

فهرست مطالب

نشست اول: اخلاق شاغلان حرفه‌های پزشکی ۱

- ۱۶ کاربردهای اخلاق و معنویت در فرآیند پرستاری
عباس عباس زاده
- ۱۷ خودفهمی حرفه‌ای ضرورت ارائه‌ی مراقبت اخلاقی.....
علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- ۱۸ آیا کدهای اخلاقی پرستاری ایران قابل اجرا هستند؟.....
محسن شهریاری
- ۱۹ بررسی میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای در اجرای رویه‌های تهاجمی توسط پرستاران.....
سامان صابر، تکتیم کیانیان، تهمینه صالحیان، الهیار شهناوی
- ۲۰ بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران از منظر اخلاق حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی بجنورد.....
محبوبه طباطبایی چهر، مهدیه آرین، حامد مرتضوی، ابراهیم گل‌مکانی
- ۲۱ تبیین مؤلفه‌های توانمندی پرستاران در مراقبت مبتنی بر اخلاق حرفه‌ای: مطالعه‌ای تماتیک.....
سعید فروغی، فاطمه الحانی، انوشیروان کاظم نژاد، آرمین زارعیان
- ۲۲ مفاهیم اساسی در اخلاق پرستاری.....
محمد فتحی، سینا ولیئی

نشست دوم: اخلاق شاغلان حرفه‌های پزشکی ۲

- ۲۴ ضرورت‌های آموزش اخلاق در داروسازی.....
محمد عبداللهی
- ۲۵ بررسی جایگاه اخلاق پزشکی و حرفه‌ای در آرایه‌ی خدمات بالینی طب ایرانی.....
حسین رضایی زاده، طحیه طاهری پناه
- ۲۶ ارزیابی میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای توسط دانشجویان کارورزی داروسازی در محیط داروخانه در سال ۱۳۹۴.....
سید مهدی ساداتی، محمد دهری، امید آسمانی، نرجس سادات ساداتی
- ۲۷ ضرورت تبیین اخلاقی ماهیت رابطه داروساز و بیمار.....
کوروش دلپسند
- ۲۸ دندانپزشک، اخلاق، سوءرفتار با کودک.....
محبوبه ابراهیمی، صدیقه ابراهیمی
- ۲۹ مسایل اخلاقی پیشروی دندانپزشک آلوده به ویروس‌های سرایت کننده از طریق خون.....
سیده نفیسه مومنی، اعظم خورشیدیان
- ۳۰ مطالعه تحلیلی محتوای آیین‌نامه انتظامی نظام پزشکی، از دهه ۵۰ تا کنون.....
احسان شمسی گوشکی، مریم سادات موسوی، الهه رضازاده

نشست سوم: حقوق بیمار

- ۳۲ حقوق بیمار در ایران، از نظر تا عمل.....
محمد هادی ایمانیه

- ۳۳..... رویکردهای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز برای حفظ کرامت
سیمین شریفی، فریبا برهانی، عباس عباس زاده
- ۳۴..... حریم خصوصی در اطفال: یک مطالعه کمی در بیمارستان‌های آموزشی در ایران
مینا فروزنده
- ۳۵..... میزان رعایت حریم و پوشش بیماران بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران
خورشید وسکویی اشکوری، سیده فاطمه میربازغ
- ۳۶..... نقض حق بیمار بر رد درمان در نهاد حرفه‌ای پزشکان در ایران
مهرناز مظفریان، علیرضا میلانی فر
- ۳۷..... تجربه‌ی استیگمای اچ آی وی / ایدز در زنان مبتلا: ارتباط حرفه‌ای متاثر از استیگما در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
سمیرا جعفری، تهمینه فرج خدا، محمدحسین باقیانی مقدم، مینو محرز
- ۳۸..... آیا بیمار می‌داند پزشک باید رازدار باشد؟ بررسی میزان آگاهی بیماران در مورد حریم خصوصی و رازداری
محمد محمدی، احمد قادری، سید جواد مدنی، باقر لاریجانی

نشست چهارم: ملاحظات اخلاقی در آغاز حیات

- ۴۰..... نگرش زوج‌های نابارور، پرسنل درمان ناباروری و محققان جنین شناسی نسبت به شخصانیت جنین انسان
مرجانه کیسان، ماهرخ دولتیان، سامان معروفی زاده، رضا عمانی سامانی
- ۴۱..... چالش‌های تصمیم‌گیری مراقبین سلامت در روند زایمان
سپیده حاجیان، محمد شریعتی، خدیجه میرزایی نجم آبادی، مسعود یونسین، محمد اسمعیل عجمی
- ۴۲..... تکریم زن باردار در دوران بارداری و هنگام زایمان
فاطمه مؤمنی جاوید
- ۴۳..... بررسی قاعده‌ی فقهی عسر و حرج در حکم جواز کاهش جنینی در روش‌های کمک باروری
جمیله جعفری، ریحانه پیشوایی
- ۴۴..... تاملی در باب دیه سقط جنین آزمایشگاهی
عبدالحسن کاظمی، نجات فیض‌اللهی، بهرام صمدی راد، جابر قره داغی، حسین میرزاجانزاده، علیرضا نجفی، علی اشرف سیف فرشد
- ۴۵..... تبیین دست آورد ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان: تحلیل محتوی کیفی
مهتاب عطارها، زهره کشاورز، مریم بختیاری، مهری جمیلیان

نشست پنجم: رابطه پزشک و بیمار

- ۴۷..... ارتباط بین پزشک و بیمار در اخلاق پزشکی امروز
علیرضا زالی

- پرداخت‌های غیر رسمی (زیرمیزی) در ایران: نتایج یک مطالعه کمی قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت..... ۴۸
مجتبی پارسا
- بررسی الگوهای ارتباطی پزشک - بیمار: مطالعه موردی در بیمارستان شهید صدوقی یزد..... ۴۹
روح اله عسکری، الهام طایفی، علی اکبرزاده مقدم، فریمه شمسی
- بیماران و تأثیرات آن‌ها بر رفتارهای اخلاقی دانشجویان..... ۵۰
سجاد آزمند، محمد تقی ایمان، صدیقه ابراهیمی، امید آسمانی
- چهارچوب مفهومی رابطه پزشک و بیمار: یک مطالعه کیفی..... ۵۱
لیلا افشار، محمدرضا رزاقی
- بررسی تأثیر اجرای برنامه‌ی استراتژیک آموزش به بیمار بر رضایتمندی بیماران بستری در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بنجورد..... ۵۲
حامد مرتضوی، مهدیه آراین، محبوبه طباطبایی چهر
- بررسی ارزش‌های اجتماعی موثر بر تعاملات میان بیماران و پرستاران بیمارستان علی بن ابیطالب شهرستان زاهدان..... ۵۲
پرویز رضا میر لطفی، مهین قنبری پور، فاطمه لکزایی
- نشست ششم: اخلاق بیمارستانی
- رهیافت سیستمی به اخلاق در خدمات سلامت..... ۵۵
احد فرامرز قراملکی
- اخلاق سازمانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی..... ۵۷
امیراحمد شجاعی
- دستیابی به شاخص‌های اصلی اعتباربخشی اخلاقی بیمارستان در ایران..... ۵۸
سید علی انجو، میترا امینی، سید ضیاء الدین تابعی، علی مهبودی، زهرا کاووسی، محبوبه صابر
- کمیت‌های اخلاق بیمارستانی در ایران، گزارش یک تجربه‌ی عملی..... ۵۹
کبری جودکی
- سازمان بیمارستان و مبانی ترویج اخلاق حرفه‌ای..... ۶۰
امیر کشاورزبان، فرشته سلیمی
- تعیین میزان رضایتمندی بیماران از ارتباط پزشک و بیمار در مراجعین..... ۶۱
اطهر معین، علی دواتی، زهرا جهانگرد
- بررسی همبستگی رضایت از ارتباط سازمانی با تعهد سازمانی در پرستاران..... ۶۲
شهرزاد غیاثوندیان، آفاق صدیقیانی، انوشیروان کاظم نژاد، ایرج ایرانشاهی

نشست هفتم: ملاحظات اخلاقی در پایان حیات

- اهمیت طب تسکینی کودکان و مراقبت‌های انتهای حیات در ارائه خدمات منسجم سلامت ۶۴
ملیحه کدیور
- تعارض اخلاقی در مراقبت بیهوده از بیماران آی سی یو ۶۵
لیلی یکه فلاح
- تبیین فرایند برقراری ارتباط بین پرستاران و خانواده بیماران بستری در بخشهای ویژه در کرمان ۱۳۹۲ ۶۶
لاله لقمانی
- التزام به مراقبت امیدوارانه بیماران مبتلا به وضعیت نباتی در منزل: یک مطالعه کیفی ۶۷
فاطمه گودرزی، حیدر علی عابدی، کوروش زارع، فضاله احمدی
- چرا بیماران مرحله‌ی انتهایی حیات ترجیح می‌دهند در خانه بمیرند؟ تحقیق کیفی ۶۸
فاطمه استبصاری، مجید دانشفر
- تبیین علل ارائه‌ی مداخلات بی نتیجه‌ی پزشکی: مطالعه‌ای کیفی ۶۹
مریم آقابرداری، ناهید دهقان نیری

نشست هشتم: اخلاق در ژنتیک و فناوری‌های نوین پزشکی

- نکات اخلاقی از ژنتیک تا ژنومیک ۷۱
علیرضا بیگری
- آفرینش به مثابه صنعت: کودک سفارشی ۷۲
جواد توکلی بزاز
- تورسم پیوند اعضا: نگاهی اخلاقی ۷۳
محمد راسخ، فائزه عامری
- پیوند کلیه از دهنده‌ی زنده‌ی غیر فامیل و نگرانی اخلاقی در باب نحوه‌ی اخذ رضایت آگاهانه‌ی معتبر ۷۴
مرتضی اشرفی، لاله میرزائی
- ملاحظات اخلاقی و حقوقی در فناوری‌های نوین ژنتیک با نگاه ویژه به محصولات تراریخته ۷۵
سعیده سعیدی تهرانی
- چالش‌های اخلاقی در اختلالات هوشیاری ۷۶
طاہره فخمی هریس، خانم زهرا اصلی آغمیونی، فائزه طوافی، معصومه زمانلو

نشست نهم: اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی

- ساختار و عملکرد کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی در ایران ۷۸
رضا ملک زاده

- ۷۹ بررسی تولیدات علمی پژوهشگران ایرانی در حوزه اخلاق پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰-۲۰۱۴
فرزانه زاهدی، راضیه زاهدی، فرزانه همتیان، باقر لاریجانی
- ۸۰ میزان رعایت اخلاق در پژوهشهای بالینی طب سنتی ایران
فتانه هاشم دباغیان، محمد رضا رجب نژاد
- ۸۱ ملاحظات اخلاقی در مدیریت پروژه‌های تحقیقاتی بخش سلامت
غلامرضا روشندل
- خوانایی سنجی فرم‌های رضایت آگاهانه در مطالعات کارآزمایی بالینی انجام شده در یک مرکز تحقیقات بیماری‌های پوست
۸۲
انیسه صمدی، فریبا اصغری
- ۸۳ بررسی دیدگاه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد نسبت به تقلب علمی
عبدالرضا نوروزی، مریم صابری کریمیان، رضا افشاری، فاطمه امیری، فاطمه کیخایی، فریبا مهاجر، منصوره نورمندی پور
- ۸۴ اصول اخلاقی در پژوهش‌های جنسی
مریم شیرمحمدی، شهناز کهن، احسان شمسی گوشکی، محسن شهریاری
- نشست دهم: تعهد حرفه‌ای و پروفشنالیسم
- ۸۶ حرفه‌ای‌گری ترجمان اخلاق و معنویت در طب
محمد علی محقق
- بررسی میزان رعایت اصول تعهد حرفه‌ای در محیط‌های درمانی از نگاه اعضای هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۸۸
هومان حسین نژاد، هلن درگاهی
- ۸۹ ارزیابی عملکرد اخلاق حرفه‌ای پزشکان کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بعثت کرمان در سال ۱۳۹۳
حسین قائدامینی
- ۹۰ دیدگاه پرستاران و پزشکان در رابطه با ارتباط حرفه‌ای پزشک - پرستار
مرضیه افتخاری، اردشیر افراسیابی فر، نفیسه اسماعیل پور، محمد ذوالعدل
- بررسی آگاهی دانشجویان پزشکی و پزشکان شاغل در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در مورد پروفشنالیسم پزشکی
۹۱
مهرزاد کیانی، مهران سیف فرشد
- ۹۲ ارزیابی نگرش به رفتار حرفه‌ای در بخش اورژانس بر اساس راهنمای رفتار حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تهران
امیرحسین جهانشیر، الناز وحیدی، مرتضی سعیدی، احسان کریمی
- ۹۳ تبیین مفهوم شکل‌گیری حرفه‌ای دانشجویان پزشکی
شهرام یزدانی، سیمین اسمعیل پورزنجان، لیلا افشار

نشست دوازدهم: آموزش و اخلاق پزشکی

- از آموزش اخلاق پزشکی به سوی ارتقاء منش اخلاق پزشکی ۹۵
حمیدرضا آیت اللهی
- دانشجو آینده‌ی تمام‌نمای استاد: درک دانشجویان از چالش‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای ۹۶
هدی احمدی طهران، احمد کجویی، علیرضا شهریار، مریم یآوری، سلیبی حیدری
- رعایت کدهای اخلاق پرستاری در دانشجویان پرستاری بعد از آموزش اخلاق حرفه‌ای به شیوه‌ی مینی تور بیمارستانی ... ۹۷
فاطمه خراشادی زاده، فهیمه عباس زاده، مسعود ابوالحسن زاده
- تبیین مفهوم اخلاق در آموزش مجازی از دیدگاه اعضای هیأت علمی ۹۸
فیروزه فیروزه چیان، ایده دادگران
- تأثیر دوره‌ی آموزشی منشور حقوق بیمار بر سطح دانش کارکنان بیمارستان ۹۹
محسن رضایی آدریانی، ندا یآوری
- ارائه‌ی واحد اخلاق پزشکی به صورت کارگاه در محل EDC برای دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج ۱۰۰
وحید پزشک پور، رامین جاثار، مجید قرقانی
- میزان انحراف از برنامه آموزش درس اخلاق پزشکی در دوره دکترای پزشکی عمومی ۱۰۱
حمید هنرپیشه

نشست سیزدهم: اخلاق، جامعه، رسانه، فضای مجازی و نظام سلامت

- ظرفیت‌های نسل آخر تارنما، فرصتی کم نظیر برای ترویج اخلاق پزشکی نزد حرفه مندان پزشکی ۱۰۴
حسام الدین ریاحی
- بررسی اخلاق در سیستم‌های تصمیم‌یار بالینی ۱۰۵
احمد ناصرپور، محمد حسینی روندی، شراره رستم نیاکان کلهری
- سیمای اخلاق پیوند اعضا در سینما و تلویزیون ۱۰۶
نیره رئیس دانا
- بررسی دیدگاه دانشجویان پزشکی در رابطه با سریال در حاشیه ۱۰۷
محمد رحمانی، فاطمه آژیده
- تبیین انواع، تعدد ابعاد، سطوح و مراحل پدیده پزشکی شدن (MEDICALIZATION) از دیدگاه جامعه شناسی پزشکی ۱۰۸
مجید طاهری، محمود عباسی
- بررسی تل مدیسن و چالش های اخلاقی آن ۱۰۹
حمید شفیعی زاده
- مقایسه کدهای اخلاق در رسانه‌های پزشکی ایران و جهان ۱۱۰
الهام حق شناس، ناهید عین الهی، فاطمه صفری

- نشست چهاردهم: روان‌شناسی، حساسیت و هوش اخلاقی
- ۱۱۲.....مقدمه‌ای بر سازمان‌بندی فرایندهای فرهنگی و اجتماعی در مغز انسان (SOCIAL BRAIN).....حسن عشایری
- ۱۱۳.....نقش ابعاد هوش اخلاقی در تبیین نگرش پرستاران به رعایت حقوق بیماران با میانجی‌گری عمل به باورهای دینی.....اعظم محمودی، لطفعلی خانی
-بررسی رابطه‌ی اخلاق کاری و فرسودگی شغلی کارشناسان آزمایشگاه‌های بیمارستان‌های شهر تبریز
محسن فرج اله بیک نوری، سجاد هادی، امین محمد زاده، بهروز محمد علیزاده، سمیه روحانی مجد
- ۱۱۵.....هوش اخلاقی در حوزه‌ی پزشکی: مروری بر مفاهیم و کلیات.....پروین رضایی گزکی، مقدار نوروزی
- ۱۱۶.....بررسی ارتباط میان حساسیت اخلاقی پرستاران بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری.....شاهین پاشایی قطلو، اکبر ساسان نرکس آباد، وحید معصومی، رسول صابر نعمتی، شیوا پاشایی قطلو
- ۱۱۷.....حساسیت اخلاقی و درماندگی اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه.....عباس عباس زاده، فریبا برهانی، محمد جواد حسین آبادی فراهانی، عرفان قاسمی
- ۱۱۸.....ظهور جوانه‌ی مفهومی نوین: «پرستارمحوری» ثمره‌ی بازاندیشی پیرامون مفهوم «شخص محوری».....مژگان خادمی
- نشست پانزدهم: اخلاق پزشکی، اسلام و سلامت معنوی
- ۱۲۰.....در آمدی بر روش شناسی فهم روایات طبی.....نیکزاد عیسی زاده
- ۱۲۱.....خانواده و سلامت جنسی در پرتو آموزه‌های اخلاق زیست خانوادگی و حقوق بشر اسلامی.....محمود عباسی
- ۱۲۲.....مفهوم شناسی واژه «لغو» در قرآن کریم و نسبت آن با مفهوم «درمان بی نتیجه» از دیدگاه اخلاق پزشکی.....محسن رضایی آدریانی، محسن جوادی، سعید نظری توکلی، مهرزاد کیانی، محمود عباسی
- ۱۲۳.....بررسی فقهی حریمیت در اهدای جنین.....محسن ولایتی، احمد مظفری، لیلا ربیعی، نرجس حشمتی فر
- ۱۲۴.....بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و سلامت معنوی در پرستاران.....محمدعلی سلیمانی، آمنه یعقوب زاده، محمدرضا شیخی
- ۱۲۵.....تأثیر خود مراقبتی معنوی بر امیدواری و سلامت معنوی بیماران سرطانی.....اردشیر افراسیابی فر، اسدالله موسوی، ابوالفضل تقی پور جهرمی

نشست شانزدهم: فلسفه، اخلاق و طب

- درآمدی بر اخلاق حرفه‌ای پزشکی و موضوعات مطروحه در اخلاق پزشکی نوین با توجه به شرایط جهانی..... ۱۲۷
سیدطه هاشمی
- جامعیت زمانی و جامعیت ارتباطی: دو مفهوم مغفول در چهار اصل اخلاق زیستی ۱۲۸
حمیدرضا نمازی
- نقد اصل‌گرایی اخلاقی در اخلاق زیست پزشکی ۱۲۹
محمد تقی اسلامی
- مطرح شدن فلسفه طب به عنوان یک رشته مستقل؛ پاسخ به یک نیاز یا یک نیاز القایی ۱۳۰
محبوبه صابر
- اخلاقیات مراقبتی و کاربرد آن در پرستاری ۱۳۱
لیدا نیک فرید
- گفتاری در باب نقش مابعد الطبیعه در اخلاق پرستاری غرب و تفاوت‌های آن با اسلام ۱۳۲
اکرم السادات سادات حسینی
- بررسی فلسفه‌ی اخلاق در سیستم بین المللی حفاظت در برابر پرتوها ۱۳۳
حمید عبداللهی

نشست هفدهم: اخلاق و خطاهای پزشکی

- بررسی سوء رفتار علیه کادر پرستاری در بیمارستان شهید فقیهی شیراز ۱۳۵
صدیقه ابراهیمی، محمد جواد عرفانی زاده
- بررسی نظرات مردم در مورد نحوه‌ی ابراز خطای پزشکی ۱۳۶
اکرم حیدری، معصومه رزاقی، فریبا اصغری
- تاثیر برنامه مدیریت خطر بر میزان بروز خطاهای دارویی، یادگیری از خطا و گزارش خطاهای دارویی در بخش های ویژه قلبی ۱۳۷
مرضیه پازکیان، امیر میرصادقی
- بررسی میزان خطای حرفه‌ای در پرستاران و گزارش آن ۱۳۸
اردشیر افراسیابی فرو، ذبیح‌اله خوشدلی، فاطمه پیرامی، مهوش محمدی، محمد ذوالعدل
- تبیین فرایند رسیدگی به قصور و خطاهای پزشکی در حوزه طب سنتی و مکمل و ارائه گزارش مورد ۱۳۹
محمد رضا نورس
- تجربه‌ی پرستاران ایرانی از خطاکار بودن ۱۴۰
محدثه محسن پور، محمدعلی حسینی، عباس عباس زاده، فرحناز محمدی، حمیدرضا خانکه

نشست هجدهم: حقوق و مسؤولیت پزشکی

- ۱۴۲..... مسؤولیت انتظامی پزشکی
علی فتاحی
- ۱۴۳..... مبنا و هدف مسؤولیت انتظامی پزشک، خاستگاه و غایت اخاقی حقوق پزشکی
سید محسن سادات اخوی
- ۱۴۴..... پذیرش بیماران توسط پزشک، الزام یا اختیار
احسان شمسی گوشکی، مهدی خسروی
- ۱۴۵..... تعامل قانون و اخلاق و اثرات آن در عملی شدن اخلاق پزشکی
منصوره مدنی، نازآفرین قاسم زاده، انسیه مدنی
- ۱۴۶..... جایگاه اتونومی و اخذ برائت در قوانین کیفری
محمد کاظمیان
- ۱۴۷..... کاستی‌های سیاست کیفری تقنینی، قضایی و اجرایی در اعمال مجازات نوین «اقدام درمانی»
مهدی خاقانی اصفهانی، سمیرا حاجی صادقی
- ۱۴۸..... آیا حکم فقهی و اخلاقی در اجرای مجازات مرتد توسط پزشک متعارض است؟
امید آسمانی، صدیقه ابراهیمی

نشست نوزدهم: اخلاق در سیاست‌گذاری نظام سلامت

- ۱۵۰..... تعیین اولویت‌های کشوری اخلاق زیستی و اخلاق در علم و فناوری
محمد راسخ، محمد مهدی آخوندی، فائزه عامری
- ۱۵۱..... مراقبت و نظارت شامل منع تولید نسل
علیرضا میلانی فر
- ۱۵۳..... طرح تحول نظام سلامت، دیدگاهی تک‌بعدی به جایگاه کمیته‌ی اخلاق بیمارستان
نسرتین نژادسروری
- ۱۵۴..... پیش‌گیری رابعه یا سطح چهارم، الزامی اخلاقی
مهران سیف فرشد
- ۱۵۵..... تحلیل تفاوت‌های اخلاقی در سلامت عمومی و عملکرد بالینی
فروزان اکرمی، علیرضا زالی، محمود عباسی
- ۱۵۶..... بررسی جایگاه عدالت اجتماعی در نظام سلامت
اعظم شریفی

نشست عمومی ۱

- اولویت بندی ارزش های اخلاق پرستاری با استفاده از رویکرد تحلیل سلسله مراتبی (AHP) و میزان رعایت آن ها در یکی از بیمارستان های آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران: ۱۳۹۱..... ۱۵۸
 احمد براتی مارنانی، فاطمه قورچیانی، علی محمد خاتمی فیروزآبادی، حمید حقانی، فریده گلدوست مرندی، مژگان عسگری، فاطمه زارعی
- حقیقت گویی در پزشکی: یک مرور سیستماتیک ۱۵۹.....
 زینب درخشان، احسان شمسی گوشکی
- پرستاران و اصول اخلاقی در بحران ۱۶۰.....
 مهدیه نژاد شفیعی
- لزوم نظارت مستمر اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی: مطالعه مروری ۱۶۱.....
 سمانه تیرگر، فرزانه زاهدی، ندا مهرداد، باقر لاریجانی
- اصول اخلاق پزشکی در رساله بایسته های اخلاق پزشکی رازی ۱۶۲.....
 مجید سرنی زاده
- اجرای مدیریت خطر بالینی؛ رویکردی برای احترام به حقوق ایمنی بیماران ۱۶۳.....
 جمیله فرخ زادیان، فریبا برهانی، ناهید دهقان نیری
- رازداری در حرفه ی داروسازی ۱۶۴.....
 پردیس نظری
- بررسی الگوهای ارتباط پزشک- بیمار در درمانگاه های سرپایی بیمارستان خاتم الانبیاء تأیید سال ۱۳۹۳..... ۱۶۵.....
 سمیه نطاق اشتیوانی، علی عمادزاده
- بررسی مفهوم و ابعاد اخلاقی - حرفه ای در ارائه مراقبت مستمر مامایی در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان ۱۶۶
 اعظم باقری، معصومه سیمبر، منصوره صمیمی، فاطمه ناهیدی، حمید علوی مجد

نشست عمومی ۲

- ملاحظات اخلاقی در مراقبت های پایان حیات ۱۶۸.....
 شبنم بزمی، افسون تقوی
- خشونت علیه پرستاران و خلاءهای قانونی موجود در حقوق کیفری ۱۶۹.....
 میترا صدقی ثابت، مجتبی جانی پور
- MICROETHICS در طب ۱۷۰.....
 مریم حیدری
- تأملی در جواز کالبدشکافی آموزشی دانشجویان پزشکی ۱۷۱.....
 احمد مشکوری

- بررسی و مقایسه عوامل سازمانی مرتبط با بروز خطاهای مامایی از دیدگاه ماماهاى شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۳ ۱۷۲
- هدیه ریاضی، آرزو چراغی، محمدعلی امام هادی، سارا جام برسنگ
- نگاهی به پرونده الکترونیک سلامت از دریچه اخلاق پزشکی ۱۷۳
- کبری علیگلبنندی، آریتا بالاغفاری
- عدالت در سلامت در زنان کارگر ایرانی: چالشها و راه کارها ۱۷۴
- زهره کشاورز
- پیشنهاد اصول اخلاقی برای کدگذاری بالینی در ایران ۱۷۵
- جواد زارعی، اکرم واحدی برزکی، طلعت مدنی
- بازخوانی تاثیر تعیین کننده‌های اجتماعی (SDH) بر اصل عدالت از منظر اخلاق پزشکی ۱۷۶
- داود نظام الاسلامی، پونه سالاری

نشست عمومی ۳

- ملاحظات اخلاقی در درمان طب سنتی بانگاه ویژه به اطفال ۱۷۸
- فتانه سادات بطحائی، رویا رشیدپورائی
- بررسی فرم رضایت آگاهانه‌ی طرح‌های با فراورده‌ی طبیعی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۹۴ ۱۷۹
- مهدی پاسالار، علی پوست فروش فرد، سید ضیاءالدین تابعی
- چرا انگلیسی؟ چرا ISI؟ ملاحظات اخلاقی وجوب چاپ مقالات علمی در نمایه‌های استنادی معتبر ۱۸۰
- سید جواد مدنی، سید عبدالله مدنی
- اولویت بندی چالش های اخلاقی در پزشکی بالینی از دیدگاه صاحب نظران حوزه‌ی اخلاق پزشکی و پزشکان اعضای ۱۸۱
- بوردر ایران: یک بررسی مقایسه‌ای ۱۸۱
- علیرضا پارساپور، الهام شجری، باقر لاریجانی
- کودک آزاری: تشخیص، درمان، گزارش توسط دندانپزشکان ۱۸۲
- اعظم خورشیدیان، سیده نفیسه مومنی
- جایگاه عدالت آموزشی و رفتارهای مدنی تحصیلی در اخلاق تحصیلی ۱۸۳
- سیده سارا افرازانده، سکینه سبزواری، طویه میرزایی، بتول پورابولی
- بررسی تاثیر کارگاه آموزشی بر تغییر نگرش دانشجویان علوم پزشکی در مورد حقوق بشر مرتبط با سلامت ۱۸۴
- ملیکا حنیفی ها
- جایگاه اخلاق در آموزش پزشکی از دیدگاه طب ایرانی ۱۸۵
- مریم ایرانزاد اصل، حسین رضایی زاده، علیرضا پارسا پور

- ۱۸۶..... حضور شایستگی فرهنگی در آموزش پرستاری
مهسا بودری پور، عباس عباس زاده، فریبا برهانی

نشست عمومی ۴

- ۱۸۸..... اخلاق پزشکی در آزمایشگاه تشخیص طبی
سید محمد اکرمی
- ۱۸۹..... اغماض فکورانه: راهبردی برای مدیریت چالش‌های اخلاقی در پرستاران ایران
عباس عباس زاده، نیلوفر ظفرنیا
- مقایسه‌ی شهامت اخلاقی پرستاران و مدیران پرستاری شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴..... ۱۹۰
سیده سولماز موسوی، احمد ایزدی
- ۱۹۱..... بررسی وضعیت روابط بین فردی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کاشان
فاطمه رنگرز جدی، مریم رنگرز جدی
- ۱۹۲..... عملکرد اخلاقی/قانونی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی استان گیلان
محمد اسماعیل پوربندبنی، خدیجه مباشر امینی
- ۱۹۳..... پروفشنالیسم سازمانی و خودارزیابی
جنت مشایخی
- ۱۹۴..... سازگاری مذهبی منفی در زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه آینده نگر
کاملیا روحانی
- ۱۹۵..... رعایت اصول اخلاق پزشکی درانتخاب روش زایمان
شراره جان نثاری
- ۱۹۶..... چشم انداز کلی مصادیق بی احترامی در حین مراقبت‌های مامایی در دنیا
فرزانه پازنده، مژگان کرد، پورانخت افشاری

نشست عمومی ۵

- ۱۹۸..... اخلاق حلقه‌ی مفقوده‌ی شکاف تئوری - تحقیق - عمل
حمیده یزدی مقدم، عباس حیدری، علیرضا پور اسماعیلی
- ۱۹۹..... واقعه صدر، تاکیدی بر نقش حمایتی پرستاران
احمد نجاتیان یزدی نژاد
- ۲۰۰..... اخلاق انتقال فناوری سلامت
پیمان کیهان ور، زهره صادقی، محمود شریفی زارچی، حسام الدین علامه، سینا توکلی

- ۲۰۱..... مراقبت معنوی احمد قادری
- ۲۰۲..... ملاحظات اخلاقی و حقوقی در تست‌های غربالگری سلامت جنین رویا رشیدپورایی، فتانه سادات بطحایی
- ۲۰۳..... تعارض منافع غیر مالی در پژوهش‌های پزشکی: چالش‌ها و راهکارها علی خاجی
- ۲۰۴..... تحلیل گفتمان اخلاق پزشکی در دوران هشت ساله دفاع مقدس فتانه قدیریان، مرتضی خاقانی زاده
- ۲۰۵..... اصول اخلاقی در خصوص استفاده از رسانه های اجتماعی برای پزشکان و پیراپزشکان مطابق با راهنمای دپارتمان اخلاق پزشکی انجمن پزشکان بریتانیا حسین شهناوی، آرش سالاری
- ۲۰۶..... بررسی الزامات اخلاقی در سلامت همراه محمد حسینی‌روندی، حسام کریم، شراره رستم نیاکان کلهری
- نشست اخلاق داروسازی
- شناخت تجربه و دیدگاه داروسازان در زمینه اخلاق حرفه ای و مسائل و مشکلات مطرح در این زمینه در داروخانه ها
- ۲۰۸..... پونه سالاری، محمد رضا جوادی، نیکیناز اشرفی
- ۲۰۹..... بررسی ارتباط حرفه‌ای داروساز و سایر افراد کادر درمان: تأثیر آموزش در مهارت‌های برقراری ارتباط شهیده امینی
- ۲۱۰..... آموزش اخلاق داروسازی؛ فرصت ها و تهدیدها محمد رضا جوادی، شهیده امینی، پونه سالاری، حسن ترکمندی
- معرفی مورد (CPC)
- ۲۱۲..... چهارشنبه ۹۴/۱۱/۷ زمان ۱۳/۳۰-۱۵..... رازداری
- محمدنادر شریفی، الهام برجی، امیر احمد شجاعی
- مشارکت پزشک در مجازات محکومین،
- سعیده سعیدی تهرانی، پونه سالاری، کبری جودکی
- ۲۱۳..... پنج شنبه ۹۴/۱۱/۸ زمان ۸/۳۰-۱۰..... رازداری
- لادن ناز زاهدی، دکتر سروری، دکتر پارساپور

برخورد با کودک آزاری

رشیدپورایی، مسعود حسینی

پنج شنبه ۹۴/۱۱/۸ زمان ۱۵-۱۳/۳۰ ۲۱۴

پرداخت هزینه درمان و بیمه

علی خاجی، دکتر باقری

اختلالات جنسیتی

فاطمه خانساری، علیرضا باقری

پنج شنبه ۹۴/۱۱/۸ زمان ۱۷-۱۵/۳۰ ۲۱۵

تخصیص منابع

ندا یآوری، مجید سرورری، احسان شمسی

رحم جایگزین

جنت مشایخی، رضا عمانی سامانی، پونه سالاری

نشست اول:

اخلاق شاغلان حرفه‌های پزشکی ۱

سه‌شنبه ۹۴/۱۱/۶

سالن شهید رضایی نژاد (سالن ۳)

ساعت: ۸/۳۰ – ۱۰/۰۰

کاربردهای اخلاق و معنویت در فرآیند پرستاری

عباس عباس زاده*

فرآیند پرستاری چارچوبی منطقی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی اقدامات پرستاری به دست داده است. این الگو سالهاست که پرستاران را در مراقبت همه جانبه از بیمار راهنمایی می‌کند. در سال‌های اخیر رشد بیماری‌های مزمن، طولانی شدن عمر و پیشرفت در دانش و فن‌آوری پزشکی باعث شده تا جنبه معنوی سلامت که در تعریف سازمانی جهانی بهداشت به عنوان رکن چهارم سلامت متبلور شده، بیش از گذشته مورد توجه قرار گیرد. در این مقاله سعی شده است فرآیند پرستاری به عنوان رویکردی نظام‌مند در مراقبت پرستاری حوزه اخلاق و معنویت بیماران معرفی شود. با استفاده از مفاهیم فرآیند پرستاری، تشخیص‌های پرستاری، معنویت، اخلاق، مذهب و واژه‌های مرتبط با آنان مثل امید، سلامت معنوی، دیسترس اخلاقی و دیسترس معنوی جست‌وجوی منابع انجام و سپس با توجه به نتایج حاصله و یافته‌های مطالعات قبلی مدل اخلاق و معنویت در فرآیند پرستاری تدوین و ارائه شده است.

فرآیند پرستاری در کاربرد اخلاقی و معنوی نیاز به تبیین و تعریف روش‌های بررسی، تشخیص پرستاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی محتوای خاص دارد. در مرحله بررسی از فرآیند پرستاری، وجود ابزارهای خاص و بیش‌تری که وضعیت معنوی و رویکردهای اخلاقی بیمار را نشان دهد ضروری به نظر می‌رسد. در این قسمت تعریف سلامت معنوی و رویکردهایی که مدل سلامت معنوی در پرستاری را نشان دهد کاربرد دارد. در مرحله تشخیص پرستاری، حداقل ده تشخیص پرستاری NANDA تعریف شده که با موضوع اخلاق و معنویت ارتباط مستقیم می‌یابد. در مرحله برنامه‌ریزی از فرآیند پرستاری، هر چند که تشخیص‌های مختلف پرستاری و بیماران متفاوت برنامه اختصاصی خود را می‌طلبند، اما به عنوان اصل کلی در مدل کاربرد سلامت معنوی در پرستاری راهکار توسعه معنویت در پرستار و بیمار، عمل به اخلاقیات توسط کادر پرستاری و سایر کارکنان بیش‌ترین اهمیت را دارد تا محیط مراقبت سلامت به محیط بالندگی اخلاقی تبدیل شود. در مرحله اجرا، پرستار از تمام ظرفیت اخلاق و معنویت و تدارک محیط (جو) اخلاقی برای توسعه اخلاق بر حسب برنامه موردی و فردی تهیه شده برای مددجو سود می‌برد. در مرحله ارزشیابی، بررسی مجدد و مکرر مددجو وضعیت اخلاق و معنویت و تاثیر مداخلات انجام شده را نشان داده و راه بهبود مداخلات را نشان می‌دهد.

با آنکه سال‌های زیادی از ارائه چارچوب فرآیند پرستاری می‌گذرد، هنوز این چارچوب می‌تواند مبنای مناسبی برای مراقبت جامع و همه جانبه از مددجویان مورد استفاده قرار گیرد. موضوع اخلاق و معنویت به عنوان یکی از جنبه‌های مهم و اساسی سلامت مددجویان با استفاده از این چارچوب قابل طراحی، اجرا و ارزشیابی می‌باشد. با توجه به آثار مثبت و چشمگیر گسترش اخلاق و معنویت، آموزش مراقبت اخلاقی و معنوی مددجویان با استفاده از ابزار فرآیند پرستاری و سامان‌دهی پژوهش‌های پرستاری به سمت تهیه شواهد مورد نیاز برای تدوین الگوی اخلاق و معنویت در فرآیند پرستاری توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: اخلاق، معنویت، فرآیند پرستاری، سلامت معنوی

* Email: aabaszadeh@hotmail.com

خودفهمی حرفه‌ای ضرورت ارائه‌ی مراقبت اخلاقی علیرضا نیکبخت نصرآبادی*

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی

به قول گارتنر (۱۹۷۳) اگر می‌خواهید بفهمید ماهیت یک رشته‌ی علمی چیست، نباید اول به نظریه‌ها و یافته‌های آن نگاه کنید و یقیناً نباید به آنچه مدافعان آن علم می‌گویند گوش دهید، بلکه اول باید ببینید که عمل کنندگان به آن علم چه می‌کنند. در سال ۱۸۵۹، وقتی بانوی فانوس به‌دست "فلورانس نایتینگل" اولین کتاب رسمی خود را در مورد پرستاری نوشت نام این کتاب را این‌گونه نهاد: نکاتی در مورد پرستاری: پرستاری آنچه هست و آنچه نیست. لذا رسیدن به یک خودفهمی حرفه‌ای روشن اولین گام در مسیر اخلاقی کردن آن حرفه و اخلاقی عمل کردن شاغلین آن حرفه است. این مسأله امری بدیهی است که یک گروه با یک شغل منحصر به فرد مخصوص، شغلی که زندگی انسان‌ها را تحت تأثیر خود قرار داده است، باید عملکرد خود را به‌صراحت تعریف کند. اگرچه تلاش بسیار عمده‌ای از طرف اشخاص، گروه‌ها، انجمن‌ها، گروه‌های حرفه‌ای-آموزشی و... در این راه انجام گرفته است، این یک تلاش بی‌پایان است، زیرا شرایط هر روز متفاوت از روز قبل است، طبیعت جوامع با یکدیگر متفاوت است، فرهنگ‌های متفاوت انتظارات متفاوتی از حرف پدید می‌آورند و لذا نیاز به روشن سازی این مسأله هم‌چنان به‌عنوان یک ضرورت باقی است. ویرجینیا هندرسون در کتاب خود صراحتاً به این نکته اشاره کرده که با سفرهای متعددی که به بسیاری از کشورها داشته است دستیابی به یک تعریف جهانی از پرستاری را امری بسیار مشکل می‌بیند، زیرا ماهیت کار پرستاری بستگی نزدیک به نوع و کیفیت نیازهای مردم آن کشورها از خدمات پرستاری دارد و این درحالی است که انجمن بین‌المللی پرستاری تعریف ویرجینیا هندرسون را به‌عنوان تعریف رسمی و سازمانی خود پذیرفته است. او تأکید می‌کند اگر دوباره خواسته باشیم تعریف سال ۱۹۶۶ خود را ارائه دهم قطعاً با آن تعریف متفاوت خواهد بود (ویرجینیا هندرسون، ۱۹۹۱). سؤال اصلی و محوری پرستاری امروز این است که پارادیم حاکم بر پرستاری ما چگونه پارادیمی است؟ پرستاران با این پارادیم چگونه حرفه‌ی خود را، خود را، و دیگران را می‌بینند؟ پدیده‌های درون این پارادیم چگونه شکل گرفته است؟ و ماهیت و نقطه تمرکز حرفه‌ی پرستاری چیست؟ چگونه این پارادیم در پرستاری ما شکل گرفته و چه عواملی در این میان دخیل بوده اند؟ و چگونه خود را نشان داده است؟ و این خود فهمی چه تأثیری بر عملکرد حرفه‌ای افراد حرفه‌ای دارد؟

واژگان کلیدی: خودفهمی، گروه‌های حرفه‌ای، پرستاری، پارادایم

* Email: nikbakht@tums.ac.ir

آیا کدهای اخلاقی پرستاری ایران قابل اجرا هستند؟

محسن شهریار^{*}

استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کدهای اخلاقی در کشورهای مختلف برای پرستاران تدوین و بازنگری شده است. برای ارزیابی راهنماهای بالینی که کدها هم به نوعی راهنمای بالینی هستند، از رویکردهای متفاوتی استفاده می‌شود. برای ارزشیابی راهنماهای بالینی، می‌توان از نظرات گروه درگیر و ذی‌نفعان و بیماران هم استفاده کرد. به منظور کسب نظر افراد ذی‌نفع در رابطه با کدهای اخلاقی پرستاری، اقدام به انجام یک مطالعه‌ی نظرسنجی کشوری از پرستاران در شهرهای منتخب کشور شد. در این نظر سنجی، ۳۰۰ فرم پرسشنامه مبتنی بر کدهای اخلاقی استحصال یافته برای پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب ۲۵ شهر ۲۰ استان از طریق پست ارسال شد. در این مطالعه از ابزار اگری (Evaluation & Appraisal of Guidelines for Research) استفاده شد.

از پرسشنامه‌های ارسالی تعداد ۱۶۸ عودت و مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت ... ارزیابی کدها بر مبنای معیارهای مورد ارزیابی نشان می‌دهد که همه‌ی موارد ارزیابی، قابل قبول بوده‌اند و به این معناست که مورد توافق ذی‌نفعان اصلی یعنی پرستاران قرار گرفته است. هم‌چنین درباره‌ی ارزیابی نهایی نسبت به کارگیری کدهای اخلاقی در بالین بود؛ ۵۰ درصد آن‌ها را اکیدا توصیه کرده بودند، ۳۹/۹ درصد آن‌ها را مشروط یا با تغییرات توصیه کرده بودند، شش درصد استفاده از آن‌ها را توصیه نکرده بودند و ۴/۲ درصد افراد نسبت به استفاده از آن‌ها مطمئن نبودند.

با توجه به نظرسنجی انجام بیش از ۸۹ درصد شرکت‌کنندگان مطالعه با به کارگیری کدهای اخلاقی در بالین موافق بودند. با این وجود قابلیت اجرای آن را مشروط می‌دانستند. اجرایی شدن این کدهای اخلاقی نیاز به شناسایی و موانع به کارگیری کدهای اخلاقی و شرایط لازم برای پذیرش و اجرای این کدها را در شرایط بالینی فراهم کرد.

واژگان کلیدی: کد اخلاقی، ارزیابی، پرستاری

^{*} Email: shahriari@nm.mui.ac.ir

بررسی میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای در اجرای رویه‌های تهاجمی توسط پرستاران

سامان صابر^۱، تکتیم کیانیان^{۲*}، ته‌مین‌ه صالحیان^۳، اله‌یار شه‌نوازی^۴

۱- کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ایران‌شهر، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران‌شهر، ایران‌شهر، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۳- کارشناس ارشد، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی ایران‌شهر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران‌شهر، ایران‌شهر، ایران

۴- کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ایران‌شهر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران‌شهر، ایران‌شهر، ایران.

پرستاران در انجام مراقبت‌های پرستاری با مسائل اخلاقی چالش برانگیزی مواجه می‌شوند و این امر تصمیم‌گیری را برای آن‌ها سخت می‌کند. هدف از این مطالعه تعیین میزان رعایت اخلاقی پرستاران در انجام رویه‌های تهاجمی در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می‌باشد. این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که با هدف تعیین میزان رعایت اخلاق پرستاری در فرآیند انجام رویه‌های تهاجمی از قبیل رگ‌گیری و خون‌گیری توسط پرستاران انجام شده است. نمونه‌های پژوهش را ۲۰۰ نفر پرستار با مدرک حداقل لیسانس، شاغل در بخش‌های بزرگسالان بیمارستان‌های منتخب تشکیل می‌دادند. ابزار این پژوهش عبارت از فرم اطلاعات دموگرافیک که شامل سؤالاتی راجع به اطلاعات فردی واحدهای مورد پژوهش بود، و فهرست واری که شامل ۱۵ سؤال یا رفتار مورد نظر در خصوص عملکرد افراد در فرآیند رگ‌گیری و خون‌گیری بود. پژوهش‌گران با مراجعه به بخش‌های مربوط و دسترسی به نمونه‌ها ابتدا پرسشنامه را تحویل واحدها داده و سپس چک‌لیست مربوطه به طور جداگانه برای دو مشاهده به فاصله حداقل ۱۵ روز و هر بار به مدت یک نوبت کامل کاری تکمیل می‌نمودند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و آزمون‌های آماری مجذور کای، تست دقیق فیشر و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد بیش‌ترین درصد واحدها مربوط به گروه سنی بین ۲۵ تا ۲۹ سال، زن و مجرد بوده، اکثریت دوره آموزش ضمن خدمت اخلاق پرستاری را نگذرانده بودند. هم‌چنین، درصد قابل ملاحظه‌ای از آنان (۴۳/۶ درصد) عملکرد نامطلوب در انجام پروسیجرها داشته و عواملی چون نوع بخش (۰/۰۰۵)، و متوسط ضریب اشغال تخت در هفته (۰/۰۰۰)، تعداد همکاران پرستار و بهیار در یک نوبت کاری (۰/۰۰۱)، تحصیلات (۰/۰۷۳)، میزان رضایت از بخش محل خدمت (۰/۰۴۳) و امکانات فنی بخش (۰/۰۲۹) با رعایت نکات اخلاقی پرستاری در انجام رویه‌ها ارتباط معنادار داشته است. یافته‌ها نشان داد درصد قابل ملاحظه‌ای از واحدهای مورد پژوهش در فرآیند انجام اخلاقی رویه‌ها عملکرد نامطلوب داشته و لذا پیشنهاد می‌شود که مدیران، برنامه‌ریزان و مربیان پرستاری با برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و تدوین خط مشی‌های مورد نیاز توجه لازم را در زمینه رعایت اخلاق پرستاری در عملکرد حرفه‌ای پرستاران به عمل آورند.

واژگان کلیدی: اخلاق حرفه‌ای پرستاران، اخلاق پرستاران، رویه‌های تهاجمی

* Email: t.kianian67@gmail.com

بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران از منظر

اخلاق حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی بجنورد

محبوبه طباطبایی چهر^{۱*}، مهدیه آرین، حامد مرتضوی، ابراهیم گل‌مکانی

۱- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

کیفیت زندگی کاری به عنوان بخش مهمی از تجربیات کارکنان در محیط کار است و از آن به عنوان یک متغیر که بتواند رضایت‌مندی کارکنان را تأمین کند یاد شده است. نارضایتی از کیفیت زندگی کاری خصوصاً در مسائل اخلاقی یک مشکل اساسی است که بدون توجه به پست و موقعیت، همه‌ی کارکنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا مطالعه‌ی حاضر به بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران از منظر اخلاق حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی بجنورد پرداخته است. روش کار: این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی است که در سال ۱۳۹۴ با بررسی دیدگاه ۵۲ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان امام علی (ع) در بجنورد انجام شده است. در این پژوهش، جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی کاری با ۷ حیطه استفاده شد. اکثر شرکت‌کنندگان (درصد ۱۹(۳۶.۵ کیفیت در زمینه‌ی پرداخت منصفانه‌ی حقوق و تناسب پرداخت با کار را متوسط؛ (درصد ۱۹(۳۶.۵ کیفیت شرایط و محیط کاری امن ایمن و سالم را کم؛ (درصد ۲۳(۴۴.۲ کیفیت فرصت‌های یادگیری و کسب مهارت‌های جدید را متوسط؛ (درصد ۱۸(۳۴.۶ کیفیت زمینه‌سازی برای رشد و پیشرفت در مسیر ترقی را متوسط؛ (درصد ۱۸(۳۴.۶ کیفیت حمایت از حقوق فردی و شان انسانی بدون قید و شرط را خیلی کم؛ (درصد ۲۲(۴۲.۳ کیفیت عملکرد سازمان در زمینه‌ی تقویت روحیه و ایجاد حس افتخار به کار را متوسط؛ (درصد ۱۹(۳۶.۵ کیفیت عملکرد سازمان در تعادل ابعاد روحی و روانی کارکنان را متوسط بیان کردند. اخلاق و کیفیت زندگی کاری دو متغیر مرتبط به هم در محیط‌های کاری هستند. توجه به مسائل اخلاقی و حقوقی کارکنان در برنامه‌ریزی‌های سازمان به عنوان یکی از مهم‌ترین مباحث در محیط‌های کاری مورد توجه قرار گرفته است. توجه به مسائل اخلاقی در محیط کاری عملکرد کارکنان را ارتقاء می‌دهد و سطوح بالای اعتماد میان کارکنان و مدیریت سازمان ایجاد می‌کند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی کاری، پرستار، اخلاق حرفه‌ای

* Email: chehr192@gmail.com

تبیین مؤلفه‌های توانمندی پرستاران در مراقبت مبتنی بر اخلاق حرفه‌ای:

مطالعه‌ای تماتیک

سعید فروغی*، فاطمه الحانی، انوشیروان کاظم نژاد، آرمین زارعیان

دانشگاه تربیت مدرس

اخلاق حرفه‌ای تعیین‌کننده‌ی مبانی و ناظر بر اجرای ارزش‌های اخلاقی در یک نظام حرفه‌ای است. صلاحیت‌های فردی و حرفه‌ای در بین شاغلان گروه پزشکی نیز کیفیت رفتار و عملکرد شغلی آنان را شکل می‌دهند و اجرای صحیح وظایف بر مبنای اخلاق حرفه‌ای به دلیل نقش اساسی که در سلامتی انسان‌ها دارند نیازمند صلاحیت‌ها و توانایی‌های ویژه‌ای است. مطالعه‌ی حاضر جهت کشف مؤلفه‌های توانمندی مرتبط با مراقبت اخلاقی حرفه‌ای در پرستاران ایرانی انجام شد.

در مطالعه‌ای کیفی با رویکرد استقرایی، ۲۳ مشارکت‌کننده پرستار، سرپرستار، پزشک، مددجو و همراه بیمار از اسفندماه ۱۳۹۱ تا مردادماه ۱۳۹۳ به روش نیمه ساختاریافته تحت مصاحبه‌ی عمیق قرار گرفتند. مصاحبه‌ها بر مبنای روش تحلیل درون‌مایه‌ای براون و کلرک تجزیه و تحلیل شد. دقت و استحکام داده‌ها با معیارهای لینکلن و گوبا مورد بررسی قرار گرفت.

دو درون‌مایه‌ی اولیه‌ی دانش و فناوری روزآمد و آموزش کارآمد نظری و عملی اخلاق درون‌مایه‌ی فرعی دانش بالنده را شکل دادند و دو درون‌مایه‌ی اولیه‌ی مهارت فنی بالینی و تعامل اخلاقی و مدیریت موقعیت‌ها درون‌مایه‌ی فرعی مدیریت حرفه‌ای را پدید آوردند. چهار درون‌مایه‌ی اولیه: انضباط و پختگی تجربی، تدبیر مشکلات شخصی، حفظ توانایی‌های فردی (جسمی و روانی) و ظرفیت ایشار حرفه‌ای درون‌مایه‌ی فرعی انطباق‌پذیری را شکل دادند. در نهایت، از تلفیق این سه درون‌مایه‌ی فرعی یک درون‌مایه‌ی سایه بانی با عنوان توانمندی حرفه‌ای حاصل شد. در مراقبت بالینی برای توانمندسازی پرستاران جهت نیل به مراقبت اخلاق حرفه‌ای باید سازوکارهای دستیابی به دانش و فناوری روزآمد، آموزش کارآمد نظری و عملی اخلاق، مهارت فنی بالینی، تعامل اخلاقی و مدیریت موقعیت‌ها و انطباق‌پذیری پرستاران فراهم شود. نیز این ویژگی‌ها باید مداوماً سنجش شده و سازوکارهای آموزشی و اجرایی برای ارتقای قابلیت‌های مراقبتی پرستاران فراهم شود.

واژگان کلیدی: پرستار، اخلاق، مراقبت اخلاق حرفه‌ای، توانمندی، صلاحیت، تحلیل درون‌مایه‌ای

* Email: s.foroughi@modares.ac.ir

مفاهیم اساسی در اخلاق پرستاری

محمد فتحی^{۱*}، سینا ولیئی^۲

۱- استادیار گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران

۲- استادیار گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران

به مجموعه عملکرد یک پرستار در فرایند وظایف حرفه‌ای که به صورت ویژگی‌های فردی، در رابطه با بیمار، بستگان و همراهان وی، جامعه، حکومت، محیط کار، همکاران و سایر موارد باید تجلی کند اخلاق پرستاری گفته می‌شود. اساس رویکرد اخلاق پرستاری مبتنی بر مراقبت را «پذیرندگی»، «همبستگی» و «تفاهم» تشکیل می‌دهند. اخلاق مراقبتی به طور اساسی مبتنی بر رابطه مراقبت‌دهنده و دریافت‌کننده مراقبت است و صاحب‌نظران مفاهیم اساسی در اخلاق پرستاری را ارتباط «Communication»، حمایت «Advocacy»، مراقبت «Caring»، پاسخ‌گویی/مسئولیت‌پذیری «Responsibility/ Accountability» و همکاری «Cooperation» می‌دانند. روابط: در روابط پرستار-مددجو، تعهد اخلاقی مراقبت یک وظیفه مهم در عملکرد پرستاری است و در بسیاری از متون پرستاری ایجاد و برقراری رابطه درست حرفه‌ای در ارائه مراقبت به مددجو، تقدم بر مراقبت است. حمایت: حمایت از مددجویان یکی از مفاهیم اخلاقی اساسی در مراقبت پرستاری است و نقش محوری در حمایت از بیماران و خانواده‌های آنان دارد. حمایت از مددجویان شامل اقداماتی مانند دفاع از حقوق، عمل کردن بر اساس علائق و خواسته‌های مددجویان، حفاظت از آنان و اطمینان از آسایش مددجویانی است که قادر به برقراری ارتباط نیستند. مراقبت: به عقیده بسیاری از صاحب‌نظران؛ مکتب اخلاقی مهم در پرستاری مراقبت می‌باشد. در نگاه اولیه عملکرد و صلاحیت‌های پرستاری ممکن است فعالیت‌های بالینی محسوب و از اخلاق مجزا پنداشته شوند، اما مراقبت عنصر اساسی انسان بودن و رعایت همه‌جانبه اخلاق است. پاسخ‌گویی/مسئولیت‌پذیری: در حرفه پرستاری اخلاق ضرورت بیش‌تری دارد، زیرا رفتار معنوی توأم با مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی در پرستاران در برابر مددجویان نقش مؤثری در بهبود و بازگشت سلامتی آنان دارد لذا حرفه پرستاری بر پایه اخلاق استوار است. اخلاق حرفه‌ای باعث وجدان کاری نسبت به مددجویان و سازمان می‌گردد. همکاری: در پرستاری؛ تمرکز اصلی بر نیاز مددجویان و همکاری بر محور برنامه‌های مراقبت از مددجو است. این همکاری حالتی قاطع و اخلاقی دارد که به توسعه مراقبت از مددجو و برآیندهای مطلوب می‌انجامد.

واژگان کلیدی: اخلاق پرستاری، اخلاق مراقبتی، رابطه مراقبت‌دهنده و دریافت‌کننده مراقبت

* Email: fathi_sanana@yahoo.com

نشست دوم:

اخلاق شاغلان حرفه‌های پزشکی ۲

سه‌شنبه ۹۴/۱۱/۶

سالن شهید رضایی‌نژاد (سالن ۳)

ساعت: ۱۲/۰۰ – ۱۰/۳۰

ضرورت‌های آموزش اخلاق در داروسازی

محمد عبداللهی*

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران و دبیر شورای آموزش داروسازی و تخصصی کشور

امروزه اخلاق پزشکی به عنوان یکی از ارکان اصلی آموزش در حوزه پزشکی به شمار می رود و به این سبب لازم است آموزش اخلاق در کلیه گروههای علوم پزشکی اعم از پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی، پیراپزشکی، پرستاری و ... نهادینه شود. داروسازی دارای شاخه‌های تخصصی متعدد اعم از آکادمیک، صنعت داروسازی، توزیع و پخش فراورده‌های دارویی، امور بالینی، پژوهشی، مدیریتی و غیره می باشد.

از حدود ۱۰ سال گذشته، درس اخلاق داروسازی برای دانشجویان دکترای حرفه ای داروسازی تدریس می شود. این در حالی است که امروزه و بر مبنای تغییرات اساسی که در حدود وظایف و مسؤولیتهای داروسازان در ۲-۱ دهه اخیر ایجاد شده است اهمیت فراگیری دانش اخلاق در داروسازی و تنوع کاری چند برابر شده است. به طور کلی داروسازان به عنوان یکی از ارائه کنندگان خدمات سلامت و به دلیل تقابل ارائه خدمات و تجارت از نظر اخلاقی بسیار آسیب پذیر بوده و چالشهای اخلاقی جدی در این زمینه مطرح می شود. به این منظور لازم است که داروسازان علاوه بر دسترسی به راهنماها و کدهای اخلاقی، دانش علمی کافی در زمینه مباحث پایه و بالینی اخلاقی کسب کنند تا بتوانند در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مشارکت فعال داشته باشند چراکه ناگزیر از مشارکت در اینگونه تصمیم‌ها هستند.

با توجه به توسعه وظایف و مسؤولیتهای داروسازان لازم است که درسنامه‌های کاربردی بر مبنای نیاز و حیطه فعالیت داروسازان تهیه و تدوین شود. موضوعات زیر قابل توجه و بحث هستند: اصول اخلاق علوم داروسازی و پزشکی، تعارضات اخلاقی و راه‌های مواجهه با آنها، حقوق پزشکی، تعهد حرفه‌ای، ارتباط با بیمار و همراهان ایشان، جنبه‌های آکادمیک علم داروسازی، روابط با سایر اعضای تیم درمان، ارتباط داروساز با جامعه و خانواده، ضوابط پوشش حرفه ای، اخلاق در پژوهش، رعایت رازداری و حریم خصوصی، حقیقت‌گویی، نحوه گفتن خبر بد، ملاحظات اخلاقی پایان حیات، ارتباطات تجاری، ملاحظات اخلاقی در فن اوری های نوین (ژنتیک، پیوند، سلولهای بنیادی)، پیوند اعضا، انتشارات علمی، اخلاق بحران، خطاهای دارویی، و قوانین و مقررات.

واژگان کلیدی: داروسازی، خطاهای دارویی، سلولهای بنیادی

* Email: mohammad@sina.tums.ac.ir

بررسی جایگاه اخلاق پزشکی و حرفه ای در ارایه خدمات بالینی طب ایرانی

حسین رضایی زاده*، طبیب طاهری پناه

دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مکتب طب سنتی ایران، دانشی آمیخته با هنر و فراست و ذخیره‌ای برخاسته و برگرفته از دانش و حکمت خسروانی سرزمین و بازه تمدنی ایران است که در حکمت یونانی، چینی و هندی آمیخته و با محک تجربه در طول سالیان حیات انسان آزموده شده است. این مکتب در دوران زرین شکوفایی تمدن اسلامی، بر پایه خردورزی و با جدا ساختن سره از ناسره گسترش یافت و به نظر میرسد اکنون نیز توانایی حل برخی از معضلات علمی را در عرصه بهداشت، پیشگیری، تشخیص و درمان دارا است. در این مکتب توجه به جایگاه نفس و جسم و جان انسان سالم و بیمار و الزام رعایت برخی ملاحظات و شرایط اخلاقی برای پزشک از اهمیت ویژه ای برخوردار است. شاید کاملترین و کوتاه ترین منشور اخلاقی در رابطه پزشک و بیمار، اخلاق در پژوهش و درمان را سید اسماعیل جرجانی ثبت کرده باشد: « طبیب که به نزدیک بیمار آید، پس از آنکه شرطهای امانت دینی و شفقت مردمی به جای آورده باشد و چشم و گوش و دست و زبان از همه ناپسندی‌ها نگاه داشته باشد؛ نخست باید نوع بیماری و حقیقت آن بداند (اشاره به اصول تشخیص و درمان)؛ و اندر همه بیماری‌ها، دلخوشی بیمار باید جست و با مراد ایشان باید ساخت و تدبیر قوت بپاید کرد، به هر وجه ممکن گردد! و از غم و دل‌ناخوشی دور باید داشت و بعضی را به بشارت‌ها و امیدها و بعضی به زر و جواهر و غیر آن و بعضی را به حضور دوست و مونس، دلخوش باید کرد تا شاد شود...». پزشک را به کسب تجربه بسیار زیاد توصیه کرده و او را از خطرپذیری در درمان اشخاص خاص یا معروف و مشهور پرهیز داده اند. به کار و تجربه بیمارستان و معالجه بیماران بسیار برای کشف نشانه‌های نادر و علتهای ناشناخته و مهارت در تشخیص و تجربه کردن نوشته‌های کتابهای پزشکی توصیه جدی شده است. از طرفی در خصوص ارتباط با بیماران و رعایت اصول اخلاقی اجتماعی، خوشرویی و دلگرمی و امید دادن به بیماران توصیه‌های متعددی وجود دارد. به نظر میرسد چه از منظر شرعی به دلیل ضامن دانستن پزشک و چه رعایت موازین اجتماعی، پزشک موظف به رعایت اصول اخلاقی بوده و در قالب همین اصول مکلف است دایما دانش خود را ارتقا داده و در حال بازآموزی علمی باشد. همچنین با تحقیق و مطالعه سایر پیشرفتهای علمی، دانش خود را تکمیل نماید. از همین منظر، احیا و ارتقای طب ایرانی در شرایط فعلی نیز مستلزم رعایت همین اصول و موازین اخلاقی است و باید با برقراری مفاهیم علمی و رفع موانع ناشی از سوءبرداشت یا اختلافات سلیقه ای تمامی پژوهشها و خدمات بالینی طب سنتی را در چارچوبهای شناخته شده اخلاق پزشکی به انجام رساند.

