفر از بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان بنت الهدی که بیش‌تر از دو روز در بیمارستان بستری بوده‌اند به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب گردید و هم‌زمان با ترخیص بیمار پرسشنامه مربوطه، توسط پرسشگران آموزش دیده به‌صورت مصاحبه با بیمار تکمیل شد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۸۰ درصد بیماران از مفاد رضایتنامه در زمان پذیرش مطلع بودند. ۷۷ درصد از بیماران از منشور حقوق بیمار اطلاع داشتند. ۸۱ درصد بیماران از مشخصات افراد درگیر در مراقبت خود مطلع بودند. ۸۸ درصد بیماران از هزینه تقریبی درمان در هنگام پذیرش مطلع شده بودند ۸۰ درصد بیماران از مالکیت پرونده آگاهی داشتند. ۸۰ درصد بیماران از محرمانگی اطلاعات پرونده خود مطلع بودند.

هم‌چنین ۹۸ درصد از افراد از نحوه‌ی رفتار محترمانه پرسنل پذیرش، ۹۹ درصد از برخورد پزشک و ۹۸ درصد از نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات پرستاری رضایت داشتند. ۱۸ درصد از افراد در

* merajim@mums.ac.ir

حین درمان توانسته‌اند به پزشک معالج خود دسترسی پیدا کنند. به تقاضای کمک ۹۰ درصد بیماران بستری توسط پرسنل بخش پاسخ مثبت داده شده بود. ۸۴ درصد افراد تمایل داشتند توسط پزشک همجنس معالجه شوند.

بر اساس یافته‌های حاصل از این تحقیق مشخص گردید که حقوق بیماران در مواردی مثل امکان دسترسی به اطلاعات پرونده، اطلاع از محتوای رضایت نامه، شناخت کادر درمانی، برخورد محترمانه‌ی پرسنل پذیرش، پزشکان معالج و خدمات پرستاری بیمارستان، حفظ محرمانگی اطلاعات، اطلاع از نحوه‌ی درمان قبل از عمل جراحی، خدمات جوابگویی به بیماران، اطلاع از میزان تقریبی هزینه‌های درمانی در سطح بسیار خوب و حقوق بیمار در زمینه‌ی اطلاع از خطرات احتمالی درمان و اطلاع از حقوق خود در بیمارستان در حد متوسط بود و در زمینه‌ی دسترسی بیمار به پزشک معالج رعایت حقوق بیمار ضعیف و درباره‌ی حق بیمار به منظور انتخاب پزشک معالج همجنس، اکثریت بیماران تمایل به معالجه توسط پزشک همجنس نشان داده بودند.

حقوق بیمار در تنظیم صورت حساب

مهديه شجاعی باغینی^{*}، نسرین ریگی، ندیمه ذاکری افشار

دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مسأله‌ی هزینه‌های بیماران همواره یکی از دغدغه‌های مدیران و مسؤولان مؤسسات مراقبت بهداشتی است. از طرفی، تأمین هزینه‌های درمانی نبایستی با حقوق بیمار تداخل داشته باشد. بنابراین، لازم است که قوانینی در رابطه با حفظ امنیت، محرمانگی و حریم شخصی بیمار در هنگام تنظیم صورت حساب و اخذ هزینه‌های درمانی طراحی گردد. این مقاله، به بررسی حقوق بیمار در تنظیم صورت حساب پزشکی می‌پردازد.

این مطالعه از نوع مروری بوده و با بررسی منابع اینترنتی و کتابخانه‌ای مرتبط با روش‌های تنظیم صورت حساب در کشور آمریکا انجام شده است.

همواره بخش بهداشت و درمان کشور آمریکا به همراه سازمان‌های غیرانتفاعی این کشور، در زمینه‌ی طراحی و به‌کارگیری فرم و مدارک سلامت پیشگام بوده‌اند و سایر کشورها با مطالعه‌ی تأثیرات این فرم‌ها، نسبت به تدوین و طراحی فرم ملی اقدام نموده‌اند. لذا این مطالعه به بررسی تجربیات کشور آمریکا در خصوص طراحی و استفاده از فرم NWHC، جهت حفظ حقوق بیمار در تنظیم صورت حساب، می‌پردازد.

تجربه‌ی کشور آمریکا در استفاده از این فرم نشان می‌دهد، به منظور حفظ امنیت، محرمانگی و حریم شخصی بیمار لازم است هم‌کادر بهداشت و درمان و هم بیماران مسؤولیت‌ها و وظایفی را به عهده گرفته و به‌نحو صحیح به انجام رسانند.

واژگان کلیدی: حقوق بیمار، تنظیم صورت حساب، امنیت، محرمانگی، حریم شخصی، فرم

NWHC

* mahdie_shj@yahoo.com

جهانی شدن و حقوق بیماران

مینا حسینی*

وکیل پایه یک دادگستری کانون وکلای مرکز

جهانی شدن پدیده‌ای صرفاً اقتصادی نبوده و بر تمام شوون زندگی بشر تأثیر می‌گذارد. امانوئل ریشتر، جهانی شدن را شکل‌گیری شبکه‌ای می‌داند که طی آن اجتماعاتی که پیش از این در کره‌ی خاکی دور از هم و منزوی بودند، در وابستگی متقابل و وحدت جهانی ادغام می‌شوند. جهانی شدن از جنبه‌های مختلف بر حقوق بیماران تأثیر می‌گذارد.

این تأثیر از جهاتی مثبت و از جهاتی منفی است. تلاش‌های سازمان ملل و سازمان بهداشت جهانی در جهت تدوین اسناد در حوزه‌ی حقوق بیمار و ملزم کردن کشورها به پای بندی به اصول حمایتی و بالابردن سطح سلامت جوامع از جمله نقاط مثبت و تضييع حقوق بیماران مثلاً در زمینه‌ی استفاده از محصولات دارویی تقلبی (که تولید بسیاری از آن‌ها توسط مافیاهای چند ملیتی انجام می‌گردد) و تبلیغات گسترده‌ی خلاف واقع و مخرب محصولات دارویی و بهداشتی که پدیده‌ی عصر جهانی شدن است، نمونه‌هایی از نقاط منفی این جریان هستند. با درک چنین مسائلی باید گفت که بهترین راه برای فهم رعایت حقوق بیماران در عصر جهانی شدن، مجموعه‌ای از مطالعات موردی و بررسی تلاش‌های صورت پذیرفته در سایر کشورهای جهان است که می‌تواند روزه‌ای به‌سوی رعایت حقوق بیمار در سطح داخلی بگشاید. از سال ۱۹۴۸ با تصویب اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر از سوی مجمع عمومی سازمان ملل متحد، حقوق بشر جنبه‌ی جهانی پیدا کرد. حقوقی مانند حق بر سلامت که از مهم‌ترین حقوق بیماران به‌شمار می‌رود از همان زمان در زمره‌ی حقوق بشر تلقی شد و با جهانی شدن پیوند خورد (ماده‌ی ۲۵ بیانیه حقوق بشر تجلی این حق است). هم‌چنین با تاسیس سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸، تلاش‌ها برای گسترش و ترویج حقوق بیماران در سراسر جهان آغاز گردید.

کیفیت رعایت حقوق بیماران در سراسر جهان بسیار متفاوت است. به‌عنوان مثال، در ایتالیا از سال ۱۹۸۰ دادگاه حقوق بیماران ایجاد شده است تا از حقوق بهداشتی و رفاهی شهروندان دفاع کرده و دسترسی بیماران به خدمات بهداشتی-درمانی را تسهیل نماید، به‌نحوی که

*mina.hosseini@gmail.com

شؤونات و کرامت انسانی در آن بیش تر رعایت شود. این دادگاه متشکل از شهروندان عادی، کارکنان بخش بهداشت و درمان و متخصصانی است که به طور داوطلبانه در این دادگاه فعالیت دارند. در حالی که در بسیاری از کشورهای فقیر افریقایی بیماران بسیاری زندگی می کنند که واژه‌ی حقوق بیمار کاملاً برایشان ناشناخته است.

در حال حاضر، علاوه بر قوانین و مقررات تصویب شده توسط دولت‌ها، تشکل‌های مردمی (NGOs) که در سطح منطقه‌ای و جهانی فعالیت دارند نیز با هدف حمایت حقوق بیماران به طور مستقیم و غیرمستقیم از طرق مختلف بر سیاست‌گذاری حوزه‌ی سلامت و بنگاه‌های اقتصادی فعال در عرصه‌ی بین‌المللی تأثیر گذاشته و آن‌ها را وادار به رعایت این حقوق می نمایند.

بررسی دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر ارومیه نسبت به رعایت

حقوق و ارزش‌های اخلاقی در هنگام بستری در سال ۱۳۸۵

نادر آقاخانی^{۱*}، نرگس رهبر^۲، منیژه پرخاشجوی^۳، وحید شجاعی مطلق^۳

۱- هیأت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشجوی دکترای فلسفه

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲- کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۳- کارشناس ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

بیمارستان جزو لاینفک تشکیلات پزشکی و اجتماعی است که وظیفه‌ی تأمین مراقبت‌های کامل بهداشتی (پیشگیری، درمان و نوتوانی) را برای عموم به عهده داشته و مرکزی آموزشی برای کارکنان بهداشت و درمان و تحقیقات زیستی اجتماعی می‌باشد. به منظور تأمین کیفیت خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، رعایت موازین اخلاق پزشکی و رعایت حقوق بیماران در ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی اجتناب ناپذیر است.

بیمار مانند هر انسان دیگری نیازهایی حیاتی دارد. او به علت بیماری نمی‌تواند برخی از نیازهایش را به‌طور کامل تأمین کند و به کمک اطرافیان نیاز دارد. با آگاهی درباره‌ی نیازهای بیماران می‌توان آن‌ها را بهتر شناخت و راه‌های مناسب‌تری برای کمک به این افراد انتخاب کرد. شناخت این نیازها چارچوب مفیدی برای ارائه‌ی مراقبت‌های لازم خواهد بود.

بنابراین، گروه مراقبت و درمان باید درباره‌ی نیازها و چگونگی ارضای آن‌ها، دانش و آگاهی کافی داشته باشند و موقعیت‌هایی را که سبب ارضای این نیازها می‌شود، به‌خوبی بشناسند و در هنگام تأمین این نیازها، حقوق انسانی بیماران را رعایت نمایند.

رضایت بیمار از خدمات ارائه شده و رعایت حقوق او، از اهداف مهم فعالیت‌های گروه درمانی به‌شمار می‌آید که در ارتقای سلامتی بیمار تأثیر بسزایی خواهد داشت. واژه‌ی حقوق در تمام زبان‌ها به معنی آن‌چه راست و سزاوار است، تعریف می‌شود. بنابراین، حقوق بشر یعنی آن‌چه برای بشر راست و سزاوار است. حقوق بیمار نیز به معنای آن‌چه برای بیمار بایسته و سزاوار است، تعریف می‌شود.

با بررسی رعایت حقوق بیماران و توجه به مواردی که رعایت نمی‌شوند، می‌توان تلاش‌هایی

* naderaghakhani2000@gmail.com

در جهت رعایت تکریم بیماران و کسب رضایت آنان از اقدامات درمانی انجام داد و توجه مسئولان را به نقاط ضعف در این مورد جلب کرد. درک دیدگاه بیماران در مورد رعایت حقوق آنان کمک می‌کند تا عملاً از کاستی‌های مربوطه اطلاع حاصل و تدابیر مربوط به رعایت این موارد به وسیله پرسنل توسط مدیران انجام شود.

این پژوهش با هدف تعیین دیدگاه بیماران بستری نسبت به رعایت حقوق خود در بیمارستان‌های آموزشی شهر ارومیه بر حسب مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، میزان تحصیلات) بیمار، دفعات بستری و طول مدت بستری بر روی ۱۶۱ بیمار صورت گرفت. پس از تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشکده و دانشگاه، نسبت به گردآوری داده‌ها جهت واحدهای پژوهش اقدام گردید. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک و پرسشنامه‌ای در مورد حقوق بیماران گردآوری و نمونه‌ها بر اساس معیارهای تعیین شده از ۳ مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)، شهید مطهری و آیت الله طالقانی با روش نمونه‌گیری ساده انتخاب شدند.

در این تحقیق در رابطه با بررسی دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر ارومیه نسبت به رعایت حقوق خود، اطلاعات به‌دست آمده بشرح زیر بیان شدند:

۱۶۱ نفر از بیماران بستری (۶/۵۲ درصد) مذکر و ۱۴۵ نفر (۴/۴۷ درصد) مؤنث بودند. از نظر ترکیب سنی ۸۰ نفر (۱/۲۶ درصد) در گروه سنی ۶۰-۷۵ سال و (۲/۲۵ درصد) در گروه سنی ۴۵-۵۹ سال قرار داشتند که نشان دهنده میانسالی بودن اکثر واحدهای پژوهش است. اکثریت این افراد یعنی ۲۶۴ نفر (۳/۸۶ درصد) متأهل بودند. از نظر تحصیلات ۹۵ نفر (۳۱ درصد) بی‌سواد و ۹۵ نفر (۳۱ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی بودند. میزان تحصیلات دانشگاهی این افراد فقط شامل (۰.۴ درصد) بود.

از نظر مدت بستری ۱۶۱ نفر (۱/۵۳ درصد) به مدت ۵-۰ روز در بیمارستان بستری بودند و از نظر دفعات ۵۲ نفر (۶.۳۷ درصد) برای اولین بار بستری شده بودند. پژوهش حاضر ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات با دیدگاه بیماران نسبت به رعایت حقوق خود مشاهده می‌شود و به نظر می‌رسد بیماران با تحصیلات بالا بیش‌تر با حقوق خود آشنا باشند و عملاً نیز بتوانند از حقوق خود دفاع نمایند. ($P = 0/012$).

پژوهش حاضر بیانگر این واقعیت است که دیدگاه بیماران نسبت به رعایت حقوق در حد متوسط است و اطلاع‌رسانی مناسب نیز در زمینه‌ی آشنایی با حقوق بیماران کم‌تر صورت می‌گیرد. ماهیت حاکم بر بیمارستان‌ها نیز می‌تواند منجر به این امر گردد که بیماران به‌خاطر

عدم آگاهی نسبت به فرآیند درمان و نحوه ارائه‌ی آن، کم‌تر در این زمینه مداخله نمایند یا این‌که به دنبال آگاهی بیش‌تری باشند.

این تفکر باید در بین مدیران بیمارستان‌ها تقویت شود که آگاهی بیماران از حقوق خودشان باید جزو اولویت‌های سازمان باشد. آموزش حقوق بیماران به بیماران و کارکنان باید در رأس برنامه مدیر بیمارستان قرار گیرد. این امر از طریق پمفلت، بروشور، پوستر و... امکان پذیر خواهد بود. در این صورت، بیمارستان به اهداف اصلی خود که ارائه‌ی خدمات اثربخش، کارآمد، عادلانه و با کیفیت بالا به بیماران می‌باشد، خواهد رسید.

واژگان کلیدی: دیدگاه، بیماران بستری، ارومیه، رعایت حقوق

چالش‌های اخلاقی آموزش بالینی و حقوق بیماران

ابراهیم خلیل بنی حبیب^۱، نازآفرین قاسم زاده^{۲*}

۱- عضو مرکز تحقیقات سلامت مواد غذایی و آشامیدنی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۲- دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

آموزش پزشکی فرآیندی پیچیده بوده که در آن آموزش مهارت‌های حرفه‌ای، کسب صلاحیت، توانمندی و ارزش‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است. بدیهی است دانشجویان پزشکی صرفاً از طریق خواندن کتب و سخنرانی‌ها قادر به یادگیری مهارت‌های بالینی نبوده و نیاز دارند این مهارت‌ها را در بالین بیماران فراگیرند و این مهم به عهده‌ی اساتید، سرپرستان، دانشجویان و دانشگاه‌های علوم پزشکی است که ضمن توجه به نیازهای آموزشی دانشجویان، حقوق بیماران را نیز محترم بشمارند.

این پژوهش به صورت مروری و کتابخانه‌ای انجام گرفته و منابع و مقالات مرتبط از منابعی نظیر Pubmed, Scholar google, Iranmedex, INLM, خصوصاً مجلات علمی پژوهشی آموزش پزشکی ایران، Medical education و Medical ethics استخراج گردید. تمام مقالات مرتبط مطالعه شد و مواردی که بیش‌ترین ارتباط موضوعی و پاسخگویی به سؤالات در آن‌ها مشاهده می‌گردید انتخاب و مورد استفاده قرار گرفتند.

آموزش پزشکی وابسته به یک توافق غیر کتبی بین بیماران و حرفه‌ی پزشکی است که طبق آن توافق دانشجویان بر روی افراد واقعی تمرین می‌کنند تا در آینده پزشکان توانمندی گردند. آموزش مهارت‌های بالینی از طریق آموزش بر روی افراد زنده (بیماران واقعی اعم از کودکان و جوانان و بالغین، بیماران استاندارد شده، بیمارنما، بیماران شبکه‌ای و اینترنتی، هم‌تایان دانشجوی پزشکی و اعضای هیأت علمی و...) و افراد در حال احتضار یا اخیراً فوت کرده انجام می‌شود که هر یک از این موارد چالش‌های اخلاقی خاص خود را دارد.

غالباً در ابتدا سؤالات کلیدی از قبیل: آیا استفاده از بیماران به‌عنوان ابزار آموزشی جهت یادگیری دانشجویان پزشکی از نظر اخلاقی صحیح می‌باشد؟ آیا بیماران موظف به شرکت در آموزش دانشجویان پزشکی می‌باشند؟ اخلاق حاکم بر رویه‌های پزشکی بر روی بیماران در حال احتضار یا به تازگی فوت کرده چیست؟ نقش آموزش پنهان، اساتید و الگو بودن آن‌ها در

* dr_ng2002@yahoo.com

آموزش‌های بالینی چگونه است؟ حل تعارض بین نقش دانشجو به‌عنوان یادگیرنده و به‌عنوان مدافع بیمار چگونه است؟

در صورتی که هیچ بیماری حاضر به شرکت در آموزش پزشکی نباشد، آینده پزشکی و تربیت پزشک حاذق و ماهر و در نهایت سیستم سلامت و مخاطرات مربوطه در ارتباط با سلامت جامعه چگونه خواهد بود؟ و... مطرح گردیده که براساس مکاتب مختلف اخلاقی (وظیفه‌گرایی، فایده‌گرایی، فضیلت‌گرایی، جامعه‌گرایی و اصول‌گرایی) به آن‌ها پاسخ داده شده است.

در این میان بعضی از دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی راهنماهای اخلاقی و تعهدات حرفه‌ای در امر تعلیم و تربیت نیروهای متخصص حرف‌بهداشتی تدوین نموده و به اصول اختصاصی چگونگی معرفی دانشجو به بیمار، نحوه حضور دانشجو در بالین بیمار، نحوه اخذ رضایت آگاهانه، نحوه حفظ اسرار پزشکی و حریم خصوصی بیمار در حین آموزش، چگونگی نظارت بر انجام رویه‌های بالینی، ارزیابی سود و زیان، نحوه ارتباط با بیمار و چگونگی برخورد با خطاهای پزشکی در ارتباط با فرآیندهای آموزش پزشکی پرداخته‌اند.

آموزش پزشکی مبتنی بر مشارکت جامعه بوده و شرکت افراد اعم از بیمار و سالم در این آموزش اختیاری بوده و بیش‌تر بر مبنای نوع دوستی اخلاقی است و اکثر بیماران از شرکت در آموزش پزشکی که با اطلاع آنان بوده، اظهار رضایت داشته‌اند لیکن رعایت حقوق آن‌ها در فرآیندهای آموزشی با توجه به احترام به شأن و کرامت انسانی، رعایت عدالت، احترام به خودمختاری، اهمیت به خواست بیماران، حفظ حریم خصوصی، رازداری و در نهایت در نظر گرفتن رفاه و منافع عالی آن‌ها از جایگاه خاصی برخوردار بوده که در اغلب جوامع مثل ایران این ملاحظات در حقوق بیماران مد نظر قرار گرفته‌اند.

در این مقاله بر مبنای اصول و قواعد فقهی اسلامی (احسان، ضرورت، لاضرر و لاضرار، مصلحت) مشارکت افراد جامعه در آموزش پزشکی تحلیل گردیده و ضمن تأکید بر اهمیت فرهنگ‌سازی در این زمینه به ارائه روش‌های جایگزین آموزشی از قبیل استفاده از مولاژ، سیمولاتور و... پرداخته شده و نقش ارزیابی سود و زیان و اخذ صحیح رضایت آگاهانه را در امر آموزش بالینی اساسی دانسته و در نهایت متناسب با فقه و فرهنگ کشور، یک‌سری راهنماهای اخلاقی کاربردی ویژه‌ی آموزش حرف‌بهداشتی در مراکز آموزشی درمانی (از قبیل چگونگی مداخله‌ی دانشجو در مراقبت از بیمار و انجام پروسیجرها بر روی بیماران اخیراً فوت شده، راهنمای اخلاقی آموزش از طریق بیمارنما، بیمار استاندارد شده، کودکان و...) را جهت استفاده‌ی سیاست‌گزاران نظام سلامت پیشنهاد گردیده تا در حالت ایده‌آل پزشکان و افراد

جامعه در امر آموزش پزشکی با یکدیگر همکاری نموده و ضمن منتفع شدن بیماران و دانشجویان و حفظ حقوق آنان، سطح سلامت جامعه نیز ارتقاء یابد.

واژگان کلیدی: راهنمای اخلاقی، آموزش بالینی، آموزش پزشکی، بیمارستان آموزشی، بیمار، بیمارنما، بیمار استاندارد شده، بیماران در حال احتضار و اخیراً فوت شده، حقوق بیمار

واکاوی اخلاقی یک کارآزمایی بالینی

پونه سالاری شریف^{*}، علیرضا باقری

هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

هدف از تأکید بر رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش‌های پزشکی از یک‌طرف حفاظت از آزمودنی‌های انسانی شرکت‌کننده در این تحقیقات است (چه بیمار و چه افراد سالم) و از طرف دیگر در یک دید کلان، رعایت موازین دقیق علمی است، به‌گونه‌ای که به هیچ وجه سلامت افراد و جامعه فدای گسترش دانش بشری یا منافع مالی حاصل از پژوهش‌های پزشکی نگردد. اولویت دادن به سلامت افراد جامعه بر منافع مادی حاصل از تحقیق، در مرحله‌ی طراحی پژوهش، تولید دارو و بررسی عوارض جانبی داروها می‌تواند از بروز بسیاری از مشکلات در حیطة سلامت بیماران جلوگیری نموده و هم‌چنین سبب تقویت اعتماد بین جامعه‌ی پزشکی و مردم گردد. رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش هم‌چون صداقت، اولویت سلامت شرکت‌کنندگان در تحقیق، ارائه‌ی اطلاعات لازم به منظور اتخاذ یک تصمیم آگاهانه، ارائه‌ی صحیح نتایج حاصل از تحقیق، مسائلی است که افراد جامعه به حق از پژوهشگران به‌خصوص در حوزه‌ی سلامت انتظار دارند.

در این مقاله با واکاوی تحقیقات انجام شده در مورد داروی Celecoxib که مصرف بسیار زیادی در بین بیماران دارد، نقش شرکت‌های داروسازی و محققان در یک چنین روندی مورد بررسی قرار گرفته است. این بررسی به‌گونه‌ای است که خواننده خود بدون هیچ توضیح اضافی در خواهد یافت که چگونه ممکن است عدم رعایت این ملاحظات و اولویت منافع مادی حاصل از یک پژوهش بر سلامت بیماران، موجب به خطر افتادن جان بیماران و اعتماد بین آن‌ها و جامعه‌ی پزشکی گردد.

* poonehsalari@gmail.com

آموزش اخلاق در پژوهش در برنامه‌های درسی

دوره‌های تحصیلات تکمیلی علوم پزشکی

کاظم زنده‌دل^{۱*}، نازیلا نیک‌روان فرد^۲، زهره حقیقی^۳، مینا مبشر^۴

۱- کارشناس دفتر توسعه و ارتقاء اخلاق پزشکی دبیر کمیته‌ی کشوری اخلاق، معاونت تحقیقات و

فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲- کارشناس معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳- کارشناس دفتر توسعه و ارتقاء اخلاق پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی

۴- دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

توسعه‌ی برنامه‌های آموزشی اخلاق در پژوهش علاوه بر نقش کمیته‌های اخلاق و ساختارهای نظارتی، جهت فرهنگ‌سازی، به‌کارگیری و رعایت استانداردهای اخلاقی اهمیت بسزایی دارد. اما متأسفانه در حال حاضر اطلاعات جامعی از کمیته و کیفیت برنامه‌های آموزشی موجود نیست و درس اخلاق در پژوهش تنها در برخی رشته‌ها یا دوره‌های کارگاهی کوتاه مدت مطرح می‌شود. در این مطالعه وضعیت برنامه‌های آموزشی اخلاق در دروس دوره‌های تحصیلات تکمیلی رشته‌های علوم پزشکی مورد بررسی قرار گرفت.

با هماهنگی معاونت آموزشی وزارت بهداشت، برنامه‌ی آموزشی ۱۰۰ رشته‌ی علوم پزشکی از مجموع ۱۲۰ رشته در مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری (PhD) به‌صورت تصادفی انتخاب و به تفکیک کلیه‌ی دروس، از نظر سرفصل‌ها، تعداد واحد، ساعت‌های اختصاص داده‌شده، اجباری یا اختیاری بودن واحد درسی و سال تصویب مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مجموع برنامه‌ی آموزشی ۱۰۰ رشته مورد بررسی قرار گرفت. ۵۴ رشته به‌طور کلی فاقد مبحث اخلاق در پژوهش بود. از این میان ۲۷ رشته فاقد واحد روش تحقیق و در ۷ رشته از ۲۷ رشته‌ی دارای واحد روش تحقیق سرفصل‌های درس به تفکیک در برنامه‌ی آموزشی موجود نبود.

در ۴۶ رشته مبحث اخلاق در برنامه‌های درسی گنجانده شده‌بود که تنها در ۳۴ رشته این مبحث جزء مباحث دروس پایه یا اختصاصی بود. از ۴۶ رشته‌ی دارای درس اخلاق، در ۲۶ رشته درس اخلاق به‌صورت بسیار محدود و در حد یک الی دو ساعت تدریس در خلال دوره روش تحقیق وجود داشت و در ۲۰ رشته واحد جداگانه و به تبع آن ساعت بیشتری به این

* kzندهh@gmail.com

درس اختصاص یافته بود.

از میان ۲۰ رشته‌ی مذکور در ۸ رشته‌ی دکتری سیاست‌گذاری سلامت، آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی، انفورماتیک پزشکی، پروتئومیکس کاربردی، مهندسی بافت، پزشکی مولکولی و طب سنتی ایرانی که عمدتاً مصوب سال ۸۵ به بعد بودند، توجه جدی به بحث اخلاق و اختصاص مباحث تخصصی‌تر قابل توجه بود.

الگوی مشخصی برای گنجانیدن موضوع اخلاق در پژوهش در طول دوره‌های آموزشی مشاهده نشد. اما توجه و تأکید بیش‌تر روی مبحث اخلاق، اشاره به نکات جزئی‌تر و اختصاص زمان بیش‌تر به این درس در برنامه‌های آموزشی رشته‌های تصویب شده بعد از سال ۸۵ به‌طور قابل توجهی به چشم می‌خورد.

اما به‌طور کلی زمان اختصاص داده‌شده به موضوع اخلاق در پژوهش برای تدریس در دوره‌ی تحصیلات تکمیلی کافی نبوده و در بیش از نیمی از رشته‌های علوم پزشکی از بحث اخلاق در پژوهش غفلت شده است و در این میان رشته‌های بسیاری وجود دارند که با وجود ضرورت آشنایی دانشجویان با مباحث اخلاق در پژوهش برای انجام پایان‌نامه‌ها، هیچ برنامه‌ای برای آموزش آن‌ها در طول دوره‌ی تحصیلی در نظر گرفته نشده است.

از آن‌جا که افزایش کمی و کیفی درس اخلاق در رشته‌های مختلف ضروری می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد که محتوای دوره‌های آموزشی با هدف توسعه‌ی آموزش‌های اخلاق و خصوصاً اخلاق در پژوهش در کشور بازنگری شده و این درس به‌عنوان یک واحد اجباری در تمام برنامه‌های آموزشی گنجانده شود.

واژگان کلیدی: آموزش، اخلاق در پژوهش، علوم پزشکی

مبانی اخلاقی مشارکت بیماران در آموزش پزشکی

احیاء گرشاسبی*

هیأت علمی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهد

در بین مخلوقات، انسان از ویژگی‌های بسیار متمایزی برخوردار است که به احسن الخالقین خطاب شده است. در قرآن کریم انسان را از تمام موجودات برتر دانسته و مقام او را از فرشتگان رفیع‌تر دانسته است. که اینها نشانگر کرامت، شرافت و برتری انسان بر سایر مخلوقات هستی است. در واقع خداوند به انسان‌ها کرامت بخشیده، بنابراین، کسی حق ندارد با انسان طوری رفتار کند که با کرامت الهی او منافات داشته باشد.