واژگان کلیدی: خدمات بالینی، معالجه بیمار، طب سنتی، اصول اخلاقی

* Email: hosseinrezaeizade@gmail.com

ارزیابی میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای توسط دانشجویان کارورزی داروسازی در محیط داروخانه در سال ۱۳۹۴

سید مهدی ساداتی^۱، محمد دهری^۱، امید آسمانی^{۲*}، نرجس سادات ساداتی^۲

۱- دانشجوی داروسازی، دانشکده داروسازی/ دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲- استادیار گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی/ دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۳- دانشجوی شیمی، دانشکده علوم / دانشگاه شیراز

تبلور عملی اخلاق حرفه‌ای (پروفشنالیسم) در داروسازی در دوره‌ی کارورزی و در ارتباط دانشجو با مراجعه کنندگان به داروخانه اتفاق می‌افتد. با توجه به این که عده‌ی زیادی از فارغ التحصیلان داروسازی در ایران در داروخانه‌های شهری مشغول به کار می‌شوند، اطمینان از کفایت عملکرد اخلاقی آن‌ها از وظایف سیستم آموزشی است. صداقت، مسئولیت‌پذیری، احترام‌گذاری و ... از شاخص‌های مهم در ارزیابی اخلاق حرفه‌ای هستند. بررسی متون نشان می‌دهد که تاکنون ابزار سنجش اختصاصی برای ارزیابی اخلاق حرفه‌ای در دوره‌ی کارورزی گزارش نشده است. به علاوه، با توجه به ضرورت تهیه‌ی ابزارهای بومی و متناسب با فرهنگ ایران، هدف از انجام این پژوهش تهیه‌ی ابزاری روا و پایا برای ارزیابی اخلاق حرفه‌ای دانشجویان اینترن داروسازی است. سؤالات پرسشنامه‌ی اولیه بر اساس شاخص‌های پروفشنالیسم موجود در منابع طراحی شد (۲۵ سؤال). سپس، روایی صوری و روایی محتوای آن بررسی و اصلاحات لازم انجام شد. تعداد ۱۲۵ دانشجوی اینترن داروسازی به پرسشنامه پاسخ دادند؛ بر این اساس روایی سازه با استفاده از فاکتور آنالیز تعیین شد. پرسشنامه‌ی نهایی با ۲۴ آیت در چهار حیطه قطعی شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸ تعیین شد. ضریب همبستگی (پیرسون) بین حیطه‌های چهارگانه‌ی پرسشنامه رضایت بخش بود ($r \geq 0/368$) برای بیش‌تر حیطه‌ها). ضریب همبستگی بین هر حیطه با نمره کل، از ضریب همبستگی هر حیطه با سایر حیطه‌ها نیز بالاتر بود. ($r \geq 0/505$) برای بیش‌تر حیطه‌ها). داده‌های اولیه نشان می‌دهد که نمره‌ی اخلاق حرفه‌ای در دانشجویان دختر به شکل معناداری از دانشجویان پسر بالاتر است. حدود ۷۵ درصد از دانشجویان از رشته‌ی خود اعلام رضایت کردند؛ با این حال ارتباط بین رضایت از رشته و نمره اخلاق حرفه‌ای معنادار نبود.

واژگان کلیدی: اخلاق حرفه‌ای، مسئولیت‌پذیری، صداقت، پروفشنالیسم

* Email: asemanio@sums.ac.ir

ضرورت تبیین اخلاقی ماهیت رابطه داروساز و بیمار کوروش دلپسند*

با توجه به تاریخچه رشته داروسازی در ایران دو رشته طب و داروسازی تا سال ۱۲۹۸ شمسی در ایران یکی بود و عبارت پزشکی و داروسازی توأمان در گواهینامه پایان تحصیلات ثبت می‌شد تا این‌که در آن سال قسمت طب در مدرسه دارالفنون جدا شد. پیشینه رشته داروسازی به صورت تخصصی در ایران به سال‌های نخست تأسیس دارالفنون و آمدن دکتر فوکتی از اطریش که استاد داروسازی و طبیعیات بوده‌اند برمی‌گردد و ایشان نخستین داروسازان ایرانی را تربیت کردند که از معروف‌ترین آن‌ها میرزا کاظم‌خان محلاتی است که وی پس از استاد خود به تربیت داروسازان تا پایان حیات خود مشغول بودند. نخستین مدرسه داروسازی در سال ۱۳۰۱ شمسی به-عنوان شعبه مدرسه طب تأسیس شد. پس می‌توان ادعا کرد این رابطه داروسازان و بیماران کم‌تر از یک قرن است که از موضوع رابطه پزشک و بیمار در ایران جدا شده است. پس با توجه به این موضوع رابطه پزشک و بیمار و رابطه داروساز و بیمار شبیه بوده باشد ولی الزاماً از یک جنس نمی‌باشد و به همین خاطر با حفظ مشترکات این دو رابطه تعریف جدیدی از رابطه داروساز و بیمار می‌توان ارایه داد. امروزه با توسعه روزافزون دانش پزشکی و داروسازی توجه به مسایل اخلاقی در حیطه کار کادر حرف پزشکی از اهمیت خاصی برخوردار شده است. توان کاربرست استدلال اخلاقی، افزایش مسئولیت‌پذیری اخلاقی، تصمیم‌گیری و حساسیت اخلاقی در کار روزانه داروسازان هم‌چون افزایش مهارت علمی در این حرفه از اهمیت خاصی برخوردار است. داروسازان به‌عنوان یکی از اعضای اصلی حلقه درمان و سلامت باید به مهارت‌های حرفه‌ای خود آگاه و حساس باشند تا در تصمیم‌گیری‌هایشان به حقوق بیمار احترام بگذارند و تاثیر مسایل اخلاقی و مهارت‌های ارتباطی را در حرفه خود به خوبی به کار گیرند. آگاهی به وظایف حقوقی و اخلاقی در هنگام ارایه خدمات داروسازی سبب ارتقا کیفیت درمان و بهبود رابطه بیمار با داروساز و افزایش سطح همکاری و کم‌تر شدن شکایت از سوی بیمار از داروساز خواهد شد. آگاه نمودن داروسازان به وظایف حقوقی و اخلاقی خود در قبال بیماران، اصطکاک و کشمکش بین بیمار و داروساز را خواهد کاست. با توجه به جایگاه و تاثیرگذاری رابطه بین بیمار و داروساز در چرخه سلامت باید مشخص شود.

واژگان کلیدی: داروساز، اخلاق پزشکی، مسئولیت‌پذیری

* Email: kd388@yahoo.com

دندان پزشک، اخلاق، سوء رفتار با کودکمحبوبه ابراهیمی^{۱*}، صدیقه ابراهیمی^۲

۱ - دندانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

۲ - گروه اخلاق پزشکی و فلسفه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

بسیاری از دستورات اسلام در حمایت از حقوق کودکان، دستورالعمل‌هایی اخلاقی‌اند که بیش‌تر در چهارچوب خانواده مطرح می‌شوند. در مباحث فقهی، نیز حقوقی برای کودک به رسمیت شناخته شده که عمدتاً بر اساس آیات و احادیث است. جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه از طریق مطالعات کتابخانه‌ای و اینترنت انجام گرفت. رفتار با کودک می‌تواند؛ بدرفتاری جسمی، جنسی یا عاطفی و یا غفلت از یک کودک باشد. حتی نادیده انگاشتن و توجه نکردن نیز می‌تواند به نوعی در این رده قرار گیرد. این رفتارها می‌تواند صدمه‌ای جدی به کودک وارد کند و یا حتی باعث مرگشان شود. دندان‌پزشک اخلاقاً و قانوناً موظف است هرگونه مورد مشکوک بر سوء استفاده از کودک را گزارش دهد و هر گاه کوچک‌ترین زخم مشکوکی را روی بدن کودک دید اولین مسئولیتش حمایت از آن کودک است و بعد دادن گزارش به نهادهای مربوط. دندان‌پزشک باید با علائم خشونت و ضرب و شتم فیزیکی و چگونگی ارسال گزارشات آشنایی داشته باشد. علائم کلی کودک آزاری: ۱- ترس شدید و گریه فراوان و یا گوشه‌گیری ۲- رفتاری متفاوت در حضور والدین ۳- تاخیر در گفتار یا حرکت ۴- سوء تغذیه و ظاهری نامرتب ۵- پوشیدن پیراهن آستین بلند و شلوار بلند جهت پوشاندن کبودی و جراحت ۶- جراحاتی با توضیحات غیر معقول. علائم دهانی کودک آزاری: ۱- لب‌های متورم و کبود و یا جای زخم ناشی از ضربات ۲- نشانه یا کبودی اطراف دهان ۳- آسیب‌دندانی ۴- شکستگی فک ۵- جراحات زبان ۶- علایمی دال بر بی‌توجهی به نیازهای دندان‌پزشکی کودک ۷- پارگی و خراش مخاط دهانی. دندان‌پزشک و پرسنل مربوطه باید به سایر آزارها که شامل رفتارها و علائم غیر عادی است آشنایی داشته باشند. اگر دندان‌پزشک حدس می‌زند کودکی به نوعی تحت آزار قرار دارد باید: ۱- کودک را به محلی امن و آرام ببرد ۲- اطلاعاتی دقیق از چگونگی آزارهایی که به او رسیده کسب کند ۳- آرام باشد و کودک را عصبانی نکند ۴- برای آشکارشدن راز دل توسط کودک به او اطمینان قلبی دهد تا باورش کند و تمامی اتفاقات را صادقانه بیان کند. ۵- به کودک بگوید به او کمک می‌کند و از دیگران نیز برایش کمک خواهد گرفت ۶- تمامی اطلاعاتی که به‌دست می‌آورد یادداشت کند ۷- فوراً و حتماً به مقامات مسئول گزارش نماید. دندان‌پزشک از جایگاه ویژه‌ای برای تشخیص و گزارش‌دهی موارد کودک آزاری برخوردار است زیرا بیش از نیمی از این موارد در ناحیه سر و گردن اتفاق می‌افتد و چون معمولاً دندان‌پزشکان نسبت به کودک آزاری آگاهی پایین و تجربه اندکی دارند افزودن واحدهای درسی لازم به برنامه‌های آموزشی آن‌ها و آموزش دندان‌پزشکان در بازآموزی‌های دندان‌پزشکی توصیه می‌شود. هم‌چنین، لازم است قانون‌گذار، صریحاً مراکز مراجعه آسیب‌دیدگان از کودک آزاری، از جمله درمانگاه‌های دندان‌پزشکی را نیز ملزم به گزارش کودک آزاری نماید.

واژگان کلیدی: دندان‌پزشک، اخلاق، سوء رفتار با کودک

* Email: mahboobehibrahimi92@yahoo.com

مسایل اخلاقی پیش روی دندان پزشک آلوده به ویروس های سرایت کننده از طریق خون**سیده نفیسه مومنی*، اعظم خورشیدیان**

دندانپزشک، پژوهشگر عضو مرکز تحقیقات دندانپزشکی پژوهشگاه علوم دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

گروه دندان پزشکی در صف اول کارکنان مراقبت های بهداشتی از جنبه خطر ابتلا به بیماری های عفونی- ویروسی منتقله از راه خون (Blood Born Viruses= BBV) می باشند. خودداری از درمان بیماران مبتلا به BBV به دلیل جلوگیری از انتقال بیماری به دیگران یک کار غیر حرفه ای و غیر اخلاقی می باشد و این در حالی است که دندان پزشک بیش از بیماران در معرض خطر آلودگی قرار می گیرد. تعداد دندان پزشکان آلوده، برابر یا بیش از میزان افراد جامعه بوده است (مگر در مورد هپاتیت B به علت انجام واکسیناسین این گروه). با این که احتمال انتقال ویروس از دندان پزشک مبتلا به بیماران بسیار کم است، ولی امکان پذیر می باشد. در این صورت وظیفه اخلاقی فردی که خود مبتلا به این پاتوژن ها می باشد چیست؟ دندان پزشکان می دانند رعایت اقدامات کنترل عفونت و پیش گیری نمی تواند احتمال تماس خونی بیمار با پزشک را کاملاً حذف کند چون تجهیزات درمانی که استفاده می شوند اغلب تیز هستند و در برخی حوادث حین درمان علاوه بر دستکش، پوست دست پزشک هم آسیب می بیند و موجب می شود بیماران در معرض خطر مواجهه با ویروس قرار گیرند. آیا موارد قانونی در این زمینه وجود دارد؟ با در نظر گرفتن اصل سودرسانی و عدم اضرار آیا باید فرد مبتلا از ادامه فعالیت های بهداشتی محروم شود یا ایجاد محدودیت در کار کافی است؟ آیا برای احترام به اتونومی بیمار و کسب رضایت آگاهانه کامل باید این خطر به بیمار اطلاع داده شود؟ در این صورت اصل رازداری از اسرار پزشک که خود بیمار است چگونه رعایت می گردد؟ از نظر اخلاقی آیا باید افرادی که قبل از کشف ابتلای پزشک به BBV به وسیله او درمان شده اند مطلع و برای بررسی وضعیت سلامتشان ارجاع داده شوند؟ با در نظر گرفتن این مساله که در کشور ما از سوی وزارت بهداشت دستورالعمل صریح برای این موارد ذکر نشده در این مقاله سعی بر این است که به مروری بر راهنماها و توصیه های ارائه شده در سایر کشورها برای پرسش های ذکر شده و سایر مواردی که در این زمینه مطرح است پرداخته شود.

واژگان کلیدی: اخلاق دندان پزشکی، دندان پزشکان، رضایت آگاهانه

* Email: nafisehmomeni@yahoo.com

مطالعه تحلیلی محتوای آیین‌نامه انتظامی نظام پزشکی، از دهه ۵۰ تا کنون

احسان شمسی‌گوشکی^۱، مریم سادات موسوی^{۲*}، الهه رضازاده^۳

۱- پزشک و متخصص اخلاق پزشکی، عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- کارشناس مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد ارتباطات سلامت دانشگاه تهران

ارتقای اخلاق حرفه‌ای و نظارت بر حسن پایبندی به استانداردهای اخلاق پزشکی همواره به‌عنوان فعالیت محوری سازمان‌های نظام پزشکی و سازمان‌های مشابه مطرح بوده است. در این راستا سازمان‌های حرفه‌ای تلاش می‌کنند تا مجموعه استانداردهای اخلاق حرفه‌ای مورد پذیرش خود را در قالب کدها یا دستورالعمل‌هایی مدون نموده و به‌عنوان معیار عمل اخلاقی در اختیار حرفه‌مندان مرتبط با خود قرار دهند. علیرغم این که در ایران سابقه پرداختن به مباحث اخلاقی به زمان‌های بسیار قبل بر می‌گردد. کدهای اخلاق پزشکی یا همان آیین اخلاق حرفه‌ای پزشکان تا کنون به‌صورت مدون تدوین نشده است و تنها سند رسمی که در آن استانداردهای اخلاق حرفه‌ای پزشکی به نوعی ارائه شده آیین‌نامه انتظامی سازمان نظام پزشکی است. این آیین‌نامه اولین بار در سال ۱۳۴۸ هجری شمسی تدوین و در سال‌های پیش روی آن ۱۳۷۲، ۱۳۷۸، ۱۳۸۶، ۱۳۹۰ کم و بیش مورد بازبینی قرار گرفته است. این مقاله بر آن است که با روش تحلیل محتوا این پنج آیین‌نامه را مورد بررسی قرار دهد و محتوای آن‌ها را از حیث استانداردهای اخلاقی مد نظر، تغییر در رویکرد کلی، نحوه نگارش، فضایل مورد اشاره و سایر موارد بررسی نماید.

واژگان کلیدی: نظام پزشکی، آیین‌نامه انتظامی، ایران، اخلاق حرفه‌ای پزشکی

* Email: ms-mousavi@farabi.tums.ac.ir

نشست سوم: حقوق بیمار

چهارشنبه ۹۴/۱۱/۷

سالن شهید احمدی روشن (سالن ۱)

ساعت: ۸/۳۰ – ۱۰/۰۰

حقوق بیمار در ایران، از نظر تا عمل

محمد هادی ایمانیه

انسان موجودی اجتماعی است و برقراری ارتباط با دیگران، به هر دلیل جزئی انکار ناپذیر از زندگی اوست. هر ارتباطی از جمله ارتباطات بهداشتی - درمانی نیز متضمن برقراری حقوق و تکالیفی برای طرفین ارتباط است. شفاف سازی و نگارش این حقوق و تکالیف ارتباطی می‌تواند مانع از تضییع حقوق بیمار و پزشک شده و تضمینی برای برقراری ارتباطات سالم باشد، به خصوص اگر قوانین مدنی، جزائی و حرفه‌ای پشتوانه‌ای محکم برای اجرای آن باشد. گرچه «حقوق پزشک» نیز در ارتباط پزشک - بیمار، حائز اهمیت می‌باشد، اما، به سبب موقعیت و شرایط پایین‌تر و ضعیف‌تر بیماران در مقایسه با اعضای تیم درمان، عموماً، حقوق بیمار بیش‌تر مورد توجه و تأکید قرار می‌گیرد.

با توجه به نقش، اهمیت و قدرتی «اتونومی» به‌عنوان یکی از اصول مسلم جوامع لیبرال در غرب و البته به‌عنوانی اصلی قابل احترام در بسیاری دیگر از فرهنگ‌ها، توجه به حقوق بیمار در قالب منشور و سپس توجه به ساز و کارهای اجرایی آن از مدت‌ها پیش در غرب مد نظر قرار گرفته است. گرچه آخرین نسخه منشور حقوق بیمار در ایران (ابلاغی ۱۳۸۸) نیز اشتراکات زیادی با منشورهای حقوقی مشابه در اروپا و آمریکا دارد. اما در موارد محدودی مانند حق «پرسش کردن و شنیدین جواب منطقی»، «حق آگاهی از نحوه ادامه درمان پس از ترخیص»، «حق آگاهی از زمان ترخیص»، «حق پس گرفتن رضایت نامه توسط بیمار» و مواردی دیگر نیز متفاوت است. پیشنهاد می‌شود با توجه به فرهنگ خانواده محور حاکم بر کشور، تدوین «منشور حقوق همراه بیمار» یز می‌تواند مفید باشد. به علاوه، میزان موفقیت در اجرای منشور حقوق بیمار است که به آن ارزش می‌بخشد. متأسفانه کشور در این رابطه با ضعف‌های جدی مواجه بوده و هست که از آن جمله می‌توان به ضعف آگاهی اعضای تیم درمان نسبت به اهمیت، جایگاه و مفاد منشور، کم توجهی مدیران به منشور در اجرا، ضعف در حمایت‌های قانونی از منشور، جدی گرفته نشدن مدیریت موارد نقض اخلاق حرفه‌ای، ضعف فرهنگی جامعه، ضعف در سیستم آموزش و پژوهش پزشکی، ضعف در ارتباط بین آموزش و پژوهش‌های پزشکی نیاز و نیازهای جامعه و ... اشاره نمود.

رویکردهای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز برای حفظ کرامت

سیمین شریفی^۱، فریبا برهانی^۲، عباس عباس زاده^{۳*}

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، پردیس بین الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دکترای پرستاری دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران ایران

۳- دکترای پرستاری، استاد، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

بیماری مولتیپل اسکلروز، بیماری مزمن در اکثر مواقع پیشرونده‌ای است که اخیراً در ایران رشد چشم‌گیری داشته است. نتیجه‌ی این بیماری تجربه‌ی فقدان‌های متعدد در زندگی بیمار اعم از دست دادن کار و منابع مالی، جدایی از همسر و فرزندان است. زندگی با بیماری مزمن به مدت طولانی در جامعه به معنای احتمال بالقوه صدمه و تهدید کرامت از سوی دیگران است و رویکردهایی که بیماران در مقابل صدمه یا تهدید کرامت انتخاب می‌کنند موضوعی است که کم‌تر مورد بررسی قرار گرفته است. هدف این مطالعه کاوش رویکردهای حفظ کرامت در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز می‌باشد که بیماری بر عملکرد روزانه‌ی آن‌ها تاثیر گذاشته بود. طرح پژوهشی آنالیز محتوا به روش قراردادی توصیف شده توسط همیس و شانون برای کشف رویکردهای بیماران در مواجهه با تهدید یا صدمه به کرامت استفاده شد. محیط این مطالعه انجمن حمایت از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز در شهر تهران بود. در ۱۳ بیمار توسط نمونه‌گیری هدفمند مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شد.

در کاوش رویکرد حفظ کرامت بیماران دو طبقه‌ی اصلی رویکرد استاتیک و رویکرد پویا تعریف شد. زندگی در قلعه‌ی تنهایی و سیر در گذشته به‌عنوان اجزای طبقه‌ی رویکرد استاتیک و تلاش برای نادیده گرفتن بیماری و پذیرش بیماری و معنایابی مجدد در زندگی به‌عنوان اجزای طبقه‌ی رویکرد پویا تعریف شدند. نتایج نشان می‌دهد که کرامت بیماران در جامعه مکرراً مورد تهدید یا صدمه قرار می‌گیرد و همه‌ی بیماران قادر نیستند که واکنش مناسبی در برابر تهدید یا صدمه‌ی مزمن به کرامت داشته باشند. این مطالعه به پرستاران درک وسیع‌تری از مفهوم حفظ کرامت می‌دهد. همچنین، زمینه‌ی جدیدی را در زمینه‌ی حفظ کرامت مطرح کرده است که خود بیماران هم به‌صورت فعال در جهت حفظ کرامت تلاش کنند. زیرا زندگی با اختلال جسمی واضح در بین مردم سالم می‌تواند به‌معنای احتمال بالقوه تهدید یا صدمه‌ی کرامت بیماران باشد. این که چرا بیماران واکنش‌های متفاوتی را در برابر تهدید یا صدمه به کرامت نشان می‌دهند نیازمند بررسی‌های بیش‌تر است.

واژگان کلیدی: کرامت، اخلاق حرفه‌ای، مولتیپل اسکلروز

حریم خصوصی در اطفال: یک مطالعه کمی در بیمارستان‌های آموزشی در ایران مینا فروزنده*

حفظ حریم خصوصی بیماران یکی از مهم‌ترین وظایف اخلاقی در حرفه پزشکی و جزء لاینفک درمان محسوب می‌شود و کودکان نیز از این حق مستثنی نیستند، به‌طوریکه کنوانسیون حقوق کودک، حریم خصوصی را به عنوان یک حق برای کودک به رسمیت می‌شناسد. با توجه به این‌که در خصوص رعایت حریم خصوصی اطفال در ایران و حتی سایر کشورهای جهان مطالعات اندکی انجام شده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی نظرات همراهان اطفال بیمار در خصوص رعایت ابعاد حریم خصوصی کودکان انجام گرفته است. پژوهش حاضر به صورت یک مطالعه توصیفی مقطعی انجام شده است. ابزار جمع‌آوری، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته بود. که اطلاعات از ۹۰ نفر از همراهان کودکان بیمار بستری جمع‌آوری گردید و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های T، ANOVA، ضریب همبستگی پیرسون و استفاده از نرم افزار SPSS 18 انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد بین چهار حیطه حریم خصوصی (اطلاعاتی، ارتباطی، فیزیکی، تصمیم‌گیری) بالاترین میزان حریم خصوصی در بعد اطلاعاتی و کم‌ترین آن در بعد فیزیکی رعایت می‌شود. به‌طور کلی بین حفظ حریم خصوصی با مدت بستری، نوع بخش، تعداد تخت‌های اتاق ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید. با افزایش سن کودک نمره میانگین رعایت حریم خصوصی افزایش نشان داد. بیش‌ترین روش افشای اطلاعات از طریق صحبت‌های والدین با یکدیگر با فراوانی ۵۲/۲ درصد می‌باشد. در مرتبه بعد در حین راند بیماران با فراوانی ۳۰ درصد و کم‌ترین فراوانی در حین صحبت پرسنل با یکدیگر و با والدین با فراوانی ۱/۱ درصد می‌باشد. به‌طور کلی حفظ حریم خصوصی در بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه در حد نسبتاً مطلوب رعایت می‌شود. میزان رضایت همراهان بیماران بستری در بخش‌های مختلف اطفال در بیمارستان‌های دانشگاهی در ایران در بعد حریم اطلاعاتی در سطح مناسب و در بعد حریم ارتباطی و تصمیم‌گیری نسبتاً مناسب و در بعد حریم فیزیکی نامناسب، می‌باشد. بنابراین لازم است تمهیداتی جهت حفظ حریم خصوصی در بخش اطفال خصوصاً از بعد فیزیکی (بستری بیماران در اتاق‌های جداگانه، آموزش به پرسنل و تیم درمانی جهت حفظ حریم فیزیکی بیماران در حین ورود به اتاق‌ها) و سایر جنبه‌های حریم خصوصی به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: حریم خصوصی، رازداری، کودکان بستری

* Email: gmail.com@Foroozandeh.m

میزان رعایت حریم و پوشش بیماران بستری در بیمارستان‌های

تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران

خورشید وسکویی اشکوری^{۱*}، سیده فاطمه میربازغ^۲

۱- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مدیر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- فاطمه میربازغ کارشناس ارشد پرستاری آموزش سلامت جامعه، کارشناس معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران

ماهیت مراقبت‌های پزشکی و پرستاری اغلب به گونه‌ای است که جهت انجام آن ورود به حریم خصوصی مددجویان اجتناب‌ناپذیر است. احترام به حریم بیمار یکی از اجزای اساسی مراقبت کل‌نگر در برآورده کردن نیازهای بیمار است که به وی شان و منزلت می‌دهد و دامنه‌ای از اعتماد متقابل را ایجاد می‌کند و از طرف دیگر سبب رضایت‌مندی بیماران به عنوان یکی از شاخصه‌های اثربخشی خدمات بیمارستان می‌گردد. تحقیق حاضر با هدف تعیین میزان رعایت حریم و پوشش بیماران بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، کلیه بخش‌های بستری و سرپایی ۱۶ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، چک‌لیست‌های محقق ساخته‌ای مشتمل بر ۱۲ بخش با کاربری مختلف شامل: داخلی، جراحی، ویژه، رادیولوژی، اورژانس، درمانگاه، رادیوتراپی، آنژیوگرافی، اورژانس زایمان، اتاق عمل، اسکوپ‌ها (آندوسکوپ و کلونوسکوپ) و نازایی بود که به بررسی میزان رعایت حریم و پوشش در شش محور ساختار فیزیکی، امکانات و تجهیزات، ورودی واحد، پوشش بیماران، عامل ارائه دهنده خدمت و فرد مسؤول انتقال در ۶ ماه اول سال ۹۴ می‌پرداخت. روایی آن‌ها توسط مدیران پرستاری و کارشناسان و پایایی آن‌ها به روش آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۹۶ محاسبه شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میزان رعایت حریم و پوشش بیماران در ۱۶ بیمارستان بستری در ۶ ماه اول سال به تفکیک بخش‌های بستری و پاراکلینیک در بخش‌های داخلی (۷۱/۴۵ درصد)، جراحی (۷۳/۵۹ درصد)، بخش‌های ویژه (۸۴/۰۴ درصد)، دیالیز (۶۴/۸۵ درصد)، رادیولوژی (۷۰ درصد)، اورژانس (۷۱/۸۸ درصد)، درمانگاه‌ها (۶۵/۴۹ درصد)، رادیوتراپی و آنژیوگرافی (۶۶/۵۱ درصد)، اورژانس زایمان (۸۹/۷۹ درصد)، اتاق عمل (۶۸/۸۷ درصد)، اسکوپ‌ها (۷۱/۶۲ درصد) و نازایی (۸۵/۹۱ درصد) و در مجموع (۷۰/۰۹ درصد) و به تفکیک محورها در محور ساختار فیزیکی (۴۶/۷۷ درصد)، امکانات و تجهیزات (۵۵/۷۸ درصد)، ورودی واحد (۵۹/۶۶ درصد)، پوشش (۸۵/۲۵ درصد)، عامل ارائه دهنده خدمت (۸۰/۶۹ درصد)، فرد مسؤول انتقال (۷۹/۲۸ درصد) و در مجموع (۶۷/۴۸ درصد) بود. شایان ذکر است وضعیت رعایت حریم و پوشش در سه ماهه دوم ۹۴ نسبت به سه ماهه اول ۷/۹۱ درصد افزایش داشته است. بیش‌ترین درصد پیشرفت مربوط به واحد دیالیز و کمترین پیشرفت مربوط به اورژانس زایمان و اتاق عمل‌ها بود. بر اساس یافته‌های این مطالعه، میزان رعایت حریم و پوشش بیماران در واحدهای دیالیز، درمانگاه‌ها، رادیوتراپی و آنژیوگرافی، اتاق عمل زیر ۷۰ درصد قرار دارد و عمده مشکل حریم و حقوق بیمار را ساختار فیزیکی و امکانات و تجهیزات می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد مجهز ساختن بیمارستان‌ها از نظر امکانات لازم و رعایت اصول در ساخت آن‌ها علاوه بر آموزش نیروی انسانی در زمینه رعایت هرچه بیش‌تر حریم و پوشش بیماران ضروری می‌باشد.

واژگان کلیدی: حریم بیمار، پوشش بیمار، بیمارستان

* Email: mirbazegh@yahoo.com

نقض حق بیمار بر رد درمان در نهاد حرفه‌ای پزشکان در ایران

مهرناز مظفریان^{۱*}، علیرضا میلانی فر^۲

۱- مرکز آموزشی درمانی مسیح دانشوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولیدمثل، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی ابن سینا، تهران

رضایت بیمار بر درمان از زمره‌ی بنیادی‌ترین حقوق وی تلقی می‌شود که در اسناد بین‌المللی حمایت از حقوق نوع بشر از جمله اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر به آن پرداخته شده و البته در حقوق داخلی ایران نیز هر چند کمرنگ سخن از آن به میان آمده است. خودآیینی یا اتونومی نیز به‌عنوان یکی از بنیادهای اخلاق پزشکی، از رضایت بیمار به درمان، آن هم با آگاهی کامل (رضایت آگاهانه) پاسداری می‌کند. در این مقام، اخلاق پزشکی ناچار است تا در مقابل این حق بنیادی بر امکان رد درمان و لاجرم حق بر رد درمان نیز صحنه بگذارد. از این رو حق بر رد درمان یا قطع درمان نیز به‌شرط رعایت شرایط رضایت آگاهانه، برای بیمار محفوظ است. اما در تبصره‌ی ماده‌ی ۱۸ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی در سازمان نظام پزشکی ایران که بر طبق بندهای الف و ب و د ماده‌ی ۲ قانون تأسیس خود، مکلف به حفظ و حمایت از ارزش‌های اسلامی و اصلاح امور پزشکی و حمایت از حقوق بیماران است، پزشک به هر گونه اقدام درمانی برای بیمار در شرایط اورژانس بدون توجه به‌نظر و اذن بیمار مکلف شده است. در این میان عبارت «بدون توجه به‌نظر و اذن» ابهام فراوانی را بر می‌انگیزد. چرا که معلوم نیست مقصود و منظور واضع این مقرر اصولاً بی‌توجهی به اذن و نظر بیمار بوده یا آن که فقط در فرض عدم توانایی بیمار به اعلام نظر و اذن (مثلاً حجر یا بیهوشی) بی‌نیازی از آن فرض و شروع یا ارائه‌ی درمان تکلیف شده است. اما اگر بنا بر فرض نخست باشد و این مقرر در موارد اورژانس رضایت بیمار را (به هر علت و عنوان که منظور نظر بوده) فاقد وجاهت بداند، در آن صورت خدشه‌ای عمیق و جبران‌ناپذیر بر تمامیت بیمارانی وارد می‌شود که بخواهند حتی در شرایط اورژانسی با آزادی و آگاهی کامل به رد یا قطع درمان اراده کنند. از این رو شایسته است سازمان نظام پزشکی به قید فوریت نسبت به رفع ابهام از ماده‌ی مذکور و اصلاح آن به نحوی که با موازین اخلاق پزشکی و حقوق بشری سازگار باشد اقدام کند.

واژگان کلیدی: اتونومی، رضایت آگاهانه، آیین‌نامه حرفه‌های پزشکی، سازمان نظام پزشکی

* Email: mehrnazmd@yahoo.com

تجربه‌ی استیگمای اچ آی وی/ایدز در زنان مبتلا: ارتباط حرفه‌ای

متاثر از استیگما در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

سمیرا جعفری^{۱*}، ته‌مین فرج خدا^۲، محمدحسین باقیانی مقدم^۳، مینو محرز^۴

۱- دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۲- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۳- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۴- استاد، مرکز تحقیقات اچ آی وی ایدز ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران

استیگمای مرتبط با آلودگی به ویروس اچ آی وی و ابتلا به ایدز بر تشخیص، درمان و افزایش شیوع موارد ابتلا تاثیرگذار است. به نظر می‌رسد در صورتی که استیگما از سوی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باشد تاثیرات مخرب تری می‌تواند داشته باشد. در این مطالعه استیگمای مرتبط با اچ آی وی/ایدز که زنان مبتلا در ارتباطات حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تجربه می‌کردند، تبیین شد. این مطالعه‌ی کیفی به روش فنونوگرافی انجام شد. بیماران به صورت هدفمند از مراجعین مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و باشگاه یاران مثبت وابسته به مرکز تحقیقات ایدز ایران انتخاب شدند. مصاحبه‌های عمیق با حداقل زمان یک ساعت با ۱۵ ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت و ۱۲ بیمار زن انجام و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. گردآوری و تحلیل داده‌ها به صورت هم‌زمان و با استفاده از روش هفت مرحله‌ای اس ژوستروم صورت گرفت. استیگمای تجربه‌شده‌ی زنان مبتلا در ارتباط با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در سه مفهوم زیر جای گرفت: ۱- مشکلات در فرایند درمان (عدم درمان مناسب، مشاوره، مراقبت، آموزش به بیمار، عموم و خانواده‌ی بیمار)، ۲- روابط حرفه‌ای با بیمار (تعاملات نامناسب با بیمار و خانواده‌اش، ترس از بیمار، قضاوت و شایعه پراکنی در مورد بیمار)، ۳- عدم سازماندهی در ارائه‌ی خدمات (به روز نبودن جامعه‌ی پزشکی درباره‌ی بیماری، کتمان گستردگی بیماری، عدم تلقی به عنوان بیماری خاص، نبود حمایت‌های مالی، فضای فیزیکی و تجهیزات نامناسب مراکز و عدم تمایل مسؤولان به فعالیت‌های اجتماعی مرتبط با اچ آی وی/ایدز). حساسیت زدایی و آموزش مهارت‌های ارتباط حرفه‌ای به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌تواند در تعدیل و کاهش استیگما موثر باشد.

واژگان کلیدی: زنان، استیگما، اچ آی وی/ایدز، فنونوگرافی، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

* Email: samira.jafari@ssu.ac.ir

آیا بیمار می‌داند پزشک باید رازدار باشد؟ بررسی میزان آگاهی بیماران در مورد حریم خصوصی و رازداری

محمد محمدی^۱، احمد قادری^۲، سید جواد مدنی^۲، باقر لاریجانی^{۳*}

۱- MPH، MD، دانشجوی دکترای تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

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

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

سابقه و حفظ حریم خصوصی و رازداری، یکی از حقوق مسلم هر انسان به منظور حفظ حرمت و عزت اوست. این موضوع بر تمامی سطوح اقدامات درمانی سایه افکنده است. ارزیابی دانش بیماران پیرامون حریم خصوصی و رازداری می‌تواند برآورد مناسبی از میزان آشنایی و آگاهی بیماران با حقوق خود و اصول اخلاق پزشکی باشد. در این مطالعه به بررسی دانش بیماران نسبت به موضوع حریم خصوصی و رازداری که نشان‌دهنده مطالبات جامعه به عنوان سرویس گیرنده این خدمات می‌باشد، پرداخته شده است. چنین مطالعه‌ای با نمایان ساختن نقاط قوت و ضعف، سیاست‌گزاران را در تنظیم روابط مناسب بین ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات کمک می‌نماید. پژوهش حاضر به روش مقطعی بر روی ۲۰۰ بیمار بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و شریعتی تهران که به روش تصادفی منظم انتخاب شده بودند، صورت گرفته است. متغیرهای مطالعه شامل سن، جنس، تحصیلات، بخش بستری، روزها و دفعات بستری، و نیز دانش بیماران بودند. داده‌ها بر اساس پرسشنامه تهیه شده در دو بخش اطلاعات عمومی و دانش که اطمینان و اعتبار علمی آن توسط آزمون مجدد و اعتبار محتوایی بررسی و مورد تایید قرار گرفته بود، توسط پرسشگران آموزش دیده به‌طور مستقیم از بیماران گردآوری شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس نمرات بخش دانش بیماران به سه گروه ضعیف، متوسط و خوب طبقه بندی شدند و با آزمونهای آماری متعدد مورد سنجش قرار گرفتند.

نتایج نشان داد که اکثر بیماران مورد مطالعه (۷۲ درصد) از سطح آگاهی متوسطی (نمره ۷-۴) برخوردار بودند. بیشترین درصد نمره کسب شده بخش دانش (۳۱ درصد) مربوط به نمره ۴ و بعد نمره ۵ (با ۲۶ درصد) بود و میانگین نمره کسب شده بخش دانش $4/61 \pm 1/63$ بوده است. جامعه مورد پژوهش دارای دانش متوسطی در مورد حریم خصوصی و رازداری بود. این نتایج نشان می‌دهد ضمن انجام تحقیقات بیشتر، باید به نحو شایسته به ارتقاء سطح آگاهی بیماران درباره حریم خصوصی و رازداری پرداخت.

واژگان کلیدی: حریم خصوصی، رازداری

* Email: m.mohammadi@razi.tums.ac.ir

نشست چهارم:

ملاحظات اخلاقی در آغاز حیات

چهارشنبه ۹۴/۱۱/۷

سالن شهید احمدی روشن (سالن ۱)

ساعت: ۱۲/۰۰ - ۱۰/۳۰

نگرش زوج‌های نابارور، پرسنل درمان ناباروری و محققان جنین شناسی نسبت به شخصانیت جنین انسان

مرجانه کیسان^۱، ماهرخ دولتیان^{۱*}، سامان معروفی زاده^۲، رضا عمانی سامانی^۳^۱ - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، تهران^۲ - پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاددانشگاهی، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی باروری، گروه اپیدمیولوژی و سلامت

باروری، تهران

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

روش‌های پیشرفته کمک باروری نوین علی رغم این‌که فرزند را برای زوج‌های نابارور به ارمغان آورده، همراه آن مسائل اخلاقی، حقوقی و فقهی بسیاری را به میان آورده است. در سیر درمان ناباروری جنین‌های زیادی تشکیل شده که ممکن است به مصرف نرسیده و به صورت منجمد نگه‌داری شوند. هم اکنون هزاران جنین به صورت منجمد در مراکز ناباروری نگه‌داری می‌شود که می‌توان از آن‌ها در پژوهش، آموزش و اهدا به زوج‌های نابارور استفاده کرد یا آن‌ها را به دور ریخت. سؤال اساسی در رابطه با این جنین‌ها این است: جنین چیست؟ آیا می‌توان آن را انسان یا انسان بالقوه در نظر گرفت؟ یا فقط یک توده سلولی یا یک موجود زنده است؟ هدف از این مطالعه بررسی نگرش زوج‌های نابارور، کادر درمان ناباروری و محققانی که با جنین انسان سر و کار دارند نسبت به جایگاه اخلاقی این جنین هاست. پرسشنامه‌ای طی یک مطالعه کیفی از طریق مصاحبه با صاحب نظران و مرور منابع طراحی شد. سپس این پرسشنامه توسط ۱۸ متخصص رشته‌های مربوط روایی محتوی و توسط ۲۰ زوج نابارور روایی صوری انجام گرفت. سپس این پرسشنامه توسط ۲۰۳ زوج نابارور، ۵۴ تن از اعضای کادر درمانی و ۴۹ پژوهشگر تکمیل شد. نتایج: در مرحله‌ی پیش از لانه‌گزینی، اکثریت در هر سه گروه جنین را غیر انسان در نظر داشتند. در مرحله‌ی پس از لانه‌گزینی در رحم، اکثریت زوج‌های نابارور و کادر درمان اعتقاد به انسان بودن جنین داشته ولی بیش از نیمی از پژوهشگران (۵۱ درصد) اعتقاد به زندگی انسانی در جنین داشتند. در مرحله‌ی فتال نیمی از زوج‌های نابارور آن را انسان ندانسته ولی اکثریت بقیه، آن را انسان بالقوه می‌دانستند. پس از ولوج روح موافقت اکثریت با انسان بودن جنین اظهار شد. قبل از ولوج روح اکثریت قابل توجه زوجین و کادر درمان، جنین را انسان ندانسته اما تعداد قابل توجه پژوهشگران آن را انسان بالقوه می‌دانستند.

واژگان کلیدی: شخصانیت، جنین، جایگاه اخلاقی، لانه‌گزینی، ولوج روح

* Email: mhdolatian@gmail.com

چالش‌های تصمیم‌گیری مراقبین سلامت در روند زایمان
سپیده حاجیان^{۱*}، محمد شریعتی^۲، خدیجه میرزایی نجم آبادی^۳، مسعود یونسیان^۴،
محمد اسمعیل عجمی^۵

۱- استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۴- استاذ، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۵- استادیار، گروه زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، ایران

هدف از مطالعه حاضر، بررسی مهم‌ترین عوامل اصلی در بروز چالش‌های تصمیم‌گیری در انتخاب روش زایمان توسط ارائه‌دهندگان خدمات مامایی است. مطالعه کیفی حاضر، بخش مقدماتی از یک کارآزمایی در عرصه (Trial Field) است که با هدف کاهش متناسب زایمان سزارین برای نخستین بار در شهرستان شاهرود انجام شده است. مشارکت‌کنندگان در مطالعه، شامل متخصصین زنان و مامایی، متخصصین بیهوشی و ماماها شاغل در هر سه بیمارستان شهر شاهرود بودند. گردآوری اطلاعات به روش مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته با ماماها و روش دلفی با متخصصین بود. محور اصلی مصاحبه‌ها و گردآوری داده‌ها در بررسی دلفی، بیان دلایل و عوامل موثر بر افزایش بیش از حد میزان زایمان سزارین طی سال‌های اخیر در شاهرود مطابق با اظهارات مراقبین سلامت بود. تمامی مصاحبه‌ها و بیانات شرکت‌کنندگان به-وسیله رویکرد تحلیل محتوای کیفی کدگذاری شده و پس از تعیین کدهای نهایی، طبقات فرعی و مفاهیم اصلی طی این روند شکل گرفتند. یافته‌های این تحقیق در دو مفهوم اصلی ترس و نگرش گنجانده شد که مهم‌ترین چالش‌های تصمیم‌گیری مراقبین خدمات مامایی را برای انتخاب روش زایمان نشان می‌داد. تحلیل یافته‌های این پژوهش نشان داد که متخصصین اغلب از یک سو با رعایت احترام به اصل استقلال مادر و از سوی دیگر با افزایش احتمال خطرات ناشی از یک جراحی بزرگ و اغلب غیر ضروری، دچار تردید در تصمیم‌گیری می‌شوند. ترس از شکایت توسط خانواده بیمار در بسیاری از موارد پزشک را علی‌رغم میل باطنی خود وادار به انجام سزارین برنامه‌ریزی شده می‌کند. پزشکیانی که بیش‌ترین همکاری با ماماها دارند، بیش‌تر به آن‌ها و عملکرد آنان اعتماد داشته و به نقش مادر باردار به‌عنوان تصمیم‌گیرنده فعال درمورد روش زایمان خود بیش‌تر ارزش می‌گذارند و فلسفه مراجع مداری را در عملکرد پزشکی خود همواره در نظر دارند.

واژگان کلیدی: زایمان سزارین، خدمات مامایی، چالش‌های تصمیم‌گیری

* Email: s.hajian@sbmu.ac.ir

تکریم زن باردار در دوران بارداری و هنگام زایمان

فاطمه مؤمنی جاوید*

کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

در سراسر جهان اغلب زنان رفتاری غیرمحترمانه و توهین آمیز در طی دریافت خدمات و مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان تجربه می‌کنند. در این مطالعه مروری، شواهدی از بی‌احترامی و سوءاستفاده هم‌چون: عدم حفظ حریم خصوصی، فقدان رضایت آگاهانه، تبعیض، سوءاستفاده فیزیکی، مراقبت تحقیرآمیز یا وانهادن مراقبت، و بازداشت در مرکز تا زمان دریافت هزینه خدمات در مراکز زایمانی سراسر جهان مشاهده می‌شود.

حقوق شناخته شده برای زنان باردار به شرح زیر مشخص شد: حق رفتار با عزت و احترام، حق درمان بودن از آسیب و بدرفتاری، حق دسترسی به اطلاعات، احترام به خودمختاری یا خودآیینی، امتناع یا رضایت آگاهانه، احترام به انتخاب و ترجیحات وی، شامل همراهی در طول مراقبت بارداری و زایمانی، حفظ حریم خصوصی و محرمانگی، برابری جنسیتی، آزادی از تبعیض، دریافت مراقبت منصفانه، و حق دسترسی برابر به خدمات بهداشتی درمانی در بالاترین سطح قابل توجه سلامت.

از این رو، بیانیه‌ی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴، به منظور جلوگیری و از بین بردن بی‌احترامی و سوءاستفاده زنان باردار، درهنگام زایمان در مراکز بهداشتی، اقدامات زیر را توصیه کرده است: ۱- حمایت دولت‌ها و شرکای توسعه برای تحقیق و فعالیت در زمینه بی‌احترامی و سوءاستفاده ۲- اجرا، پشتیبانی و تقویت برنامه‌های طراحی شده برای بهبود کیفیت مراقبت سلامت مادران، با تمرکز قوی بر مراقبت محترمانه به‌عنوان یک جزء ضروری از مراقبت با کیفیت ۳- تاکید بر حقوق زنان جهت تکریم آنان، و ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی محترمانه در سراسر دوران بارداری و زایمان ۴- ایجاد سیستم‌های پاسخگو و حمایت حرفه‌ای برای پایش داده‌های مربوط به شیوه‌های مراقبت محترمانه و غیرمحترمانه ۵- مشارکت همه‌ی ذی‌نفعان، از جمله زنان، در تلاش برای بهبود کیفیت مراقبت و از بین بردن شیوه‌های بی‌احترامی و توهین آمیز.

واژگان کلیدی: تکریم انسانی، دوران بارداری و زایمان، تکریم در مراقبت‌های مامایی، بی‌احترامی و سوءاستفاده

* Email: momenijavid@yahoo.com

بررسی قاعده‌ی فقهی عسر و حرج در حکم جواز کاهش جنینی در روش‌های کمک باروری

جمیله جعفری^{۱*}، ریحانه پیشوایی^۲

۱- عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرقان

۲- عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت

بر اساس فتوای فقها، سقط جنین تنها در صورتی جایز است که جان مادر در خطر باشد. هم‌چنین، اگر بیماری شدیدی مادر را تهدید کند، و جنین هنوز به مرحله‌ی دمیدن روح نرسیده باشد. و نیز اگر تشخیص قطعی داده شود که جنین به‌گونه‌ای ناقص است که برای پدر و مادر و اطرافیان اسباب عسر و حرج شدید می‌شود، مشروط بر این که روح در آن دمیده نشده باشد. در کاهش جنینی در بارداری‌های چند قلوپی نیز همین موارد به‌خصوص عسر و حرج، در استفتائات فقهی معاصر مستند جواز سقط بعضی از جنین‌ها برای حفظ بقیه (مادر و جنین‌های دیگر) واقع شده است. با توجه به این که مبنای حکم به جواز در این زمینه قاعده‌ی عسر و حرج است تشخیص مفهوم و دامنه‌ی مصادیق این قاعده در این مقاله مورد بحث است. وجود عسر و حرج به تنهایی کافی نیست بلکه باید اثبات شود هم از لحاظ شرع و هم به جهت قانون تا از مصادیق جرم محسوب نشود. پس تشخیص و اعلام نظر اطمینان بخش کارشناسانه و دقیق پزشک یا پزشکان معالج لازم و ضروری است. از آن جا که تشخیص پزشکی تجربی و حسی و به همراه مستندات است، به‌نظر می‌رسد اعلام نظر پزشکان در راستای حفظ سلامتی مادر و جنین‌ها، حجت و یقین آور است. هم‌چنین، آیات قرآن به‌صراحت قتل فرزندان به‌دلایل اقتصادی، به اطلاق ممنوع دانسته است. پس نمی‌تواند مصادق عسر و حرج محسوب شود. با توجه به توسعه‌ی رو به رشد علم و فناوری و احتمال کشف شیوه‌ی درمان نقایص مادرزادی در تشخیص اولیه‌ی پزشک مبنی بر نارسایی‌های مغزی یا ذهنی یا ناتوانی جسمی جنین، بعید نیست که صدور مجوز سقط در مرحله جنینی بر مبنای قواعد لاحرج، لاضرر و اضطرار، مغایر دستورات شرع بوده و مشمول حکم حرمت نباشد. لذا جواز سقط جنین/ جنین‌ها صحیح به‌نظر نمی‌رسد.

واژگان کلیدی: سقط، کاهش جنینی، عسر و حرج، روش‌های کمک باروری

* Email: jafari.j2020@yahoo.com

تأملی در باب دیه سقط جنین آزمایشگاهی

عبدالحسن کاظمی*، نجات فیض اللهی، بهرام صمدی راد، جابر قره داغی، حسین میرزاجانزاده، علیرضا نجفی، علی اشرف سیف فرشد

سقط جنین و جرم دانستن آن پیشینه طولانی دارد به طوری که در مجموعه حمورابی (۲۲۰۰ سال قبل از میلاد) برای فردی که در حین ضرب و جرح موجب سقط جنین شود، جریمه مالی در نظر گرفته شده است. بقراط در قسمنامه خود از سقط جنین به عنوان عملی ممنوع یاد و صاحبان حرف پزشکی را به قید سوگند از کمک به سقط جنین منع می کند. علی بن عباس مجوسی اهوای نیز در پندنامه مشهور خویش در این باب سخن رانده است. در قوانین ایران، سقط جنین از همان مراحل اولیه استقرار نطفه مجازات دارد که جزئیات آن در قانون مجازات اسلامی بیان شده است و در میزان دیه (Blood money) جنین، هیچ فرقی بین جنین مونث و مذکر وجود ندارد. در پژوهش جهانی سازمان ملل متحد در باب تجویز سقط جنین در کشورهای مختلف جهان آمده است که از میان ۱۹۳ کشور جهان، سقط جنین برای سلامت جسمانی زن و معالجه او در ۱۲۲ کشور قانونی و در ۷۱ کشور غیر قانونی بوده و سقط جنین برای سلامت روانی زن در ۱۲۰ کشور جایز و در ۷۳ کشور غیر قانونی است. مجاز کردن مشروط سقط جنین، مطابق ارزیابی های به عمل آمده، مرگ های ناشی از سقط جنین غیر قانونی را حداقل ۲۵ درصد تقلیل می دهد. مواد ۴۹۳-۴۸۷ قانون مجازات اسلامی میزان دیه جنین سقط شده در سنین متفاوت، مواد ۶۲۴-۶۲۲ مجازات اعمال منجر به سقط جنین در زنان حامله و مواد ۷۱۵ و ۷۱۶ مجازات تصادفات وسایل نقلیه با زنان حامله و منجر به سقط جنین را معین نموده است. دیه سقط جنین، بر مبنای سن جنین و بر اساس قانون دیات از بیست تا هزار دینار متفاوت است و جزئیات فراوانی در مورد تکالیف شرعی و قانونی کادر پزشکی در صورت مبادرت و یا مباشرت در سقط جنین، وجود یا عدم وجود رضایت والد یا والدۀ جنین به صورت توأم یا منفرد، تکالیف شرعی و قانونی والدین در شرایط مختلف وقوع سقط، دیه جنین نامشروع، کسب ارث از دیه جنین، شرایط شرعی کفن و دفن جنین سقط شده و... وجود دارد که بحثی مستوفی و جامع را می طلبد و اما در این میان سقط جنین های رشد کرده در محیط آزمایشگاهی با تکنیک های نوین درمان ناباروری و یا در رحم جایگزین در مادران Surrogate تأملی بیش تر و احیاناً تصمیمات حقوقی، آرای قضایی، فتاوی فقهی، هنجارهای اخلاقی و نگرش های اجتماعی جدیدی را طلب خواهد کرد.

واژگان کلیدی: دیه، سقط جنین، جنین آزمایشگاهی، قوانین موضوعه

* Email: kazemi1338@gmail.com

**تبیین دست آورد ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان: تحلیل محتوی کیفی
مهتاب عطارها*، زهره کشاورز، مریم بختیاری، مهری جمیلیان**

زمانی که دست اندرکاران امور بهداشتی دارای مهارت برقراری ارتباط باشند، نتایج بی‌شمار مثبتی نظیر کاهش درد، علائم بیماری، اضطراب، احساس گناه، افزایش رضایت خاطر، پذیرش و تطابق با بیماری، مشارکت و همکاری با تیم درمانی، بهبود میزان فشار خون و گلوکز خون، افزایش اثر بخشی آموزش‌ها و پیش‌گیری از خطاهای پزشکی را می‌توان مشاهده نمود. لذا این مطالعه با هدف تبیین دست آورد ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان انجام شد. در این تحقیق کیفی با رویکرد تحلیل محتوا، ۳۲ مشارکت‌کننده (۱۶ نفر ماما و ۱۶ نفر مادر) در ۳۲ مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته فردی، تجرب خود را در رابطه با دست‌آورد پیامد ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان بیان نمودند. نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف از بین ماماها و شاغل در اتاق زایمان و مادران بستری در بخش بعد از زایمان طبیعی، یکی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک، در سال ۱۳۹۳ انجام شده و با اشباع داده‌ها خاتمه یافت. داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی تجزیه و تحلیل شد. تحلیل استقرایی داده‌ها، به پیدایش درون‌مایه دست‌آورد (پیامد) ارتباط منتهی شد. این درون‌مایه در برگیرنده زیر طبقات پیشرفت لیبر، تجربه مثبت، ارتقای سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی بود. این مطالعه شواهد مستندی از دست‌آورد رابطه ماما- مادر در اتاق زایمان ارائه داده است. نتایج می‌تواند ماماها را در ارائه مراقبت با کیفیت جامع به مادران یاری نموده و زمینه را برای ایجاد و تقویت پیامدهای مثبت لیبر و زایمان طبیعی ایجاد نماید. به‌نظر می‌رسد یافته‌های مذکور کاربرد بالقوه آموزش و عمل در حوزه مامائی را داشته باشند.

واژگان کلیدی: دست‌آورد، پیامد، ارتباط ماما- مادر، اتاق زایمان، تحلیل محتوی کیفی

* Email: m.attarha@arakmu.ac.ir

نشست پنجم:

رابطه پزشک و بیمار

چهارشنبه ۹۴/۱۱/۷

سالن شهید رضایی نژاد (سالن ۳)

ساعت: ۸/۳۰-۱۰/۰۰

ارتباط بین پزشک و بیمار در اخلاق پزشکی امروز**علیرضا زالی***استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، رئیس کل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*

اگرچه که اخلاق پزشکی، امروزه مباحث متعدد و گاه پیچیده‌ای از جمله اخلاق در پژوهش‌های پزشکی، اخلاق در استفاده از سلول‌های بنیادی و مانند آن را در خود دارد؛ به نظر می‌رسد هنوز هم جنبه‌های اخلاقی در رابطه پزشک و بیمار اصلی‌ترین و بحث‌انگیزترین موضوع اخلاق حرفه‌ای پزشکی باشد. علیرغم وجود منابع غنی در اخلاق پزشکی سنتی؛ انتظام بخشی اخلاقی رابطه پزشک و بیمار در دنیای امروز به دلایل متعددی مستلزم بازبینی رویکردهای سنتی گذشته است. از جمله این دلایل مهم می‌توان به رسمیت شناخته شدن «حق بر سلامت» برای شهروندان در نظام‌های حاکمیتی امروز اشاره کرد که ارائه‌ی خدمات سلامت را به یک الزام اخلاقی و حتی حقوقی برای دولت‌ها تبدیل کرده‌اند؛ از سوی دیگر افزایش سطح آگاهی‌های عمومی و ایجاد مطالبه جدی اجتماعی در استیفای حقوق شهروندی از جمله حق بر سلامت و نیز افزایش انتظارات عمومی از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است به ویژه پزشکان لزوم باز تعریف حقوق و تکالیف متقابل پزشکان و بیماران را گوشزد می‌کند. این ارائه بر آن است که جنبه‌های مختلف این ارتباط را در فضای امروز بررسی نموده و الزامات عملی آن را برای سیاست‌گذاران حوزه‌ی سلامت گوشزد نماید.

واژگان کلیدی: ارتباط پزشک و بیمار، اخلاق پزشکی، حق بر سلامت

پرداخت‌های غیر رسمی (زیرمیزی) در ایران: نتایج یک مطالعه کمی قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت مجتبی پارسا*

استادیار گروه اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دیده‌ها و شنیده‌ها حاکی از شیوع پرداخت‌های غیر رسمی (زیرمیزی) در کشورمان دارد اما مطالعه‌ای که به جنبه‌های مختلف این امر پرداخته باشد کم‌تر موجود است. این مطالعه به جنبه‌های مختلف زیرمیزی از جمله نگرش پزشکان به آن، شیوع، دلایل و پیامدهای انجام آن خواهد پرداخت.

این پژوهش یک مطالعه کمی مقطعی است که با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق ساخته بدون نام که روایی آن با روش قضاوت متخصصان و پایایی آن با استفاده از ICC و روش آلفای کرونباخ به اثبات رسیده است، بر روی ۲۵۷ نفر از پزشکان متخصص شرکت کننده در کنگره‌ها و سمینارهای حرفه‌ای در شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ و قبل از انجام طرح تحول سلامت انجام شده است. در خصوص نگرش پزشکان به زیرمیزی، ۴۷/۵ درصد از آن‌ها دریافت آن را نادرست و ۱۷/۹ درصد درست می‌دانستند. ۳۴/۶ درصد هم بسته به شرایط گاهی درست و گاهی نادرست می‌دانستند.

در خصوص شیوع زیرمیزی در بررسی غیر مستقیم (بررسی شیوع در بین همکاران) اکثر پزشکان (۳۶/۸ درصد) با میزان شیوع ۸۰-۶۱ درصدی زیرمیزی بین همکاران خود موافق بودند. در بررسی مستقیم هم ۶۳/۸ درصد از پزشکانی که امکان دریافت زیرمیزی برای آن‌ها وجود داشت حداقل یک بار زیرمیزی دریافت کرده بودند. انجام آزمون فیشر نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی کاملاً معنی‌دار بین جراح بودن و دریافت زیرمیزی داشت. همچنین، نتایج رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد پزشکانی که دریافت زیرمیزی را درست می‌دانستند ۲/۳۵ برابر بیش‌تر از کسانی که دریافت آن را نادرست می‌دانستند زیرمیزی دریافت کرده بودند.

پزشکان شاغل در بخش خصوصی و شاغل توأماً در بخش خصوصی و دولتی به ترتیب ۲/۵۳ و ۲/۴۲ برابر پزشکانی که فقط در بخش دولتی شاغل بودند زیرمیزی دریافت کرده بودند. پزشکان متخصص شاغل در تهران تقریباً ۲ برابر پزشکان شاغل در شهرستان‌ها زیرمیزی دریافت کرده بودند. در مورد دلایل دریافت زیرمیزی واقعی نبودن تعرفه‌ها و عدم پوشش کامل بیمه‌ها اصلی‌ترین دلایل و در مورد پیامدهای دریافت زیرمیزی هم بالا رفتن هزینه‌ی بیماران و آسیب به شأن پزشکان و بالا رفتن هزینه‌ی خدمات پزشکی مهم‌ترین پیامدهای آن شناخته شد.

واژگان کلیدی: زیرمیزی، نگرش پزشکان، واقعی نبودن تعرفه‌ها، پوشش بیمه‌ها

* Email: mparsa@tums.ac.ir

بررسی الگوهای ارتباطی پزشک - بیمار:

مطالعه موردی در بیمارستان شهید صدوقی یزد

روح اله عسکری^{۱*}، الهام طایفی^۲، علی اکبرزاده مقدم^۳، فریمه شمسی^۴

۱- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی- دانشکده بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

۲- کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی- دانشکده بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

۳- کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی- دانشکده بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

۴- مربی گروه آمار و اپیدمیولوژی- دانشکده بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

ارتباط مناسب پزشک و بیمار باعث اعتماد بیماران، جلوگیری از مراجعات پی در پی آن‌ها به پزشکان متفاوت یا سرگردانی آن‌ها و بازتاب عمیق روانشناختی، رفتاری، زیستی، اجتماعی و نیز اقتصادی سرایت کننده به خانواده و جامعه را در پی دارد. این مطالعه با هدف تعیین الگوی غالب ارتباط پزشک و بیمار در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی بقائی‌پور بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۳ صورت پذیرفته است. مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی بوده که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۳۰۰ نفر از بیمارانی که برای اولین بار به دلیل بیماری اخیر خود به پزشکان درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی بقائی‌پور وابسته به بیمارستان شهید صدوقی یزد مراجعه کرده بودند، انجام پذیرفت. داده‌ها با پرسشنامه محقق ساخته که شامل ۱۰ سؤال عمومی و ۱۹ سؤال نگرش سنجی بود گردآوری شد. روایی محتوای پرسشنامه توسط متخصصین و پایایی ثبات درونی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۵) تأیید گردید. داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون مجدد کای و ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، تجزیه و تحلیل شدند. مطابق با یافته‌های این مطالعه فراوانی الگوهای ارتباطی پزشک و بیمار به ترتیب این‌گونه نشان داده شد؛ الگوی راهنمایی- همکاری (۵۷/۳ درصد)، الگوی مشارکت فعال (۳۷/۷ درصد) و الگوی فعال- منفعل (۴/۷ درصد). بین نوع الگوی ارتباطی پزشک و بیمار با سن، سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد، اما الگوی ارتباطی پزشک و بیمار بر اساس تخصص پزشک دارای تفاوت معنی‌داری بود و بین دو تخصص ارتوپدی و مغز و اعصاب تفاوت معنی‌داری وجود داشت (۰/۰۱۵ P). با توجه به این‌که الگوی ارتباطی راهنمایی- همکاری دارای بیش‌ترین فراوانی بود، لذا بیماران تا حدودی از وضعیت سلامتی خود آگاهی داشته و هم‌چنین، تمایل دارند که در فرآیند درمان نقش فعال‌تری داشته باشند. پزشکان نیز آشنایی نسبتاً خوبی با مهارت‌های ارتباطی با بیماران دارند و آن‌ها را در روند درمان مشارکت می‌دهند. ولی با توجه به این‌که موثرترین الگو در ارتباط پزشک و بیمار الگوی ارتباطی مشارکت متقابل می‌باشد، افزایش آگاهی بیماران از وضعیت سلامتی خود و تشویق آن‌ها برای مشارکت بیش‌تر در روند درمان و در نتیجه افزایش مسؤولیت می‌تواند اعتماد بین بیمار و پزشک، دستیابی به سطح سلامت بهتر را تسهیل نماید.

واژگان کلیدی: رابطه پزشک، بیمار، الگوی فعال، منفعل، الگوی راهنمایی، همکاری، الگوی مشارکت متقابل

* Email: r.asqari@gmail.com

بیماران و تأثیرات آن‌ها بر رفتارهای اخلاقی دانشجویان
سجاد آزمند*، محمد تقی ایمان، صدیقه ابراهیمی، امید آسمانی

بیمار مهم ترین بخش نظام سلامت است. در فضاهای آموزشی درمانی، دانشجویان پزشکی ارتباط گسترده و نزدیکی با بیماران و خانواده‌ی آن‌ها دارند و این ارتباط خواه ناخواه بر دیدگاه‌ها و رفتارهای اخلاقی دانشجویان موثر است. بنابراین بیمار می‌تواند یکی از مؤلفه‌های مؤثر در برنامه‌ی درسی پنهان در آموزش اخلاق حرفه‌ای باشد. این مطالعه قصد دارد تا تأثیرپذیری اخلاقی دانشجو از بیمار و خانواده‌ی او را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های برنامه‌ی درسی پنهان مورد بررسی قرار دهد.

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که عوامل مختلفی هم‌چون نوع بیماری، شرایط جسمی و روانی، برخی ویژگی‌های شخصیتی و رفتارهای متفاوت بیماران و همراهان آن‌ها به‌صورت مستقیم و غیر مستقیم بر رفتارهای حرفه‌ای و اخلاقی دانشجویان پزشکی موثر است. نحوه‌ی کنش دانشجو با بیمار و برخی دیدگاه‌ها و رفتارهای اخلاقی آن‌ها می‌تواند از هر یک از عوامل فوق تأثیر پذیرد. یافته‌ها نشان می‌دهد که این تأثیرپذیری متقابل است و رفتارهای اخلاقی بیماران نیز از دانشجویان تأثیر می‌پذیرد. از آن جمله می‌توان به رفتارهای اعتمادزا و اعتمادزدای بیمار نسبت به دانشجو اشاره کرد.

با توجه به کنش متقابل بیمار و دانشجو و نقش آن به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های برنامه‌ی درسی پنهان در رفتارهای اخلاقی فراگیران لازم است تا دانشجویان پزشکی در این رابطه آموزش‌های لازم را دریافت کنند. هم‌چنین، ارتقای فرهنگ ارتباطی بیماران و خانواده آن‌ها از طریق اجرای برنامه‌های ارتباط جمعی در محیط بیمارستان برای بیماران و همراهان یا ارائه‌ی پمفلت‌ها و بروشورهای آموزشی در بدو ورود و هنگام پذیرش بیمار می‌تواند به ارتقای برنامه‌ی درسی پنهان و بهبود رفتارهای اخلاقی فراگیران کمک کند.

واژگان کلیدی: برنامه‌ی درسی پنهان، رفتارهای اخلاقی دانشجویان، بیماران

* Email: azmands@sums.ac.ir

چهارچوب مفهومی رابطه پزشک و بیمار: یک مطالعه کیفی**لیلا افشار*، محمدرضا رزاقی**

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گروه اخلاق پزشکی

ارتباط پزشک و بیمار، مواجهه‌ای بالینی است که برای هر یک از طرفین آن نقش‌هایی تعیین شده است. ایفای درست این نقش برای کارکرد مناسب این ارتباط و دستیابی به نتیجه دلخواه ضروری است. این نتیجه دلخواه عبارت است از دستیابی به روند درمانی موفق است و بدین منظور بایستی ارتباطی شفا بخش میان پزشک و بیمار شکل گیرد. تقلیل این ارتباط به سطح ارتباط مکانیکی و شیء انگاری بیمار منجر به بروز مشکلاتی خواهد شد. از سوی دیگر در دیدگاه اسلامی پزشک نمودی از صفت شافی خداوند است. به همین منظور و برای طراحی مدلی که در آن ارتباط شفا بخش، هسته مرکزی پزشکی باشد و تبیین ماهیت و ویژگی‌های این ارتباط با توجه به مفاهیم بنیادین اسلامی این مطالعه طراحی گردید. در این مطالعه و بر اساس آموزه‌های اسلامی، بهبودی یا شفا به صورت رهایی از بیماری در صورت امکان، کاهش درد و رنج بیمار در شرایطی که بهبودی امکان پذیر نیست و یافتن معنائی در پی تجربه بیماری تعریف شد. این مطالعه کیفی به روش تئوری زمینه‌ای انجام گرفت. داده‌های این مطالعه از مصاحبه با ۱۷ نفر از اعضاء هیأت علمی با تخصص‌های مختلف بالینی و با تجربه و سابقه ارتباط موثر با بیماران جمع آوری گردید. سپس تحلیل و کدگذاری مفاهیم انجام گردید. در نهایت از متن تجربیات شرکت کنندگان در مجموع کدهای استخراج شده در سطوح اولیه، زیر طبقات، طبقات و تم‌ها دسته‌بندی شدند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که اجزاء مدل ارتباطی پزشک و بیمار در چهار طبقه ارزش گذاری، توازن قوا، تعهد و پای بندی، و ویژگی‌های پزشک قابل دسته‌بندی‌اند که خود منجر به شکل‌گیری سه المان ارتباطی ضروری برای وقوع بهبودی و شفا می‌گردد. این سه عبارتند از: اعتماد، آرامش و امید و احساس مورد توجه بودن از طرف بیمار. این سه به نوبه خود در زمینه و تمی که مبتنی بر توجه به ابعاد معنوی رابطه پزشک و بیمار است اهمیت خود را نشان می‌دهند.

واژگان کلیدی: رابطه پزشک و بیمار، شفا، آموزه‌های پزشکی اسلامی

* Email: lafshar@gmail.com

بررسی تاثیر اجرای برنامه‌ی استراتژیک آموزش به بیمار بر رضایتمندی بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بجنورد

حامد مرتضوی*، مهدیه آربن، محبوبه طباطبایی چهر

استادیار گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، بجنورد

از آن‌جا که بر طرف شدن نیازهای آموزشی بیمار و رضایتمندی وی در زمان بستری یکی از شاخص‌های سنجش کیفیت عملکرد است، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تاثیر اجرای برنامه‌ی استراتژیک آموزش به بیمار بر رضایت مندی بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بجنورد انجام شده است. این مطالعه از نوع اقدام پژوهی است که با همکاری دانشکده‌ی پرستاری و مامایی و دو بیمارستان آموزشی به اجرا در آمده است. قبل از شروع پژوهش سطح رضایت بیماران از آموزش‌های ارائه شده توسط پرسشنامه ارزیابی شد سپس با برنامه‌ریزی، تنظیم و تغییر به اجرای برنامه استراتژیک آموزش به بیمار پرداخته شد و مجدداً حین و بعد از پژوهش جمعاً در طی ۵ مرحله سطح رضایت بیماران سنجیده شده است. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری ANOVA استفاده شد.

میانگین سطح رضایت مندی بیماران در رابطه با اجرای برنامه استراتژیک آموزش به بیمار در طی ۵ مرحله به ترتیب (۲±۳۰.۳۳، ۲۵±۳۰.۵۲، ۴۱±۴.۱۱، ۷۸±۳.۵۹، ۹۴±۴.۱۶) بود. تفاوت میانگین نمره‌ی رضایت بیماران از آموزش به بیمار بین (نوبت اول و دوم) و بین (نوبت چهارم و پنجم) از لحاظ آماری معنادار نبود. اما بین سایر نوبت‌ها اختلاف بسیار قابل توجهی وجود داشت و از لحاظ آماری نیز معنادار بود و این تفاوت بر اساس ANOVA با (۰/۰۰۱) $P=$ معنا دار بود. توجه و استفاده از برنامه‌های علمی برای تدوین استراتژی‌های اصلی سازمان خصوصاً آموزش به بیمار امری ضروری است. باید متذکر شد که دو امر مراقبت از بیمار و آموزش به بیمار در جهت دست یافتن به اهداف خود مراقبتی، لازم و ضروری و در واقع متمم یکدیگر هستند و برنامه‌ریزی جهت ارائه‌ی آموزش با هدف خودمراقبتی باید در سیستم مدیریتی گنجانده شود.

واژگان کلیدی: برنامه‌ی استراتژیک، آموزش به بیمار، رضایت مندی

* Email: hamedmortazavi@ymail.com

بررسی ارزش‌های اجتماعی موثر بر تعاملات میان بیماران و پرستاران بیمارستان علی بن ابیطالب شهرستان زاهدان پرویز رضا میر لطفی^{۱*}، مهین قنبری پور^۲، فاطمه لکزایی^۳

۱- استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و عضو مرکز تحقیقات ایمنولوژی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۲- دانشجوی جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان

۳- کارشناس رسیدگی به شکایات بیمارستان علی ابن ابیطالب زاهدان

یکی از مهم‌ترین فاکتورهای مربوط به کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار، مهارت‌های ارتباطی بین پرستاران و بیماران است. روابط متقابل پرستار و بیمار از طریق رعایت اصول اخلاقی سبب احترام به شان و منزلت فردی می‌شود. در این مطالعه نگارنده سعی دارد تا ارزش‌های موثر بر تعامل میان بیماران و پرستاران را مورد بررسی قرار دهد.

این مطالعه توصیفی تحلیلی است که با استفاده از شیوه‌ی مصاحبه و پرسشنامه اطلاعات لازم جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار spss 16 تجزیه و تحلیل انجام گرفت. نتایج نشان داد ارزش‌های اجتماعی موثر در ارتباط پرستار و بیمار عبارتند از مهرورزی یا شفقت حدود ۸۵ درصد بیماران مورد بررسی مهرورزی یا شفقت را به عنوان یک ارزش مهم در ارتباط میان کادر درمانی با آنان می‌دانستند ۹۰ درصد بیماران شرکت کننده در این مطالعه به صداقت در گفتار و کردار پرستاران هم به عنوان یکی از ارزش‌های اجتماعی توجه داشتند. همچنین، ۹۴ درصد بیماران شرکت کننده در این مطالعه به عدالت و برابری در برخورداری از امکانات درمانی و خدمات پرستاری به عنوان یک ارزش می‌نگریستند. از جمله مواردی که در نگاه بیماران به عنوان ارزش اجتماعی در روابط پرستاران و بیمار مهم بود مسأله‌ی رازداری و سرنگه داری بود که می‌توانست این ارتباط را قوت بخشد (۶۵ درصد). احترام به بیمار و پاسخگویی به نیازهای ضروری آنان را جزو ارزش‌هایی می‌دانستند که در تعامل بیماران و پرستاران نقش اساسی ایفا می‌کند. نکته‌ی قابل تاملی که بعضی از بیماران به آن توجه داشتند حق مداری پرستاران در برخورد با بیمار بود که حق مداری را یک ارزش اجتماعی قوی در ایجاد تعامل میان بیمار و پرستار می‌دانستند. همچنین، نتایج نشان داد که رابطه معناداری میان جنس، سن و سطح تحصیلات بیماران وجود ندارد.

واژگان کلیدی: ارزش‌های اجتماعی، بیمار، پرستار، حقوق بیمار، زاهدان

* Email: pr.mirlotfi@yahoo.com

نشست ششم: اخلاق بیمارستانی

چهارشنبه ۹۴/۱۱/۷

سالن شهید رضایی نژاد

(سالن ۳)

ساعت: ۱۰/۳۰-۱۲/۰۰

رهیافت سیستمی به اخلاق در خدمات سلامت

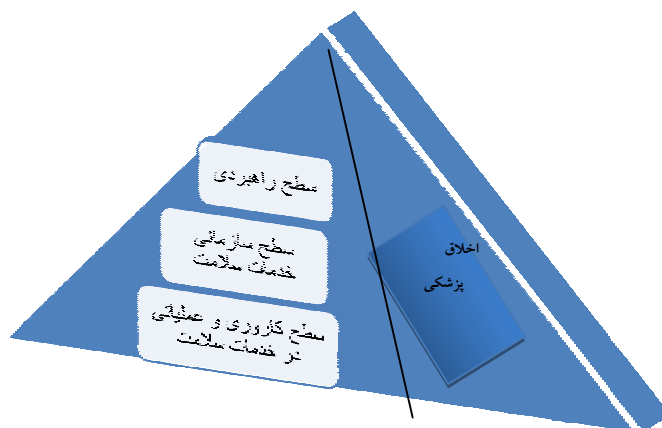
احد فرامرز قراملکی*

استاد دانشگاه تهران

حرفه گرایی در پزشکی، دو دوره را دیده است: دوره سنتی و دوره جدید، حرفه گرایی در دوره سنتی پزشک محور است. ستون خیمه حرفه پزشکی بر دوش پزشک حرفه ای است. همه شئون حرفه ای از آموزش، پژوهش تا خدمات سلامت، حتی در مفهوم بیمارستانی آن، از آن استنادانی چون ابوزید بلخی، محمد بن زکریای رازی، ابن سینا، بوعلی مسکویه و قطب الدین شیرازی و مانند آن‌ها استوار است. در این دوره سلامتی و سرآمدی اخلاق حرفه نیز در گرو سلامت نفس و اخلاق نیکوی پزشکان در رفتار ارتباطی بین شخصی است. بر این پایه، برنامه‌های رشد اخلاقی حرفه در آموزش اخلاق برای پزشکان و دستیاران آن‌ها منحصر می‌شد. امروزه حرفه گرایی با سلطه سازمانی بر حرفه‌ها همراه شده است. در این دوره حرفه پزشکی در سازمان‌ها، اعم از خرد و کلان تحقق می‌یابد و رشد یا افول می‌کند. سلطه سازمان، شبکه پیچیده‌ای از مناسبات، ساختار مقررات و نیز فرهنگ سازمانی را به میان می‌آورد به گونه‌ای که عناصر درونی و بیرونی سازمان در مواردی بر عزم سازمان چیره می‌شود. امروزه غالباً تربیت پزشک، صنعت دارو، خدمات سلامت در سازمان رخ می‌دهد و سازمان نقش مهمی در رشد یا افول اخلاق پزشکی دارد. منابع سازمان، سیاست‌های حاکم و مدیریت سازمان همه بر اخلاق خدمات سلامت تاثیر دارند. به عنوان مثال، سیاست خودکفایی بیمارستان‌های دولتی می‌تواند نقش موثری در ارتقا یا افول اخلاقی در خدمات سلامت را در پی داشته باشد. آنچه در اخلاق خدمات سلامت در دوره جدید حرفه گرایی پزشکی اهمیت دارد، نگرش سیستمی به اخلاق پزشکی است. نگرش سیستمی در سازمان‌های صف همچون بیمارستان به ممیزی اخلاقی منابع، فرایندها، مقررات و مناسبات محدود است، اما در سازمان‌های کلان و سیاست گزار ملاحظات اخلاقی سیاست‌های ملی در خدمات سلامت اهمیت دارد. تحول نظام سلامت رهیافت سیستمی در سطح کلان را به خدمات سلامت به میان می‌آورد. رهیافت سیستمی در این سطح محتاج نگرش راهبردی است. ارتباط بین سه سطح عملیاتی - اجرایی، سیستمی و راهبردی در خدمات سلامت نیاز به الگوی پیچیده در اخلاق پزشکی را به میان می‌آورد.

نگرش سیستمی در سطوح یادشده ضرورت اخذ رهیافت سازمانی و سیستمی نگر به اخلاق پزشکی را به میان می‌آورد در این رهیافت، برنامه‌های رشد اخلاقی را نمی‌توان صرفاً در آموزش پزشکان، پرستاران و به طور کلی منابع انسانی در حرفه پزشکی منحصر کرد، بلکه ارزیابی اخلاقی هر عناصر سازمانی مانند فرآیندهای جذب، ارتقا، حقوق و پاداش، فرایندهای مدیریتی بیمارستان، سیاست‌های نظام سلامت و مهندسی مجدد فرآیندهای غیر اخلاقی نیز لازم است.

* Email: akhlagh_85@yahoo.com



نمودار شماره (۱)



ممیزی اخلاقی مقررات ، فرآیندها و سیاستها خود ضرورت توسعه دانش اخلاق سازمانی در حرفه پزشکی را آشکار می کند. تحقق این امر در چهارچوب برنامه مدیریت اخلاق انجام می شود. واژگان کلیدی: رهیافت سیستمی، اخلاق پزشکی، خدمات سلامت

نمودار شماره (۲)

اخلاق سازمانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی

امیراحمد شجاعی*

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

اخلاق پزشکی علی‌رغم آن‌که طی چند سال گذشته در مبانی نظری رشد فزاینده‌ای در کشور داشته و گام‌های موثری برداشته شده است، هنوز در مقام عمل و نمود خارجی چندان بروز نیافته و نمودار نشده است. دلیل این امر را در عوامل بسیاری می‌توان جست‌وجو کرد از جمله: عدم آگاهی و شناخت، عدم نگرش و بینش مناسب، عدم امکانات و فضاهای مکفی، فرهنگ حاکم بر مراکز درمانی و قوانین نه چندان پاسخگو. اما نمی‌توان نسبت به معضلات مدیریتی و سازمانی موجود چشم‌پوشی کرد. به عبارت دیگر، بسیاری از بی‌اخلاقی‌های موجود در سیستم بهداشتی درمانی کشور ناشی از سوء مدیریت و معضلات سازمانی است که به شکل بی‌اخلاقی بروز پیدا می‌کنند. بنابراین، با نگاه سازمانی به مراکز درمانی و بیمارستان‌ها در می‌یابیم که رخنه‌ی بزرگ حاکم بر اخلاق پزشکی، عدم نگرش مبتنی بر اخلاق سازمانی است.

در نگرش حاکم بر اخلاق پزشکی عمدتاً پزشکان و کادر درمانی را مسؤول بی‌اخلاقی‌های موجود می‌دانیم، در حالی‌که در اخلاق سازمانی به ممیزی اخلاق در ارکان چهارگانه‌ی سازمان یعنی: ۱- اهداف و قوانین و برنامه‌ها ۲- ساختار ۳- منابع انسانی ۴- فرایندها پرداخته می‌شود. این مقاله به شکل مروری-تحلیلی تدوین شده است و نویسنده طی آن ابتدا به تبیین اخلاق سازمانی و سپس بیان معضلات اخلاقی و عمده‌ی حاکم بر مراکز درمانی و بیمارستان‌ها پرداخته است و نهایتاً با استفاده از نگرش سیستمیک و سازمانی معضلات اخلاقی موجود را تحلیل کرده و به مدل پیشنهادی رسیده است. نتیجه‌ی حاصل از این مقاله ارائه‌ی مدل ارزیابی و ارتقاء اخلاق پزشکی در مراکز درمانی و بیمارستان‌هاست.

واژگان کلیدی: اخلاق سازمانی، ارکان چهارگانه‌ی سازمان، مراکز درمانی و بیمارستان‌ها

* Email: dramirahmadsh@yahoo.com

دستیابی به شاخص‌های اصلی اعتباربخشی اخلاقی بیمارستان در ایران
سید علی انجو^{۱*}، میترا امینی^۲، سید ضیاء الدین تابعی^۱، علی مهبودی^۲
زهره کاووسی^۳، محبوبه صابر^۱

۱- گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

۲- مرکز تحقیقات ارتقای کیفیت آموزش بالینی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

به کارگیری اخلاق سازمانی در بیمارستان‌ها، یکی از راه‌های نوین بهبود وضعیت اخلاق پزشکی است. امروزه دستیابی به شاخص‌های جامع و مانعی که روا و پایا باشند، برای این به کارگیری حیاتی به نظر می‌رسد. این مطالعه در جست و جوی بهترین شاخص‌ها برای اعتباربخشی اخلاقی بیمارستان برآمده است. ۶۹ شاخص در ۱۱ دامنه از طریق یک مطالعه ی پنج مرحله ای به دست آمدند. این مطالعه ی تلفیقی شامل پژوهشهای کمی و کیفی زیر بودند: ۱. مرور متون ۲. گروه نخبگان متمرکز ۳. مطالعه ی لیکرت ۴. مطالعه ی دلفی سه مرحله ای و ۵. اندازه گیری های اعتبار محتوا

پس از مرور متون گسترده، نشست گروه نخبگان متمرکز بر اساس روش گروه اسمی (NGT) راهبری گردید تا مهمترین دامنه های مدنظر نخبگان جهت ارزیابی اخلاق در بیمارستان معین گردد. بعد از اتمام NGT دو مطالعه ی موازی دلفی و لیکرت انجام گردیدند تا مهمترین شاخصهای مرتبط با دامنه های حاصل از مرحله قبل مشخص شود. نخبگان مشارکت کننده در این تحقیق ها، همگی شاغلین حرف پزشکی بودند که در عین حال پژوهشگر، مدرس و یا دانشجوی پی اچ دی اخلاق پزشکی نیز بودند. محاسبات تعیین اعتبار محتوای شاخص ها از طریق نظرگاههای دو گروه متفاوت انجام گردید، در یک گروه فعالین اخلاق پزشکی و در گروه دیگر شاغلین حرف علوم پزشکی (گروه هدف) قرار گرفتند. (تعداد=۴۶) بعد از مطالعات NGT، دلفی، و لیکرت، ۱۱ دامنه ی اصلی به دست آمدند؛ که عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، رازپوشی اسرار بیماران، روابط اقتصادی گروه پزشکی و بیمار، نظام مشاوره ی اخلاقی بیمارستان، سند اخلاقی بیمارستان، خط مشی نحوه ی بیان خبر ناگوار، مراعات حقوق بیماران، کمیته اخلاق بیمارستان، واحد مراقبتهای معنوی و تسکینی، مهارتهای ارتباطی حرفه ای های علوم پزشکی، و دسترسی عادلانه به خدمات مراقبتهای سلامت همچنین ۷۱ شاخص هدف برای این ۱۱ دامنه به دست آمدند. برای هر دامنه (جدول) ۵ تا ۸ شاخص به دست آمده بود. اندازه گیری نسبت اعتبار محتوایی (Content Validity Ratio CVR) از میان ۷۱ شاخص اولیه اعتبار ۶۹ شاخص را تایید و دو شاخص را حذف کرد. به نظر می رسد دامنه های حاصل از این پژوهش، مهمترین زمینه هایی هستند که می توان هنگام تعیین وضع اخلاقی سازمان بیمارستان به آنها استناد کرد و برنامه ها و خدمات بیمارستان را بر اساس آنها سنجید. اعتبارسنجی و رتبه بندی سازمان های ارایه کننده خدمات مراقبتهای سلامت (HCOS) می تواند باعث ارتقای خدمات سلامت گردد. برنامه های اخلاقی در بیمارستانها قادرند که انگیزه های بیمارستان را در جهت افزایش کیفیت خدمات خود بیشتر کرده و رضایت گیرندگان خدمت را بهبود بخشند. برنامه ریزی جهت بهتر شدن اخلاق بیمارستان ها، نیازمند شاخصهای معتبر است و با توجه به فارغ التحصیلی روزافزون متخصصان اخلاق پزشکی در کشور، این شاخص ها می توانند سنگ بنای برنامه های بیمارستانهای کشور در جهت ارتقای وضعیت اخلاقی خود و نحوه ی بکارگیری متخصصین اخلاق پزشکی و شرح وظایف آنها در بیمارستان باشد.

واژگان کلیدی: بیمارستان، اخلاق، اخلاق سازمانی، اعتباربخشی، ارزیابی، دلفی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

* Email: seyed.ali.enjoo@gmail.com

کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در ایران، گزارش یک تجربه‌ی عملی کبری جودکی*

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

سابقه‌ی تشکیل کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در دنیا به پنج دهه قبل باز می‌گردد. 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. در کشور ایران براساس دستور العمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور ایران (مورخ - ۱۳۷۶/۵/۲۱) تمامی بیمارستان‌ها ملزم به تشکیل کمیته‌ی اخلاق بیمارستانی شدند.

در چند سال اخیر وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مدل اعتباربخشی را جایگزین ارزشیابی مراکز درمانی کشور کرده و مهم‌ترین وظیفه‌ی کمیته‌ی اخلاق پزشکی را پیگیری اجرای استانداردهای حقوق گیرنده‌ی خدمت تعیین کرده است. متأسفانه علیرغم الزام قانونی موجود در کشور جهت تشکیل کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در تمام بیمارستان‌ها، به‌نظر می‌رسد که کمیته‌های اخلاق بیمارستانی کشور عمدتاً غیر فعال بوده و بیش‌تر از جنبه‌ی اخذ امتیاز مربوطه در ارزشیابی بیمارستان‌ها مورد توجه قرار می‌گیرند. در سال ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از پتانسیل دانشجویان دکتری اخلاق پزشکی تصمیمی مبنی بر فعال کردن این کمیته‌ها و قرارگیری آن‌ها در جایگاه اصلی خود و ایفای نقش اصولی آنان اتخاذ شد. نوشتار حاضر بیان عملکرد چند سال اخیر کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان شهید ضیائی است و هدف از ارائه‌ی آن انتقال تجربه و بیان چالش‌ها و راهکارهای ممکن است. اعضای این کمیته با هماهنگی و همکاری صمیمانه‌ی مسؤولین و کارکنان بیمارستان در جهت آموزش و آشنایی کادر بیمارستان (پزشکان، پرستاران، پیراپزشکان، کارکنان اداری و پشتیبانی و...) با منشور حقوق بیمار، مباحث اخلاق پزشکی مرتبط، و راهنماهای اخلاقی تلاش کرده و در اجرای استانداردهای حقوق گیرنده‌ی خدمت برنامه‌های کوتاه مدت و میان مدت را طراحی و اجرا کردند. هم‌چنین، بررسی و حل مناقشات بین پرسنل، ارتقای مهارت‌های ارتباطی، مشاوره در خصوص برخی بیماران ارجاعی از سوی پزشکان، و ... از دیگر اقدامات انجام شده در این مدت بود.

واژگان کلیدی: کمیته‌های اخلاق بیمارستانی، منشور حقوق بیماران، بیمارستان شهید ضیائی

* Email: k_joodaki@yahoo.com

سازمان بیمارستان و مبانی ترویج اخلاق حرفه ای

امیر کشاورزبان*، فرشته سلیمی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

ترویج اخلاق در سازمان بیمارستان به عنوان پدیده‌ای اجتماعی، پیچیده و چند فرهنگی با تکرر کارکرد و وسعت دامنه اثرگذاری، بر مبانی مختلف استوار است. نخستین قدم در هر مسیری، تأمل در تصور از آن امر است. دستیابی به تصویری رسا از ترویج اخلاق حرفه‌ای در سازمان بیمارستان مبتنی بر واکاوی مفاهیم متعددی چون چیستی اخلاق، هویت اخلاق حرفه‌ای، هویت سازمان بیمارستان، عناصر محیطی بیمارستان و چیستی عهدنامه و منشور اخلاقی سازمان بیمارستان است. اصول ترویج اخلاق را می‌توان به گونه‌های مختلفی از منظر انسان‌شناختی، روش‌شناختی، معرفت‌شناختی و ... تقسیم نمود. اصول و مبادی تصدیقیه ترویج اخلاق در سازمان بیمارستان، با رویکرد راهبردی و کاربردی و با ملاک پیچیدگی سازمان و مغفول ماندن، به شرح ذیل مورد بحث اند: اصل بازانگاری، اصل نیاز به سند جامع اخلاق، اصل پرهیز از تحویلی نگری و اصل تأثیر فراگیر سلامت سازمانی بیمارستان در توسعه پایدار و امنیت جوامع.

واژگان کلیدی: سازمان بیمارستان، ترویج اخلاق حرفه‌ای، معرفت‌شناسی اخلاق

* Email: keshavara@sums.ac.ir

تعیین میزان رضایتمندی بیماران از ارتباط پزشک و بیمار در مراجعین اطهر معین^{*}، علی دواتی، زهرا جهانگرد

ارتباط پزشک با بیمار اساس فعالیت خوب پزشکی توصیف شده است. ارتباط خوب پزشک با بیمار باعث رضایتمندی بیمار و به تبع آن افزایش پیروی بیمار از درمان‌های تجویز شده و ارتقای سلامت می‌گردد. مطالعات راجع به رضایتمندی بیماران از ارتباط پزشک با بیمار در ایران محدود است. هدف از این مطالعه بررسی میزان رضایتمندی بیماران از ارتباط پزشک با بیمار است. این پژوهش کاربردی-میدانی به روش مقطعی (cross-sectional) و دارای جنبه‌های توصیفی تحلیلی است که از میان بیمارستان‌های شهر تهران ۵ بیمارستان دانشگاهی، ۵ بیمارستان خصوصی و ۵ بیمارستان دولتی به‌طور تصادفی انتخاب گردیده و از مراجعین به درمانگاه-های سرپایی این بیمارستان‌ها، پس از شرح مطالعه برای آن‌ها و با رضایت شخصی پرسش‌گری به روش غیر تصادفی در دسترس صورت گرفت. میزان رضایتمندی توسط پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت. پس از گردآوری اطلاعات داده‌ها در قسمت توصیفی با ذکر فراوانی و درصد، و در قسمت تحلیلی با کمک تست‌های T-Test، ANOVA و نرم‌افزار آماری SPSS 11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مجموع از ۱۲۰۰ بیمار پرسشگری راجع به رضایتمندی از ارتباط پزشک با بیمار انجام شد. میزان رضایتمندی بیماران از ارتباط پزشک با بیمار به ترتیب اولویت متوسط ۶۳/۴ درصد، زیاد ۱۵/۱ درصد، کم ۱۴/۴ درصد، بسیار زیاد ۴/۷ درصد و بسیار کم ۲/۵ درصد بود. بیش‌ترین درجه رضایتمندی بیماران از ارتباط پزشک با بیمار متوسط بود. میانگین رضایتمندی بیماران از ارتباط ۷۶/۳۵±۱۳/۹۹، حداکثر رضایتمندی ۱۱۰ و حداقل آن ۳۰ بود. ولی در آخرین سؤال که از بیمار پرسیده شده، در مجموع چقدر از پزشکتان راضی هستید، به ترتیب اولویت ذکر کرده اند: متوسط ۳۳ درصد، زیاد ۳۰/۲ درصد، بسیار زیاد ۲۰/۸ درصد، کم ۱۰/۲ درصد و بسیار کم ۳/۵ درصد که رضایتمندی بسیار زیاد و زیاد در مجموع ۶۰ درصد است. ارتباط آماری معنی‌داری بین رضایتمندی بیماران از ارتباط پزشک و بیمار با ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مانند جنس، گروه سنی، تاهل و شغل و ویژگی‌های دموگرافیک پزشکان مانند سن و جنس پزشکان وجود داشت. میزان رضایتمندی بیماران از ارتباط پزشک با بیمار در مجموع متوسط می‌باشد که خیلی مطلوب نیست. با توجه به نقش مهم مهارت‌های ارتباطی در رضایتمندی بیماران لازم است آموزش این مهارت‌ها به‌طور جدی در برنامه آموزشی دانشجویان گروه پزشکی، آموزش مدون و مداوم پزشکان عمومی و متخصص گنجانده شود. ارزیابی از مهارت‌های ارتباطی دانشجویان مانند ارزیابی علمی آن‌ها جدی گرفته شود. هم‌چنین، در ارزشیابی و اعتبارسنجی مراکز درمانی روی امتیازبندی رضایتمندی بیماران از خدمات بهداشتی درمانی به‌خصوص در حیطه ارتباط کادر درمانی با بیماران تاکید بیش‌تری گردد.

واژگان کلیدی: رضایتمندی، ارتباط، پزشک، بیمار.

* Email: sj812003@yahoo.com

بررسی همبستگی رضایت از ارتباط سازمانی با تعهد سازمانی در پرستاران شهرزاد غیاثوندیان^۱، آفاق صدیقیانی^{۲*}، انوشیروان کاظم نژاد^۲، ایرج ایرانشاهی^۴

۱- دانشیار گروه پرستاری داخلی و جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- آفاق صدیقیانی پرستار بخش دیالیز بیمارستان امام خمینی علوم پزشکی تهران

۳- استاد گروه آمار دانشگاه تربیت مدرس

۴- دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

یکی از مهم‌ترین چالش‌های بخش بهداشت و درمان داشتن کارکنان با تعهد قوی نسبت به سازمان به منظور بهبود اثربخشی سازمانی می‌باشد. متغیر کلیدی که تاثیر قابل توجهی روی عملکرد سازمان دارد رضایت ارتباطی است. از آنجا که امکان دارد تعهد حرفه‌ای تحت تاثیر ابعاد مختلف ارتباط سازمانی قرار گیرد این پژوهش با هدف تعیین رابطه رضایت از ارتباط سازمانی با تعهد حرفه‌ای در پرستاران شاغل انجام یافته است. این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی است. تعداد ۳۰۰ نفر از پرستاران که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از میان کارکنان پرستاری شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۹۴ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه تعهد سازمانی آلن و مایر و پرسشنامه ارتباط سازمانی amp; Hazen&Downs می‌باشد. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم افزار spss v.16 شد و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که ۲/۷ درصد از پرستاران از روابط سازمانی خود رضایت داشتند و ۷/۱ درصد دارای تعهد سازمانی بودند. رضایت از روابط سازمانی با متغیرهای موقعیت شغلی و سابقه کار ارتباط معنی‌داری داشت اما با متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و شیف‌کاری ارتباط معنی‌دار نداشت. هم‌چنین، تعهد سازمانی با متغیرهای سن، میزان تحصیلات و شیف‌کاری ارتباط معنی‌دار داشت و با متغیرهای جنس، تاهل و موقعیت شغلی ارتباط معنی‌دار نداشت. میانگین و انحراف معیار رضایت از ارتباط سازمانی $(91/396 \pm 2/39)$ و برای تعهد سازمانی $(47/488 \pm 9/33)$ بود. بین رضایت از ارتباط سازمانی و تعهد حرفه‌ای ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت $(P=0/01)$ هم‌چنین، مدل رگرسیون نشان داد که به ازای افزایش ۱ نمره رضایت از روابط سازمانی ۰/۱۸۹ به نمره تعهد سازمانی اضافه می‌شود. با توجه به وجود ارتباط مثبت و معنی‌دار و نیز نتایج رگرسیون خطی، رضایت از روابط سازمانی به عنوان متغیر پیش‌بین برای تعهد سازمانی می‌باشد. بنابراین به‌نظر می‌رسد بهینه‌سازی روابط سازمانی از سوی مدیران و مسوولان در بیمارستان‌ها می‌تواند موجب افزایش تعهد پرستاران به عنوان یکی از شاخص‌های مهم در اثربخشی عملکرد شود.

واژگان کلیدی: رضایت از ارتباط سازمانی، تعهد سازمانی، پرستاران

* Email: mahtaban79@yahoo.com

نشست هفتم:

ملاحظات اخلاقی در پایان حیات

چهارشنبه ۹۴/۱۱/۷

سالن شهید رضایی نژاد (سالن ۳)

ساعت: ۱۵/۰۰ - ۱۳/۳۰

اهمیت طب تسکینی کودکان و مراقبت‌های انتهای حیات در ارائه خدمات منسجم سلامت

ملیحه کدیور*

دانشگاه علوم پزشکی تهران

در حالی که طب کودکان به سلامت انسان‌ها در حساس‌ترین دوران زندگی می‌اندیشد، طب تسکینی کودکان، از زیرشاخه‌های طب کودکان، با هدف ارائه درمان‌های تسکینی به بیمارانی که زندگی آنان تحت الشعاع شرایط تهدیدکننده به واسطه بیماری‌های صعب‌العلاج قرار گرفته، توجه می‌کند. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، مراقبت تسکینی رویکردی است که کیفیت زندگی بیمار و خانواده‌ی وی را در مواجهه با مشکلات مربوط به بیماری‌های محدودکننده‌ی زندگی از طریق پیش‌گیری از رنج بیمار و بهبود آن و با شناسایی اولیه و درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی بیمار ارتقا می‌دهد.

در واقع، مراقبت تسکینی، مراقبتی پویا و همه‌جانبه از بیمارانی است که بیماری آنان غیرقابل علاج است که هدف از آن، دستیابی به یک سطح مطلوب کیفیت زندگی برای بیمار و خانواده‌ی وی است. مراقبت تسکینی، طبق نظر صریح دیده بان حقوق بشر، حق ضروری برای یکایک انسان‌ها در تمام گروه‌های سنی، در گستره‌ی گیتی شناخته شده است.

مراقبت تسکینی کودکان دربردارنده‌ی پاسخگویی به نیازهای روان‌شناختی، جسمی، معنوی و اجتماعی کودکان و خانواده‌های آنان به‌منظور کاهش آلام این بیماران است. در مراقبت تسکینی برای کودکان مواردی مانند مراقبت‌های کودک محور و خانواده محور مطرح می‌شود و در حوزه‌ی مراقبت‌های خانواده محور، مبحث توانمندسازی والدین مورد نظر است.

طب تسکینی کودکان ارتقای کیفیت زندگی کودک و خانواده‌ی وی را با تکیه بر مراقبت‌های تسکینی و حمایتی و با رویکرد خانواده محوری مدنظر قرار دارد.

واژگان کلیدی: طب تسکینی کودکان، مراقبت پویا، مراقبت کودک محور، مراقبت خانواده محور

* Email: kadivarm@tums.ac.ir

تعارض اخلاقی در مراقبت بیهوده از بیماران آی سی یو لیلی یکه فلاح*

پرستاران بر این باورند که خستگی ناشی از مراقبت از کیس‌های بیهوده، مانع ادامه مراقبت‌های پرستاری کافی و کامل به سایر بیماران و منجر به ایجاد تنش اخلاقی در آنان می‌شود. اما میزان تجربه تنیدگی ناشی از مراقبت‌های بیهوده در میان پرستاران بخش‌های آی سی یو مشخص نیست. این مطالعه با هدف تبیین واکنش‌های اخلاقی-عاطفی پرستاران بخش‌های آی سی یو در مقابل مراقبت‌های بیهوده به روش پدیدارشناسی صورت گرفت. این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری بود. این مطالعه در راستای درک واکنش‌های اخلاقی-عاطفی پرستاران بخش‌های آی سی یو در مقابل مراقبت‌های بیهوده انجام شد. در این مطالعه از مصاحبه‌های فردی و مشاهده استفاده شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس کدها و درون مایه‌ها با استفاده از روش تحلیل ون مانن استخراج گردید. در این پژوهش ۲۵ پرستار شاغل در آی سی یو در مصاحبه فردی شرکت کردند. در کدگذاری اولیه ابتدا تعداد ۸۲ کد استخراج گردید. در فرایند تحلیل و مقایسه مداوم داده‌ها، تعداد کدها به ۷۸ کد تقلیل یافت. در نهایت ۳ درون مایه و ۹ طبقه حاصل گردید. این درون مایه‌ها شامل کرختی عاطفی، تنش اخلاقی و تعارض مثبت می‌باشد. به دلیل ایجاد تنش اخلاقی ناشی از مراقبت‌های بیهوده که منجر به خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های ویژه می‌شود، پرستاران نیازمند گذراندن دوره‌های جامع آموزش اصول اخلاقی مربوط به مراقبت‌های بیهوده می‌باشند. هم‌چنین، نبودن گایدلاین برای عملکرد پرستاران در شرایط مراقبت‌های بیهوده از جمله مشکلات اساسی پرستاران در انجام مراقبت‌های بیهوده می‌باشد بنابراین برای کاهش مراقبت‌های بیهوده و اثرات آن در پرستاران، باید اقداماتی جهت رفع موانع موجود و ارتقای تسهیلات لازم از سوی دست اندرکاران صورت گیرد و مدیریت مراقبت‌های بیهوده به وسیله تنظیم راهکارهای ارتباطی، افزایش دانش، ارتقای قوانین و تدوین سیستم‌های حمایتی اخلاقی و عاطفی، ارتقا یابد.

واژگان کلیدی: تعارض اخلاقی، مراقبت بیهوده، واکنش پرستاران، آی سی یو، مطالعه پدیدارشناسی

* Email: leili_fallah@yahoo.com

**تبیین فرایند برقراری ارتباط بین پرستاران و خانواده
بیماران بستری در بخش‌های ویژه در کرمان ۱۳۹۲
لاله لقمانی***

عموماً بیماران بخش مراقبت‌های ویژه به خاطر وضعیت بحرانی که دارند، به‌تنهایی قادر به برقراری ارتباط و تصمیم‌گیری نبوده و نیاز است که برای اخذ تصمیمات مختلف هم مددجویان و هم خانواده آن‌ها به‌طور جدی در فرایند مراقبت دخالت داده شوند. از مهم‌ترین عوامل بهبود کیفیت مراقبت در این بخش‌ها موضوع ارتباط مراقبت‌کنندگان و مددجویان و خانواده‌ی آن‌ها می‌باشد. این مطالعه با هدف تبیین فرایند برقراری ارتباط بین تیم درمانی و خانواده بیماران بستری در بخش ویژه انجام گرفت. بر اساس ماهیت سؤال، پژوهش روش مطالعه کیفی جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن‌ها به روش اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸) انجام شد. مشارکت‌کنندگان (ده خانواده بیمار، هشت پرستار و چهار پزشک) بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها خاتمه یافت. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه بدون ساختار و مشاهده صورت پذیرفت، تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مقایسه‌ای اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸) انجام گردید و پس از شناسایی مفاهیم اساسی فرایند مراقبت از سلامت، نظریه فرایند برقراری ارتباط بین تیم مراقبت و خانواده بیماران ارائه گردید. آنالیز داده‌ها منجر به کشف یک مقوله اصلی تحت عنوان ارتباط سطحی و غیرموثر فردی به‌عنوان یک چالش اساسی برای تیم مراقبت و خانواده‌ها مطرح شده است. برای مواجهه با این چالش آن‌ها از استراتژی با عنوان تلاش برای عمق بخشیدن به ارتباط استفاده کرده‌اند. درون مایه‌های استخراج شده از این پژوهش شامل شرایط ناسازگار محیطی شامل زیر طبقات (عوامل فرهنگی و اجتماعی، جو بازدارنده سازمانی، مشکلات شغلی، عدم علاقه تیم مراقبت و ویژگی‌های منفی تیم مراقبت)، شرایط میانجی شامل (ارزش‌های فردی و حرفه‌ای)، راهبردها (توجهات معنوی، واکنش عاطفی، جلب مشارکت، مشاوره و راهنمایی و آموزش تعاملی) و پیامدهای برقراری ارتباط (رضایت و نارضایتی، اعتماد و بی‌اعتمادی، عدالت و تبعیض، اضطراب و آرامش خاطر) می‌باشد و ضرورت عمق بخشیدن به ارتباط همراهی و هماهنگی بین تیم مراقبت و خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه را می‌طلبد. فرایند برقراری ارتباط بین تیم مراقبت و خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه اگرچه مشکلات و موانع زیادی وجود دارد ولی با توجه به ارزش‌های فردی و حرفه‌ای تیم مراقبت از طریق راهبردهای مختلفی به‌صورت سطحی انجام می‌شود با این وجود تیم مراقبت و خانواده بیماران با هماهنگی و همراهی سعی در عمق بخشیدن به این ارتباط را دارند. از این جهت برای برقراری ارتباط موثر و مطلوب باید تدابیری در برنامه‌ریزی‌های آموزشی، بالینی و مدیریتی تیم درمانی در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها لحاظ گردد و به مسئله ارتباط اهمیت بیش‌تری داده شود.

واژگان کلیدی: فرایند برقراری ارتباط، ارتباط خانواده و تیم درمانی، بخش مراقبت‌های ویژه

* Email: mlloghmani1384@yahoo.com

الزام به مراقبت امیدوارانه بیماران مبتلا به وضعیت نباتی در منزل: یک مطالعه کیفی

فاطمه گودرزی^{۱*}، حیدر علی عابدی^۲، کوروش زارع^۳، فضل‌اله احمدی^۴

۱- استادیار دانشکده پرستاری و مامایی خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲- استاد دانشکده پرستاری و مامایی واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران

۴- استاد دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

بیماران مبتلا به وضعیت نباتی به واسطه پیش‌آگهی نامناسب شرایطشان، در امر مراقبت از خود بیمارانی کاملاً وابسته هستند. از سویی دیگر به واسطه شرایط خاص هوشیاری بیماران مبتلا به وضعیت نباتی، دیدگاه‌ها و قوانین مختلفی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف نسبت به ادامه و برآیند مراقبت از این بیماران وجود دارد که می‌تواند بر نگاه به این بیماران و ادامه مراقبت به آن‌ها تأثیرگذار باشد. لذا با توجه به فقدان مطالعه‌ای در خصوص بیماران نباتی و خانواده‌های آنها، مطالعه کیفی حاضر با هدف تبیین ابعاد مراقبت بیماران در وضعیت نباتی صورت گرفته است. در مطالعه کیفی حاضر که در فاصله سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۵ در برخی استان‌های ایران صورت گرفت، ۲۲ مشارکت‌کننده (شامل ۱۷ مراقب خانگی و ۵ مراقب حرفه‌ای) با رعایت اصول اخلاقی پژوهش و به روش هدفمند به مطالعه وارد شدند. از مصاحبه‌های بدون ساختار و چهره به چهره و مشاهده جهت جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها و پدیدار شدن درون‌مایه‌های اصلی استفاده شد. تحلیل محتوایی داده‌های حاصل، بر اساس مراحل مطرح شده توسط Graneheim and Lundman انجام گردید. در راستای حصول اطمینان به صحت و استحکام داده‌های کیفی، معیارهای چهارگانه Lincoln and Guba مورد توجه قرار گرفت. در نتیجه تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، درون‌مایه اصلی مراقبت امیدوارانه با چهار درون‌مایه فرعی شامل تضاد دیدگاهی، تمرکز بر امید به بهبودی، نگهداری و مراقبت منظم، ویژه و با تمام توان، و مراقبت در نتیجه امیدواری پدیدار گردید. این طبقات حاکی از حفظ امید و ارائه مراقبت امیدوارانه از بیمار نباتی در شرایط نامعلوم است که دیدگاه‌های متناقضی در خصوص این وضعیت و نیز انجام یا عدم انجام مراقبت از آن‌ها وجود دارد. آنچه مراقبین خانگی و خانواده‌های بیماران مبتلا به وضعیت نباتی را در ارائه مراقبت به بیمارانشان آن هم با تمام توان و انرژی ترغیب می‌نماید، پایبندی به اصول اخلاقی ناشی از ارزش‌های اسلامی در جامعه ایران است. لذا می‌توان در کنار بهره‌گیری از این زمینه ارزشمند در خانواده‌های ایرانی، در راستای کاهش مشکلات و معضلات ایشان در مراقبت از بیمارانشان، حمایت‌های ویژه‌ای از سوی سیستم سلامت برای آن‌ها تدارک دید تا از فرسایش آن‌ها پیش‌گیری شود.

واژگان کلیدی: مراقبت، وضعیت نباتی، بیمار نباتی، امید، امیدواری، مطالعه کیفی

* Email: Fatemegoudarzi75@yahoo.com

چرا بیماران مرحله‌ی انتهایی حیات ترجیح می‌دهند در خانه بمیرند؟ تحقیق کیفی

فاطمه استبصاری*، مجید دانشفر

راحت مردن حق همه‌ی انسان‌هاست. بیماران می‌خواهند به این‌که آن‌ها در حال مردن هستند احترام گذاشته شود. احترام گذاشتن به خواسته‌ی بیماران سرطانی در مرحله‌ی انتهایی حیات، احترام به حق داشتن مرگ خوب است. یکی از خواسته‌های این بیماران مردن در خانه و در کنار خانواده است. هدف پژوهش حاضر تبیین دلیل انتخاب مرگ در خانه از دید مشارکت‌کنندگان در مطالعه است.

این تحقیق یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل درون‌مایه‌ای Analysis Thematic است که به مدت یک‌سال در بیمارستان‌های شهر تهران صورت گرفت. روش نمونه‌گیری هدفمند بود. در ابتدا بیماران مرحله‌ی انتهایی حیات را که با رضایت شخصی بیمارستان را ترک کردند شناسایی شده و سپس با خانواده آنان و در صورت امکان با خود آنان مصاحبه شد. سن مشارکت‌کننده‌های این تحقیق بین ۶۵ - ۲۲ سال و با میانگین ۴۷ سال بود. موضع ترس با زیرمجموعه ترس از تنهایی، ترس از محیط بیمارستان، موضوع مردن در خانه با زیرمجموعه در کنار خانواده بودن، بودن در محیط آشنای خانواده، خداحافظی با فامیل و آشنایان، طلب بخشش از بستگان و دوستان، کسب آرامش، احساس ارزشمند بودن، آماده شدن برای مردن، وصیت کردن، کسب حمایت عاطفی و روحی - روانی به‌دست آمد. حفظ شان و مقام بیماران مرحله‌ی نهایی حیات که می‌خواهند محل مرگ خود را انتخاب کنند، ضروری است. با توجه به دلایل به‌دست آمده در این پژوهش باید توجه داشت که حضور این‌گونه بیماران در منزل نیازمند تدارک امکانات مناسب است. برای این‌که بیماران در مرحله‌ی انتهایی حیات یک مراقبت خوب در منزل داشته باشند، باید به نیازهای روان‌شناختی، اجتماعی، روحی و معنوی و اقتصادی بیمار و خانواده اش توجه نمود. بنابراین تدارک و تهیه یک برنامه‌ی آموزشی یا دستورالعمل و راهنمای کار می‌تواند نقطه‌ی شروعی برای مراقبت از این‌گونه بیماران در منزل باشد.

واژگان کلیدی: مرحله‌ی انتهایی حیات، مرگ در خانه، مرگ خوب، تحقیق کیفی

* Email: fa_estebsari@yahoo.com

تبیین علل ارائه‌ی مداخلات بی‌نتیجه‌ی پزشکی: مطالعه‌ای کیفی

مریم آقابراری^۱، ناهید دهقان نیری^{۲*}^۱ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشجوی دکترای تخصصی پژوهشی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران و عضو

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی البرز

^۲ - دکترای پرستاری، استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

با وجود پیامدهای منفی بی‌نتیجه‌گی پزشکی، شواهد قوی مبنی بر ادامه‌ی ارائه‌ی مداخلات بی‌نتیجه به‌ویژه مداخلات حفظ حیات در انتهای زندگی، وجود دارد. آگاهی از علل ارائه این مداخلات، با توجه به بستر فرهنگی، اجتماعی و مذهبی حاکم بر هر جامعه‌ای، می‌تواند به درک بهتر و کامل‌تری از مفهوم بی‌نتیجه‌گی پزشکی کمک کرده و زمینه‌ی مناسبی را برای کنترل و مدیریت مناسب آن فراهم کند. این مطالعه با هدف تبیین علل ارائه‌ی مداخلات بی‌نتیجه‌ی پزشکی از دید پرستاران و پزشکان ایرانی انجام شد.

نتایج این مطالعه نشان داد که در بستر فرهنگی، اجتماعی و مذهبی حاکم بر جامعه‌ی ایرانی، علل زمینه‌ای چندگانه‌ی وجود دارد که سبب می‌شود پزشکان و پرستاران علی‌رغم حس بی‌پهلو بودن مداخلات به خصوص مداخلات حفظ حیات در بیماران انتهای، باز هم شرایط ارائه‌ی آن را فراهم کنند. اعتقادات و باورهای فرهنگی و مذهبی؛ عدم وجود مجوز قانونی برای اجتناب یا قطع مداخلات حفظ حیات بر اساس میانی و اصول اسلامی؛ عدم وجود کمیته‌ی اخلاق بیمارستانی یا منفعل عمل کردن آن؛ در کنار عواملی هم‌چون عدم وجود مراکز مراقبت تسکینی، مراکز هاسپیس و سیستم مراقبت در منزل، از مهم‌ترین علل محسوب می‌شود. بر اساس یافته‌های این مطالعه، تقویت ساختاری و عملکردی کمیته‌های اخلاق بیمارستانی؛ تلاش برای ایجاد و گسترش مراکز طب تسکینی و مراکز هاسپیس به تعداد کافی و نیز آموزش و افزایش آگاهی پزشکان، پرستاران، بیماران و خانواده‌ها از خدمات و مزایای چنین مراکزی، می‌تواند تصمیم‌گیری تیم درمان در مورد قطع یا ادامه مداخلات درمانی که به نوعی برچسب بی‌پهلو خورده‌اند را تحت تأثیر قرار دهد.

واژگان کلیدی: بی‌نتیجه‌گی پزشکی، مداخلات حفظ حیات، مراقبت‌های انتهای زندگی، مطالعه کیفی

* Email: m_agherary@yahoo.com

نشست هشتم:

اخلاق در ژنتیک و

فناوری‌های نوین پزشکی

چهارشنبه ۹۴/۱۱/۷

سالن شهید رضایی‌نژاد (سالن ۳)

ساعت: ۱۷/۰۰-۱۵/۳۰

نکات اخلاقی از ژنتیک تا ژنومیک**علیرضا بیگلری**

دانشیار ژنتیک انسانی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

اطلاعات ژنتیکی در مقایسه با سایر اطلاعات پزشکی دارای اهمیت بیش‌تری است. زیرا توالی DNA افراد شامل اطلاعات سلامت خانواده هایشان نیز می باشد. بر همین اساس تشخیص یک بیماری ارثی و یا کشف استعداد ژنتیکی در یکی از اعضای خانواده معمولاً سؤالاتی را در مورد دیگر اعضای خانواده مطرح و دایره‌ی بحث را بسیار فراتر از حقوق یک فرد رقم خواهد زد که خود نیازمند دقت و تعمق کافی است. از سوی دیگر پیشرفت‌های فن آوری موجب شده است که توالی‌یابی و تفسیر اطلاعات ژنومی سهل‌تر از همیشه در دسترس قرار گیرد. لذا در تحقیقات ژنومیک لازم است نیاز به اشتراک‌گذاری گسترده داده ها با لزوم محافظت از حریم خصوصی افراد متعادل شود.

آفرینش به مثابه صنعت: کودک سفارشی

جواد توکلی بزازی*

دانشیار گروه ژنتیک پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

انسان ها از همان دیرباز ایفای نقشی مقتدرانه تر در ساز و کار خلقت را در رویا داشتند. همین سودای آفرینندگی، آنچنان فریبنده و هوس انگیز بود که بخواهد حتی به لوح محفوظ گونه خود (ماده ژنتیکی) به نیت تجسم ویژگی ها و صورتگری دلخواهش در سیمای فرزندان خود، دست برد.

این شوق و اشتیاق در آفرینندگی، نخست توسط اندیشمندان «آیندمند» و فیلسوفان سکولار و در قالب تاسیس نحله هایی چون «ترانس هیومنیسم» و «پساهیومنیسم» مورد اقتباس و استقبال قرار گرفت. در حالیکه این نحله های ایدئولوژیک برخوردار از یک جوهر فلسفی هستند، اما در عین حال راهبردهای آن ها از مرز فلسفه عبور کرده است. این مکاتب با بازتعریف موقعیت انسان در پارادایم دوگانه خالق- مخلوق، دخالت های مشخص در قالب فن آوری ها، بویژه فن آوری های نوین از جمله مهندسی ژنتیک، سایبرنتیک و نانوتکنولوژی را به آهنگ ارتقای ظرفیت های ذهنی و جسمی انسان و در راستای تقویت بنیه وجودی، مجاز و مشروع یافته اند.

از هنگامی که اصطلاح «کودک سفارشی» توسط فرهنگ لغات آکسفورد در سال ۲۰۰۴ بصورت رسمی رونمایی شد، این اصطلاح کانون توجه بسیاری شد. حسب این تعریف، کودک سفارشی کودکی است که ساختار ژنتیکی آن به صورت مصنوعی از طریق مهندسی ژنتیک و در قالب IVF با هدف حضور/عدم حضور ژن هایی یا ویژگی های مفروض، «دست چین» شده است. معرفی رسمی این اصطلاح عملاً به معنای آن بود که این مطلب دیگر تنها یک دستمایه انتزاعی برای ساخت فیلم های علمی-تخیلی یا پویانمایی های خیال پردازانه نیست، بلکه مصداقی است از یک امر حقیقی در دنیای واقعی. دستاوردهای اخیر که در عمل تولید و تولد چنین کودکانی را میسر ساخته، این اصطلاح را متداول (ولی همچنان غیرمعارف) ساخته است. این دستاوردهای حاصل از مهندسی و مداخلات ژنتیک تا بدان حد چشمگیر و فرصت آفرین بوده که حتی برخی از متخصصین رشته ژنتیک را به ایجاد گرایش جدیدی با عنوان «علوم زیستی صناعی» با هدف خلق یا وضع کارکردهای بدیع و بی سابقه توسط سلول ها و یا موجودات زنده فراخوانده است. از منظر اخلاقی می توان همه این مداخلات معطوف به تغییرات و ویراست های ژنومیک را در قالب یک طیف رنگارنگ در کنار بکدیگر نهاد. یک سوی این طیف، دست بردن های معقول و احیاناً مجازی را شامل می شود که در مقام تصحیح یا اعاده یک عملکرد صحیح به یک ژن معیوب می باشد. آن سوی طیف دست یازی های غیرضرور و طمع ورزانه ای را در برمی گیرد که مطابق عقل و نقل، مردود و ممنوع می باشند.

کودک سفارشی در گستره این طیف، جایی در میانه خواهد داشت. آنگاه که نیت مداخله ژنتیکی، درمانی است، قابل قبول است: مواردی چون تعیین جنسیت جنین با هدف اجتناب از بیماری های وابسته به جنس و یا دستچین کردن جنینی که بواسطه داشتن HLA سازگار با فرزند قبلی و بیمار خانواده، منبع فرآوری سلول های بنیادی جهت پیوند به برادر/خواهر بیمار خود است. آنگاه که پای وسوسه خلق کودکی ورای توانایی ها و ظرف وجودی مقدر وی همچون ایرانیان در میان است، این عمل خام دستانه و ناشیانه، مصداق خرابکاری در ماده مورد امانت/جوهر خلقت و نهایت ساده انگاری است.

واژگان کلیدی: کودک سفارشی، ژنتیک، زیستی صناعی

* Email: tavakkolybazzazj@tums.ac.ir

توریسم پیوند اعضا: نگاهی اخلاقی

محمد راسخ^{۱*}، فائزه عامری^۲

۱- استاد دانشکده حقوق، دانشگاه شهید بهشتی و مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولیدمثل، پژوهشکده فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی ابن سینا،

تهران

۲- مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولیدمثل، پژوهشکده فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی ابن سینا، تهران

پیوند اعضا از انسان‌های زنده یا فوت شده جان‌هزاران بیمار را در سراسر دنیا نجات داده و بسیاری را به ادامه زندگی امیدوار کرده است. به موازات گسترش استفاده از پیوند اعضا برای درمان بیماری‌ها، اکنون پدیدار دیگری زیر عنوان توریسم درمانی رواج یافته است. امروزه، سفرهای بسیاری برای اهداف درمانی و استفاده از خدمات درمانی در کشوری دیگر انجام می‌شوند. در زمینه پیوند اعضا، این سفرها به‌ویژه از کشورهای اروپایی به مقصد کشورهای آسیایی و آفریقایی رو به افزایش گذارده و پدیدار «توریسم پیوند اعضا» را، با چالش اخلاقی مربوط به خود، به میان آورده است. تصویب اعلامیه استانبول و اصول راهنمای پیوند اعضای انسان از جمله بر این ادعا گواهی می‌دهند.

«توریسم پیوند اعضا» به خارج شدن بیمار از کشور محل اقامت خود برای دریافت عضو مورد نیاز در کشوری دیگر اطلاق می‌شود که به دلایل گوناگون، از جمله طولانی بودن لیست‌های انتظار و بالابودن هزینه‌ها یا قیمت‌ها در کشور مبدأ، روی می‌دهد. از یک سو، توریست‌های پیوند اعضا برای دریافت عضو حاضرند مرزها را درنوردند تا، در اسرع وقت، ولو با صرف هزینه‌های گزاف، به عضو مورد نیاز دست یابند. آنان به کیفیت پایین درمان و زیان‌های ناشی از اقدام خود، هر چند مرگبار، نمی‌اندیشند.

از دیگر سو، در بسیاری از موارد، افرادی، برای امرار معاش خود و خانواده، اعضای بدن خود را به بهایی اندک اهداء یا دیگر اعضای خانواده را مجبور به چنین اقدامی می‌کنند، فارغ از آنکه چه ضررهای جسمی و غیرجسمی‌ای را متحمل می‌شوند. دل‌مشغولی گروه اول حفظ حیات است و دغدغه گروه دوم امرار معاش. منافع دیگر افراد مربوط را، مانند دلالتان عضو، که به این تصویر اضافه نماییم، ادعاهای مختلف و رقیب اخلاقی رخ می‌نمایند. یکی از مهم‌ترین ادعاها به اصل این اقدام باز می‌گردد: توریسم پیوند اعضا اخلاقاً مجاز است؟ آیا باید میان موارد گوناگون این نوع توریسم تفاوت قائل شد؟ در این جستار، به پرسش‌های عمده‌ی اخلاقی در این خصوص می‌پردازیم.