همچنین حیات انسان در اسلام از ارزش والایی دارد. قرآن کشتن یک انسان را به منزله‌ی نابودی همه‌ی انسان‌ها و نجات یک انسان را مساوی با نجات تمامی بشر دانسته است. اسلام با بیان این حقیقت که جسم و روح انسان ملک خداوند بوده و خود انسان بر بدن خویش مالکیتی ندارد، حق هرگونه سوء تصرف در بدن را از همه کس (حتی خود فرد) سلب نموده است. نکته مهم این که اگر هیچ کس حق تصمیم‌گیری و اقدام ضرر آمیز در بدن خود را ندارد، قطعاً نیروهای پزشکی که با جسم و روان افراد سرو کار دارند نباید در امری که منجر به ضرر فوری یا تدریجی در فرد می‌شود شرکت نماید بلکه باید همیشه حافظ سلامتی و نگهدارنده حیات انسانی باشند.

با توجه به مطالب ذکر شده اسلام با طرح کرامت انسانی و بیان ابعاد مختلف وجود انسان و با شناخت صحیح انسان، حدود و حریم پژوهش، آموزش و درمان انسان مشخص کرده و تأمین سلامت جامعه و اخلاق و ادامه‌ی حیات طیبه انسانی را تضمین کرده است.

آموزش بالینی پزشکی و مشارکت در مراقبت‌های پزشکی از بیماران مهم‌ترین جزء آموزش است. دانشجویان پزشکی و دستیاران نیاز دارند که مهارت‌های کلینیکی خود را به‌وسیله‌ی بیماران بهبود بخشند. اما بیماران ممکن است به‌طور مستقیم از این موضوع سود نبرند. با این‌که آموزش دادن به پزشکان برای جامعه بسیار مهم است، یک وضعیت دشوار اخلاقی در رابطه با این حقیقت که بیماران ممکن است از دستیاران و دانشجویانی که در برنامه مراقبت از ایشان شرکت می‌کنند، سودی نبرده و حتی آسیب هم ببینند، ایجاد شده است.

* ahiagarshasbi@yahoo.com

اخلاق پزشکی در سه حیطه‌ی ۱- ارائه‌ی خدمات سلامت ۲- پژوهش و ۳- آموزش پزشکی باید رعایت شود.

در دو حیطه‌ی اول آیین نامه و دستورالعمل‌هایی وضع شده و ضمانت‌های اجرایی و حقوقی برای آن‌ها پیش‌بینی شده است. اما در زمینه‌ی اخلاق در آموزش پزشکی فعالیت قابل قبولی انجام نشده است.

در این مقاله به منظور پاسخ به سؤالات: ۱- دانشجویان چگونه باید اخلاقی آموزش ببینند؟ ۲- حقوق بیماران در آموزش پزشکی چگونه باید رعایت شود؟ ۳- متعادل کردن نیاز دانشجویان و استقلال بیماران چگونه باید صورت گیرد؟ و براساس مبانی دین اسلام و اصول اخلاق پزشکی:

۱. اصل احترام به حق انتخاب بیمار
۲. اصل مفید بودن (Beneficence)
۳. اصل مضر نبودن (non- maleficence)
۴. اصل رعایت عدالت (justice)

و منشور حقوق بیمار مصوب وزارت بهداشت چهارچوبی تئوریک برای تدوین کدهای اخلاق در آموزش پزشکی پیشنهاد می‌شود.

تدوین کدهای اخلاق در آموزش پزشکی دست‌اندرکاران آموزش پزشکی کشور و دانشگاه‌های علوم پزشکی را کمک خواهد کرد تا برنامه‌های آموزشی بر پایه‌ی اخلاق را به گونه‌ای توسعه دهند که هم دانشجویان مهارت‌های بالینی را فرا گرفته و هم استقلال بیماران و حفاظت از آن‌ها را ارتقاء دهند.

پیشنهاد مدلی برای عارضه‌یابی اخلاق پزشکی مبتنی بر شیوه‌ی تحلیل گفتمان میشل فوکو

حمیدرضا نمازی*

دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

گفتمان در نظر فوکو هم اشاره به همه‌ی کاربردهای گفتاری و نوشتاری زبان دارد، هم صورت‌بندی‌ها و ساختارهای حوزه‌های خاص هم‌چون حقوق، پزشکی، ورزش و... را در بر می‌گیرد و هم به ساختارهای سیاسی و اجتماعی اشاره می‌کند که شرایط و قواعد هر دانشی را تعیین می‌کنند. به‌طور مثال، گفتمان پزشکی از منظر فوکو فقط شامل آثار علمی پزشکی نیست، بلکه مسائلی هم‌چون شیوه‌ی تعامل پزشکان با خود و دیگران، نحوه‌ی پوشش ایشان، آداب رفتاری و... را در برمی‌گیرد.

فوکو معتقد است که ۱- ممنوعیت (با سه زیر شاخه‌ی تابوی موضوع، مناسک موقعیت، موقعیت انحصاری و ممتاز سوژه)، ۲- تقسیم و طرد ۳- اراده‌ی معطوف به حقیقت گفتمان‌ها را از بیرون کنترل می‌کنند. سه چیز نیز گفتمان‌ها را از درون کنترل می‌کنند که عبارتند از: ۱. تفسیر، ۲- مؤلف ۳- نظام‌های پیش‌رونده. در مقام توزیع نیز سه ویژگی بر گفتمان لگام می‌زنند که شامل ۱- مناسک، ۲- جوامع گفتمانی یا انجمن‌های سخن، و ۳- تصاحب اجتماعی سخن و نظام آموزشی می‌شوند.

همه‌ی این عوامل در پی آنند تا هر گفتمانی از جمله گفتمان پزشکی را از گزند نقد مصون بدارد و مانع بیرون زدن رخداد‌های (event) خلاف جریان شوند. در نظر فوکو نقد هر گفتمان جز با کشف و برملاکردن رخدادها میسر نیست. گفتمان پزشکی در ایران با الگوگیری از شیوه‌ی تحلیل گفتمان میشل فوکو می‌تواند به مدلی برای عارضه‌یابی دست پیدا کند، مهارهای خود را بشناسد و از این رو اخلاق پزشکی را متمرکز بر عارضه‌هایی کند که حاصل تحلیل گفتمان پزشکی با شیوه‌ی یاد شده است.

واژگان کلیدی: گفتمان پزشکی، عارضه‌یابی، رخداد، کنترل، تحلیل گفتمان.

*hamidrezanamazi@yahoo.com

نقش اخلاق باور در آموزش پزشکی

ساسان صابر^{*}

هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

به تعداد عناوینی که به آدمی قابل اطلاق و حمل است، یکسری وظایف و مسؤولیت‌هایی بر عهده‌ی او گذاشته می‌شود. از این حیث متفکری هم‌چون کلیفورد در مقوله‌ای تحت عنوان اخلاق باور نشان داد که اخلاق در عالم باور نیز باید لحاظ شود. به دیگر سخن ما از لحاظ اخلاقی حق نداریم که به هر عقیده‌ای ترتیب اثر دهیم و نیز مجاز نیستیم که هر عقیده‌ای را به دیگران منتقل کنیم. ویلیام جیمز فیلسوف و روان‌شناس آمریکایی آرا و نظرات کلیفورد را پی گرفت و اهمیت آن را یادآور شد. جیمز البته بیش‌تر به علل و عواملی که موجب انطباع و شکل‌گیری یک عقیده در ذهن و ضمیر انسان می‌شود توجه کرد، و جنبه‌های اخلاقی این مهم را متذکر شد.

آموزش پزشکی از یک‌سو متوجه دانشجویان پزشکی است، از سویی به بیماران توجه دارد و از جنبه‌ای دیگر نیز تمامی خدمات‌دهندگان حوزه‌ی سلامت را در برمی‌گیرد. لحاظ اخلاق باور در تدوین کوریکلوم آموزشی با الهام از توجهات جیمز و کلیفورد و نیز منابع غنی بومی می‌تواند در سامان اخلاق آموزش مؤثر افتد.

واژگان کلیدی: اخلاق باور، کلیفورد، جیمز، آموزش پزشکی، اخلاق آموزش

* sassansaber@yahoo.com

بررسی نگرش دانشجویان پزشکی به مباحث اخلاق پزشکی

سیامک افشین مجد*

هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهد

مباحث اخلاق پزشکی از مباحثی است که جدیداً برای دانشجویان پزشکی تدریس می‌گردد. این مباحث قبلاً به صورت غیر مستقیم و بدون اختصاص ساعت و کلاس اختصاصی توسط اساتید به دانشجویان آموزش داده می‌شد. قسمتی از مباحث نیز در مبحث پزشکی قانونی مورد بحث قرار می‌گرفته است. این مطالعه سعی دارد نظر دانشجویان پزشکی را در مورد تدریس این مباحث و همچنین میزان علاقه و رویکرد آن‌ها را در جهت ارتقا آموزش اخلاق پزشکی بررسی نماید.

این مطالعه‌ی توصیفی به صورت مقطعی و به وسیله‌ی پرسشنامه بر روی ۵۵ نفر از دانشجویان پزشکی در مقطع فیزیو پاتولوژی و بالینی صورت گرفته است. در صورتی که دانشجویان مباحث اخلاق پزشکی را نگذرانده باشند ابتدا در مورد اخلاق پزشکی و اصول تدریس شده در آن برای تمام دانشجویان توضیحات کافی داده خواهد شد. سؤالات در بر گیرنده سؤالاتی دال بر ضرورت تدریس اخلاق پزشکی از نظر دانشجویان، میزان علاقه دانشجویان به مباحث و نظرات آن‌ها در رابطه با روش تدریس بوده است.

۵۵ نفر از دانشجویان جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند. ۴۷ (۸۵ درصد) نفر از دانشجویان مؤنث و ۸ (۱۵ درصد) نفر از آن‌ها مذکر بودند. میانگین سنی دانشجویان ۲۱.۵ سال بود.

۴۲ (۷۶ درصد) نفر تدریس اخلاق پزشکی را مفید و ضروری می‌دانستند. ۱۱ (۲۰ درصد) نفر مبحث اخلاق پزشکی را مفید دانسته ولی تدریس آن را به صورت جداگانه ضروری نمی‌دیدند و ۲ (۴ درصد) نفر نیز اصولاً این مبحث را جدا از اخلاق در جامعه نمی‌دانستند و مبحثی به نام اخلاق پزشکی را قبول نداشتند. ۴۸ (۸۷ درصد) نفر از دانشجویان ذکر کرده بودند که مباحث تدریس شده به صورت عملی در بیمارستان‌ها قابل اجرا نیست یا در حال حاضر اجرا نمی‌شود ولی اجرای آن را ضروری احساس می‌کردند. ۴۹ (۸۹ درصد) نفر معتقد بودند در صورتی که در بخش، اصول اخلاق پزشکی توسط اساتید رعایت گردد اثر بیش‌تری از

* safshinmajd@yahoo.com

تدریس در کلاس دارد. ۴۳ (۷۸ درصد) نفر از دانشجویان تأکید بر ارائه‌ی مطالب و مباحث با تکیه بر تفسیر موارد واقعی (Case Report) داشتند و ارائه‌ی سخنرانی را خسته کننده و کم اثر می‌دانستند. ۴۴ (۸۰ درصد) نفر خواستار تطبیق موارد اخلاقی با موازین و فرهنگ اسلامی بودند. ۱۱ (۲۰ درصد) نفر استفاده از نظرات افراد صاحب نظر را بدون تغییر و تفسیر و تطبیق ترجیح می‌دادند.

اکثر دانشجویان پزشکی تدریس مباحث اخلاق پزشکی را ضروری دانسته و نیاز به تدریس آن را احساس می‌کردند. هم‌چنین بیش تر آن‌ها بر آموزش از طریق تفسیر موارد واقعی (case report) تأکید داشتند. به‌علاوه اکثریت آن‌ها بر اهمیت رعایت عملی اصول اخلاق پزشکی توسط اساتید در بخش‌ها تأکید داشتند.

بازنگری واحد اخلاق حرفه‌ای در دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
 عباس منزوی^۱، احمد سوداگر^۱، لیلا صدیق پور^{۱*}، فریبا اصغری^۲، علی لباف^۲، سیداحمد
 فاطمی تبار^۱، محمدرضا خامی^۱، کاظم آشفته یزدی^۱، مهدی سروش^۱، حسین آراد^۱، محمد
 صادق آخوندی^۱، طاهره جعفرزاده کاشی^۱، حسن دررینز^۲

۱- هیأت علمی دانشکده‌ی دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- هیأت علمی گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- دندان پزشک، کارشناس پزشکی قانونی تهران

آموزش اخلاق حرفه‌ای به‌عنوان یکی از مباحث چالش‌زا در کوریکولوم‌های دندان پزشکی دنیا مطرح است. یکی از دلایل این مسأله اهداف آموزشی این دوره است که با تعهد حرفه‌ای و نگرش فراگیر نسبت به رویکرد مناسب در درمان و برخورد با نیازهای بیمار ارتباط دارد. نتایج نظرسنجی از فراگیران و دانش‌آموختگان این رشته نیز موکد بر ناکافی بودن واحد در پاسخ‌گویی به نیازهای حرفه‌ای آنان است. هر چند قوانین آموزشی فعلی تغییرات گسترده در برنامه‌ی آموزشی دوره‌ی دندان پزشکی را مجاز نمی‌سازد، اما با تأکید ریاست دانشگاه و با کمک مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی دانشگاه هدف از بازنگری واحد اخلاق حرفه‌ای دندان پزشکی طراحی دوره به‌گونه‌ای بود که دوره دارای طرح درس مشخص با اهداف آموزشی مشخص و مرتبط مبنی بر اصول علمی و رویکرد case based و کاربردی باشد.

ابتدا اعضای کمیته مرکزی متشکل از هیأت علمی علاقه‌مند از طرف معاون آموزشی دانشکده شکل گرفت. طی دو جلسه کارگاهی جایگاه فعلی اخلاق حرفه‌ای در دانشگاه و دانشکده‌ی پزشکی معرفی و موضوعات رایج اخلاق حرفه‌ای مورد بحث قرار گرفت. سپس سرفصل‌ها با توجه به نظر سنجی الویت بندی و هر یک از اساتید مسؤولیت تکمیل طرح درس یک جلسه از ۱۷ جلسه را با توجه به منابع داخلی و خارجی به عهده گرفت. به منظور هماهنگی بیشتر و اجتناب از همپوشانی طرح درس‌ها با یک نفر هماهنگ کننده تا حد امکان نهایی شدند. فرم ارزشیابی دوره بعد از اتمام دوره توسط فراگیران تکمیل و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

*sedighle@sina.tums.ac.ir

تجزیه و تحلیل فرم‌های ارزشیابی دوره حاکی از رضایت‌مندی فراگیران از برنامه‌ی آموزشی بود. از نقاط قوت کاربردی بودن مباحث، استفاده از مدرسان مختلف و ایجاد حساسیت ذهن در برابر موضوعات اخلاقی مطرح شده در بخش‌های بالینی ذکر شده بود. کوتاه بودن زمان بحث، دیر ارائه شدن واحد در مقطع تحصیلی به‌عنوان نقاط ضعف مطرح شده بود. پیشنهادات اساتید مدرس نیز جهت بهبود دوره مورد بررسی قرار گرفت.

بازنگری واحد اخلاق حرفه‌ای در دانشکده‌ی دندان‌پزشکی در ارتقاء دانش فراگیران و اکثر هیأت علمی مدرس مؤثر بود. این تجربه موفق نشان می‌دهد که تغییرات آموزشی مؤثر در چهارچوب کوریکولوم فعلی امکان‌پذیر است. به علت محدودیت زمانی امکان برگزاری جلسات مداوم در طی برگزاری دوره وجود نداشت. و بازخوردهای مدرسان و دانشجویان تنها از طریق هماهنگ‌کننده‌ی دوره صورت می‌گرفت. این مسأله در دوره‌ی آتی مورد تأکید بیش‌تر قرار خواهد گرفت. هم‌چنین استفاده بیش‌تر از روش‌های دانشجو محور باعث کارایی بیش‌تر این دوره می‌شود.

کدام تئوری آموزشی برای آموزش اخلاق در علوم بالین مناسب تر است؟

فاطمه الحانی*

هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس

اگر بپذیریم که تئوری‌های آموزشی زیربنا و راهنمای الگوها و شیوه‌های آموزشی هستند، و اگر بپذیریم که تبدیل یافته‌های اخلاقی به عمل اخلاقی مستلزم تحلیل، تفسیر، استدلال، استنتاج، قضاوت و تصمیم‌گیری بالینی است، باید بپذیریم که شخص ارائه‌کننده‌ی خدمت در بالین باید توانمندی کافی را طی دوران تحصیل کسب نماید تا در مقام عمل و در مواجهه با موجود ارزشمندی به نام انسان که مورد کار اوست مناسب‌ترین تصمیم با حداقل خطا را اتخاذ و بدان عمل نماید.

تئوری رفتارگرایی از تئوری‌های مرسوم و بسیار مورد استفاده، تجربه‌ی حسی را پایه و اساس اندیشه‌های انسان می‌داند و زیر بنای آن عینیت‌گرایی است. طبق این تئوری یادگیرنده منفعل است و دانش خارج از ذهن یادگیرنده وجود دارد. او منحصرًا از مدرس و کتاب می‌آموزد، مدرس اهداف رفتاری را تدوین و اجزای محتوای درس را فراهم کرده و تمام تلاشش تحقق این اهداف است و بر اساس میزان پاسخ‌های ارائه شده یادگیرنده، وی را ارزشیابی می‌نماید.

تئوری شناخت‌گرایی یادگیری را فرآیند انتقال اطلاعات از حافظه‌ی حسی به حافظه‌ی کوتاه مدت و سپس بلندمدت می‌داند. شناخت‌گرایی عقل را منبع اصلی دانش دانسته و معتقد است اندیشه‌ها از راه تعقل و استدلال صورت می‌گیرد و بدین ترتیب شناخت فرایند کسب و سازمان دهی اطلاعات ذهنی است.

طبق تئوری سازنده‌گرایی یادگیرنده با موقعیت‌های واقعی و عینی مواجه شده و یادگیری او مبتنی بر مشکل‌گشایی است، از دیدگاه نسبیت‌گرایی که بر واقعیت روانشناختی یا اجتماعی تأکید دارد، حقیقت امری نسبی است و هر چیزی نسبت به چیز دیگر مورد داوری قرار می‌گیرد. لذا طبق این دیدگاه یادگیری معنی‌دار است و منظور خلق فعال ساختار دانش است. یادگیرنده براساس دانش و تجارب خود یک تفسیر شخصی از جهان می‌سازد که متاثر از عواملی است از جمله: دانش پایه، سن، جنس، نژاد، فرهنگ و... براساس دیدگاه سازنده‌گرایی

*Alhani_f@modares.ac.ir

یادگیرنده در فضای آموزشی به طور فعال و از طریق تجارب شخصی به درک و فهم مطالب می‌رسد و خود دانشش را می‌سازد. مدرس تسهیل گر کسب دانش است. بدین ترتیب مسائل واقعی، عینی و معنی‌دار را به یادگیرنده ارائه و در یافتن و ابداع راه‌حل‌های متفاوت او را تشویق کرده تا ضمن استفاده از امکانات موجود با بررسی و به چالش کشیدن اندیشه‌ها، ارائه‌ی راه‌حل‌ها، تدوین فرضیه‌ها، بررسی فرضیه‌ها، تعامل با سایر یادگیرندگان، مشاوره با افراد خبره و صاحب صلاحیت، بازنگری راه‌حل‌های حاصله به کشف بهترین راه‌حل نائل آید. پس در چنین رویکردی نقش مدرس تسهیل‌کننده و نه فراهم‌کننده دانش است. و بدین ترتیب تعاملی فراهم می‌کند بین آنچه یادگیرنده از قبل می‌داند و بدان اعتقاد دارد با اندیشه‌ها و دانش جدید خود و فعالیت‌هایی که در حین عمل با آن‌ها مواجه است. و بدین ترتیب یادگیرنده دانش جدید خود را می‌سازد.

در تئوری انسان‌گرایی مدرس خود با یادگیرنده تعامل برقرار می‌کند و فضای یادگیری فعال فراهم می‌شود (رفاقت: مدرس به صورت یک انسان واقعی و صمیمی، یادگیرنده با مشارکت مسؤولانه و نتیجه‌ی ایجاد حس اعتماد و پذیرش دوجانبه)، یادگیرنده تشویق می‌شود به تعامل، تفکر انتقادی، تفکرخلاق و خود انعکاسی، خود ارزشیابی فردی یا گروهی به کمک مدرس با تأکید بر آزادی و فراهم شدن امکان کسب صلاحیت، رابطه پرستار با بیمار یک رابطه خیرخواهانه تعاملی است: مراقبت انسان‌گرایانه، نگرش پرستار به انسان نگرشی سیستماتیک است و همه‌ی ابعاد وجودی انسان مورد توجه قرار می‌گیرد، پرستار معتمد بیمار است، بیمار با احساس امنیت نیازش را مطرح می‌کند، پاسخ به او پاسخی است به نیازهای تکاملی انسانی، یکی نیاز مطرح می‌کند و دیگری پاسخ می‌گوید و همه‌ی درجهت تکامل نوع بشر است، او با رفع نیاز بیمار خودش هم تکامل می‌یابد، به عبارتی به خودشکوفایی می‌رسد.

حال، سؤال اصلی این است که اگر بپذیریم هسته‌ی مرکزی کار در بالین «مراقبت انسانی» و هسته‌ی مرکزی مراقبت «معنویت» باشد، در نظام سلامت به‌عنوان یکی از سازمان‌های پیچیده، به‌ویژه در بالین که دائماً در مواجهه با موارد جدید، متنوع و متفاوت بوده و مستلزم تصمیم‌گیری‌های جدید، متنوع و آنی است، ارائه‌کننده‌ی خدمت باید با کدام زیر بنای آموزشی توانمند شود؟

بررسی نظر دانشجویان دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران درباره‌ی اثر ایفای نقش در آموزش اخلاق حرفه‌ای

لیلا صدیق پور^{۱*}، احمد سوداگر^۱، سید نادر مسعودی^۱، فریبا اصغری^۲

۱- هیأت علمی دانشکده‌ی دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

در تعریف یک دندان‌پزشک توانمند این توافق وجود دارد که او باید بتواند نسبت به نیازهای روحی- روانی بیمار حساس باشد و با توجه به اصول اخلاق زیستی و پروفشنالیسم واکنش مناسب نشان دهد. هر چند در این زمینه به‌طور رسمی و سیستماتیک آموزش دریافت نمی‌کند (جلسه مدرسین درس اخلاق پزشکی در دندان پزشکی کشور) بیش‌تر بر توصیه‌هایی بر اخلاق عمومی تکیه دارد. و به همین علت در هر دانشکده بسته به این‌که تدریس این واحد به عهده چه گروهی است متفاوت بوده و مدت آموزشی غالب سخنرانی می‌باشد. روش سخنرانی به تنهایی رسیدن به اهداف مورد نظر را تأمین نمی‌کند. یکی از روش‌های پیشنهادی برای آموزش بهتر علوم رفتاری روش (Role Play) است. هدف از این مطالعه بررسی دیدگاه دانشجویان در مورد تأثیر RP در آموزش اخلاق حرفه‌ای دندان پزشکی است.

در راستای بازنگری واحد اخلاق حرفه‌ای در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۷-۸۸ جهت بهبود کیفیت واحد دو نفر از مجریان این طرح که از اعضای گروه اخلاق نیز هستند تصمیم گرفتند که یک جلسه‌ی RP به منظور تمرین و هم‌ارزشیابی formative را طراحی و اجرا نمایند. ابتدا اهداف آموزشی کلی و اختصاصی جلسه‌ی RP با توجه به اصول پروفشنالیسم در برخورد با بیماری که به علت درمان غیراستاندارد همکار دیگر به درد مبتلا شده است و ارتباط با بیمار و طرح درمان او با رعایت اصل اتونومی تعیین گردید. سپس سناریوی بیمار و دندان‌پزشک و چک‌لیست مشاهده‌گر تهیه گردید. قبل از جلسه‌ی RP فرم پیش‌آزمون با هدف تعیین نگرش پیش فرض دانشجویان در مورد RP و سابقه‌ی قبلی بازیگری توزیع شد. پس از جلسه‌ی بحث و جمع‌بندی در مورد سناریوی اجرا شده و مسائل اخلاقی مرتبط با آن به منظور بررسی نظر دانشجویان در مورد RP در پایان جلسه بین دانشجویان فرم نظر سنجی پس از آزمون توزیع شد. از مقایسه‌ی فرم‌های پیش آزمون و پس آزمون، دیدگاه دانشجویان در مورد تأثیر RP در

* lsedigh@yahoo.com

آموزش اخلاق حرقه‌ای بررسی شد. به‌علاوه نقاط قوت و ضعف آن از دیدگاه دانشجویان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نگرش دانشجویان نسبت به مؤثر بودن RP در رسیدن به اهداف آموزشی تعیین شده، در کل مثبت بوده و بعد از اجرای آن نیز به میزان معنی‌داری افزایش یافته بود. اکثریت دانشجویان سناریوی بیمار و دندان‌پزشک را بسیار شبیه به محیط واقعی می‌دانستند. پیشنهادات دانشجویان در مورد نقاط ضعف و قوت RP اجرا شده قابل توجه بود. در چهارچوب کوریکولوم فعلی استفاده از روش‌های دانشجو محور به منظور ارتقا آموزش در حیطه‌های رفتاری و نگرشی امکان پذیر است. روش RP در تجربه‌ی درک بیمار با قرار گرفتن به جای او با ارزش است. به‌علاوه این امکان وجود دارد که از این روش توأمأ در جلسات سخنرانی به منظور ایجاد حساسیت استفاده شود که می‌تواند موضوع تحقیقات بعدی باشد. عدم کنترل کافی و زمان محدود از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر بود.

طراحی، ضرورت و کاربرد پرسشنامه‌ی درخواست بررسی اخلاقی کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی در ایران

مهنوش خسروی^{۱*}، مینا مبشر^۲، زهره حقیقی^۳، مجتبی وند رجب پور^۴، کاظم زنده دل^۵

۱- پژوهشگر کمیته‌ی کشوری اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی

۲- دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- کارشناس دفتر توسعه و ارتقای اخلاق پزشکی، معاونت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۴- دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم

پزشکی تهران

۵- کارشناس دفتر توسعه و ارتقاء اخلاق پزشکی، دبیر کمیته‌ی کشوری اخلاق، معاونت تحقیقات و

فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

رعایت استانداردهای اخلاقی در انجام پژوهش‌های علوم پزشکی، به‌ویژه کارآزمایی بالینی ضروری می‌باشد. در کشور ما یک دهه از فعالیت کمیته‌های اخلاق می‌گذرد. با توسعه پژوهش‌های علوم پزشکی ارتقاء فعالیت‌های کمیته‌های اخلاق ضرورت دارد. با توجه به مشکلاتی که در بررسی اخلاقی پروپوزال‌های پژوهشی وجود دارد، گاهی به‌دلیل نواقص و ابهامات موجود بررسی اخلاقی این طرح‌ها طولانی می‌شود که به‌دلیل تکرار بررسی طرح‌ها علاوه بر افزایش بار کمیته‌های اخلاق باعث نارضایتی محققان می‌شود. برای حل آن نیاز به تدوین پرسشنامه‌های بررسی اخلاقی ضرورت داشته که بر اساس آن به سؤالات و ملاحظات اخلاقی پاسخ داده می‌شود. این مقاله پرسشنامه‌های تدوین شده توسط کمیته کشوری اخلاق را توضیح داده و جزئیات آن را معرفی خواهد کرد.

ابتدا پرسشنامه‌ی پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه‌های کمیته‌های اخلاق کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته و پرسشنامه‌ی اولیه بررسی اخلاقی پژوهش‌های علوم پزشکی تدوین شد. سپس پرسشنامه‌ی اولیه جهت اخذ نظرات و پیشنهادات به کمیته‌های منطقه‌ای اخلاق در کشور ارسال گردید. هم‌چنین درخواست شد که در هر دانشگاه حد اقل سه محقق فرم‌های اولیه را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کرده و اشکالات احتمالی را گزارش کنند.

* mkhosravi@razi.tums.ac.ir

نظرات کمیته‌های منطقه‌ای اخلاق جمع‌بندی شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و بر اساس نتایج آن فرم درخواست بررسی نهایی تهیه شد و پس از ویرایش نهایی جهت استفاده در کمیته‌های اخلاق ارائه شد که بزودی جهت استفاده به دانشگاه‌ها ارائه خواهد شد. بزودی در ۵ دانشگاه کشور به صورت الکترونیک پیش‌آزمون خواهد شد تا محققان از این طریق درخواست‌ها را به کمیته‌ها ارسال نمایند.

پرسشنامه‌ی درخواست بررسی کمیته‌ی اخلاق تهیه شده علاوه بر یک راهنما دارای ۶ قسمت می‌باشد.