واژگان کلیدی: توریسم پیوند اعضا، دلالتان عضو، مسائل اخلاقی پیوند عضو

* Email: m-rasekh@sbu.ac.ir

پیوند کلیه از دهنده‌ی زنده‌ی غیر فامیل و نگرانی اخلاقی

در باب نحوه‌ی اخذ رضایت آگاهانه‌ی معتبر

مرتضی اشرفی*، لاله میرزائی

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهدای کلیه توسط دهنده‌ی زنده‌ی غیر فامیل نگرانی‌های اخلاقی جدی ایجاد کرده است. پزشکان و کارکنان شاغل در امر پیوند با معضلات اخلاقی متعدد درگیر هستند. انسانی سالم به‌دست تیم پزشکی، وارد فرایند پیوند می‌شود و بدون این که سود جسمی برایش داشته باشد، دچار آسیب و درد و رنج ناشی از جراحی و برداشتن عضو سالم می‌شود. به‌عبارتی، اصل صدمه نرساندن به دهنده‌ی عضو، اصل احترام به اتونومی وی که اجازه‌ی پیوند و برداشتن عضو را می‌دهد و اصل عدالت و سودمندی برای گیرنده و جامعه، در تعارض آشکار با یکدیگر قرار می‌گیرند. برای توجیه اخلاقی این فرایند، گرفتن رضایت آگاهانه، نقش کلیدی و اساسی دارد هرچند برخی از مولفین معتقدند که رضایت آزادانه و آگاهانه، به‌ویژه در مقوله‌ی پیوند هرگز قابل دستیابی نیست. در تحقیقی که در سال ۱۳۹۴ در دو بیمارستان دانشگاهی در شهر تهران صورت گرفت، مشخص شد که از بین ۸۳ دهنده‌ی زنده‌ی غیر فامیل کلیه، تنها به ۶ درصد افراد، اطلاعات قابل فهم و کافی در باب نحوه‌ی جراحی برداشتن عضو پیوندی و عوارض کوتاه مدت و بلند مدت این فرایند، ارائه شده است و ۴۰ درصد اهدا کنندگان ادعا کردند که به ایشان گفته شده که اهدای کلیه هیچ نوع عارضه‌ای ندارد. در این تحقیق مشخص شد که در ۹۴ درصد موارد، از هفت جزء اصلی و لازم برای رضایت آگاهانه یعنی داشتن ظرفیت و توانایی فهم و تصمیم‌گیری؛ تصمیم‌گیری آزادانه و داوطلبانه؛ آشکار سازی اطلاعات؛ توصیه به روش خاص؛ فهم دو مورد قبلی؛ تصمیم‌گیری و انتخاب یک روش؛ و نهایتاً اجازه دادن برای برداشتن پیوند، تنها از اهدا کنندگان اجازه برداشتن عضو پیوندی اخذ شده بود و شش مورد اولیه دچار نقصان جدی بوده‌اند. به‌عنوان پیشنهاد نهایی در این تحقیق، ارزیابی و کنترل نحوه اخذ رضایت آگاهانه از دهندگان زنده‌ی غیر فامیل کلیه توسط کمیته‌ی اخلاق مستقل از گروه دخیل در امر پیوند، برای اطمینان از رعایت حداقل‌های اخلاقی در مقوله پیوند اعضا، به‌طور جدی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: پیوند کلیه، دهنده‌ی زنده‌ی غیر فامیل، رضایت آگاهانه

* Email: ashrafimortaza@yahoo.com

ملاحظات اخلاقی و حقوقی در فناوری‌های نوین ژنتیک**با نگاه ویژه به محصولات تراریخته****سعیده سعیدی تهرانی***

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

موجودات تراریخته به ارگانسیم هایی گفته می‌شود که دارای ترکیبات ژنتیک متفاوت هستند که توسط علم بیوتکنولوژی و دستکاری‌های انسانی ایجاد شده اند. این موجودات می‌تواند شامل ویروس، باکتری، حشرات و حیوانات آزمایشگاهی ودانه‌ها یا بذلهای گیاهان باشد. برخی غذاها و فراورده‌های خوراکی نیز این‌گونه به‌دست می‌آیند. در سال‌های اخیر استفاده از این فراورده‌ها به‌خصوص در زمینه‌ی مسائل کشاورزی و دامداری رایج شده است. در دنیای امروز به‌دلیل کمبود منابع برای رهایی از فقر و گرسنگی بشر ناگزیر به استفاده از تکنولوژی در مصارف گوناگون شده است. علم ژنتیک و بیوتکنولوژی نیز از این قافله عقب نمانده است. این تغییرات ژنتیکی باعث افزایش تولیدات کشاورزی و دامداری و ایجاد برخی از انواع داروها، ایجاد واکسن و مصارف گوناگون می‌شود. علیرغم سودهایی که مهندسی ژنتیک و تولید این موجودات می‌تواند برای انسان داشته باشد، این تغییرات می‌تواند خطراتی نیز برای انسان، موجود تغییر یافته، محیط زیست و اکوسیستم داشته باشد. از طرفی نگرانی‌های اخلاقی در ارتباط با کاربرد این تکنولوژی و نقض حقوق انسان و حیوانات وجود دارد. لذا در این مطالعه‌ی مروری سعی بر آن شده که به مباحث اخلاقی و حقوقی پیرامون استفاده از فناوری‌های نوین ژنتیک بپردازد و این مهم را از منظر چهار اصل اخلاق زیستی مورد واکاوی قرار دهد.

واژگان کلیدی: مهندسی ژنتیک، موجودات تراریخته، اخلاق در فناوری‌های نوین ژنتیکی، اصول اخلاق زیستی

* Email: s.saeeditehrani@yahoo.com

چالش‌های اخلاقی در اختلالات هوشیاری

طاهره فخمی هریس^{*}، زهرا اصلی آغمیونی، فائزه طوافی، معصومه زمانلو

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

پیشرفت‌های امروزی در زمینه ی علوم اعصاب، علی رغم فراهم نمودن تشخیص و درمان بهتر، سؤالات اساسی و چالش‌های اخلاقی مهمی را به وجود آورده و به همین جهت بحثی به نام اخلاق در علوم اعصاب (Neuroethics) پدید آمده است. یکی از چالش‌های اخلاقی مهم در این زمینه اختلالات هوشیاری (Disorders Of Consciousness) است. اختلالات هوشیاری به انواع زیر تقسیم می شود:

۱- حالت نباتی (Vegetative State) که از آن به بیداری بدون پاسخ (Wakeful Responsiveness) تعبیر می شود.

۲- حداقل حالت هوشیاری (Minimally Conscious State) که به تازگی توصیف شده است.

هم چنین بحث‌های داغی پیرامون بیمارانی وجود دارد که مبتلا به Locked-in Syndrome هستند، این بیماران در واقع اختلال هوشیاری ندارند، آن‌ها کاملاً هوشیار بوده و توانایی برقراری ارتباط نیز دارند، اما به خاطر دلایلی مثل بی صدایی (Aphonia) نمی توانند ارتباط مؤثری داشته باشند و غیرهوشیار به نظر می رسند. آن دسته از مباحث اخلاقی در مورد اختلالات هوشیاری که در این مقاله بحث می شود، شامل موارد زیر است:

تشخیص و تفسیر صحیح یافته‌های علمی در خصوص این بیماران از نظر امکان بازگشت، تصمیم گیری در مورد بیماران جهت به کارگیری درمان‌های نگه دارنده ی حیات (Life Sustaining Treatments). تفاوتها بین تشخیص با تصویربرداری هایی مثل FMRI و PET و تشخیص بالینی؛ هم چنین تمایز صحیح بیماران از یکدیگر و طبقه بندی دقیق آن‌ها حتما تحت تأثیر خصوصیات فردی و تجربه پزشک نیز قرار دارند. مثال هایی از قبیل به هوش آمدن معجزه آسای Terry Wall ما را در مورد این بیماران و امکان بازگشت آن‌ها دچار شک و تردید می کند. چون این بیماران توانایی تصمیم گیری در مورد خود را ندارند، هر تصمیمی در مورد آن‌ها، در تقابل با حفظ اتونومی بیماران می باشد. سؤال اساسی این است: آیا آن‌ها می خواهند زنده بمانند یا نه؟ این سؤال وقتی مهم تر شد که درمان‌های نگهدارنده ی حیات ظهور کردند. داشتن یک وصیت نامه رویکرد نسبت به این بیماران را تا اندازه ی قابل توجهی آسان تر می کند. این نکته را باید خاطرنشان کرد که اعتقادات و فرهنگ جامعه تأثیر به سزایی در این چالش‌ها می گذارد. از آن جایی که مطالعه در مورد زمینه‌های اعتقادی و فرهنگی مرتبط با چالش‌های اخلاقی اختلالات هوشیاری به خصوص در کشور ما محدود بوده است، بر آن شدیم تا یک مرور اجمالی در این باب داشته باشیم، به این امید که به راه حل‌های بهتری دست یابیم.

واژگان کلیدی: چالش‌های اخلاقی، درمان‌های نگه دارنده ی حیات، اخلاق در علوم اعصاب، اختلالات هوشیاری، حالت نباتی، حداقل حالت هوشیاری.

* Email: tfakhimiheris@gmail.com

نشست نهم:

اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی

چهارشنبه ۹۴/۱۱/۷

سالن شهید علیمحمدی (سالن ۴)

ساعت: ۸/۳۰-۱۰/۰۰

ساختار و عملکرد کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی در ایران

رضا ملک زاده*

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

یکی از حوزه‌های مهم اخلاق پزشکی نوین مباحث مربوط به اخلاق در پژوهش‌های زیست - پزشکی است که پس از جنگ جهانی دوم به شدت مورد توجه قرار گرفت و در دهه‌های بعدی به سرعت توسعه یافت. در ایران نیز از سال‌های پایانی دهه ۱۳۷۰ شمسی کمیته ملی اخلاق در پژوهش در معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بالتبع آن کمیته‌های منطقه‌ای اخلاق در پژوهش در دانشگاه‌های علوم پزشکی تشکیل شد. تغییر فضای عمومی پژوهش‌های علوم پزشکی کشور در سال‌های اخیر از جمله تأکید بیش‌تر بر جنبه‌های کیفی پژوهش‌ها، شتاب بالای تولید آثار پژوهشی از جمله افزایش تعداد مقالات چاپ شده در بانک‌های اطلاعاتی بین‌المللی، وجود حساسیت در سطح بین‌المللی، روی آثار پژوهشی تولید شده در ایران، افزایش تعداد دانشجویان مقاطع مختلف تخصصی، فوق تخصصی و تحصیلات تکمیلی و مواردی مانند این توجه بیش از پیش به مقوله‌ی اخلاق در پژوهش را ناگزیر نموده است. از این رو معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست - پزشکی با یک مطالعه کیفی با روش Gap Analysis به تحلیل وضعیت موجود و مقایسه‌ی آن با وضعیت استاندارد پرداخته و انجام مجموعه‌ای از فعالیت‌ها را در ۲ سال اخیر برای ارتقاء وضع موجود، در دستور کار خود قرار داده است.

اعتبار سنجی کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های زیست - پزشکی، تدوین دستورالعمل‌های مورد لزوم برای ایجاد وحدت رویه در بررسی اخلاقی پژوهش‌ها، ابلاغ دستورالعمل رسیدگی به تخلفات پژوهشی و انجام برنامه‌های متعدد آموزشی و ترویجی از جمله این اقدامات است. از سوی دیگر نگاه ریشه‌ای و عمیق به علل وجود سوءرفتارهای پژوهشی این معاونت را به سوی در پیش‌گرفتن سیاست‌های جدید برای از بین بردن زمینه‌های وقوع چنین سوءرفتارهایی سوق داده است. از این رو اصلاح آیین‌نامه جدید ارتقاء اعضای هیأت علمی، کمک به دانشگاه‌ها برای مطالعات کوهورت انجام پژوهش‌های بزرگ از جمله طراحی و ایجاد نظام ثبت بیماری‌های مختلف و تأسیس مرکز ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی از جمله اقدامات زیربنایی اخیر برای بالا بردن استانداردهای اخلاقی در سطح کلان در پژوهش‌های زیست - پزشکی کشور بوده است.

واژگان کلیدی: اخلاق در پژوهش، کمیته‌های اخلاق، معاونت تحقیقات وزارت بهداشت، ایران

* Email: malek@tums.ac.ir

بررسی تولیدات علمی پژوهشگران ایرانی در حوزه اخلاق پزشکی طی سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۱۴

فرزانه زاهدی^۱، راضیه زاهدی^{۲*}، فرزانه همتیان^۳، باقر لاریجانی^۴

۱- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- کارشناسی ارشد کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- کارشناسی ارشد علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

هدف از انجام این پژوهش تعیین میزان تولیدات علمی و بررسی متون منتشر شده توسط نویسندگان ایرانی در حوزه اخلاق پزشکی در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴ در پایگاه‌های WOS، Scopus و PubMed است. این اطلاعات از طریق پایگاه‌های SCOPUS، ISI(WOS) و PubMed استخراج شدند. سپس اطلاعات مذکور به نرم‌افزار Excel منتقل شده و پیشینه‌ها در حیطه‌ی نویسنده، دانشگاه و مؤسسه، سال انتشار، مجلات هدف، نوع مدرک، موضوع و مقالات پراستناد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بر اساس یافته‌های این پژوهش؛ دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، علوم پزشکی شهید بهشتی و علوم پزشکی شیراز به ترتیب با ۳۱۵، ۱۲۶ و ۵۸ رکورد بیش‌ترین سهم را در تولیدات علمی این حوزه داشتند. همچنین، در بررسی نوع منابع مشخص شد که محققان تمایل دارند پژوهش‌های خود را در قالب مقاله ارائه دهند. از میان مجلات منتشر شده در داخل کشور، مجله Journal of Medical Ethics and History of Medicine و از میان مجلات خارجی، مجله Nursing Ethics بیش‌ترین مدارک تولید شده توسط محققان ایرانی را منتشر کرده‌اند. همچنین، بیش‌ترین میزان انتشار مدارک در سال ۲۰۱۳ و مقاله A two-decade review of Iran medical ethics in اخلاقی در پزشکی، اخلاق پزشکی از منظر اسلام و قانون، حقوق بیمار، پیوند اعضا و پیوند سلول‌های بنیادی، سقط جنین، رابطه پزشک و بیمار، اهدا عضو و کشتن از سر ترحم از موضوعات پربحث در آثار مورد بررسی بودند. **واژگان کلیدی:** تولیدات علمی، پژوهشگران ایرانی، اخلاق پزشکی

* Email: zahedirazieh@gmail.com

میزان رعایت اخلاق در پژوهش‌های بالینی طب سنتی ایران

فتانه هاشم دباغیان^{۱*}، محمد رضا رجب نژاد^۲

۱- استادیار، موسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲- استادیار، موسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی ایران

هدف این مطالعه بررسی میزان رعایت کدهای اخلاق در پژوهش در مطالعات بالینی طب سنتی ایران بود. در این مطالعه مقطعی که در سال ۹۴ انجام شد، پایان نامه‌های رشته طب سنتی ایران که در سال‌های قبل در کمیته اخلاق به تصویب رسیده و در زمان اجرای مطالعه حاضر، نمونه‌گیری آن‌ها به اتمام رسیده بود مشخص شد. شماره تلفن شرکت کنندگان با رعایت اصل محرمانه بودن نام و نشان، در اختیار نماینده کمیته اخلاق قرار گرفت. طی تماس تلفنی با شرکت کنندگان، چک‌لیستی تکمیل شد که شامل کدهای اخلاق در پژوهش‌های انسانی بود. سپس میزان رعایت هریک از کدها بصورت درصد فراوانی گزارش شد. از ۲۱۰ نفری که با سن (± 17) ۴۳ سال در این مطالعه شرکت کردند، ۳۰ درصد بی‌سواد بودند و فرم رضایت‌نامه توسط همراهانشان تکمیل شده بود. هیچ‌یک از شرکت کنندگان در این مطالعات از افراد آسیب پذیر نظیر زندانیان، عقب‌ماندگان ذهنی، کودکان بی سرپرست و زنان باردار نبودند. ۵۵ درصد از این که در یک مطالعه پژوهشی شرکت کرده اند آگاه نبودند. ۹۲ درصد هدف اصلی طرح را نمی‌دانستند. ۱۱ درصد اصلاً رضایت‌نامه دریافت نکرده بودند. ۱۰ درصد از دریافت کنندگان رضایت‌نامه، آن را مطالعه کرده بودند و از این بین بیش از نیمی از افراد متوجه بخش‌هایی از رضایت نامه نشده بودند. هیچ‌یک از افراد نمی‌دانستند که گروه‌های مختلف مطالعه کدامند و ممکن است در گروه دارونما قرار گیرند. همچنین، هیچ‌یک از افراد از وجود درمان‌های جایگزین مطلع نشده بودند. ۴۶ درصد از فواید احتمالی و ۷۱ درصد از عوارض احتمالی درمان‌های انجام شده مطلع نبودند. هیچ‌یک از افراد برای شرکت در مطالعه یا ادامه آن تحت فشار یا تشویق مالی قرار نگرفته بودند. ۶۷ درصد از افراد نمی‌دانستند که مختارند در هر زمانی مطالعه را ترک کنند. این مطالعه از این نظر که سؤالات از شرکت کنندگان در مطالعات پرسیده شد، اولین مطالعه در این زمینه است. با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد، آموزش نحوه رعایت کدهای اخلاق در پژوهش برای مجریان طرح‌های بالینی الزامی است. همچنین، لازم است نظارت کمیته اخلاق در حین انجام طرح‌های بالینی بسیار پررنگ‌تر شود. **واژگان کلیدی:** اخلاق در پژوهش، کدهای اخلاقی، مطالعات بالینی، کمیته اخلاق

* Email: fataneh.dabaghian@yahoo.com

ملاحظات اخلاقی در مدیریت پروژه‌های تحقیقاتی بخش سلامت

غلامرضا روشندل*

مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

پروژه‌های تحقیقاتی بخش سلامت با هدف حل مشکلات مربوط به حوزه سلامت طراحی و اجرا می‌شوند. معیار نهایی موثر بوده و عملکرد صحیح در این پروژه‌ها، کمک به ارتقای سلامت در جامعه می‌باشد. مدیریت صحیح این پروژه‌ها بر اساس دانش مدیریت پروژه می‌تواند نقش کلیدی در تحقق این هدف داشته باشد. استفاده از دانش حرفه مدیریت پروژه می‌تواند به بهبود کنترل منابع مالی، فیزیکی و انسانی در پروژه‌ها کمک کند. مدیریت علمی پروژه‌های تحقیقاتی در بخش سلامت می‌تواند منجر به تولید مستندات و شواهد دقیق و معتبر شده و در نتیجه تضمین کننده تحقق هدف نهایی این پروژه‌ها یعنی ارتقای سلامت در جامعه شود. همانند سایر حوزه‌ها و فعالیت‌های بخش سلامت، در مدیریت پروژه‌های تحقیقاتی این بخش نیز باید ملاحظات اخلاقی به دقت رعایت شوند. در این مقاله ما قصد داریم با ادغام اصول اخلاق پزشکی و کدهای اخلاقی موسسه مدیریت پروژه، در مورد ملاحظات اخلاقی در مدیریت پروژه‌های تحقیقاتی مرتبط با سلامت بحث نماییم. به‌طور کلی اصول اخلاقی زیر باید توسط مدیران پروژه‌های تحقیقاتی مرتبط با سلامت مورد توجه قرار گیرند: احترام به افراد و سازمانها، سود رساندن، ضرر نرساندن، احساس مسئولیت، عدالت، انصاف و صداقت. همانند سایر پروژه‌ها، چرخه پروژه‌های تحقیقاتی مرتبط با سلامت نیز شامل پنج مرحله می‌باشد که این مراحل عبارتند از: مرحله آغازین، برنامه ریزی، اجرا، نظارت، ارزیابی و مرحله پایانی. مدیران پروژه‌های تحقیقاتی مرتبط با سلامت ممکن است در هر یک از مراحل یک پروژه با چالشهای اخلاقی مواجه شده و باید توانایی مناسب برای حل این چالشها را داشته باشند.

در مرحله آغازین، مدیران پروژه باید به همه ذینفعان توجه داشته باشند. هرگونه انحراف از اهداف تعیین شده از نظر اخلاقی پذیرفته شده نیست. همه انتظارات سازمان باید بطور شفاف مشخص شود. یکی از چالشهای غیر اخلاقی در مرحله برنامه ریزی، پنهان کاری و مخفی کردن واقعیات است. مدیران پروژه‌های تحقیقاتی باید مسئولیت کلیه تصمیمات و اقدامات خود را بپذیرند. دروغ گفتن، ارائه اطلاعات نادرست و یا جعل کردن اطلاعات نیز از جمله اقدامات غیر اخلاقی هستند که مدیران پروژه باید در مراحل آغازین و برنامه ریزی هر طرح به آنها توجه داشته و از آنها دوری کنند. چالشهای اخلاقی مهم در مرحله اجرایی پروژه عبارتند از: جمع آوری اطلاعات نادرست یا ناقص بصورت عمدی و یا غیرعمدی. هرگونه انحراف و تغییر در اهداف و روش اجرای اولیه پروژه باید با اجازه ذینفعان و مسئولین پروژه تحقیقاتی صورت گیرد. در این مرحله باید به زارداری و حفظ اسرار سازمان و تک تک افراد بخصوص سوژه‌های پژوهش توجه ویژه شود. باید به حقوق سوژه‌های پژوهش و همچنین همکاران اجرایی پروژه تحقیقاتی احترام گذاشته شود. مدیران پروژه‌های تحقیقاتی باید با سوژه‌های پژوهش، تیم همکاران پروژه و همچنین ذینفعان پروژه رفتار مناسب و شایسته داشته باشند. یکی از مهمترین چالشهای اخلاقی مدیران پروژه‌های تحقیقاتی در مراحل نظارت، ارزیابی و پایانی، ارائه گزارشها و اطلاعات نادرست می‌باشد. مدیر پروژه باید همه اطلاعات مورد نیاز ذینفعان پروژه را بطور صحیح در اختیار آنها قرار دهد. باید به این نکته توجه کنند که فقط از داده‌های معتبر برای تهیه گزارش و اطلاع رسانی استفاده کنند. مدیران پروژه‌های تحقیقاتی مرتبط با سلامت باید همه نتایج خوب، بد، مثبت و منفی را گزارش نمایند. گزارش نکردن عمده نتایج بد یا منفی یکی از رفتارهای غیر اخلاقی مهم در این مرحله می‌باشد. همچنین گزارش غیرواقعی بودجه و هزینه‌ها نیز یکی از چالشهای اخلاقی در مرحله پایانی پروژه می‌باشد که مدیران پروژه باید به آن توجه داشته و از آن خودداری نمایند.

واژگان کلیدی: ملاحظات اخلاقی، چالشهای اخلاقی، حوزه سلامت

* Email: roshandel_md@yahoo.com

خوانایی سنجی فرم‌های رضایت آگاهانه در مطالعات کارآزمایی بالینی انجام شده در یک مرکز تحقیقات بیماری‌های پوست انیسه صمدی*، فریبا اصغری

رضایت آگاهانه یکی از مهمترین اصول اجرای مطالعات کارآزمایی بالینی است که به داوطلبین کمک می‌کند تا با در نظر گرفتن خطرات بالقوه موجود در یک کارآزمایی، تصمیمی صحیح و بر پایه اصل خودمختاری اتخاذ نمایند. برای اینکه رضایت به معنای واقعی کلمه آگاهانه باشد، لازم است که اطلاعات کافی در مورد کارآزمایی، به نحوی مناسب و قابل فهم در اختیار شرکت کنندگان قرار گیرد. پیچیدگی محتوای فرم‌های رضایت آگاهانه یکی از مهمترین مشکلاتی است که مانع درک کامل و صحیح شرکت کننده از نحوه اجرای مطالعه می‌شود. این مطالعه قصد دارد میزان خوانایی فرم‌های رضایتنامه استفاده شده در مطالعات بالینی یک مرکز تحقیقات بیماری‌های پوست را مورد ارزیابی قرار دهد.

۴۵ فرم رضایت آگاهانه از یک مرکز تحقیقات بیماری‌های پوست در شهر تهران جمع آوری شد و از نظر میزان خوانایی محتوا مورد ارزیابی قرار گرفت. خوانایی سنجی فرم‌ها با استفاده از شاخص تعیین سطح خوانایی فلش، فرمول خوانایی فلش-کین کید و شاخص تعیین خوانایی گانینگ فوگ انجام شد. خوانایی سنجی یک بار بر روی کل محتوای فرم و بار دیگر بر روی ۷ قسمت منتخب و مشترک در فرم‌های رضایت نامه انجام شد. میانگین و انحراف معیار شاخص فلش برای فرم‌های مورد مطالعه $5/62 \pm 31/96$ بود که بیانگر سخت بودن محتوای فرم‌ها از نظر شاخص‌های خوانایی سنجی است. همچنین میانگین و انحراف معیار شاخص خوانایی فلش-کین کید و گانینگ فوگ به ترتیب $10/71 \pm 1/8$ و $14/64 \pm 1/22$ است که نشان می‌دهد خوانایی فرم‌ها در حد درک یک دانش آموز کلاس ۱۱ می‌باشد. در بررسی‌های انجام شده، پیچیده ترین قسمت فرم رضایت نامه قسمت «خطرات و منافع احتمالی» بود.

نتایج نشان داد رضایتنامه‌های مورد بررسی در مطالعه ما، پیچیده تر از آن بودند که توسط غالب شرکت کنندگان به طور کامل درک شوند. این مطالعه همچنین لزوم نظارت و توجه کمیته‌های اخلاق بر میزان خوانایی فرم‌های رضایتنامه به خصوص در قسمت‌های حائز اهمیت مانند «خطرات و منافع طرح» را نشان داد.

واژگان کلیدی: کارآزمایی بالینی، رضایت آگاهانه، خوانایی سنجی، سطح سواد

* Email: aniseh_samadi@yahoo.com

بررسی دیدگاه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد نسبت به تقلب علمی
عبدالرضا نوروزی*، مریم صابری کریمیان، رضا افشاری، فاطمه امیری، فاطمه کیخایی،
فربیا مهاجر، منصوره نورمندی پور

امروزه تقریباً تمامی اعضای هیات علمی در پروژه‌های تحقیقاتی شرکت نموده و مقالاتی خواهند داشت. Plagiarism یکی از جنبه‌های سوء رفتار پژوهشی است و تعیین فرکانس آن، موضوعی بحث برانگیز است. تعیین بررسی دیدگاه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد نسبت به تقلب علمی شرکت کنندگان این طرح، اعضای محترم هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بودند. با ارائه فرم پرسشنامه تقلب علمی که براساس مطالعه Martinson BC طراحی شده است از اساتید محترم تقاضا شد به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند و گزارش کنند که آیا طی سه سال گذشته، سوء رفتار پژوهشی داشته اند یا خیر. حدود ۱۵۷ عضو هیات علمی (میانگین سنی $45/87 \pm 8/87$ سال) در این مطالعه شرکت نمودند. بیشترین تخلف پذیرفته شده توسط پاسخ دهندگان، گزینه استفاده از چشم پوشی دیگران از داده‌های معیوب و یا تفسیر مشکوک داده‌ها با ۱۴/۶ درصد و برای همکاران خود، گزینه استفاده از ایده‌های فردی دیگر بدون کسب اجازه و یا بدون ارائه اعتبار مقتضی با ۲۴/۸ درصد بود. تقریباً ۴۳/۳۱ درصد اعضای هیات علمی دانشگاه، حداقل در یکی از سوء رفتارهای پژوهشی در طول سه سال گذشته شرکت داشته اند.

واژگان کلیدی: تقلب علمی، اعضای هیات علمی، ایران

* Email: norouzya@mums.ac.ir

اصول اخلاقی در پژوهش‌های جنسی

مریم شیرمحمدی*، شهناز کهن، احسان شمسی گوشکی، محسن شهریار

در طول سال‌های اخیر همواره شاهد ظهور پرسرعت پژوهش‌های فراوانی با هدف ارتقاء سلامت جنسی و کاهش میزان بار ناشی از مشکلات جنسی در هر دو جنس بوده‌ایم. حساسیت نسبت به مسائل جنسی در بسیاری از جوامع، مذاهب و فرهنگ‌ها در کشورهای سرتاسر جهان، به همراه کمبود آگاهی و پذیرش افراد، روند انجام پژوهش‌های جنسی را طاق‌فروشا و در مواردی غیرممکن کرده است. این وضعیت در کشورهای در حال توسعه با زمینه مذهبی همانند ایران قابل توجه‌تر می‌باشد. لازم به ذکر است بروز مسائل اخلاقی در تمامی پژوهش‌ها جزئی اجتناب ناپذیر از روند آن می‌باشد، که این مسائل اخلاقی به‌ویژه در پژوهش‌های جنسی می‌توانند، مشکل‌ساز گردند. زیرا در این نوع پژوهش‌ها مشارکت‌کنندگان بیش‌تر از هر پژوهش دیگری دچار احساس تجاوز به حریم خصوصیشان می‌گردند. هدف از این مطالعه یافتن و معرفی اصول اخلاقی موجود در زمینه پژوهش‌های جنسی در تمامی کشورها بوده است. بدین منظور مروری بر متون مرتبط، از طریق پایگاه‌های داده‌های کتابخانه‌ای و اینترنتی و با استفاده از موتورهای جست‌وجوگر:

Google scholar, PubMed, kinseyconfidential.org, WHO, worldsexology.org, Springer, Science Direct

و با استفاده از لغات کلیدی شامل: سلامت جنسی، اصول اخلاقی و پژوهش انجام گرفت. در این پژوهش ۹ مقاله مرتبط و مطابق با معیارهای ورود بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۵ مورد ارزیابی قرار گرفتند. بر اساس یافته‌های حاصل جامع‌ترین مجموعه از اصول و کدهای اخلاقی در پژوهش‌های جنسی متعلق به مجمع جهانی سلامت جنسی (WAS) در راستای ارزیابی صلاحیت‌های حرفه‌ای و وابستگی‌های سازمانی پژوهشگر، عدم خدشه دار کردن روابط حرفه‌ای توسط پژوهشگر، به کارگیری پروتکول‌های شناخته شده و استاندارد در پژوهش‌هایی با نمونه‌های انسانی و حیوانی، مشورت با همکاران به منظور بهره‌مندی از نظرات آن‌ها و در نهایت توانمندی پژوهشگر جنسی برای حمایت از روند انجام و انتشار نتایج پژوهش خود، می‌باشد. در سایر مطالعات تنها به ارائه محدود اصول اخلاق عمومی پژوهش اکتفا شده بود. از آنجایی که موضوعات جنسی همانند سایر موضوعات حساس وابستگی قابل توجهی به زمینه فرهنگی، مذهبی و قومی هر جامعه‌ای دارند، در کنار اصول اخلاقی استاندارد و جهانی پژوهش‌های جنسی، باید اصولی منطبق با وضعیت‌های خاص هر جامعه تبیین و تدوین گردیده و پژوهشگران را ملزم به رعایت آن‌ها نمود.

واژگان کلیدی: پژوهش، جنسی، اصول اخلاقی

* Email: shirmohamadi.maryam@yahoo.com

نشست دهم:

تعهد حرفه‌ای و پروفشنالیسم

چهارشنبه ۹۴/۱۱/۷

سالن شهید علیمحمدی (سالن ۴)

ساعت: ۱۲/۰۰ - ۱۰/۳۰

حرفه ای گری ترجمان اخلاق و معنویت در طب

محمد علی محقق^{*}

فرهنگستان علوم پزشکی و مرکز تحقیقات سرطان، بوردرشته جراحی عمومی، انستیتو کانسر ایران

طب پیشه ای مقدس و قدمت آن به درازای تاریخ خلقت انسان است. بانیان و صاحبان این حرفه ستوده و ضروری بشر در طول تاریخ علاوه بر پیشبرد تجربیات و آموزه هائی که لازمه پرداختن به حرفه است، نسبت به شناخت و معرفی آداب حرفه نیز اهتمام وافر نموده اند. سوگندنامه های پزشکی که همانا آئینه تمام نمای آداب، مسئولیتها و تعهدات حرفه ای بشمار می روند، از قدیمی ترین متون بیادگار مانده تاریخ بشر می باشند. پیشه طب همواره و در تمام تمدن ها مقدس و مورد احترام بوده و بمنزله سودا و سوداگری و در تاریخ معاصر مترادف Business نبوده است. روح حاکم و فضای خدمتگزاری در طب انساندوستانه و خداپسندانه بوده و کسب رضایت و تعالی بر هر امر دیگری از جمله کسب درآمد و منافع مادی، غلبه داشته است. عموم آثار منسوب به طب مشحون از واژه های نظیر نودوستی، شرافت، علاج جوئی، همدردی، درستکاری، وظیفه شناسی، مسئولیت شناسی، احترام، تعالی، عدالت، رازداری، ... و در واقع اخلاقیات و معنویات است. بقراط ۵ قرن قبل از میلاد سوگندنامه پزشکی را به عنوان یک تعهدنامه حرفه ای برای طبیبان نگاشته است و در طول قرون و اعصار مورد احترام بوده و به آن تأسی شده است.

در کهن ترین متون پارسی، نظیر اوستا و کلیل الدمنه، در باب وظایف و آداب پیشه گران حرفه مقدس طب، اشارات مستوفائی شده است. دوران تمدن اسلامی، علاوه بر شکوفائی علم طب، دوران شکوفائی اخلاق و معنویت نیز بوده است. در افزون بر ۱۵۰۰ جلد آثار علمی این دوران، طبق یک سنت سنی، مطالب علمی در قالب محتوای اخلاقی و معنوی ارائه و به نسل های بعدی تقدیم میشده. حکیمان دانشمندان با الهام از اخلاق و سیره نبی مکرم اسلام (ص) و قرآن کریم و تعالیم الهی آن، اخلاق پزشکی و آداب حرفه ای را به اوج و کمال خود رساندند. ایشان رسالت داشته اند تا با استفاده از موارث گذشتگان، ودایع علمی و معنوی جدیدی به آنها افزوده و به نسل های بعدی ارائه نمایند. رساله های مستقل اخلاقی و معنوی و عهدنامه ها نیز از دست آوردها و ودایع گرانبهای این دوران است که بسیاری از آنها در زمان حاضر نیز کاربرد و قابلیت بهره برداری دارند.

در دوره اخیر، حرفه ای گری و با مفاهیم و کاربردهای جدید از قرن نوزدهم وارد طب شده و بتدریج سیر تکاملی خود را طی نموده و در شرایط جاری از ارکان آموزش در علوم پزشکی بشمار می رود. در پایان قرن بیستم تحت تأثیر تحولات اجتماعی، اعتماد عمومی به حرفه پزشکی متزلزل شد. گروهی از انجمن های وابسته به حرفه پزشکی نظیر بورد آمریکائی طب داخلی (The American Board of Internal Medicine)، بنیاد پزشکان کالج آمریکائی (The American College of Physicians Foundation)، و فدراسیون اروپائی طب داخلی (The European Federation of Internal Medicine)، گرد هم آمدند و تلاش نمودند تا تعریفی عملیاتی از حرفه ای گری ارائه نمایند که قادر باشد واقعیت های زمان معاصرشان را منعکس نماید. در این راستا سه اصل اساسی را به عنوان زیربنای حرفه ای گری مشخص نمودند (۱). اصول اساسی متشکله حرفه ای گری در طب کلاسیک مدرن عبارتند از :

- اولویت دادن به بهزیستی بیمار
- استقلال بیمار و
- عدالت اجتماعی.

قواعد پروفشنالیسم یا حرفه ای گری پزشکی، اساس تعامل بین پزشکان و جامعه را تشکیل می دهد و آموزش آن در کوریکوم

* Email: mamohagheghi@gmail.com

دوره‌های undergraduate ادغام شده است. در دوره‌های postgraduate نیز از ارکان اساسی آموزش و از مهارت‌های ضروری است که احراز آن‌ها باید در طول دوره تحصیلی تضمین گردد. در یک مطالعه مروری در سال ۲۰۰۱ میلادی که در Lancet به چاپ رسید، بر اهمیت و ضرورت آموزش پروفشنالیسم به دانشجویان پزشکی و به نیاز مبرم به تحقیقات در این حوزه تأکید نمود. در این سخنرانی در همایش وزین اخلاق پزشکی، تلاش خواهد شد تا تعاریف، مبانی، تاریخچه، اصول در طب کلاسیک، مترادف در طب سنتی و تلقی و برداشت در آموزش پزشکی جاری و سایر موارد به بحث و تبادل نظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: عهدنامه، پروفشنالیسم، حرفه‌ای گری

بررسی میزان رعایت اصول تعهد حرفه‌ای در محیط‌های درمانی از نگاه اعضای

هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران

هومان حسین نژاد^{۱*}، هلن درگاهی^۲

۱ - متخصص طب اورژانس، گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲ - دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تعهد حرفه‌ای یک توانمندی اساسی پزشکان محسوب می‌شود که مبنای آن قرارداد جامعه‌ی پزشکی با جامعه است. بر این اساس راهنمای رفتار حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی تهران تدوین و ابلاغ شد که شامل شش محور نوع دوستی، احترام، وظیفه شناسی، تعالی، عدالت، شرافت و درستکاری است. با توجه به این که برنامه‌ریزی صحیح برای رسیدن به این معیارها مستلزم آگاهی از وضعیت موجود است، این مطالعه با هدف بررسی نظر اعضای هیأت علمی بالینی در خصوص میزان رعایت هر یک از محورها صورت گرفت. نتایج نشان داد میانگین رعایت اصول شش‌گانه‌ی تعهد حرفه‌ای در محیط‌های بالینی ۶۷ درصد است. این میزان در هر یک از محورها از حداقل ۶۰ تا حداکثر ۷۵ درصد بود که به ترتیب برای تعالی کم‌ترین و برای شرافت و درستکاری بیش‌ترین میزان به دست آمد. همچنین، گویه‌های پرهیز از مصرف الکل و سوء مصرف مواد (۹۴ درصد) و عدم سوء استفاده از موقعیت خود به عنوان درمانگر در محیط بالینی (۸۹ درصد) مربوط به محور شرافت و درستکاری، در اختیار قرار دادن دانش و مهارت خود برای سایرین (۸۰ درصد) مربوط به محور نوع دوستی و ارائه خدمت به بیماران بدون تبعیض (۸۰ درصد) مربوط به محور احترام با بیش‌ترین درصد و همکاری و مشارکت در موسسات حرفه‌ای، ملی و محلی (۴۹ درصد) مربوط به محور نوع دوستی، گزارش خطای خود و همکاران به مقامات مسؤول (۴۷ درصد) مربوط به محور مسؤولیت پذیری، تعادل و شیوه زندگی مناسب (۴۴ درصد) مربوط به محور تعالی، کم‌ترین درصد را به خود اختصاص دادند. به نظر می‌رسد گرچه تعهد به مصادیق تعهد حرفه‌ای از نگاه اساتید به میزان قابل قبولی رعایت می‌شود، به طور کلی در محور تعالی و به ویژه در زمینه‌ی به کارگیری شیوه زندگی مناسب قابل ارتقاء است. افزایش ساعات کار و وجوه مختلف مسؤولیت‌های افراد و عدم توازن فعالیت‌های آن‌ها با زندگی نرمال اجتماعی نیاز به توجه بیش‌تر و تحقیق گسترده تری دارد.

واژگان کلیدی: تعهد حرفه‌ای، اعضای هیأت علمی بالینی، ارزیابی محیط بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* Email: Houman5280@yahoo.com

ارزیابی عملکرد اخلاق حرفه ای پزشکان کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بعثت کرمان در سال ۱۳۹۳ حسین قائدامینی*

مقدمه: بی گمان در مبحث درمان نقش پزشکان بسیار مهم تر و کاراتر از سایر افراد مشغول در حوزه ی علوم پزشکی می باشد. پزشکان همواره از لحاظ عملکرد زیر ذره بین همه ی اقشار جامعه قرار دارند. از طرفی رعایت اخلاق حرفه ای از دیر باز یکی از مهم ترین معیارهای قضاوت در مورد عملکرد پزشکان به حساب می آید. لذا این پژوهش به منظور ارزیابی رعایت اخلاق حرفه ای پزشکان شاغل در کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بعثت در سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است. روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه ی نیمه تجربی بوده که در طی انجام پژوهش ۱۲۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به کلینیک بعثت با سابقه ی بیش از سه بار مراجعه و با توجه به داشتن شرایط ورود به مطالعه انتخاب شده و پزشک معالج مربوط به خود را از لحاظ رعایت اخلاق حرفه ای مورد ارزیابی قرار دادند. اطلاعات با استفاده از چک لیست و از طریق مصاحبه، پرسشگری و مشاهده و اندازه گیری جمع آوری گردید. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و استنباطی و با استفاده از نرم افزار کامپیوتری اس پی اس اس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بحث و نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که احساس تعهد کامل پزشکان نسبت به مریض، عدم توجه بیش از حد پزشکان به مادیات، رعایت حریم شخصی بیمار، داشتن برخورد مناسب با مریض، تشخیص درست درمانی برای بیمار، جلوگیری از اتلاف وقت مریض و محفوظ ماندن اسرار بیمار نزد پزشک مهم ترین خواسته های بیمار از پزشک معالج خود در زمینه ی رعایت اخلاق حرفه ای می باشد. و هم چنین در ارزشیابی اخلاقی به عمل آمده مشخص شد که پزشکان متخصص اعصاب و روان نمره ی ۷/۴ از ۱۰، متخصصان قلب و عروق با نمره ی ۶/۲ از ۱۰ و پزشکان متخصص زنان با نمره ی ۵/۶ از ۱۰ دارای بالاترین میزان مقبولیت از نظر اخلاقی نزد مراجعین این کلینیک می باشند.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، کلینیک بعثت کرمان، ارزشیابی اخلاقی، خواسته های بیمار، پزشک اخلاق گرا

* Email: ghaedaminih@gmail.com

دیدگاه پرستاران و پزشکان در رابطه با ارتباط حرفه‌ای پزشک - پرستار اردشیر افراسیابی فر^۱، مرضیه افتخاری^{۲*}، نفیسه اسماعیل پور^۲، محمد ذوالعدل^۱

۱- دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

ارتباط حرفه‌ای به معنای با هم کار کردن و احترام به فعالیت‌های حرفه‌ای همدیگر می‌باشد. ارتباط حرفه‌ای بین پزشک و پرستار بسیار خاص بوده و حرفه‌های اندکی مانند این دو حرفه وجود دارند که ارتباط حرفه‌ای آن‌ها به عنوان یک چالش جدی مطرح باشند. از سوی دیگر بسیاری از مشکلات ارتباط حرفه‌ای بین پزشکان و پرستاران ناشی از ساختار سازمانی بیمارستان بوده و نه از شخصیت افراد شکل می‌گیرد. هدف مطالعه حاضر مقایسه دیدگاه پرستاران و پزشکان در رابطه با چالش‌های ارتباط حرفه‌ای بین پزشک و پرستار می‌باشد. پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که جامعه مورد مطالعه آن را پزشکان و پرستاران شاغل در بیمارستان چمران شیراز در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دهد. تعداد ۱۰۰ نمونه (۵۰ نفر پزشک و ۵۰ نفر پرستار) به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. از دو پرسشنامه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. یک پرسشنامه مربوط به دیدگاه پرستاران (۲۲ سؤال) و پرسشنامه دیگر مربوط به دیدگاه پزشکان (۲۲ سؤال) در مورد ارتباطات حرفه‌ای پزشک - پرستار بود. اعتبار و پایایی این پرسشنامه‌ها به زبان فارسی مورد تایید قرار گرفته‌اند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و از طریق آمارهای توصیفی و آزمون‌های آماری تجزیه و تحلیل گردید. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که ۴۶ درصد از پرستاران، ارتباط حرفه‌ای پزشک-پرستار را خوب، ۴۲ درصد متوسط و ۱۲ درصد ضعیف می‌دانستند. در حالی که ۱۸ درصد پرستاران از ارتباط حرفه‌ای پزشک-پرستار رضایت خوب، ۵۰ درصد متوسط و ۳۲ درصد رضایت نداشتند. در مقابل به اعتقاد ۷۸ درصد پزشکان ارتباط حرفه‌ای پزشک-پرستار توأم با احترام به پرستار و حرفه‌ی پرستاری بوده و ۵۶ درصد از پزشکان خود را بالاتر از پرستاران قلمداد نمی‌کردند و تنها ۶ درصد از آن‌ها خود را بالاتر از پرستاران می‌دانستند. بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اگرچه رضایت از ارتباط حرفه‌ای پزشک-پرستار در حد متوسط گزارش شده است اما دیدگاه آنان در رابطه با ارتباط حرفه‌ای با یکدیگر متفاوت و گاهی متناقض می‌باشد و از چالش‌های زیادی نیز برخوردار می‌باشد.

واژگان کلیدی: ارتباط حرفه‌ای، پرستار، پزشک، دیدگاه

* Email: marziyeh.eftekhari@yahoo.com

**بررسی آگاهی دانشجویان پزشکی و پزشکان شاغل در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در مورد
پروفسنالیزم پزشکی
مهرزاد کیانی^{*}، مهران سیف فرشد**

تعهد حرفه ای صلاحیتی پایه و اساسی در پزشکی است و لازم است این صلاحیت در تمامی گروه های پزشکی هم در دوره آموزش عمومی و تحصیلات تکمیلی مورد توجه قرار گیرد و تمامی دانشجویان این صلاحیت را کسب نمایند. در کشور ما علی رغم توجه به این حوزه بجز چند مطالعه محدود مطالعات جامعی صورت نگرفته است اما شواهد موجود نشانگر این امر است که متأسفانه موضوع پروفسنالیزم در آموزش های دانشجویان گروه های مختلف پزشکی به خصوص دانشجویان دوره عمومی پزشکی و همچنین تحصیلات تکمیلی نه تنها مورد ارزیابی قرار نمی گیرد بلکه حتی در کوریکولوم آموزشی آنان نیز گنجانده نشده است. بررسی میزان آگاهی دانشجویان پزشکی و همچنین پزشکان کمک خواهد نمود تا نقاط ضعف آموزش پروفسنالیزم شناسایی گردد و براساس آن بتوان برای آموزش های آتی برنامه ریزی نمود.

مطالعه از نوع مطالعات مشاهده ای توصیفی مقطعی است. پس از تدوین پرسشنامه، و سنجش روایی و پایایی، ۱۵۰ نفر از دانشجویان پزشکی دوره انترنی، دستیاران تخصصی بخش های بالینی و پزشکان و اساتید شاغل در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که به روش تصادفی طبقه بندی شده انتخاب شده بودند، مورد مصاحبه قرار گرفتند. نتایج حاصل توسط SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در طی مطالعه تعداد ۱۵۰ پرسشنامه تکمیل گردید. ۴۴/۷ درصد شرکت کنندگان واژه Medical Professionalism (تعهد حرفه ای یا حرفه ای گرایی در پزشکی) را شنیده اند. از نظر آگاهی مشارکت کنندگان در خصوص پروفسنالیزم، نتایج به تفکیک هر سوال و میانگین نیز محاسبه گردید. کل پاسخ دهندگان بطور میانگین به ۴۹/۵۷ درصد سوالات پاسخ صحیح داده اند. میانگین پاسخ صحیح در بین زنان ۵۱/۸۷ درصد و در بین مردان ۴۷/۶۷ درصد بود. اختلاف اطلاعات بین گروه های جنسی معنی دار بود. میانگین پاسخ صحیح به تفکیک میزان تحصیلات در بین دانشجویان ۴۸/۲۷ درصد و در بین رزیدنتها و پزشکان عمومی ۴۷/۵۳ درصد و در بین متخصصین و بالاتر ۵۵/۵۱ درصد. علیرغم اختلاف موجود در مورد آگاهی در گروه های با میزان تحصیلات مختلف، اختلاف بین این گروه ها معنی دار نبود.

مطالعه ای که حاکی از دانش شاغلین حرف پزشکی باشد انجام نشده است. با اینحال با توجه به اهمیت موضوع متأسفانه به نظر میرسد آگاهی علمی شاغلین حرف پزشکی در سیستم سلامت کشور در مورد پروفسنالیزم در حد مطلوب نیست. هرچند این به معنای غیراخلاقی عمل نمودن شاغلین حرف پزشکی نیست ولی باید توجه داشت که دروازه ورود به عملکرد مطلوب در حوزه Medical Professionalism و ارتباط صحیح جامعه پزشکی با بیماران، دانش مطلوب در این زمینه است و لازم است جهت ارتقای مطلوب رفتار و عملکرد حرفه پزشکی، آموزش مفاهیم پروفسنالیزم پزشکی و بدنال آن سنجش و ارزیابی رفتار حرفه ای شاغلین حرف پزشکی مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: پروفسنالیزم پزشکی (تعهد حرفه ای)، اخلاق پزشکی، آموزش پزشکی

* Email: m.kiani@sbmu.ac.ir

ارزیابی نگرش به رفتار حرفه ای در بخش اورژانس بر اساس راهنمای رفتار حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی تهران

امیرحسین جهانشیر*، الناز وحیدی، مرتضی سعیدی، احسان کریمی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

تفاوت‌های ساختاری و وضعیتی بخش اورژانس این سؤال را در ذهن متبادر می‌نماید که آیا حاضرین در این بخش کدهای رفتار حرفه‌ای را قابل اجرا در این بخش می‌دانند یا خیر. در این مقاله ما بر آن شدیم تا برای پاسخ به این سؤال، در اولین مرحله بر اساس سند راهنمای جامع رفتار حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تهران، به مقایسه نظر دستیاران و کارورزان طب اورژانس در مورد رفتار حرفه‌ای پرداخته و میزان موافقت آن‌ها را با این کدها ارزیابی نماییم.

در این مطالعه مشاهده‌ای مقطعی، ۲۴ کارورز طب اورژانس، ۲۹ دستیار سال اول و ۱۹ دستیار سال دو/سه شرکت کردند. کسانی که تمایل یا توان شرکت در مطالعه را نداشتند و همچنین دستیاران سال یکی که دوره اینترنتی خود را در دانشگاه علوم پزشکی تهران بعد از سال ۹۳ گذرانده بوند از مطالعه حذف شدند. ما از راهنمای رفتار حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تهران استفاده کرده یک پرسشنامه لیکرتی ۵ امتیازی (کاملاً موافق، موافق، ممتنع، مخالف، و کاملاً مخالف) حاوی ۶۵ سؤال که در ۶ حوزه مختلف رفتار حرفه‌ای شامل نوع دوستی، شرافت و درستکاری، عدالت، احترام، وظیفه شناسی و تعالی طبقه بندی شده بودند طراحی کردیم. سپس به مقایسه پاسخ این سه گروه در مورد هر سؤال و هر طبقه با هم پرداختیم. با مقایسه رفتار حرفه‌ای کارورزان و دستیاران طب اورژانس، تفاوت معنی داری بین دستیاران سال یک و دستیاران سال دو/سه از یک سو، و کارورزان از سوی دیگر مشاهده شد. به این معنی که دستیاران سال بالاتر و کارورزان که حد اقل یک سال در محیط دانشگاه تهران بوده و با این راهنمای رفتار حرفه‌ای آشنا بوده‌اند، بیشتر با موارد مندرج در آن موافق بودند و دستیاران سال یک، میزان مخالفت بیشتری نسبت به هر دو گروه فوق داشتند. تفاوت معنی داری بین کارورزان و دستیاران سال دو/سه وجود نداشت. حضور در محیطی که برنامه مدونی برای معرفی یا آموزش رفتار حرفه‌ای دارد می‌تواند موافقت حاضرین در آن محیط را نسبت به کدهای رفتار حرفه‌ای جلب نماید. بر این اساس ما توصیه می‌کنیم رفتار حرفه‌ای به صورت مدون در کوریکولوم‌های مختلف آموزش پزشکی وارد شود. بهتر است این آموزش، با توجه به شرایط خاص رشته‌های مختلف پزشکی باشد، هر چند این موضوع نیازمند مطالعه بیشتر می‌باشد.

واژگان کلیدی: رفتار حرفه‌ای، طب اورژانس، دستیاران، کارورزان، کوریکولوم

* Email: ahjahanshir@gmail.com

تبیین مفهوم شکل‌گیری حرفه‌ای دانشجویان پزشکی شهرام یزدانی، سیمین اسمعیل پورزنجان^{*}، لیلا افشار

امروزه توسعه مفهوم به طور گسترده‌ای به عنوان یکی از رویکردهای مهم کاوش در جهت بسط و توسعه دانش علوم پزشکی مورد توجه و حمایت قرار گرفته است. حرفه‌ای شدن از مفاهیم بنیادین پزشکی و حاصل تعامل فرد، محیط کاری، ارتباطات بین فردی و هم‌چنین فرهنگ و زمینه‌های فرهنگی و ارزشی پیرامون آن می‌باشد و متخصصین آموزش پزشکی امروزه معتقدند که برنامه‌های شکل‌گیری حرفه‌ای دانشجویان پزشکی به لحاظ اهمیت، هم‌سنگ برنامه‌هایی هستند که بر کسب مهارت‌های بالینی و دانش پزشکی آن‌ها تاکید دارند. این مطالعه تحلیل مفهوم با استفاده از رویکرد واکر و اوانت که یکی از روش‌های مفهوم‌پردازی و تکامل مفهوم است، برای توسعه مفهوم شکل‌گیری حرفه‌ای استفاده شد. در ابتدا با استفاده از کلیدواژه‌های شکل‌گیری حرفه‌ای، توسعه فردی و حرفه‌ای، هویت حرفه‌ای و دانشجوی پزشکی بانک‌های اطلاعاتی مهم آموزش پزشکی نظیر Web of Science، MEDLINE /PubMed، Scopus، ERIC مورد جست‌وجو قرار گرفته و تک‌تک مقالات با توجه به موضوع مربوطه، مورد تحلیل عمیق قرار گرفتند. پس از بیان علت انتخاب و کاربردهای تحلیل مفهوم و با مشخص شدن ویژگی‌های تعریف‌کننده اصلی مفهوم موردنظر، تعریف تحلیلی نهایی از مفهوم شکل‌گیری حرفه‌ای دانشجویان پزشکی بدست آمد. سپس با ارائه موارد نمونه، مرزی، مرتبط، مخالف، پیش‌آیندها و پیامدهای مفهوم به روشن‌تر نمودن ابعاد خاص آن پرداخته شد. امروزه چالش عمده آموزش پزشکی آن است که موثرترین شیوه پرورش و شکل‌گیری حرفه‌ای دانشجویان چگونه است و لذا نیاز است تا این درک جدید وارد مجموعه‌ای از محیط‌های یادگیری شود که عامدانه برای تقویت و ارتقاء پزشکان حرفه‌ای که ما قصد تربیت کردن آن‌ها را داریم، طراحی شده‌اند. این کار منجر به تحول آموزش پزشکی، توسعه عملکرد پزشکان آینده، کاهش خطاهای پزشکی و افزایش اعتماد جامعه به حرفه پزشکی خواهد شد.

واژگان کلیدی: توسعه مفهوم، هویت حرفه‌ای، دانشجویان پزشکی، شکل‌گیری حرفه‌ای

^{*} Email: s_esmaeilpour@yahoo.com

نشست دوازدهم:

آموزش و اخلاق پزشکی

چهارشنبه ۹۴/۱۱/۷

سالن شهید علی محمدی (سالن ۴)

ساعت: ۱۷/۰۰ - ۱۵/۳۰

از آموزش اخلاق پزشکی به سوی ارتقاء منش اخلاق پزشکی حمیدرضا آیت اللهی*

چندین سال است که در دنیا و کشورمان، اخلاق پزشکی بخشی ضروری از آموزش پزشکی را تشکیل می‌دهد که نه تنها دانشجویان که سایر دست اندرکاران امر پزشکی باید به فراگیری آن بپردازند. گرچه این اقدامات فقط باعث آگاهی از خوب و بد اخلاقی در شرایط چالش برانگیز پزشکی شده است، اما تخلق به اخلاقیات در پزشکی کاری بزرگ‌تر است که در آموزش صرف اخلاق پزشکی نمی‌توان به آن دست یافت. جامعه‌ی پزشکی امروز نیاز دارد تا هم‌چون حکمای قدیم، خود نیز تجسمی از اخلاقیات در منش خود باشد تا رشد شخصیت و منش اخلاقی آن نیز تحقق یابد. بدین منظور در این مقاله در نظر است ضمن کنکاش در این نیاز، روش‌های تربیتی برای ارتقاء اخلاقی جامعه پزشکی که بتواند موثر بوده و باعث تغییر آشکاری در منش پزشکان گردد تبیین شده و مسیری عملی در نهادینه سازی اخلاق ارائه شود.

این ارتقاء باید در سه سطح شناختی، گرایشی و ارادی تحقق پذیرد و برای بسط آن باید از روش‌های مستقیم و نیمه مستقیم و غیر مستقیم در هر یک از سطوح مذکور استفاده کرد. بدیهی است ارزیابی تخلق پزشکان به اخلاقیات نیاز به معیارهایی دارد که بتواند حداقل امکان کمی شده و نوع ارتقاء را در هر یک از روش‌های نه گانه نشان دهد. در این مقاله اشاره‌ای گذرا به برخی روش‌های اجرایی سنجش میزان تخلق افراد به معیارهای اخلاقی نیز خواهد شد تا در کنار رشد آگاهی از اخلاق پزشکی، بالا بردن هرچه بیش تر تقید به اخلاقیات بازنموده شود.

واژگان کلیدی: آموزش، اخلاق پزشکی، ارتقاء منش، پزشکان

* Email: hamidayat@hotmail.com

دانشجو آیینیه‌ی تمام‌نمای استاد: درک دانشجویان از چالش‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای

هدی احمري طهران^{۱*}، احمد کچویی^۲، علیرضا شهریاری^۲، مریم یآوری^۲، سلبی حیدری^۵

۱- دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- استادیار دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

۳- دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران

۴- دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- کارشناس ارشد آمار اقتصاد اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

توجه به اخلاق حرفه‌ای برای ارائه مراقبت بیمار محور با کیفیتی بالا از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. انتظار می‌رود که فارغ-التحصیلان گروه پزشکی درجه‌ای از دانش اساسی و پایه را در مورد اخلاق حرفه‌ای داشته باشند. دانشجویان به عنوان فراگیران اصلی، بهترین منبع برای شناسایی مشکلات این سیستم آموزشی به‌شمار می‌روند. چرا که حضور و تعامل مستقیمی با این فرآیند دارند. هدف از پژوهش حاضر تبیین درک دانشجویان از شیوه‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای بود. در این مطالعه کیفی ۱۷ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی به صورت مبتنی بر هدف و تا رسیدن به اشباع داده‌ها انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها از طریق انجام مصاحبه گروه مدار بود. تمام مصاحبه‌ها ضبط، دستنویس و سپس تحلیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوا انجام گشت. پس از تکمیل اطلاعات در حدود ۳۷۰ گزاره استخراج گردید. از این گزاره‌ها ابتدا طبقات و در نهایت ۶ تم اصلی یا درون‌مایه حاصل شد. درون‌مایه‌ها شامل کمبود استاد الگو محور، شیوه‌های ناکارآمد آموزش اخلاق حرفه‌ای، نبود نیازسنجی آموزشی دانشجویان در زمینه اخلاق حرفه‌ای، تفاوت در ویژگی‌های فردی دانشجویان، تفاوت در ویژگی‌های فردی بیماران و مشکلات محیط آموزشی بود. کمبود استاد الگو محور و شیوه‌های ناکارآمد آموزش اخلاق حرفه‌ای از جمله مواردی بود که بیش‌تر مورد تأکید دانشجویان قرار گرفت. دانشجویان ابراز داشتند که پایبندی اساتید به رعایت اخلاق حرفه‌ای عامل مهمی در اجرایی شدن اخلاق حرفه‌ای توسط دانشجویان می‌باشد. به تعبیری دانشجو آیینیه‌ی تمام‌نمای استاد در پایبندی به اصول اخلاق حرفه‌ای است. لذا بایستی بر نقش الگو محوری استاد یا همان کوریکولوم پنهان در آموزش اخلاق حرفه‌ای تأکید بیش‌تری نمود.

واژگان کلیدی: اخلاق حرفه‌ای، چالش‌های آموزش، شیوه‌های آموزش، مطالعه کیفی

* Email: ahmari9929@yahoo.com

رعایت کدهای اخلاق پرستاری در دانشجویان پرستاری بعد از آموزش اخلاق حرفه‌ای به شیوه‌ی مینی‌تور بیمارستانی فاطمه خراشادی زاده^{۱*}، فهیمه عباس زاده^۲، مسعود ابوالحسن زاده^۳

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

۲- دانشجوی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

۳- دانشجوی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

یکی از چالش‌های مهم در پرستاری، آموزش کدهای اخلاقی به دانشجویان پرستاری است. تحقیقات اخیر نشان داده است که دانشجویان پرستاری و پرستاران در اجرای کدهای اخلاقی دچار مشکل هستند. این مطالعه با هدف تعیین ارتقای میزان رعایت کدهای اخلاق پرستاری در دانشجویان پرستاری بعد از آموزش اخلاق حرفه‌ای به شیوه‌ی مینی‌تور بیمارستانی است. این مطالعه یک تحقیق عملکردی بود. در مرحله‌ی اول مشکل موجود بررسی شد.

پس از تایید عدم اجرای کدهای اخلاقی، روش تدریس مینی‌تور بیمارستانی در مرحله‌ی اجرا انجام شد. بدین صورت که در درس تئوری اخلاق حرفه‌ای در پرستاری، بعد از سپری شدن قسمت نظری و بیان اصول اولیه و نظری اخلاق حرفه‌ای، مینی‌تور بیمارستانی برای دانشجویان ترم ۲ که هنوز وارد کارآموزی‌های بیمارستانی نشده بودند، برگزار شد و در طی آن دانشجویان، در طی دو روز حضور در بیمارستان با در دست داشتن چک لیست کدهای اخلاقی، مشکلات اخلاقی را در بیمارستان مشخص نموده و بعد از صحبت با پرستاران علل احتمالی را کشف کرده و گزارش کار خود را در طی ارائه‌ی پروژه توضیح دادند.

سپس میزان رعایت کدهای اخلاقی در دانشجویان به روش ارزشیابی هم‌تا توسط هم‌کلاسی‌هایشان در کارآموزی ترم بعدی براساس همان چک لیست کدهای اخلاق حرفه‌ای بررسی شد. روایی و پایایی چک لیست مورد بررسی قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی مد نظر محققان قرار داشت. نتایج توسط نرم افزار آماری SPSS21 و با استفاده از آزمون‌های توصیفی و استنباطی تحلیل شد. دانشجویان پرستاری ترم دو، ۲۵ نفر با میانگین سنی ۱۹ سال و ۶۸ درصد دختر بودند. براساس چک لیست کدهای اخلاق حرفه‌ای میزان رعایت کدهای اخلاقی در دانشجویان در سطح مطلوب قرار داشت که رعایت آن‌ها ارتباط معنی دار آماری با جنسیت نداشت ($P=0.04$).

در تدریس اخلاق حرفه‌ای باید از شیوه‌های خلاقانه‌ای استفاده کرد تا شکاف علم و عمل از بین رفته و دانشجویان بتوانند آموخته‌های خود را در شرایط بالینی به کار گیرند.

واژگان کلیدی: اخلاق پرستاری، آموزش، مینی‌تور بیمارستانی

* Email: f.khorashadizadeh@mums.ac.ir

تبیین مفهوم اخلاق در آموزش مجازی از دیدگاه اعضای هیأت علمی

فیروزه فیروزه چیان، ایده دادگران*

مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مرکز مطالعات دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

آموزش مجازی یکی از بخش‌های آموزشی است که امروزه بیش‌ترین رشد را در صنعت آموزش به خود اختصاص داده است. این در حالی است که با استفاده‌ی روزافزون از تکنولوژی‌های ارتباطی جدید، اهمیت توجه و بحث در رابطه با مسائل اخلاقی نیز افزایش می‌یابد. به همین منظور مطالعه‌ی حاضر با هدف تبیین مفهوم اخلاق در آموزش مجازی از دیدگاه اساتید دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شده است.

روش کار: به منظور دستیابی به اطلاعات عمیق، این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد تحلیل محتوای کیفی قراردادی انجام شده است. روش نمونه‌گیری هدفمند بود و ۱۴ نفر از اساتیدی که تجربه‌ی آموزش مجازی داشتند انتخاب شدند. تعداد نمونه‌ها بر اساس به اشباع رسیدن داده‌ها تعیین شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌ی نیمه ساختارمند (با ۹ نفر) و پرسشنامه حاوی دو سؤال باز در رابطه با اخلاق در آموزش مجازی (۵ نفر) بود. از تحلیل محتوای داده‌های حاصل از مصاحبه‌های انجام شده و محتوای متنی، در رابطه با تبیین مفهوم اخلاق در آموزش مجازی ۴۱۲ کد اولیه استخراج شد که تا مرحله‌ی نهایی پژوهش مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفت، به‌طوری‌که در مرحله‌ی نهایی به ۱۳۱ کد تقلیل یافت. در این مطالعه ۳ تم اصلی و ۸ زیر تم: عوامل دانشجویی (مسئولیت اخلاقی، آزادی عمل)، عوامل محتوایی (مالکیت فکری، مدیریت منابع، مناسبت) و عوامل مدیریتی (امنیت شبکه، مدیریت دروس، امانت داری) همراه با ۲۱ طبقه استخراج شد. اگرچه آموزش مجازی تحولات شگرفی را در زمینه‌ی آموزش ایجاد کرده است، ماهیت آموزش مجازی به‌گونه‌ای است که منجر به ایجاد مسائل جدیدی در حیطه‌ی اخلاق نیز می‌شود. بنابراین، باید به کلیه‌ی ابعاد از جمله عوامل دانشجویی، عوامل محتوایی و عوامل مدیریتی توجه ویژه‌ای مبذول داشت. نتایج مطالعه‌ی کنونی اهمیت اخلاق در آموزش مجازی را روشن ساخته و لزوم طراحی دستورالعمل مناسب برای رعایت اخلاق در آموزش مجازی را توسط دست‌اندرکاران آموزش مجازی بیان می‌کند.

واژگان کلیدی: آموزش مجازی، مفهوم اخلاق، عوامل دانشجویی، عوامل محتوایی، عوامل مدیریتی

* Email: i_dadgaran@yahoo.com

تأثیر دوره‌ی آموزشی منشور حقوق بیمار بر سطح دانش کارکنان بیمارستان محسن رضایی آدریانی، ندا یآوری*

مطالعات نشان داده که دانش کافی، مقدمه‌ی تغییر صحیح نگرش و پدید آمدن عملکرد صحیح است. داشتن آگاهی کافی از اصول و قواعد اخلاق پزشکی، برای بروز عملکرد صحیح در این حوزه ضروری است. در کشور ما که اخلاق پزشکی دانشی نوپاست، ضرورت ارائه‌ی آموزش این اصول و قواعد برای کارکنان حوزه‌ی سلامت دوچندان می‌نماید. برای آشنایی کارکنان بیمارستان محمدرسول الله (ص) مبارکه، در اسفندماه ۱۳۹۱ «دوره‌ی یک روزه‌ی آموزشی منشور حقوق بیمار» طراحی و اجرا شد. به‌منظور مختل نشدن خدمت‌رسانی، دوره در دو روز مختلف عیناً تکرار شد. در نشست اول، مقدمه، تعریف اخلاق و اخلاق پزشکی، اهمیت فلسفه در این موضوع، شمای کلی از نگرش‌های فلسفی موجود دنیا، آموزه‌های فلسفه‌ی اخلاق اسلامی، و در نهایت رویکرد اصول‌گرایی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی بیان شد. در نشست دوم، تک تک مفاد منشور حقوق بیمار در جمهوری اسلامی ایران بیان و شرح مختصری پیرامون هر یک بیان شد. برای نزدیک به ذهن شدن مطالب، از مثال‌ها و موردهای موجود بیمارستانی استفاده شد. بر اساس مطالبی که قرار بود ارائه شود، پیش و پس آزمون طراحی شد. برای محرمانه ماندن پاسخ‌ها، با علامتی از سوی پاسخ‌دهنده دو آزمون با یکدیگر هماهنگ شد. از مجموع ۱۱۶ نفر کارکنان شرکت‌کننده در دو روز، ۵۱ نفر هر دو آزمون را کامل کردند. از این میان، ۸۷ نفر زن و ۲۳ نفر مرد (و ۶ نفر مشخص نکرده) بودند. میانگین نمره ۰/۶۶ پیش آزمون به ۰/۷۴ ارتقا یافته بود. تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون، معنی‌دار ($P=0.01$) بود. کم‌ترین مقدار افزایش آگاهی، ۰/۰۳۶ و بیش‌ترین آن ۰/۱۲۵ بود. افراد دارای آگاهی بیش‌تر اولیه، به سطح دانش بالاتری دست یافته بودند. نمره پایایی آزمون، در حد متوسط (آلفای کرونباخ=۰/۵۲) به‌دست آمد. یافته‌ها نشان داد دوره‌ی آموزشی مذکور نقش قابل توجهی در ارتقای سطح دانش کارکنان بیمارستان درباره‌ی منشور حقوق بیمار داشت. با توجه به نیاز به ارتقای آگاهی کارکنان از مفاد این منشور، برگزاری دوره‌های آموزشی برای همه‌ی رده‌های درمانی و اداری سامانه‌ی سلامت ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: منشور حقوق بیمار، اخلاق پزشکی، دانش، کارکنان، بیمارستان

* Email: ne.yavari@gmail.com

ارائه‌ی واحد اخلاق پزشکی به‌صورت کارگاه در محل EDC برای دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
وحید پزشک پور*، رامین جانثار، مجید قرقانی

هدف از انجام این مطالعه بررسی ارائه‌ی مباحثی از درس اخلاق پزشکی در دوره‌ی بالینی با برگزاری کارگاه، نمایش و نقد فیلم، Case Report در بخش‌های بیمارستانی و نیز بررسی میزان اثر بخشی آن در ایجاد حساسیت‌های اخلاقی و توانایی تفکر منطقی و تجزیه و تحلیل موقعیت‌های اخلاقی با استفاده از نظرات دانشجویان و اساتید بود. این مطالعه‌ی کیفی بود طی یک ترم تحصیلی (یک هفته کارگاه) با همکاری گروه اخلاق پزشکی و دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج اجرا شد. در مرحله‌ی آماده‌سازی، طی یک جلسه‌ی دوساعته‌ی توجیحی با حضور تمامی دانشجویان کارآموز که درس تئوری اخلاق پزشکی را می‌گذرانند، در خصوص اهداف مورد نظر از اجرای کارگاه، Case Report نمایش فیلم، گسترده اخلاق پزشکی و و ملاحظات آن و مراحل تجزیه و تحلیل اخلاقی توضیحاتی داده شد. سپس کارگاه طی ۲۴ جلسه‌ی دو ساعته طی یک هفته که هر جلسه مربوط به موضوع خاصی از اخلاق پزشکی برگزار شد. این جلسات جزو برنامه‌های آموزشی دانشجویان برنامه ریزی شده بودند.

در پایان هر جلسه به‌صورت بحث در گروه متمرکز (Focused Group Discussion) در خصوص موضوعات مطرح شده و نحوه‌ی ارائه‌ی آن مورد بحث قرار گرفت. اداره و تسهیل بحث در هر جلسه به‌عهده‌ی یکی از اعضای هیات علمی که پزشکان خوش نام در امر رعایت مباحث اخلاقی و باتجربه بودند. راهنما و برنامه‌ی شرکت در این کارگاه تهیه شده که توسط کارشناس برگزاری در اختیار دانشجویان قرار می‌گرفت. در مورد موضوعات مطرح شده و نحوه‌ی ارائه‌ی آن چه به‌صورت طراحی فرم‌های نظر سنجی و چه به‌صورت بحث گروهی نتایج و تم‌های ذیل به‌دست آمد: ضرورت ارائه‌ی درس اخلاق پزشکی به‌صورت کارگاهی و بحث گروهی به‌دلیل نظری نبودن بسیاری از موضوعات اخلاق پزشکی، آشناکردن نظری و کاربردی دانشجویان با موضوعات اخلاق پزشکی، مفید بودن ارائه‌ی این موضوعات به‌صورت کارگاه؛ چراکه دانشجویان به‌راحتی می‌توانند از تجربه و رفتار اساتید به‌صورت کاملاً موثرتر استفاده ببرند.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی و خطاهای پزشکی

* Email: vahid_pezeshkpour@yahoo.com

میزان انحراف از برنامه آموزش درس اخلاق پزشکی در دوره دکترای پزشکی عمومی حمید هنرپیشه*

آموزش فرآیندی دیرپازده است و انحراف از برنامه آموزشی اگر در ارزشیابی‌ها مشخص هم شود آثار و عوارض جبران ناپذیری دارد. آموزش مباحث اخلاق در پزشکی به لحاظ اهمیت موضوع و حساسیت اثر آن لازم است به گونه‌ای مستمر و سیستماتیک مورد پایش قرار گیرد. از سال ۱۳۶۴ معادل ۲۵ ساعت عناوینی از مباحث اخلاق پزشکی در سرفصل درس‌های تاریخ و اخلاق پزشکی و نشانه-شناسی در برنامه آموزشی دوره پزشکی عمومی بوده است اما در هر حال آموزش اغلب مطابق برنامه انجام نمی‌گیرد. برنامه کارآموزی درس اخلاق پزشکی برای اولین بار در شهریور ماه سال ۱۳۸۸ توسط شورای آموزش پزشکی عمومی به تصویب رسید و جهت اجرا در مرحله کارآموزی به دانشگاه‌ها ابلاغ شد. این درس شامل ۱۶ عنوان اصلی از مباحث اخلاق پزشکی به ارزش ۲ واحد درسی معادل ۳۴ ساعت با به‌روزرسانی مباحث ضروری تدوین گردید. در آبان‌ماه سال ۱۳۹۰ برای اولین بار چگونگی برگزاری درس در دانشگاه‌ها توسط دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی مورد پایش قرار گرفت. هدف از این مطالعه پایش آموزش مباحث درس اخلاق پزشکی در دوره دکترای پزشکی عمومی، تعیین وضع موجود و میزان انحراف از برنامه در این درس است.

فرآیند پایش اجرای درس اخلاق پزشکی در مرحله کارآموزی دوره دکترای پزشکی عمومی شامل استخراج نشانگرهای پایش، گزارش‌گیری از مجریان برنامه، تجزیه و تحلیل گزارش‌ها و محاسبه مولفه‌های وضعیت تدریس انجام گرفت. به منظور اجتناب از عوامل تورش‌زا هیچ یک از جنبه‌های ارزشیابی در کار اعمال نشد. در فرم پایش و اعتباربخشی کارآموزی اخلاق پزشکی در دوره پزشکی عمومی دانشگاه‌های کشور از ۵۷ مرکز مورد استعلام میزان ۱- اطلاعات کلی درس، ۲- بودجه بندی و پراکندگی ساعات تدریس عناوین ۱۶ گانه محتوای آموزشی، ۳- برآورد مسئولین اصلی درس از میزان دستیابی به اهداف آموزشی اصلی از توانمندی‌های ۱۵ گانه مورد انتظار و ۴- و روش‌های ارزشیابی دانشجو در آموزش کارآموزان دوره دکترای پزشکی عمومی در ترم اول سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ به روش توصیفی مورد بررسی قرار گرفت. در اولین بازخورد اطلاعات هر مرکز در مقایسه با شاخص‌های برنامه با اشاره به تفاوت‌ها و ویژگی‌های مطلوب ظرف یک هفته به دانشگاه مربوطه منعکس گردید. آمار توصیفی پراکندگی ساعات تدریس و تفاوت در میزان ساعات تدریس مباحث مختلف اخلاق پزشکی در مقایسه با میانگین و مقدار مصوب آن محاسبه شد.

میزان پاسخ‌دهی در این مطالعه ۷۳/۶۸ درصد بوده که ۴ درصد به دلیل این که آموزش به مرحله بالینی نرسیده از مطالعه حذف شدند. بر اساس نتایج آمار توصیفی شاخص‌های اصلی اجرای برنامه در حدود ۵۵ درصد موارد گروه آموزشی تشکیل شده که از این میان ۳۵ درصد چند رشته‌ای و ۲۱ درصد گروه اخلاق پزشکی بود. در ۲۱ درصد موارد نیز آموزش توسط گروه پزشکی قانونی انجام شده است. در حدود ۹۳ درصد موارد بیش از سه بار در طی ۲ سال از زمان ابلاغ درس ارائه شده است. بیش از ۹۵ درصد کارآموزی اخلاق پزشکی در قالب یک درس ۲ واحدی ارائه شده است. در حدود ۷۴ درصد درس اخلاق پزشکی در مرحله کارآموزی ارائه شده است. در بیش از ۹۷ درصد موارد عضو هیات علمی مسؤول درس مشخص بود. میانگین ساعات آموزش در درس اخلاق پزشکی ۳۰/۵، میانه و نمایه ساعات آموزشی ۳۲ ساعت گزارش شد. در ۳۱ درصد دانشگاه‌ها ساعات آموزش درس اخلاق پزشکی کمتر از ۳۲ ساعت و در ۱۳ درصد کمتر از مانگین است. از متداول‌ترین روش‌های ارزشیابی دانشجو حدود ۶۱ درصد آزمون چندگزینه‌ای، ۵۹ درصد بحث موردی، ۲۶ درصد استفاده از بیمارنا و حدود ۲۱ درصد ارزیابی کتاب کار اعلام گردید. نتایج نشان می‌دهد که طی ۲ سال اجرای برنامه در هیچ یک از موارد آموزشی تشکیل گروه و چند رشته‌ای بودن آن و ساعات موظف آموزش مطابق برنامه انجام نمی‌شود. در ۳۱

* Email: dr.honarpisheh@gmail.com

درصد موارد ساعات آموزش درس اخلاق پزشکی در دوره پزشکی عمومی کمتر از ۳۲ ساعت (حداقل ساعات مصوب با احتساب ۲ ساعت برای ارزشیابی و آزمون) است. میزان انحراف نسبی ساعات تدریس مباحث گوناگون اخلاق پزشکی از میانگین ساعات تدریس از ۱۶ عنوان اصلی مصوب در ۲ مبحث بیش از ۳۰ درصد، در ۱۰ مبحث بین ۲۰ تا ۳۰ درصد، در ۳ مورد بین ۱۰ تا ۲۰ درصد و تنها در یک مورد کمتر از ۱۰ درصد است. محدوده تفاوت کمترین و بیشترین ساعات آموزش به جز یک مورد در همه موارد در حدود و یا بیش تر از میانگین ساعات آموزش در مبحث مربوطه است. با استفاده از ارقام گزارش شده مربوط به ساعات تخصیص یافته به عناوین موضوعات درس اخلاق پزشکی در کارآموزی پزشکی عمومی در دانشگاه‌های مختلف کشور پس از انجام محاسبات آماری حداقل ساعات آموزش مباحث ضروری به عنوان محتوای اصلی (core content) مصوب و مجموع آن معادل ۲۳ ساعت تعیین گردید و مقرر گردید در برنامه آموزشی هر مرکز اجرا شود تا تفاوت آموزش در مراکز مختلف از نظر حجم ساعات تدریس معنی دار و برآیند مورد انتظار هماهنگ تر باشد. تخصیص مابه‌التفاوت آن از ۳۴ ساعت برابر ۱۱ ساعت برای موضوعات انتخابی، بومی و یا ضروری در اختیار مسئولین و مدرسین درس قرار گرفت. پایش اجرای برنامه‌های آموزشی بر اساس شاخص‌های برنامه و سرفصل دروس در حفظ یکپارچگی و هم‌گرایی برآوردها و نتایج مورد انتظار از آموزش کاربرد دارد اما کمینه میزان ساعات آموزش ضروری را تامین نمی‌کند. برای رفع موثر این مشکل پیشنهاد می‌شود درس اخلاق پزشکی در مطلوب‌ترین وضعیت مورد توافق مسئولین این درس به‌صورت غیرحضور در محیط آموزش مجازی انجام گیرد تا محتوای اصلی مباحث ضروری به‌صورت یکسان در اختیار فراگیران دوره پزشکی عمومی همه دانشگاه‌ها قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، پایش آموزش، محتوای ضروری، انحراف از برنامه

نشست سیزدهم:

اخلاق، جامعه، رسانه، فضای مجازی

و نظام سلامت

پنج‌شنبه ۹۴/۱۱/۸

سالن شهید شهریاری (سالن ۲)

ساعت: ۸/۳۰-۱۰/۰۰

ظرفیت‌های نسل آخر تارنما، فرصتی کم نظیر برای
ترویج اخلاق پزشکی نزد حرفه‌مندان پزشکی
حسام الدین ریاحی*

گروه اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

توسعه فضای مجازی و ظرفیت‌های بالقوه این محیط برای آموزش به حرفه‌مندان امکانی را ایجاد کرده که تاکنون سابقه نداشته است. رویکرد ترویج اخلاق حرفه‌ای پزشکی که مبتنی بر بازشناسی هویت حرفه‌ای است (Professional Identity) مورد تاکید نظریه‌پردازان حوزه آموزش و اخلاق پزشکی است.

در این مقاله ضمن مرور مفاهیم اساسی در حوزه اخلاق حرفه‌ای با رویکردی ترویجی و نه صرفاً آموزشی امکانات نسل جدید وب برای ارتباط بهتر مدرسان و محققان اخلاق پزشکی با کلینیسین‌ها به بحث گذاشته می‌شود. تلفیق نگاه ارتباطاتی و مبانی آینده‌نگاری فضای مجازی با نگاه آموزش اخلاق زمینه برای معرفی نگرشی Explorative به این عرصه را فراهم ساخته است که در این مقاله مورد بحث و واکاوی قرار می‌گیرد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، فناوری‌های وبی، فناوری‌های مجازی، ترویج اخلاق پزشکی

* Email: he.riahi@gmail.com

بررسی اخلاق در سیستم‌های تصمیم‌یار بالینی**احمد ناصرپور^{۱*}، محمد حسینی روندی^۲، شراره رستم نیاکان کلهری^۳**^۱- دانشجوی دکترای انفورماتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران^۲- دانشجوی دکترای انفورماتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران^۳- استادیار گروه مدیریت اطلاعات و سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

سیستم‌های تصمیم‌یار بالینی، فناوری کامپیوتری هستند که فرایند تصمیم‌گیری انسان را مدل و پشتیبانی می‌کنند. مکانیسم سیستم به صورتی است که باعث تسهیل و افزایش توانایی پزشک برای تصمیم‌گیری، در محل مراقبت از بیمار می‌شود. سیستم‌های تصمیم‌یار ویژگی‌ها و شرایط فرد بیمار را با یک پایگاه دانش کامپیوتری تطبیق داده سپس با استفاده از مجموعه الگوریتم‌های نرم افزاری توصیه‌ای اختصاصی برای بیمار ارائه می‌دهند. تصمیم‌گیری از طریق فناوری است که با استفاده از مکانیسم خودکار با ارائه‌ی هشدار و پیام به پزشکان، آن‌ها را در مورد یک مشکل بالقوه مربوط به بیمار هوشیار می‌کنند. سطح اعتماد پزشک به این فناوری تحت تاثیر نحوه‌ی ارائه‌ی دانش در این ابزارها و توانایی‌شان در گرفتن تصمیمات منطقی و معقول و همچنین، چگونگی طراحی‌شان است. به‌علاوه، اگر این سیستم‌ها نتوانند به سطح استانداردهای موجود ارتقا یابند و اگر پزشکان نحوه‌ی استفاده درست از آن‌ها را به‌درستی فرا نگرفته باشند و نیز وقتی که روابط حرفه‌ای را متاثر سازند تنش‌های اخلاقی حادث می‌شوند. در این مقاله سعی بر این شده که به نگرانی‌های اخلاقی و پیامدهای ناشی از آن در بحث به‌کارگیری سیستم‌های پشتیبان تصمیم پرداخته شود تا با شناسایی چالش‌ها، نواقص و نقاط عطف در به‌کارگیری این فناوری، زمینه‌ی ایجاد یک دید جامع و درست برای متخصصان فراهم شود.

واژگان کلیدی: فناوری اطلاعات، اخلاق پزشکی، سیستم‌های تصمیم‌یار بالینی

* Email: anaserpour92@gmail.com

سیمای اخلاق پیوند اعضا در سینما و تلویزیون

نیره رئیس دانا*

استادیار، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان

پیوند اعضا یکی از فناوری‌های قرن حاضر است که برای رشد و بالندگی به حمایت و پشتیبانی افکار عمومی جامعه نیاز دارد. اصولاً تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در هر زمینه‌ای از جمله پیوند اعضا مبتنی بر اصول علمی، قوانین، تفکرات و ارزش‌ها است. رسانه‌های ارتباط جمعی به عنوان یکی از اصلی‌ترین کانالهای ارتباطی مردم و مسئولین امور در هر عصری بر حمایت و استقبال مردم از رویه‌ها و پدیده‌های نوین تاثیر گذارند. لذا پژوهش حاضر با هدف نقد و بررسی سیمای ارایه شده در فیلم‌های به نمایش درآمده در تلویزیون و سینمای ایران در زمینه رعایت موازین اخلاقی در پیوند قلب صورت گرفته است. در این پژوهش پس از کسب تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه با جست‌وجو در موتور جست‌وجوهای Google و Yahoo ابتدا عناوین فیلم‌هایی که به حوزه پیوند قلب پرداخته اند تهیه شده و سپس نسخه‌ای از فیلم‌هایی که در رابطه با پیوند قلب تهیه و در تلویزیون و سینمای ایران به نمایش درآمده اند، تهیه و توسط پژوهشگر که تحقیقاتی در زمینه پیوند قلب انجام داده است و با اصول و ارزشهای اخلاقی این حیطه آشنا است، مورد مشاهده و نقد قرار گرفتند. از مجموع هشت فیلم و سریال ارایه شده در سالیان اخیر، مواردی چون فروش اعضا، تخصیص عضو پیوندی به دوستان و بستگان، اخذ رضایت برای تخصیص توسط توسط خانواده فرد نیازمند قلب، شبهه در اعلام مرگ مغزی، جدال بر سر تخصیص قلب پیوندی، رضایت گرفتن برای اهدای عضو توسط جراح پیوند و... به تصویر کشیده شده بودند که هیچیک مبتنی بر اصول و ارزشهای اخلاقی پیوند اعضا نیستند. با گذشت چند دهه از انجام پیوند قلب در ایران، فیلم‌هایی که در این رابطه تهیه شده اند، بیش‌تر به گیشه توجه داشته اند و با مشاهده این فیلم‌ها شبهات جدیدی در زمینه مسائل اخلاقی در پیوند قلب به طور خاص و پیوند اعضا به طور کلی ایجاد می‌شود این امر تلاش در جهت فرهنگ سازی برای اهدای عضو را به هدر خواهد داد. لزوم نظارت جدی تری بر فیلم‌های ساخته شده در زمینه مسائل پزشکی و بالاخص پیوند اعضا ضروری است.

واژگان کلیدی: پیوند قلب، فیلم، اخلاق پیوند اعضا

* Email: nr_dana@yahoo.com

بررسی دیدگاه دانشجویان پزشکی در رابطه با سریال در حاشیه**محمد رحمانی*، فاطمه آژیده**

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

در این تحقیق ما یک پرسشنامه را که حدود ۲۲ سؤال با موضوعات مختلفی در مورد سریال در حاشیه شامل می‌شد بین دانشجویان پزشکی ورودی مهر ۹۳ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، بعد از اتمام سریال توزیع کردیم و فقط از آن‌هایی که سریال را دیده بودند پرسشنامه‌ها را تحویل گرفتیم که تعداد آن‌ها به ۲۲ نفر رسید. ضمناً سؤالاتی طرح شده بود که از نتایج آن‌ها بتوان به خوبی نتیجه‌گیری کرد. بعد از دریافت پرسشنامه و بررسی آن یافته‌ها و نتایج مهمی از دید دانشجویان پزشکی حاصل شد که آن را در فایل اصلی مقاله آورده‌ایم.

واژگان کلیدی: دیدگاه دانشجویان پزشکی، سریال در حاشیه

* Email: rahmani74.mr@gmail.com

تبیین انواع، تعدد ابعاد، سطوح و مراحل پدیده پزشکی شدن (Medicalization) از دیدگاه جامعه‌شناسی پزشکی

مجید طاهری^۱، محمود عباسی^{۲*}^۱- دانشجوی دکترای تخصصی پژوهشی جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران^۲- متخصص حقوق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

پزشکی شدن فرآیندی است که از طریق آن، مسائل و مشکلات غیرپزشکی وارد حوزه پزشکی شده و به عنوان بیماری یا اختلال پزشکی تعریف می‌شوند. نتیجه این فرآیند انگاره یا پذیرش اجتماعی عمومی شکل پزشکی شده یک مساله اجتماعی یا تجربه انسانی است. پزشکی شدن، از مهم‌ترین و اساسی‌ترین فرآیندهای ساخت‌گرایانه اجتماعی در جوامع انسانی است. پزشکی شدن در زمره معدود مفاهیم موفق در طول تاریخ جامعه‌شناسی پزشکی است که به پیشینه زندگی روزمره وارد شده است. در واقع پزشکی شدن تعریف مساله اجتماعی در واژگان پزشکی، استفاده از زبان پزشکی برای توصیف یک مساله، اقتباس یک چارچوب پزشکی برای فهم یک مساله با استفاده از یک مداخله پزشکی برای درمان آن است. کاربرد فزاینده این مفهوم جامعه‌شناختی، با طنین آن با فرایندهای فرهنگی معاصر پشتیبانی می‌شود؛ شرایطی مثل سرطان، چاقی و ایدز همراه با داروهای نظیر ریتالین و ویاگرا به همان نسبت که دارای معانی یا دلالت‌های پزشکی هستند از معانی فرهنگی متعددی نیز برخوردار می‌باشند. در سال‌های اخیر، این خط فکری یا موضوع، به کانون مباحث، تحلیل‌ها و مطالعات جامعه‌شناختی بدل شده است. در این مطالعه، ضمن بررسی تعاریف متفاوت این پدیده، نگاهی به پیشینه و نقد این پدیده در جامعه‌شناسی پزشکی شده همچنین انواع، ابعاد و ویژگی‌ها و مراحل این پدیده مورد توجه قرار گرفته که بدون توجه به آن‌ها درک سیمای جامع و واقعی این فرآیند، دشوار به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: پدیده پزشکی شدن، جامعه‌شناسی پزشکی، مشکلات غیرپزشکی

* Email: magid.taheri@gmail.com

بررسی تله مدیسین و چالش های اخلاقی آن حمید شفیعی زاده*

تله مدیسین یا دور درمانی روشی است که زایش خود را مدیون سیستم های پیشرفته ارتباط از راه دور می باشد. وسایل ارتباط از راه دور تمام ابعاد زندگی انسان، از جمله خدمات پزشکی را متحول کرده است. در این روش ما می توانیم عمده خدمات پزشکی و بهداشتی از راه دور را به متقاضی ارائه کنیم، سیر این تحولات به قدری سریع است که ما به صورت روزانه با مباحث جدیدی در این مورد روبرو هستیم.

برای بیماران پذیرش این روش درمانی بسیار دشوار و بغرنج می باشد، بیماران سال ها بود که از نزدیک پزشک درمانگر یا جراح خود را احساس می کردند، اما هم اکنون با شرایطی روبرو می شود که از حضور پزشک خبری نیست، و جای پزشک را دستگاه های عجیب و غریب پر کرده است. البته این روش فقط شامل مسائل بالینی نمی شود، بلکه تمام حیطه های علم پزشکی از آموزش گرفته تا مسائل مدیریتی و درمانی و بهداشتی را شامل می شود. از طرفی کاربرد این تکنیک ها مسائل حقوقی و اخلاقی زیادی برای ارائه کننده و بیمار و سیستم های درگیر ایجاد کرده است که گاهی متفاوت از روش های متداول پزشکی می باشد.

دو دیدگاه فلسفی غالب در رویکرد اخلاق در تله مدیسین شامل نظریه غایت گرای جان استوارت و دیدگاه وظیفه گرای جان رالز می باشد. این شرایط جدید موضوعات اخلاقی جدیدی در حوزه خود ایجاد کرده است که ما در این مقاله به گوشه ای از این مسائل می پردازیم. از مهم ترین این موضوعات می توان به رازداری و عدم فاش شدن سر بیمار، حریم خصوصی، تعهد حرفه ای و مسئولیت جبران ضرر اشاره کرد.

واژگان کلیدی: تله مدیسین، دور درمانی، پزشکی از راه دور، اخلاق پزشکی، ارتباطات از راه دور

* Email: dr.shafizadeh3@gmail.com

مقایسه کدهای اخلاق در رسانه‌های پزشکی ایران و جهان

الهام حق شناس^{۱*}، ناهید عین الهی^۲، فاطمه صفری^۳

۱- سرپرست روابط عمومی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دانشیار گروه علوم آزمایشگاهی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- دانشجوی کارشناسی علوم آزمایشگاهی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

امروزه مهم ترین متغیر در موفقیت هر سازمان، اخلاق حرفه ای است. اصول اخلاق حرفه ای دارای بار و ارزش های والایی است که رعایت آنها در سازمان ها و هنجارهای اجتماعی نقش آفرین است و این مستلزم شناخت اولیه و اساسی از اصول مذکور است. رسانه نیز از این قاعده مستثنی نیست، مقصود از اخلاق رسانه ها مجموعه قواعدی است که باید دست اندرکاران رسانه ها داوطلبانه و براساس ندای وجدان و فطرت خویش در انجام کار حرفه ای رعایت کنند. اصول اخلاقی در رسانه های ارتباط جمعی بر مبنای واقعیت و صداقت، استقلال، عدالت و انسانیت بنیان نهاده شده است. در متون علمی، اصول بین المللی اخلاق حرفه ای در جهان، حق مردم در دستیابی به اطلاعات درست، کشف حقیقت، مسئولیت اجتماعی، شرافت حرفه ای، دسترسی همگانی و مشارکت، احترام به حریم خصوصی و حیثیت انسانی، منافع عمومی، ارزش های جهانی و متنوع فرهنگی، تلاش در جهت محو جنگ و سایر مصائب بشری و برپایی نظم اطلاعاتی و ارتباط نوین جهانی عنوان شده است. اخلاق روزنامه نگاری در ایران چهار زمینه آگاهی دهی عمومی، آزادی مطبوعات، بیان حقیقت و احترام به حیثیت فردی و زندگی خصوصی را مورد توجه قرار داده و میثاق اخلاق حرفه ای روزنامه نگاری در ۱۴ اصل تبیین شده است. در ایران برخی مضامین اخلاقی و جنبه های آن بیشتر مورد تاکید قرار گرفته است از جمله عدم سرقت ادبی و تاکید بر بیان اخبار با منبع مشخص و موثق، عدم دریافت پاداش از سوی افراد ذی نفع به منظور جهت دار کردن خبر، تصحیح خبر در صورتی که اشتباه بودن آن اثبات شده باشد. این کدهای اخلاقی با کدهای اخلاقی که در جهان وجود دارد نزدیکی بسیاری داشته است و مورد تایید بوده است. رشد روزافزون رسانه های مکتوب، مجازی و رسانه ملی در حوزه پزشکی و تاثیرگذاری گسترده آن بر افکار عمومی انجام پژوهش های متمرکز بر این حوزه ضروری به نظر می رسد. اما متأسفانه با توجه به غنای آموزه های اسلامی در حوزه اخلاق و وجود بستر مناسبی برای تبیین اصول لازم در ایران هنوز در این زمینه در ایران مطالعه چندانی صورت نگرفته است. در این مطالعه به بررسی وضعیت اخلاق حرفه ای در رسانه های پزشکی در جهان و ایران با توجه به آموزه های اخلاق دینی خواهیم پرداخت.

واژگان کلیدی: اخلاق حرفه ای، رسانه پزشکی، آموزه های اخلاق اسلامی

* Email: haghshenas@gmail.com

نشست چهاردهم:

روان‌شناسی، حساسیت و هوش اخلاقی

پنج‌شنبه ۹۴/۱۱/۸

سالن شهید شهریاری (سالن ۲)

ساعت: ۱۲/۰۰ - ۱۰/۳۰

مقدمه‌ای بر سازمان‌بندی فرایندهای فرهنگی و اجتماعی در مغز انسان (Social Brain)**حسن عشایری**

نوروسایکیاتریست

در روند تحول ذهن انسان برقراری ارتباط باهم‌نوعان برای بقاء ضرورت ایجاد کرد. زندگی مشترک قبیله‌ای اکتساب و یادگیری اتباطات اجتماعی را با رعایت قلمروها را منعکس می‌کند. از تمام موجودات عالم هستی، انسان اجتماعی‌ترین موجود محسوب می‌شود. با انقلاب صنعتی و تقسیم کار و رویکردهای فورماسیون‌های اقتصادی - سیاسی قطب‌بندی حاکمان و حکم‌پذیران (محکومین) به وجود آمد. تغییر ذهن با آگاهی اومانستی تحولات و دگرگونی‌های اجتماعی را ایجاد کرد. البته این آگاهی و مغز اجتماعی با حافظه و شعور جمعی گره خورد.

تحول مغز اجتماعی در روح حاکمان زمان امروز با تضاد بزرگی روبه‌روست. تعارض وظیفه و غریزه، در این مختصر نگرش نوروساینس به اخلاق نیز مطرح خواهد شد.

نقش ابعاد هوش اخلاقی در تبیین نگرش پرستاران به رعایت حقوق بیماران با میانجی‌گری عمل به باورهای دینی

اعظم محمودی^{۱*}، لطفعلی خانی^۲

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، دهقان، ایران

۲- دانشجوی دکتری، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، دهقان، ایران

هوش اخلاقی و باورهای دینی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر رفتار انسان‌ها است و می‌توانند نقش اساسی در ارتقای رعایت حقوق بیماران داشته باشند. هدف این مطالعه تعیین نقش ابعاد هوش اخلاقی با نگرش پرستاران به رعایت حقوق بیماران با میانجی‌گری عمل به باورهای دینی بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر مدل ساختاریابی بود. نمونه آماری این تحقیق شامل ۲۱۷ نفر از پرستاران شاغل علوم پزشکی استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۴ بودند که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه هوش اخلاقی Lennik و Kiel و پرسشنامه عمل به باورهای دینی (Nilson) و همکاران و مقیاس حقوق بیماران جوزی‌ارکوزی و اشک‌تراب استفاده شد. ارزیابی الگوی پیشنهادی از طریق الگویابی معادلات ساختاری (Sem) و با استفاده از نرم‌افزار (Amos-22) انجام گرفت. جهت آزمون مسیرهای میانجی‌گری در الگوی پیشنهادی از روش بوت استرپ (Bootstrap Resampling) استفاده شد.

همبستگی پیرسون نشان داد که نگرش به رعایت حقوق بیماران با متغیر هوش اخلاقی ($r=0/416$) و عمل به باورهای دینی ($r=0/442$) همبستگی مثبت و معناداری دارد ($P=0/01$). همچنین نتایج معادلات ساختاری نشان داد که الگوی پیشنهادی از برازش نسبتاً خوبی با داده‌ها برخوردار است و یافته‌ها حاکی از معنی‌داری روابط مستقیم ابعاد هوش اخلاقی و غیرمستقیم ابعاد این متغیر (با میانجی‌گری عمل به باورهای دینی) با نگرش پرستاران به رعایت حقوق بیماران بودند. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که متغیرهای هوش اخلاقی و عمل به باورهای دینی با نگرش پرستاران نسبت به رعایت حقوق بیماران نقش دارند. بنابراین، به نظر می‌رسد هوش اخلاقی و عمل به باورهای دینی، نگرش پرستاران نسبت به رعایت حقوق بیماران بیش‌تر شود.

واژگان کلیدی: هوش اخلاقی، پرستاران، حقوق بیماران، عمل به باورهای دینی

* Email: mahmoodi53@yahoo.com

بررسی رابطه‌ی اخلاق کاری و فرسودگی شغلی کارشناسان آزمایشگاه‌های بیمارستان‌های شهر تبریز

محسن فرج اله بیک نوری^{*}، سجاد هادی، امین محمد زاده،

بهروز محمد علیزاده، سمیه روحانی مجد

اخلاق کاری و رعایت آن از مسائل مهمی است که موجب رضایت کارکنان و افزایش بهره‌وری می‌شود و بر عکس آن فرسودگی شغلی به همه‌ی کارکنان صرف نظر از مقام سازمانی آن‌ها، آسیب وارد می‌کند و هزینه‌های گزافی را هم بر سازمان و هم برخورد کارکنان وارد می‌کند. به‌نظر پژوهشگران اخلاق کاری و رعایت آن در سازمان‌ها می‌تواند با فرسودگی شغلی رابطه داشته باشد. این تحقیق از لحاظ هدفی که دنبال می‌کند، کاربردی، و از لحاظ روش گردآوری داده‌ها، پیمایشی و غیر آزمایشگاهی و از حیث ارتباط بین متغیرهای تحقیق از نوع همبستگی است. روش پژوهش نیز به‌صورت پیمایشی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمام کارشناسان آزمایشگاه شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تبریز است....

بر اساس نتایج تحقیق می‌توان گفت که اگر کارکنان بر اساس مجموعه‌ای از اصول اخلاقی، که از یک سو خوب و بد را از هم جدا می‌کند و از سوی دیگر بر پایه‌ی مفاهیم اسلامی است، عمل کنند، می‌توان انتظار داشت که کم‌تر دچار فرسودگی شغلی شوند. و هم‌چنین، اگر کارکنان وظایف و کارهای خود را به بهترین شکل ممکن و بدون کم و کاست اجرا کنند، کارکنان فرسودگی شغلی کم‌تری را تجربه خواهند کرد. در ادامه نتایج نشان می‌دهد اگر کارکنان در کارها و وظایفشان بر خود تسلط داشته و وابستگی نداشته باشند، کم‌تر دچار فرسودگی شغلی می‌شوند. می‌توان گفت با توجه به مشکلات کاری کارشناسان آزمایشگاه در تشخیص صحیح جواب برای نمونه‌های بیماران، تدوین منشور حقوق بیمار در آزمایشگاه نقش مهمی در ساختارمند کردن اخلاق کاری در این حوزه داشته است و در تقویت رابطه‌ی فرسودگی شغلی و اخلاق کاری موثر بوده است.

واژگان کلیدی: اخلاق کاری، آزمایشگاه

^{*} Email: m61noori@gmail.com

هوش اخلاقی در حوزه‌ی پزشکی: مروری بر مفاهیم و کلیات

پروین رضایی گزکی^{۱*}، مقدار نوروزی^۲

۱- دانشجوی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

۲- مربی، گروه عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

از آن‌جا که اخلاق و هوش اخلاقی ماهیتاً موضوعی فلسفی است، برای بسیاری از رشته‌ها از جمله رشته‌های گروه علوم پزشکی از نظر مفهوم و معنا موضوعی کلی و انتزاعی به‌شمار می‌رود که ضرورت دارد مورد موشکافی معنایی قرار گیرد. مروری بر منابع مرتبت نشان می‌دهد که لنیک و کیل (۲۰۰۵) هوش اخلاقی را به‌عنوان «ظرفیت ذهنی برای تبدیل اصول جهانی بشر به ارزش‌ها، اهداف و اقدامات شخصی» تعریف کرده‌اند.

هم‌چنین، فورد و ریچاردسون (۱۹۹۴) و مارتین و اسلوان (۲۰۰۸) هوش اخلاقی را «بیانگر اعتقاد عمیق و ارزش‌هایی می‌دانند که تمامی افکار و فعالیت‌های فرد را هدایت می‌کند» و در تعریف دیگر هوش اخلاقی را به‌صورت «ظرفیت تشخیص صحیح از غلط، داشتن باورهای اخلاقی و اقدام بر مبنای آن‌ها به‌منظور ارائه‌ی رفتار درست و شرافتمندانه» تعریف کرده‌اند. بسیاری از فیلسوفان نیز هوش اخلاقی را به‌عنوان بخشی مهم و حیاتی از طبیعت انسان در نظر گرفته‌اند. هوش اخلاقی شامل ترکیبی از دانش، میل و اراده است. مفاهیم اخلاقی، توصیف‌کننده‌ی اعتقادات و ارزش‌های هدایتگر افراد، در تصمیم‌گیری‌هایشان است. از این رو، هوش اخلاقی می‌تواند گستره و ژرفای توانمندی‌های فکری و عاطفی را در همه‌ی مراحل و ابعاد زندگی نمایان کند. امروزه، هوش اخلاقی به‌دلیل تأثیرات وسیعش بر دیگر حیطه‌ها، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. هوش اخلاقی به این نکته اشاره دارد که اصول اخلاقی حاصل وراثت نیست، بلکه افراد یاد می‌گیرند که چگونه خوب باشند. همان‌طور که بوربا عنوان کرده است هوش اخلاقی تعهد نیست، بلکه یاد گرفته می‌شود و باید به‌وسیله‌ی الگوسازی، پرورش، تقویت کردن و تدریس آن را حاصل کرد. هم‌چنین، یافته‌های مطالعات در حوزه‌ی پزشکی نشان می‌دهند، این امکان که افراد بتوانند هوش اخلاقی خود را افزایش دهند و مهارت‌های اخلاقی‌شان را تقویت کنند، وجود دارد.

واژگان کلیدی: هوش اخلاقی، مهارت‌های اخلاقی، اصول اخلاقی، حوزه‌ی پزشکی

* Email: p.rezail@gmail.com

**بررسی ارتباط میان حساسیت اخلاقی پرستاران بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری
شاهین پاشایی قطلو^{*}، اکبر ساسان نرکس آباد، وحید معصومی، رسول صابر نعمتی، شیوا پاشایی قطلو**

دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

ارائه‌ی مراقبت‌ها و خدمات با کیفیت مناسب به‌عنوان یک اولویت در نظام خدمات بهداشت درمانی به‌ویژه در زمینه‌ی خدمات پرستاری است. این مطالعه جهت بررسی ارتباط بین حساسیت اخلاقی پرستاران بر افزایش کیفیت خدمات مراقبت پرستاری طراحی و اجرا شد. در این مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی ۳۰ پرستار شاغل و ۱۸۰ بیمار از بیمارستان‌های منتخب شهر ارومیه، در سال ۱۳۹۳ و با روش نمونه‌گیری تصادفی مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده پرسشنامه‌ی دموگرافیک، کیفیت مراقبت‌های پرستاری (scale: QUALPAC Quality patient care) و پرسشنامه‌ی حساسیت اخلاقی «هان» بود. در نهایت داده‌های پرسشنامه با استفاده از آزمون‌های آماری من ویتنی یو، کروسکال والیس و همبستگی اسپیرمن توسط نرم افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. کیفیت مراقبت در بعد ارتباطی از دیدگاه ۲۷/۳ درصد بیماران و ۵۸/۵ درصد پرستاران مطلوب بود. هم‌چنین، کیفیت مراقبت در بعد روانی اجتماعی از دیدگاه ۴۲/۹ درصد بیماران و ۸۹/۳ درصد پرستاران مطلوب بود. در نهایت نتایج نشان داد که بین کیفیت خدمات درمانی و خرده مقیاس‌های احترام به بیمار ($r = 0/69$ ، $P = 0/001$) با مسؤولیت پذیری حرفه‌ای ($r = 0/58$ ، $P = 0/001$) و رفتار اخلاقی ($r = 0/51$ ، $P = 0/001$) همبستگی معناداری وجود دارد. بر اساس یافته‌های این پژوهش بین ارائه‌ی خدمات پرستاری با حساسیت اخلاقی بالا و افزایش رضایتمندی بیماران و به تبع آن افزایش کیفیت خدمات درمانی رابطه‌ی مستقیمی وجود داشت. لذا پیشنهاد می‌شود حساسیت اخلاقی پرستاران با استفاده از برگزاری کارگاه‌های آموزشی اخلاقی و برنامه‌های فرهنگی مناسب ارتقا داده شود.

واژگان کلیدی: حساسیت اخلاقی پرستار، کیفیت مراقبت، مراقبت پرستاری

* Email: sh.pashae@yahoo.com

حساسیت اخلاقی و درماندگی اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه

عباس عباس زاده^۱، فریبا برهانی^۲، محمد جواد حسین آبادی فراهانی^{۳*}، عرفان قاسمی^۴

۱-استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲-دانشیار، گروه اخلاق پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۴- دانشجوی دکتری آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

حساسیت اخلاقی اولین مولفه برای رعایت اخلاق است اما بررسی متون نشان می‌دهد که به سبب برخی موانع گاهی پرستاران حساسیت لازم را ندارند. درماندگی اخلاقی پدیده‌ای شایع در حرفه‌ی پرستاری می‌باشد که می‌تواند سبب تعارض در زمینه مراقبت و رویارویی با بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت شود که همین موضوع می‌تواند در روند دستیابی به اهداف سیستم مراقبتی مداخله ایجاد کرده و در نهایت بر الگوی سلامتی جامعه نیز تأثیرات سوپی داشته باشد. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط حساسیت اخلاقی با درماندگی اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه انجام شده است. در این پژوهش که از نوع توصیفی می‌باشد، ۱۵۳ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که دارای شرایط ورود به پژوهش بودند به روش سرشماری انتخاب گردیدند. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سنجش حساسیت اخلاقی لوتزن و درماندگی اخلاقی کورلی پس از تأیید روایی و پایایی استفاده گردید. میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران $68/6 \pm 7/8$ بوده است که نشان‌دهنده سطح متوسطی از حساسیت اخلاقی می‌باشد. از طرفی پرستاران سطح متوسطی از درماندگی اخلاقی را نیز تجربه نموده‌اند ($44/8 \pm 16/6$). هم‌چنین، میان حساسیت اخلاقی با درماندگی اخلاقی ارتباط معنادار آماری وجود نداشته است ($P=0.26$). با توجه به این که حساسیت اخلاقی از ویژگی‌های مهم در ارائه مراقبت می‌باشد پیشنهاد می‌گردد تا آموزش‌های لازم جهت توسعه حساسیت اخلاقی پرستاران در محیط‌های آموزشی و بالینی در نظر گرفته شود. هم‌چنین، برطرف کردن عوامل منجر به درماندگی اخلاقی می‌تواند به کم کردن میزان آن در پرستاران کمک نماید.

واژگان کلیدی: اخلاق، حساسیت اخلاقی، درماندگی اخلاقی، پرستاری

* Email: j.hoseinabadi@gmail.com

**ظهور جوانه‌ی مفهومی نوین: «پرستارمحوری» ثمره‌ی بازاندیشی
پیرامون مفهوم «شخص محوری»
مژگان خادمی***

رویکرد انسانی در نظام سلامت، مکمل و تعدیل کننده‌ای برای تکنولوژی پیشرفته در نظام سلامت است. شخص محوری یکی از ویژگی‌های مهم رویکردهای انسانی است اما در متون پرستاری و پزشکی با مفاهیم دیگری همچون بیمار/مددجو محوری به صورت قابل جایگزینی به کار رفته است. به نظر می‌رسد که مراقب به عنوانی یک شخص مورد غفلت واقع شده است. یک مطالعه گردند تئوری پیرامون پرستاری انسانی، انگیزه‌ای برای تفکر و ابداع این مفهوم شد. زیرا در این مطالعه پرستاران معتقد بودند که تمرکز بر حقوق، عقاید، نیازها و به طور خلاصه نگاه به پرستار به عنوان یک شخص بعد مهمی از پرستاری انسانی است. هدف از این مطالعه مرور سنتی، واضح سازی مفهوم پرستار محوری به وسیله مرور متون بر اساس شاخص‌های استخراج شده این مفهوم در گردند تئوری اولیه است. پرستار محوری به معنای اولویت بخشی به نیازهای پرستار و تنظیم اقدامات مدیریتی و مراقبتی بر اساس ویژگی‌ها، نیازها و ترجیحات پرستار است. اساس این رویکرد، تجانس بین زمان و ماهیت اقدام با نیاز و تقاضای پرستار است. پرستار محوری در تناقض با بیمار محوری نیست بلکه این دو مفهوم به موازات یکدیگر کار می‌کنند. پرستار محوری پیش نیازی برای بیمار محوری است. پرستار محوری به عنوان جوانه مفهومی نوین می‌تواند قسمتی از یک مفهوم وسیع تر یعنی شخص محوری باشد.

واژگان کلیدی: بیمار محوری، پرستار محوری، پرستاری انسانی، شخص محوری

* Email: khademi_moj@yahoo.com

نشست پانزدهم:

اخلاق پزشکی، اسلام و سلامت معنوی

پنج‌شنبه ۹۴/۱۱/۸

سالن شهید رضایی‌نژاد (سالن ۳)

ساعت: ۸/۳۰-۱۰/۰۰

درآمدی بر روش شناسی فهم روایات طبی

نیکزاد عیسی زاده*

استادیار مرکز تحقیقات علوم قرآن، حدیث و طب، دانشگاه علوم پزشکی تهران

لازمه‌ی نیل به فهم صحیح معانی و مقاصد روایات، علاوه بر استخدام ضوابط کلی فهم کلام بشری، به‌کارگیری قوانین و ضوابط مشخصی است که از آن به «روش مندی فهم روایات» تعبیر می‌شود. نظریه‌ی روش مندی فهم روایات در تقابل با نظریه‌ی کسانی (هرمنوتیک فلسفی) است که معتقدند، نباید فهم متن را فرایند دستیابی به مراد متن از طریق فهم روشمند دانست بلکه مفسر همواره با فهمی پیشین با متن مواجه شده و به دنبال آشکار ساختن پیش فهمی است که درباره‌ی متن داشته است.

دلایل اثبات اصل فوق به‌عنوان مبنای ورود به فهم روایات را باید از یک سوی در ویژگی‌های درونی و بیرونی نفس روایات اعم از «وجود مراتب مختلف معنایی»، «تشابه»، «نسخ»، «اطلاق» و دیگر خصوصیات مانده آن جست‌وجو کرد و از سوی دیگر به دلایل نقلی یعنی روایاتی برگرداند که به‌صراحت روش مندی فهم در این دسته از متون دینی را مورد تأیید قرار می‌دهد. روایات بیانگر منطق فهم که شامل روایاتی چون «عرضه متشابهات بر محکمت»، «عرضه روایات بر آیات و سنت قطعی» و... می‌شود، به علاوه روایات دال بر ارجاع مخاطبین به افراد خاص از سوی اهل بیت علیهم السلام، از جمله دلایل نقلی مذکور است.

به صحنه آوردن اصول و قواعد مسلم عرفی در حوزه فهم روایات جهت نیل به معنا و مراد آن‌ها به همراه نقد و ارزیابی قانونمند برداشت‌ها و داده‌های گوناگون در ذیل روایات طبی، بهترین گواه بر کارآمدی قوانین مذکور است.

واژگان کلیدی: روایات، فهم، روش مندی، هرمنوتیک

* Email: nikzadiesazadeh@gmail.com

**خانواده و سلامت جنسی در پرتو آموزه های اخلاق زیست خانوادگی
و حقوق بشر اسلامی
محمود عباسی***

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، و معاون حقوق بشر و امور بین الملل وزیر دادگستری

خانواده نهادی بنیادین و دارای کارکردی بسیار ارزشمند در نظام پیچیده اجتماعی است. توجه و تأمل در شاخص های کمی و کیفی به منظور دستیابی به اهداف والایی که در سایه تشکیل نهاد خانواده و تداوم آن میسر می گردد از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ شاخص ها و خصایصی که محل دریافت آن سرچشمه زلال اخلاق زیست خانوادگی و آموزه های حقوق بشر اسلامی است، اعضای خانواده که رکن اصلی آن را زن و شوهر تشکیل می دهند، قطع نظر از ضرورت هایی که آنها را گرد یکدیگر فراهم می آورد باید از پیوندی مقدس و درونی که همانا احساس علاقه و عشق به یکدیگر است بهره مند باشند. در پرتو چنین رویکردی طبیعی است که به منظور به هنجار نمودن رفتار و درمان بیماری های نفسانی انسان و در نتیجه سلامت جنسی، ایجاد خانواده ای مطلوب و برخوردار از ویژگی هایی که آموزه های اخلاق و حیانی و حقوق بشر اسلامی فرا روی ما می نهد باید پای بندی به اصول و ارزش ها را وجهه همت خویش قرار دهند که این امر نقشی به غایت سودمند و مؤثر در تحکیم خانواده و استمرار کیفی آن و نقش پذیری مثبت در فرایند اجتماعی شدن و اجتناب از بزهکاری و ارتکاب جرایم و در یک کلام بازتاب هایی قابل توجه در تمامی ابعاد و شئون حیات فردی و اجتماعی خواهد داشت. سلامت جنسی و حتی سامان بخشی به روابط جنسی زوجین در خانواده از مهم ترین وظایف اخلاقی و از حقوق متقابل زن و مرد است که باید آن را از موجبات آرامش روحی و در راستای کمال انسانی ارزیابی کرد. موضوعی که این مقاله در صدد بررسی و مطالعه ابعاد مختلف آن است.

اژگان کلیدی: اخلاق زیست خانوادگی، سلامت جنسی، حقوق بشر اسلامی، خانواده

* Email: Dr.abbasi@ sbmu.ac.ir

مفهوم شناسی واژه «لغو»

در قرآن کریم و نسبت آن با مفهوم «درمان بی نتیجه» از دیدگاه اخلاق پزشکی
محسن رضایی آدریانی^{*}، محسن جوادی، سعید نظری توکلی، مهرزاد کیانی، محمود عباسی

یکی از مباحث مهم و چالش برانگیز در اخلاق پزشکی، بحث درخواست درمان بی نتیجه است. درخواست بیماران یا خانواده آنان برای دریافت درمان هایی که از طرف تیم پزشکی بی نتیجه و غیرمنطقی تلقی می شوند، از مشکلات مهم اخلاقی در کار بالینی هستند. دست کم به دو دلیل، موضوع بی نتیجه بودن درمان های پزشکی در کشور ما نیاز به بررسی جداگانه دارد. اول این که اصول و پایه های اخلاقیات پزشکی که هم اکنون در دنیا رایج است، در بستر فرهنگ غرب و سکولاریسم غربی شکل گرفته است. دوم این که چالش های بستر خدمات سلامت (بهداشت و درمان) در هر کشوری با کشورهای دیگر متفاوت است. به لحاظ تناسب مفهوم قرآنی «لغو» با موضوع بی نتیجه گی، این واژه در آیات قرآن کریم جست و جو شد.

این واژه و مشتقات آن در ۱۳ آیه کریمه از آیات قرآن بیان شده است. از بین این آیات کریمه، سومین آیه کریمه از سوره مبارکه مؤمنون به دلیل نزدیکی بیش تر با مفهوم مورد بحث، انتخاب شد. آیه کریمه انتخاب شده در متن تمامی تفاسیر موجود در نرم افزار «جامع التفاسیر نور ۲» بررسی شد.

در بررسی لغت شناسی موضوع در واژه نامه ها، معانی متعددی برای این واژه به دست آمد. لغو را سخن، عمل و هر چیز غیر قابل توجه دانسته اند که از آن فایده و نفعی به دست نمی آید، کاری است که سودی بر آن مترتب نیست، هر باطل (که پایداری و تحقق ندارد)، عمل سرگرم کننده، هر سخن و کار قبیح و بی فایده که ارزش توجه نمودن ندارد، نومید شدن، چیزی که از رویه و فکر به دست نیامده، و درباره هر چیز غیرقابل توجه هم گفته شده است. نکات و تعبیرهایی که در تفاسیر بررسی شده به دست آمد، در دسته های زیر قرار داده شد. الف) نداشتن فایده و سود قابل توجه: در تصمیم گیری های بالینی و در تراحم با سایر امور، منفعت بیمار اولویت دارد. در جایی که درمان بی نتیجه است و به نفع بیمار (جسم و یا روح، زندگی دنیا و یا آخرت) نیست، انجام اقدام درمانی نادرست است. ب) هدف مشخص نداشتن: در سامانه خدمات سلامت، مهم ترین هدف مفید و سازنده؛ تأمین، حفظ و ارتقای سلامت است. کارهایی که این هدف را دنبال نکنند، به طور واضح بیهوده خواهد بود. ج) سهل انگاری: سهل انگاری در امور، می تواند سلامت فرد را به خطر بیندازد. جدیت در امور موجب می شود تا ارائه کننده خدمت سلامت، با احتیاط و مبالغه، با مهارت علمی و عملی، و رعایت نظامات قانونی و دولتی؛ مرتکب خطای پزشکی نشود. د) ضرورت نداشتن: پرداختن به کاری که نه موجب ارتقای سلامت می شود و نه آن را تهدید می کند (نقش مثبت یا منفی در سلامت ندارد) نادرست و ناروا خواهد بود. ه) خوب نبودن (فقدان خیر): در سامانه سلامت، هر کاری که بر اساس دلیل عقلی و یا نقلی ناروا و ناپسند باشد، لغو و پرهیز از آن لازم است و هر کار و سخن لغو و بی نتیجه، غیر اخلاقی خواهد بود.

واژگان کلیدی: درمان بی نتیجه، قرآن کریم، لغو

^{*} Email: mo_rezaei@mail.mui.ac.ir

بررسی فقهی حریمیت در اهدای جنین

محسن ولایتی^{۱*}، احمد مظفری^۲، لیلا ربیعی نسب^۲، نرجس حشمتی فر^۴

۱ - استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سبزوار، گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی

۲ - استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سبزوار، گروه علوم پزشکی

۳ - دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سبزوار، رشته فقه و مبانی حقوق

۴ - کارشناس ارشد علوم پزشکی سبزوار

ناباروری یکی از مشکلات اساسی برخی از زوجین در طول تاریخ بوده است؛ اما پیشرفت‌های علمی در چند دهه‌ی اخیر، تا حد زیادی این مشکل را حل کرده و دریچه‌های امید را به روی زوجین نابارور گشوده است. در ایران نیز امکان استفاده از روش‌های ناباروری رواج یافته است؛ یکی از این روش‌ها، روش اهدای جنین به زوجینی است که هر دو مشکل ناباروری دارند، در این روش اسپرم و تخمک زوجین قانونی و شرعی در محیط آزمایشگاه تلقیح شده و جنین حاصل به زوجین قانونی و شرعی دیگری اهدا می‌شود. با وجود این، نظرات موافق و مخالف فقهای معاصر در خصوص مسائل شرعی، مردم و پزشکان را با تردید مواجه ساخته است، تا جایی که قوه‌ی مقننه، قانون نحوه‌ی اهدای جنین به زوجین نابارور را در سال ۱۳۸۲ به تصویب رساند. هرچند این قانون در زمان خود بسیار راه‌گشا و مفید بود، با توجه به نگارش مختصر آن، نواقصی دارد. از جمله وضعیت حریمیت کودک تولد یافته‌ی متولد از اهدای جنین مشخص نشده است. در این مقاله بر آن شدیم تا مسأله‌ی مربوط به حریمیت جنین اهدایی را بررسی کرده و ضمن شرح و توضیح چند قاعده‌ی فقهی، مشخص کنیم طفل حاصل از اهدای جنین به چه کسانی محرم است.

با جمع بندی نظرات موافقان و مخالفان حوزه ی اخلاق پزشکی و آرای فقها و قوانین کشور حریمیت مادر نسبت به طفل ثابت شد و تمام احکام رضاع نیز جاری می‌شود و نسبت به حریمیت پدر نیز با رعایت شروطی پدر نیز محرم خواهد شد. و به‌طور کلی راجع به قانون نحوه‌ی اهدای جنین به زوجین نابارور می‌توان چنین عنوان کرد که این قانون، دریچه‌های امید را به روی زوجین نابارور و جامعه پزشکی گشوده است.

واژگان کلیدی: اهدای جنین، حریمیت، فقه

* Email: nheshmatifar@yahoo.com

بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و سلامت معنوی در پرستاران

محمدعلی سلیمانی^۱، آمنه یعقوب زاده^{۲*}، محمدرضا شیخی^۳

۱- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۳- دانشجوی دکترای پرستاری مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

دیسترس اخلاقی به طور فزاینده ای به عنوان یک عامل مؤثر بر متخصصین مراقبان بهداشتی به خصوص پرستاران شناخته شده است. در صورت عدم توجه به این مفهوم می تواند نارضایتی های شغلی، رسیدگی نامناسب در امر مراقبت از بیمار و یا حتی ترک شغل را به دنبال داشته باشد. تعداد ۱۹۳ پرستار در فاصله بهمن ۱۳۹۳ تا اردیبهشت ۱۳۹۴ در مطالعه وارد شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس سلامت معنوی ۲۰ گویه ای و مقیاس دیسترس اخلاقی تجدید نظر شده ۲۱ سؤالی بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. میانگین سلامت معنوی $94/73 \pm 15/89$ و دیسترس اخلاقی $109/56 \pm 58/70$ بود. ارتباط معنی داری بین سلامت معنوی و دیسترس اخلاقی گزارش نشد ($P=0/462$, $r=-0/053$). نتایج مطالعه نشان داد که وضعیت تأهل و رضایت شغلی عوامل تعیین کننده بر سلامت معنوی بودند. در بین اطلاعات دموگرافیک و فاکتورهای مرتبط شغلی، جنس و سطح تحصیلات عوامل مؤثر بر دیسترس اخلاقی شناخته شدند. علاوه براین، سن، نوع شیفت کاری و تمایل به ترک شغل از جمله عوامل پیش گویی کننده دیسترس شغلی معرفی شدند. دیسترس اخلاقی و ارتباط آن با تفاوت ها و ترجیحات فردی و عوامل سازمانی می تواند نقش مهمی را در ایجاد دیسترس اخلاقی پرستاران بر عهده داشته باشد. بنابراین به کارگیری دستوالعمل ها و استراتژی هایی که می تواند به جلوگیری از ایجاد وضعیت موجود کمک کند، امری ضروری به نظر می رسد. افزایش آگاهی پرستاران در مورد دیسترس اخلاقی و پیامدهای آن، برگزاری جلسات مشاوره دوره ای و همچنین مداخلات سازمانی از جمله تغییر در بخش محل کاری می تواند در شناسایی و مدیریت دیسترس اخلاقی و پیامدهای آن نقش بسزایی داشته باشد.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی، سلامت معنوی، پرستاران

* Email: soleimany.msn@gmail.com

تأثیر خود مراقبتی معنوی بر امیدواری و سلامت معنوی بیماران سرطانی

اردشیر افراسیابی فر^{۱*}، اسدالله موسوی^۱، ابوالفضل تقی پور جهرمی^۲

۱ - دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

۲ - کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

امید و سلامت معنوی بخشی از ابعاد سلامت انسان بوده و توجه به بعد سلامت معنوی همانند ابعاد سلامت جسمی و روانی حائز اهمیت می‌باشد. یکی از راه‌های بهبود سلامت معنوی و افزایش امیدواری در مواجهه با بیمارهای صعب‌العلاج مانند سرطان مراقبت‌های معنوی است. مطالعه حاضر با هدف تأثیر خودمراقبتی معنوی بر امیدواری و سلامت معنوی بیماران سرطانی صورت گرفته است. پژوهش حاضر مطالعه‌ای از نوع نیمه تجربی می‌باشد که بر روی بیماران سرطانی مراجعه کننده به بخش شیمی‌درمانی بیمارستان شهید رجایی یاسوج در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

به دلیل محدود بودن جامعه مورد مطالعه، از ۱۱۰ بیمار سرطانی تحت شیمی درمانی ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه ها، ۲۵ نفر در گروه آزمون و ۲۵ نفر در گروه شاهد به روش تخصیص تصادفی بلوکی تقسیم یافتند. به علت فوت ۶ نمونه، در نهایت اطلاعات ۴۴ بیمار (۲۱ نفر در گروه آزمون و ۲۳ نفر در گروه کنترل) تجزیه و تحلیل گردید.