قسمت اول: شناسنامه طرح، قسمت دوم: اظهار نامه اخلاقی برای تمام انواع مطالعات شامل سؤالاتی در مورد ارزش علمی طرح پژوهشی، ارزیابی نفع و ضرر، رضایت آگاهانه و رازداری، قسمت‌های سوم الی پنجم: اظهار نامه اخلاقی تخصصی انواع مطالعات شامل کارآزمایی بالینی، مطالعات روی مواد انسانی و ژنتیک، و همکاری‌های بین‌المللی و قسمت ششم: چک لیست کنترل مدارک و ضمیمه‌ها می‌باشد. تمام کمیته‌ها ضرورت وجود این پرسشنامه‌ها را تأیید نموده و آن را برای کمیته‌ها مفید می‌دانستند. ضمناً تقریباً تمام کسانی که فرم‌ها را تکمیل نموده بودند، پر کردن آن‌ها را باعث افزایش اطلاعات اخلاقی در خصوص انجام پژوهش‌ها می‌دانستند.

تمام محققان و کمیته‌های اخلاق وجود پرسشنامه‌های درخواست بررسی جهت تسهیل و ارتقاء بررسی اخلاقی طرح‌های پژوهشی ضرورت دارد. استفاده از این پرسشنامه‌ها جنبه آموزشی نیز داشته و محققان برای پاسخ به سؤالات باملاحظات اخلاقی مواجه شده و رعایت آن‌ها را در طرح‌های پژوهشی خود کنترل خواهد کرد. از محدودیت‌های اصلی استفاده از این پرسشنامه‌ها زمان مورد نیاز برای پر کردن آن‌هاست. این محدودیت در تمام کشورها نیز وجود داشته و با توجه به اهمیتی که ارتقاء استانداردهای اخلاقی پژوهش‌های علوم پزشکی دارد قابل توجیه می‌باشد.

واژگان کلیدی: پرسشنامه، اخلاق در پژوهش، کمیته‌ی اخلاق، ایران

اخلاق پزشکی براساس بینش اسلامی باید چگونه باشد؟

احمد رضا همتی مقدم^۱، حمیدرضا نمازی^{۲*}

۱- دانشجوی دکترای تخصصی فلسفه تحلیلی IPM

۲- دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

پیشرفت دانش پزشکی و روش‌های نوین تحقیقات زیست‌شناختی، تعارضات اخلاقی گوناگونی را به وجود آورد که ضرورت توجه به اخلاق پزشکی را ایجاد کرد. اخلاق پزشکی قلمروی است که چهار حوزه‌ی مهم یعنی، فلسفه، پزشکی، الهیات و قانون در آن باید مدنظر قرار گیرد. به‌طور کلی، اخلاق پزشکی یعنی تأملات فلسفی، کلامی و حقوقی درباره‌ی موضوعاتی که مربوط به دانش پزشکی‌اند. همکاری پزشکان و فیلسوفان در این حوزه، برای قانونی کردن مسائل اخلاقی مبتلا به، بهره‌ی فراوانی به بار خواهد آورد. با نقد مبانی اخلاق پزشکی رایج و شناخت نقایص آن این پرسش ایجاد می‌شود که آیا با لحاظ مؤلفه‌های بنیادین اسلامی می‌توان چارچوب دقیقی براساس آموزه‌های اسلامی در حوزه‌ی اخلاق پزشکی تدوین کرد. این مقاله در پی آن است تا نشان دهد که اخلاق پزشکی براساس آموزه‌های اسلامی چه خصوصیات و مؤلفه‌هایی را در نظر بر می‌گیرد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی رایج، اخلاق پزشکی اسلامی، فلسفه

* hamidrezanamazi@yahoo.com

بررسی دیدگاه پزشکان متخصص استان قم در مورد

معضلات اخلاق پزشکی در سال ۱۳۸۸

سید حسن عادل^{۱*}، اکرم حیدری^۲، پویا پارسی^۳، علیرضا باقری^۴

۱- هیأت علمی مرکز تحقیقات طب و دین دانشگاه علوم پزشکی قم

۲- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم

۳- هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی قم

۴- هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

اخلاق در پزشکی پیشینه‌ای کهن دارد، با این حال به‌عنوان یک علم، رشته‌ای نوپاست. هم‌چنین اخلاق پزشکی مختص گروه یا رشته‌ای خاص در کادر درمانی نیست و بهره‌برداران آن تمام جامعه‌ی پزشکی هستند. با توجه به اهمیت این موضوع در این طرح تحقیقاتی دیدگاه پزشکان متخصص استان قم در مورد شایع‌ترین معضلات اخلاق پزشکی مورد بررسی قرار گرفت، بدین امید که با شناختن معضلات و اولویت‌بندی آن‌ها بتوانیم به‌منظور حل آن‌ها گامی به جلو برداریم. پژوهش حاضر از نوع توصیفی-دلفی بوده است. در شروع تحقیق بعد از تهیه‌ی دو پرسشنامه که بر اساس مقالات و کتب داخلی و خارجی طراحی گردید، دیدگاه پزشکان متخصص استان قم در مورد معضلات اخلاق پزشکی، به‌صورت سؤال باز (پرسشنامه‌ی اول) و به‌صورت رتبه‌بندی و امتیاز دهی به عناوین معضلات اخلاق پزشکی بر حسب شیوع (پرسشنامه‌ی دوم) مورد بررسی قرار گرفت. بعد از جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم‌افزار spss ویرایش ۱۵، شایع‌ترین معضلات اخلاق پزشکی حاصله از پرسشنامه‌ی اول به ترتیب اولویت عبارت بودند از: رازداری، رابطه‌ی پزشک و بیمار، عدالت، حقیقت‌گویی، حریم خصوصی، کسب رضایت آگاهانه، رابطه با همکار، مشارکت بیمار در نوع درمان، برخورد با نوع درمان نابجا، رابطه‌ی پزشک با متولیان درمان.

در خاتمه با شناخت معضلات شایع و با اهمیت‌تر از دیدگاه متخصصان استان، لزوم توجه و آموزش بیش‌تر به‌منظور برطرف نمودن این معضلات تأکید می‌گردد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، کسب رضایت آگاهانه، عدالت، رازداری

* adeli@muq.ac.ir

بهره‌مندی از خدمات و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به سرطان مری در استان گلستان

غلامرضا روشندل^{۱*}، رضا مجدزاده^۲، کیارش آرامش^۳، عباسعلی کشتکار^۴، عباس مقدمی^۵،
سیدمهدی صداقت^۶، شهریار سمنانی^۴

۱- پژوهشگر مرکز تحقیقات گوارش و کبد، گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۲- هیأت علمی دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- هیأت علمی مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۵- کارشناس گروه مبارزه با بیماری‌ها، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۶- مدیر گروه معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

امروزه، کمبود منابع بخش سلامت یکی از معضلات بسیار مهم در کشورهای مختلف دنیا، به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه که با کمبود شدید منابع و گسترش روز افزون بیماری‌ها مواجه هستند، محسوب می‌شود. با توجه به بروز بالای سرطان مری در استان گلستان، مطالعه‌ی حاضر برای بررسی میزان بهره‌مندی این بیماران از خدمات پزشکی و عوامل مرتبط با آن طراحی و اجرا شده است. در این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی، ۲۲۳ بیمار مبتلا به سرطان مری در استان گلستان وارد مطالعه شدند. برای تعیین شاخص بهره‌مندی از خدمات، از هفت گزینه‌ی خدمات تشخیصی و پنج گزینه‌ی خدمات درمانی مرتبط با سرطان مری استفاده شد. جمعاً ۲۲۳ بیمار مبتلا به سرطان مری وارد مطالعه شدند. میانگین (انحراف معیار) سن افراد شرکت‌کننده، ۳/۶۴ (۵۴/۱۲) سال بود. ۸/۵۷ درصد از شرکت‌کنندگان مرد بودند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که شغل، قومیت و جنس مهم‌ترین عوامل مرتبط با شاخص بهره‌مندی از خدمات تشخیصی بوده و مهم‌ترین عوامل مرتبط با شاخص بهره‌مندی از خدمات درمانی عبارت بودند از داشتن پوشش بیمه، سکونت در شهر و شغل. به‌نظر می‌رسد با در نظر گرفتن و مداخله‌ی بر متغیرهای شغل، قومیت، جنس، پوشش بیمه و محل سکونت بیماران می‌توان گام مؤثری در زمینه‌ی تخصیص عادلانه‌ی منابع در بخش سلامت برداشت.

واژگان کلیدی: خدمات پزشکی، بهره‌مندی، سرطان مری، استان گلستان، ایران

* roshandel_md@yahoo.com

بررسی امکانات رفاهی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۹ خورشید وسکویی^۱، محبوبه کریمی^{۲*}، نوشین کهن^۳، حمیده اثنا عشری^۴

۱- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- کارشناس دفتر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

تجربه و مطالعات نشان داده است یکی از مسائلی که منجر به نارضایتی بیماران در بیمارستان‌های دولتی می‌شود، فقدان یا عدم کارایی مناسب برخی از امکانات رفاهی بیمارستان‌هاست، به‌صورتی که کمبود امکانات و تجهیزات یکی از عوامل سازمانی بازدارنده‌ی رعایت حقوق بیماران است. و از سوی دیگر فراهم کردن امکانات و تجهیزات کافی از جمله لباس، ملحفه، صندلی و... از عوامل تسهیل‌کننده‌ی رعایت حقوق است. مطالعه‌ی حاضر توصیفی و در راستای رسیدن به هدف تجهیز امکانات رفاهی بیمارستان‌هاست و هدف از آن مطالعه تعیین درصد امکانات رفاهی موجود و کمبودهاست. در ابتدا لیستی از وسایل و امکاناتی که در جهت رفاه بیماران در بیمارستان‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد با استفاده از منابع و کتاب‌های موجود و توسط کارشناسان اداره پرستاری با همکاری مدیران و پرستاران بیمارستان‌ها تهیه شد، سپس فوکوس‌گروه‌هایی متشکل از مدیران پرستاری، پرستاران و سرپرستاران بیمارستان‌ها تشکیل شد تا با در نظر گرفتن شرایط ساختمانی و امکانات بیمارستان‌های دولتی این استانداردها بومی شود. پس از روا و پایا شدن چک لیست‌ها، با همکاری مدیران پرستاری و سرپرستاران، طی پیگیری‌ها و تشکیل جلسات متعدد جهت برآورد امکانات موجود و استخراج کمبودها مطابق با تعداد استاندارد، تعداد و کمبود نهایی در بخش‌های مختلف جمع‌آوری شد و درصد کل موجودی و کمبودهای بیمارستان‌ها مشخص گردید. که در ۳ الویت قرار داده شد: الویت ۱: مواردی است که وجود آن جهت ارائه‌ی خدمت در بخش ضروری است و بیمارستان ملزم به تهیه‌ی آن‌ها در اسرع وقت است. الویت ۲: مواردی است که بیمارستان ملزم به تهیه‌ی آن در یک بازه زمانی ۶ ماه تا یکسال است. الویت ۳: مواردی که بهتر است بیمارستان در جهت افزایش خدمت‌رسانی به بیمار تهیه نماید. اطلاعات ۱۶ بیمارستان تابعه جمع‌آوری شده است و در حال آنالیز می‌باشد.

* mahboobehk@gmail.com

وجود الگویی مشخص جهت تعیین کمبودها و برآورده‌سازی امکانات رفاهی بیماران گام مهمی جهت کمک به مدیران بیمارستان‌ها برای استفاده از امکانات موجود به‌طور بهینه است. به روز رسانی اطلاعات بیمارستان‌ها در زمینه‌ی امکانات رفاهی برنامه‌ای است که در کار مدیران پرستاری قرار دارد تا با ارائه‌ی گزارش‌های ۶ ماهه زمینه را برای ارتقاء این نوع امکانات و در نتیجه افزایش رضایتمندی بیماران بردارند.

واژگان کلیدی: بیمارستان، امکانات رفاهی، کمبود، موجودی

بررسی مشکلات مطرح در ارتباط پزشکی و بیمار

اطهر معین^۱، کبری عنبری^۲

۱- هیأت علمی گروه پوست و عضو گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهد

۲- کارشناس گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهد

تحقیقات نشان می‌دهد که در بسیاری از کشورها مشکلات زیادی در برقراری ارتباط پزشکی با بیمار وجود دارد. این مشکلات عوارض زیانباری روی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی مراقبت‌های بهداشتی دارد. مطالعه‌ی شکایات مربوط به پزشکان نشان می‌دهد که بسیاری از این شکایات مربوط به مهارت‌های عملی و کارآیی پزشکان نمی‌شود، بلکه ناشی از نحوه‌ی برقراری ارتباط پزشکی با بیمار است. به عبارتی، می‌توان گفت دلیل نهایی بیش‌تر شکایات و تخلفات پزشکی خطاهای ارتباطی است. هدف از این مطالعه بررسی مشکلات ارتباطی پزشک و بیمار از دید دانشجویان پزشکی است.

این مطالعه یک مطالعه‌ی مقطعی است که در سال‌های تحصیلی ۸۸-۸۷ و ۸۹-۸۸ در دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه شاهد انجام گردید. از طریق پرسشنامه از دانشجویانی که درس اخلاق پزشکی را گذرانده بودند خواسته شد به سؤالات باز در مورد مشکلات اخلاقی موجود در ارتباط پزشکی و بیمار جواب دهند.

در کل ۹۹ نفر از دانشجویان در این مطالعه شرکت نمودند. بیش‌ترین مشکلات ارتباطی پزشک و بیمار مشکلات ارتباطی پایه بود. از بین مشکلات ارتباطی پایه بیش‌ترین مشکلات در حیطه ارتباط بین فردی پزشک و بیمار بود که به آن‌ها اشاره می‌گردد:

۱۱- جواب سلام بیمار را ندادن ۲- گوش ندادن به صحبت‌های بیمار ۳- قطع سخنان بیمار ۴- عدم توجه به صحبت‌های مریض ۵- جواب سؤالات بیمار را ندادن ۶- عدم احساس همدردی با بیمار (با او به‌عنوان یک جسم بی روح برخورد کردن) ۷- اهمیت قائل نشدن برای بیمار ۸- عدم رعایت حریم خصوصی بیمار (گاه چند بیمار هم‌زمان ویزیت می‌گردند) ۹- خود بزرگ بینی و غرور پزشک ۱۰- توجه خاص به بیماران معرفی شده از طرف دوستان و آشنایان ۱۱- توجه نکردن به خواسته‌های بیمار از نظر راه‌های درمانی ۱۲- تجویز دارو بدون معاینه و دیدن بیمار و عدم معاینه کامل ۱۳- عدم گذاشتن وقت کافی برای بیمار ۱۴- دادن

* sy812003@yahoo.com

گواهی خلاف ۱۵- نگرستن به بیمار به عنوان شیئی برای درآمد و گرفتن زیر میزی ۱۶- تحمیل هزینه‌های اضافی ۱۷- بد گویی یا بد جلوه دادن بعضی از همکاران.

در کشور ما علی‌رغم داشتن گنجینه‌های غنی اخلاقی در زمینه‌های مختلف از جمله پزشکی مشکلات مهمی در ارتباط بین پزشک و بیمار مانند بسیاری از کشورهای دنیا وجود دارد. هر چند ممکن است این مشکلات در تعداد کمی از پزشکان باشد یا موارد کمی از این مشکلات در بعضی از پزشکان باشد ولی همین موارد اثرات زیان باری در سیستم بهداشتی و درمانی جامعه دارد. بسیاری از این مشکلات می‌تواند ناشی از عدم آموزش مهارت‌های ارتباطی باشد. به نظر می‌رسد غیر از گنجاندن موضوع ارتباط پزشک و بیمار در درس اخلاق پزشکی، باید مهارت‌های ارتباطی به صورت واحد تئوری و عملی در مقاطع مختلف تحصیلی برای دانشجویان پزشکی، دندان پزشکی و پرستاری ارائه گردیده و دوره‌های باز آموزی مهارت‌های ارتباطی نیز مثل بقیه موضوعات برای پزشکان برگزار گردد.

واژگان کلیدی: مشکلات، ارتباط، پزشک، بیمار

آیا اتونومی و استفاده از روش‌های دایمی پیشگیری از حاملگی با هم معارضند؟ رضا شهبابی نژاد^۱، عبدالحسن کاظمی^{۲*}، ذکریا پزشکی^۲، مرتضی قوجازاده^۲، احمد کوشا^۱

۱- عضو تیم پژوهشی اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- هیأت علمی و عضو تیم پژوهشی اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مباحث مربوط به تنظیم خانواده و پیشگیری از تولد نوزاد در خانواده‌ها دارای ابعاد گسترده‌ی اخلاقی است که از جهاتی خاص می‌تواند دارای مناقشات دامنه‌دار اخلاقی باشد که جلوگیری از حاملگی و تولد نوزاد با استفاده از روش‌های دایمی پیشگیری از حاملگی (واژکتومی و توبکتومی) از این موارد است. بررسی این موضوع بدون توجه به عقاید و قضاوت افراد جامعه و هم‌چنین استفاده کنندگان از روش‌های پیشگیری از تولد افراد جدید مسلماً غیر عالمانه محسوب خواهد شد و به‌عنوان بررسی‌های دور از واقعیت‌های جاری و موجود اجتماعی منشأ اثر نخواهند شد.

در انتخاب روش‌های مختلف تنظیم خانواده و پیشگیری از تولد نوزادان موضوع اتونومی (تسلط انسان بر خود) از مباحث کلیدی محسوب می‌شود. این موضوع مابین متفکران اخلاق پزشکی همیشه به‌عنوان موضوعی مهم مطرح بوده است. دایره و محدوده‌ی مجاز دخیل و تصرف انسان در جسم خود تا چه حد است؟ آیا جسم و کالبد انسان امانتی برای انسان محسوب می‌شود که انسان بر حسب اذن و رخصت تشریعی مجاز به دخیل و تصرفی محدود و مشروع و معقول در آن است یا این که کالبد انسان قسمتی از مایملک و دارایی او محسوب می‌شود که انسان بر اساس اصل «الناس مسلطون علی...» قادر به هر گونه دخیل و تصرفی در آن می‌باشد؟ این موضوع از نظر مباحث اخلاق پزشکی آن‌چنان اهمیتی دارد که فقها و مراجع تقلید در این باب بر اساس استنباطات فقهی خود فتاوای متعددی در این مورد صادر نموده‌اند که گاهاً فتاوای مجتهدین مختلف با توجه به نظرات فقهی هر کدام از آنان تفاوت‌هایی با هم دارند. این موضوع به‌صورت یک بررسی تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در حال مطالعه است که نتایج آن ارائه می‌شود.

واژگان کلیدی: اتونومی، واژکتومی، توبکتومی، تعارضات اخلاقی و فقهی

* kazemi1338@gmail.com

استقلال سالمندان: چالش نظام درمان و مراقبت از سالمندان

علی درویش پور کاخکی^{۱*}، ژیلا عابد سعیدی^۲، علی دلاور^۳، منصوره سعیدالذاکرین^۴

۱- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- هیأت علمی، گروه داخلی - جراحی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- هیأت علمی، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی

۴- هیأت علمی، گروه بهداشت جامعه، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

در عصر حاضر سالمندان سریع‌ترین نرخ رشد را در بین گروه‌های سنی مختلف دارند. در آینده‌ی نزدیک بیش‌ترین افزایش جمعیت سالمندان در کشورهای رو به توسعه از قبیل ایران خواهد بود. سالمندان به‌عنوان یک گروه آسیب‌پذیر به‌دلیل شرایط جسمی، روانشناختی، اجتماعی، پیشرفت‌هایی فناوری اطلاعات و تغییر سریع در آداب و رسوم، در معرض آسیب به استقلال به‌عنوان یک اصل اخلاق زیست پزشکی هستند. عدم توجه به استقلال سالمندان به‌ویژه در زمان ارائه‌ی خدمات درمانی - مراقبتی به سالمندان اثرات منفی بر شأن و منزلت آنان خواهد گذاشت. از این‌رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف کاوش مفهوم استقلال در سالمندان ایرانی صورت پذیرفته است. مطالعه‌ی حاضر، پژوهشی کیفی از نوع پژوهش پدیده‌شناسی هرمنیوتیک هایدگر و بر اساس روش ون مانن است. بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند سالمندان انتخاب و مورد مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. مصاحبه‌ها ضبط و پس از دست‌نویس کردن و به‌دست آوردن درک جامعی از آن‌ها، براساس رویکردهای کل‌نگر و انتخابی ون مانن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در مجموع ۷ مرد و ۸ زن سالمند با دامنه‌ی سنی ۶۱ تا ۸۴ سال و میانگین سنی ۷۳ سال در این پژوهش شرکت کردند. از تجزیه و تحلیل اطلاعات سالمندان چهار مضمون خود‌مدیریتی، سربار نبودن، استقلال مالی و زندگی مستقل به‌دست آمد.

مضمون خود‌مدیریتی در برگرفته‌ی زیر مضمون‌های احساس هویت مستقل کردن، تصمیم‌گیری و خود‌رائ بودن و داشتن اختیار بوده است. مضمون سربار نبودن شامل زیر مضمون‌های توانایی خود‌مراقبتی، انجام عملکرد مستقل و احساس مفید بودن در خانواده و اجتماع بوده است. مضمون استقلال مالی شامل زیر مضمون‌های تجربه‌ی گرانی، ترس از

* darvishpur@yahoo.com

وابستگی مالی به دیگران، احساس امنیت مالی و ارتباط وضعیت مالی با سلامتی بوده است. مضمون زندگی مستقل شامل زیرمضمون‌های زندگی جدا از فرزندان، تنفر از زندگی در خانه سالمندان، احترام ناشی از زندگی مستقل و تلاش خانواده برای حفظ زندگی مستقل سالمند بوده است.

تأکید سالمندان بر خود مدیریتی، توانایی خودمراقبتی، استقلال مالی و زندگی مستقل بیانگر این است که استقلال در سالمندان ایرانی جنبه‌ها و تعاریف متفاوتی، به واسطه‌ی شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی ایران، دارد. در نظر گرفتن این تفاوت‌ها در زمان ارائه‌ی اقدامات درمانی و مراقبتی برای حفظ استقلال سالمندان دارای اهمیت است.

واژگان کلیدی: پدیده شناسی، تجارب زیسته، استقلال، سالمند، ایران

اخلاق حرفه‌ای در مشاغل پیراپزشکی

حسین درگاهی*

هیأت علمی گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

یکی از عوامل مؤثر بر روابط آدمی و سطح انتظار افراد از خود و اطرافیان، رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای است. اصولی که روابط هر یک از کارکنان را در دامنه‌ای از بایدها و نبایدها به حد و حصر می‌کشد تا تمامی برنامه‌ها و اهداف سازمانی با موفقیت پیش روند. منظور از اخلاق حرفه‌ای، یعنی رعایت یک‌سری استانداردهای تعریف شده که عمل درست را از نادرست متمایز می‌کند، به نحوی که به هیچ کس آسیبی نرسد.

در باب اخلاق حرفه‌ای در مشاغل پیراپزشکی دو نظریه‌ی عمده وجود دارد: نظریه‌ی تعهد اخلاقی و نظریه‌ی هدف‌گرایی اخلاقی. هر دو نظریه، از پنج اصل اخلاقی تشکیل شده که عبارت است از: عدالت، آزادی عمل، صداقت، وفاداری و نیکوکاری. بنابر نظریه‌ی تعهد اخلاقی باید بدون توجه به عواقب، به بیمار اطلاعات کافی داده شود. نظریه‌ی هدف‌گرایی اخلاقی می‌گوید اطلاعات تنها در صورتی به بیمار داده می‌شود که دارای پیامدهای مفید باشد.

مشکلات اخلاق حرفه‌ای را در مشاغل پیراپزشکی می‌توان به سه دسته تقسیم‌بندی کرد: تنگنای اخلاقی (وجود مانع در جهت تصمیم‌گیری مطلوب)، معضل اخلاقی (قرار گرفتن بر سر دو راهی در تصمیم‌گیری، و بن بست اخلاقی) (کمک گرفتن در تصمیم‌گیری). انضباط و اصلاح کارکنان از دیگر عناصر اخلاق حرفه‌ای محسوب می‌شود. هدف اصلی از انضباط کارکنان، تغییر، اصلاح رفتار و عملکرد آنهاست. تنبیه کارکنان خاطی به خودی خود هدف نیست. به تعبیری تنبیه، عملی است که رفتار غلطی را تضعیف کرده تا احتمال وقوع و تکرار آن کاهش یابد. با این تعریف، تنبیه نوعی تقویت رفتار، اما با ظاهری منفی محسوب می‌شود. نکاتی که لازم است در موقع رسیدگی به تخلفات کارکنان و تنبیه آنها در نظر گرفت عبارت است از داشتن تعهد، برخورد عادلانه، کنار گذاردن سلاقی و علایق شخصی هنگام قضاوت و ارزیابی و سرانجام جنبه ارشادی داشتن اقدام انضباطی. مشکل حرفه‌ای که امروزه اکثر سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات پیراپزشکی با آن روبه‌رو

* hdargahi@sina.tums.ac.ir

هستند، مواجهه با معضلی است به نام تقلب، سوء استفاده و واقعی نشان دادن آن چه واقعیت ندارد. بنابراین، با یک برنامه‌ی واقع‌بینانه باید به استقبال مراحل کشف و مرتفع نمودن این مشکل که کم اهمیت هم نیست، شتافت.

برنامه‌ای که قابلیت کشف، جداسازی و پیش‌تر از آن قدرت ممانعت از ارتکاب جرم و سوء استفاده احتمالی از سازمان را داشته باشد. به همین منظور می‌توان کمیته یا دفتری بنام «بازرسی عمومی» (Office of Inspector General = OIG) را در سازمان‌ها طراحی کرد و یکی از کارکنان را تحت عنوان «کارمند ارشد ناظر بر اجرای قوانین» (Chief Compliance Office = CCO) در رأس این تشکیلات قرار داد تا از بروز سوء استفاده و تقلب، پیشگیری و جلوگیری نمود.

واژگان کلیدی: اخلاق حرفه‌ای، انضباط، تقلب

اخلاق حرفه‌ای در صنعت داروسازی و قیمت‌گذاری دارو

رامین رادمنش*

دستیار تخصصی اقتصاد و مدیریت دارو، دانشگاه علوم پزشکی تهران

اخلاق امری فطری است که از جانب خداوند متعال در ذات انسان به ودیعه گذارده شده و اثرات خود را در تمام ابعاد زندگی انسان نمایان ساخته است. یکی از زمینه‌های بروز مباحث اخلاق حرفه‌ای در داروسازی، صنعت داروسازی است. تقریباً هیچ تجارتی در دنیا به اندازه‌ی صنعت داروسازی با دنیای علم در ارتباط نیست. در سال‌های آغازین قرن بیست و یک بحث و مجادله بین صنعت داروسازی و جامعه در حال افزایش است. در حالی که میلیون‌ها انسان، خانواده و گروه‌های بشری در سراسر جهان با بیماری‌های غم‌انگیزی نظیر ایدز دست و پنجه نرم می‌کنند صنایع دارویی اثر معناداری بر زندگی انسان‌ها می‌گذارند.

یکی از الزامات اخلاقی شرکت‌های داروسازی در قیمت‌گذاری منصفانه‌ی داروهای ضروری است. قیمت، یک فاکتور اساسی در دستیابی به عدالت و توزیع آن در جامعه است. افزایش قیمت داروهای تجویزی تأثیر زیادی بر سازمان‌های بیمه‌گر، منافع داروخانه، شرکت‌های داروسازی و در نهایت بیماران خواهد گذاشت. در قیمت‌گذاری دارو بایستی از یک‌طرف منافع بیمار و از طرف دیگر منافع شرکت‌های دارویی و داروخانه به‌عنوان بنگاه‌های اقتصادی در نظر گرفته شوند. سیاست قیمت‌گذاری اخلاقی یکی از عوامل افزایش دسترسی به خدمات و امکانات و در نهایت موجب افزایش رفاه اجتماعی می‌گردد، از طرفی اعمال سیاست‌های غلط قیمت‌گذاری موجب بروز مخاطرات اخلاقی در بین شرکت‌های دارویی و جامعه پزشکی خواهد شد. با بررسی سیاست‌های قیمت‌گذاری دارو در کشورهای مختلف، این سیاست‌ها را می‌توان به سه گروه تقسیم نمود: فنی، اخلاقی، دولتی. با بررسی میزان تأثیر هرکدام از این سیاست‌ها در میزان توان خرید دارو توسط بیماران می‌توان به میزان توزیع عدالت پی برد. در این مقاله در خصوص سیاست قیمت‌گذاری دارو در ایران و انطباق آن با روش دولتی تعیین قیمت و مخاطرات اخلاقی آن صحبت شده و پیشنهادات کاهش مخاطرات به منظور افزایش عدالت در بخش بهداشت و درمان ارائه گردیده است.

واژگان کلیدی: اخلاق حرفه‌ای، قیمت‌گذاری دارو، صنعت داروسازی، عدالت

* radmanesh@razi.tums.ac.ir

**بررسی علل و زمینه‌های نپذیرفتن بیماران اورژانس در بیمارستان‌های دانشگاهی با
توسل به فریب از نظر دست‌اندرکاران بخش‌های اورژانس
ژامک خورگامی، امیرحسین گوگل*، احمدرضا سروش**

در سال‌های اخیر پدیده‌ای در سطح بیمارستان‌های دولتی رایج شده است که بر اساس آن اورژانس‌ها به صورت غیر قانونی و با متوسل شدن به اموری چون دادن اطلاعات غیر صحیح، بیماران را به سمت دادن رضایت شخصی و مراجعه به مرکز دیگر سوق می‌دهند. هدف از این مطالعه بررسی عوامل این پدیده از دید دست‌اندرکاران و افراد درگیر در بیمارستان‌های آموزشی است تا ضمن روشن ساختن ریشه‌های این پدیده برای مسؤولان، راه را برای مطالعات پیش‌تر در این زمینه هموار سازد.