خودمراقبتی معنوی در طی ۶ جلسه یک ساعته بر اساس پروتکل در گروه آزمون اجرا گردید. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های امیدواری (شنايدر (۱۲ سؤال) و سلامت معنوی (۲۰ سؤال) استفاده شد. دامنه نمره کلی امیدواری بین ۴-۸ بوده که نمره ۸ به منزله پایین ترین سطح امیدواری و نمره ۴ نشان‌دهنده بالاترین سطح امیدواری می‌باشد. سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱، و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم‌بندی شد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه‌ها به زبان فارسی مورد تایید قرار گرفته اند. داده‌های جمع‌آوری شده در نرم افزار SPSS تحت ویندوز نسخه ۲۱ با استفاده از شاخص‌های متمایل به مرکز و پراکندگی و نیز آزمون‌های پارامتری با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد تجزیه و تحلیل گردید.

قبل از مداخله تفاوت معنی دار آماری در میانگین نمرات ابعاد امیدواری و سلامت معنوی هر دو گروه مورد مطالعه وجود نداشته است. اما آزمون تی مستقل، تفاوت معنی داری در میانگین نمره کلی امیدواری، ابعاد عامل امیدواری و راهبرد امیدواری در بین دو گروه آزمون و کنترل در زمان پس از مداخله نشان می‌دهد. همچنین، تفاوت معنی داری در میانگین نمره کلی سلامت معنوی، ابعاد سلامت وجودی و سلامت مذهبی پس از مداخله بین دو گروه مشاهده گردید. خود مراقبتی معنوی باعث بهبود امیدواری و ارتقای سلامت معنوی بیماران سرطانی شده است.

واژگان کلیدی: مراقبت معنوی، امیدواری، سلامت معنوی، سرطان

* Email: afrafiabifara@yahoo.com

نشست شانزدهم:

فلسفه، اخلاق و طب

پنج‌شنبه ۹۴/۱۱/۸

سالن شهید رضایی‌نژاد (سالن ۳)

ساعت: ۱۲/۰۰-۱۰/۳۰

درآمدی بر اخلاق حرفه‌ای پزشکی و موضوعات مطروحه
در اخلاق پزشکی نوین با توجه به شرایط جهانی
سیدطه هاشمی*

در این مقاله که به شیوه‌ی مروری تنظیم شده است، اخلاق حرفه‌ای پزشکی و موضوعات مطروحه در اخلاق پزشکی نوین مورد توجه قرار گرفته و بر ضرورت ایجاد یک نظام اخلاق حرفه‌ای پزشکی متناسب با شرایط جهانی تأکید شده است. بر این اساس، پس از طرح موضوع، مفاهیمی هم‌چون موضوع علم اخلاق، تعریف علم اخلاق و تمایز آن از اخلاق حرفه‌ای و اخلاق سکولار، اخلاق حرفه‌ای، ضرورت اخلاق حرفه‌ای جهان‌شمول و مبانی نظری اخلاق حرفه‌ای در اسلام تشریح شده است. در ادامه نیز اخلاق پزشکی، تعریف اخلاق پزشکی نوین، فلسفه‌ی اخلاق پزشکی و موضوعات مطروحه در اخلاق پزشکی نوین (۱). ارتباطات حرفه‌ای در طب؛ ۲. انسان نابالغ (جسمی یا فکری)؛ ۳. سقط جنین و خاتمه‌ی حیات انسان قبل از تولد؛ ۴. شیوه‌های جدید القای بارداری و کپی کردن انسان؛ ۵. مرگ داوطلبانه و خاتمه‌ی حیات انسانی «تانازی»؛ ۶. پیوند اعضا و بافت‌ها و جایگاه جسم انسان؛ ۷. زیست فناوری و اخلاق پزشکی و ۸. پژوهش‌های پزشکی) ارائه شده است.

واژگان کلیدی: اخلاق حرفه‌ای، اخلاق حرفه‌ای جهان‌شمول، اخلاق حرفه‌ای پزشکی، موضوعات مطروحه در اخلاق پزشکی نوین

* Email: dr_taha_hashemi@yahoo.com

جامعیت زمانی و جامعیت ارتباطی: دو مفهوم مغفول در چهار اصل اخلاق زیستی

حمیدرضا نمازی*

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

استفاده‌ی بنیادگزاران چهار اصل اخلاق پزشکی از نظریه‌ی اخلاقی دیوید راس نقطه‌ی عطفی در درک مبنای نظری اصول اخلاق پزشکی است. پیروی بی‌وچامب و چیلدرس از راس علاوه بر اصل گرایی در اخلاق، لزوم ابتدای اصول بر اخلاق مشترک و نیز شیوه‌ی حل تعارض اصول در مقام عمل است. نویسندگان با طرح نظریه‌ی راس تمایز میان وظایف در نظر اول و وظایف در مقام عمل را از هم باز می‌شناسند. وظایف در مقام نظر که راس آن‌ها را در هفت مورد احصا کرده است وظایفی اند که به طور مطلق باید به آن عمل کرد. مگر آن‌که با وظیفه دیگری (از میان همین هفت وظیفه) در تعارض قرار بگیرند. اگر آن وظیفه که متعارض شده است مساوی بود یا وزن بیشتری داشت در این صورت می‌توان وظیفه را کنار گذاشت. هنگام تعارض، این فرد است که باید وزن نسبی همه‌ی هنجارها را بسنجد و وظیفه‌ی درست یا متناسب را تعیین کند. راس در تقسیم بندی وظایف در نظر اول، وظایف را به دو دسته‌ی گذشته نگر و آینده نگر تقسیم می‌کند. این تقسیم را جامعیت زمانی در اخلاق می‌نامیم. به عبارت دیگر، وظایف و اصول اخلاقی از نظر راس باید در برگیرنده‌ی زمان گذشته و آینده نیز باشند. این تفکیک در اصول اخلاق زیستی لحاظ نشده است. از طرف دیگر به نظر می‌رسد راس به گستره‌ی ارتباطی در اخلاق توجه داشته است به نحوی که یکی از اصول هفت گانه‌ی خود را اصلاح نفس برشمرده است. این مهم نیز در اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی مغفول مانده است. به دیگر سخن، ارتباط با دیگران در اخلاق، در پرتو ارتباط با خود معنا پیدا می‌کند. لحاظ همه‌ی شقوق ارتباطی را در یک بر ساخت اخلاقی، جامعیت ارتباطی می‌نامیم. نتیجه آن‌که نویسندگان کتاب اخلاق زیست پزشکی، بر خلاف راس جامعیت ارتباطی و حیث جامعیت زمانی را در اصول چهارگانه لحاظ نکرده‌اند.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، چهار اصل، جامعیت زمانی، جامعیت ارتباطی، دیوید راس

* Email: hr_namazi@yahoo.com

نقد اصل‌گرایی اخلاقی در اخلاق زیست پزشکی

محمد تقی اسلامی*

استادیار پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی قم

بسیاری از عالمان اخلاق کاربردی، به دلیل محدودیت‌هایی که در استفاده از نظریه‌های کلان اخلاقی و نیز در به‌کارگیری قواعد جزئی برای توجیه مسائل اخلاق زیستی وجود دارد، پیشنهاد می‌کنند که در اخلاق کاربردی، به‌جای مراجعه به نظریه‌ی اخلاقی یا قواعد جزئی اخلاقی، به اصول اخلاقی مراجعه کنیم. به این رویکرد «اصل‌گرایی اخلاقی» گفته می‌شود.

اصل‌گرایان بر سر این‌که آن مبنای جایگزین چه می‌تواند باشد با هم اختلاف نظر دارند و همه‌ی آن‌ها کشف آن مبنا را در احتراز از نظریه‌های اخلاقی نمی‌دانند؛ بعضی از آن‌ها کاستی این نظریه‌ها را با ارائه‌ی تفسیری که صحیح می‌انگارند یا با ترکیب نظریه‌های گوناگون و تکمیل آن‌ها با یکدیگر قابل جبران می‌دانند. رویکرد اصل‌گرایانه‌ای که در کتاب اصول اخلاق زیست - پزشکی توسط تام ال بیچامپ و جیمز چیلدرس تدوین یافته است، امروزه به عنوان برجسته‌ترین و تأثیرگذارترین رویکرد شناخته می‌شود. این رویکرد تلفیقی از اصول وظیفه‌گرایانه و نتیجه‌گرایانه را بدون تحویل یکی به دیگری یا استنتاج یکی از دیگری، و بدون برتر نشان دادن هیچ اصلی بر اصول دیگر در نظر می‌گیرد و سرانجام چهار اصل: احترام به استقلال یا خودآیینی افراد، نیکوکاری، پرهیز از آزار و آسیب، و عدالت‌ورزی را به‌عنوان اصول اخلاق زیست - پزشکی استخراج و معرفی می‌کند. سایر الزام‌های عام اخلاقی یا قابل ارجاع به این اصول هستند یا نقش قواعدی را ایفا می‌کنند که از این اصول اخذ شده‌اند. مبنای توجیهی اصول چهارگانه در این رویکرد، اخلاق مشترک است. با توجه به تنوع گسترده‌ی نظریات اصل‌محور، انتقادات شدید طرفداران این نظریات به یکدیگر دور از انتظار نیست؛ ولی این مقاله با صرف‌نظر از ورود به مباحثات درون خانوادگی اصل‌گرایان، به نقدهایی که مخالفان اصل‌گرایی بر این رویکرد وارد کرده‌اند می‌پردازد، و سپس با اتخاذ موضعی موافق با اصل مدعای طرفداران اصل‌گرایی، انتقاداتی اصلاحی را بر توضیحات آنان وارد می‌کند.

واژگان کلیدی: اصل‌گرایی اخلاقی، اخلاق زیست پزشکی، اصول چهارگانه‌ی اخلاق، اخلاق مشترک

* Email: eslami48@gmail.com

مطرح شدن فلسفه طب به عنوان یک رشته مستقل؛ پاسخ به یک نیاز یا یک نیاز القایی محبوبه صابر*

بررسی تاریخ طب در ایران حتی در یک نگاه کلی ما را به اطبایی می‌رساند که بیش و پیش از طبابت؛ حکمایی بزرگ بوده‌اند و حکمت و طب بدون جدایی قرن‌ها مسؤول حفظ الصحه مردم این سرزمین را بر عهده داشته‌اند. موفقیت ایشان در سالم نگه داشتن و درمان بیماری‌ها در شرایط دشوار گذشته این گونه حاصل شده است، اما از زمانی که طب از حکمت جدا شد؛ و رنگ و ساختار علمی کاملاً تجربی به خود گرفت، تغییرات بسیار رخ داد. پیشرفت سریع در علم طب با تغییر مبانی و پارادایم این علم رخ داد و امروز ما در شناخت و درمان بسیاری از بیماری‌ها با رهنمودهای طب جدید بسیار کارآمد عمل می‌کنیم. اما تمام این پیشرفت‌ها ما را از نگاه جامع و پایه‌ای به پزشکی بی‌نیاز نکرده است و همچون بسیاری از مراکز علمی دنیا ما نیز به تلفیق مجدد فلسفه و طب یا به عبارتی فلسفه پزشکی نیازمند هستیم. این مطالعه در دو مرحله اجرا شد. ابتدا متون و منابع مرتبط با موضوع فلسفه طب بررسی شده، دانشگاه‌هایی که این رشته را تدریس می‌کنند و محتوای آموزشی دوره پزشکی این عنوان را تدریس می‌کنند و همین طور ژورنال‌هایی که حاوی مقالات با این موضوع هستند، بررسی شدند. در مرحله دوم در مصاحبه نیمه ساختارمند چهار سؤال را از متخصصان و اعضای هیات علمی دانشگاه پرسیده شد که شامل این موارد است: چه کسانی در بدنه حرفه‌ای نظام سلامت نیاز دارند فلسفه پزشکی بدانند، چگونه فلسفه پزشکی را آموزش دهیم، فلسفه پزشکی به چه سؤالاتی پاسخ می‌دهد، فرصت و تهدید برای ایجاد رویکرد فلسفی در ساختار سلامت. مهم‌ترین بخش از فلسفه پزشکی بحث اخلاق است که به این موضوع به شکل یک درس مستقل پرداخته می‌شود. ولی زمینه‌هایی دیگر مانند تعریف سلامتی، حدود سلامتی و بیماری، هدف کلی پزشکی، تفکیک خطا و مغالطه در استدلال بالینی و... مواردی است که پزشکان از عمومی تا متخصصین و اساتید، سیاست‌گذاران سلامت باید نسبت به آن آگاهی نسبی داشته باشند. طراحی دوره‌ی فلسفه پزشکی براساس اصول آموزش پزشکی و با دقت صورت پذیرد، چرا که مجموعه‌ای از مفاهیم که به صورت دروس تئوری و نظری ارائه شود شایستگی‌های مورد نظر را در افراد ایجاد نمی‌کند و علی‌رغم اهمیت آن‌ها در کوریکولوم پزشکی عمومی core نیستند و مناسب است بصورت integrated به آن پرداخته شود.

واژگان کلیدی: فلسفه طب، اخلاق پزشکی

* Email: saber_mahboobeh@yahoo.com

اخلاقیات مراقبتی و کاربرد آن در پرستاری لیدا نیک فرید*

مراقبت جزئی از پرستاری است و به صورت احساس نگرانی و همدلی برای دیگران و داشتن تعهد به آن‌ها تعریف می‌شود. نظریه‌ی مراقبتی جین واتسون یکی از نظریه‌های شناخته شده در پرستاری است که دارای سه اصل عمده می‌باشد: عوامل مراقبتی، روابط بین فردی مراقبتی و لحظات مراقبتی. نظریه‌ی اخلاقیات مراقبتی بر اساس نظریات گیلیگان و در قالب یک حرکت فمینیستی شکل گرفت. این نظریه اخلاقی سه نقد عمده بر نظریه‌های اخلاقی تکلیف‌گرای کانت و نتیجه‌گرای میل وارد می‌کند و آن‌ها را به مثابه نظریات اخلاقی مردسالارانه ناقص یا نادرست می‌شمارد. این سه نقد عبارتند از: استناد به قواعد عام اخلاقی، رعایت بی‌طرفی و تأکید انحصاری بر عقلانیت. در برابر ادعا می‌شود که اخلاق مراقبت، اخلاقی است قاعده‌گریز، جزئی‌نگر، متن‌محور، عینی، درگیر و مبتنی بر عواطف که ریشه جنسیتی دارد. نوشته حاضر به معرفی و تحلیل این ایده می‌پردازد. در سال‌های اخیر توجه زیادی به کاربرد اخلاق مراقبتی در پرستاری و تدوین کدهای اخلاقی آن صورت گرفته است. این مقاله‌ی مروری به تفصیل درباره‌ی این نظریه و نیز نحوه‌ی کاربرد آن در پرستاری می‌پردازد. به این منظور با مرور منظم پایگاه‌های اطلاعاتی مقالات مرتبط انتخاب و بعد از بررسی موشکافانه، بر اساس هدف اصلی مقاله که کاربرد نظریه‌ی اخلاق مراقبتی در پرستاری است مقاله تدوین شد.

واژگان کلیدی: اخلاق مراقبتی، اخلاق پرستاری، نظریه‌ی اخلاقیات مراقبتی

* Email: l.nikfarid@sbmu.ac.ir

گفتاری در باب نقش مابعد الطبیعه در اخلاق پرستاری غرب و تفاوت‌های آن با اسلام

اکرم السادات سادات حسینی*

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران^۱ دانشکده پرستاری و مامایی

اثرات مابعد الطبیعه در اخلاق دو بعد عمده دارد:

اخلاق چه باید باشد: بر اساس اصول اخلاقی پرستاری منتج از اخلاق غربی درک ما از واقعیت سازنده ی اینست که چه چیز واقعی است و چه چیز نیست، بنابراین هیچ چیز از واقعیت مطلق برخوردار نیست و نخواهد بود. در این تفکر همواره دچار این مشکل خواهیم بود که کاری که انجام می دهیم آیا در درک آینده ما نیز خیر تلقی خواهد شد یا نه؟. بنابراین در منظر اخلاق غربی که مابعد الطبیعه آن ریشه در پدیدارشناسی دارد همواره این ابهام وجود دارد که تلاش‌های ما و نتایج آن‌ها همواره خیر هستند یا تنها با درک حاضر ما خیر تلقی شده و در آینده ممکن است درک دیگری در مورد آن وجود داشته باشد. این دیدگاه در امور اخلاقی به قدری برای خود نظریه پردازان غربی چالش برانگیز بود که در تدوین اصول اخلاقی، مواردی را به عنوان حقیقت ازلی و محض پذیرفته‌اند، هر چند این امر با مفهوم پدیدارشناسانه اولیه آن‌ها دچار تناقض است. بر اساس عقاید اسلامی حقایق اخلاقی امری ازلی هستند و به شناخت و درک ما از عالم ربطی ندارد. بنابراین ماهیتی نسبی و تغییر پذیر برای اخلاق قائل نیست. اما روش دستیابی به حقایق اخلاقی با توجه به این‌که ناشی از درک علمای رشته از حقایق تفاوت می کند در طول زمان ممکن است متفاوت باشد. پس مابعد الطبیعه اخلاق در اسلام نفس الامری است نه پدیداری و اخلاق بستگی به درک و فهم یا تفکر شهودی ما ندارد، بلکه امری حقیقی است که وجود دارد، چه ما آن را درک کنیم یا نکنیم.

چه باید انجام دهیم: در پاسخ به این سؤال چند مفهوم وجود دارد. الف) از میان چیزهایی که موجودند چه چیزهایی خوبند؟ ب) چه چیزهایی اعم از این‌که الان واقعیت داشته باشند یا نه لازم است واقعیت داشته باشند؟ برای پاسخ به این سؤالات ما باید هم بدانیم چه چیزهایی در جهان است؟ و هم بدانیم کدام یک از آن‌ها خوب هستند؟. بنابر اعتراف ماهیت پدیدارشناسی اخلاق غربی، پاسخ به این دو سؤال ناممکن است بنابراین دوباره به ماهیت نسبی عملکرد اخلاقی برمیگردیم. ولی در تفکر اسلامی چون اخلاق از خداوند که آفریننده همه چیز است منشا میگیرد و او از ماهیت واقعی همه امور آگاه است. بنابراین تنها خداوند می‌تواند پاسخ به این دو سؤال را بدهد و در نتیجه منشا دستورات اخلاقی باشد. این گفتار بدان معنی نیست که انسان هرآنچه تا کنون یافته یا درک کرده است خطاست یا عملاً اجرای آن بی‌فایده است زیرا همان‌طور که گفته شد علی‌رغم بنیان پدیدارشناسانه اخلاق غربی باز در مرحله اجرا ناگزیر اعتقاد به اخلاق ازلی جزئی از طراحی اخلاقی جوامع غربی است و نتوانسته‌اند آنرا انکار کنند اما باز منشاء آنرا خداوند نمی دانند بلکه آنرا از درک انسان که باز هم ماهیت نسبی دارد می دانند.

واژگان کلیدی: اخلاق پرستاری، مابعد الطبیعه، اخلاق غربی، اخلاق اسلامی

* Email: ashoseini@tums.ac.ir

بررسی فلسفه‌ی اخلاق در سیستم بین‌المللی حفاظت در برابر پرتوها

حمید عبداللهی*

دانشجوی دکتری فیزیک پزشکی، گروه فیزیک پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران

بر طبق مدل پذیرفته شده‌ی خطی بدون آستانه، حفاظت در برابر پرتوها، هر مقدار پرتو حتی بر طبق مدل پذیرفته شده‌ی خطی بدون آستانه، حفاظت در برابر پرتوها، هر مقدار پرتو حتی نزدیک صفر پتانسیل سرطان‌زایی را با خود به همراه دارد. بنابراین، سیستم سخت‌گیرانه‌ای راجع به حفاظت در برابر این پرتوها وضع شده است. بر طبق این سیستم، سه اصل انطباق، بهینه‌سازی و محدودیت دوز اساس حفاظت پرتوی هستند که پایه‌ی آن‌ها مباحث علمی، عملی و اقتصادی است. اما با توجه به این‌که ماهیت این قوانین، به حداقل رساندن آسیب‌های پرتوی به انسان و در نتیجه ارتقای سلامت بر اساس مباحث بیولوژی و فیزیک است، اصول اخلاقی چالش‌برانگیزترین نکته‌ی این قوانین است. اما با مطالعه‌ی موردی این سه اصل می‌توان رد پای فلسفه‌ی اخلاق و وجدان را در آن‌ها مشاهده کرد. در این مطالعه ما به این موضوع پرداخته‌ایم. بر اساس اصل انطباق (Justification)، زمانی فرد تحت تابش پرتو قرار می‌گیرد که این اطمینان حاصل شده است که نفع آن بیش‌تر از خطر آن باشد. بر اساس اصل بهینه‌سازی (Optimisation) تمام تلاش‌ها باید در جهت‌ی باشد که با کم‌ترین میزان دوز بهترین نتیجه هم از لحاظ تشخیص و هم درمان به‌دست آید. بر اساس اصل محدودیت دوز (Limitation Dose)، دوز افراد شاغل، بیماران و افراد عادی جامعه از سطح آستانه‌ی تعیین شده تجاوز نکند. بر اساس فلسفه‌ی اخلاق، موضوعی تحت عنوان وزن کردن (Weighing) و سودمند گرایی (Utilitarianism) وجود دارد که طی آن زمانی از لحاظ اخلاقی کاری مورد تایید قرار می‌گیرد که عدالت در تشخیص سودمند بودن یا مضر بودن آن وجود داشته باشد و در نهایت تصمیم‌گیری بر اساس مثبت بودن شرط ارائه شود. این نزدیک‌ترین فلسفه‌ی اخلاقی به اصول انطباق و بهینه‌سازی در حفاظت پرتوی است. در فلسفه اخلاق اصل دیگری به‌نام جهت‌دهی (Orientation) وجود دارد که طی آن یک فرد اخلاق مدار همواره جهت دار بوده و بر اساس این جهت نفع و ضرر را طوری تنظیم می‌کند که در نهایت نفع خود و جامعه در آن باشد که این اصل به انطباق و بهینه‌سازی در حفاظت پرتوی مرتبط است. از سوی دیگر، محدود کردن دوز در حفاظت در ارتباط با اصلی به نام مرز هست که طی آن برای هر کاری یک مرز وجود دارد و اخلاق‌گرایان نباید از این مرز رد شوند. بنابراین، اصول کلیه‌ی قوانین حفاظت پرتوی هم علمی و هم اخلاقی هستند.

واژگان کلیدی: حفاظت در برابر پرتوها، فلسفه‌ی اخلاق، انطباق، بهینه‌سازی

* Email: hamid_rbp@yahoo.com

نشست هفدهم:

اخلاق و خطاهای پزشکی

پنج‌شنبه ۹۴/۱۱/۸

سالن شهید رضایی‌نژاد (سالن ۳)

ساعت: ۱۵/۰۰ – ۱۳/۳۰

بررسی سوء رفتار علیه کادر پرستاری در بیمارستان شهید فقیهی شیراز صدیقه ابراهیمی^{۱*}، محمد جواد عرفانی زاده^۲

۱- دانشیار، گروه اخلاق پزشکی و فلسفه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

خشونت در محل کار کارکنان مراکز بهداشتی درمانی یک پدیده شایع در سراسر دنیا مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. خشونت شغلی به هرگونه رخداد کلامی، فیزیکی یا جنسی که کارکنان در ارتباط با شغلشان تجربه می‌کنند اتلاق می‌شود. کادر پرستاری به این دلیل که اولین خط مواجهه با بیمار و همراهان او هستند، در معرض خطر بروز خشونت بالایی قرار دارند. در این مطالعه ما با بررسی میزان سوءرفتار و چگونگی آن در پرسنل درمانی بیمارستان شهید دکتر فقیهی به مسئولین بهداشتی- درمانی به پیشبرد برنامه‌های پیشگیری و غربالگری کمک خواهیم نمود. مطالعه حاضر به روش توصیفی- تحلیلی و به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۰ انجام شده است.

جامعه مورد پژوهش شامل کلیه کادر پرستاری بیمارستان شهید دکتر فقیهی می‌باشد و همه افراد جامعه به صورت سرشماری مورد پژوهش قرار گرفتند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه ۴ قسمتی استفاده شد که شامل اطلاعات دموگرافیک، ۱۲ سؤال درباره خشونت جسمی، ۸ سؤال درباره خشونت کلامی و سؤالات نظرسنجی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۵ استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که در یک سال گذشته ۲۸/۸ درصد از پرسنل تجربه خشونت جسمی و ۷۷/۵ درصد از آنان تجربه خشونت کلامی را داشته اند. هم‌چنین بیش‌ترین خشونت جسمی (۳۸/۲ درصد) و خشونت کلامی (۸۳/۶ درصد) در رده سنی ۳۵- ۳۱ سال رخ داده بود.

بیش‌ترین خشونت جسمی به ترتیب در بخش‌های جراحی عمومی، فوریت‌ها و آی سی یو و بیش‌ترین خشونت کلامی نیز در بخش‌های پست جراحی قلب و آنژیوگرافی، سی سی یو و زنان رخ داده بود. در ۶۱/۴ درصد از خشونت‌های جسمی و ۸۰/۱ درصد از خشونت‌های کلامی، عامل خشونت همراهان بیمار بوده است. در هر دو نوع خشونت، شایع‌ترین واکنش پرسنل اطلاع دادن به نگهبانی بوده است. در ۶۳/۶ درصد از خشونت‌های جسمی و ۶۷/۱ درصد از خشونت‌های کلامی مدیران حمایت لازم از پرسنل را نداشته اند. با توجه به شیوع بالای سوء رفتار علیه کادر پرستاری و عدم حمایت کافی مدیران از پرسنل، ضرورت برنامه‌ریزی در جهت آموزش‌های مهارتی- ارتباطی و حمایت بیش‌تر از پرسنل در این زمینه وجود دارد.

واژگان کلیدی: سوءرفتار، کادر پرستاری، بیمارستان شهید فقیهی

* Email: sedighehebrah@yahoo.com

بررسی نظرات مردم در مورد نحوه‌ی ابراز خطای پزشکی اکرم حیدری، معصومه رزاقی، فریبا اصغری*

خطاهای پزشکی ایمنی بیمار را در معرض تهدید قرار می‌دهند. طبق مستندات، رخداد خطاهای پزشکی از فراوانی و اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. اطلاع از وقوع خطای پزشکی، در راستای اتونومی بیمار، حقی برای وی و تکلیفی برای ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت است. خودداری از اظهار خطا، فریب بیمار بوده و باعث سلب اعتماد مردم از کادر پزشکی خواهد شد. این مطالعه با هدف بررسی نظرات مردم در مورد نحوه‌ی ابراز خطای پزشکی انجام شد.

در این مطالعه‌ی Cross-Sectional ۱۰۶۲ نفر از ساکنین شهر قم در سال ۱۳۹۲ با استفاده از شماره گیری تصادفی مورد مصاحبه‌ی تلفنی قرار گرفتند. مهم‌ترین متغیرهای مورد بررسی عبارت بودند از: تمایل به آگاهی از خطای پزشکی، اطلاعات مورد مطالبه، عوامل موثر بر شکایت و احتمال شکایت در صورت ابراز خطا.

۱/۹۹ درصد افراد معتقد بودند که خطا باید ابراز شود. تمامی آنان خواستار بودند بدانند که اقداماتی برای پیش‌گیری از خطاهای بعدی خواهد شد. ۱/۹۳ درصد اظهار شرح واقعه و ۱/۹۸ درصد اظهار علت واقعه را انتظار داشتند. باین وجود، فقط ۲/۶۷ درصد عذرخواهی در مورد عواملی که احتمال شکایت را کاهش می‌دهند، بیش‌ترین فراوانی را جبران خطا و درمان عوارض (۹۶/۱ درصد) و صداقت و راستگویی پزشک (۹۵/۸ درصد) به خود اختصاص می‌دهد.

قریب به اتفاق مردم خواستار اطلاع از خطای پزشکی روی داده هستند. ایجاد تغییرات نظام‌مند به منظور نهادینه کردن ابراز خطاهای پزشکی در جهت حفظ اعتماد بیماران ضروری است.

واژگان کلیدی: ابراز خطای پزشکی، عذرخواهی، نظرات مردم، ایمنی بیمار

* Email: akm_heidari@yahoo.com

تأثیر برنامه مدیریت خطر بر میزان بروز خطاهای دارویی، یادگیری از خطا و گزارش خطاهای دارویی در بخش‌های ویژه قلبی
مرضیه پازکیان*، امیر میرصادقی

خطاهای دارویی از قدیمی‌ترین و شایع‌ترین خطاها در پرستاری است که آسیب‌های بالقوه برای بیماران ایجاد می‌کند. یکی از راهکارهای کاهش خطاهای دارویی استفاده از برنامه‌ی مدیریت خطر است که می‌تواند خطاها را کاهش داده و محیط ایمن برای بیماران و کارکنان فراهم سازد، در طی این فرایند، خطاها کاهش یافته و فرصت‌های یادگیری افزایش می‌یابد. این تحقیق با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ی مدیریت خطر بر میزان بروز خطاهای دارویی، گزارش خطاها و یادگیری از خطاها در بخش‌های ویژه قلبی انجام پذیرفت. این پژوهش مطالعه‌ای اقدام پژوهی بود که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌های پژوهش، تمامی پرسنل بخش‌های CCU یکی از بیمارستان‌های تهران بود که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. جهت جمع‌آوری میزان خطاهای دارویی، یادگیری از خطا و گزارش خطاهای دارویی به ترتیب از ابزارهای چک لیست دارو درمانی، روبویک و ویکفیلد استفاده شد که از نظر روایی و پایایی در پژوهش‌های قبلی تایید شده است. پس از آنالیز داده‌ها در برنامه spss16، کمیته‌ی مدیریت خطر طبق الگوی مدیریت خطر کارول برگزار شد. بعد از ۲ ماه مجدداً با استفاده از ابزارهای اشاره شده میزان خطاها، یادگیری از خطا و گزارش خطاها سنجیده شد و مجدداً آنالیز شد.

میانگین نمره‌ی خطا در گروه کنترل $66/37 \pm 6/26$ و در گروه آزمون $62/84 \pm 7/68$ بوده که با استفاده از آزمون تی مستقل با شرط برابری واریانس‌ها اثبات شد گروه‌ها از نظر میزان نمره‌ی حاصل از چک لیست فرایند دارو دادن در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی همگن بودند و نیاز به آموزش اثبات شد ($P=0/50$). پس از اجرای مصوبات جلسات کمیته مدیریت خطر میانگین نمره خطا در گروه کنترل $60/95 \pm 4/30$ و در گروه آزمون $68/84 \pm 6/39$ بود که اختلاف امتیاز به وجود آمده حاکی از اثر آموزش است و تفاوت معنادار بین دو گروه وجود داشت ($P=0/50$). براساس یافته‌های پژوهش، با استفاده از روش‌های نوین آموزشی در کنار مدل‌های شناخته شده بین المللی و با تعامل سازنده بین مسئولان و پرستاران، می‌توان، ضمن کاهش خطاهای دارویی، میزان یادگیری از خطا، گزارش خطاهای دارویی و ایمنی بیماران را افزایش داد.

واژگان کلیدی: پرستار، خطاهای دارویی، گزارش، یادگیری، بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

* Email: mpazokian@gmail.com

بررسی میزان خطای حرفه‌ای در پرستاران و گزارش آن

اردشیر افراسیابی فرو^۱، ذبیح‌اله خوشدلی^۲، فاطمه پیرامی^{۳*}، مهوش محمدی^۲، محمد ذوالعدل^۱

۱- دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

گزارش خطاهای پرستاری از این جهت حائز اهمیت است که برعکس خطاهای حرفه‌ای در سایر مشاغل می‌تواند نتایج جبران ناپذیری داشته باشد. جهت افزایش گزارش خطای حرفه‌ای جنبه‌های انسانی و اخلاقی نظیر امنیت فردی و حرفه‌ای را بایستی مد نظر داشت. از سوی دیگر در رابطه با میزان گزارش خطاهای پرستاری و علل مرتبط با آن مطالعات متناقضی وجود دارند. این مطالعه با هدف بررسی علل عدم گزارش خطای پرستاری صورت گرفته است. مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی است که جامعه‌ی مورد پژوهش آن را پرستاران شاغل در بخش‌های بالینی بیمارستان ولی عصر نورآباد ممسنی در سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌دهد. تعداد ۱۰۰ پرستار به صورت نمونه‌های در دسترس انتخاب شدند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی گزارش خطای حرفه‌ای حاوی ۲۴ سؤال (۲ سؤال تشریحی و ۲۲ سؤال چند گزینه‌ای) که قبلاً در مطالعات مشابه به کار گرفته شده بود، استفاده گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که بر اساس خوداظهاری پرستاران تنها ۳/۸ درصد پرستاران مرتکب خطای حرفه‌ای نشده‌اند و ۹۶/۲ درصد پرستاران خطای حرفه‌ای مرتکب شده‌اند که از این تعداد ۳۷/۶ درصد آن‌ها بین ۱-۲ بار و ۴۰ درصد دچار ۳ بار و ۱۸/۴۰ درصد آن‌ها ۴-۵ بار دچار خطای حرفه‌ای شده‌اند.

از نظر نوع خطاهای حرفه‌ای اکثریت خطاها به صورت خطای ثبتی، ایمنی بیمار و دارویی بوده‌اند. ۵۱/۳ درصد خطاهای حرفه‌ای در شب اتفاق می‌افتادند و ۶۶/۷ درصد پرستاران بروز خطاهای حرفه‌ای را قابل پیش بینی می‌دانستند. از جمله اقدامات مهم پرستاران در هنگام بروز خطاهای حرفه‌ای، گزارش به سرپرستار (۲۴/۱ درصد)، سعی در برطرف کردن خطا و یا کاهش بروز خطا (۸/۹ درصد)، گزارش به همکار (۵/۱ درصد) و یا به صورت ترکیبی از فعالیت‌های فوق بوده‌اند و تنها ۱/۶ درصد پرستاران سعی در مخفی نگه داشتن خطاها داشته‌اند. ۷۷/۹ درصد پرستاران اظهار داشته‌اند که در هنگام گزارش خطا رویکرد بررسی خطا و راه‌های پیشگیری از تکرار دو باره آن صورت گرفت و ۷/۹ درصد تنبیه اداری انضباطی و ۳/۹ درصد تنبیه مالی را بیان کرده بودند. اگرچه خطاهای حرفه‌ای از نظر پرستاران مفهومی چند علیتی بوده اما شیفتهای متوالی و طولانی، شب کاری فراتر از توان پرستار و شلوغی بخش به دلیل ازدحام همزمان بیمار را در بین آن‌ها مشترک می‌دانستند. اگر چه بر اساس نتایج مطالعه حاضر میزان خطاهای حرفه‌ای در پرستاران بالا بوده است اما تمایل به پنهان کاری و عدم گزارش در بین آن‌ها بسیار پایین بوده است و خود را اخلاقاً متعهد به پنهان کاری نمی‌دانستند.

واژگان کلیدی: خطای حرفه‌ای، پرستاری، گزارش

* Email: pirami5757@gmail.com

تبیین فرایند رسیدگی به قصور و خطاهای پزشکی در حوزه

طب سنتی و مکمل و ارائه گزارش مورد

محمد رضا نورس*

دستیار ارشد طب سنتی، دانشکده طب سنتی و مکمل مشهد. دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

طب سنتی و مکمل به عنوان یک رشته تخصصی مستقل و پویا در حال ورود به سیستم‌های بهداشتی درمانی می‌باشد. گرایش بیماران به استفاده از روش‌های درمانی این حیطه تخصصی و از سوی افزایش آگاهی بیماران از فرایندهای دادرسی به خطاهای پزشکی و ناشناخته بودن جنبه‌های علمی این طب موجب شده است که این رشته در معرض قضاوت و طرح شکایات‌های متعدد در نظام پزشکی و پزشکی قانونی گردد. این پژوهش از نوع کتابخانه‌ای و مروری بوده که با بررسی متون معتبر حقوق پزشکی و پایگاه‌های اطلاعات علمی شامل اسکوپوس، پاب مد، گوگل اسکالر، جهاد دانشگاهی و کلید واژه‌های طب سنتی، طب مکمل قصور پزشکی خطای پزشکی بدون محدودیت زمانی انجام شده است. خطاهای پزشکی موضوعی جهانی، هزینه بر، دارای عواقب شدید برای بیماران و جامعه بوده، در عین حال قابل پیشگیری و نیازمند توجه جدی است. مطالعات نشان داده، بار اقتصادی تحمیل شده ناشی از خطاهای پزشکی موسسات بهداشتی- درمانی سالی بیش از ۱۰۰ بیلیون دلار است. قصور پزشکی هنگامی اتفاق می‌افتد که پزشک طبق آنچه قوانین پزشکی وظیفه دانسته است نسبت به معاینه دقیق، تشخیص بموقع، درمان‌های صحیح و پیگیری مشاوره و راهنمایی‌های لازم اقدام نکرده باشد. بی‌مبالائی، بی‌احتیاطی، عدم مهارت، عدم رعایت نظامات دولتی، جنبه‌های مختلف قصور می‌باشد. برای ایجاد مسئولیت سه رکن خطای پزشکی، وجود فعل زیان بار و رابطه سببیت بین این دو لازم است که هر سه رکن مذکور در اقدامات طبیبان سنتی وجود دارد لذا مسئولیت مدنی و کیفری قابل طرح می‌باشد. تلفیق درمان‌های رایج و طب مکمل با موضوع مهم تعدد اسباب، نداشتن منابع پذیرفته شده واحد، عدم یکسانی رویکردهای داروئی برپچیدگی مسئولیت این گروه افزوده است. آماري از خطاهای پزشکی در حیطه طب سنتی و مکمل وجود ندارد. آشنائی با فرایند رسیدگی به شکایات پزشکی، مراجع رسیدگی کننده، انواع مجازات و تبیین آن در حوزه طب سنتی و مکمل و گزارش چهار مورد از شکایات انجام شده در حیطه اعمال یدای حجامت، بادکش، زالو درمانی و درمان‌های سنتی از نکات مهم بررسی شده در این مقاله است. ارائه آموزش‌های لازم و مبتنی بر شواهد (گزارش محور) برای فعالین در این حوزه الزامی می‌باشد.

واژگان کلیدی: طب سنتی، طب مکمل، قصور پزشکی، خطای پزشکی

* Email: norasmr901@mums.ac.ir

تجربه‌ی پرستاران ایرانی از خطا کار بودن

محدثه محسن پور^{۱*}، محمدعلی حسینی^۲، عباس عباس زاده^۳،

فرحناز محمدی^۲، حمیدرضا خانکه^۲

۱- دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳- استاد، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

خطا کار بودن برای پرستاران تجربه‌ای منحصر به فرد است. پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت، ارائه‌دهنده‌ی مستقیم مراقبت هستند و این موضوع، تجربه‌ی آنان را در بسیاری از مسائل مرتبط با مراقبت، از جمله خطاهای پرستاری متفاوت می‌کند. این مطالعه با هدف تبیین تجربه‌ی پرستاران ایرانی از خطا کار بودن انجام شده است. مطالعه به روش فنومنولوژی انجام شده است. نمونه‌ها به روش هدفمند با کمک مدیران خدمات پرستاری و نهادهای قانونی انتخاب شدند. مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته در زمان و مکان از قبل هماهنگ شده با ۷ پرستار شاغل در سه بیمارستان عمومی انجام شد. حضور در عرصه‌ی پژوهش به‌منظور غرقه‌سازی در داده‌ها انجام گرفت. داده‌ها با روش ون منن تحلیل شد. یافته‌ها در قالب پنج درونمایه بیان شد: سرگردانی در احساسات ناخوشایند (با دو زیرمضمون احساسات ناخوشایند جسمی و احساسات ناخوشایند ذهنی)، سرگردانی در دادگاه وجدان (با سه زیرمضمون متهم بودن، قربانی بودن، قاضی بودن)، توقف در زمان، زمانی برای تغییر (با سه زیرمضمون ارتقای مسؤولیت پذیری، بازاندیشی، تقویت روابط حمایتی) و فرصت تمرین معنوی. احساس سرگردانی برای پرستارانی که مرتکب خطا شده‌اند، فرصتی برای بازاندیشی و بازگشت به مسؤولیت‌های حرفه‌ای و وجدانی فراهم می‌آورد. با تکیه بر تجارب پرستاران خطا کار، مدیران و برنامه‌ریزان پرستاری می‌توانند برای تبدیل این شکست به مقدمه‌ای برای یادگیری، افزایش مسؤولیت پذیری و ارتقای کیفیت خدمات پرستاری تلاش کنند.

واژگان کلیدی: تجربه‌ی زیسته، خطا کار بودن، پرستار

* Email: Mohsenpour_m81@yahoo

نشست هجدهم:

حقوق و مسؤوليت پزشکی

پنجشنبه ۹۴/۱۱/۸

سالن شهید رضایی نژاد (سالن ۳)

ساعت: ۱۷/۰۰ - ۱۵/۳۰

مسئولیت انتظامی پزشکی

علی فتاحی

منظور از مسئولیت پزشکی، مسئولیتی است که در نتیجه اعمال و اقدامات پزشکی ایجاد می شود. نفس فعل طبابت و اقدامات درمانی در صورتی که با رعایت شرایط مقرر قانونی، بدون خطای پزشکی و با اجازه بیمار و یا اولیای قانونی وی صورت گرفته باشد مسئولیتی متوجه پزشک معالج نمی سازد ولی در صورت فقدان رضایت بیمار و یا عدم رعایت موازین فنی و علمی و مقررات دولتی منجر به مسئولیت پزشک می گردد که مبین تعهد پزشک به جبران ضرری است که در نتیجه اعمال و اقدامات خود به بیمار وارد کرده است که در برگیرنده شقوق مختلف است که عبارتند از: مسئولیت کیفری، مسئولیت مدنی و مسئولیت انتظامی. مسئولیت کیفری در نتیجه عمل و یا ترک عملی که قانون آن را جرم تلقی کرده است ایجاد می شود. مسئولیت مدنی در واقع وادار ساختن پزشک به جبران خسارتی است که در نتیجه درمان به بیمار وارد کرده است و مسئولیت انتظامی در نتیجه عدم رعایت قوانین و آئین نامه های صنفی و حرفه ای ایجاد می شود. ممکن است فردی مرتکب فعلی و یا ترک فعلی گردد که با توجه به نتایج حاصله هم مسئولیت مدنی و کیفری و هم مسئولیت انتظامی بدنال داشته باشد. برای تحقق مسئولیت پزشکی اعم از مسئولیت مدنی، کیفری و انتظامی سه شرط اساسی لازم است که عبارتند از: خطای پزشکی، وجود خسارت و رابطه سببیت.

تخلف انتظامی بر حسب مورد و اهمیت متفاوت بوده و به همین علت واکنش ها در برابر آن نیز متفاوت است و به مجازات های انتظامی مقرر در تبصره یک ماده ۲۸ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی که از تذکر شفاهی تا محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی را در بر می گیرد محکوم می شوند رسیدگی به اینگونه تخلفات به عهده دادسراها و هیأت های انتظامی سازمان نظام پزشکی گذاشته شده است. شرح وظائف و تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی مشتمل بر ۳۴ ماده در آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین پزشکی مصوبه شورایعالی سازمان نظام پزشکی آورده شده است از قبیل: رعایت قوانین و مقررات، عدم سهل انگاری در انجام وظائف قانونی، عدم افشای اسرار بیمار، عدم انجام اعمال خلاف شئون پزشکی، عدم تحمیل مخارج غیر ضرور به بیمار، رعایت تعرفه های خدمات پزشکی و ... و در فصل دوم همین آئین نامه مجازات های انتظامی مواد ذکر شده در آئین نامه آورده شده است. در سال ۹۳ تعداد ۶۵۰۰ نفر به عنوان شاکی به دادسراهای انتظامی کشور مراجعه نموده اند که از این تعداد پس از مصاحبه حضوری و بررسی ابتدایی محتویات پرونده و عدم احراز خطای پزشکی رضایت ۲۵٪ از مراجعین جلب شده است پس از تشکیل پرونده در دادسرا و برگزاری جلسات کارشناسی با حضور متخصصین مربوطه و با حضور شاکی و مشتکی عنه ۵۶٪ از پرونده ها و شکایت بیماران به علت اینکه قصوری متوجه پزشک معالج و کادر درمانی نبوده است قرار منع تعقیب صادر و ۴۴ درصد از پرونده ها با تشخیص احتمال قصور و خطای پزشکی کیفرخواست صادر شده است. بیشترین علت شکایت بیماران را عارضه ایجاد شده (۶۸ درصد) و تبلیغات غیرمجاز (۱۰ درصد) تشکیل داده اند و شکایت از تعرفه های درمانی علت ۹ درصد از پرونده ها را تشکیل می دهد.

هر چند بررسی آماری و مراجعین به دادسراها در شهرهای مختلف و مقایسه با تعداد جمعیت هر شهر، تعداد کادر درمانی، بار مراجعین سرپایی و بستری هر شهر بیانگر این نکته می باشد که علاوه بر مسائل و مداخلات درمانی و عوارض ایجاد شده برای بیماران فاکتورهای دیگر از قبیل میزان کادر درمانی به جمعیت منطقه، عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی بر میزان شکایت از کادر درمانی تأثیر گذار بوده اند که ضرورت دارد نقش این فاکتورها در کار گروه هایی متشکل از متخصصین جامعه شناسی، روان شناسی و ... مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

واژگان کلیدی: مسئولیت انتظامی، تخلفات صنفی، قصور، مسئولیت مدنی

مبنا و هدف مسؤولیت انتظامی پزشک، خاستگاه و غایت اخلاقی حقوق پزشکی
سید محسن سادات اخوی*

در پردچکیده است. چرا برای پزشک مسؤولیت انتظامی « چرایی » در پرداختن به مبنا، پرسش از پزشک با « برای چه » ایجاد می‌شود؟ اما در کنکاش از هدف، منظور این است که بدانیم مسؤولیت انتظامی مواجه می‌شود؟ پاسخ به این دو پرسش، به ویژه در مقایسه با مبنا و هدف مسؤولیت کیفری و مدنی، معلوم می‌گردد. لکن سؤال اساسی این است که چگونه می‌توان مسؤولیت انتظامی را در میانه دو نظام مسؤولیت فوق، بر قواعد اخلاقی مبتنی کرد؟ بی‌تردید این نظام، نه تابع اصل بنیادین قانونی بودن جرم و مجازات حاکم بر مسؤولیت کیفری است و نه می‌تواند به‌طور کلی فارغ از آن باشد چنان که در مسؤولیت مدنی است! ازسوی دیگر، همچنان که می‌توان دغدغه‌ی اجرای مقررات صنفی و قواعد اخلاق حرفه‌ای را داشت می‌توان و باید، نگرانی رعایت حقوق اساسی و ذاتی اشخاص را در سر پروراند. رسیدگی انتظامی یا اعمال مسؤولیت انتظامی و تعیین مجازات‌های آن، در هر صورت به محکومیت و محرومیت یک انسان از موقعیت و حق می‌انجامد. تابع اصل قانونی بودن جرم و مجازات نیست ولی در تعیین مبانی آن نیز نباید بی‌پروا بود! حقوق در تنظیم روابط اجتماعی به دنبال نظم و عدل است و بنیان آن بر دقت و وسواس در ارجاع فروع به اصول و مبانی است.

واژگان کلیدی: مبنا، مسؤولیت انتظامی، هدف مسؤولیت انتظامی، مقررات صنفی، شؤن حرفه‌ای، موازین علمی

* Email: m_sadat_s@yahoo.com

پذیرش بیماران توسط پزشک، الزام یا اختیار

احسان شمس‌گوشکی^۱، مهدی خسروی^۲

۱ - پزشک و متخصص اخلاق پزشکی، عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲ - کارشناس مسئول اخلاق پزشکی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

در عرصه‌ی اخلاق پزشکی امروز آنچه که حرفه‌مندان پزشکی به ویژه پزشکان انجام می‌دهند و می‌تواند در چهارچوب اخلاق حرفه‌ای موجه باشد را می‌توان به دو دسته‌ی کلی تقسیم کرد. دسته‌ی اول فعالیت‌ها یا اعمالی هستند که پزشکان اخلاقاً مکلف به انجام آن‌ها می‌باشند. بنابراین، ترک اینگونه از افعال بسته به نوع و شرایط زمینه‌ای می‌تواند پیامدهایی از جمله سرزنش اخلاقی، تنبیهات انتظامی و حتی مجازات حقوقی در بر داشته باشد. به عبارتی می‌توان گفت که پایبندی به این استانداردها، حداقل انتظارات از حرفه‌مندان پزشکی است.

دسته‌ی دوم از اعمال مذکور، آن‌هایی هستند که اگرچه عمل به آن‌ها از حرفه‌مندان پزشکی انتظار می‌رود اما ترک و انجام ندادن آن‌ها نمی‌تواند دستمایه‌ی سرزنش اخلاقی و یا تنبیه انتظامی و یا مجازات حقوقی قرار گیرد. از این استانداردهای اخلاقی گاه به‌عنوان ایده‌آل‌های اخلاقی یاد می‌شود. به عبارت دیگر ایده‌آل‌های اخلاقی فضیلت‌هایی هستند که حرفه‌مندان در پایبندی به آن‌ها مخیر تلقی می‌شوند. از سوی دیگر در دهه‌های اخیر بحث خودمختاری (اتونومی) پزشکان نیز در ادبیات اخلاق پزشکی بیش از پیش به چشم می‌خورد. طرفداران این مفهوم، عموماً آن را در مقابل مفهوم اتونومی بیماران مطرح می‌نمایند و معتقدند که توسعه اتونومی بیماران در حوزه پزشکی تا حدی خودمختاری پزشکان را تحت تأثیر قرار داده و آن را محدودتر از گذشته کرده است و برآند تا گستره اختیار پزشکان برای تصمیم‌گیری را توسعه ببخشند. در واقع می‌توان گفت در این رویکرد تعارضی بین حیطه اتونومی بیماران و پزشکان متصور است که در عمل مصادیق متعددی پیدا می‌کند. این مقاله بر آن است تا استدلال‌های موافق و مخالف در مورد «حق پذیرش یا عدم پذیرش بیماران» توسط پزشکان را بررسی نموده و به این سؤال کلیدی پاسخ دهد که آیا پذیرش بیمار توسط پزشک، یک تکلیف اخلاقی است (که در صورت عدم وجود تکلیف اخلاق رقیب الزاماً می‌بایست توسط پزشک دنبال شود) یا می‌توان آن را نوعی ایده‌آل اخلاقی به حساب آورد که پزشک در انجام یا عدم انجام آن مختار است.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، پذیرش بیماران، تکلیف اخلاقی، ایده‌آل اخلاقی

* Email: ehsanshamsi713@gmail.com

تعامل قانون و اخلاق و اثرات آن در عملی شدن اخلاق پزشکی**منصوره مدنی^{*}، نازآفرین قاسم زاده، انسیه مدنی**

دانشگاه علوم پزشکی تهران

قانون یکی از راهکارهایی است که غالباً برای کنترل رفتارها در بعد فردی، حرفه‌ای و سازمانی به کار گرفته می‌شود. این ابزار اگرچه قدرتمند است، علاوه بر این که هزینه‌ی بالایی را می‌طلبد، از ورود به بسیاری از حوزه‌های فردی و اجتماعی (مثل روابط شخصی افراد) ناتوان است و نیز ماهیتاً قادر به کنترل بسیاری از رفتارها نیست. از این رو، در بهترین وضعیت، باز هم نمی‌تواند جایگزین الزامات درونی پزشکان شود. با این وجود، قانون عامل مهمی برای حمایت اخلاق است و می‌تواند در عملی شدن اخلاق نقش بسزایی داشته باشد. برای نیل به این هدف، دخالت قانون در حوزه‌ی اخلاق نیاز به دقت و ظرافت بسیاری دارد. اولاً قوانین باید با اعتقادات، باورها و نیازهای جسمی و روحی افراد تا حد ممکن هم‌خوانی داشته باشند. ثانیاً اعمال قدرت و استفاده از ضمانت‌های اجرایی قانونی، بدون فرهنگ‌سازی‌های لازم، نامطلوب بوده و منجر به بیرونی شدن رفتارها می‌شود. مشارکت افراد ذی نفع در تنظیم مقررات شرط لازم برای رعایت آن است. بسیار مهم است که لزوم وجود قانون برای فرد مشخص شود و فرد متقاعد شود که وجود این قوانین، برای زندگی گروهی ضروری و به نفع همه است. ثالثاً قوانین سخت‌گیرانه اگرچه رفتار را به خوبی کنترل می‌کند، ولی موجب بیرونی شدن رفتارها می‌شود. درحالی‌که، براساس تحقیقات معتبر روان‌شناختی، اگر این قوانین زیاد سخت‌گیرانه نباشد، فرد اطاعت از آن را به اراده‌ی خود منتسب می‌کند و حتی در غیاب ناظر بیرونی، باز هم خود را ملزم به آن رفتار خواهد دانست. بنابراین در وضع قوانین و ساز و کارهای نظام سلامت و نیز در فرایند آموزش پزشکان، به باید این نکات توجه شده و از طریق آموزش مناسب قوانین و ایجاد زیرساخت‌های فرهنگی لازم، گروه پزشکی تا حد ممکن توجیه و متقاعد شوند، حتی در صورت امکان در تنظیم قانون دخالت داده شوند یا مورد مشورت قرار گیرند.

واژگان کلیدی: تعامل قانون و اخلاق، اخلاق پزشکی، کنترل، الزامات درونی

^{*} Email: mansuremadani@gmail.com

جایگاه اتونومی و اخذ برائت در قوانین کیفری

محمد کاظمیان*

رویکردهای نوین و حرفه‌ای در امور پزشکی، ضرورت بازنگری و پرداختن به اصول اخلاق حرفه‌ای را بیش از گذشته مورد تأکید قرار می‌دهد. مواجهه با مباحثی هم‌چون سقط جنین، رابطه پزشک و بیمار، پژوهش‌های پزشکی، 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 مراکز درمانی روشن می‌سازد. بدیهی است افزایش قابل توجه اطلاعات عمومی درخصوص سلامت و دسترسی مردم به منابع و دانش پزشکی، نکات تازه‌ای را در ارتباط اخلاقی پزشک با بیمار و پاسخگویی به سؤالات در تشخیص، نحوه درمان و مراقبت‌های بعدی و نیز عوارض حاصله ایجاد می‌نماید. رعایت شش اصل مهم اخلاقی در حرفه پزشکی (الف) حقوق انسانی، (ب) عدالت، (ج) راستگویی، (د) رازداری، (ه) ارائه مناسب خدمات درمانی، و (و) پیش‌گیری از عوارض، مورد توافق همه قرار گرفته و این اصول مبتنی بر اعطای چهار حق مهم برای بیمار یعنی (الف) خودمختاری فرد، (ب) سودمند بودن اقدامات تشخیصی درمانی، (ج) عدم زیانباری اقدامات و (د) رعایت عدالت، بنیان نهاده شده‌اند. اطلاع رسانی در خصوص امکان بروز عوارض در انجام اقدامات درمانی با تشخیص تهاجمی (invasive) علی‌رغم رعایت موازین فنی و علمی و به‌کارگیری تجهیزات سالم و ... وظیفه گروه پزشکی و حق اولیه بیمار می‌باشد. این موضوع با عبارت اخذ برائت به معنی بری الذمه بودن با رفع مسئولیت مدنی از پزشک در خصوص عوارض و صدمه احتمالی خواهد بود در ماده ۴۹۵ ق.م.ا این شرط به صراحت مورد تأکید قرار گرفته و البته در تبصره ۱ همین ماده، شرط عدم قصور یا تقصیر را مقدم بر اخذ برائت لحاظ کرده است. بدیهی است شرایط بیماران خاص مانند افراد نابالغ، مجنون، بیهوش و مانند آن متفاوت می‌باشد و اخذ برائت به ولی خاص یا عام واگذار شده است (تبصره ۲) هم‌چنین، در ماده ۴۹۷ به موارد ضروری برای نجات بیمار اشاره گردیده که امکان اخذ برائت وجود ندارد. آگاهی پزشکان از ضوابط و قوانین جاری کشور و برقراری تمهیدات حقوقی لازم در سیستم‌های درمانی از سوی مسؤولان فنی مراکز می‌تواند ضمن رعایت حقوق بیمار، پزشکان و کادر درمانی را از ایجاد مسئولیت قانونی و درگیری‌های قضایی و انتظامی دور نگه‌دارد.

واژگان کلیدی: خطای پزشکی، برائت، اخلاق پزشکی، قانون مجازات اسلامی

* Email: mk35172@gmail.com

**کاستی‌های سیاست کیفری تقنینی، قضایی و
اجرایی در اعمال مجازات نوین «اقدام درمانی»
مهدی خاقانی اصفهانی^۱، سمیرا حاجی صادقی^۲**

۱- استادیار پژوهشی حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه علوم قضایی و خدمات اداری، تهران

۲- استادیار بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم

سیاست‌گذاری حقوقی خصوصاً در امور کیفری، ماهیت میان‌رشته‌ای دارد؛ زیرا بزه‌کاران و بزه‌دیدگان و شهود بزه و پرسنل نظام عدالت کیفری (تقنینی، انتظامی، قضایی، اجرایی و...) متأثر از عوامل پرشماری مرتکب و قربانی جرم می‌شوند. این پرسنل، جرم‌انگاری و دادرسی و کیفردهی می‌کنند و در منظومه پدیده‌های مجرمانه نقش‌های متنوع پیش‌گیری، ارتکاب و پاسخ را ایفا می‌کنند. چندوجهی بودن جرم و چندبُعدی بودن پیش‌گیری از جرم و واکنش به آن، در بسیاری مسائل و راهبردها، ناظر بر تعامل دانش حقوق کیفری با دانش پزشکی است. تغییر رویکرد حقوق کیفری در حوزه اهداف مجازات‌ها - از ارباب و سزادهی بزه‌کار، به بازپروری و اصلاح و درمان وی - تحولات در قلمرو مجازات‌ها را نیز در پی داشت. درمان، به عنوان یک مجازات اصلاح‌گرانه به همراه بسیاری از دیگر جایگزین‌های حبس، جایگزین کیفرهای کلاسیک، جرم‌زا و ناهم‌سو با اهداف عدالت کیفری شد. تصمیم‌سازان سیاست کیفری تقنینی ایران نیز در راستای تغییر پارادایم عدالت کیفری و راهبردها و برنامه‌های آن، اگرچه در روندی کند نسبت به شتاب پیشرفت حقوق کیفری جهانی، «اقدام درمانی» را به موجب بند ۳ ماده ۸۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ و نیز در آیین‌نامه اجرایی ماده ۷۹ قانون مذکور، به فهرست مجازات‌های قانونی کشور افزودند. این تحول به شرطی موفق خواهد بود که بسترهای اجرایی و گفتمانی لازم مهیا شود؛ وگرنه، این کیفر جایگزین حبس، از همین ابتدا متروک خواهد شد و دست‌مایه بهانه برای بازگشت رویکرد نئوکلاسیک سزاده و جنبش‌های بازتولیدشدهی امنیت‌گرایی کیفری خواهد شد؛ و این پیامدی جز افت سرمایه اجتماعی و تعمیق شکاف وضع موجود با استانداردهای «دولت حقوقی» و دوری از تضمینات دادرسی عادلانه و منصفانه نخواهد داشت. این مقاله، پس از تبیین چرایی و چگونگی چرخش‌مدار حقوق کیفری از ترسانندگی ارباب‌گرایانه‌ی کیفرهای سنتی به واکنش‌های ترمیمی درمان‌مدار در قبال جرم، خلأ تقنینی در نحوه اجرای مجازات «اقدام به درمان» را توصیف می‌کند؛ تداوم غلبه گفتمان اقتدارگرایی کیفری بر ذهن غالب قضات کشور را آسیب‌شناسی تبارشناسانه می‌نماید و مشکلات ستادی حسن نظارت بر اجرای این مجازات نوین و مفید را به نقد می‌کشد. سپس، پیشنهادهایی برای تنقیح و ایضاح راهبرد مرجع برای نحوه کاربرست کیفر «اقدام به درمان» به شکل متناسب (بازدارنده در عین بازپرورانه) ارائه می‌کند.

واژگان کلیدی: سیاست کیفری، حقوق کیفری درمان‌مدار، تعامل پزشکی و کیفرشناسی، مجازات اقدام به درمان

* Email: mr.khaqani@ymail.com

آیا حکم فقهی و اخلاقی در اجرای مجازات مرتد توسط پزشک متعارض است؟ امید آسمانی*، صدیقه ابراهیمی

چگونگی برخورد یک پزشک با فرد مرتد مهدور الدم که حاکم شرع حکم او را صادر کرده (مانند سلمان رشدی) و حال به دلیلی به مراکز درمانی مراجعه کرده است مورد سؤال و شبهه قرار دارد که آیا پزشک باید او را از بین ببرد یا رویه‌ی اخلاقی خلاف آن است؟ بدیهی است توجه به بسترهای فلسفی و جهان بینی و میزان پایبندی مکلفین در عمل به دستورات شرعی در تعیین پاسخ صحیح نقش تعیین کننده دارد. این پژوهش با مطالعه‌ی منابع فقهی و فتاوی علمای مشهور در خصوص ارتداد و حکم مرتد و تطابق نظرات موجود با این فتاوی انجام شده است.

این شبهه، در یک بستر سکولار یا لائیک پاسخی متفاوت از یک بستر اسلامی اصیل دارد. توجه به جهان‌بینی اسلامی، فلسفه‌ی فقه و اخلاق اسلامی و به تبع آن تکلیف مقلد در عمل به فتاوی ولایت فقیه می‌تواند وجه تمایز پزشک مسلمان از پزشک غیرمسلمان را توصیف کند. از قول نبوی «انی بُعثتُ لاتمّم مکارم الاخلاق» این مهم برداشت می‌شود که اگر حکم استنباطی ولایت فقیه حکم خدا و رسولش باشد که هست، لذا، اجرای آن تحقق مکارم اخلاق است، گرچه در حال حاضر توجیه قابل قبولی برای آن پیدا نشود یا توجیهات موجود ضعیف باشد. حکم مهدور الدم شرعاً مشخص است و پزشک مسلمان به حکم مسلمانی‌اش باید با اخلاص و برای رضایت خداوند به وظیفه‌ی شرعی خود عمل کند. حکم شرع، حکم اخلاقی نیز هست و حکم خداوندی است که علم، حکمت، قدرت و سایر صفات او لازمانی، لامکانی، ازلی و ابدی است، لذا، توجیهات عقلی بشر می‌تواند و باید محدود، ناقص و فاقد اولویت تلقی شود. مسلمان بودن در لحظه به لحظه‌ی زندگی جاری است، چه فرد پزشک باشد و چه غیر پزشک. هر چه فرد مسلمان به دستورات وحیانی بیش‌تر عامل باشد، درجه‌ی ایمان و تقوا و قرب او به خداوند بالاتر است. باید توجه داشت که خط قرمزهای اصیل دینی با توجیهات بشری نباید خدشه دار شود، بلکه نهایتاً باید تلاش کرد تا با رویکردی دور اندیشانه به حکمت یا حکمت‌های آن احکام دست یافت.

واژگان کلیدی: حکم فقهی، حکم اخلاقی، درمان، مرتد

* Email: asemanio@sums.ac.ir

نشست نوزدهم:

اخلاق در سیاست‌گذاری نظام سلامت

پنج‌شنبه ۹۴/۱۱/۸

سالن شهید علیمحمدی (سالن ۴)

ساعت: ۱۵/۰۰-۱۳/۳۰

تعیین اولویت‌های کشوری اخلاق زیستی و اخلاق در علم و فناوری

محمد راسخ*، محمد مهدی آخوندی، فائزه عامری

اخلاق زیستی موضوعی نوپدید است که هم‌گام با پیشرفت علم و فناوری، موضوعات آن پیچیده‌تر و قلمرو آن گسترده‌تر شده است. پیچیدگی و گستردگی موضوعاتی که در اخلاق زیستی مطرح می‌شوند اجازه نمی‌دهند دولت‌ها هم‌زمان و به یک اندازه به تمام آن موضوعات بپردازند. از این رو، لازم است تدبیری اندیشید تا موضوعات مهم‌تر و فوری‌تر در اخلاق زیستی معطل نمانند و هر موضوعی بسته به اهمیتش در بستر جامعه و در زمان مناسب بررسی شود. بی تردید، پرداختن به هر یک از این موضوعات گاه نیازمند صرف هزینه‌های هنگفت است و آشکار است عدم درک صحیح از موضوعات تا چه حد می‌تواند موجب اتلاف منابع مادی و زمان شود. در واقع، اختصاص منابع باید متناسب با اهمیت و فوری بودن موضوعات اخلاق زیستی باشد. بر پایه‌ی این توضیحات، ضرورت اولویت‌بندی موضوعات مطرح در اخلاق زیستی به‌خوبی نمایان می‌شود. اولویت‌بندی موضوعات به ما کمک می‌کند منابع را در مسیر صحیح به‌کار گیریم و تحقیقات و مطالعات خود را صرف امور مهم‌تر و فوری‌تر کنیم. برای تعیین اولویت موضوعات مطرح در اخلاق زیستی باید به یک پرسش بنیادین پاسخ گفت: چگونه و مبتنی بر چه معیار(هایی) می‌توان موضوعات مهم در اخلاق زیستی را از موضوعات کم اهمیت تر بازشناخت. این پرسش شالوده‌ی طرح پژوهشی حاضر است که بنا دارد با انجام مطالعات نظری و میدانی پاسخی مناسب و درخور به این دست پرسش‌ها دهد. در مطالعه‌ی نظری، موضوعات مطرح در اخلاق زیستی و معیارهای اولویت‌بندی مشخص می‌شوند. در مطالعه‌ی میدانی، صاحب نظران و متخصصان مربوط، مبتنی بر معیارهای ارائه شده در مطالعه‌ی نظری، دیدگاه‌های خود را پیرامون اولویت موضوعات اخلاق زیستی مطرح می‌کنند. ارزیابی و برآورد آماری این دیدگاه‌ها نشان می‌دهد از دید متخصصان و صاحب نظران داخلی، کدام موضوعات در اولویتند که باید برای آن‌ها برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی کرد.

* Email: m-rasekh@sbu.ac.ir

مراقبت و نظارت شامل منع تولید نسل

علیرضا میلانی فر*

مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، کمیته پژوهشی دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

در اواخر سال ۱۳۹۱ (۲۰۱۳) مجلس ایران قانونی با عنوان قانون حمایت خانواده به تصویب رساند که برابر مقررات از تاریخ ششم اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۲ برای کلیه سکنه‌ی ایران لازم‌الاجرا شد. در آن زمان بحث‌های زیادی در حول محور این قانون درگرفت و موافقان و مخالفان آن داد سخن دادند. لیکن در طوفان اظهارنظرها به‌ویژه در خصوص اموری نظیر چند همسری مردان و شرایط آن و نیز ازدواج موقت و تغییراتی در آئین دادرسی، ماده ۲۳ قانون و به‌ویژه تبصره آن از نظرها دورماند و به همان شکل مندرج در پیش-نویس به تصویب رسید. اینک در بدو امر و برای تنویر و تشحیذ، متن ماده و تبصره آن عیناً از روزنامه رسمی شماره ۱۹۸۳۵ مورخ ۹۲/۱/۲۲ کشور ایران درج می‌گردد:

ماده ۲۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف یک‌ماه از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون، بیماری‌هایی را که باید طرفین، پیش از ازدواج علیه آن‌ها واکسینه شوند و نیز بیماری‌های واگیردار و خطرناک برای زوجین و فرزندان ناشی از ازدواج را معین و اعلام کند. دفاتر رسمی ازدواج باید پیش از ثبت نکاح، گواهی صادر شده از سوی پزشکان و مراکز مورد تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دال بر عدم اعتیاد به مواد مخدر و عدم ابتلا به بیماری‌های موضوع این ماده و یا واکسینه شدن طرفین نسبت به بیماری‌های مذکور را از آنان مطالبه و بایگانی کنند.

تبصره: چنانچه گواهی صادر شده بر وجود اعتیاد و یا بیماری دلالت کند، ثبت نکاح در صورت اطلاع طرفین بلامانع است. در مورد بیماری‌های مسری و خطرناک که نام آن‌ها به‌وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و اعلام می‌شود، طرفین جهت مراقبت و نظارت به مراکز تعیین شده معرفی می‌شوند. در مواردی که بیماری خطرناک زوجین به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منجر به خسارت به جنین باشد، مراقبت و نظارت باید شامل منع تولید نسل نیز باشد.

با توجه به اینکه قانون مذکور در حال حاضر لازم‌الاجرا است باید نخست از منظور حقوقی تحلیل گردد و در فرض رفع ابهام و اجمال حقوقی، به نقد اخلاقی گذاشته شود. چه آن که در بادی امر نیز نمی‌توان دست‌کم در ظاهر، عدم انطباق انشای قانون با اصول اخلاق پزشکی و نیز مواد ۱۶ و ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر و مواد ۶ و ۷ و ۱۷ و ۲۳ و ۲۴ میثاق بین‌المللی حقوقی و سیاسی و مدنی را از نظر دور داشت.

اما قانون صرف‌نظر از مهلت یک‌ماهه آن که ظاهراً از نظر وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (علی‌رغم گذشت بیش از دو سال و نیم) هنوز سر رسید نشده، به بیماری‌های مسری و خطرناک اشاره دارد. شاید بهتر بود قانون‌گذار وصف «مسری و یا خطرناک» را انشاء می‌کرد تا این ابهام که بیماری‌های فهرست باید هم مسری و هم خطرناک باشند از ذهن زدوده شود. هم‌چنین، به واکسیناسیون اجباری بیش از ازدواج اشارتی رفته که به‌نظر نمی‌رسد بتوان افراد را به صرف رد واکسن از ازدواج یا ثبت آن محروم نمود. این موضوع از آنجا محل توجه است که در ادامه ماده قانون تنها ثبت در صورت وجود بیماری و اعتیاد مورد توجه قرار گرفته که فروض رد درمان یا واکسن را شامل نمی‌شود. به هر روی حق بر رد درمان یا قطع آن در هر مرحله با رضایت و آگاهی کامل، امری است که در پزشکی شناخته شده و به‌ویژه در اخلاق پزشکی بر آن تأکید فراوانی شده است. اما آنچه از منظر حقوقی بیش‌تر قابل مذاقه به‌نظر می‌رسد عبارات مهم تبصره ماده ۲۳ است که بخشی از آن عیناً به جای عنوان بحث حاضر نشده است.

آنجا که گفته شده «ثبت نکاح در صورت اطلاع طرفین بلامانع است» معلوم نیست که آیا اطلاع از ویژگی‌های پزشکی یکدیگر حق

* Email: amilanifar@yahoo.com

آنان است یا تکلیف و این که چه کسی در برابر این حق متعهد است. به عبارت دیگر آیا سردفتر اسناد رسمی باید مدلول گواهی را به طرفین تفهیم کند یا آنان خود باید بر استطلاع از گواهی قیام نمایند. شاید هم پزشکان باید به این مهم یعنی آگاهسازی زوجین دست یازند. در این خصوص نیز علاوه بر رفع ابهام از قانون تطابق آن با اصول مسلم اخلاق پزشکی باید مورد توجه واقع شود. اما مهم‌ترین محل مناقشه در متن قانون اشاره بر منع تولید نسل است که از آن ممنوعیت تولیدمثل به ذهن متبادر می‌گردد. به نظر می‌رسد در جهان امروز اقداماتی با هدف ناباروری اجباری افراد عمیقاً محل تأمل قرار گرفته و به آسانی نمی‌توان حتی در قالب قوانین ملی به چنین امری دست یازید. ضمن آن که عبارات خسارت به جنین و مراقبت و نظارت نیز باید به دقت مورد توجه قرار گیرند تا تفسیر به-رأی آن‌ها موجبات تسلط ناحق دولت بر خصوصی‌ترین امور زندگی مردم را فراهم نیاورد. آیا منظور از مراقبت و نظارت، تشخیص و درمان و پی‌گیری است و یا در فرض عدم درمان، نگهداری و ایجاد تسهیلات لازم برای ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی افراد (پدر و مادر و فرزند) و یا هر دو مورد آنها؟. به هر روی به نظر می‌رسد صرف‌نظر از میزان توجه به موازین حقوقی و ظریف قانون‌نویسی، وزارت بهداشت باید به سرعت نسبت به اجرای تکالیف خود ناشی از این قانون اقدام نماید.

واژگان کلیدی: قانون حمایت خانواده، اخلاق پزشکی، منع تولید نسل

طرح تحول نظام سلامت، دیدگاهی تک‌بعدی به جایگاه کمیته‌ی اخلاق بیمارستان**نسرین نژادسروری***

دکترای اخلاق پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران

امروزه، کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در نظام سلامت کشورها جایگاه ویژه‌ای پیدا کرده‌اند و سازمان‌دهی و استقرار آن‌ها در راستای هدف والای این کمیته، صرفاً جایگاه قانونی خاصی را تعبیه نمی‌کند. طرح تحول سلامت که از اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ با هدف برخورداری مردم از خدمات شایسته در حوزه‌ی بهداشت و درمان آغاز شده است، فعالیت‌های خود را در قالب بسته‌های خدمتی سلامت ارائه می‌کند و مطابق این طرح، محدوده‌ی فعالیت کمیته‌ی اخلاق بیمارستان و معیار انتخاب اعضا، تطابق چندانی با اهداف اصلی این کمیته ندارد.

امروزه، ارتقای روش‌های درمانی و تشخیصی، معضلات اخلاقی جدیدی را در فرایند معالجه‌ی بیماران پدید آورده است و احتیاج کادر درمان به استعانت از منبعی مستقل و معتمد را بیش از پیش می‌کند که متأسفانه این مهم در طرح تحول نظام سلامت به فراموشی سپرده شده است.

در این مقاله ضمن بیان اهمیت نقش کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در نظام سلامت، ضرورت استقرار این کمیته را بر اساس طرح تحول نظام سلامت نقد و بررسی می‌کنیم.

بدیهی است که سیاست‌گذاران نظام سلامت نباید سازمان‌دهی این کمیته را محدود به موقعیت قانونی خاص کنند، چرا که تحت این شرایط تشکیل کمیته‌ی اخلاق بیمارستان نمی‌تواند چاره ساز مشکلات موجود در محیط بالینی باشد.

واژگان کلیدی: کمیته‌ی اخلاق بیمارستان، طرح تحول نظام سلامت، بیمارستان

* Email: n_nejadsarvari@yahoo.com

پیش‌گیری رابعه یا سطح چهارم، الزامی اخلاقی

مهران سیف‌فرشد*

دکترای تخصصی اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

در جهانی که علاقه‌مندی بیش از حد در مورد گسترش مسائل سلامتی و افزایش امکانات و اقدامات قابل انجام وجود دارد، این پرسش مورد بحث است که چه درجه‌ای از مداخله‌ها و فناوری برای سلامت جامعه و ارتقای آن مورد قبول است. متناسب بودن مداخلات، روش‌ها و فناوری‌های زیستی و پزشکی برای افراد، جامعه و حتی محیط زیست نیاز به مشاوره و مطالعه‌ی جامع از منظر ابعاد گوناگون دارد و این ضرورت به شدت احساس می‌شود. به‌طور کلی، تحت عناوینی هم‌چون پیش‌گیری، هیپوهی زیادی در مورد بیماری‌ها و اقدامات جدید مراقبت‌های سلامتی وجود دارد که تجدید نظر در مورد اهداف و فلسفه‌ی مراقبت‌های سلامتی را ضروری می‌کند. به‌خصوص در فضایی که سطح بالایی از عدم اطمینان وجود دارد، سخت‌ترین موضوع برای جامعه‌ی پزشکی و سلامتی این است که تصمیم بگیرد به دنبال اقدامات بیش‌تر نرود و از بیماران و جامعه در قبال اقدامات غیرضروری محافظت کند. پیش‌گیری رابعه یا سطح چهارم، پیش‌گیری از مداخلات غیر ضروری پزشکی است و به پیش‌گیری از خطرات خدمات تشخیصی، درمانی و پیش‌گیرانه‌ی غیر ضروری اطلاق می‌شود. این سطح از پیش‌گیری توسط پزشک بلژیکی به نام مارک جاموله در سال ۱۹۸۶ مطرح شد. دانش جدید اشاره به این واقعیت دارد که خود پیش‌گیری نیز می‌تواند سبب آسیب شود. در حال حاضر تحت مفهوم پیش‌گیری سطح چهارم تلاش‌ها در جهت پیدا کردن ابزارها و شاخص‌های صحیح مراقبت پیش‌گیرانه، با توجه به اصل قدیمی پزشکی ابتدا آسیب نرسان متمرکز شده است. پیش‌گیری سطح چهارم در حقیقت می‌تواند مجموعه‌ای از فضایل (به‌عنوان مثال حزم و خرد)، اصول، و قواعد اخلاقی باشد که اصول ضرر نرساندن، سودرسانی و اتونومی و اخلاقیات مشترک را نیز در کنار خود دارد.

واژگان کلیدی: پیش‌گیری رابعه، مداخلات غیرضروری پزشکی، مارک جاموله

* Email: drsayf@gmail.com

تحلیل تفاوت‌های اخلاقی در سلامت عمومی و عملکرد بالینی فروزان اکرمی*، علیرضا زالی، محمود عباسی

با توجه به تمرکز سلامت عمومی بر روی جمعیت، این حوزه همواره با دوراهی‌هایی درباره وسعت مناسب دستیابی به آن و تزامم اخلاقی فعالیت‌های سلامت عمومی با آزادی‌های فردی مواجه بوده است. بنابراین، پیش از تدوین یک چارچوب عملی اخلاقی نظام مند، برای ارزیابی سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت عمومی، نیاز به شناخت تفاوت‌های فعالیت‌های این دو حوزه است. از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف شناسایی تفاوت‌های عملکرد سلامت عمومی و عملکرد بالینی، و تحلیل کاربرد اصول اخلاقی در این دو حیطه در سال ۱۳۹۴ صورت گرفته است. برای انجام این مطالعه واژه‌های اخلاق سلامت عمومی و چارچوب عملی یا نظری در پایگاه‌های اطلاعاتی پاب مد و گوگل اسکولار با حساسیت بالا جست‌وجو و با استفاده از دو روش forward, backward، ۱۴ مقاله منتشره درباره‌ی چارچوب‌های عملی و نظری اخلاق سلامت عمومی از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۵ یافت و به روش تحلیل محتوی کیفی، مرور و تحلیل شد.

تحلیل محتوی نشان می‌دهد که عملکرد سلامت عمومی، جمعیت محور، مبتنی بر سیاست، قانون و مقررات، بهداشت، بهسازی محیط، رفتارهای سالم برای پیش‌گیری از آسیب و بیماری، و ارتقای سلامت و نیک‌زیستی جامعه است. درحالی که عملکرد بالینی، بیمار محور و مبتنی بر مداخلات درمانی است که توسط تعداد محدودی از متخصصان آموزش دیده‌ی بالینی مانند پزشکان، پرستاران و ماماها و پیراپزشکان ارائه می‌شود. از این رو، اغلب یک تلاش فردی است که اصل عدالت در آن مصداقی نداشته، در عوض، رعایت استقلال و انتخاب بیمار در آن ارجح است. در حالی که در سلامت عمومی، اصل عدالت با تاکید بر عدالت اجتماعی و حقوق مراقبت سلامت، کاهش نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت و پیامدهای سلامت محوریت دارد. از این رو، در طراحی یک چارچوب عملی برای اخلاق سلامت عمومی نیاز است تا پس از تعیین اهداف غایی سیاست یا برنامه سلامت، و ارزیابی اثربخشی آن، اصل عدالت در اجرای عادلانه‌ی برنامه، و نیز توزیع منصفانه‌ی منافع و بارهای برنامه در جمعیت در نظر گرفته شود. واژگان کلیدی: سیاست‌گذاری سلامت، واژگان کلیدی: اخلاق سلامت عمومی، عملکرد بالینی، عدالت، اتونومی

* Email: froozan_akrami@yahoo.com

بررسی جایگاه عدالت اجتماعی در نظام سلامت

اعظم شریفی*

کارشناس شنوایی شناسی، دانشجوی دکتری علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

عدالت یکی از ضروری ترین مفاهیم حوزه های مختلف علوم و به عنوان یک ارزش در تاریخ بشر مورد توجه اکثر مکاتب و جوامع بشری بوده است. عدالت در نظام سلامت به این معنی است که هر فرد انسانی حق دارد در تمام طول عمر خود از امکانات بهداشتی و درمانی برای رسیدن به حد اعلای سلامت بر خوردار گردد و به عنوان موجودی الهی لایق بهترین، کارآمدترین و ایمن ترین خدمات سلامت باشد و عدالت اجتماعی توجه به نیازهای سلامت همه افراد و اقشار جامعه را در بر می گیرد. در این تحقیق به بررسی جایگاه عدالت اجتماعی در نظام سلامت از نقطه نظر بیمارانی که جهت دریافت خدمات شنوایی شناسی به دفتر ارزیابی شنوایی شهرستان شهریار مراجعه نموده بودند، پرداخته شد: پژوهش با رویکرد کیفی به موضوع بررسی عدالت اجتماعی در نظام سلامت از دیدگاه بیماران در دفتر ارزیابی شنوایی شناسی شهرستان شهریار صورت گرفت. جهت به دست آوردن داده ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۳ سؤال در حیطه بررسی عدالت اجتماعی در نظام سلامت صورت پذیرفت. نمونه پژوهشی به طرز هدفمند در رده سنی ۶۸- ۲۵ سال قرار داشتند و مصاحبه با ۶۱ بیمار در بازه زمانی ۶ ماه اشباع نظری داده ها را فراهم آورد. نتایج نشان داد که توزیع منصفانه سرمایه ها در نظام سلامت از جایگاه قوی برخوردار نیست و افراد فارغ از تفاوت های اقتصادی در این نظام از مزایای کاملاً مساوی برخوردار می شوند و به دلیل کم رنگ بودن توزیع منصفانه، شیب درجه بی عدالتی در نظام سلامت برای گروه های کم در آمد با تندی بیشتری همراه می باشد. توزیع برابر در نظام سلامت به منزله توزیع منصفانه محسوب نمی شود، بهره مندی از خدمات یکسان در صورتی از جایگاه قوی و مناسب برخوردار خواهد شد که افراد به لحاظ عدالت اجتماعی در عرصه اقتصادی نیز در شرایط یکسان باشند بنابراین به هر میزان که شکاف افراد از حیث در آمد بیشتر باشد نابرابری عدالت اجتماعی در نظام سلامت بیشتر نمایان خواهد شد. بالواقع نابرابری در نظام سلامت را می توان از معیارهای بی عدالتی اجتماعی در حوزه اقتصادی نیز بر شمرد و توجه نژاد و همزمان به این دو مقوله در سیاست گذاری های اجتماعی و بهداشتی شایان توجه می باشد.

واژگان کلیدی: عدالت اجتماعی، نظام سلامت، بیماران

* Email: sharifi_azam2013@yahoo.com

نشست عمومی ۱

پنج شنبه ۹۴/۱۱/۰۸

سالن شهید علیمحمدی (سالن ۴)

۸/۳۰-۱۰/۰۰

اولویت‌بندی ارزش‌های اخلاق پرستاری با استفاده از رویکرد تحلیل سلسله مراتبی (AHP) و میزان رعایت آن‌ها در یکی

از بیمارستان‌های آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران: ۱۳۹۱

احمد براتی مارنانی^۱، فاطمه قورچانی^{۲*}، علی محمد خاتمی فیروزآبادی^۳، حمید حقانی^۴، فریده گلدوست مرندي^۵، مژگان عسگری^۶، فاطمه زارعی^۶

۱- استادیار گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - نویسنده مسئول

۳- استادیار دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبائی

۴- استادیار گروه آمارحیاتی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۵- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

۶- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

مراقبت‌های پرستاری به‌عنوان یک جزء اساسی از خدمات بهداشتی درمانی از اهمیت بسیاری برخوردار است و اخلاق در پرستاری عامل بسیار مهمی در مراقبت محسوب می‌شود. مسؤولیت ذاتی پرستاری رعایت حقوق انسانی و ارزش‌های اخلاقی است. هدف اصلی این مطالعه اولویت‌بندی ارزش‌های اخلاق پرستاری با استفاده از نظر متخصصان و رویکرد AHP و مقایسه میزان رعایت این ارزش‌ها از دیدگاه بیماران و پرستاران در یکی از بیمارستان‌های آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده است. این مطالعه توصیفی تحلیلی و مقطعی بوده و در یکی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در نیمسال اول ۱۳۹۱ انجام شد. برای اولویت‌بندی ارزش‌ها پرسشنامه‌ای مطابق با رویکرد AHP طراحی و توسط متخصصان اخلاق پرستاری تکمیل گردید. پرسشنامه‌ای دیگر مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک و ۳۷ سؤال درخصوص میزان رعایت ارزش‌های اخلاق پرستاری طراحی گردید. برای تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوی و هم‌چنین، برای تعیین پایایی از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد (۰/۸۹). پرسشنامه توسط ۱۰۰ بیمار و ۱۰۰ پرستار تکمیل گردید. اطلاعات به‌دست آمده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج نشان داد در اولویت‌بندی ارزش‌ها، مسؤولیت‌پذیری، حفظ حریم خصوصی بیماران، احترام به مددجو/ بیمار، در اولویت اول تا سوم قرار گرفتند. هم‌چنین، مشاهده شد در رعایت ارزش‌های اخلاق حرفه‌ای تفاوت معنی داری از دیدگاه بیمار و پرستار وجود دارد ($P=0/001$). با توجه به اولویت‌ها در مطالعه حاضر، پرستاران ارزیابی عملکرد اخلاقی خود را بالاتر از بیماران گزارش کردند. لذا با توجه به نتایج این مطالعه ارزیابی مداوم عملکرد اخلاقی پرستاران در بیمارستان‌ها توسط مدیران پرستاری و تدوین برنامه‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای در ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: ارزش‌های اخلاق پرستاری، رویکرد تحلیل سلسله مراتبی، اولویت‌بندی

* Email: fghoorchiani@yahoo.com

حقیقت‌گویی در پزشکی: یک مرور سیستماتیک**زینب درخشان^{۱*}، احسان شمس‌گوشکی^۲**^۱ - دانشجوی دکترای تخصصی اخلاق پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران^۲ - استادیار مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مسأله‌ی حقیقت‌گویی همیشه در زندگی بشر با مباحث هستی‌شناختی، فلسفی، روان‌شناختی و اخلاقی همراه بوده است و این موضوع به‌عنوان یک پیش شرط در مراودات انسانی برای ایجاد یک ارتباط درست و عمیق و ایجاد حس اعتماد ضروری بوده است. در اخلاق عمومی هم انسان‌ها به سبب این‌که همیشه دنبال خیر هستند، در لزوم پایبندی به اصل اخلاقی حقیقت‌گویی و دوری از دروغ و فریبکاری نیاز به استدلال ندارند، منتها گاهی ترجیهاتی پیش می‌آید که ضرورت رعایت امر حقیقت‌گویی در هاله‌ای از ابهام فرو می‌رود و چالش‌های اساسی اخلاقی در این زمینه مطرح می‌شود. در دنیای پزشکی، پزشکان از همان زمان‌های دور در بین مردم از جایگاه و منزلت خاصی برخوردار بوده‌اند و بیماران همیشه با دید اعتماد به اطباء می‌نگریسته‌اند، این نگاه قیّم مابانه نسبت به پزشکان ادامه داشته است تا از اوایل قرن نوزدهم میلادی که تحول بزرگی در فرهنگ حاکم بر اکثر جوامع بین‌المللی خصوصاً جوامع اروپای و آمریکایی رخ داد که باعث شد مردم از جمع‌گرایی به طرف فردگرایی گرایش پیدا کنند و کم‌کم حق افراد بر دانستن و حق بر خودمختاری در حیطه‌ی پزشکی پررنگ شد و این حقوق بیماران به‌صورت قوانین بین‌المللی درآمد. در این مقاله‌ی مروری مقالات چاپ شده در pub med با کلیدواژه‌های حقیقت‌گویی و اخلاق زیستی در ۵ سال اخیر که دسترسی رایگان داشتند به‌طور سیستماتیک مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است که نتایج آن‌ها نشان می‌دهد که نظر اکثر مردم دنیا مبنی بر لزوم رعایت اصل احترام به اتونومی و ارائه‌ی اطلاعات مربوط به تشخیص، درمان و پیش‌آگهی به بیماران است. منتها در ادامه‌ی مطالعات، مطالب حاکی از این هستند که این هنر پزشک است که با آموزش و یادگیری روش‌های برقراری ارتباط سازنده با بیماران به‌نحوی به این اصل عمل کند که هم حق مریض به‌طور شایسته و بایسته در مورد احترام به اتونومی و حق دانستن ادا شود و هم به اصل سودرسانی و ضرر نرساندن به بیمار خدشه وارد نشود.

واژگان کلیدی: حقیقت‌گویی، اخلاق زیستی، اتونومی* Email: derakhshanz@razi.tums.ac.ir

پرستاران و اصول اخلاقی در بحران

مهديه نژاد شفیعی*

دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری نظامی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران

شرایط استرس زای حاکم بر حوادث ممکن است تصمیم‌گیری منطقی و صحیح را از سوی کارکنان سیستم سلامت، پزشکان و پرستاران مختل کند. آنچه مهم است این است که در چنین شرایطی زمان به عنوان با ارزش‌ترین فاکتور، حفظ شده و سپس تلاش در جهت ایجاد بیش‌ترین همبستگی میان منابع و خدمات و خسارات صورت پذیرد. کارکنان سیستم سلامت به دلیل ارتباط نزدیک با زندگی و مرگ انسان‌ها بیش‌تر از سایر گروه‌های درگیر در مواجهه با مسایل اخلاقی حاکم بر شرایط استرس زا روبه رو هستند که باید در این زمینه موارد اخلاقی و انسانی را در نظر داشته باشند. در زمینه اصول اخلاق پزشکی در بلایا که باید توسط کارکنان و سازمان‌های مرتبط با سیستم سلامت رعایت شوند، به نظر می‌رسد اصول زیر از اهمیت بالایی برخوردار باشند: احترام به آزادی و اختیار فردی، حفظ حریم شخصی افراد، عدالت، مفید بودن، مضر نبودن، رعایت صداقت، همکاری و مشارکت، حمایت از افراد در معرض خطر، نظارت، اتخاذ تصمیم معقول و پاسخگو، دادن اطمینان و آرامش به مردم. وظایف اخلاقی کارکنان سیستم سلامت اعم از پزشکان، پرستاران و ...: قبل از رخداد حادثه: آماده سازی اعضای خانواده برای فوریت‌ها، شرکت در جلسات آماده سازی، شرکت در تمرینات لازم برای مواجهه با بلایا، دانستن قوانین و مسائل حقوقی در اورژانس‌ها در طول حادثه: استفاده از نهایت شایستگی‌های فردی و حرفه‌ای در کمک به بهبود شرایط، استفاده از جدیدترین ابزارها و منابع اطلاعاتی. بعد از حادثه: شرکت در جلسات ارزیابی، ایجاد یک نیاز اجتماعی - روانی در خود و خانواده و اطرافیان و ترغیب به آموزش اطلاعات، شرکت در فعالیت‌ها و تمرینات برای تحکیم نقاط قوت و اصلاح نقاط ضعف. از آن جا که کشور ما یک کشور بلاخیز بوده و در طول تاریخ حوادث طبیعی و غیر طبیعی زیادی منجر به از دست رفتن منابع انسانی و مالی بسیاری شده است، قطعاً آشنایی پرستاران با اصول اخلاقی در بلایا منجر به جلوگیری از آسیب بیش‌تر، جلوگیری از دستپاچگی امدادگران و تصمیم‌گیری صحیح در مواجهه با مسایل خاص اخلاقی می‌شود.

واژگان کلیدی: بحران، پرستاران، اصول اخلاقی

* Email: nejadshafiee.mahdiye@gmail.com

**لزوم نظارت مستمر اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی: مطالعه مروری
سمانه تیرگر، فرزانه زاهدی، ندا مهرداد*، باقر لاریجانی**

برای تمامی محققان حوزه علوم پزشکی، اعضای کمیته‌های اخلاق، سیاست‌گزاران این حوزه، و شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های علمی، نیاز به دانش و راه‌کارهای عملی برای ارزیابی اخلاقی و نظارت دائم بر پژوهش‌ها به‌منظور جلوگیری از سوء استفاده یا ضرر و خطر احتمالی، واضح و مبرهن است. هرچند راهنماهای اخلاقی متعددی در حوزه پژوهش در سطح ملی و بین‌المللی تدوین شده‌اند، اما یکی از مهم‌ترین عواملی که رعایت اصول و کدهای اخلاقی در میدان پژوهش را تضمین می‌نماید، وجود نظارت مستمر در مراحل مختلف اجرایی طرح‌های پژوهشی است. متأسفانه این موضوع در کشور ما چندان مورد توجه نبوده و حتی در «آیین‌نامه بازنگری شده کمیته‌های منطقه‌ای اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی» نیز مورد تأکید لازم قرار نگرفته است. هرچند لزوم کسب تأییدیه کمیته‌های اخلاق در پژوهش، راه را بر تصویب طرح‌های دارای جنبه‌های غیراخلاقی احتمالی سد می‌نماید، ولی رعایت اصول و راهنماهای اخلاقی توسط پژوهشگران نیاز به ارزیابی مکرر دارد. این در حالی است که مطالعات موجود در کشور نشانگر عدم وجود چنین نظارتی می‌باشند. این مطالعه به شیوه‌ی کتابخانه‌ای، پاسخ به دو سؤال اصلی و مهم را در منابع ملی و بین‌المللی مرور می‌کند و آن این‌که چه مواردی باید در پایش اخلاقی طرح‌های پژوهشی مصوب، مورد توجه قرار گیرند؟ بهتر است چه کسانی عهده‌دار نظارت مستمر اخلاق باشند؟ همچنین در لابه لای متن، به برخی از مدل‌های نظارت اخلاق بر طرح‌های پژوهشی در سایر کشورها اشاره خواهد شد. امید است که این مطالعه، گامی نخستین و مؤثر در اجرایی شدن نظارت مستمر اخلاقی باشد.

واژگان کلیدی: پژوهش‌های علوم پزشکی، کمیته‌های اخلاق، نظارت مستمر

* Email: nmeherdad@tums.ac.ir

اصول اخلاق پزشکی در رساله بایسته‌های اخلاق پزشکی رازی

مجید سرنی زاده*

یکی از حوزه‌های بنیادین در سنت پزشکی ایران، رعایت موازین اخلاقی در این حرفه است و تاکید بر راهنما قراردادن اصول اخلاقی در این حرفه در جای جای آثار پزشکان ایرانی قابل مشاهده بوده است. یکی از منابع ارزشمند و پرمغز در این حوزه کتاب بایسته‌های اخلاق پزشکی حکیم رازی است که قریب به سی سال است بر ما مکشوف شده است. در این مطالعه توصیفی و کتابخانه‌ای به بررسی توصیه‌های رازی در این کتاب پرداخته ایم و مطابقت آن‌ها با اصول چهارگانه اخلاق پزشکی جدید و محورهای اخلاق پزشکی را بررسی کرده‌ایم. بررسی رساله بایسته‌های اخلاق پزشکی رازی نشان می‌دهد که وی رعایت اصول اخلاقی را از ملزومات حرفه‌ای می‌دانسته است. تاکید او بر پرهیز از نگاه مشتری‌گونه به بیمار موید این نظر است که او بیمار را یک سازواره مکانیکی نمی‌داند و توجه مکرر رازی به ویژگی‌های روانی، فرهنگی و عقاید بیمار و تاکید بسیار بر شکل‌گیری یک رابطه درمانی موفق و نزدیک میان بیمار و پزشک موید اتخاذ مدل زیستی - روانی - اجتماعی توسط این حکیم برجسته می‌باشد. در جای‌جای توصیه‌های او به‌صورت مستقیم و غیر مستقیم رعایت اصول اخلاق پزشکی نوین و اخلاق حرفه‌ای دیده می‌شود و تحلیل رساله‌هایش نشان می‌دهد که اصول سودمندی، ضرر نرساندن و اصولی چون عدالت و خودمختاری بیمار به ترتیب و با اولویت مبنای عمل قرار می‌گرفته است.

واژگان کلیدی: اصول اخلاقی، رازی، رساله بایسته‌های اخلاق پزشکی

* Email: majidsarnay@yahoo.com

اجرای مدیریت خطر بالینی؛ رویکردی برای احترام به حقوق ایمنی بیماران جمیله فرخ زادیان^۱، فریبا برهانی^{۲*}، ناهید دهقان نیری^۳

۱- استادیار گروه بهداشت همگانی، دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- دانشیار، گروه اخلاق پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و قانون پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استاد، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دریافت مراقبت سلامت ایمن و عاری از خطر حق همه‌ی افراد است. بیماران نیز انتظار دارند مراقبت از آن‌ها علاوه بر تطابق با بهترین شرایط و استانداردها و آخرین شواهد علمی و بالینی، سلامتی ایشان را دچار مخاطره نسازد. پدیده‌ی مدیریت خطر بالینی یکی از مباحث مهم و از اولویت‌های بهبود کیفیت در محیط‌های پیچیده و پرخطر بالینی مانند بیمارستان‌هاست. از آنجایی که پرستاران نقش مهم و حیاتی در ایمن نگه داشتن بیماران با اجرای فرایند مدیریت خطر بالینی دارند، این مطالعه با هدف تبیین دیدگاه‌های پرستاران در مورد حقوق ایمنی بیماران در مدیریت خطر بالینی طراحی شد. مطالعه‌ی حاضر با روش تحلیل محتوای کیفی مرسوم انجام شد. ۲۰ پرستار به روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری از سه بیمارستان مراقبت جسمی و آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان انتخاب شدند. روش عمده‌ی جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌ی نیمه‌ساختار بود. نمونه‌گیری با اشباع داده‌ها و تکمیل طبقات خاتمه یافت. داده‌ها با استفاده از رویکرد amp; Graneheim& Lundman مورد تحلیل قرار گرفتند.

از نرم افزار MAXQDA و برای مدیریت داده‌ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به ظهور درون مایه‌ی پذیرش ایمنی به عنوان حق بیمار شد که مشتمل بر سه طبقه‌ی تعهد نسبت به حقوق ایمنی بیمار، احترام به ارزش‌های انسانی و الزام به عملیاتی کردن حقوق بیمار، بود. طبقه سوم نیز از زیر طبقات جلب مشارکت، اطلاع رسانی و آموزش، سنجش و ارتقای رضایتمندی، اظهار خطا به بیمار (آشکارسازی خطا)، حفظ موازین شرعی و مدیریت شکایات، تشکیل شد. یافته‌های این مطالعه، بینش و درک جدیدی راجع به پدیده‌ی مدیریت خطر بالینی و نقش آن در رعایت حقوق ایمنی بیماران ارائه داد. همان‌طور که در منشور حقوق بیمار آمده است، ایمنی حق همه‌ی انسان‌هاست و محافظت بیماران در برابر خطرات از حقوق آنان است. بازتاب چنین دیدگاهی می‌تواند به عنوان یک عامل تسهیل‌کننده بر نهادینه کردن فرایند مدیریت خطر بالینی در پرستاری تاثیر بسزایی داشته باشد.

واژگان کلیدی: خطر بالینی، مدیریت خطر بالینی، حقوق ایمنی بیمار، ایمنی بیمار

* Email: faribaborhani@msn.com

رازداری در حرفه‌ی داروسازی

پردیس نظری*

استادیار گروه بیوتکنولوژی دارویی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

رازداری یکی از اصول مسلم در کلیه‌ی حرف پزشکی است. داروسازان نیز هر روزه با این اصل ابتدایی به منظور محرمانه نگه‌داشتن کلیه‌ی اطلاعات بین بیمار و داروخانه در چالش هستند. بیمار این حق را دارد تا اطمینان حاصل کند که اطلاعات ارائه شده توسط وی فقط در همان مکان و به منظور دریافت خدمات سلامتی و درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. رازداری یک بخش حیاتی در ارتباط بین داروساز و بیمار است. با توجه به این امر که داروخانه یک مکان عمومی و به‌راحتی در دسترس است، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و مشخصات بیمار تا حد اکثر امکان اهمیت بیش‌تری می‌یابد.

با حفظ حریم خصوصی بیمار و رازداری در زمینه‌ی کلیه‌ی اطلاعات وی، به‌طور غیر مستقیم، اعتماد بیمار به داروساز و داروخانه بنا گذاشته می‌شود. یک داروساز باید، همانند سایر افراد شاغل در سیستم مراقبت سلامتی، با مدیریت اطلاعات بیمار از حقوق آن‌ها حفاظت کند. رازداری شامل کلیه‌ی اطلاعات به‌دست آمده طی یک مواجهه‌ی فعالیتهای حرفه‌ای می‌شود و به کلیه‌ی اعضای تیم یک داروخانه تعمیم می‌یابد. اطلاعات مورد حفاظت شامل اطلاعات الکترونیکی یا نسخ چاپی، مشخصات فردی، داروهای مصرفی بیمار اعم از نسخه‌ای یا غیر نسخه‌ای، سابقه‌ی پزشکی بیمار و درمان‌های دریافت شده توسط وی، و هرگونه اطلاعات ارائه شده توسط بیمار که شاید ماهیت پزشکی نداشته باشند، می‌باشد.

به جهت دستیابی به اصل رازداری یک داروساز باید کلیه‌ی راه‌های معقول و منطقی را به‌منظور حفظ اطلاعات دریافتی و بایگانی شده به کار بندد. یک داروساز باید کلیه‌ی نسخ، فایل‌های الکترونیکی، و هرگونه منابع اطلاعاتی بیماران را از دسترس سایرین و احتمال افشاء اطلاعات حفظ کند، از صحبت یا مباحثه در رابطه با اطلاعات بیمار در مکان‌های عمومی، سایت‌های اینترنتی، و سایر مواردی که احتمال شناسایی بیمار وجود داشته باشد خودداری کند، سیستم‌های حفاظت اطلاعات را در داروخانه ارتقاء داده و اهمیت این اصل را برای سایر پرسنل داروخانه آشکار سازد و وظیفه‌ی آن‌ها در تحقق این مهم و احترام به بیمار را برای آن‌ها شرح دهد. با وجود تمامی تمهیدات به‌کار گرفته شده، به دلیل پیچیدگی و در دسترس بودن محیط کاری داروخانه، و استفاده از سیستم‌های کامپیوتری ثبت و ضبط اطلاعات و وجود افراد حقیقی و حقوقی ذی‌نفع در افشاء اطلاعات بیماران، رازداری هم‌چنان یکی از موارد قابل تامل و رسیدگی در حرفه‌ی داروسازی به‌شمار می‌رود.

واژگان کلیدی: اخلاق حرفه‌ای، داروسازی، رازداری، حفاظت اطلاعات، حقوق بیمار

* Email: p.nazari@zbmu.ac.ir

بررسی الگوهای ارتباط پزشک-بیمار در درمانگاه‌های سرپایی بیمارستان خاتم الانبیاء تأیید سال ۱۳۹۳
سمیه نطاق اشتیوانی^{*}، علی عمادزاده^۲

۱- کارشناس ارشد آموزش پزشکی

۲- دبیر قطب علمی تکنولوژی آموزشی در پزشکی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و سرپرست کمیته پژوهشی گروه آموزش پزشکی

ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار باعث جلب اعتماد بیماران، جلوگیری از مراجعات مکرر آن‌ها به پزشکان متفاوت یا سرگردانی آن‌ها و موجب کاهش هزینه‌ها و صرفه‌جویی در وقت می‌گردد. هدف این تحقیق تعیین الگوی غالب ارتباط پزشک و بیمار در بیماران بود. این مطالعه مقطعی توصیفی در پاییز ۲۰۱۴ می‌باشد، در این مطالعه ۳۰۶ نفر از بیمارانی که به پزشکان درمانگاه سرپایی بیمارستان خاتم الانبیاء تأیید مراجعه کرده بودند بررسی شدند. داده‌ها با پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته شامل ۱۰ سؤال عمومی و ۱۹ سؤال نگرش‌سنجی گردآوری شد که روایی و پایایی آن قبل از جمع‌آوری داده‌ها تأیید شده بود. الگوهای ارتباط پزشک و بیمار به ترتیب فراوانی، الگوی راهنمایی-همکاری (۷۴/۵ درصد)، الگوی فعال-منفعل (۲۵/۵ درصد) و الگوی مشارکت متقابل (۰ درصد) بود. نوع الگوی ارتباط پزشک و بیمار با توجه به سطح تحصیلات و پایگاه اجتماعی تفاوت معنی‌داری را نشان داد. با توجه به کم بودن فراوانی الگوی مشارکت متقابل (مؤثرترین الگو در ارتباط پزشک و بیمار)، بنابراین افزایش آگاهی بیمار از وضعیت سلامتی خود و تشویق او برای مشارکت در روند درمان و در نتیجه افزایش مسئولیت هر دو طرف نسبت به هدف مشترک می‌تواند ارتباط پزشک و بیمار را بر اساس الگوی مشارکت متقابل به پیش ببرد و با ایجاد اعتماد بین بیمار و پزشک، دستیابی به سلامت را تسهیل نماید.

واژگان کلیدی: ارتباط پزشک و بیمار، الگوی فعال-منفعل، الگوی راهنمایی-همکاری، الگوی مشارکت متقابل

* Email: nataghs1@mums.ac.ir

بررسی مفهوم و ابعاد اخلاقی - حرفه‌ای در ارائه مراقبت مستمر مامایی در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان

اعظم باقری^{۱*}، معصومه سیمر^۲، منصوره صمیمی^۳، فاطمه ناهیدی^۴، حمید علوی مجد^۵

۱- گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. دانشجوی دکتری بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی تهران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مادری ایمن، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۴- استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مطالعه‌ای کیفی با هدف بررسی مفهوم و ابعاد اخلاقی - حرفه‌ای مدل‌های مراقبت مستمر در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان طراحی شد. برای انجام مطالعه از روش کیفی آنالیز محتوی استفاده شد. جامعه نمونه کارشناسان مامایی، اعضای هیات علمی، پزشکان متخصص، زنان باردار، زنان تازه زایمان کرده و همسرانشان بودند که تعدادی از آن‌ها که واجد شرایط بوده و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، به روش مبتنی بر هدف انتخاب شده و مورد مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته فردی یا گروهی قرار گرفتند. جمع آوری داده‌ها تا اشباع اطلاعاتی ادامه یافت. تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار MaxQDA انجام شد. برای آنالیز داده‌ها از رویکرد تحلیل محتوی قراردادی استفاده شد. هم‌زمان با گردآوری کدبندی، طبقه بندی و تعیین بعد شد. برای انجام مطالعه، در مجموع با ۲۱ زن باردار، ۱۸ ماما، ۵ پزشک و ۵ نفر از مردان مصاحبه‌های گروهی و انفرادی به عمل آمد. نتایج این مطالعه نشان داد که اکثریت مشارکت‌کنندگان حرفه‌ای‌گری را یکی از مضمون‌های اصلی مراقبت مستمر مامایی عنوان کردند که دو طبقه اخلاق و حقوق را در بر می‌گرفت. بر اساس نتایج این مطالعه مدل‌های مراقبت مستمر مامایی باید توجه به شخصیت و ارزش وجودی انسان‌ها را لازم دانسته و به مواردی مانند برخوردهای محترمانه با همه‌ی مراجعین، پرهیز از رفتارهای توهین‌آمیز و مخرب، احترام به تصمیمات مراجعین و رعایت حریم خصوصی افراد و پرهیز از ویزیت‌های دسته جمعی توجه داشته باشد. ارائه خدمت به زنان باردار باید صادقانه، بدون هیچ قید و شرط و فراتر از کسب پول یا هر موضوع دیگر باشد. باید از تحمیل بار اضافی مراجعات، اقدامات پاراکلینیکی غیر ضروری مانند سونوگرافی، اتلاف وقت و هزینه‌ی مراجعین خودداری کرد. مشارکت‌کنندگان احترام به تصمیمات بیمار را مهم دانسته و اشاره کردند که زنان باردار و خانواده‌هایشان حق دارند در تصمیم‌گیری‌ها نقش داشته باشند و آگاهانه تصمیم بگیرند، مراقب خود را انتخاب کنند، محل زایمانشان را انتخاب کنند و حتی تغییر مراقب در طول برنامه با توافق ایشان باشد. پرسنلی که مراقبت مداوم در دوران بارداری زایمان و بعد از زایمان را ارائه می‌کنند حق دارند که احساس کنند کرامت حرفه ایشان حفظ می‌شود، برای امور محوله به اندازه لازم و کافی قدرت و جایگاه دارند، شرح وظایف محوله به آنان منطبق بر تحصیلات آکادمیک و توان آنهاست و حجم کاریشان تناسب داشته باشد. بر اساس نتایج این مطالعه عدم رعایت ارزش‌های انسانی، نداشتن تعهد کاری، عدم رعایت حقوق مراجعین و بی-توجهی به حقوق پرسنل ارائه‌کننده مراقبت مامایی می‌تواند به حفظ پیوستگی و استمرار در مراقبت لطمه زده و منجر به سلب اعتماد زنان باردار و تعویض مکرر مراقبین و مراجعات تکراری و غیر ضروری شود.

واژگان کلیدی: اخلاق، حرفه‌ای‌گری، مراقبت مستمر، مدل‌های مراقبتی، مراقبت مامایی

* Email: asambagheri@yahoo.com

نشست عمومی ۲

پنج شنبه ۹۴/۱۱/۰۸

سالن شهید علیمحمدی (سالن ۴)

ساعت: ۱۲/۰۰ - ۱۰/۳۰

ملاحظات اخلاقی در مراقبت های پایان حیات

شبلم بزمی^{*}، افسون تقوی^۲

۱- متخصص پزشکی قانونی، فلوشیپ اخلاق پزشکی، استادیار گروه اخلاق پزشکی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- دانشجوی دکترای تخصصی پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بسیاری از چالش های اخلاقی در مواجهه با بیماران در مراحل پایان زندگی وجود دارد که بایستی مورد توجه قرار گیرد. از جمله این موارد میتوان به مسئولیت کادر درمان در قبال این افراد، حقوق بیماران، تمایلات نابجای بیماران و بستگان آنان، چگونگی برقراری ارتباط با بیماران در مراحل پایان زندگی اشاره نمود. یکی از نکات مهم در مراقبت از این بیماران این است که غالباً از مراقبت تسکینی به جای درمان بهره برده می شود. در بسیاری از موارد بیمار در آخرین روزهای عمر از پزشک خود برای اتمام درد و رنج خود و انجام اتانازی خواسته هایی دارند که ملاحظات اخلاقی و حقوقی خود را طلب میکند و در کشور ما از نظر قانونی ممنوعیت دارد. توجیه کنندگان اتانازی (کشتن از سر رحم) بر این باورند که اگر خواسته بیمار بر انجام اتانازی است و امکان موثر بودن اقدامات درمانی نیز، لا اقل با توانایی های فعلی وجود ندارد، پزشک میتواند با پایان دادن به زندگی بیمار او را از درد و رنج خود برهاند، در حالی که مخالفان این قانون، آن را به عنوان یک قتل و کشتن بیمار که با روح علوم پزشکی ناسازگار است تلقی مینمایند. استدلالهای اخلاقی در خصوص اتانازی و سایر جنبه های اخلاقی در مراقبت های پایان حیات در این مقاله ارائه شده و مورد بررسی قرار گرفته است. لازم به ذکر است که در این مقاله بیشتر به جنبه های اخلاقی این موضوع اشاره شده و دیدگاه های قانونی به صورت مختصر مورد توجه قرار گرفته است هر چند در بسیاری از موارد دیدگاه اخلاقی و قانونی با یکدیگر همپوشانی داشته و دارای نقاط مشترک فراوان است.

واژگان کلیدی: مراحل پایان زندگی، اخلاق، مراقبت تسکینی، قتل رحم آمیز

* Email: sh_bazmi2003@yahoo.com

خشونت علیه پرستاران و خلاءهای قانونی موجود در حقوق کیفری

میترا صدقی ثابت^۱، مجتبی جانی پور^{۲*}

۱- مربی و عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۲- استاد یار، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

پرستاران به عنوان خط مقدم ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و دارا بودن ارتباط نزدیک با بیماران و خانواده آنان به مراتب بیش از سایر کارکنان مراکز درمانی در معرض خطر می باشند. بنا به گزارش شورای بین المللی پرستاران شیوع خشونت محل کار علیه کارکنان درمانی به گونه ای افزایش یافته که آن ها این مسأله را به عنوان بخشی لاینفک از حرفه خود پذیرفته اند. در همین راستا باید افزود که خشونت محل کار نه تنها تاثیر منفی بر روی سلامت روانی، جسمانی و رفاه پرستاران دارد، بلکه انگیزه کاری آن ها را نیز تحت تاثیر قرار داده و می تواند منجر به افزایش خطاهای پزشکی، کاهش کیفیت مراقبت های پرستاری و افزایش نارضایتی شغلی در پرستاران گردد. در حال حاضر استراتژی های کلی پیشگیری و مداخله برای کاهش خشونت در محل کار پرستاری شامل کاهش خشونت در محل کار پرستاری (آموزش، سیاست های سازمانی، مداخلات قانونی و دستورالعمل ها)، کاربرد استراتژی هایی برای تغییر فرهنگ بهداشت و درمان و آموزش پایه و مداوم پرستاران می باشد. در بررسی های به عمل آمده در خصوص راهکارهای حقوقی جهت حل این معضل هیچ قانون خاصی یافت نشد و صرفاً قوانین کیفری عمومی مورد استناد قرار می گیرند که از جمله این مواد قانونی می توان به مواد ۶۰۸، ۶۰۹، ۶۱۴ و ۶۹۷ قانون مجازات اسلامی و ماده ۸۸ قانون مدیریت خدمات کشوری استناد نمود که در غالب موارد آن هم به دلایلی همچون پذیرش خشونت به عنوان جزئی لاینفک از شغل پرستاری، عدم پیگیری خشونت و اجتناب پرستاران از گزارش وقایع خشونت بار جامعه عمل نمی پوشد. در همین رابطه جامعه بین المللی پرستاری نیز اعلام داشته که ۸۰ درصد از خشونت ها در سیستم های درمانی گزارش نمی شوند. با عنایت به مطالب ذکر شده ضروری به نظر می رسد که جامعه علمی، قانونگذاران، دولت مردان و سایر دست اندرکاران مقررات قابل قبولی را برای تقلیل کلیه اشکال همه گیر خشونت در محیط های مراقبت بهداشتی درمانی تدوین نمایند. با به رسمیت شناختن بیش تر این مشکل رو به رشد، گام هایی برای پر کردن این شکاف های قانونی و تصویب قوانین برای حفاظت از پرستاران بردارند، زیرا پرستاران به عنوان یکی از مهم ترین ارکان نظام سلامت کشور نیازمند حمایت های قانونی هستند تا قادر به انجام وظایف محوله خود به نحو احسن باشند.

واژگان کلیدی: خشونت، پرستاری، خلاءهای قانونی، حقوق کیفری

* Email: janipour@guilan.ac.ir

در طب Microethics

مریم حیدری*

کارشناس ارشد مامایی گرایش پزشکی قانونی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

هنگامی که اصطلاح اخلاق در حیطه آموزش و پژوهش پزشکی در نظر گرفته می شود، علاوه بر رعایت اخلاق سنتی و عمومی مجموعه ای از ارزش ها و تعاملات را در بر می گیرد که ریشه آن را می توان در دوران باستان یافت، در حالی که در قرن بیستم این تعاملات، رنگ متمایزی به خود گرفت و تحولات چشمگیر و عمده-ای پیدا کرد. لذا هدف این مقاله بررسی جوانب Microethics در طب است. روش بررسی: مطالعه حاضر با انجام جستجوی رایانه ای نظام مند مقالات موجود در بانک اطلاعاتی Google Scholar, PubMed, Iranmedex و با استفاده از کلمات کلیدی مرتبط انگلیسی و فارسی، مقالات مرتبط با Microethics مورد بررسی قرار گرفت. Microethics و Macroethics از اصطلاحات جدید در طب هستند که به طور گسترده ای در عرصه های مختلف علوم دیگر و فناوری استفاده می شوند. Macroethics اشاره به ارتباط بین مسائل اخلاقی با تخصص، ابزار، مدیریت منابع سلامت و بودجه دارد، که از مسائل اساسی و زیربنای علوم پزشکی می باشند و Microethics در مقابل حفظ زندگی به تصمیم گیری های حیاتی می پردازد و به تعاملات موثر بین پزشک و بیمار اشاره دارد. در حقیقت درجه نگرانی پزشک، شیوه مورد استفاده در سوال کردن، محتوای اطلاعات ارائه شده، پیشنهادات، پاسخ به شک بیمار، واژه های مورد استفاده، تن صدا، حالات صورت و ارائه محیطی امن از خدمات Microethics است که در به دست آوردن اعتماد بیمار و در نتیجه کمک به ترکیب بهتر و بهترشدن تصمیم گیری و مهارت فنی می انجامد.

از خدمات Microethics می توان به موارد ذیل به طور خلاصه اشاره کرد (۱). احترام به ارزش های بیمار و نزدیک شدن به تصمیم گیری بهتر پزشک و حفظ حریم و استقلال بیمار (۲) خودآگاهی و مدیریت ارزش ها و تصمیمات پزشک (۳) مدیریت اطلاعات پزشکی توسط پزشکان بنابراین دامنه خدمات Microethics غالب می باشد ولیکن متأسفانه به رغم نقش جهانی Microethics در پزشکی، این مسائل به سختی مورد بحث و چالش قرار می گیرد، در حالی که خوشبختانه در کشور ما بیش از پیش فرآیند آموزش و اهمیت رعایت اخلاق در طب مورد توجه قرار گرفته است.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، اخلاق حرفه ای، Microethics، اخلاق

* Email: mheidary95@yahoo.com

تأملی در جواز کالبدشکافی آموزشی دانشجویان پزشکی

احمد مشکوری*

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

آشنایی با علم آناتومی یکی از مقدمات تسلط بر علم طب است. پیشگامان این علم از طریق کالبد شکافی (Dissection) اجساد مردگان، آن را پایه‌گذاری کرده و توسعه داده‌اند. اما تهییج جسد برای کالبد شکافی، به دلیل مخالفت سیستم‌های حکومتی - مذهبی، با سختی‌ها و مشقت‌های زیادی همراه بوده است. دانشمندان جهت توسعه‌ی علم آناتومی نیاز به کالبدشکافی داشته ولی رهبران مذهبی بر منع و حرمت کالبدشکافی اصرار داشته‌اند. اختلاف نظر دانشمندان با رهبران ادیان درباره‌ی ضرورت یا منع کالبدشکافی در کشورهای اسلامی نیز وجود داشته و دارد. استدلال پزشکان این است که کالبدشکافی جزئی از علم طب است و ضرورت تعلیم طب نیز بر کسی پوشیده نیست. یعنی تعلیم و تعلم طب جهت حفظ صحت و سلامت مسلمانان واجب است و کالبدشکافی جزئی از دروس علم طب و مقدمه‌ی فراگیری علم طب است. پس کالبدشکافی به‌عنوان مقدمه‌ی واجب، وجوب پیدا می‌کند. اما مغالطه‌ای در این استدلال نهفته است که جزء بحث «وجوب شرعی مقدمه‌ی واجب» است که بدان می‌پردازیم. در بحث «وجوب شرعی مقدمه‌ی واجب» می‌بینیم که فقهای عظام بر این عقیده‌اند که مقدمه‌ی واجب، واجب است چرا که «وجوب» از «واجب» به «مقدمه‌ی واجب» ترشح می‌کند. نکته در این جاست که از نظر فقها و اصولیین ترشح وجوب از واجب تنها به «مقدمه موصله واجب» یعنی مقدمه‌ای که با خود واجب هیچ فاصله‌ای ندارد و غیر قابل جایگزینی است رخ می‌دهد و سایر مقدمات به‌خصوص مقدمات بعیده از این ترشح بی بهره‌اند. حال ببینیم در ما نحن فیه «مقدمه‌ی موصله» کدام است؟ چه حفظ صحت و حیات مسلمین را واجب اصلی در نظر بگیریم و چه تعلم طب را، در هر دو صورت کالبد شکافی از مقدمات بعیده‌ی واجب اصلی است لذا هیچ گاه وجوب از واجب اصلی بدان ترشح نمی‌کند که این وجوب ترشحي با حرمت ثابت‌ه برای کالبدشکافی تعارض و تساقط کند تا پس از آن دست به دامن ضرورت و اصول عملیه (برائت) شده و جواز کالبد شکافی آموزشی را صادر کرد. مضافاً بر این که هدف از کالبدشکافی دانشجویان پزشکی از طرق دیگر هم چون اطلس آناتومی و نرم افزارهای مختلف که در دسترس همگان هستند قابل دستیابی و جایگزینی است.

واژگان کلیدی: کالبدشکافی، علم آناتومی، دانشجویان پزشکی، وجوب شرعی مقدمه‌ی واجب، فقها

* Email: a.mashkoori@gmail.com

بررسی و مقایسه عوامل سازمانی مرتبط با بروز خطاهای مامایی از دیدگاه ماماهاى شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و

بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۳

هدیه ریاضی*، آرزو چراغی، محمدعلی امام هادی، سارا جام برسنگ

خطاهای مامایی با مشکلات متعددی برای مادر و جنین همراه می‌باشد و می‌تواند منجر به عواقب مرگباری شود، لذا شناسایی عوامل مرتبط با این خطاها ارزش ویژه‌ای دارد. در مقاله حاضر عوامل سازمانی مرتبط با بروز خطاهای مامایی از دیدگاه ماماهاى شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته اند. این مطالعه به صورت توصیفی بر روی ۲۵۲ مامای شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های شهید بهشتی، تهران و ایران انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه محقق ساخته بود که روایی صوری و محتوای آن با محاسبه شاخص‌های CVI و CVR تعیین شد. پایایی ابزار نیز با روش آزمون بازآزمون و نیز محاسبه آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار آماری SPSS.V.16 ویرایش ۱۶ استفاده شد.

از دیدگاه ماماهاى شاغل در بیمارستان‌های آموزشی، عدم توجه به امنیت روانی ماماها (۷۲/۲ درصد)، کمبود تعداد ماما نسبت به بیمار (۶۸/۳ درصد) و عوامل استرس زای محیط (۶۴/۳ درصد) دارای تأثیر خیلی زیاد در ایجاد خطا بودند. این عوامل از دیدگاه ماماهاى شاغل در مراکز بهداشتی درمانی به صورت عدم توجه به امنیت روانی ماماها (۷۳ درصد)، شیفت‌های کاری طولانی و مستمر (۷۲/۲ درصد)، بار کاری زیاد (۶۹/۵ درصد)، تعرفه‌های پرداخت شده به خدمات مامایی (۶۸/۳ درصد)، شیفت کاری شب (۶۴/۳ درصد) و عوامل استرس زای محیطی (۶۳/۵ درصد) بودند. برخی از عوامل سازمانی نیز از دیدگاه ماماهاى دو مرکز دارای تفاوت معنی دار بودند که عبارت بودند از: کمبود تعداد ماما نسبت به بیمار، عوامل استرس زای محیطی، ساعات کاری زیاد در ماه، بخش‌ها و مراکز شلوغ، نحوه محاسبه کارانه و اضافه کار، عدم ارتباط بین کادر درمان در زمان تحویل بیمار و عدم تخصیص منابع جهت تهیه تجهیزات و وسایل مورد نیاز بخش‌ها ($P=0.0001$). به نظر می‌رسد برنامه ریزی مناسب تر و تلاش در جهت بهبود عوامل سازمانی می‌تواند تا حد قابل توجهی در راستای کاهش رخداد خطاهای مامایی اثربخش باشد.