در مطالعه‌ی مقطعی توصیفی - تحلیلی، نظرات افراد درگیر در اورژانس به صورت مکتوب و در قالب یک پرسشنامه با سؤالات باز جمع‌آوری شد. در آبان و آذرماه ۱۳۸۸، مدیران بیمارستانی، رؤسای اورژانس، اعضای هیأت علمی و دستیاران رشته‌های حاضر در اورژانس، کارورزان، پرستاران اورژانس، مدیران پرستاری و سوپروایزرهای پرستاری مورد پرسش قرار گرفتند. نظر افراد مورد مطالعه در خصوص تعداد رخداد پدیده فوق در اورژانس بیمارستان محل کار، مهم‌ترین افراد انجام‌دهنده و عوامل و ریشه‌های بروز چنین پدیده‌ای مورد سؤال قرار گرفتند.

در این مطالعه ۱۱۴ فرد مورد پرسش قرار گرفتند. از نظر افراد تحت مطالعه بیش‌تر ارجاعات بدون هماهنگی و نپذیرفتن بیمار در اورژانس‌ها توسط دستیاران سال پایین و کارورزان انجام می‌شود به طوری که ۴۸ نفر (۴۲/۱ درصد) دستیاران سال اول را عامل اصلی دانسته و ۲۹ نفر (۲۵/۴ درصد) کارورزان را به‌عنوان بیش‌ترین فردی که بیماران را نمی‌پذیرد می‌دانستند. تعداد موارد نپذیرفته شدن بیمار در اورژانس، به‌طور متوسط $15/6 \pm 18/1$ (بین صفر تا ۹۰) نفر در هفته بیان شد. مهم‌ترین عوامل مطرح شده به ترتیب عبارتند از: فشار کاری زیاد به نیروی انسانی، کمبود تخت، نبود تجهیزات یا پرسنل تخصصی، نبود نظام بازخورد مالی به افراد، نبود انگیزه‌ی کافی برای انجام امور، ارجاع نامناسب توسط اورژانس تهران، مدیریت و قوانین نامناسب، نظارت ناکافی و نامناسب از سطوح بالاتر و تقسیم وظایف ناعادلانه در سطوح

* gougol@gmail.com

مختلف.

عدم پذیرش و ارجاع بدون هماهنگی بیماران، امری شایع در بیمارستان‌های دانشگاهی در سطح شهر تهران می‌باشد. مشکل شلوغی و فشار کاری زیاد می‌باید در اولویت مداخله قرار گیرد. مطالعات گسترده‌تر برای یافتن راهکارهای مناسب برای مبارزه با این پدیده توصیه می‌شود. در مطالعات و مداخلات بعدی دو زیر گروه کارورزان و دستیاران سال پایین باید در اولویت قرار گیرند.

اخلاق پزشکی و تفاوت آن با فقه پزشکی

محمود متوسل آرانی*

هیأت علمی گروه معارف اسلامی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشمندان اسلامی، آموزه‌های دین را به سه بخش عقاید، احکام و اخلاق تقسیم نموده و سعی کرده‌اند این تقسیم‌بندی را با برخی روایات نیز تطبیق دهند. اما آن‌چه مسلم است در عصر نزول قرآن، چنین تقسیم‌بندی متداول نبوده و قرآن کریم مسلمانان را به دو چیز فراخوانده است: ایمان و عمل صالح.

آیاتی هم که مصادیق عمل صالح را بیان کرده، تمایزی میان دستورات فقهی و اخلاقی قائل نشده و آن‌ها را بدون هرگونه رتبه و عنوانی در ردیف یکدیگر آورده است: (لا تعبدون الا الله بالوالدین احسانا و ذی القربی و الیتامی و المساکین و قولو للناس حسنا و اقیمو الصلاه و اتوالزکاه...)

با گسترش علوم اسلامی و لزوم تبویب و تنظیم آن‌ها برای تعلیم و تدریس، بخشی از دستورات دین تحت عنوان فقه و بخشی با عنوان اخلاق از یکدیگر تفکیک گردید و دانشمندان در صدد تعیین حدود و مرزهای این دو بخش برآمدند.

در تفاوت اخلاق و فقه، تاکنون چندین مقاله انتشار یافته و به بیان وجوه اشتراک و افتراق این دو پرداخته‌اند، اما به نظر می‌رسد مهم‌ترین تفاوت میان اخلاق و فقه اسلامی، موضوع نیت و انگیزه باشد که در فقه، تنها در ابواب عبادات مطرح است آن هم با عنوان «قصد انجام فرمان خدا» اما در اخلاق، در همه‌ی اعمال و رفتارها، اصالت با انگیزه است آن هم با عنوان «قصد انجام کار نیک».

حتی در انجام عبادات نیز، انگیزه اخلاقی متعالی‌تر از نیت فقهی است و از دیدگاه امام علی (ع) عبادت از ترس عقاب یا به طمع ثواب، عبادت بردگان و تاجران است و عبادت آزادگان ارزشمند است که خدا را از آن جهت که اهل عبادت یافته‌اند، عبادت می‌کند. اصولاً فقه متکلف بیان شرایط صحت عمل است و اخلاق متکفل بیان شرایط قبولی عمل. اولی ظاهر عمل را می‌بیند و حکم به صحت یا بطلان می‌کند و دومی باطن عمل را که معیار سنجش آن میزان اخلاق در نیت و انگیزه است.

* motavassel@tums.ac.ir

در ترک محرمات نیز، تجری و قصد گناه از نظر فقهی حرام نیست، در حالی که از نظر اخلاقی حرام شمرده می‌شود و اگر کسی با انگیزه خصوصیت شخصی، فرد مهدو الدمی را به قتل برساند، از نظر فقهی، قصاص و دیه بر او نیست ولی از نظر اخلاقی این شخص مستحق ملامت است، زیرا انگیزه او زشت و ناپسند بوده است.

این مقاله در صدد آن است که بیان کند در حوزه‌ی پزشکی و مسائل مربوط به آن نیز، تلازمی میان احکام فقهی و اخلاقی نیست و فتاوای فقها در مورد جواز یک عمل، دلیل جواز اخلاقی نمی‌شود و باید دید انگیزه‌ی پزشک یا بیمار یا هر دو چیست و آن‌گاه با حکم به اخلاقی بودن آن عمل کرد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، نیت و انگیزه

راه‌های پیشگیری از قصور

مسعود قادى پاشا*

هیأت علمی سازمان پزشکی قانونی کشور

امروزه علی‌رغم تلاش کادر درمانی میزان شکایت رو به افزایش است ما معتقدیم با افزایش آگاهی کادر درمان از قوانین و مقررات میزان شکایت کاهش می‌یابد. قصور پزشکی یعنی کوتاهی در امر درمان که منجر به فوت یا نقص عضو گردد. در یک بررسی انجام شده بیش‌ترین قصور منجر به فوت در رشته‌ی بیهوشی ۷۹ درصد و جراحی عمومی ۵۷ درصد و متخصصان زنان و زایمان ۵۶ درصد بوده است. مهم‌ترین راه‌های پیشگیری از قصور شناخت بند (ب) ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی می‌باشد که در آن قید شده است چه وقت ما مرتکب جرم نمی‌شویم. ماده‌ی ۵۹: هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آن‌ها و رعایت موازین علمی، فنی، و نظامات دولتی انجام شود جرم محسوب نمی‌شود و در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.

با بررسی این ماده متوجه می‌شویم برای این که جرمی صورت نگیرد باید سه شرط رعایت شود:

۱- عمل جراحی یا طبی مشروع باشد؛ ۲- رضایت برای درمان وجود داشته باشد؛ ۳- کوتاهی صورت نگرفته باشد.

سایر شرایط پیشگیری از قصور:

۱- گرفتن رضایت؛ ۲- اخذ براءت؛ ۳- رعایت موازین علمی و فنی؛ ۴- برخورد مناسب با بیمار؛ ۵- توضیح کامل عوارض عمل جراحی و درمانی برای بیمار؛ ۶- آشنایی با تخلفات انتظامی و کیفری؛ ۷- مکتوب کردن اقدامات درمانی؛ ۸- مشاوره در مواقع لازم؛ ۹- آشنایی با ماده‌ی ۵۹ و ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی.

که با رعایت یک‌سری از موارد ذکر شده در بالا می‌توانیم پیشگیری از میزان شکایت به عمل آوریم که در ادامه به مقاله‌ای که در خصوص بررسی میزان آگاهی پزشکان از قوانین و مقررات موجود به عمل آمده است و سایر شرایط اشاره می‌نماییم.

واژگان کلیدی: کمیته‌های بیمارستانی، کمیته‌های اخلاق پزشکی، اخلاق پزشکی

* m_ghadipasha@yhaoo.com

- بررسی دیدگاه‌های پژوهشگران و مسؤولان نشریات علوم پزشکی ایران در خصوص شرایط و تعریف نویسنده و اصول اخلاقی مربوطه در انتشار مقالات علوم پزشکی**
طاهره فتاح^{۱*}، علی اکبری ساری^۲، علی اکبر حقدوست^۳، کاظم زنده دل^۴، محمد واسعی^۵
- ۱- کارشناس معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۲- عضو گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت و مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۳- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
 ۴- کارشناس دفتر توسعه و ارتقاء اخلاق پزشکی دبیر کمیته‌ی کشوری اخلاق، معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۵- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

با توجه به رشد پرشتاب پژوهش در علوم پزشکی کشور رعایت الزامات و اصول اخلاقی در انجام طرح‌ها و انتشار نتایج پژوهش‌ها و به‌خصوص اصول و حقوق مربوط به نویسندگان جایگاه ویژه‌ای یافته است. در این مطالعه دیدگاه محققان و مسؤولان نشریات علوم پزشکی، مورد بررسی قرار گرفت.

در این تحقیق پرسشنامه‌ای توسط پست الکترونیک به محققان و سردبیران مجلات علوم پزشکی کشور ارسال شد و سؤالاتی در خصوص تعریف نویسنده، میزان رعایت اصول اخلاقی در تعیین نویسندگان، دلایل مهم زیرپا گذاشتن آن‌ها و بهترین راهکارهای اصلاحی پرسیده شد. از بین ۱۱۲ پاسخ رسیده، ۵۲ درصد افراد با تعریف ارائه شده توسط کمیته سردبیران مجلات علوم پزشکی دنیا در مورد شرایط نویسندگی موافق بودند و آن را برای ایران نیز کاربردی می‌دانستند.

به نظر آن‌ها در کم‌تر از ۵۰ درصد مقالات ایرانی این تعریف به‌صورت کامل رعایت می‌شود. منفعت طلبی نویسندگان (۷۱ درصد)، فشارها و معذوریت‌های محققان و دانشجویان نسبت به مسؤولان مراکز و استادان راهنما (۵۰ درصد)، و عدم آشنایی با اصول و قوانین مربوطه (۴۵ درصد) مهم‌ترین علل عدم رعایت اصول و شرایط استاندارد نویسندگی بود. بیش‌ترین جرمه‌ی انتخابی تذکر کتبی و سپس عدم برخورداری از مزایای مادی و معنوی

* tahereh_fattah@yahoo.com

مقاله عنوان شد. هم‌چنین ابلاغ قوانین و آیین نامه‌های مربوطه (۵۲ درصد)، برنامه‌های آموزشی (۳۹ درصد) و اقدامات پیشگیرانه (۳۹ درصد) به‌عنوان مهم‌ترین راهکارهای پیشنهادی برای کاهش خطاها بودند.

اکثر محققان و صاحب نظران کشور رعایت تعاریف استاندارد بین‌المللی را ضروری و مناسب می‌دانند. با وضع قوانین، استفاده از ابزارهای تشویقی و تنبیهی مناسب و توسعه فعالیت‌های آموزشی می‌توان زمینه‌های بروز چنین تخلفاتی را به حداقل رساند.

تحلیل روند تکاملی بیانیه‌ی هلسینکی

مینا مبشر^{۱*}، کاظم زنده دل^۲، جمیله مهدوی نیا^۳

۱- دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی

تهران، مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۲- کارشناس دفتر توسعه و ارتقاء اخلاق پزشکی، دبیر کمیته‌ی کشوری اخلاق، معاونت تحقیقات و

فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳- کارشناس پژوهشی دفتر مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیانیه‌ی هلسینکی اولین بار توسط انجمن جهانی پزشکی در سال ۱۹۶۴ به منظور راهنمایی پزشکان و شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های پزشکی با سوژه انسانی تدوین شد. این بیانیه به‌عنوان سنگ بنای اخلاق در پژوهش‌های پزشکی و به‌عنوان شناخته‌شده‌ترین منبع راهنمای این پژوهش‌ها معرفی شده است. بیانیه‌ی هلسینکی تاکنون ۸ بار بازبینی شده، که آخرین آن در سال ۲۰۰۸ بوده است. هدف از این مطالعه بررسی مفاد آخرین بازبینی، مقایسه‌ی آن با بازبینی ۲۰۰۴ و تفسیر کاربردی آن است. به این منظور این دو نسخه بیانیه توسط سه مترجم، به‌دقت و با وفاداری به متن اصلی ترجمه شد و طی جلساتی برای هر نسخه، یک متن نهایی تهیه شد. مقایسه متن دو بازبینی صورت گرفت و موارد تفاوت دو نسخه استخراج شد. در مرحله آخر علل تفاوت مفاد دو نسخه و مسیر تکاملی بیانیه با توجه به وضعیت کنونی پژوهش‌های پزشکی تفسیر و تحلیل شد.

از یافته‌های این مطالعه، وجود هفت بند اضافه در نسخه‌ی ۲۰۰۸ بود که مفاهیم آن‌ها در نسخه‌ی ۲۰۰۴ وجود نداشت. چهار مورد از این موارد مربوط به رضایت آگاهانه شامل تأکید بر کتبی بودن و آزادانه بودن آن، گرفتن رضایت مجدد در استفاده از مواد انسانی، حق پس گرفتن رضایت و شرایط نگرفتن رضایت بود. سه مورد نیز به حق شرکت‌کنندگان مبنی بر آگاهی از مفاد این بیانیه، تأکید بر سود بردن گروه‌های آسیب‌پذیر از پژوهش بر آن‌ها و تأکید بر ثبت کارآزمایی‌های بالینی می‌پردازد.

در این بیانیه بیش از نسخ قبلی بر آگاهی و رضایت شرکت‌کنندگان در پژوهش و مخصوصاً گروه‌های آسیب‌پذیر تأکید شده است و مخصوصاً ثبت مطالعات کارآزمایی بالینی برای

* mobasher@razi.tums.ac.ir

جلوگیری از سوء استفاده‌های احتمالی در بندی جداگانه قید شده است. بنابراین، به نظر می‌رسد، این بیانیه سعی بر جلب توجه پژوهشگران در حفظ حقوق شرکت‌کنندگان در پژوهش را دارد. لذا، فرآیند تکامل این بیانیه، اهمیت توجه به تغییرات رخ داده در پژوهش‌های پزشکی را نشان می‌دهد و مشخص می‌کند که شناخت و آگاهی پژوهشگران، شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های انسانی، نویسندگان و اعضای کمیته‌های اخلاق از مفاد این بیانیه و تغییرات آن برای بهبود انجام پژوهش‌های پزشکی و رعایت حقوق شرکت‌کنندگان در این پژوهش‌ها لازم است. بنابراین، انتقال مفاهیم این بیانیه و بحث و تفحص در زمینه‌ی کاربرد آن و بازنگری در کدهای اخلاق در پژوهش کشورمان امری ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: هلسینکی، انجمن جهانی پزشکی، پژوهش، رضایت آگاهانه.

بررسی نگرش اخلاقی داروسازان

محمد رضا جوادی^۱، فریبا اصغری^۲، پونه سالاری^۲

۱- هیأت علمی دانشکده دارو سازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

در سال‌های اخیر ارائه‌ی خدمات دارویی فراتر از نسخه‌پیچی ساده مدنظر قرار گرفته و شامل طیف وسیعی از خدمات نظیر ارتباط با بیمار و ارائه‌ی مشاوره‌ی دارویی می‌باشد که علاوه بر دانش و مهارت کافی نیازمند رعایت موازین اخلاقی علی‌الخصوص در مداخله‌ی تجارت و اقتصاد با ارائه‌ی خدمات دارویی است. داروسازها شبیه سایر افراد دخیل در حوزه‌ی پزشکی با تصمیم‌گیری‌های حساس و حیاتی درگیر هستند که در این موارد باید از راهنماهای اخلاقی خاص خود و با در نظر گرفتن مسائلی نظیر حقوق بیمار، حق خود مختاری بیمار، سودرسانی و رعایت عدالت بهره بگیرند.

با وجود توجه ویژه به علم اخلاق پزشکی در کشور این علم و کاربرد آن در گروه داروسازی تاکنون نتوانسته آن‌طور که باید و شاید در آموزش دانشجویان داروسازی و در امر ارائه‌ی خدمات دارویی در داروخانه مورد توجه قرار گیرد. به منظور بررسی علمی نگرش اخلاقی داروسازان بر آن شدیم تا به روشی علمی مسأله را مورد بررسی دقیق قرار دهیم.

با استفاده از نظرات جمعی از داروسازان بالینی و افراد متخصص در حوزه‌ی اخلاق پزشکی، در مورد هر یک از اصول اخلاق زیستی، یک یا دو سناریو طراحی شده و برای هر سناریو یک عملکرد تعریف شده است. نحوه‌ی نگرش داروسازان به عملکرد داروساز در هر سناریو به صورت انتخاب یک گزینه از موارد موافقم، تا حدودی موافقم، نظری ندارم، تا حدودی مخالفم و کاملاً مخالفم مورد بررسی قرار گرفت. پایایی پرسشنامه‌ی مورد نظر ابتدا با استفاده از نظرات ۲۰ داروساز بررسی شد و بر این اساس آلفا کرونباخ پرسشنامه ۰/۵۳ محاسبه شد. روایی پرسشنامه نیز با استفاده از نظرات دو نفر از اساتید اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید گردید. سپس به افراد مورد پژوهش که داروسازان عمومی شرکت‌کننده در برنامه‌های بازآموزی می‌باشند پرسشنامه تحویل داده شد. اطلاعات حاصل از پاسخنامه‌ها که بی‌نام بودند با استفاده از نرم‌افزارهای آماری موجود مورد ارزیابی قرار گرفت.

در مجموع، ۳۹۱ نفر به این پرسشنامه پاسخ دادند. از این تعداد ۲۲۸ نفر (۵۸/۳ درصد) زن و ۱۶۳ نفر (۴۱/۷ درصد) مرد بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۳/۱۵ ± ۴۲/۱۷

سال بود. از نظر محل کار داروسازان، ۸۷/۷ درصد در داروخانه، ۶/۴ درصد در شرکت داروسازی و ۵/۹ درصد در کارخانجات دارویی مشغول به کار بودند. میانگین سابقه‌ی کار این افراد ۱۰/۲۱ ± ۱۳/۶۳ سال بود. میانگین نمره‌ی کل افراد شرکت‌کننده در مطالعه در پاسخگویی به سناریو رعایت عدالت ۱/۵۸ ± ۳/۵ از ۵، رازداری ۰/۸۳ ± ۲/۰۰ از ۵، اتونومی ۰/۹۱ ± ۳/۲۸ از ۵، عدم اضرار ۰/۹۰ ± ۴/۲۰ از ۵ و در نهایت نمره‌ی کل ۵/۳۸ ± ۲۷/۸۶ از ۴۵ (حداکثر ۴۱ و حداقل ۱۳) بود.

از لحاظ آماری اختلاف معنی داری بین نگرش افراد به هر ۴ محور یاد شده وجود داشت که در این بین کم‌ترین نمره به محور رازداری و بیش‌ترین نمره به محور عدم اضرار اختصاص داشت.

بنابراین، به‌نظر می‌رسد آن‌چه در وهله‌ی اول بایستی مورد توجه کافی قرار بگیرد ارائه‌ی آموزش‌های لازم در زمینه‌ی تشخیص مشکل اخلاقی، مواجهه با آن و در نهایت اتخاذ تصمیم درست است، به‌ویژه در مواردی که حفظ رازداری بیماران در اولویت قرار دارد. علاوه بر این، انجام مطالعاتی مشابه در سایر گروه‌های داروسازی به ویژه متخصصان داروسازی صنعتی و داروسازی بالینی توصیه می‌شود؛ ضمن این‌که تدوین کد اخلاق در داروسازی از اهمیت خاصی برخوردار است.

تحقیقات در بخش اورژانس و مراقبت‌های ویژه

سیامک صبور^{۱*}، فریبا قاسمی^۲

۱- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

کارآزمایی‌های بالینی برای تعیین بهترین روش برای مراقبت از بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های ویژه و اورژانس دارند امری لازم است. درمان‌های فعلی برای شرایطی هم‌چون ایست قلبی، نارسایی تنفسی، آسیب مغزی پس از سوانح و حوادث، شوک هموراژیک و صرع پایدار و مقاوم به درمان، اغلب موفقیت‌آمیز نیستند، لذا بیماران با چنین شرایط تهدیدکننده‌ی حیات، تنها درمان‌های ناموفق یا درمان‌های با نتایج ثابت نشده‌ی علمی را دریافت خواهند کرد. لذا هدف این مطالعه بررسی علل لزوم انجام پژوهش‌هایی در این زمینه‌هاست.

در این مطالعه‌ی مروری مشخص گردید بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های ویژه و اورژانس دارند:

- ممکن است به‌طور بالقوه از تحقیقات بهره‌مند شوند. با این حال، چنین کارآزمایی‌هایی در این زمینه‌ها با معضلات اخلاقی همراه است، زیرا معمولاً از شرکت‌کنندگان در این‌گونه مطالعات امکان اخذ رضایت نامه آگاهانه وجود ندارد.
- علاوه بر این، چون درمان‌های موجود محدود بوده و بیماران دارای شرایط خاص هستند، معمولاً نمی‌توان جهت اخذ مجوز برای ثبت نام بیماران در پژوهش با آنان تماس گرفت.

هم‌چنین، قابلیت مشخص نمودن پیشاپیش افرادی که احتمالاً در آینده در چنین شرایطی قرار خواهند گرفت جهت اخذ رضایت نامه مبنی بر رضایت ایشان بر شرکت در مطالعات آینده وجود ندارد. با این حال، انجام پژوهش بر روی افراد، بدون دادن آگاهی کافی و اخذ رضایت نامه نیاز به توجیه خاصی دارد، چرا که ناقض اصل مهم و اخلاقی احترام به افراد است. در حقیقت چنین افرادی به‌طور ویژه آسیب‌پذیر می‌باشند چرا که: نه تنها قادر به دادن رضایت نامه آگاهانه جهت شرکت در پژوهش نمی‌باشند، بلکه حتی نمی‌توانند به‌طور فعالانه از شرکت در تحقیق امتناع ورزند. قرار دادن افراد در یک پژوهش بدون کسب اجازه آن‌ها ممکن است موجب اعتراض گروه‌هایی از مردم (مانند مردم فقیر) گردد چرا که در اثر تحقیقات پزشکی مورد تبعیض در مراقبت‌های بالینی قرار گرفته و بعضاً از عوارض آن مطالعات متضرر گشته‌اند.

* s.sabour@gmail.com

کرامت انسانی در قرآن

محسن رضایی آدریانی

دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

یکی از اصولی که در معارف اسلامی به راحتی می‌توان به آن دست یافت اصل کرامت انسانی است. خداوند متعال به جنس انسان خصیصه ای به نام «عقل» عطا نموده و او را مورد تکریم قرار داده است. در آیه کریمه‌ی ۷۰ از سوره‌ی مبارکه‌ی اسراء با عبارت: *وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ* به کرامت فرزندان آدم ابوالبشر اشاره می‌کند و این گرامی داشتن را به هیچ قیدی مقید نکرده است. با بررسی برخی از تفاسیر موجود از قرآن به نکات جالبی درباره‌ی این آیه‌ی کریمه برمی‌خوریم. از جمله این که کرامت را به دو دسته ذاتی و اکتسابی تقسیم می‌کنند. کرامت اکتسابی از راه «تقوا» و یا «شهادت در راه خدا» به دست می‌آید. برخی مفسرین با استناد به چهارمین و پنجمین آیات کریمه از سوره‌ی مبارکه‌ی علق، خداوند متعال را معلم انسان در به دست آوردن «کرامت» می‌دانند و انسان بر اساس این تعلیم دارای این کرامت می‌گردد. خداوند متعال اکرم است و چون که این انسان دانش آموخته‌ی حق تعالی است، او هم کریم می‌شود. از طرف دیگر، خداوند کریم این انسان کرامت یافته از محضر ربوبی را، خلیفه و جانشین خود گردانید. حال اگر این جانشین بر اساس فرمان آن مقام عالی و مستخلف عنه رفتار کند و این خلیفه امر ذات باری تعالی را بیان کند، این سرمایه یعنی کرامت وجودی خویش را حفظ کرده و شکوفا می‌نماید. اما اگر به جای آن که خلیفه‌ی خدا بماند، فرمان هوای نفس را پیروی کند این سرمایه را از کف می‌دهد و دیگر نمی‌توان او را دارای این گوهر گرانبه‌ای کرامت دانست. از طرف دیگر، اگر انسان دستورات الهی را رعایت نکند و به دنبال خواهش‌های نفسانی خویش برود و نفس انسانی خود را خدای خود قرار دهد، به دست خویش خود را از این مقام و مرتبت پایین می‌آورد و بنا بر تعبیر قرآن کریم به پایین‌ترین مرتبه و *أسفل السافلین* تنزل می‌یابد. در چنین شرایطی انسان حتی به جایی می‌رسد که از چهارپایان هم گمراه‌تر و پست‌تر می‌شود. اگر انسان به دست خود و با نافرمانی از اوامر الهی مورد اهانت الهی قرار گیرد کسی نمی‌تواند او را گرامی بدارد. از این جهت اگر انسان در مقام بندگی خدا نباشد کرامت وجودی خود را از دست می‌دهد و خود را در معرض خواری و رسوایی قرار می‌دهد. پر واضح است که اگر توانای مطلق، فرد ضعیفی همانند یکی از اینای بشر را خوار و ذلیل نماید، برای این بیچاره هیچ یاری‌گر و پناهی نخواهد بود.

مباحث اخلاقی تحقیق بر سلول‌های بنیادی جنین

فرناز شیشه‌گر^{*}، اکرم پیمان، زهرا عبدالرضا قره باغ

هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

استفاده از سلول‌های بنیادی جهت درمان بیماری‌های لاعلاج و همین‌طور بافت‌های صدمه دیده منجر به بروز بحث‌های زیادی از نظر اخلاقی، طبی و اجتماعی گردیده است. ایده‌ی استفاده از سلول‌های بنیادی روزنه‌ی امید برای بیماری‌ها و اختلالات ناتوان‌کننده ایجاد کرده است. در مطالعات سلول‌های بنیادی عموماً از جنین‌های انسانی که در IVF تولید شده و قابلیت حیات نداشته یا اضافی بوده‌اند استفاده شده است. به‌هر حال، استفاده از سلول‌های بنیادی این جنین‌ها این سؤال را در ذهن ایجاد می‌کند که آیا استفاده از جنین‌های اضافی موجود در IVF به معنای عدم احترام برای آغاز زندگی انسان است؟ اگرچه در بعضی از مناطق دنیا تحقیقات بر سلول‌های بنیادی جنین محدود شده اما این روش هنوز در بسیاری از کشورها انجام می‌شود و این حقیقتی است که متفکران را ملزم به بحث و وضع قوانین در سطح ملی و بین‌المللی جهت تحقیقات سلول‌های بنیادی می‌کند. همین‌طور وقتی معضلات اخلاقی در مورد سلول‌های بنیادی جنینی مد نظر قرار می‌گیرد، این سؤال پیش می‌آید که آیا راه‌هایی جهت به‌دست آوردن سلول‌های بنیادی وجود دارد که بتوانند راه‌حلی برای بحث‌های اخلاقی موجود باشند؟ هدف این مقاله‌ی مروری بررسی بحث‌هایی بر له و علیه استفاده از منابع سلول‌های بنیادی جنینی و امکان استفاده از جایگزین‌هایی برای تحقیق بر سلول‌های بنیادی است. این مقاله مروری سیستماتیک بر روی ۳۲ مطالعه‌ی مختلف به زبان انگلیسی در بین سال‌های ۲۰۱۰ - ۲۰۰۰ انجام شده است.

منازعات اخلاقی در این مبحث بیش‌تر بر پایه‌ی منبع مورد استفاده از سلول بنیادی و اساساً پاسخ به این سؤال است که چه وقتی زندگی انسان شروع می‌شود؟ مسلماً اگر شروع زندگی انسان از لحظه لقاح تصور گردد تحقیق روی سلول‌های بنیادی جنین باید ممنوع گردد در مقابل بعضی از محققان معتقد به شروع زندگی انسان از زمان تشکیل دستگاه عصبی مرکزی یا لانه‌گزینی بلاستوسیست هستند. بعضی از محققان معتقدند استفاده از سلول بنیادی جنین انسان و انهدام بلاستوسیست باقی مانده، غیر اخلاقی است. اما در مقابل در IVF به‌صورت معمول

* shishehgarf@yahoo.com

چندین تخمک بارور شده اما فقط یک یا دو عدد از آن‌ها به رحم انتقال داده می‌شود در واقع تعدادی از این تخم‌ها الزاماً نابود خواهند شد. پس اگر در این حالت از تخم‌های بارور شده اضافی به‌عنوان منبعی جهت کشت سلول‌های بنیادی (به منظور درمان بیماری‌های ناتوان کننده) استفاده شود، بیش‌تر اصول اخلاقی رعایت شده تا در حالتی که الزاماً نابود شوند. همان‌طور که در برنامه IVF در مقایسه با تولید مثل نرمال، تولید و تخریب جنین با هدف تولید یک جنین زنده و سالم پذیرفته و لازم تلقی می‌شود بنابراین، استفاده از سلول‌های بنیادی جنین اضافی نیز می‌تواند غیر اخلاقی نباشد.

منبع دیگر جهت استفاده از سلول‌های بنیادی، کلونینگ (انتقال هسته نوکلئوس سلول سوماتیک به داخل یک تخمک فاقد هسته) است از آن‌جا که سلول‌های موجود آمده در این روش فاقد پتانسیل تبدیل به جنین کامل هستند بعضی از محققان از کلونینگ درمانی حمایت کرده‌اند. اخیراً برای تولید سلول‌های بنیادی استفاده از سایر منابع (سلول‌های بنیادی افراد بالغ) مد نظر قرار گرفته است که البته از نظر علمی و کاربردی با محدودیت‌های زیادی توأم است.

مسلماً وقتی متفکران جوامع، از نظر اخلاقی به موضوع تحقیق سلول‌های بنیادی جنین نظر می‌افکنند باید فوائد و مسائل اخلاقی مرتبط با استفاده از سلول‌های بنیادی رامورد توجه قرار دهند. توجه به این امر که با این روش درمانی جدید امکان درمان بسیاری از بیماری‌ها وجود دارد در مقابل نگرانی‌های اخلاقی که در مورد مراحل بسیار اولیه یک تخم لقاح یافته وجود دارد باید به‌دقت و حساسیت از دیدگاه مذهب و عرف جامعه مورد بحث قرار گیرد. همین‌طور باید این نکته را در نظر داشت که با توسعه و تکمیل این مطالعات، امکان تئوریک و عملی دستیابی به سلول‌های بنیادی غیر جنینی وجود دارد و نهایتاً تغییر منبع سلول‌های بنیادی ممکن است منجر به کاهش مباحثات اخلاقی موجود شود.

واژگان کلیدی: سلول بنیادی جنین، اخلاق

بررسی جوانب اخلاقی کاربرد درمانی سلول‌های بنیادی

محمدرضا خرمی زاده*

هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

یک تعریف ساده از بیوتکنولوژی «به‌کارگیری علم و فناوری به‌منظور استفاده از تمام یا قسمتی از موجود زنده در جهت ارتقا سلامتی» است. بر این اساس، امروزه یکی از مهم‌ترین و امیدبخش‌ترین جنبه‌های کاربرد درمانی زیست فناوری استفاده از سلول‌های بنیادی برای درمان بیماری‌هایی که تاکنون لاعلاج و صعب‌العلاج به حساب می‌آمده‌اند شده است. و به‌همین دلیل از یک سو توجه گروه‌های مختلف اجتماعی اعم از دانشمندان و بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص، و از دیگر سو، سیاستمداران و برنامه‌ریزان پزشکی و بهداشتی را به خود جلب نموده است. دیگر خیلی عجیب به نظر نمی‌رسد که شاهد آگهی‌های روزافزون تبلیغاتی شرکت‌های تولیدی سلول‌های درمانی را در مورد اثر معجزه آسای این فرآورده‌ها در درمان طیف وسیعی از بیماری‌ها و اختلالات سلامتی باشیم. و اگر جنبه‌های درمانی دستکاری‌های ژنتیکی را که قرابت نزدیکی با مقوله‌ی سلول‌درمانی دارد به آن اضافه نماییم، این طیف باز هم گسترده ترمی‌شود.

طبعاً کاربرد درمانی سلول‌های بنیادین مانند هر فناوری دیگر شامل نقاط قوت و محدودیت‌های خود است. متأسفانه، آن‌چه در این زمینه کم‌تر به آن پرداخته شده اطلاع‌رسانی کافی به بیمار نیازمند یا فرد داوطلب دریافت و رعایت حقوق انسانی آن‌هاست. زمانی که اطلاعات عمومی و قوانین کنترل‌کننده کفایت ننماید، زمینه برای سودجویی فراهم می‌گردد و روزبه‌روز شاهد اخبار عجیب و گاهی تأسفبار در مورد سلول درمانی و ژن درمانی خواهیم بود. هم‌اکنون این جوانب در پوشش‌هایی مجذوب‌کننده مانند توریسم پزشکی سلول‌های بنیادی یا حتی پرورش اندام با استفاده از ژن درمانی که با اصطلاح «دوپینگ ژنتیکی» متداول گردیده در حال گسترش در بازار سرویس‌های درمانی است، بدون آن‌که اطلاعاتی در مورد مخاطرات و عوارض ناشی از آن به بیمار یا فرد داوطلب داده شود. در چه بیماری‌ها و چه مرحله‌ای از بیماری مجاز به استفاده از سلول‌های بنیادی هستیم؟ معیار انتخاب منبع سلولی و فرد دریافت‌کننده و چگونگی جلب رضایت چه می‌باشد؟ و مسأله‌ی حفظ حریم و این‌که چه

* khorami@yahoo.com

کسانی می‌توانند از روند درمان آگاه باشند؟ در صورت بروز نقص یا خطا چگونه می‌توان استیفای حقوق نمود؟ چه سازمان‌ها و مراجعی و با چه معیارهایی می‌توانند مجوز کاربرد سلول‌های درمانی را صادر نمایند؟ چه آزمایشات و مکانیزم‌هایی برای ارزیابی و کنترل کیفی کاربرد بالینی سلول‌های درمانی می‌باید وجود داشته باشد؟ در این سخنرانی تلاش خواهد گردید که در حد بضاعت علمی به این سؤالات و سؤالات مشابهی از این دست پرداخته شود با این امید که بتوان راهکارهای مؤثری برای گسترش موجه جنبه‌های کاربرد درمانی سلول‌های بنیادین در کشور عریزمان پیدا نمود.

پیشنهادات اخلاقی به منظور به حداقل رساندن آزار حیوانات آزمایشگاهی

مریم احمدی^۱، فاطمه توده دهقان^۲

۱- هیأت علمی، مؤسسه تحقیقات واکسن و سرم‌سازی رازی کرج بخش شیمی

۲- هیأت علمی، مؤسسه تحقیقات واکسن و سرم‌سازی رازی کرج بخش جانوران سمی

حیوانات نقش مهمی در تحقیقات و توسعه‌ی علمی دارند. محققان از آن‌ها برای منظورهای مختلفی هم‌چون: ارزیابی داروهای جدید، آموزش دانشجویان پزشکی و ابزار آزمایشگاهی برای روش‌های نوین جراحی استفاده می‌کنند. کار بر روی حیوانات آزمایشگاهی به‌عنوان اولین قدم تحقیقاتی برای آزمایش داروهای جدید و درمان‌های پزشکی برای انسان ضروری و حیاتی است. برخی از سازمان‌های جهانی معتقدند که برای حفظ حقوق حیوانات باید آن‌ها را از فرآیند تحقیق حذف نمود، در حالی که دیگر سازمان‌ها استفاده از حیوان را در تحقیقات پزشکی با توجه به حذف درد و آزار آن‌ها مجاز می‌دانند.

به‌نظر می‌رسد که به منظور جلوگیری از آزار و اذیت حیوانات باید: ۱- روش‌های کار با حیوانات اصلاح و بهینه‌سازی شود. ۲- تعداد حیوانات مورد استفاده در تحقیق به حداقل برسد. ۳- افراد تمام راهکارها و آموزش‌های لازم در جهت استفاده از حیوانات در آزمایشگاه‌ها را فراگرفته تا حیوانات مورد ظلم و ستم و درد و رنج قرار نگیرند. ۴- به‌طور جدی استانداردهای ملی تدوین و سازمان‌های ذیربط برای اجرای آن قوانین و دستورالعمل‌هایی را تصویب نمایند. و ۵. تمامی شناسنامه‌های پروژه‌های تحقیقاتی بر روی حیوانات باید دارای بندی مبنی بر الزام اخذ تأییدیه از کمیته‌ی حمایت از حقوق حیوانات باشد.

* maryam884@hotmail.com

استفاده از اهداکننده‌ی سالم انسانی در تولید سلول بنیادی با تزریق GCSF

مریم پورتولری*

دفتر پژوهش کانون بسیج جامعه پزشکی سازمان نظام پزشکی کرج

طیبیب مسلمان با سوگند در برابر قرآن کریم می‌باید از تضییع حقوق و خیانت به بیماران پرهیز کند. که هرکس انسانی را بدون ارتکاب فساد بکشد گویی همه‌ی انسان‌ها را کشته و هرکس انسانی را از مرگ رهایی بخشد گویی همه‌ی مردم را زنده کرده است. توسعه‌ی طب و پژوهش بر روی انسان این وظیفه را سنگین‌تر می‌نماید.

Filgrastim فاکتور رشد نوترکیبی است که از e coli گرفته شده و با مکانیسمی که به درستی شناخته نشده با تأثیر روی SDF1 و CXCR4 up-regulating تولید گرانولوسیت و stem cell و مهاجرت آن‌ها به خون محیطی را القا می‌کند. نگهداری، تزریق و رقیق کردن دارو شیوه‌ی خاص دارد و مطالعه روی کارسینوژن بودن آن انجام نشده است. عوارض شناخته‌شده‌ی دارو:

hypotension , skeletal pain , fever , loss of appetite , diarrhea , wbc > 100000 allergic reaction , ARDS, capillary leak syndrome , sweet syndrome , fatigue splenic rupture , alveolar hemorrhage ,clot formation, erythema nodosum lowering of platelet count, immune mediated neutropenia, headache, cutaneous vasculitis , anemia

و احتمال MDS, AML و عمل کردن به‌عنوان فاکتور رشد هرسلول تومورال... متأسفانه، پروسه‌ی اهدا سلول بنیادی به‌عنوان رفتاری ممنوع دوستانه بی‌هیچ خطر و عارضه جانبی معرفی شده است که در آن سلول‌های برداشت شده ظرف چند روز جایگزین می‌شود!! حتی با سوءاستفاده از دهنده‌ی انسانی نیز سلول بنیادی در صورت تکثیر در محیط سرمی تبدیل به سلول‌های مزانشیمی شده که قابلیت تمایز به سلول‌های رده‌ی خون‌ساز CD45 را دارد یعنی رده‌های CD34 و ACC133 که برای پیوند مناسب ترند را نخواهد داشت. در شرایط فعلی و با دانش روز تکثیر سلول بنیادی در شرایط آزمایشگاهی به هیچ وجه توصیه نشده است.

عدم جداسازی و تخلیص سلول بنیادی قبل از تزریق به گیرنده نیز سبب آسیب بافتی

* drpourtavalary@gmail.com

خواهد شد. کیت‌های جداسازی بالینی باید برای استفاده در انسان و از نوع بالینی طراحی شده باشد؛ کیت‌های ارزان قیمت موجود آزمایشگاهی اصلاً در مقاصد بالینی کاربرد ندارد و پیوند سلول‌های بنیادی استانداردهای بالاتری از فعالیتهای تحقیقاتی را طلب می‌کند. اصول اخلاقی تحقیقات بر سه اصل استوار است: احترام به افراد، سودبخشی و عدالت و انصاف.

رضایت‌نامه‌ی شفاهی این روش بر پایه‌ی تبلیغات ناسالم و ایجاد احساسات کاذب کسب می‌شود که معتبر نخواهد بود. این شیوه موجب تهدید حیات اهداکننده و بهره‌برداری ظالمانه از انسان بدون علت مشخص در پژوهشی است که اعتبار علمی کافی را ندارد که مخالف سوگند پزشکی و مغایر با اخلاق اسلامی و انسانی است.

آموزش اخلاق در انفورماتیک پزشکی

زهرا سادات آزاد*

دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی تهران

برنامه‌ها و دوره‌های دانشگاهی آموزش انفورماتیک پزشکی و تکنولوژی اطلاعات سلامت (HIT) در حال حاضر به سرعت در حال فراگیری است. بر اساس بررسی‌های پژوهشگر در میان ۱۴ کشور جهان از جمله ایران در مجموع ۵۴ دانشگاه به برگزاری این دوره‌ها در مقاطع گوناگون می‌پردازند. لازم به ذکر است کشورهایی که در زمینه‌ی آموزش انفورماتیک پزشکی فعال هستند محدود به این ۱۴ کشور نیست. همان‌طور که مشخص است موضوع کلی رشته انفورماتیک پزشکی طراحی توسعه، متدولوژی‌های پیاده‌سازی و ارزیابی سیستم‌های کامپیوتری و نرم‌افزارها، پایگاه‌های داده، شبکه‌ها و تکنولوژی‌های اطلاعات و ارتباطات (ICT) در ارائه‌ی خدمات پزشکی و درمانی است. در عمل انفورماتیسین‌های آموزش دیده با مسائل و موضوعات اخلاقی اجتماعی و قانونی بسیاری در راستای توسعه‌ی ابزارها و تکنولوژی‌های پیشرفته که با هدف افزایش کیفیت همه‌جانبه، کارایی و اثربخشی مراقبت از بیماران و مدیریت فرآیند درمان طراحی می‌شوند مواجه خواهند بود. این مسائل اخلاقی به حدی حایز اهمیت و توجه هستند که موفقیت در اجرای تکنولوژی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زیرا انفورماتیسین‌ها اغلب در جهت ایجاد واسطه‌های مبتنی بر فناوری میان بیمار و اطلاعات وی (سیستم‌های اطلاعاتی، پرونده الکترونیک سلامت، شبکه‌ها، پورتال‌ها و...) بیمار و ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی (تکنولوژی‌های بر بالین بیمار، اشکال مختلف تکنولوژی‌های ارتباط از راه دور در پزشکی) و نیز متخصصان مختلف سهیم در امر مراقبت (انواع سیستم‌های اطلاعاتی تخصصی هم‌چون سیستم اطلاعات آزمایشگاه، رادیولوژی و...) فعالیت دارند.

این چنین واسطه‌هایی، الگوهای ارتباطی حاکم میان بیمار و درمانگر و وظایف یا عملکردهای معمول تیم درمانی را دستخوش تحول می‌گرداند. در حالی که اصل نیاز بیماران به داشتن امنیت، رعایت حقوق انسانی، حفظ حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات و امثال آن‌ها در هر دوره زمانی و تحت هر شرایطی ثابت و غیر قابل تغییر است. به عبارتی، در حیطه‌ی انفورماتیک پزشکی باید به مباحث اخلاق پزشکی (ME) و اخلاق کامپیوتر (CE) که اولین بار

* azadm@razi.tums.ac.ir

در سال ۱۹۴۸ با آثار علمی وینر (Wiener) مطرح شد به طور هم‌زمان توجه نمود. به همین جهت بررسی مسائل اخلاقی پیش رو در کلیه‌ی فعالیت‌های انفورماتیکی حیطه‌ی سلامت، ارائه‌ی آگاهی‌های لازم پیرامون اخلاق حرفه‌ای متخصصان انفورماتیک پزشکی و یادگیری روش‌ها و راهکارهای موجود در این خصوص باید در بطن دوره‌های آموزشی آکادمیک این رشته گنجانده شود.

با این وجود در بررسی که توسط پژوهشگر انجام شد تعداد بسیار کمی از مراکز آموزشی آکادمیک اصول اخلاقی مرتبط با حرفه‌ی انفورماتیک پزشکی را به‌عنوان یک ماده‌ی درسی مجزا به فراگیران آموزش می‌دهد. لذا پژوهشگر سعی دارد در مقاله حاضر پس از بررسی جنبه‌های اخلاقی انفورماتیک پزشکی از دو مرجع مجموعه قوانین اخلاقی منتشر شده از سوی نهادهای ذی صلاح و مجموعه مقالات کارشناسان و صاحبه‌نظران انفورماتیک پزشکی به تعیین مهم‌ترین موضوعات مطرح جهت آموزش در رشته انفورماتیک پزشکی بپردازد.

واژگان کلیدی: آموزش اخلاق، آموزش انفورماتیک پزشکی، اخلاق پزشکی، اخلاق کامپیوتر، تکنولوژی ارتباطات و اطلاعات

سلامت خون در ایران از منظر حقوق اهدا کننده و گیرنده خون

حسن ابوالقاسمی

استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

میزان سالیانه‌ی اهدای خون کشور از ۱/۱۸۳/۶۳۰ واحد در سال ۱۳۷۷ به ۱/۸۳۰/۰۰ در سال ۱۳۸۸ افزایش یافته است. در طول این مدت میزان رشد اهدای خون حدود ۶۰ درصد بوده است. اهدای سالیانه‌ی خون در نواحی شمال غربی کشور ۱۳ اهداکننده از هر ۱۰۰۰ نفر بوده و بر خلاف آن در نواحی مرکزی کشور ۳۹ اهداکننده از هر ۱۰۰۰ نفر بوده است. اهدای خون داوطلبانه بدون چشمداشت مادی از ۷۷٪ در سال ۱۳۷۷ به ۱۰۰٪ در سال‌های اخیر رسیده است. گرچه جمع‌آوری خون از اهداکنندگان داوطلبانه بدون چشم داشت مادی، روش ایده آلی برای تهیه‌ی خون و فرآورده‌های خونی سالم است، اما بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله تمام کشورهای خاورمیانه هنوز قادر به تأمین خون مورد نیاز خود از طریق اهدا داوطلبانه نیستند و بیماران زیادی از جمله ۵۰۰ هزار زن در حین زایمان فقط به علت نرسیدن خون جان خود را از دست می‌دهند. با در نظر گرفتن این مسأله، ما باید در مورد بازگرداندن اهداکنندگان مستمر که در آن‌ها احتمال بیماری‌های عفونی منتقله از طریق خون کم‌تر است، بیش‌تر تحقیق و برنامه‌ریزی کنیم.

بررسی و ارزیابی میزان شیوع بیماری‌های ویروسی منتقله از طریق انتقال خون در میان اهداکنندگان خون، معیار ارزشمندی برای انتخاب اهداکننده و سلامت خون می‌باشد. این تحقیق، انواع عفونت‌های خونی را در میان اهداکنندگان ایرانی در طی ۴ سال ارزیابی می‌کند. در طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶، ۶,۴۹۹,۸۵۱ اهداکننده آلوزنیک جهت غربالگری ویروسی ارزیابی شدند.

تمام خون‌های اهدایی از جهت هیپاتیت B (HBV)، هیپاتیت C (HCV)، HIV و سیفلیس بررسی شدند و میزان شیوع آن‌ها در ۱۰۰,۰۰۰ خون اهدایی مورد ارزیابی قرار گرفت. شیوع کلی برای HBV ۵۶٪، HIV ۰/۰۰۴٪ و HCV ۰/۱۳٪ بوده است.

با وجود این‌که میزان شیوع HIV، هیپاتیت B و C در جمعیت عمومی ایران به ترتیب ۰/۱٪، ۰/۳٪ و ۱٪ رسیده ولیکن میزان شیوع آن در بین اهداکنندگان در طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ کاهش یافته است. در مورد میزان شیوع آنتی‌ژن سطحی هیپاتیت B از سال ۱۳۸۳ تا سال

۱۳۸۶ در میان خون‌های اهدایی کاهش چشم‌گیری مشاهده شد و مقدار آن از ۰/۷۳ درصد به ۰/۴۱ درصد رسید که البته بخشی از آن مرهون کاهش این عفونت در جامعه ایران است. در مورد شیوع HIV کاهش مختصری وجود دارد و مقدار آن در سال ۱۳۸۳ از ۰/۰۰۵ درصد به ۰/۰۰۴ درصد در سال ۱۳۸۶ کاهش یافت. در مورد میزان شیوع HCV نیز کاهش معنی‌دار دیده نشد به طوری که از ۰/۱۴ درصد در سال ۱۳۸۴ به ۰/۱۲ درصد در سال ۱۳۸۶ رسید. در مجموع میزان شیوع انواع عفونت‌های منتقله از طریق تزریق خون در اهداکنندگان ایرانی نشان داد که طی سال‌های اخیر اقدامات صورت گرفته جهت افزایش سلامت خون در ایران بسیار مؤثر بوده است.

از مجموع آمار و اطلاعات فوق چنین بر می‌آید که اقدامات سخت‌گیرانه‌ای در سازمان انتقال خون ایران در بخش انتخاب اهداکنندگان صورت می‌گیرد که از ورود افراد مشکوک به عفونت‌های HIV و هپاتیت C که متأسفانه در جامعه به‌علت شیوع اعتیاد تزریقی رو به افزایش است جلوگیری به‌عمل آید. از آنجایی که وظیفه‌ی سازمان انتقال خون ایران حفظ حقوق اهداکنندگان و گیرندگان خون به صورت هم‌زمان می‌باشد، لذا ممکن است افرادی که مایل به اهدای خون هستند در سازمان پذیرش نشوند و موجبات ناخرسندی آنان فراهم آید. از طرف دیگر، حفظ حقوق گیرنده‌ی خون ایجاب می‌کند که روش‌های دقیق جذب اهداکننده‌ی خون و تست‌های دقیق بر روی خون‌های اهدایی صورت گیرد که تعداد زیادی از افراد داوطلب و گاهی خون‌های اهدا شده از چرخه‌ی مصرف خارج می‌شود. اما اگر این روش سخت‌گیرانه در مراحل اهداء و انجام تست‌های غربالگری موجب شود که در دسترس بودن خون و فرآورده‌های خونی برای مردم مشکل شود و افرادی به علت نرسیدن خون و فرآورده‌های خونی دچار عوارض و مرگ و میر شوند و یا به علت هزینه‌های هنگفتی که برای سلامت خون و فرآورده‌های خونی می‌شود و بخش‌های دیگری از سلامت آسیب ببینند، حقوق بیماران در این‌جا رعایت نشده است. لذا تعادل بین سلامت خون و در دسترس بودن خون باید در هر کشوری از جمله کشور ما با توجه به شرایط همه‌گیری بیماری‌ها، اقتصاد سلامت و جمعیت اهداکنندگان از طرف سیاست‌گذاران سلامت مورد توجه قرار گیرد.

بررسی مقایسه ای عواقب اجتماعی و اقتصادی ناشی از بیماری‌های منتقل شونده از

راه خون در ایران و جهان

عبدالمجید چراغعلی، پیمان عشقی

مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران

ارزیابی مقایسه‌ای عواقب عفونت‌های منتقله از خون (TTI) در ایران و جهان نشان می‌دهد ایران در مقایسه با کشورهای توسعه یافته کم‌ترین شیوع بیماری‌های ویروسی ایدز و هپاتیت C را در میان دریافت‌کنندگان خون داشته است ولی گسترده‌ترین محدوده برخورد حقوقی و قانونی را از نظر مبلغ غرامت نسبت به درآمد سرانه ملی و نیز سرانه سلامت ملی؛ محدوده‌ی زمانی تخصیص غرامت و حق شکایت؛ نوع اتهام وارده و تعمیم تعقیب کیفری علیه مدیران دولتی را داشته است. ایران تنها کشور جهان است که علاوه بر پرداخت غرامت، کلیه‌ی هزینه‌های درمان ایدز و هپاتیت مبتلایان به TTI را جدا از سیستم موجود بیمه درمانی کشور به‌طور کاملاً رایگان پوشش می‌دهد و با وجود نیل به استانداردهای جهانی اهداء خون؛ تست‌های غربالگری، جمع‌آوری و ذخیره‌ی پلاسما محصولات خونی خود را از نظر TTI بیمه کرده است. هم‌چنین ایران جزو معدود کشورهای جهان است که متعاقب تشکیل پرونده حقوقی TTI صنعت بومی پالایش پلاسما خود را تعطیل کرده است و با چند برابر کردن واردات فرآورده‌های انعقادی اندکس مصرف این فرآورده‌ها در آن تا حد کشورهای توسعه یافته و به‌صورتی نامتوازن با درآمد ناخالص ملی و سرانه سلامت ملی افزایش یافته است.

این عدم توازن واضح بین عواقب یک پدیده با شیوع و اهمیت آن از یک سو و توانمندی‌های منابع مالی، نیروی انسانی و تجهیزات و فناوری‌های موجود در یک جامعه از سوی دیگر نیاز به بازنگری در مفاهیم حقوقی و قانونی قصور و تقصیر در امور پزشکی، تناسب خسارات مادی و معنوی با درآمد سرانه ملی، هزینه - اثربخشی اقدامات تشخیصی و درمانی؛ کلان‌نگری در سیاست‌گذاری سلامت و گسترش پزشکی جامع‌نگر و ضرورت برقراری رابطه سیستماتیک مستمر بین وزارت بهداشت، پزشکی قانونی و مراجع قضائی در غالب یک کمیسیون مشورتی کارشناسی عالی را گوشزد می‌کند.

اخلاق در انتقال خون

احمد قره‌باغبان

Ph.D ایمونوهما‌تولوژی بالینی - دانشیار معاون آموزشی و پژوهشی سازمان انتقال خون ایران

مقدمه

- ❖ اخلاق: مجموعه‌ای از ارزش‌های اخلاقی یا رفتاری
- ❖ اساساً اصول اخلاقی بدین منظور بررسی می‌شوند که ارزش‌های بایسته در قوانین، مورد نظر قرار گیرند.

تاریخچه

- ❖ اولین قانون رسمی مرتبط با علم اخلاق در انجمن بین‌المللی انتقال خون: سال ۱۹۸۰ میلادی
- ❖ اصلاحیه مجموعه قوانین مرتبط با علم اخلاق برای اهدا و انتقال خون: سال ۲۰۰۰ میلادی

طبقه‌بندی

مسائل اخلاقی در انتقال خون در ۳ دسته بررسی می‌شوند:

۱. مرتبط با اهداکنندگان خون
۲. مرتبط با دریافت‌کنندگان خون
۳. مرتبط با مراکز اهدای خون

مسائل اخلاقی اهداکننده

- ❖ اهدای خون به عنوان یک هدیه است و باید همیشه داوطلبانه صورت گیرد
- ❖ اخذ رضایت نامه
- ❖ اخطار نسبت به خطر احتمالی مرتبط با این روش
- ❖ مطابقت با استانداردهای پذیرفته شده بین‌المللی
- ❖ ناشناخته بودن اهداکننده و دریافت‌کننده‌ی خون
- ❖ محرمانه نگاه داشتن اطلاعات اهداکننده خون
- ❖ آموزش اهداکننده
- ❖ انتخاب اهدای خون تنها بر اساس معیارهای پزشکی و دوری از تبعیض
- ❖ معافیت اهداکننده به دلایل پزشکی که منجر به تامین خون سالم برای بیماران می‌گردد.

- ❖ جمع آوری خون با نظارت پزشکان آموزش دیده
- ❖ اهداکنندگان خون باید از هر گونه خطر احتمالی آگاهی داشته باشند.
- مسائل اخلاقی دریافت کننده
- ❖ وی باید از هر گونه احتمال ریسکی مطلع شده و راه‌های درمانی دیگری به غیر از دریافت خون به اطلاع وی برسد.
- ❖ اخذ رضایت نامه
- ❖ وی حق دارد که از پذیرفتن خون خودداری کند.
- ❖ تنها فراورده های خونی که از نظر بالینی لازمند باید تزریق شود.
- مسائل اخلاقی مراکز انتقال خون
- ❖ محرک های مالی نباید مبنای کار باشد.
- ❖ منابع خون برای همه مردم است و نباید در توزیع آن محدودیت قائل شد.
- ❖ حدالمکان باید از اتلاف خون جلوگیری کرد.
- تمام مراحل باید طبق استانداردها صورت گیرد.

ضوابط اخلاقی و توان بخشی

سیدعلی حسینی^{۱*}، حسن شاکری^۲، اشرف نوری^۳،

حمیدرضا خانکه^۴، محمدعلی حسینی^۵، کیانوش عبدی^۶

۱- معاون آموزشی و دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲- معاون پژوهشی و دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳- رئیس مرکز تحقیقات توانبخشی در حوادث و بلایا

۴- دبیر شورای پژوهشی مرکز تحقیقات توانبخشی در حوادث و بلایا

توان بخشی نقش مهمی در فرآیندهای مختلف درمان پس از طی دوران حاد بیماری‌ها ایفا می‌کند. به همین دلیل همواره در معرض چالش‌های مربوط به تصمیم‌گیری اخلاقی قرار دارد. این چالش‌ها در حوزه‌های بالینی، قانونی و سیاسی قابل بررسی است. بین معضلات اخلاقی در توان بخشی و مراقبت حاد پزشکی بایستی تفاوت‌هایی قائل شد. بسیاری از تعارض‌های اخلاقی به دلیل گوناگونی آرای عقاید، اصول و تئوری‌هاست. هر وجه این تعارض‌ها ممکن است برای همه‌ی متخصصان قابل دفاع باشد. همکاری متخصصان توان بخشی و پزشکی برای حل این تعارض‌ها در بخش سلامت مستلزم کفایت، التزام و میل متخصصان است.

تجزیه و تحلیل نقادانه معضلات اخلاقی که متخصصان به‌طور شایع در حرفه‌ی توان بخشی با آن روبه‌رو می‌شوند از ضرورت‌های فعلی در ایران محسوب می‌شود. تبیین و تدوین مبانی اصول اخلاقی در توان بخشی و ارتقای کمی و کیفی آموزش و پژوهش در زمینه‌های مختلف توان بخشی از رسالت‌های فعلی دست‌اندرکاران توان بخشی است.

در حال حاضر پژوهش‌اندکی در خصوص معضلات اخلاقی در زمینه‌ی توان بخشی؟؟؟؟ تیمی در حوزه‌ی سلامت تأثیر منفی می‌گذارد. از این رو علاوه بر ترغیب متخصصان به تحقیق در این حوزه تسهیلات ویژه‌ای باید در اختیار دست‌اندرکاران توان بخشی قرار گیرد. در ضمن لازم است ارتباطات و مبادلات فکری میان متخصصان ایران با سایر کشورها نیز گسترش یابد لازم به ذکر است دانشجویان توان بخشی در دوران آموزش‌های بالینی همواره با تعارض‌های اخلاقی روبه‌رو

* moazami2000@gmail.com

هستند که گنجایش آموزش ضوابط اخلاقی به صورت تئوری و عملی باید در رأس سیاست‌های آموزشی قرار گیرد. تعارض‌های اخلاقی چنانچه مورد غفلت قرار گیرد، علاوه بر مخدوش ساختن درمان و توان بخشی می‌تواند منجر به افزایش فشار روانی بر متخصصان گردد که همه‌ی این موارد هزینه‌های معنوی و مالی زیادی بر سیستم بهداشت و درمان وارد می‌کند.

موانع و انگیزاننده‌های گزارش خطاهای پرستاری در ایران: یک مطالعه کیفی

فاطمه هاشمی^{۱*}، علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۲، فریبا اصغری^۳

۱- هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲- هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

خطا در کادر پرستاری یک تهدید همیشگی برای ایمنی بیماران است. گزارش خطاهای حرفه‌ای برای ارتقای امنیت بیمار نه تنها در بیمارستان که در مراکز سرپایی مراقبت نیز امری اساسی و یک فعالیت ضروری محسوب می‌گردد. متأسفانه، پرستاران نیز مانند بسیاری از پرسنل تیم پزشکی بیش‌تر اشتباهات و خطاهای کاری خود را گزارش نمی‌کنند. هدف مطالعه‌ی حاضر تبیین موانع و انگیزاننده‌های گزارش خطاهای پرستاری از طریق کشف تجربیات پرستاران بالینی و مدیران پرستاری در خصوص این موضوع بود. این پژوهش یک مطالعه‌ی کیفی است که با مشارکت‌کنندگانی از دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شیراز انجام گردیده است. مشارکت‌کنندگان این پژوهش ۱۰۵ پرستار زن و ۱۰ پرستار مرد شاغل در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تخصصی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شیراز بودند. اطلاعات به کمک بحث گروهی نیمه سازمان یافته در ۱۶ جلسه جمع‌آوری و سپس بر اساس رویکرد تحلیل محتوای موضوعی (Thematic Content analysis) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. طبقات اصلی پدیدار شده در این مطالعه عبارت بودند از: الف) نگرش کلی پرستاران نسبت به خطاهای کاری (شامل: نگرش سنتی، مدرن و ترکیبی)، ب) موانع گزارش خطاهای پرستاری (شامل: عوامل مرتبط با پرستار، شدت خطای درک شده توسط پرستار، عوامل مرتبط با سازمان)، ج) انگیزاننده‌های گزارش خطا (شامل: عوامل مرتبط با پرستار، مربوط به خطا و مرتبط با سازمان). اصولاً گزارش خطاها اطلاعات فوق‌العاده گرانبهایی را برای پیشگیری از بروز خطاهای بعدی و ارتقای ایمنی بیمار فراهم می‌کند. در مجموع، با توجه به موانع و انگیزاننده‌های گزارش خطاهای پرستاری لازم است که قوانین و مقرراتی در این زمینه وضع شود و در آن قوانین نحوه‌ی آشکارسازی و گزارش‌دهی خطا و عناصر تشکیل‌دهنده‌ی آن‌ها از جمله خود خطا به‌طور واضح تعریف و تعیین گردند.

واژگان کلیدی: خطاهای پرستاری، ایمنی بیمار، موانع گزارش خطا، انگیزاننده‌های گزارش خطا

* hashemif@sums.ac.ir

نقش معیارهای کیفیت وب سایت‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی در رعایت اصول اخلاق پزشکی

فتانه سادات بطحایی^{۱*}، آسیه درویش^۲، علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۳

۱- کارشناس مسئول و سرپرست اداره روابط بین‌الملل و امور سمینارها، عضو بسیج جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- مربی دانشکده پرستاری و مامایی، عضو بسیج جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، عضو بسیج جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

از آن‌جا که اینترنت پل ارتباطی برای شکاف عظیم بین علوم پایه، آزمون‌های بالینی و سلامت عمومی است و فرصت اطلاع‌رسانی مؤثر مداخلات علوم رفتاری مؤثر در ارتقای سلامت را فراهم می‌آورد؛ اهمیت کیفیت اطلاعات ارائه شده در آن نکته مهمی است. اثر منفی اطلاعات نادرست و راهنمایی اشتباه ممکن است از تأثیر مثبت آن بیش‌تر باشد. لذا به منظور رعایت اصول اخلاقی ضروری است معیارهای تعیین‌کننده کیفیت وب سایت‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و نقش آن در رعایت اصول اخلاق پزشکی مورد توجه قرار گیرد.

این مقاله مطالعه‌ای کتابخانه‌ای و مروری است که ابتدا با اشاره به اهمیت خدمات بهداشتی اینترنتی و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در این‌گونه خدمات به‌عنوان ابزاری برای رعایت حقوق بیمار و ارتقای کیفیت خدمات؛ به بازبینی و مطالعه‌ی معیارهای تعیین‌کننده کیفیت وب سایت‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی می‌پردازد. در انتها با اشاره به نقاط ضعف و تسهیل‌کننده‌های رعایت اصول اخلاق پزشکی به ارائه‌ی راهکارهای پیشنهادی می‌پردازد.

اینترنت به‌عنوان یک رسانه، از طریق تسهیل اطلاع‌رسانی، در حیطه‌های مختلف پیشگیری، درمان و توانبخشی و متعاقب آن در ارتقای سلامت تأثیر بسزایی دارد. برای ارتقای کارایی؛ مداخلات اینترنتی باید کم‌هزینه، مؤثر، قابل دسترسی و برای جوامع هدف بزرگ تدوین شوند. رعایت اصول اخلاق پزشکی و حقوق مددجویان نیازمند ارتقای کیفیت خدمات اینترنتی است. مطالعات نشان داده برای تعیین کیفیت ارائه‌ی خدمات بهداشتی اینترنتی وب سایت‌ها باید معیارهای شفافیت و صداقت، اعتبار، محرمانگی، به‌روز رسانی اطلاعات، پاسخگو بودن، دسترسی آسان، بهره‌ور بودن و اصول استاندارد را رعایت نمایند.

* bathaeif@tums.ac.ir

سیاست‌گذاران و کارکنان حیطه‌ی سلامت عمومی و افراد خبره‌ی علمی، باید برای متقاضیان این‌گونه خدمات، ابزاری با کیفیت بالا و برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی مبتنی بر شواهد در اینترنت فراهم کنند و مردم را به استفاده از ابزارهای موجود راهنمایی نمایند.

راهکارهای پیشنهادی در این زمینه را می‌توان به‌صورت زیر خلاصه نمود:

- ارتقای سواد سلامت الکترونیکی مردم و گروه درمان
 - معرفی سایت‌های معتبر خدمات بهداشتی الکترونیکی از طریق رسانه‌های مختلف
 - ارتقای کیفیت سایت‌ها و وبلاگ‌های اطلاع‌رسانی
 - تجهیز خانه‌ها و مراکز درمانی و خانه‌های بهداشت به اینترنت پر سرعت
 - افزایش امنیت اطلاعات گروه‌های روی خط با رمزگذاری
 - راهنمایی و تشویق مردم به استفاده از این خدمات، توسط گروه درمان
- ارتقای اعتبار از طریق نظارت مرجع معتبر

خطاهای دارویی پرستاران و ارتباط آن با برخی مشخصه‌های فردی و سازمانی

فاطمه حاجی بابایی^۱، سودابه جولایی^{۲*}، حمید پیروی^۳، حمید حقانی^۴

۱- مربی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد مسجد سلیمان، عضو مرکز تحقیقات

مراقبت‌های مادر و کودک (پرستاری و مامایی) دانشگاه همدان

۲- هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی و مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری

دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳- هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

۴- هیأت علمی دانشکده‌ی علوم پزشکی ایران

اجرای دستورات دارویی بخش مهمی از فرآیند درمان و مراقبت از بیمار و جزء اصلی عملکرد پرستاران محسوب می‌گردد و در این میان، ایمنی بیمار نقشی برجسته دارد. از آنجایی که پرستاران به‌طور مستقیم با مسأله‌ی مرگ و زندگی انسان‌ها سروکار دارند، موظفند اصول حرفه‌ای از پیش تعیین شده را در مراقبت از بیماران به‌کار بندند. خطاهای بالینی، از چالش‌های تهدیدکننده‌ی نظام سلامت در تمامی کشورها بوده که خطاهای دارویی از شایع‌ترین این خطاهاست. خطاهای دارویی پرستاران می‌توانند تأثیرات منفی بر بیماران، پرستاران و سازمان‌ها گذاشته و منجر به کاهش کیفیت مراقبت گردند. این خطاها پیامدهای ناگواری چون افزایش مرگ و میر بیماران، افزایش طول مدت بستری و افزایش هزینه‌های درمانی را در بردارند. هدف از انجام این مطالعه تعیین وقوع خطاهای دارویی پرستاران و ارتباط آن با برخی مشخصه‌های فردی و سازمانی آنان بود.

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی است که بر روی ۲۸۶ پرستار در بخش‌های داخلی، جراحی، ارتوپدی، زنان و زایمان بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای چند مرحله‌ای (stratified multi-stage sampling) انتخاب شده بودند، در بین سال‌های ۸۸-۱۳۸۷ انجام گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کروسکال والیس، آنالیز واریانس یک‌طرفه و t مستقل انجام شد. نرم‌افزار مورد استفاده در این پژوهش SPSS ویرایش

* sjoolae@yahoo.com

۱۴ بود.

میانگین وقوع خطاهای دارویی پرستاران در عرض سه ماه در بخش‌های مورد مطالعه برای هر پرستار ۱۹/۵ مورد بوده است. در بین مشخصه‌های فردی و سازمانی، دو متغیر «جنسیت» و «گذراندن کلاس آموزشی در زمینه‌ی دارو دادن» ($P < ۰/۰۰۰$) با وقوع خطای دارویی ارتباط معنی‌دار داشت. بدین صورت که پرستارانی که کلاس آموزشی در زمینه‌ی دارو دادن نگذرانده بودند و هم‌چنین مردان، بیش‌تر مرتکب خطای دارویی شده‌اند. «دادن چند داروی خوراکی باهم» شایع‌ترین خطای دارویی در این مطالعه بود.

تفاوت زیاد در میانگین وقوع خطاهای دارویی پرستاران در این مطالعه با یافته‌های مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر ممکن است ناشی از مشکلات و کمبودهای موجود در پرستاری ایران از جمله کمبود نیروی انسانی به نسبت استاندارد در سیستم ارائه‌ی خدمات سلامت، عدم نظارت دقیق بر فرآیند دارویی و عدم وجود سیستم مشخص ثبت و گزارش‌دهی صحیح خطاها باشد که ضرورت توجه بیش‌تر مسؤولان و مدیران پرستاری به این موضوع مورد تأکید قرار می‌گیرد. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باید به‌منظور کاهش این خطاها، به شناسایی علل وقوع و به کاربردن راهبردهایی جهت کاهش آن‌ها بپردازند.

واژگان کلیدی: خطای دارویی، پرستاران، دارو دادن

مضامین اخلاقی معنوی در مراقبت پرستاری: یک مطالعه‌ی کیفی

غلامرضا محمودی شن^۱، فاطمه الحانی^{۲*}، فضل اله احمدی^۲، انوشیروان کاظم نژاد^۳

۱- دانشجوی دکتری آموزش پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

۲- هیأت علمی گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

۳- هیأت علمی گروه آمار دانشگاه تربیت مدرس

اخلاق عملی متکی بر تئوری‌ها و فلسفه‌هایی است که در درجه‌ی اول چارچوبی را برای فرد فراهم می‌کند تا بایدها و نبایدهای خود را در آن قلمرو معنی و جهت دهد. چارچوب هدف‌دار و با معنای معنویت محوری از نوع خداباوری، اخلاق دین‌محور را تقویت می‌کند و موتور محرکه‌ای برای ارائه‌ی خدمات پرستاری صادقانه و مسؤولانه می‌شود. بنابراین، تعیین مضامین اخلاقی مبتنی بر معنویت دینی از موارد مهمی است که مایه‌ی آرامش پرستار و تقویت کیفیت مراقبت پرستاران می‌گردد.

این مطالعه‌ی کیفی، از نوع تحلیل محتوی است و مشارکت‌کنندگان تحقیق ۲۰ پرستار بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند، داده‌ها با مصاحبه‌ی عمیق و بدون ساختار جمع‌آوری گردید و با رویکرد تحلیل محتوای استقرایی تجزیه و تحلیل شد. داده‌های تحقیق به‌صورت واحدهای معنی تقسیم، فشرده‌سازی، خلاصه شدند؛ و سپس طبقات فرعی استخراج، و نهایتاً طبقات اصلی یا تم‌های نهایی انتزاع شد. مقبولیت و عینیت داده‌ها با تلفیق در جمع‌آوری داده‌ها، بازبینی مشارکت‌کنندگان و همکاران تحقیق انجام شد. مطابق دیدگاه پرستاران، اخلاق معنوی سه درونمایه‌ی اصلی داشت:

- ۱- غایت‌مداری معنوی شامل: طبقات فرعی رضای خداوند، قرب خداوند، رضای بیمار به‌عنوان برترین مخلوق؛
- ۲- پویایی منابع / منشأ شامل: طبقات فرعی نگاه معنوی به حرفه، حس ناظر مقتدر، اعتقاد به پاداش مادی و معنوی؛
- ۳- پیامد اخلاق معنویت‌مدار شامل: طبقات فرعی: جلب اعتماد بیمار، رعایت حقوق دیگران، انجام کار خالصانه، رابطه‌ی عاطفه‌مدار، فداکاری، صبر و تحمل، احساس تعالی، مسؤولیت‌پذیری دین‌باورانه، اجتناب از تبعیض.

* alhani_f@modares.ac.ir

نتایج این مطالعه دیدگاه پرستاران دین‌باوری را نشان می‌دهد که پشتوانه‌ی اصول اخلاق حرفه‌ای، رضای خداوند و دریافت پاداش از خداوند است. این نگاه جریان پویایی را ایجاد می‌کند که کم و کاستی‌های محیط کاری سبب دلسردی و بی‌انگیزگی آن‌ها نمی‌گردد. وظایف خود را به درستی انجام می‌دهد، احساس مسؤلیت می‌کند، حقوق دیگران را رعایت می‌کند رابطه حرفه‌ای دوستانه و با عاطفه با بیمار برقرار می‌کند، چون فقط برای رضای بیمار و سیستم مراقبت نیست بلکه حاکمیت بزرگ‌تری به نام خداوند می‌بیند که او را از خطا باز می‌دارد و توان و انرژی می‌بخشد تا با آرامش به رعایت اصول اخلاقی و حتی فراتر از آن «فداکارانه» مراقبت کند.

واژگان کلیدی: اخلاق، معنویت، اخلاق معنویت مدار، مراقبت پرستاری

بررسی وقوع و گزارش خطاهای دارویی در دانشجویان پرستاری

اسمعیل محمدنژاد^۱، سیمین رنجبران^۲، احمد شمسیان^۲، مژگان شهریاری^۲، امیر سالاری^۳، حسین زاغری^۲، رحمت میرزایی^۲، سامان فعلی مقدم^۲، هاشم اسماعیل بیگی^۲، سیده رقیه احسانی^۲

۱- کارشناس ارشد آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- کارشناس ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

اشتباهات دارویی شایع‌ترین نوع خطاهای پزشکی به‌شمار می‌آیند که امروزه به علت شیوع زیاد و خطرات احتمالی برای بیماران از آن به‌عنوان شاخصی برای تعیین میزان امنیت بیمار در بیمارستان‌ها استفاده می‌شود. بروز اشتباهات دارویی می‌تواند مشکلات جدی را در سلامت عمومی به‌وجود آورد. دادن دارو احتمالاً خطرناک‌ترین وظیفه‌ی پرستاری به‌شمار می‌آید که اشتباهات ناشی از آن ممکن است پیامدهای نامطلوبی برای بیمار داشته باشد که این اشتباهات می‌تواند مشکلات جدی در کار پرستاران ایجاد نماید. این مطالعه با هدف بررسی اشتباهات دارویی دانشجویان پرستاری انجام گرفت.

این پژوهش در بخش‌های اورژانس، داخلی، جراحی و قلب به‌صورت توصیفی - مقطعی یک گروهی انجام شد. در این مطالعه ۷۸ دانشجوی پرستاری ترم‌های شش، هفت و هشتم پرستاری بروش سرشماری انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی خود ساخته دو قسمتی استفاده شد. پس از تهیه پرسشنامه و تعیین اعتبار و پایایی آن بین واحدهای مورد پژوهش توزیع و پس از جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS با ویرایش ۱۶ و آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شد.

در ۱۷/۹ درصد از دانشجویان اشتباهات دارویی رخ داد که اکثر آن‌ها یک‌بار (۴۲/۸۵ درصد) مرتکب اشتباه دارویی شدند. در مجموع ۳۷ مورد اشتباه دارویی رخ داد، ۴۶/۶ درصد از واحد مورد پژوهش اشتباه دارویی در شرف وقوع را به مربی یا پرستار بخش گزارش کردند. شایع‌ترین نوع اشتباهات دارویی گزارش شده شامل مقدار دارو، داروی اشتباه و سرعت انفوزیون بود. بیش‌ترین اشتباهات دارویی در بخش اورژانس رخ داده است و شایع‌ترین دارویی که در مورد آن اشتباه صورت گرفته به ترتیب آسپیرین، هپارین و سفازولین بوده است. اکثر

اشتباهات دارویی در تزریقات دارویی وریدی (۵۱/۳۵ درصد) رخ داده است شایع‌ترین علل اشتباهات دارویی) اشتباه وارد کردن دارو در کاردکس دارویی و عدم توجه به دوز دارو در کاردکس یا پرونده گزارش شد.

احتمال بروز خطاهای دارویی در دانشجویان پرستاری زیاد است که نیازمند تغییر و اصلاح فرآیند آموزش و نظارت و کنترل دقیق‌تر مربیان است، اگر چه بیش‌تر این خطاها جزئی بوده و ممکن است موجب آسیب بیماران نشود اما به هر حال اشتباهات دارویی نیازمند نظارت بیش‌تر مربیان در ترم‌های بالا می‌باشد. گزارش‌دهی اشتباهات دارویی می‌تواند باعث بهبودی ایمنی بیماران شود و باید مربیان پرستاری یک واکنش مثبت در مقابل گزارش‌دهی اشتباهات دارویی در دانشجویان پرستاری داشته باشند و با تحلیل علت و معلول آن را در جهت مدیریت بهتر خطاهای ایجاد شده بدانند.

واژگان کلیدی: اشتباهات دارویی، دانشجوی پرستاری، گزارشات، ایمنی

تأثیر استرس بر تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاری

مریم عزیزی^{*}، مریم شیری

کارشناس ارشد پرستاری

استرس به‌عنوان بیماری قرن بیستم شناخته شده و نوعی از تعامل بین فرد با محیط پیرامونی وی می‌باشد. عوامل تنش‌زا دارای پتانسیل آسیب به سلامت فرد هستند، و استرس را می‌توان یک تهدید روان‌شناختی در نظر گرفت.

امروزه، از پرستاران انتظار می‌رود مراقبت سلامتی شایسته‌ای را در محیط‌های مراقبت بهداشتی که در حال تغییر مداوم هستند، ارائه‌دهند. تغییراتی که در سال‌های اخیر در سیستم مراقبت بهداشتی ایجاد گردیده، مثل استفاده از دستگاه‌های جدید و توجه به مسائلی مانند رضایت آگاهانه، باعث افزایش نیاز به مراقبت بهداشتی شده است.

در نتیجه، استرس موجود در محیط کاری، به‌ویژه برای پرستاران، افزایش می‌یابد. شش منبع استرس در محیط کار برای پرستاران عبارتند از: بار کاری، رابطه با سایر کارکنان بالینی، موضوعات مربوط به مدیریت و رهبری در محیط کار، نیازهای عاطفی ایجاد شده در اثر مراقبت، کار شیفتی، و فقدان یا کمبود پاداش‌هایی که دریافت می‌شود. استرس نقشی نیز، که مفهومی جدید بوده و در نتیجه‌ی عدم ارضای انتظارات از شغل ایجاد می‌شود، از عوامل فزاینده‌ی چنین استرسی است. استرس شغلی مداوم و رفع نشده به محرومیت هیجانی و فرسودگی شغلی منتهی می‌شود.

فرسودگی شغلی سندرمی است که علائم آن عبارتند از: خستگی هیجانی، زوال شخصیت، و کاهش موفقیت شخصی. در نهایت، چنین سندرمی، به کاهش کیفیت و کمیت مراقبت پرستاری منتهی شده و پیامدهای نامطلوبی به همراه خواهد داشت.

اخلاق، به معنای استانداردهایی است که راهنمای عمل افراد در مواجهه با دیگران می‌باشد. عملکرد اصلی استانداردهای اخلاقی، کمک به ما در درک رفتارهای درست و نادرست در شرایط مختلف است. تصمیم‌گیری اخلاقی، استفاده از فرآیندها و نظریات اخلاقی در یک محیط واقعی است. تصمیم‌گیری اخلاقی در محیط بالینی، بخشی ضروری از حرفه‌ی پرستاری است. بنابراین، یکی از اهداف مهم آموزش پرستاری و نیز پرستاری به‌عنوان یک حرفه، ارتقای

* mraziziasl@yahoo.com

ظرفیت‌های تصمیم‌گیری در پرستاران است. شش استاندارد اخلاقی وجود دارند که پایه‌ی فلسفه اخلاق بوده و عبارتند از: استقلال، سودمندی، آسیب نرساندن، عدالت، راست‌گویی، و احترام به خلوت بیمار و فاش نکردن اسرار وی. در این مقاله، تلاش شده تا تأثیر استرس بر تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاران شناسایی شده و راهکارهایی جهت کاهش این تأثیر پیشنهاد شود.

بررسی نگرش زوجین نابارور و کادر درمانی مراکز ناباروری نسبت به پدیده‌ی

ناباروری و مسائل اخلاقی و حقوقی روش‌های کمک باروری

افشین فرهانچی^{۱*}، زهره رحیمی^۲، مریم داوودی^۳

۱- مدرس اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی و مدیر بهبود کیفیت

۳- هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان

چنانچه در جامعه فشار اجتماعی برای داشتن فرزند و جایگاه ویژه‌ی آن بسیار قابل توجه باشد می‌تواند منجر به بروز مشکلات روانی، فیزیکی و اجتماعی برای زوجین نابارور گردد. اگر داشتن فرزند یک عنصر هویتی و یک ابزار قدرت دهنده در خانواده و اجتماع محسوب گردد. انتظار می‌رود با نداشتن توان فرزندزایی زوجین نابارور دچار آسیب‌های شخصیتی و اجتماعی زیادی گردند. این زوجها مستعد ابتلا به برخی از بیماری‌های روانی یا ابراز رفتارهای به دور از اخلاق و منطق می‌گردند که در طول زمان به مشکل آنان دامن خواهد زد. در عین حال برخورد افراد نسبت به روش‌های علمی حل مسأله چه از سوی ارائه‌دهندگان و چه از سوی مصرف‌کنندگان خدمات می‌تواند مسیر اجتماعی جریان مواجهه با ناباروری را تعیین کند و الگوی نگرشی و تربیتی جامعه با فرزندان حاصل از این روش‌ها را رقم بزند.

حال این سؤال مطرح است که: نگرش زوجین نابارور و کادر درمانی مراکز ناباروری نسبت به مسائل اخلاقی و حقوقی روش‌های کمک باروری چگونه است؟ هدف ما در این مقاله این است که ببینیم، نگرش زوجین و نگرش کادر درمانی نسبت به ناباروری چیست و از دیدگاه آنان تا چه حد همسو و یاری دهنده‌ی روش‌های کمک ناباروری است یا چه موانع فرهنگی و نگرشی بر سر راه متولیان ارائه‌ی خدمات کمک ناباروری و گیرندگان این خدمات وجود دارد؟ و از همه مهم‌تر این که زوجین و کادر درمانی چه حقوقی را برای فرزندان متولد شده با استفاده از ابزارهای نوین قائلند؟ در این تحقیق برای رسیدن به سؤالات فوق پرسشنامه‌هایی طراحی گردید و به‌صورت مجزا در اختیار زوجین نابارور و کادر درمانی قرار داده شد. در این پرسش‌نامه‌ها علاوه بر سؤالات عمومی در رابطه با نگرش این افراد به مقوله تولید مثل و باروری، در رابطه با مسائل اخلاقی و حقوقی مرتبط با فرزندان متولد شده نیز سؤالاتی پرسیده شد. سپس

* farahanchi@umsha.ac.ir

پاسخ‌ها آنالیز و تحلیل گردید و با مطالعات مشابه مقایسه گردید. خانواده به‌عنوان کوچک‌ترین نهاد اجتماعی به نوعی سازنده‌ی هویت جامعه است. نگرش اعضای خانواده نسبت به تعریف و عناصر تشکیل دهنده‌ی خانواده از جمله بودن یا نبودن فرزند، هم‌چنین روش‌های کنار هم قرار گرفتن این عناصر از جمله روش‌های فرزندآوری می‌تواند تعیین کننده بروز رفتارهای سالم و سازگارانه با مسائل پیش رو از جمله ناباروری باشد. ما لازم می‌دانیم که زوجین و متولیان سلامت جامعه به اطلاعات، آگاهی و بینش لازم و کافی در مورد پدیده‌ی ناباروری و روش‌های درمان آن دست یابند. چرا که از سویی سلامت روان و احساس هویت زوجین که به‌عنوان یک نهاد خرد اجتماعی بسیار حائز اهمیت می‌باشد در گرو کشف و درک موضوعاتی چون باروری و فرزندزاییست و از سوی دیگر موفقیت در به‌کارگیری روش‌های کمک باروری که از بوجد آمدن یک فرزند از منظر زیست شناختی آغاز می‌گردد و به هدایت این گونه فرزندان با روانی سالم و هویتی محکم و خدشه ناپذیر به جامعه خاتمه می‌یابند وابسته به اصلاح باورها و نگرشهای تک تک افراد جامعه است که سیستم درمانی و قوانین مربوطه در حال حاضر مهم‌ترین بخش در راستای نیل به این مهم هستند.

طی تحلیل به عمل آمده از روی پرسش‌نامه‌ها مشخص گردید که لازم است فضای مناسب برای ارائه‌ی اطلاعات و آگاهی در راستای شناساندن پدیده‌ی ناباروری و روش‌های بدیع کمک باروری برای هر زوجی و نیز برای تمامی دست‌اندرکاران و متولیان اعمال روش‌های کمک باروری به‌وجود آید تا زمینه برای هدایت جامعه به‌سوی مواجهه‌ای عقلایی‌تر و به‌کارگیری راهبردهایی به مراتب سالم‌تر و با بهره‌وری بالاتر فراهم گردد. و از طرفی لازم است مباحث حقوقی و اخلاقی مرتبط، قبل از اقدام به استفاده از این روش‌ها کاملاً بررسی گردد و اطمینان کافی از درک آن‌ها توسط زوجین به‌وجود آید.

واژگان کلیدی: زوجین نابارور، کادر درمان ناباروری، ناباروری، مادر جایگزین، اهدا جنین، تخمک و اسپرم، مسائل اخلاقی و حقوقی روش‌های کمک باروری، روش‌های کمک باروری

کدهای اخلاقی و کاربرد آن در حفظ حقوق زنان در مراقبت مامایی

محمد آقاجانی^{*}، ندا میرباقر، زهرا راحمی، مریم سادات شهشهانی

هیأت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان

ماماها به‌عنوان یکی از اعضای تیم سلامت، مسؤؤل ارائه‌ی مراقبت با کیفیت مناسب و منطبق با استانداردهای اخلاقی هستند. با توجه به مسؤولیت‌های اساسی ماماها در ارائه‌ی مراقبت از زنان هم‌چون تصمیم‌گیری حرفه‌ای، برقراری ارتباط مؤثر، رعایت حریم شخصی و شأن و مقام، عدالت، رازداری، احترام به حقوق بیماران ذات و ماهیت جدانشدنی در این حرفه است.

هدف از این مطالعه تبیین کدهای اخلاقی انجمن بین‌المللی مامایی (ICM)، اهمیت کدهای اخلاقی در مراقبت مامایی و لزوم توجه به زمینه‌ی فرهنگی و آموزه‌های دینی در جامعه‌ی ایران است.

این مطالعه از طریق مرور سیستماتیک در زمینه‌ی اخلاق در مامایی صورت گرفته است. کدهای اخلاقی در مامایی موجب توانمند شدن ماماها در حفظ تمرکز بر روی زنان، به‌عنوان هسته مرکزی مراقبت سلامتی می‌شوند. این کدها می‌توانند دستورالعمل‌هایی برای ماماها درباره‌ی روابط اخلاقی شان، مسؤولیت‌ها، رفتارها و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی ارائه کنند. هم‌چنین سایر حرفه‌های سلامت و اعضای تیم درمان را نسبت به تعهدات اخلاقی ماماها آگاه می‌سازد و در مجموع پایه‌های اخلاقی حرفه را برای ارائه‌ی مراقبت مامایی جامع، ایمن و با کیفیت که هدف متعالی مامایی است فراهم می‌نماید. کدهای اخلاقی ماماها، تضمین‌کننده عمل مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای می‌باشد و انجام مراقبت بر اساس این اصول به سلامت و رضایتمندی مددجویان کمک خواهد کرد. این کدها نه تنها باعث رشد حرفه از درون شده، بلکه با رشد اجتماعی حرفه منجر به بهتر شدن تصویر حرفه در جامعه خواهد شد. رعایت کدهای اخلاقی در امر مراقبت منبع اصلی برای رفتار حرفه‌ای - اخلاقی ماماهاست.

واژگان کلیدی: اخلاق، حقوق، مراقبت مامایی

* aghajani1362@yahoo.com

تبیین پارامترها و برنامه‌های راهبردی اخلاق بالینی در نظام جامع سلامت

لادن عباسیان^۱، محمود عباسی^{۲*}

۱- عضو شورای مرکزی کمیته اخلاق و معنویت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- مدیر گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اخلاق پزشکی را می‌توان حول سه محور اساسی اخلاق در آموزش، اخلاق در پژوهش و اخلاق در درمان یا اخلاق بالینی در هر یک از مراحل مختلف آغاز زندگی، در طول زندگی، پایان زندگی و پس از مرگ مورد مطالعه قرار داد. هر چند اخلاق پزشکی بر تمام شئون علم پزشکی ساری و جاری است اما برخلاف گذشته که اخلاق پزشکی صرفاً به رابطه‌ی بین پزشک و بیمار می‌پرداخت از دهه هفتاد میلادی به این سو با گسترش روزافزون فناوری‌های نوین زیست پزشکی و طرح مسائل مستحدثه‌ی پزشکی تحول چشمگیری در این زمینه ایجاد شده که از موضوعات مورد مطالعه‌ی اخلاق پزشکی است.

اخلاق بالینی به‌عنوان یکی از محورهای اساسی اخلاق پزشکی که به تبیین قواعد اخلاقی حاکم بر رابطه‌ی پزشک و بیمار و مسائل مستحدثه‌ی ناشی از فناوری‌های نوین زیست پزشکی می‌پردازد، جامعه‌ی پزشکی را با طیف وسیعی از مسائل اخلاقی رو به رو ساخته است که آزمایش‌های تجربی، ژنتیک، پیوند اعضا، قتل ترحم آمیز، معاینات بالینی، توزیع عادلانه‌ی خدمات پزشکی، جراحی‌های نادر و پرهزینه، اعلان خبر بد، باروری‌های پزشکی، ارائه‌ی اطلاعات لازم به بیماری که در جریان معالجه و درمان قرار دارد، از جمله‌ی آنهاست. اولین تلاش‌ها به منظور توجه به اخلاق بالینی در آمریکا و کانادا آغاز شد و به تبع آن اکنون فعالیت‌های مشابهی در کشورهای غربی، اروپای مرکزی و ژاپن در حال انجام است. در واقع توجه به اخلاق بالینی در بسیاری از نقاط جهان گسترش یافته است که از آن جمله می‌توان به آمریکای جنوبی و مرکزی، اروپای شرقی و بخش‌هایی از آسیا و آفریقا و ایران اشاره کرد. فعالیت‌هایی که در زمینه‌ی اخلاق بالینی انجام می‌شود عبارتند از: بررسی و تنظیم سیاست‌های راهبردی، آموزش اخلاق، انجام مشاوره‌های اخلاقی برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی، بیماران، خانواده‌ها، نهادها و سازمان‌های بیمه و درمانگر. اخلاق بالینی باید دنیای واقعی را که در آن اخلاقیات اعمال می‌شود مدنظر قرار دهد، زیرا هدف آن کمک به خدمات بالینی و هدایت سیاست‌های بالینی است. این دنیای واقعی شامل ابعاد گوناگون روان

* mahmoud.abbasi@free.fr

شناسی، پزشکی، حقوقی، فرهنگی و سیاسی می‌باشد که بر انواع مشکلات اخلاقی و نحوه‌ی حل آن‌ها دلالت دارد.

اخلاق بالینی به‌طور سنتی گرایش بر مسائلی هم‌چون؛ رضایت آگاهانه، رازداری و حفظ حریم خصوصی، توانایی یا اهلیت تصمیم‌گیری، تصمیم‌گیری در مورد گروه‌های ناتوان، تخصیص منابع و مراقبت‌های پایان حیات دارد. با وجودی که این مسائل هم‌چنان به‌عنوان دغدغه‌های اصلی مطرحند، ولی از دو دهه گذشته شاهد افزایش شناخت ارتباط مهم اخلاق بالینی، سازمانی و تجاری همراه با افزایش نگرانی در مواردی هم‌چون خودکشی مساعدت شده توسط پزشک، مراقبت‌های تسکینی، خطاهای پزشکی، اخلاق ژنتیک و حتی بیوتروریسم بوده‌ایم. مکانیسم معمول برای توجه به اخلاق بالینی در بسیاری از سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی درمانی، تأسیس کمیته‌های اخلاقی است. در حال حاضر این کمیته‌ها در بسیاری از بیمارستان‌های آمریکا و کانادا و حتی در مؤسسات ارائه‌ی خدمات مداوم وجود دارند. در بسیاری از مراکز بالینی و اغلب در مراکز پزشکی دانشگاهی تأسیس کمیته‌های اخلاقی بخشی از برنامه‌های گسترده اخلاق بالینی را تشکیل می‌دهند. چنین برنامه‌هایی معمولاً به وسیله کارشناسان اخلاق ارائه می‌شود که وظایفی از قبیل آموزش اخلاق، حمایت از حقوق بیماران، ارائه‌ی خدمات اخلاقی و تحقیق و پژوهش در زمینه‌ی اخلاق را بر عهده دارند. برای نخستین بار در منطقه خاورمیانه و ایران نیز در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی کمیته‌های اخلاق و معنویت راه‌اندازی شد که این کمیته‌ها وظایفی فراتر از آن‌چه برای کمیته‌های اخلاق بالینی آمریکا و اروپا تعریف شده برعهده دارند.

تبیین معیارهای اخلاق بالینی و چگونگی آموزش و نهادینه کردن آن در مراکز درمانی، تشریح برنامه‌های راهبردی آموزش اخلاق بالینی و شناخت روش‌های آن و ضرورت بسط و گسترش اخلاق بالینی و نهادینه کردن آن در نظام جامع سلامت از جمله موضوعات مهمی هستند که در اخلاق بالینی مورد مطالعه قرار می‌گیرند.

این مقاله ضمن تبیین پارامترهای اخلاق بالینی و چگونگی بسط و گسترش آن، به تشریح برنامه‌های راهبردی آموزش اخلاق بالینی و شناخت روش‌های آن می‌پردازد و ضرورت بسط و گسترش اخلاق بالینی و نهادینه کردن آن را در نظام جامع سلامت به‌عنوان یکی از محورهای اساسی اخلاق بالینی مورد مطالعه قرار می‌دهد.

واژگان کلیدی: اخلاق بالینی، مشاوره اخلاقی، طب بالینی، زیست پزشکی

**بررسی علل قصور پزشکی در کمیون‌های پزشکی سازمان نظام پزشکی کرمان و یزد
و ارائه‌ی راهکارهای کاهش آن
پیوند باستانی^{*}، میثاق باستانی**

دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

اخلاق پزشکی یکی از شاخه‌های کاربردی اخلاق یا به عبارت دیگر فلسفه‌ی اخلاق است که سعی دارد در سایه‌ی تحلیل‌های فلسفی، عمل درست و نادرست را در حیطه‌ی عملکرد پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی درمانی تبیین نماید. در واقع، اخلاق پزشکی جزئی از احساس مسؤولیت پذیری و تعهد پزشکان نسبت به انسانیت و جامعه‌ی بشری است که گستره‌ی آن طیف وسیعی از موارد را در بر می‌گیرد. در این راستا، قصور پزشکی یکی از سرفصل‌های کلی و مهم اخلاق پزشکی محسوب می‌گردد که شامل هر نوع بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم مهارت یا عدم رعایت نظامات دولتی از سوی پزشک و کارکنان نظام سلامت است. از آن‌جا که در سال‌های اخیر، آمارها حاکی از افزایش روند شکایت از پزشکان و کارکنان ذی‌ربط بوده، این مطالعه با هدف بررسی علل شکایت بیماران و انواع قصور احتمالی و راهکارهای کاهش آن انجام شده است.

این مطالعه به صورت مقطعی بر روی کلیه‌ی پرونده‌های مطرح شده در کمیسیون‌های پزشکی سازمان نظام پزشکی شهرهای یزد و کرمان طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۲ به صورت سرشماری انجام شده است. داده‌ها پس از ثبت در نرم‌افزار SPSS ورژن ۱۷ با کمک تست‌های آماری مربوطه از جمله t-test و ضریب همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفت. از میان ۲۶۷ مورد شکایت مطرح شده در کمیسیون‌های پزشکی یاد شده، (۱۳۹ پرونده مربوط به کرمان و ۱۲۸ مورد مربوط به یزد) به طور متوسط ۳۰/۴ درصد قصور در امر درمان رخ داده بود که در این میان، شایع‌ترین نوع قصور، از نوع بی‌مبالاتی بود. هرچند در طی این مقطع زمانی، آمار شکایات رو به افزایش بوده، روند قصور در هر دو شهر، یکنواخت بوده است. بیش‌ترین شکایت از مراکز دانشگاهی و به تفکیک رشته، از رشته‌های جراحی بوده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از آن است که اغلب شکایات مطرح شده در کمیسیون‌های پزشکی سازمان نظام پزشکی کرمان و یزد مربوط به مسائل قابل اجتناب است.

* peivadbastani@yahoo.com

لذا در راستای کاهش این شکایات و افزایش رضایت خاطر بیماران می‌توان با برگزاری دوره‌های آموزشی و استفاده از ابزارهای تشویقی، پزشکان و کارکنان نظام سلامت را به اعمال دقت بیشتر در انجام وظایف خود و حفظ خونسردی با توجه به شرایط خاص بیمار و همراهان او، تشویق نمود. ضمناً در نظر گرفتن شرایط اجتماعی و اقتصادی بیماران و اوضاع و احوال کلی آن‌ها می‌تواند به ارائه‌ی خدمات مشتری مدارتر و پیشگیری از بروز شکایات‌های بیش‌تر کمک شایانی بنماید چرا که در صورت برخورد مناسب کادر درمان با بیماران حتی در مورد بروز حوادث ناخواسته و ناگوار، آن‌ها اقدام به شکایت نخواهند کرد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، قصور پزشکی، بی‌مبالاتی، فوت، نقص عضو

ارزیابی صلاحیت در رضایت دادن به درمان
در بیماران پذیرش شده در بخش‌های حاد پزشکی
لیلا مختارزاده^{۱*}، لیلا کاظم نژاد اصل^۲

۱- کارشناس مدارک پزشکی، نشریه مهر بناب

۲- کارشناس مدارک پزشکی، بیمارستان امام خمینی شهرستان بناب

ارزیابی صلاحیت رضایت دادن به درمان یک حق مهم و بحث اخلاقی در حرفه‌ی پزشکی روزانه است. در این مطالعه ما به دقت صلاحیت رضایت به درمان در بیماران پذیرش شده به بخش‌های حاد پزشکی را با استفاده از یک ارزیابی توسط اعضای تیم پزشکی، نمره خاص MMSE، Silberfeld و ارزیابی توسط روان‌پزشک ارشد انجام دادیم. در یک دوره‌ی ۳ ماهه، ۱۹۵ بیمار متوالی بخش پزشکی داخلی در یک بیمارستان دانشگاهی مورد مطالعه قرار گرفتند و میزان رضایت آن‌ها در ۷۲ ساعت از پذیرش ارزیابی شد. از بین ۱۹۵ بیمار، ۳۸ نفر قادر به رضایت دادن به درمان نبودند (بیماران ناهوشیار یا دارای اختلال شناختی شدید) و ۱۴ نفر به‌عنوان ناتوان برای رضایت دادن توسط روان‌پزشک مشخص شدند (شیوع عدم صلاحیت به دادن رضایت ۲۶/۷ درصد). توافق بین ارزیابی روان‌پزشک و پرسشنامه‌ی Silberfeld ضعیف بود (حساسیت ۳۵/۷ درصد و صراحت ۹۱/۶ درصد). پزشکان با تجربه توافق بالایی را نشان دادند (حساسیت ۵۷/۱ درصد و صراحت ۹۶/۵ درصد). تصمیم مشترک بین رزیدنت‌ها، رئیس رزیدنت‌ها و پرستاران بهترین پیش‌بینی برای توافق با ارزیابی روان‌پزشکی بود (حساسیت ۷۸/۶ درصد و صراحت ۹۴/۳). شیوع عدم صلاحیت به دادن رضایت به درمان در بیماران پذیرش شده در بخش پزشکی حاد، بالاست. در حالی که پرسشنامه‌ی Silberfeld و MMSE برای ارزیابی صلاحیت به دادن رضایت در این وضع مناسب نیست، ارزیابی توسط تیم پزشکی (چند رشته‌ای) با ارزیابی توسط یک روان‌پزشک ارشد موافقت کرد.

* bextiya45@gmail.com

بررسی سطح آگاهی و نگرش پزشکان عضو سازمان نظام پزشکی شهر رشت نسبت به اتانازی و معاونت خودکشی در سال ۸۶ در شهر رشت

سنبل طارمیان، مرتضی رهبر طارمسری، حسین رضانی

هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

اتانازی کوتاه کردن مدت درد و رنج بیمار لاعلاج است که براساس علوم کنونی پزشکی هیچ گونه امیدی به شفا یا بهبودیش وجود ندارد که موضوعی جنجالی و مورد بحث در بسیاری از کشورهای جهان در طی دهه‌های اخیر بوده است.

جنبه‌های مختلف حقوقی، اخلاقی، پزشکی و اجتماعی آن هنوز هم موضوع مهمی در تحقیقات پزشکی محسوب می‌شود. این مطالعه در رشت اولین مطالعه در خصوص آگاهی و نگرش تعدادی از پزشکان نسبت به اتانازی بوده است. بررسی آگاهی و نگرش پزشکان نسبت به اتانازی و معاونت در خودکشی در شهر رشت سال ۱۳۸۶.

در این مطالعه‌ی توصیفی، به پزشکان (عضو سازمان نظام پزشکی شهر رشت) پرسشنامه‌ای شامل سه قسمت (اطلاعات دموگرافیک، آگاهی و نگرش نسبت به اتانازی و معاونت در خودکشی) داده شد، داده‌ها گردآوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از ۹۰۰ پزشک، ۷۱۳ (۷۹/۲۲ درصد) پزشک به پرسشنامه پاسخ دادند که ۲۸۲ (۳۹/۵۵ درصد) پزشک زن و ۴۳۱ (۶۰/۴۴ درصد) مرد بود. ۵۴۵ (۷۶/۴۳ درصد) پزشک، عمومی و ۱۶۸ (۲۳/۵۶ درصد) پزشک، متخصص بود. ۴۳۶ (۶۱/۱۵ درصد) پزشک کم‌تر از ده سال و ۲۷۷ (۳۸/۸۴ درصد) پزشک بیش از ده سال تجربه‌ی طبابت داشتند.

فراوانی سطح آگاهی ضعیف، متوسط و قوی به ترتیب ۳۱۲ (۴۳/۷۵ درصد)، ۳۲۵ (۴۵/۵۸ درصد) و ۷۶ (۱۰/۶۵ درصد) بود. فراوانی سطح نگرش منفی، خنثی و مثبت نسبت به اتانازی به ترتیب ۶۲۹ (۸۸/۲۱ درصد)، ۵۳ (۷/۴۳ درصد) و ۳۱ (۴/۳۴ درصد) بود. در بین متخصصان، روان‌پزشکان بیش‌ترین مخالفت (۶۰ درصد) و متخصصان بیهوشی بیش‌ترین موافقت (۶۴ درصد) را با اتانازی ابراز نمودند.

بر طبق مطالعه‌ی حاضر، اغلب پزشکان، سطح آگاهی متوسط و ضعیف (۸۹ درصد) و نگرش غیر مثبت (۹۷ درصد) نسبت به اتانازی داشتند. با توجه به سطح آگاهی پایین اغلب پزشکان، برگزاری کنفرانس‌های اخلاقی پزشکی، بازنگری در تدریس این درس در دانشگاه‌های علوم پزشکی پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: اتانازی، معاونت پزشک در خودکشی، آگاهی و نگرش

آیا برای داشتن جامعه‌ای آرمانی، باید اتانازی را پذیرفت؟

محمد جواد موحدی^{۱*}، مژگان گلزار اصفهانی^۲

۱- دانشجوی دکتری فلسفه دانشگاه اصفهان

۲- کارشناس ارشد فلسفه دانشگاه اصفهان

افلاطون در جمهوری و در کتاب سوم (Plato, 1992, 406-7)، در پی توصیف جامعه‌ای آرمانی (آرمانشهر) بدان جا می‌رسد که به زبان امروزی اتانازی (قتل از روی ترحم) را برای جامعه‌ی آرمانی به دلایل زیر، الزامی می‌داند: ۱- با طولانی شدن بیماری، بیمار نخست خود و سپس، دیگران را دچار رنج و زحمت می‌کند؛ ۲- در جامعه‌ی منظم، هر کس کاری معین به عهده دارد و هیچ کس چندان وقت ندارد که عمر خود را با بیماری و آزمایش داروهای گوناگون بگذراند؛ (این مطلب صرفاً در مورد کارگران و پیشه‌وران صدق می‌کند) و حتی، دیگرانی که سالم هستند نیز نمی‌توانند نیرو و وقت خود را صرف نگهداری از بیماران کنند. طولانی شدن مداوای بیماران، نظام جامعه را مختل می‌کند؛ ۳- توانگران نیز که معاش زندگی‌شان تأمین است، باید در اندیشه‌ی فضیلت باشند و در نتیجه برای آن‌ها هم نیز نگاه داشتن بیماری در بدن و مداوای طولانی، مانع انجام وظیفه (پرداختن به فضیلت) می‌شود؛ ۴- با طولانی شدن بیماری، ترس از بیماری و آلام جسمانی بر بیمار چیره می‌شود و او را از هرگونه فعالیت علمی و معنوی باز می‌دارد، زیرا بیمار پیوسته در این اندیشه است که اشتغال علمی و پرداختن به فلسفه، خستگی و سردرد می‌آورد؛ ۵- آسکلپیوس، پزشک یونان باستان، نیز صرفاً به طبابت کسانی می‌پرداخت که مزاجی سالم داشتند و با اعتدال زندگی می‌کردند و بر حسب تصادف به بیماری مشخصی مبتلا شده بودند.

او نمی‌خواست بیمارانی را که تن علیل و مزاج مختل دارند، معالجه کند و به‌وسیله‌ی مداوای طولانی، عمری دراز و غم‌انگیز برای آنان فراهم کند تا فرصت کافی داشته باشند که فرزندان خود علیل و ناتوان، تحویل جامعه دهند. او معالجه‌ی بیمارانی را که ادامه‌ی زندگی نه برای خود آنان سودمند بود و نه برای جامعه، وظیفه‌ی خود نمی‌دانست.

در کل، می‌توان گفت که قائلین به مشروعیت اتانازی، مختل شدن نظم اجتماعی، هدر رفت نیرو و سرمایه و هم‌چنین، مختل شدن زندگی مادی و معنوی افراد را از دلایل اصلی خود

* movahedi.mj@ltr.ui.ac.ir

(سواى دلايل سياسى) مى دانند. ال اين پرسش مطرح مى شود كه آيا جوامع غربى با قانونى شمردن عمل اتانازى نيز در پى جامعه‌اى آرمانى هستند؟! از سوى ديگر، مخالفان نيز انتقادات بسيارى را بر عليه قانونى شمردن اتانازى مطرح كرده‌اند. اصلى ترين انتقاد آنان نيز اين است كه با قانونى شدن اتانازى، پيوند و وحدت ميان افراد در جامعه به كلى از هم مى پاشد و هرگونه احساس و عاطفه به زباله‌دانى ريخته مى شود؛ افراد صرفاً مبدل به ماشين‌هاى مى شوند كه پس از عمر مفيد، اسقاط مى گردند.

واژگان كليدى: اتانازى، آرمانشهر، بيمار، پزشك

بررسی رعایت موازین شرعی در زمان ارائه‌ی مراقبت‌ها و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه بیماران و پرستاران بیمارستان‌های آموزشی خرم‌آباد

فریده ملکشاهی*

هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

روابط حاکم بر محیط‌های بیمارستانی و درمانی باید منطبق بر موازین شرعی باشد، زیرا هیچ‌کدام از کارهای پزشکی از ساده‌ترین تا فنی‌ترین آن‌ها با اصول و ارزش‌های دینی منافات ندارند. از آن‌جا که در کشور ما اکثر مردم به تبعیت از دین اسلام مقید به رعایت مقتضیات شرعی هستند، یکی از نکات مهم در تطبیق خدمات پزشکی با موازین شرع، اعتقاد قلبی کادر پزشکی است. در این راستا پژوهش فوق با هدف تعیین میزان رعایت موازین شرعی و عوامل مؤثر بر آن در بخش‌ها از دیدگاه بیماران و پرستاران بیمارستان‌های آموزشی خرم‌آباد انجام گرفت.

پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی مقطعی است که ۱۰۰ پرستار و ۱۲۰ بیمار به روش تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ی چند قسمتی شامل مشخصه‌های فردی نمونه‌ها و سؤالات رعایت موازین شرعی (۱۷ سؤال) بود که از مقیاس لیکرت (اصلاً،..... همیشه) برای سنجش رعایت موازین شرعی استفاده گردید. اطلاعات در یک مرحله به روش مصاحبه (بیمار) و خودایفایی (پرستار) جمع‌آوری شد. با توجه به یافته‌های این مطالعه، از نظر پرستاران وجود پوشش برای بیماران (۷۵ درصد) و از نظر بیماران وجود مراقبت همجنس و گذاشتن پاراوان در هنگام پانسمان بالاترین نمره را به خود اختصاص داده بودند.

لازم است که موازین شرعی برای بیماران بستری حتی اگر بیهوش باشند رعایت و اجراء شود. و اجرای این مهم منوط به اعتقاد قلبی مراقبان و مسؤلان به موازین شرعی و مهیا بودن امکانات و تجهیزات دارد. با عنایت به این امر که رعایت موازین شرعی موجب آسایش بیماران و افزایش بهبود، سلامت هر چه سریع‌تر آنان می‌گردد لذا در این راستا گنجاندن احکام شرعی در امور پزشکی در واحدهای دانشگاهی، تأکید بر اجرای این موازین در درس کارآموزی دانشجویان پرستاری بر بالین بیمار، برگزاری کارگاه‌ها و سمینارها در این زمینه، تهیه امکانات و تجهیزات در بخش‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: رعایت، موازین شرعی، دیدگاه، پرستار، بیمار، عوامل مؤثر، بیمارستان، مراقبت

* malekshahif@yahoo.com

آداب عیادت در آموزه‌های اسلامی

کبری عنبری اکمل^۱، محمدرضا نریمانی^{۲*}، اطهر معین^۳

۱- کارشناس گروه اخلاق پزشکی دانشکده‌ی پزشکی شاهد

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳- هیأت علمی و مدیرگروه اخلاق پزشکی دانشکده‌ی پزشکی شاهد

هرکس در هر مقام، منزلت، موقعیت، دانش و قدرت ممکن است روزی بیمار شود. لذا این‌طور نیست که کسی از بیماری به‌طور کامل در امان باشد. بیماری جزء جدا نشدنی از زندگی انسان است. در طول بیماری وضعیت جسمی و روانی بیمار تغییر می‌کند و در اغلب موارد، بیماری مسایل و مشکلات روحی و روانی شدیدی بر بیمار تحمیل می‌کند که اهمیت آن از مسایل جسمی کم‌تر نیست. عیادت و احوالپرسی از بیمار نوعی همدردی، همدلی، امیددادن به او، زدودن رنج تنهایی و در حقیقت جلوه‌ی زیبایی از عواطف ارزشمند انسانی است.

این بررسی با مطالعه‌ی کتابخانه‌ای در آیات و متون اسلامی و جست‌وجو در کتابخانه‌های الکترونیکی و سایت‌های علمی معتبر صورت گرفته است.

عیادت از بیمار تأثیر به‌سزایی در افزایش روحیه، کسب آرامش، تسریع بهبودی، بازیابی سلامت و دستیابی کامل به سلامت بیمار دارد و برای عیادت کننده نیز فواید بسیاری به‌مراه دارد. در آموزه‌های اسلامی برای تبیین جایگاه و اهمیت این موضوع، عیادت بیمار هم ردیف با زیارت خدا و به‌عنوان یکی از پسندیده‌ترین کارهای نیک بیان شده و یکی از حقوق واجب مومن بر مومنین ذکر شده است. خداوند حکیم در آیات متعدد مردم را به نیکی، محبت، احترام به همدیگر دعوت نموده است.

پادشاهی‌هایی که برای عیادت در روایات ذکر شده است فراتر از تصور انسان است. عیادت از بیمار وسیله‌ی روا شدن حاجت، واسطه‌ی کسب حسنات، طلب مغفرت فرشتگان و هم‌چنین باعث توجه به نعمت بزرگ تندرستی می‌شود و زمینه‌ساز شکر به‌خاطر سلامتی می‌گردد. در بعد اجتماعی نیز موجب تحکیم رابطه‌ها و تقویت دوستی‌ها و الفت بین خانواده می‌شود. در آموزه‌های اسلامی برای رعایت آداب عیادت توصیه‌های زیادی شده است که انسان به‌عنوان سرکشی و احوالپرسی از مریض به سراغ او برود، مهربانی نماید، کم بنشیند مگر آن‌که خود

* narimanimrn@gmail.com

بیمار طالب و مشتاق باشد، برای بهبودی او دعا نماید و به او هدیه دهد و در رفع مشکلات او کوشش نماید.

توجه ویژه به آداب عیادت امری ضروری و حیاتی می‌باشد و بایستی برای فراهم آوردن مقدمات و شرایط مناسب برای این سنت الهی اقدام شود. آموزش و اطلاع رسانی در خصوص آداب صحیح عیادت از طرق مختلف، پیش‌بینی فضاهای مناسب، نشاط بخش و دارای امکانات کافی برای ملاقات کنندگان و ملاقات‌شوندگان در محیط‌های درمانی، ایجاد امکانات مناسب ارتباطی در بالین بیمار برای گسترش روابط بیمار با وابستگان، پیش‌بینی زمان‌های مناسب و کافی در بخش‌های بیمارستان برای گفتگو و احوالپرسی بیمار و عیادت‌کنندگان، می‌توانند گامی در تسهیل فرآیند بهبود بیمار و نشر معارف اسلامی باشند.

واژگان کلیدی: عیادت، آداب عیادت، ارتباط با بیمار، سلامتی

نقش قراردادهای خصوصی در درمان ناباروری و تأمین حقوق بیماران

مصطفی مظفری^{۱*}، مرتضی مظفری^۲

۱- پژوهشگر پژوهشگاه رویان

۲- دانشجوی دامپزشکی دانشگاه تبریز

پیشرفت علوم پزشکی در زمینه‌ی درمان ناباروری‌ها، علیرغم مسرت بخش بودن آن، جوامع علمی را در حوزه‌های اخلاقی و حقوقی با مشکلات نوظهوری مواجه کرده است که نیاز به مطالعه و بررسی و اتخاذ یک موضع و رویه واحد به‌ویژه با توجه به تصرفی که در قلمرو تولید مثل انسانی ایجاد می‌کند از جهات مختلف اجتناب ناپذیر می‌نماید.

هر چند که کشور ما از نظر پزشکی در زمینه‌ی باروری‌ها بسیار موفق عمل کرده است، نهاد قانون‌گذاری کشور بسیار منفعلانه و محتاطانه در این موضوع وارد عمل شده است به طوری که تنها قانون موجود در نظام حقوقی ما در خصوص «نحوه‌ی اهداء جنین به زوجین نابارور» است که آن هم دارای کاستی‌های فراوان است.

در حال حاضر از روش‌های مختلف در درمان ناباروری‌ها در مراکز درمان ناباروری استفاده می‌شود به این شکل که با انعقاد قرارداد- که با توجه به نوع روش درمانی متفاوت است- سیکل درمانی آغاز می‌گردد. بنابراین، قراردادهای خصوصی- به‌ویژه با خلاهای قانونی- به‌عنوان مبنای درمان بوده و به همین دلیل اهمیت تدقیق در مفاد این قراردادها از جهت تأمین حقوق بیماران و فرزند حاصله و آثار ناشی از آن خودنمایی می‌کند.

این مقاله در مقام بررسی این است که آیا این قراردادها تابع قواعد و شرایط عمومی قراردادها در قانون مدنی است و آیا همه‌ی شرایط آن قانون قابلیت اعمال بر این قراردادها را دارد یا خیر؟ از سوی دیگر، با توجه به سکوت قانون، مفاد مندرج در این قراردادها در مورد مسائل مختلف از جمله تعیین مبلغ، لزوم ناشناسی و غیره آیا قابلیت اجرایی و ضمانت اجرایی داشته و تأمین‌کننده‌ی حقوق بیماران و از همه مهم‌تر فرزند حاصله از این روش‌هاست یا خیر؟

* m.mozaffari@ut.ac.ir

بررسی نظریات مطرح در تعامل میان پزشک و بیمار و مکتب برگزیده

در پرتو حکمت و تمدن درخشان اسلام و ایران

سعید بیرویدیان^۱، مهرزاد کیانی^{۲*}، محمود عباسی^۲

۱- دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- هیأت علمی گروه اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

همراهی حرفه‌ی پزشکی در ایران با اصول اخلاقی دارای سابقه‌ی طولانی و تاریخی است. از زمان آغاز مباحث اخلاق اسلامی و عجین شدن فرهنگ اسلام با تمدن دیرپای ایرانی این موضوع اهمیت دوچندان یافته است. رویکرد این مباحث در درجه‌ی اول، بر اساس ارتقاء و بهبود تعامل پزشک و بیمار و حفظ منافع بیمار طراحی شده است. پزشکی ایرانی-اسلامی مخصوصاً در قرون چهارم تا هشتم هجری سرشار از مسائل ناب اخلاق پزشکی با تأکید بر اخلاق اسلامی است. بنابراین، بحث‌های بنیادین مربوط به اخلاق در تعامل پزشک و بیمار در فرهنگ ایرانی و اسلامی تاریخچه‌ای به قدمت هر کدام از این علوم و ریشه‌ها دارد. در این زمینه همواره سؤالات متعدد و مختلفی نیز مطرح و بررسی شده‌اند که پاسخ به آن‌ها مستلزم شناخت دکتترین اصلی پذیرفته شده در فرهنگ اسلام و ایران در باب تعامل پزشک و بیمار است. در پاسخ به این سؤالات و سؤالاتی نظیر این‌ها، چندین نظریه و مسیر فکری کلان به‌عنوان دکتترین نظام ارتباط پزشک و بیمار مطرح گردیده که برخی مربوط و برگرفته از فرهنگ و اعتقادات ما بوده و برخی نیز کاملاً وارداتی و غیر خودی است. در این مقاله ضمن بررسی بعضی از این نظریات مطرح مانند نظریه پترنالیسم در پزشکی و نظریه‌ی استقلال کامل بیمار و بیان دیدگاه‌های موافقان و مخالفان و نیز نقاط قوت و ضعف هر کدام از این دیدگاه‌ها، به نظریه‌ی مشارکت‌جویانه یا همبستگی و وابستگی متقابل به‌عنوان راهکاری که حداکثر هم‌خوانی با فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه اسلامی ایرانی ما را دارد اشاره می‌کنیم. در این نظریه از طریق مشارکت صحیح پزشک و بیمار که با هدف غلبه بر بیماری و ارتقاء سطح سلامت بیمار اتفاق می‌افتد، در کنار دانش پزشکی و نظر تخصصی پزشک، خواسته بیمار نیز وجود داشته، دارای اهمیت بوده و می‌بایست مورد توجه واقع شود.

* kiani1341@yahoo.com

هجوم ترکمانان و مغولان به ایران و تأثیر آن بر اخلاق پزشکی

در قرون ششم و هفتم هجری

مسعود کشیری*

دانشجوی دکترای تاریخ دانشگاه اصفهان

با ورود و استیلای ترکمنان آسیای میانه به ایران، افول دوران طلایی طب اسلامی - ایرانی، (دوران رازی و بوعلی سینا)، که از مدتی قبل شروع شده بود، سرعت گرفت و دیگر هیچ‌گاه رونق و پیشرفت علمی گذشته به حوزه‌ی علم طب بازنگشت.

شروع جنگ‌های صلیبی و شروع اختلافات و چشم و هم‌چشمی‌ها در حوزه‌ی خلافت بغداد، بعد از ورود و استیلای ترکان باعث گشت تا طبقه‌ی پزشکان کوشا و محقق کم‌کم جای خودشان را به پزشکان متقلب و به دور از حوزه‌ی اخلاق سپردند. در سراسر دوران استیلای ترکان بر بغداد، روایات و حکایاتی از پزشکان در دست است، که یا در خوشبینانه‌ترین حالت، کار آن‌ها پرداختن به تجربه‌های معمولی و استفاده از علوم کسب شده توسط پیشینیان است، یا اشتغال برخی از آنان به کارهایی وهمی و خرافی، که با عالم اخلاق و قسم‌نامه‌ی پزشکان فرسنگ‌ها، فاصله داشت.

با شروع تهاجم مغولان به ایران، شهرهای آباد ویران شد و حوزه‌های محدود علم و دانش در شهرها و حمایت‌های کمی هم که از پزشکان می‌شد از بین رفت. رسوخ افکار خرافی مغولان که ناشی از اعتقادات وهمی آنان متأثر از ادیان شمنی و بودایی بود، باعث گشت تا کفه‌ی ترازوی اخلاقیات در دانش پزشکی به سود خرافه‌گرایان و سودجویانی که سعی در سوءاستفاده از احساسات و سادگی مردم عوام داشتند سنگین‌تر شود و شرایط برای شیوع باورهای خرافی و دور شدن پزشکی از حوزه‌ی اخلاق، مهیا گردد.

این مقاله بر آن است تا نظری اجمالی بر سیر تحولاتی که باعث این تغییرات در قرن ششم و هفتم شد، بنماید.

واژگان کلیدی: مغولان، اخلاق پزشکی، ایران

* masoodkasiri@gmail.com

آموزش و اطلاع رسانی به بیمار به عنوان یکی از اصول حقوق بیمار
در اخلاق پزشکی در ایران و جهان
آزاده درستکار^{۱*}، فرزاد محمودیان^۲، رویا رحیمی^۱، میترا خادم الحسینی^۱،
زینب خادم الحسینی^۱، ساناز جوکار^۱

۱- دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲- رئیس مرکز دانشجویی اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مطالعه‌ی حاضر بر پایه‌ی بررسی مسأله‌ی اطلاع‌رسانی و آموزش به بیمار در کشورهای مختلف و مقایسه‌ی آن با ایران انجام شده است. بررسی مقایسه‌ای و تطبیقی اصل از مهم‌ترین اصول اخلاق پزشک اصل اتونومی (آزادی اختیار) بیمار است. آموزش و اطلاع رسانی به بیمار به عنوان یکی از جنبه‌های مهم اتونومی در نظر گرفته می‌شود. طبق این اصل بیمار حق دارد که اطلاعات لازم و کافی را در مورد بیماری، روش درمان، پروسه‌های درمانی و پزشک معالج خود بداند.

چهار مدل ارتباطی بین پزشک و بیمار در این خصوص پیشنهاد شده است:

- ۱- paternalistic: بر اساس این مدل پزشک فقط اطلاعاتی را درباره‌ی مزایا و خطرات یک روش درمانی را در اختیار بیمار قرار می‌دهد و پزشک در واقع یک روش درمانی را بیش‌تر حمایت می‌کند تا بیمار آن را انتخاب نماید. این مدل در مواردی که بیمار ناهوشیار است یا در بخش اتفاقات می‌باشد و نماینده‌ای ندارد تا برای او تصمیم بگیرد استفاده می‌شود.
- ۲- informative: در این جا پزشک اطلاعات کاملی را درباره‌ی مشکلات بیمار و راه‌حل‌های درمانی و مزایا و معایب و عوارض درمان و... به بیمار می‌دهد.
- ۳- interpretive: در این مدل پزشک به بیمار کمک می‌کند تا ارزش‌هایش را روشن کند و در فرآیند تصمیم‌گیری به کار ببرد.
- ۴- deliberative: نقش پزشک در این مدل هدایت کردن بیمار براساس نیازها و شرایط می‌باشد.

* azadedorostkar@yahoo.com

امروزه، روش آموزش و اطلاع‌رسانی به بیمار در کشورهای مختلف در حال تغییر است و به سمت مدل Informative پیش می‌رود. البته بعضی از کشورها مانند کشورهای مدیترانه‌ای و کشورهای یهودی‌نشین به علت اعتقادات مذهبی و فرهنگ خاصی که دارند هنوز به مدل paternalistic اعتقاد دارند.

در کشورهای مثل سوئد، سوئیس، انگلیس، اسپانیا و استرالیا اعتقاد بر این است که پزشک باید اطلاعات را به اندازه‌ای که بیمار مایل است در اختیار او قرار دهد؛ و اطلاع‌رسانی به بیمار نه تنها باعث می‌شود بیمار در مورد نحوه‌ی درمان بهتر تصمیم بگیرد، بلکه باعث می‌شود بیمار بهتر با بیماری خود مقابله کند. آن‌ها هم‌چنین معتقدند پنهان کردن اطلاعات توسط پزشک باعث سلب اعتماد بیمار می‌شود.

در کشور ایتالیا نگرش‌های فرهنگی و سنتی در مورد ارتباط بین پزشک و بیمار تغییر کرده است، اگرچه در بعضی از مناطق مختلف این کشور هنوز تفاوت‌هایی وجود دارد. برای مثال در جنوب ایتالیا ارزش‌های سنتی مهم‌تر هستند ولی در شمال ایتالیا اطلاع‌رسانی به بیمار را جز اتونومی بیمار می‌دانند.

در کشور آمریکا هم از قرن بیستم اطلاع‌رسانی به بیمار به روش Informative نه تنها به‌عنوان اتونومی بیمار بلکه به‌عنوان یک قانون مطرح شده است و در تمام دانشگاه‌های این کشور به دانشجویان علوم پزشکی در این مورد آموزش داده می‌شود. کشورهای آسیایی مثل ژاپن معتقدند پزشک باید اطلاعات را به خانواده‌ی بیمار بدهد نه به خود بیمار و تصمیم پزشک و خانواده‌ی بیمار بر تصمیم خود بیمار ارجحیت دارد. در واقع ژاپنی‌ها کم‌تر بر اتونومی بیمار تأکید دارند.

در کشور ایران نیز به‌دلیل عدم وجود برنامه‌ی قانونمند و عدم وجود آموزش‌های لازم در این خصوص به‌نظر می‌رسد پزشکان بیش‌تر بر اساس سلیقه‌ی خود و میزان پایبندی به اصول اخلاق حرفه‌ای و مسؤولیت‌پذیری و ساختار شخصیت خود عمل می‌کنند.

ضرورت رعایت اصل آموزش و اطلاع‌رسانی به بیمار در زمینه‌ی بیماری و حقوق وی به‌عنوان یک از اصول اخلاق پزشکی اقتضا می‌کند باتوجه به ساختار اسلامی، انسان و اخلاقی در نظام جمهوری اسلامی بهترین روش آگاهی بخشیدن در قالب آموزش هاونظارت لازم و کافی اتخاذ و اجرا گردد.

آگاهی از حقوق بیمار و رعایت آن از دیدگاه بیمار:

مطالعه‌ای در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران

اصغر زارعی^{۱*}، محمد عرب^۲

۱- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- هیأت علمی دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

بیماری که در اثر آسیب‌های جسمی و روحی به یک مرکز درمانی مراجعه می‌کند، دارای حقوقی قانونی است. رعایت حقوق بیماران باعث رضایت بیماران از خدمات بیمارستانی می‌شود که به ارتقا کیفیت خدمات کمک خواهد کرد. هدف این مطالعه تعیین آگاهی بیماران از حقوق خود و رعایت آن در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی در شهر تهران است. این مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸ انجام شد. نمونه‌های مطالعه ۶۰۱ بیمار بودند که از ۱۱ بیمارستان وابسته به ۳ دانشگاه علوم پزشکی در شهر تهران و به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش نامه ۵۰ سؤالی بود که روایی و پایایی آن تأیید شد. داده‌ها با استفاده از آزمون کای اسکور و کروسکال والیس در نرم‌افزار SPSS. 17 تجزیه و تحلیل شدند. ۵۹ درصد بیماران زن و ۴۱ درصد مرد بودند. میانگین سن بیماران ۳/۴۳ (با انحراف معیار ۵/۱۸) سال و میانگین اقامت ۱/۷ (با انحراف معیار ۴/۷) روز بود. ۵/۷۱ درصد بیماران آگاهی ضعیف، ۶/۲۲ درصد متوسط و ۸/۵ درصد آگاهی خوبی از حقوق بیمار داشتند. میزان رعایت حقوق بیمار در ۸/۱۳ درصد بیماران خوب، ۹/۸۲ درصد متوسط و ۳/۳ درصد ضعیف بود. بین میزان رعایت حقوق بیمار با بخش بستری و طول اقامت در بیمارستان رابطه معنی‌داری آماری وجود داشت. هم‌چنین در ۷ حیطة‌ی حقوق بیمار بالاترین میزان رعایت حقوق بیمار مربوط به حیطة حق آگاهی بیمار و کم‌ترین میزان رعایت مربوط به حیطة حق اعتراض و شکایت بود.

نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران آگاهی خوبی از حقوق بیمار ندارند و حقوق بیماران نیز به صورت مطلوب رعایت نمی‌شود. جهت ارتقای رعایت حقوق بیماران، ارائه‌ی برنامه‌های آموزشی به جامعه در مورد حقوق بیمار، پیگیری موارد نقض حقوق بیمار، تصویب قانون جامع

*zareei_1980@yahoo.com

برای تضمین رعایت حقوق بیماران و طراحی برنامه مشخص برای پایش و نظارت بر اجرای آن پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: منشور حقوق بیمار، بیمارستان‌های دولتی، تهران

بررسی نحوه‌ی اخذ رضایت از بیماران بستری در بخش‌های جراحی**بیمارستان ایران و خاتم شهر ايرانشهر ۱۳۸۹****زهرا عطاردی کاشانی، آرزو پیرک*، ته‌مینه صالحیان***هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی ایرانشهر، دانشگاه علوم پزشکی**و خدمات بهداشتی و درمانی زاهدان*

درمان بیماران بدون اخذ رضایت به‌جز در موارد اورژانس پیگرد قانونی خواهد داشت. پزشکان موظفند که اطلاعات مربوط به نوع بیماری و نحوه‌ی درمان و عوارض درمان را برای بیماران به‌طوری‌که قابل فهم باشند در اختیارشان بگذارند. مسؤلیت قابل درک کردن مفاهیم بیماری و درمان آن برعهده‌ی رضایت پزشک است. در واقع آن‌چه در کشورهای اروپایی به‌عنوان رضایت آگاهانه ذکر شده است چنین مفهومی دارد. رضایت آگاهانه فرآیندی است که در آن بیماران یا قیم قانونی آن‌ها طرح درمانی را درک کرده و با آن موافقت کامل دارد. این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی، جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه‌ی بیماران بستری شده در بخش‌های جراحی زنان و مردان بیمارستان خاتم و بخش زنان بیمارستان ایران در طی سه ماهه‌ی اول سال ۱۳۸۹ است. اطلاعات مورد نیاز با مراجعه به بیمارستان‌های فوق از طریق مصاحبه با بیماران و درج پاسخ آن‌ها در پرسشنامه جمع‌آوری شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

تعداد نمونه‌های مورد مطالعه ۲۰۷ نفر (۱۰۶ نفر مرد و ۱۰۱ نفر زن) که در بخش‌های جراحی بیمارستان ایران و خاتم بستری شده بودند. میانگین سنی زنان و مردان به ترتیب $29 \pm 11/30$ و $28/95 \pm 19/32$ بود که اختلاف معنی‌داری بین آن‌ها وجود نداشت. ۴۳٪ از نمونه‌ها بیسواد و از نظر سطح تحصیلات بین زن و مرد اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت به‌طوری‌که سطح تحصیلات در حد دیپلم و دانشگاهی در زنان بیش‌تر از مردان بود. در ۷۵٪ از نمونه‌های مورد پژوهش اطلاع در مورد نوع بیماری داده شد بود که ۶۷٪ از آن‌ها اطلاعات را از پزشک معالج خود کسب کرده بودند. در ۵۶٪ از نمونه‌های مورد پژوهش پزشک توضیحی در مورد چگونگی و نحوه‌ی عمل جراحی به آن‌ها نداده بود. پزشکان در ۷۰٪ و ۸۰٪ موارد به ترتیب در مورد احتمال عدم موفقیت در عمل و و عوارض احتمالی عمل جراحی اطلاعاتی به

* pirak.arezoo@yahoo.com

بیماران نداده بودند. ۵۷٪ و ۵۱٪ از افراد به ترتیب پزشکان خود را در مورد این که اگر عمل با موفقیت پیش نرود یا عوارضی پس از عمل حادث شود پزشکان خود را مقصر نمی‌دانستند. همچنین در ۷۸٪ از افراد در مورد روش‌های جایگزین عمل جراحی به آن‌ها آگاهی داده نشده بود. این در حالی است که ۸۹/۹٪ افراد رضایت نامه را با رضایت کامل امضاء کرده بودند. با توجه به یافته‌های پژوهش، میزان اطلاع دادن به بیماران در مورد عوارض عمل و احتمال عدم موفقیت در عمل جراحی بسیار ضعیف ارزیابی شده است. با توجه به این که اکثر نمونه‌های مورد پژوهش سطح تحصیلاتشان در حد بی‌سواد و ابتدایی بوده و ساکن روستا هستند، اکثر آن‌ها پزشک خود را در صورت بروز عوارض یا عدم موفقیت مقصر نمی‌دانستند و آن را به قضا و قدر تعبیر می‌کردند. با توجه به این نکته که آگاهی آن‌ها در مورد نوع بیماری، نحوه‌ی درمان، عوارض عمل و احتمال عدم موفقیت در عمل جراحی به‌جز از کادر درمانی به‌خصوص از پزشک معالج خود نمی‌تواند باشد، لازم است که کادر درمان در هنگام اخذ رضایت نامه فقط به بیان نوع بیماری و لزوم عمل جراحی تأکید نکرده، بلکه به‌نحوه‌ی عمل جراحی، عوارض و احتمال عدم موفقیت عمل جراحی نیز صحبت کنند و با سبک و سنگین کردن برتری و مضرات عمل جراحی انتخاب آگاهانه را بر عهده‌ی خود بیمار و بر اساس درک بیمار بگذارند.

بررسی عملکرد کمیته‌های اخلاق پزشکی بیمارستان در ایران

کبری جودکی*

پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخچه تشکیل کمیته‌های اخلاق پزشکی در بیمارستان به بیش از نیم قرن قبل و تشکیل آن‌ها در بیمارستان‌های کاتولیک آمریکا و پرداختن به مباحث و مسائل اخلاقی در پزشکی بر می‌گردد. این کمیته‌ها در ایران از سال ۱۳۷۶ به دنبال ابلاغ دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور و به‌عنوان زیرمجموعه‌ی کمیته پاسداری و مراقبت و ترویج ارزش‌های متعالی در بیمارستان‌ها تشکیل گردید. هدف آن‌ها ارائه‌ی رهیافت‌های لازم در زمینه‌ی نحوه‌ی استفاده‌ی مطلوب از یافته‌های علوم تجربی و امکانات تشخیصی و درمانی و مراعات ارزش‌های متعالی اسلامی در امور پزشکی و نیز زمینه‌سازی برای اعتماد متقابل بین جامعه‌ی پزشکی و مردم و مراجعان بیمارستان‌ها ذکر گردیده است. مطالعات قبلی بیان می‌دارد: با وجود الزام قانونی جهت تشکیل این کمیته‌ها، کمیته‌های اخلاق پزشکی بیمارستان‌ها در ایران در عمل کارآیی چندانی نداشته و عمدتاً غیرفعال بوده و در بسیاری از بیمارستان‌ها تحت‌الشعاع کمیته‌ی «مراعات موازین شرعی در فعالیت بیمارستانی» قرار دارند. ولیکن تاکنون بررسی میدانی و مطالعه‌ی دقیقی در این مورد صورت نگرفته است. این پژوهش با هدف بررسی وضعیت کنونی کمیته‌های اخلاق پزشکی بیمارستانی در ایران صورت گرفت. مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی بوده و گردآوری داده‌ها با مراجعه به بیمارستان‌ها و جمع‌آوری تصویر صورتجلسات کمیته‌های اخلاق پزشکی و مصاحبه با مسؤولان بیمارستان‌ها صورت گرفت. جامعه مورد پژوهش بیمارستان‌های آموزشی - درمانی یک دانشگاه تیپ یک و تمامی بیمارستان‌های یک استان با دانشگاه تیپ سه بود.

پس از گردآوری و آنالیز صورتجلسات مشخص گردید در بیش از نیمی از بیمارستان‌ها کمیته‌های اخلاق پزشکی تشکیل نگردیده است و تنها به تنظیم صورتجلسات جهت اخذ امتیازهای لازم اکتفا شده است. در بیمارستان‌هایی که کمیته‌ها تشکیل می‌گردد، مسائل مطروحه در جلسات بیش‌تر در حوزه‌ی مراعات موازین شرعی یا موضوعات فرهنگی و ورزشی مربوط به پرسنل است. با

* k_joodaki@yahoo.com

توجه به رویکرد جدید به حقوق بیمار و اهتمام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اجرای مفاد منشور حقوق بیمار در بیمارستان‌ها یافته‌های این پژوهش ضرورت بازنگری در ساختار، اهداف و شرح وظایف این کمیته‌ها را بیش از پیش نمایان می‌سازد.

حقوق بیماران، کمیته‌های اخلاق بیمارستانی، افق‌های تازه

مهرزاد کیانی*

هیأت علمی گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سابقه‌ی تشکیل کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در دنیا به سه دهه قبل بازمی‌گردد. امروزه، بیماران در تمامی سیستم‌های بهداشتی و درمانی دنیا، نقشی محوری دارند. با توجه به ماهیت آسیب‌پذیری بیمار، درمندی و تألم او و با عنایت به تجربه‌های تلخ دیروز و امروز جوامع بشری در زمینه‌ی پایداری شدن حقوق بیماران لازم است که شان و حقوق آنان در روند تعامل بیمار و پزشک به‌دقت حفظ شود.

باید به‌خاطر داشت که حقوق و منافع جناح دیگری از این رابطه (یعنی صاحبان حرف پزشکی) نیز باید محفوظ باشد. هنر در آن است که چگونگی تعامل این دو، به‌نحو مناسب تبیین گردد. البته با توجه به موضع و جایگاه بیماران که در بالا به آن اشاره شده باید در کنار مراقبت‌های درمانی، توجه خاص به ملاحظات اخلاقی و حقوقی آن‌ها هم به‌عمل آید. کمیته‌های اخلاق بیمارستانی اگرچه نوپا هستند، با توجه به ساختار و وظایف خود نقشی کارساز و مهم در تنظیم روابط بیمار و پزشک و حفظ حقوق متقابل آن‌ها (با تأکید بر حقوق بیماران) ایفاء می‌نمایند.

در این مقاله ابتدا تاریخچه‌ی شکل‌گیری و سابقه‌ی فعالیت این کمیته‌ها بیان شده و سپس در پرتو مطالعه‌ی مقایسه‌ای و تطبیقی اهداف و زمینه‌های فعالیت آن‌ها در ایران و سایر کشورها مورد بحث قرار می‌گیرد.

از جمله آثار فعالیت این کمیته‌ها، تحقق منشور حقوق بیماران - تلاش در رعایت موازین اخلاق و حقوق پزشکی در مراکز بیمارستانی - آموزش در عرصه‌های گوناگون و جهت مخاطبان عام و خاص (صاحبان حرف پزشکی، بیماران و مردم)، ارائه‌ی مشاوره و ابراز نظر در موارد غامض و بحث برانگیز (Dilemma) در زمینه‌ی حقوق و اخلاق پزشکی - کمک به حل معضلات جاری و روزمره‌ی بیمارستان‌ها در عرصه‌های حقوقی و اخلاقی و همکاری در بررسی موارد قصور و تخلف پزشکی و چندین عرصه‌ی مهم دیگر است که در این مقاله به تفصیل به آن‌ها اشاره رفته و اهمیت آن‌ها تشریح می‌گردد.

* kiani1341@yahoo.com

در ادامه، ساختار این کمیته‌ها که متشکل از متخصصان عرصه‌های بالینی پزشکی و پیراپزشکی شاغل در بیمارستان، متخصصان اخلاق پزشکی، حقوقدانان، روحانیون، مددکاران و فعالین اجتماعی است توصیف گردیده و امکانات حضور بیماران، یا نمایندگان و بستگان آنان در این کمیته‌ها بیان خواهد شد.

پس از آن مروری بر بخشی از اقدامات انجام شده در زمینه‌ی بومی‌سازی بهره‌گیری از این کمیته‌ها صورت خواهد پذیرفت. بی‌شک، گسترش فعالیت این کمیته‌ها در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی و نیز مراکز عمده‌ی درمانی دولتی و بخش خصوصی کشورمان، زمینه‌ای مناسب برای اعتلای حقوق متقابل بیماران و صاحبان حرف پزشکی و افقی تازه در عرصه‌ی حفظ حقوق بیماران را فراهم خواهد آورد.

واژگان کلیدی: اخلاق، حقوق بیماران، کمیته‌های اخلاق بیمارستانی

کمیته‌های اخلاق بیمارستانی

علی صابر*

دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

کمیته‌های اخلاق بالینی به‌وسیله‌ی یک بیمارستان یا مؤسسه سلامت ایجاد می‌شوند. وظایف کمیته‌های اخلاق بالینی مشاوره و بحث در مورد تصمیمات اخلاقی و سیاست‌گذاری‌های اخلاقی در ارائه‌ی مراقبت‌های بالینی است. وقتی که از کمیته‌های اخلاق بیمارستانی صحبت می‌شود امکان دارد در ذهن بعضی از افراد «کمیته‌های اخلاق در پژوهش» یا «کمیته مراعات موازین شرعی در فعالیت‌های بیمارستانی» تداعی شود.

به‌نظر می‌رسد کمیته‌های اخلاق در پژوهش در دانشگاه‌ها از انسجام بیش‌تری برخوردار باشند و کارکنان (به‌خصوص پژوهشگران) با این کمیته‌ها بیش‌تر آشنا باشند و نسبت به کمیته‌های اخلاق بیمارستانی آگاهی کم‌تری در بین کارکنان و سایرین وجود دارد.

هدف از این مطالعه بررسی ساختار، اهداف، وظایف، ترکیب اعضا، فراوانی جلسات، دسترسی به کمیته‌ها در کشورهای مختلف و ارائه‌ی راهکارهایی برای اصلاح و فعال کردن کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در کشور است. این مطالعه در سال ۱۳۸۹ در مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد و از مرور مقالات استفاده شد. نتایج به‌دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که ساختار کمیته‌های اخلاق بیمارستانی متفاوت است. در بعضی از کشورها کمیته‌های اخلاق هر دو نقش کمیته‌های اخلاق بیمارستانی و کمیته‌های اخلاق در پژوهش را بازی می‌کنند و در برخی دیگر رویکردهای بالا به پایین و قانونی موجب غفلت از برخی وظایف می‌شود.

بایستی وظایف کمیته‌ها در بخش‌های مختلف شامل آموزش، سیاست‌گذاری، مشاوره، بررسی موارد اخلاقی مورد توجه قرار گیرد و تصمیم‌گیری با توجه به پیچیدگی‌های مسائل اخلاقی و وجود طیفی از انتخاب‌های ممکن و توجه به استقلال فردی و ملاحظات اقتصادی و اعتقادات مذهبی جوامع مختلف صورت پذیرد.

در ترکیب اعضای کمیته‌ها، تنوع فرهنگی و چند رشته‌ای بودن مورد توجه قرار گیرد و چند نفر از اعضا خارج از نهاد مربوطه باشند. ترکیب فعلی کمیته‌ها در کشور، چند رشته‌ای

* saberali1341@gmail.com

نیست و تمامی اعضا خودی‌اند.
امیدواریم با توجه به انسجام و تجربه‌ی موفق کمیته‌های اخلاق پژوهشی در کشور با انجام اصلاحاتی در ساختار و ترکیب کمیته‌های اخلاق بیمارستانی شاهد ارتقای عملکرد آنها باشیم.
واژگان کلیدی: کمیته‌های اخلاق، کمیته‌های بالینی، کمیته‌های اخلاق بیمارستانی