واژگان کلیدی: خطا، خطای مامایی، عوامل سازمانی

* Email: hedyehriazi@yahoo.com

نگاهی به پرونده الکترونیک سلامت از دریچه اخلاق پزشکی کبری علیگلبنندی، آزیتا بالاغفاری*

امروزه افزایش روزافزون تولید اطلاعات در حوزه بهداشت و درمان، موجب بکارگیری فناوری‌های نوین برای بهره‌برداری مناسب از اطلاعات در این حوزه شده است. یکی از این فناوری‌ها، ایجاد پرونده الکترونیک سلامت است. با وجود پیشرفت‌ها و راهکارهای جدید استفاده از فناوری اطلاعات در سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در بسیاری از کشورها تبدیل به ضرورت مهمی شده است. سیستم‌های الکترونیکی سلامت به‌ویژه پرونده الکترونیک سلامت علاوه بر مدیریت بهتر سلامت شخصی، موجب کاهش هزینه‌ها در مراقبت‌های بهداشتی می‌شود. پرونده الکترونیک سلامت از آنجایی که تمام اطلاعات سلامت فرد را در بر می‌گیرد و تیم‌های مختلف مربوط به مراقبت و سلامت به نوعی با بیمار در ارتباط هستند بنابراین به عنوان پایگاه داده و اطلاعاتی مناسب عمل نموده و امکان بهبود تصمیم‌گیری بالینی را میسر می‌سازد. EHR تحول جدیدی جهت سازماندهی، ذخیره و مدیریت داده‌های سلامت می‌باشد. یکی از محصولات اصلی فناوری اطلاعات و ارتباطات بهداشتی، پرونده الکترونیک سلامت است. در این فناوری نوین ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سطح جامعی صورت می‌گیرد اما نگرانی‌های زیادی از نظر جوانب اخلاقی، امنیت و محرمانه بودن اطلاعات پزشکی وجود دارد. با توجه به پیشرفت‌های وسیع در فناوری اطلاعات، در علوم پزشکی نیز تحولات عمده‌ای ایجاد کرده است. اخلاق پزشکی دانشی میان‌رشته‌ای است که موضوع آن مباحث اخلاقی در حوزه علوم پزشکی است. به بیانی دیگر، اخلاق پزشکی یک مقوله کاربردی است که راهکارهای سازمان یافته را برای کمک به پزشک در تبیین، تحلیل و حل مسایل اخلاقی در طب بالینی فراهم می‌نماید. در اخلاق پزشکی نوین موضوعات مهمی مانند لقاح مصنوعی، مرگ مغزی، پیوند اعضا شبیه سازی، تغییر جنسیت و ... را داریم که امروزه در تمام کشورهای دنیا قوانین خاص خودش را دارد که برای ارتباط به آن‌ها به الکترونیکی شدن پرونده‌ها و اطلاعات بیماران نیاز می‌باشد. الکترونیکی شدن پرونده‌های بیماران می‌تواند رعایت و ترویج اخلاق پزشکی را گسترش دهد. پرونده الکترونیک سلامت شامل کلیه اطلاعات پزشکی و بهداشتی بیمار از لحظه ملاقات با پزشک تا ترک بیمارستان است و چالش‌های جدید اخلاقی مانند فعالیت‌های پزشکی آنلاین، رضایت بیمار، مسایل حفظ حریم خصوصی و امنیت را مطرح می‌کند. در این پژوهش بر آن شدیم تا پرونده الکترونیک سلامت بیماران را از دریچه اخلاق پزشکی بررسی نماییم.

واژگان کلیدی: پرونده الکترونیک، اخلاق پزشکی، مدیریت داده‌های سلامت، محرمانه بودن

* Email: azita.balaghafari@gmail.com

عدالت در سلامت در زنان کارگر ایرانی: چالش‌ها و راه کارها

زهره کشاورز*

استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

عدالت در سلامت یعنی فقدان تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت. عدالت در سلامت در سه حوزه ی: عدالت در تامین مالی نظام سلامت، عدالت در دسترسی و عدالت در سطح سلامت قابل تفکیک است. زنان کارگر نیمی از نیروی کار جامعه را تشکیل می‌دهند و همواره جزو جمعیت‌های سخت در دسترس به لحاظ دسترسی به خدمات بهداشت و سلامت می‌باشند. مراقبت از کارگران زن به دلیل نقش مولد آنان در جامعه و نیز حفظ سرمایه انسانی و پایه رشد اقتصادی کشورها، از اهمیت بسزایی برخوردار است. مطالعات ایرانی در زنان کارگر بسیار اندک هستند و یا به‌طور کامل ابعاد سلامت زنان کارگر را در نظر نگرفته‌اند.

مطالعه حاضر با هدف تبیین نیازها و بررسی موانع موجود و محدودیت‌های دسترسی جهت انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت زنان کارگر صورت پذیرفت. این مطالعه به شیوه مثلث سازی کیفی-کمی متوالی صورت گرفت. در بخش کیفی هفتاد نفر از زنان کارگر در بحث گروهی متمرکز شرکت داشتند، در بخش کمی با توجه به تبیین عوامل موثر و موانع انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت زنان کارگر مداخلات آموزشی در چهار حیطه تغذیه، ورزش، غربالگری سرطان‌ها و مقابله با استرس طراحی و اجرا گردید.

تلفیق نتایج بخش کیفی و کمی مطالعه منتهی به ارائه راه کارهای موثر جهت دسترسی یکسان به خدمات در این گروه گردید. تحلیل محتوای مصاحبه‌ها منجر به تبیین نیازها و عوامل موثر بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سبک زندگی زنان کارگر گردید. مهم‌ترین مانع ارتقا سلامت محدودیت دسترسی زمانی و مکانی به خدمات سلامت و مراکز بهداشتی و دسترسی مالی محدود گزارش گردید. همچنین، نتایج بخش کمی نشان داد که با ایجاد دسترسی به خدمات سلامت و تغییر سبک زندگی زنان کارگر در محیط کار، میزان انجام رفتارهای ارتقا سلامت در زنان افزایش یافت. تلفیق نتایج بخش کیفی و کمی مطالعه، ارائه راه کارهایی در راستای عدالت در دسترسی به خدمات با طراحی مداخلات موثر در زنان کارگر در محیط کار بود. لذا نظر به اینکه زنان کارگر اکثریت زمان خود را در طول هفته در محیط کارخانجات می‌گذرانند، فراهم آوردن امکانات و ایجاد دسترسی به خدمات برای آنان از اهمیت بسزایی برخوردار است و بسیار دارای هزینه-اثربخشی خواهد بود.

واژگان کلیدی: زنان کارگر، سلامت، محیط کار، عدالت

* Email: keshavarzzohre@yahoo.com

پیشنهاد اصول اخلاقی برای کدگذاری بالینی در ایران جواد زارعی^۱، اکرم واحدی برزکی^۲، طلعت مدنی^{۳*}

۱- دانشجوی دکترای مدیریت اطلاعات سلامت، گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

کدگذاری بالینی به اختصاص کد به جای تشخیص‌ها و اقدامات درمانی ثبت شده در مدارک پزشکی بیمار اشاره دارد. کدگذاری بدون مطالعه‌ی کامل پرونده، بی‌دقتی و سهل‌انگاری عمدی در کدگذاری در بخش مدارک پزشکی و دست‌کاری عمدی کدهای تعرفه برای دریافت هزینه‌های بیش‌تر توسط پزشکان، از مهم‌ترین چالش‌های اخلاقی در کدگذاری بالینی هستند. اما در ایران اصول اخلاقی برای کدگذاری بالینی وجود ندارد. هدف از این مطالعه پیشنهاد اصول اخلاقی برای کدگذاری بالینی در ایران بود.

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش توصیفی مقطعی بود که در دو مرحله در سال ۱۳۹۴ انجام شده است. در مرحله‌ی اول در یک مطالعه‌ی مروری منابع مرتبط با اصول اخلاقی در کدگذاری شامل استانداردها، مقالات، کتاب‌ها، قوانین، وب‌سایت‌های رسمی و سایر مستندات مفید بررسی شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مرحله فرم استخراج داده بود. پس از گردآوری داده‌ها جمع‌بندی و گروه‌بندی شدند. سپس بر اساس یافته‌های مرحله‌ی اول و تطبیق آن با شرایط فعلی ایران و مشاوره با افراد کارشناس، اصول اخلاقی کدگذاری برای ایران پیشنهاد شد. برای تایید اعتبار اصول پیشنهادی از روش دلفی در دو راند استفاده شد. اصول پیشنهادی در قالب پرسشنامه‌ای ساختاریافته در اختیار ۲۶ نفر از خبرگان موضوعی (شامل ۶ کدگذار، ۵ کارشناس بیمه، ۵ پزشک متخصص، ۵ کارمند واحد تریاژ، ۵ متخصص مدیریت اطلاعات سلامت) قرار داده شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آمار توصیفی، تحلیل شدند. مرور منابع نشان داد که تاکید بیش‌تر منابع بر تعهد حرفه‌ای کدگذاران بر رعایت قوانین و دستورالعمل‌های رسمی بود، و تمرکز این اصول بر کدگذاران بالینی بود. در پیشنهاد اصول اخلاقی برای کدگذاری بالینی برای ایران، علاوه بر تاکید بر تعهد حرفه‌ای کدگذاران، به آموزه‌های اسلامی و ایرانی نیز توجه شد. در نهایت، ۲۴ اصل اخلاقی برای ایران پیشنهاد و توسط خبرگان تایید شد.

واژگان کلیدی: کدگذاری بالینی، مدارک پزشکی، اصول اخلاقی

* Email: madani_hi@yahoo.com

بازخوانی تأثیر تعیین کننده‌های اجتماعی (SDH) بر اصل عدالت از منظر اخلاق پزشکی**داود نظام الاسلامی^{۱*}، پونه سالاری^۲**^۱ - دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران^۲ - استادیار مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

عدالت از اصول بنیادین چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی بلکه مادر و به تعبیری رهبر ارکستر سایر اصول شامل اتونومی، سود رسانی و زیان نرساندن است. ورود نظریه پردازان و فعالان حوزه اخلاق پزشکی به بحث عدالت در سلامت و بالاخص عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) نظیر امید به زندگی، محیط زندگی، تغذیه، تحصیلات، طبقه اجتماعی، درآمد و شغل یک ضرورت است زیرا در سال‌های اخیر در رویکرد غالب آثار مرتبط با اخلاق پزشکی بحث عدالت در سلامت بالاخص با رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) مغفول مانده و اگر بحثی هم به میان آمده بیش‌تر تخصیص منابع نادر پزشکی مانند تخت‌های ویژه و اهداء عضو مد نظر بوده است. ریشه‌ی بسیاری از مشکلات بخش سلامت عوامل اجتماعی تعیین کننده‌ی سلامت است که دارای ماهیتی اخلاقی هستند.

عدالت در مفهوم امروزی خود متضمن مدیریت تاثیرعوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) به نفع تمام افراد جامعه است. در جامعه، درمان تک تک بیماران فارغ از تاثیر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) مانند خالی کردن استخر با کاسه است در حالی که از سوی دیگر پیوسته ظرفیت آن پر می‌شود. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵، ذیل سرفصل عدالت در سلامت، کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را تشکیل داده است. جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه‌ی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) باهدف کاهش بی عدالتی‌های سلامت برگزیده شده است. هدف اولیه‌ی پایش عدالت در سلامت هدایت صحیح سیاست‌های موثر بر عدالت در سلامت در مسیر پیش فرض خود و هدف نهایی نشان دار کردن گلوگاه‌های نابرابری و ارزیابی بی عدالتی حاصل از این نابرابری‌ها و تاثیر آن‌ها بر سیستم سلامت است.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، عدالت، سلامت، SDH

* Email: nezamoleslami@yahoo.com

نشست عمومی ۳

پنج شنبه ۹۴/۱۱/۰۸

سالن شهید علیمحمدی (سالن ۴)

ساعت: ۱۷/۰۰ - ۱۵/۳۰

ملاحظات اخلاقی در درمان طب سنتی بانگه ویژه به اطفال فتانه سادات بطحانی*، رویا رشیدپورائی

بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت؛ طب سنتی مجموعه‌ای از دانسته‌ها، مهارت‌ها و اعمال که بر پایه نظریه‌ها، باورها و تجربه‌های بومی فرهنگ‌های مختلف است، خواه قابل شرح باشد یا نباشد، که در بهداشت و نیز پیش‌گیری، تشخیص، بهبود و مداوای بیماری‌های جسمی و ذهنی مورد استفاده قرار می‌گیرند. در بسیاری نقاط جهان وجود دارد از جمله مشهورترین انواع آن می‌توان به طب سنتی چین، گیاه‌درمانی و طب اخلاطی (به کار برده شده در طب سنتی ایرانی)، پزشکی جایگزین، شمن‌باوری و آیورودا (به کار برده شده در طب سنتی هندی) می‌توان اشاره کرد. همه روش‌های پزشکی جایگزین یا مکمل در فرایند درمان دارای بخشی غیرقابل تعریف و یا حلقه‌ای گم‌شده هستند که از دیدگاه علم قابل بررسی نیست. این مسئله که در این نوع پزشکی از بیمار چه خواسته می‌شود، مشخص است و تاثیر آن بر بیمار نیز قابل ثبت و ضبط دقیق علمی و قابل تکرار و تجربه است، اما بهبود از نگاه علمی قابل توجیه نیست. بیمار پسر ۱۰ ساله با سابقه بستری، ۴ ماه قبل از بستری در این مرکز درمانی با تشخیص ویلسون در شیراز تحت درمان بوده به گفته پدر سیر درمانی رو به بهبود بوده است. از حدود ۳ ماه پیش با خواست خانواده و بنا به توصیه پزشک طب گیاهی، درمان با دی‌پنی-سیلامین قطع و بیمار تحت درمان گیاهی قرار گرفته است. بنا به گفته پدر وجه هنگفتی نیز رد و بدل شده است. به مرور حال بیمار رو به وخامت گذاشته و مراجعات مکرر پدر به پزشک طبیب گیاهی تغییری در سیاست درمانی ایجاد نکرده است. بیمار در اردیبهشت ۹۱ با کاهش سطح هوشیاری و علائم انسفالوپاتی کبدی به بیمارستان دیگری مراجعه کرده و سپس به این مرکز اعزام می‌شود. در این مرکز به مدت ۱ هفته بستری و متأسفانه پس از ۱ هفته فوت نمود. این بیماری یک اختلال ارثی اتوزوم مغلوب در متابولیسم مس است که در آن تجمع مس در ارگان‌ها و بافت‌های مختلف دیده می‌شود. شیوع نسبی آن ۱ درصد هزار تا ۱ در پانصد هزار تولد افزایش تجمع مس احتمالاً ناشی از نقص لیزوزوم‌های کبدی در دفع مس از طریق صفرا که نتیجه آن تجمع مس در حد توکسیک در کبد، مغز، کلیه، چشم و سایر بافت‌ها می‌شود. موثرترین دارو در درمان بیماری ویلسون دی‌پنی‌سیلامین (پنی‌سیلامین) است. درمان برای تمام عمر ادامه می‌یابد و باید بررسی وابستگان و فرزندان خانواده با بررسی تست‌های کبدی و اندازه‌گیری سرولوپلاسمین انجام گردد. به رغم اینکه بیمار تحت درمان با داروهای منطقی بیماری است و والدین می‌دانند نباید دارو را قطع کنند به پزشک طب مکمل مراجعه نموده و مشاوره کرده اند و سبب مرگ کودک شده اند. براساس کنواسیون حقوق کودک؛ کودکان حق دارند از زندگی و سلامت و بهداشت مطلوب برخوردار باشند. در مورد انتخاب یک گزینه برای کودک، باید آنچه را که بهترین، برای اوست، انتخاب کرد.

واژگان کلیدی: طب سنتی، حقوق کودکان، اخلاق و حقوق کودک

* Email: bathaeif@tums.ac.ir

بررسی فرم رضایت آگاهانه‌ی طرح‌های با فراورده‌ی طبیعی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۹۴**مهدی پاسالار^{۱*}، علی پوست فروش فرد^۱، سید ضیاءالدین تابعی^۲**^۱- مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران^۲- گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

یکی از ابتدایی‌ترین اصول اخلاق حرفه‌ای در طراحی کارآزمایی‌های بالینی، رعایت حقوق بیماران حاضر در طرح است. یکی از راهکارهای مقبول جهانی در این حوزه، ارائه‌ی فرم رضایت آگاهانه به بیمار و کسب رضایت آزمودنی با در نظر داشتن کلیه‌ی اصول مورد توافق در این نمونه از فرم‌هاست که از مباحث چالش‌برانگیز در مطالعات بالینی در دهه‌های اخیر بوده و هست. هدف از پژوهش حاضر، بررسی فرم‌های ارسالی رضایت آگاهانه در طرح‌های کارآزمایی بالینی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شیراز در ۸ ماهه اول سال ۹۴ بود که از فراورده‌های طبیعی (گیاهان دارویی یا داروهای سنتی) به‌عنوان شیوه‌ی درمانی استفاده می‌کردند.

از بین سی و پنج طرح مورد بررسی، ۲۸ طرح (۸۰ درصد) حاصل از پایان نامه‌های دانشجویی و مابقی موارد از طرح‌های پژوهشی اعضای هیأت علمی بود. پنجاه و چهار درصد از مجریان اصلی طرح‌ها زن و ۴۶ درصد باقی‌مانده مرد بودند که بیش‌ترین فراوانی (۵۱ درصد) مربوط به استادیاران بالینی بود. در محتوای حدود ۶۰ درصد از فرم‌ها مطلبی مرتبط با جبران خطرات و عوارض احتمالی مداخلات فراورده‌های طبیعی از سوی محققان ذکر نشده بود و در ۴۶ درصد موارد نشانی یا شماره تماسی جهت ارتباط بیماران با مجری طرح اختصاص نیافته بود. تنها در یک سوم فرم‌ها، از فواید شرکت در طرح با زبانی ساده و قابل فهم برای مخاطبان استفاده جسته بودند. شاخص‌های رازداری، ارائه‌ی نتایج به بیماران و حق انصراف برای شرکت کنندگان به‌خوبی مورد توجه قرار گرفته بود. یافته‌ها در برخی حوزه‌ها نظیر عدم ذکر جبران خطرات و عوارض احتمالی یا نحوه‌ی تماس با مجریان طرح حائز توجه است. آشنایی بیش‌تر پژوهشگران با جایگاه اساسی و ارزنده‌ی کسب رضایت آگاهانه از آزمودنی انسانی در قالب برنامه‌های آموزشی می‌تواند در این مسیر راهگشا باشد.

واژگان کلیدی: رضایت آگاهانه، گیاه دارویی، طب سنتی ایرانی، اخلاق پزشکی

* Email: pasalar@sums.ac.ir

چرا انگلیسی؟ چرا ISI؟ ملاحظات اخلاقی وجوب چاپ

مقالات علمی در نمایه‌های استنادی معتبر

سید جواد مدنی^{*}، سید عبدالله مدنی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

جهت بالا بردن سطح کیفی و کمی تولیدات علمی، ارزشیابی نظام پژوهشی در هر دانشگاه امری ضروری به نظر می‌رسد. اهمیت و ضرورت ارزشیابی پژوهشگران و مراکز علمی-پژوهشی منجر به شکل‌گیری علم سنجی (Scientometrics) شده است. نمایه‌های استنادی معتبر بین‌المللی هم‌چون ISI، Scopus، Google Scholar از ابزارهای علم سنجی محسوب می‌شوند.

ملاحظات اخلاقی چاپ مقاله و اجبار در انگلیسی یا ISI بودن با توجه به اصول اخلاق زیستی با توجه به اصل اتونومی هرگونه اجبار محقق به استفاده از منابع خاص یا چاپ مقاله در مجله یا پایگاه خاص غیر اخلاقی است. شاید بتوان موارد ذکر شده را به‌جای اجبار، تکلیف دانشجو یا استاد به رعایت مفاد قرارداد دانست. ولی در هر صورت قراردادی که آزادی‌های طبیعی محقق را سلب کرده و تحقیق را هدایت کند اخلاقی نیست. چاپ مقاله در مجلات انگلیسی زبان ISI و Medline موجب صرف هزینه‌های مادی برای ترجمه و پذیرش و هم‌چنین، هزینه‌های معنوی و ایجاد استرس به‌علت طولانی شدن مراحل پذیرش و عقب افتادن از هدف اصلی تحقیق و تحصیل و زندگی می‌شود. در حالی که مسأله‌ی قابل چاپ بسیاری از مجلات معروف دنیا با مسأله‌ی محقق و کشور وی متفاوت است. بنابراین یا مقاله چاپ نمی‌شود یا اگر بخواهد مقاله‌اش چاپ شود باید روی مسأله‌ی تحقیق کند که مشکل وی یا مردمش نیست. فضای موجود در انتشارات علمی دنیا و قوانین و آیین‌نامه‌های داخلی کشور به سمتی است که سؤال و مسأله‌ی اصلی توسط هژمون علمی دنیا طرح می‌شود و بقیه‌ی دانشمندان و مردم به حل آن می‌پردازند. در این حالت ما با هزینه و امکانات داخلی به حل مسأله‌ی دیگران می‌پردازیم. با هزینه داخلی جواب مسأله را به زبان دیگران ترجمه و در مجله‌ی دیگران منتشر می‌کنیم. دیگران از این مواد اولیه‌ی باد آورده بهترین استفاده را کرده و محصولی با ارزش افزوده‌ی بالا تولید می‌کنند و ما باز هم با هزینه‌ی داخلی آن محصول نهایی را خریده و وارد می‌کنیم. و این داستان هم‌چنان ادامه دارد.....

واژگان کلیدی: اخلاق، چاپ، انگلیسی، نمایه‌های معتبر

* Email: sjmadany@yahoo.com

اولویت‌بندی چالش‌های اخلاقی در پزشکی بالینی از دیدگاه صاحب‌نظران حوزه‌ی اخلاق پزشکی و پزشکان اعضای بورد در

ایران: یک بررسی مقایسه‌ای

علیرضا پارساپور^{۱*}، الهام شجری^۲، باقر لاریجانی^۳

۱- دکترای اخلاق پزشکی، گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

۲- کارشناس پژوهش، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

۳- پزشک فوق تخصص غدد و متابولیسم، پژوهشگاه غدد، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

محدودیت منابع اعتباری و انسانی موجود در حوزه‌ی اخلاق پزشکی کشور بر ضرورت تمرکز مناسب‌تر این منابع بر اولویت‌های این حوزه تأکید دارد. در این مطالعه نگرش اعضای بوردهای تخصصی و فوق تخصصی کشور و صاحب‌نظران عرصه‌ی اخلاق پزشکی به‌عنوان معیار اولویت‌بندی در نظر گرفته شده است. در بررسی اولویت‌ها، از دیدگاه مجموع شرکت‌کنندگان بالاترین اولویت‌ها را نحوه‌ی برخورد با درخواست درمان‌های بیهوده، سقط جنین و نحوه‌ی تخصیص منابع محدود در پزشکی و کم‌ترین آن‌ها را نحوه‌ی برخورد با تعارض تصمیم بین بیمار و خانواده وی، نحوه‌ی برخورد با رد درمان توسط بیمار و نحوه‌ی برخورد با سوءرفتار خانواده با بیمار به خود اختصاص دادند. از دیدگاه جراحان بالاترین اولویت‌ها نحوه‌ی برخورد با درخواست درمان‌های بیهوده، سقط جنین، خدمات کمک‌باروری و کم‌ترین اولویت‌ها نحوه‌ی گفتن خبر بد به بیمار، نحوه‌ی برخورد با موارد درمان اجباری و نحوه‌ی برخورد با سوءرفتار خانواده با بیمار هستند. از دیدگاه پزشکان متخصص داخلی بالاترین اولویت‌ها نحوه‌ی برخورد با درخواست درمان‌های بیهوده، نحوه‌ی تخصیص منابع محدود، نحوه‌ی گفتن خبر بد به بیمار و کم‌ترین اولویت‌ها نحوه‌ی برخورد با تعارض تصمیم بین بیمار و خانواده‌اش، نحوه‌ی برخورد با رد درمان توسط بیمار، نحوه‌ی برخورد با سوءرفتار خانواده با بیمار و خدمات کمک‌باروری هستند.

از دیدگاه اساتید اخلاق پزشکی بالاترین اولویت‌ها مربوط به نحوه‌ی گفتن خبر بد به بیمار، دستور عدم احیا، نحوه‌ی تصمیم‌گیری مناسب برای قطع درمان‌های نگه‌دارنده و کم‌ترین اولویت‌ها مربوط به نحوه‌ی برخورد با تعارض تصمیم بین بیمار و خانواده وی، نحوه‌ی برخورد با سوءرفتار خانواده با بیمار، رازداری یا نقض آن در برخورد با بیمار خطرناک، نحوه‌ی برخورد با اعلام بیمار مبنی بر عدم همکاری وی در آموزش دانشجویان و نحوه‌ی برخورد با درمان اجباری هستند. به نظر می‌رسد با توجه به تفاوت نگرش گروه اخلاق پزشکی با بالینگران در خصوص شدت و شیوع چالش‌های اخلاقی لازم است که برنامه‌های آموزشی اخلاق پزشکی با توجه به اولویت چالش‌ها از دیدگاه‌های گروه‌های مختلف پزشکی تهیه و ارائه شود.

واژگان کلیدی: اولویت‌بندی، چالش‌های اخلاقی، پزشکی

* Email: aliparsa@tums.ac.ir

کودک‌آزاری: تشخیص، درمان، گزارش توسط دندان‌پزشکان اعظم خورشیدیان*، سیده نفیسه مومنی

کودکان به عنوان آسیب‌پذیرترین قشر جامعه نیاز به حمایت دارند. هر کودکی حق دارد در محیط دوست‌داشتنی و عاری از خشونت زندگی کند، با این حال گزارش سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که ۱۵ تا ۳۰ درصد جمعیت کودکان جهان مورد سوءرفتار به هرگونه بدرفتاری جسمی، عاطفی و روانی، جنسی یا بی‌توجهی قرار می‌گیرند به‌گونه‌ای که منجر به آسیب به سلامت کودک، بقاء، رشد و یا کرامت وی شود. دندان‌پزشکان جایگاه ویژه‌ای در شناسایی علائم کودک‌آزاری دارند خصوصاً اینکه ۵۰-۷۵ درصد جراحات در ناحیه سرو صورت اتفاق می‌افتد و والدین برای درمان آسیب‌ها به دندان‌پزشک مراجعه می‌کنند. وجود صدمات متعدد، کبودی و شکستگی در ناحیه‌ای که در معرض تروما نیست، نوع و مکانیسم صدمه وارده با توجه به سن کودک (که افتراق ترومای حادثه را از صدمه آزار آسان می‌کند) علایم گازگرفتگی، اضطراب شدید و رفتارهای عجیب کودک روی صندلی دندان‌پزشکی به‌خصوص با نزدیک شدن دندان‌پزشک به کودک، تأخیر در جست‌وجوی درمان توسط والدین و بهداشت دهان و دندان ضعیف همگی از علائمی هستند که دندان‌پزشک را در تشخیص کودک‌آزاری رهنمون می‌سازند. با این وجود تنها ۱ درصد از موارد گزارش شده کودک‌آزاری توسط دندان‌پزشکان بوده است. آن‌ها به دلیل ترس از والدین کودک یا فقدان اطمینان از درستی تشخیص خود از گزارش دادن امتناع می‌کنند ولی باید بدانند که American Academy of Dentistry Pediatric دندان‌پزشکان را موظف نموده که حتی تأخیر عمدی والدین را در پی‌گیری درد و عفونت دهان کودکان گزارش دهند. در اکثر کشورها تلفن‌های رایگان جهت گزارش کودک‌آزاری وجود دارد. در ایران نیز واحد اورژانس اجتماعی ۱۲۳ سازمان بهزیستی وجود دارد، اما این کافی به‌نظر نمی‌رسد. با توجه به اینکه ایران جزء کشورهای امضاءکننده پیمان‌نامه حقوق کودکان است اما سیستم ثبت و گزارش دهی موارد سوءرفتار با کودک و همچنین، سیستم حمایتی از این کودکان وجود ندارد، خصوصاً اینکه به دلیل جنبه‌های فرهنگی تفاوت قائل شده بین تربیت و تنبیه با اعمال خشونت مشکل است. طبق آمار ۲۰ درصد کودکانی که در اثر سوءرفتار فوت شده‌اند، یک ماه قبل از فوت توسط یکی از افراد کادر سلامت ویزیت شده‌اند. همین امر اهمیت نقش فعالان این حوزه را در تشخیص و گزارش موارد آزار و همچنین، اهمیت توانمندسازی دانشجویان را در تشخیص علائم کودک‌آزاری را نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: کودک‌آزاری، دندان‌پزشکان، حقوق کودکان

* Email: khoshshidian_a@yahoo.com

جایگاه عدالت آموزشی و رفتارهای مدنی تحصیلی در اخلاق تحصیلی

سیده سارا افرازنده^۱، سکینه سبزواری^{۲*}، طیبه میرزایی^۳، بتول پورابولی^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- استادیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۴- گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

در هر عرصه‌ای که انسان دست به رفتار و فعالیت می‌زند، بدون تردید اخلاق و ارزش‌های اخلاقی سهم قابل توجهی را در جهت‌دهی رفتار وی ایفا می‌کنند. یکی از عرصه‌هایی که معیارها و ارزش‌های اخلاقی نقش غیرقابل انکاری را در تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای نهایی افراد ایفا می‌کنند، عرصه تحصیل علم و دانش است. در کنار اخلاق تحصیلی، یکی از مفاهیم دیگری که با تحصیل علم و دانش ارتباط تنگاتنگ و نزدیکی دارد عدالت آموزشی است. عدالت آموزشی فرآیندی است که همه دست اندرکاران آموزش به آن اندیشیده و خواهان برقراری آن در محیط تحت نظارت خود می‌باشند. وقتی اساتید در تعامل با دانشجویان عدالت را رعایت می‌کنند از طریق احساس خود، ارزشمندی زمینه یاری‌رسانی دانشجویان به یکدیگر و مشارکت و پایبندی به قواعد را در آن‌ها بالا می‌برند. این پژوهش با هدف بررسی عدالت آموزشی و رفتارهای اخلاق تحصیلی از دیدگاه دانشجویان دانشکده پرستاری مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. در این مطالعه توصیفی تحلیلی، نمونه پژوهش شامل ۲۹۰ نفر از دانشجویان دانشکده پرستاری مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان بودند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های عدالت آموزشی (Educational Justice Behavior=EJQ) و رفتارهای مدنی تحصیلی (Educational Citizenship Behavior questionnaire = ECBQ) بودند.

داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل، ANOVA) در نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

میانگین نمره عدالت آموزشی دانشجویان در حد متوسط ($86/86 \pm 15/7$) و میانگین نمره رفتارهای مدنی تحصیلی در حد مطلوب ($66/63 \pm 10/49$) برآورد شد. نتایج حاصل از تحقیق نشان‌دهنده وجود ارتباط مثبت و معنی دار بین عدالت آموزشی و رفتارهای مدنی تحصیلی ($P=0.01$) بود. نظر به اهمیت اخلاق تحصیلی در کلیه مراحل آموزشی، با توجه به نتایج به دست آمده بررسی عوامل موثر در برقراری عدالت آموزشی جهت برنامه‌ریزی موثرتر در راستای بروز رفتارهای مدنی تحصیلی که نمودی از اخلاق تحصیلی در دانشجویان محسوب می‌شوند، به خصوص با تغییر در شیوه‌های آموزش و مشاوره ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: اخلاق تحصیلی، عدالت آموزشی، رفتارهای مدنی تحصیلی، دانشجویان

* Email: S_Sabzevari@kmu.ac.ir

بررسی تاثیر کارگاه آموزشی بر تغییر نگرش دانشجویان علوم پزشکی در مورد حقوق بشر مرتبط با سلامت ملیکا حنیفی ها*

هدف این مطالعه حساس کردن دانشجویان علوم پزشکی نسبت به حقوق بشر مرتبط با سلامت، نقش کادر بهداشت و درمان در تحقق آن، اهمیت مولفه‌های اجتماعی سلامت و بررسی آموزش بر نگرش دانشجویان نسبت به حقوق بشر مرتبط با سلامت بود. کارگاهی ۲ ساعته با استفاده از گایدلاین‌های سازمان جهانی بهداشت و فدراسیون بین‌المللی سلامت و حقوق بشر با استفاده از روش سخنرانی، ایفای نقش، بارش افکار و بحث گروهی برگزار شد. نتایج پیش و پس آزمون با نرم افزار SPSS16 آنالیز شد. ۱۰۰ درصد شرکت‌کنندگان از روش برگزاری مشارکتی راضی بودند، ۵۷ درصد معتقد بودند محتوای آموزشی کارگاه باید بیش‌تر باشد. طبق امتیاز لیکرت میانگین امتیاز شرکت‌کنندگان به‌میزان مفید بودن کارگاه ۴.۴ از ۵ با انحراف معیار ۰/۷ بود. تغییر نگرش شرکت‌کنندگان به نقش کادر درمان در جلوگیری خشونت خانگی علیه زنان با افزایش میانگین ۳/۲ به ۴ و ($P = ۰/۰۴۷$) و تغییر نگرش شرکت‌کنندگان به جلوگیری شکنجه با افزایش میانگین ۳/۱ به ۴.۱ و ($P = ۰/۳۸$) معنی‌دار بود. ابتدای کارگاه ۸۵/۷ درصد معتقد بودند ارتباط سلامت با حقوق بشر زیاد یا بسیار زیاد است که در پایان کارگاه این مقدار به ۱۰۰ درصد رسید که تغییر ایجاد شده از نظر آماری معنی‌دار نبود، ۲۰ درصد معتقد بودند کادر بهداشتی درمانی به‌مقدار زیاد (نمره ۵ از ۴) می‌تواند درگیر موضوعات غیردرمانی بیماران باشند که این میزان در پایان به ۴۰ درصد رسید که از نظر آماری معنی‌دار نبود. همچنین، در ابتدای کارگاه ۸۵ درصد شرکت‌کنندگان معتقد بودند سلامت یک موضوع صرفاً پزشکی نیست و ۱۰۰ درصد معتقد بودند کادر بهداشت و درمان در بهبود شرایط کار در محیط خود می‌توانند زیاد یا بسیار زیاد تاثیرگذار باشند که این میزان با نتایج پایان کارگاه تفاوتی نداشت. نتایج مطالعه نشان می‌دهد استفاده از روش‌های مشارکتی در جلب رضایت مخاطب بسیار موثر است. دیده شده که دانشجویان نسبت به اهمیت نقش کادر بهداشت و درمان در رسیدگی به مسائل غیردرمانی بیماران آگاه هستند، سلامت را یک موضوع صرفاً پزشکی نمی‌دانند و از ارتباط تنگاتنگ سلامت حقوق بشر آگاهند ولی در مورد نقش خود در جلوگیری از موارد خاص مثل خشونت خانگی علیه زنان و همچنین، شکنجه به اندازه‌ی کافی مطلع نیستند و آموزش در این زمینه به خصوص آموزش از طریق ایفای نقش که در آن مشارکت افراد جلب می‌شود و احساس هم‌دردی با نقش ایجاد می‌شود می‌تواند موثر باشد. لازم است آموزش‌های عملی در مورد چگونگی تحقق حقوق بشر مرتبط با سلامت به کادر بهداشتی درمانی آموزش داده شود، همچنین، به‌نظر می‌رسد لازم است کادر بهداشت و درمان از ساز و کار قانونی رسیدگی به موقعیت‌هایی که در آن حقوق سلامت پایمال می‌شود آگاه باشد.

واژگان کلیدی: حقوق بشر، سلامت، دانشجویان علوم پزشکی، تاثیر آموزش

* Email: melika.hanifiha@gmail.com

جایگاه اخلاق در آموزش پزشکی از دیدگاه طب ایرانی مریم ایرانزاد اصل^{*}، حسین رضایی زاده، علیرضا پارسا پور

هدف این مطالعه آشنایی با دیدگاه حکمای طب ایرانی درباره‌ی اخلاق در آموزش طب است. در این مطالعه که یک پژوهش مروری است با بررسی متون طب سنتی ایران در دوران قبل و بعد از اسلام، ملاحظات اخلاقی در امر آموزش پزشکی استخراج و مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. در بررسی متون دریافت می‌شود که حکمای طب ایرانی به ملاحظات اخلاقی در امر آموزش پزشکی و تربیت دانشجو در دو دوره، قبل از ورود به مرحله‌ی آموزش طب و در حین تحصیل، توجه ویژه داشته‌اند که می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

۱. توجه به موازین اخلاقی در امر پذیرش دانشجوی پزشکی و تهذیب نفس به روش طبی و ایجاد اعتدال در مزاج و اخلاق قبل از شروع به تحصیل علم طب.

۲. جایگاه ویژه‌ی آموزش درس اخلاق به عنوان پیش نیاز در کنار دروس هندسه، نجوم، حکمت و فلسفه و منطق قبل از آغاز دوره‌ی آموزش طب

۳. آموزش اخلاق عملی در حین تحصیل.

۴. رعایت موازین اخلاقی در نحوه‌ی تعامل استاد و دانشجو و حقوق متقابل آن‌ها.

۵. نحوه‌ی برخورد اساتید و همکاران با یکدیگر در رد یا تأیید نظرات علمی و برخورد با خطاهای پزشکی

۶. توجه به رعایت حقوق بیمار و کیفیت ارائه‌ی خدمات درمانی در حین آموزش بالینی

۷. رعایت موازین شرعی و محدودیت در تشریح جسد

طب سنتی ایران که به‌عنوان یک مکتب توحیدی، برای انسان عالم، جایگاه خلیفه‌اللهی و کرامت ویژه‌ای قائل است، علم طب را نیز با توجه به این‌که موضوع آن انسان است، بسیار ارج می‌نهد و ملاحظات اخلاقی بسیاری در آموختن صحیح این علم دارد. لذا بهره‌گیری از آموزه‌های اخلاقی طب ایرانی در امر آموزش، می‌تواند در اصلاح ساختار اخلاقی نظام فعلی آموزش پزشکی مفید واقع شود.

واژگان کلیدی: آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی، طب سنتی ایران

^{*} Email: m_iranzadasl@yahoo.com

حضور شایستگی فرهنگی در آموزش پرستاری

مهسا بوذری پور^{۱*}، عباس عباس زاده^۲، فریبا برهانی^۳

۱- دانشجوی دکتری پرستاری کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

۲- استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

شایستگی مفهومی پیچیده، مبهم و یکی از موضوعات بحث برانگیز در حوزه‌ی مراقبت سلامتی است که در حیطه‌های مختلف پرستاری از جمله آموزش، بالین و مدیریت پرستاری اهمیت زیادی دارد و شایستگی فرهنگی به‌عنوان بخش مهمی از فرایند حرفه‌ای شدن در رشته‌ی پرستاری است. از آنجایی که پرستاری حرفه‌ای است که احتمال مواجهه با بیمارانی با تنوع فرهنگی و باورهای بهداشتی متنوع در آن زیاد است، شایسته است که در ارتقای این صلاحیت در دانشجویان پرستاری اهتمام کامل به‌عمل آید و اساتید پرستاری نیز نسبت به تفاوت‌های فرهنگی دانشجویانی که با آن‌ها روبه‌رو هستند حساس شوند. این مقاله مروری بر تعریف و اهمیت شایستگی فرهنگی در دانشجویان و اساتید پرستاری دارد.

واژگان کلیدی: شایستگی فرهنگی، پرستاری، تفاوت فرهنگی

* Email: emetis@yahoo.com

نشست عمومی ۴

جمعه ۹۴/۱۱/۰۹

سالن شهید رضایی نژاد (سالن ۳)

ساعت: ۸/۳۰-۱۰/۰۰

اخلاق پزشکی در آزمایشگاه تشخیص طبی

سید محمد اکرمی*

آزمایشگاه تشخیص طبی به عنوان یک رکن مهم مدیریت بیماری در تشخیص، مراقبت، کنترل و پیش‌گیری از بیماری‌های واگیر و غیر واگیر نقش مهمی دارد. با توسعه چشم‌گیر و انفجاری که در دو دهه اخیر در سطح جهان در علوم آزمایشگاهی رخ داده هر روز جایگاه این علم در بالین بیمار و همراه با پزشکان و سایر متخصصین پاراکلینیک بیش‌تر روشن می‌گردد. روزآمدی، دقت، سرعت و رعایت اخلاق و حفظ امانت در کنار به‌کارگیری روش‌های علمی استاندارد، ویژگی‌های یک آزمایشگاه مطلوب تشخیصی هستند. کارکنان فعال در هر آزمایشگاه تشخیصی متعهد به رعایت اصول رفتاری و اخلاقی حرفه‌ای خود هستند. به دلیل اهمیت رعایت اخلاق در آزمایشگاه، دستورالعمل‌هایی توسط سازمان بهداشت جهانی و سازمان جهانی استاندارد ارائه شده است. جمع‌آوری اطلاعات، موافقت بیماران، محرمانه بودن انجام آزمایش‌ها، گزارش نتایج، بایگانی و نگهداری اسناد، دستیابی به اسناد، زد و بند مالی و سازمان یافته، بعضی درخواست‌های خاص مانند موارد کالبد شکافی و آزمایش ایدز از عناوین حائز اهمیت و رایج در موضوع اخلاق پزشکی در آزمایشگاه تشخیص طبی می‌باشند. انبوه متخصصین، مسؤولین فنی و کارکنان آزمایشگاه با نصب‌العین قرار دادن این موارد، در ارتقا ارائه خدمات آزمایشگاهی خواهند کوشید.

واژگان کلیدی: آزمایشگاه تشخیص طبی، اخلاق در علوم آزمایشگاهی

* Email: akramism@tums.ac.ir

اغماض فکورانه: راهبردی برای مدیریت چالش‌های اخلاقی در پرستاران ایران

عباس عباس زاده*، نیلوفر ظفرنیا

دانشگاه علوم پزشکی بزم

پرستاران، به دلیل تعاملات شغلی دچار چالش‌های زیادی می‌گردند که احتمالاً بخشی از آن‌ها اخلاقی و بخشی نیز مربوط به حقوق فردی آن‌ها هستند. از طرف دیگر، داشتن عملکرد موثر حرفه‌ای، حتی زمانی که پرستار با چالشی مواجه شده است، جزئی از صلاحیت پرستاری او می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی نحوه مدیریت چالش‌های اخلاقی و نیز چالش‌های مرتبط با حقوق فردی پرستاران در ایران انجام شد. این مطالعه یک مطالعه‌ی کیفی از نوع تحلیل محتوا است. مطالعه در سال‌های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۵ در ایران انجام شد.

پرستاران بالینی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران بود. نمونه‌گیری به روش هدفمند و در دسترس انجام شد. شرکت‌کننده‌ها در این مطالعه ۱۲ نفر پرستار بودند. متن مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته‌ی عمیق بوسیله ضبط صدا و یادداشت‌های درعرصه جمع‌آوری شدند. داده‌ها به روش آنالیز محتوای قراردادی روش پیشنهادی گرانهایم، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج از بررسی یافته‌ها یک تم اصلی با عنوان اغماض فکورانه استخراج شد. این تم اصلی شامل سه زیر طبقه بخشش دو جانبه، گذشت و مروت می‌باشد. پرستاران ایرانی در ساختار فرهنگی بر مبنای ارزش‌های فردی، دینی و فرهنگی، اغماض فکورانه را برای مدیریت چالش‌های اخلاقی و مرتبط با حقوق فردی خود انتخاب می‌کنند تا از این طریق بتوانند بهترین عملکرد حرفه‌ای را داشته باشند. آن‌ها معتقدند بخشیدن خود و دیگران و گذشت کردن نه تنها روح پرستار را صیقل می‌دهد، بلکه به بهبود کیفیت مراقبت کمک می‌کند. بنابراین، اغماض فکورانه می‌تواند منجر به بهبود صلاحیت حرفه‌ای پرستاران شود.

واژگان کلیدی: اغماض فکورانه، پرستاران، مدیریت چالش‌های اخلاقی

* Email: zafarnianiloofar@gmail.com

مقایسه‌ی شهامت اخلاقی پرستاران و مدیران پرستاری شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در

سال ۱۳۹۴

سیده سولماز موسوی^{*}، احمد ایزدی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

شهامت و معادل فارسی آن دلیری، یکی از فضایل اخلاقی در حوزه‌ی رفتاری است که منشأ بسیاری از دستاوردهای فردی و اجتماعی است که برای توانایی ارائه‌ی مراقبت با کیفیت ضروری است. تجربه‌ی فردی و حرفه‌ای پرستار از درد و رنج انسان‌ها در شکل‌گیری اخلاقی آن‌ها و کیفیت مراقبت تاثیر دارد. بدون شهامت اخلاقی، افراد هیچ امنیتی برای محافظت از دیگران ندارند. این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی با هدف مقایسه‌ی شهامت اخلاقی پرستاران و مدیران پرستاری شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در مدت ۳ ماه انجام شد. ۷۰ پرستار و ۶۱ مدیر پرستاری با راهکار نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از آن‌ها برای تکمیل پرسشنامه‌ی شهامت اخلاقی طراحی شده توسط Sekerka و همکارانش که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است دعوت به عمل آمد.

میانگین کلی شهامت اخلاقی در پرستاران $4/40 \pm 4/31$ و در مدیران پرستاری $4/33 \pm 0/32$ است. مقایسه‌ی میانگین دو گروه ارتباط معنی‌داری نشان نداد ($P = 0/05$). بین سن، سابقه‌ی کار مدیر پرستاری و بعد عامل اخلاقی و همچنین، بین سابقه‌ی کار پرستاران و بعد ارزش‌های چندگانه ارتباط مثبت و معنی دار مشاهده شد.

مطالعه‌ی حاضر شهامت اخلاقی پرستاران و مدیران پرستاری را مطلوب؛ و در مقایسه‌ی دو گروه تفاوتی را نشان نداد. اگر سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت انتظار عملکرد با کیفیت دارند باید عوامل و فضایی را که توانایی افراد را در پاسخ به چالش‌ها افزایش داده شناسایی و در جهت تقویت آن‌ها بکوشند. مدیر سازمان باید بانی و حامی عمل اخلاقی و الگوی سایر کارکنان باشند.

واژگان کلیدی: شهامت اخلاقی، پرستار، مدیر پرستاری، فضایل اخلاقی

^{*} Email: moosavi.soolmaz@yahoo.com

بررسی وضعیت روابط بین فردی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کاشان فاطمه رنگرز جدی^{*}، مریم رنگرز جدی

ارتباط بین فردی فرایندی است که به وسیله آن اطلاعات و احساسات افراد از طریق پیام‌های کلامی و غیرکلامی با دیگران در میان گذاشته می‌شوند. این توانایی روابط گرم و صمیمی با دیگران را موجب می‌شود و سلامت روانی و اجتماعی افراد را تامین می‌نماید. هدف این تحقیق تعیین وضعیت روابط بین فردی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۹۴ بود. مطالعه مقطعی برای سنجش میزان مهارت‌های ارتباطی بین فردی کارکنان واحد آموزش دانشگاه علوم پزشکی کاشان صورت پذیرفت. افراد مورد مطالعه ۵۰ نفر از پرسنل دانشکده‌های پزشکی، پیراپزشکی، بهداشت و پرستاری بودند. پرسشنامه‌ای ۱۹ سؤالی از نوع لیکرت ۵ گزینه‌ای با گزینه‌ها و نمرات بسیار پایین نمره ۱، پایین ۲، رضایت‌بخش ۳، خوب ۴، بسیار خوب ۵ طراحی شد. دامنه‌ی امتیازات کلی پرسشنامه از ۱۹ تا ۹۵ بود. داده‌ها با مصاحبه جمع‌آوری و نمرات محاسبه گردید. نمره زیر ۴۵ مشکل حاد ارتباطی، نمره ۴۶-۶۵ مشکل ارتباطی و نمره ۶۶-۹۵ فرد توانمند در نظر گرفته شد. از ۵۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش، ۲۳ (۴۶ درصد) مرد و ۲۷ (۵۴ درصد) زن بودند. ۳ (۶ درصد) کم‌تر از ۳۰، ۳۶ (۷۲ درصد) بین ۳۰-۴۰ و ۱۱ (۲۲ درصد) بالای ۴۰ سال سن داشتند. ۳۱ نفر (۶۲ درصد) مشکلات ارتباط بین فردی داشتند. زنان ۵ نفر (۱۹ درصد) مشکل حاد، ۱۸ (۶۶ درصد) مشکل و ۴ (۱۴ درصد) توانمند بودند. مردان ۱۰ (۴۴ درصد) توانمند و ۱۳ (۵۶ درصد) مشکل ارتباطات بین فردی داشتند. یش از نیمی از جامعه مورد پژوهش مشکلات ارتباط بین فردی داشتند. با توجه به اهمیت کارکنان به عنوان منابع انسانی سازمان‌ها توجه مسئولین در جهت رفع مشکلات ارتباطی ضروری است.

واژگان کلیدی: روابط بین فردی، مهارت‌های ارتباطی، ارتباطات، کارکنان، دانشگاه

^{*} Email: rangrazejeddi_f@kaums.ac.ir

عملکرد اخلاقی / قانونی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی استان گیلان**محمد اسماعیل پوربندبنی^{۱*}، خدیجه مباشر امینی^۲**^۱ - استادیار پرستاری و کارشناس حقوق قضایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران^۲ - کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری

پرستاری بر پایه اخلاق استوار است. هسته فعالیت‌های حرفه‌ای پرستاری را مراقبت تشکیل می‌دهد و پرستاران در ارائه مراقبت نه تنها از نظر عملکرد بالینی بلکه از نظر عملکرد اخلاقی باید ارزشیابی شوند. صلاحیت‌های اخلاقی آنها، این امکان را فراهم می‌کند که در طرح مراقبت پرستاری خود همواره اصول چهارگانه اخلاق حرفه‌ای را مورد توجه قرار داده تا مددجویان در فضای راحت، با احساس آرامش و اطمینان خاطر مراقبت شوند. در این مطالعه عملکرد اخلاقی / قانونی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان مورد بررسی قرار می‌گیرد. این مطالعه توصیفی-مقطعی در ۲۳۰ نفر از پرستاران شاغل در هفت بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان کار می‌کردند با نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، انجام شده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه استاندارد عملکرد اخلاقی / قانونی پرستاران بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۱) و با آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن و من‌ویتنی تجزیه و تحلیل شد. و $0/05$ سطح معنی‌داری در نظر گرفته شده است. نتایج نشان داد که میانگین عملکرد اخلاقی / قانونی پرستاران مورد پژوهش، $25/82 \pm 4/19$ از دامنه $0-32$ و در یک مقیاس پنج رتبه‌ای، رتبه چهارم به عبارتی به اندازه کافی صلاحیت دارند ارزیابی شده است. بین عملکرد اخلاقی / قانونی پرستاران و سن، وضعیت تاهل، سابقه کار کلی، و سابقه کار در بخش فعلی، و متوسط حقوق دریافتی رابطه معنی دار و مثبت و هم‌چنین، با متوسط ساعت کاری در ماه رابطه معنی‌دار و منفی وجود داشت ($P=0/05$). نتایج این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه است که در آن، عملکرد اخلاقی / قانونی پرستاران در حد به اندازه کافی صلاحیت دارند نشان داده شده است. با توجه به اهمیت این عملکرد در ارائه مراقبت، ضروری است مدیران پرستاری به تقویت عوامل مرتبط پرداخته و هم‌چنین، نسبت به کاهش میزان ساعات کاری پرستاران بالین چاره‌اندیشی نمایند.

واژگان کلیدی: عملکرد اخلاقی قانونی، پرستار، بیمارستان آموزشی گیلان

* Email: esmaeilmmm@yahoo.com

پروفشنالیسم سازمانی و خودارزیابی**جنت مشایخی***

دانشگاه علوم پزشکی تهران

رشد سریع علم و تکنولوژی در شاخه‌ی پزشکی، در سال‌های اخیر، ابزارهای قدرتمندی را در اختیار حرفه‌ی پزشکی قرار داده است اما تعهد حرفه‌ای به موازات آن پیشرفت نکرده است. بی‌میلی یا ناتوانی حرفه‌مندان برای انجام رفتارهای حرفه‌ای اعتقاد جامعه را نسبت به حرفه‌مندی دچار چالش بنیادی می‌کند. ارزیابی مستمر حرفه می‌تواند در جهت حفظ این اعتماد مفید واقع شود. روش‌های گوناگون ارزیابی برای اندازه‌گیری سطح حرفه‌مندی در اعضای حرفه‌ی پزشکی پیشنهاد شده است. گاهی پروفشنالیسم با ارزش‌های مشترک میان نویسندگان تعریف می‌شود، گاهی هم با دیدگاه ارزیابی لیست‌های متفاوتی از رفتارهای حرفه‌ای برای این ارزیابی‌ها مطرح شده است اما تعریف جامعی از پروفشنالیسم ارائه نشده است و پروفشنالیسم عمدتاً در سطح فردی دیده شده است. این مطالعه به دنبال آن بوده است تا تعریف جامعی از تعهد حرفه‌ای بیان کند و بر مبنای آن پروفشنالیسم سازمانی را تبیین کند و روش ارزیابی حرفه را معرفی کند که با مرور غیر سیستماتیک منابع اینترنتی، با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی [web of science](#), [direct](#), [pubmed](#) انجام شده است. پروفشنالیسم در اصل یک سیستم اعتقادی و یا یک نیروی محرک یا انگیزاننده برای ایجاد این لیست‌ها به منظور بهبود مراقبت سلامتی است. بنا بر چنین تعریفی، پروفشنالیسم عمل جمعی را می‌طلبد. در رابطه‌ی پزشک و بیمار، پشت استانداردهای مشترک پزشکان فلسفه‌ای وجود دارد که کار تیمی را تایید می‌کند و اهمیت پروفشنالیسم سازمانی مشخص می‌شود بر اساس استقلال حرفه ارزیابی اعضای حرفه از طریق سیستم خودارزیابی صورت می‌گیرد برای ادامه خود ارزیابی باید بیماران احساس کنند که می‌توانند به پزشکانشان اعتماد کنند و جامعه هم باید احساس کند که می‌تواند به حرفه پزشکی اعتماد کند و حرفه پزشکی باید به شکل شفاف‌تری عمل کند تا جامعه احساس کند که خود ارزیابی واقعاً موثر است. بدین ترتیب خود ارزیابی به صورت مستمر و پویا با پزشکان آغاز می‌شود و از طریق تیم بالینی گسترش می‌یابد. حرفه نیز باید پروفشنالیسم را به صورت سیستمیک در همه ابعاد نظام سلامت جاری کند حرفه باید از امتیاز خودارزیابی که از جامعه دریافت کرده است پاسداری کند و برای انجام این وظیفه باید از افراد عادی جامعه، بیماران و صاحب‌نظران حرفه کمک بگیرد.

واژگان کلیدی: پروفشنالیسم سازمانی، خودارزیابی

* Email: mashayekhi@razi.tums.ac.ir

سازگاری مذهبی منفی در زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه آینده نگر

کاملیا روحانی*

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مرحله تشخیص سرطان پستان می تواند به عنوان یک دوره انتقالی با نتایج منفی و حتی مثبت در بیماران تجربه شود. با وجود این که اهمیت سازگاری مذهبی ممکن است در فرهنگ های مختلف متفاوت باشد، شواهد رو به رشدی وجود دارد که نشان می دهد سازگاری مذهبی یک منبع مهم برای بیماران مبتلا به سرطان محسوب می شود. سازگاری مذهبی ابعاد مثبت و منفی را شامل می شود. هدف اصلی این مطالعه کشف رابطه بین سازگاری مذهبی مثبت و منفی با بهزیستی (Well-being) و علایم بیماری در یک گروه از زنان مبتلا به سرطان پستان از زمان قبل از تشخیص قطعی بیماری تا ۱۲ ماه بعد بود. در این مطالعه آینده نگر، ۱۴۹ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان از دو بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران وارد مطالعه شدند. آن ها در سه مرحله، از زمان قبل از تشخیص قطعی بیماری تا یک پیگیری ۱۲ ماهه به پرسشنامه های سازگاری مذهبی (Brief RCOPE)، شاخص سلامت (Index Health) و مقیاس های علایم بیماری در پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (EORTC QLQ-C30) پاسخ دادند. مدل های رگرسیونی برای کشف روابط بین سازگاری مذهبی مثبت و منفی و بهزیستی جسمی و روانی و علایم بیماری در پیگیری های ۱۲ ماهه بیماران بررسی شدند. نتایج: میانگین سن بیماران در این مطالعه $46/1 \pm 9/8$ بود. اکثر بیماران در مرحله قبل از منوپوز بوده و ماستکتومی شده بودند. نتایج نشان داد که در یک روند آینده نگر، میانگین سازگاری مذهبی مثبت در مقایسه با سازگاری مذهبی منفی در بیماران بالاتر بوده است. اما سازگاری مذهبی مثبت با هیچ کدام از اندازه گیری های بهزیستی و علایم بیماری مرتبط نشد. در حالی که سازگاری مذهبی منفی بعد از کنترل متغیرهای جمعیت شناسی، تغییرات جسمی و روانی بهزیستی و علایم بیماری را در طول زمان پیش بینی کرد.

این مطالعه نشان می دهد که سازگاری مذهبی منفی در مقایسه با سازگاری مذهبی مثبت ممکن است به عنوان یک عامل پیش بینی کننده برای تغییرات در بهزیستی و علایم بیماری در این نمونه از زنان ایرانی مهم تر باشد. پرستاران و متخصصان بالینی باید آگاه باشند که جمع آوری داده ها درباره سازگاری مذهبی منفی از اولین ملاقات با بیمار تا زمان های مختلف پیگیری بیماران می تواند در شناسایی زنانی که در معرض خطر بیشتری برای سازگاری ضعیف با بیماری قرار دارند، عاملی کمک کننده باشد.

واژگان کلیدی: سرطان پستان، زنان ایرانی، سازگاری مذهبی منفی

* Email: cameliarohani@yahoo.com

رعایت اصول اخلاق پزشکی در انتخاب روش زایمان

شراره جان نثاری*

مری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی

رعایت اصول اخلاقی در پزشکی به خصوص در زنان و مامایی از ارزش فوق العاده‌ای برخوردار است. چرا که آن‌ها با موجوداتی سر و کار دارند که دارای ارزش و کرامت ذاتی در مجموعه‌ی عالم هستند لذا متخصصان زنان و مامایی باید با رعایت اصول پزشکی، بهداشتی و اخلاقی محیطی امن و آرام را برای یک تولد طبیعی فراهم آورند، ضمن این‌که با مشاوره‌ی دقیق و آموزش‌های لازم در دوران بارداری مادران را در انتخاب روش صحیح زایمان راهنمایی و ترغیب کنند. این مطالعه به منظور بررسی انتخاب روش زایمان از نقطه نظر اصول اخلاقی پزشکی انجام گرفته است تا با استفاده از نتایج آن ضمن ارتقاء آگاهی در این زمینه روش صحیح زایمان از طرف پزشکان و مادران باردار انتخاب شود. این مطالعه با بررسی منابع موجود و دسترسی به عوامل و شواهد مربوط به انتخاب روش زایمان سعی در تبیین ابهامات مرزهای اخلاقی در انتخاب زایمان طبیعی یا سزارین توسط مادران و پزشکان کرده است.

زایمان طی فرایندی طبیعی، خودبه‌خودی و بدون نیاز به مداخله صورت می‌گیرد. با پیشرفت علم و تکنولوژی طی دهه‌های اخیر بشر به راه‌هایی دست یافت که با کمک عمل جراحی به نام سزارین در مواردی که جان مادر یا جنین در خطر بود به کمک آن‌ها بشتابد.

این روش که فقط برای استفاده در موارد اورژانس و برای نجات جان مادر و جنین ابداع شده بود امروزه در بین جوامع شیوع بیش‌تری پیدا کرده و به وسیله‌ای برای فرار از درد زایمان مبدل شده، به‌طوری‌که در بسیاری از جوامع انجام زایمان با روش سزارین به یک فرهنگ تبدیل شده است و بیش از نیمی از زنان داوطلبانه به انجام آن روی می‌آورند. دیدگاه کمیته‌ی اخلاقی کالج آمریکایی زنان و مامایی در زمینه‌ی انجام سزارین انتخابی از نقطه نظر اخلاقی در بیانیه‌ی اکتبر ۲۰۰۳ این است که اگر در مواردی که مادر تقاضای انجام سزارین انتخابی را داشته باشد و از نظر پزشک با انجام آن سلامت مادر و جنین او نسبت به زایمان واژینال بیش‌تر تامین شود از نظر اخلاقی مجاز است که زایمان را از طریق سزارین انجام دهد. در این رابطه پام اینگلند و همکاران مطالب این بیانیه را زنگ خطری در رابطه با افزایش میزان سزارین انتخابی اعلام کردند و با انتشار لیست بلندی از عوارض و مشکلات سزارین در مواردی که از نظر پزشکی دلایل کاملاً موجهی وجود ندارد انجام آن را غیر ضروری و غیر اخلاقی دانستند.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، روش زایمان

* Email: shararehjannesari@gmail.com

چشم انداز کلی مصادیق بی احترامی در حین مراقبت‌های مامایی در دنیا

فرزانه پازنده، مژگان کرد، پوران دخت افشاری

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مراقبت‌های مامایی کرامت محور به معنای توجه به ارزش‌ها، باورها، و احساسات زنان و احترام به کرامت و استقلال آن‌ها در طول مراقبت‌های مامایی دوران بارداری، لیبر و فرآیند زایمان است و بر این نکته تاکید می‌کند که، مفهوم مادری ایمن نباید به سلامت جسمی مادر و پیشگیری از مورییدته و مورتالیتته مادر محدود گردد. تولد یک رویداد مهم است و اهمیت فرهنگی و شخصیتی عمیقی برای زن و خانواده اش دارد. بنابراین مفهوم مادری ایمن باید به فراتر رفته و احترام به حقوق اساسی زنان که شامل احترام به استقلال، عزت نفس، احساسات، انتخاب‌ها و اولویت‌هایش از جمله داشتن همراه در طول زایمان را در بر گیرد. به طور طبیعی، تصور کلی بر این است که، مشخصه مراقبت محترمانه، ایجاد یک ارتباط مودبانه و با احترام ارائه دهندگان خدمات با مادران است که همراه با همدلی، پشتیبانی بوده و با ارتقا اعتماد به نفس، و توانمندسازی زنان همراه است. در کشور ما به رغم تصویب منشور حقوق بیماران توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱ هنوز اطلاع دقیقی از حقوق شناخته و پذیرفته شده زنان در مراکز مامایی وجود ندارد. هدف از این مطالعه، اطلاع از مصادیق بی احترامی و توهین در حین مراقبت‌های بارداری، لیبر و زایمان در دنیا و همچنین کشورمان است. این یک مطالعه ی مروری است که با بررسی مقالات انگلیسی و فارسی موجود و بانک‌های اطلاعات پزشکی نظیر Web of Science, Pubmed, Scopus با بررسی مدارک موجود در وزارت بهداشت صورت گرفت. ۱۵ مقاله و یک مقاله ی مروری مورد بررسی قرار گرفت.

مصادیق توهین و بی احترامی در سیستم‌های مراقبتی کشورهای ثروتمند و فقیر به صورتی گسترده و به اشکال مختلف وجود دارد. هرچند که گزارشی واضح از این موارد از کشور مان به ثبت نرسیده و بیشتر مقالات موجود به آگاهی زنان و ارائه دهندگان از منشور حقوق مادر پرداخته است. در این مقاله مروری به گزارش بی احترامی و توهین در سیستم‌های مراقبتی مامایی در دنیا می‌پردازیم. نتیجه گیری: به نظر می‌رسد بی احترامی و سوء استفاده از زنان استفاده کننده از خدمات مامایی یک مشکل جدی در حوزه ی بهداشت و درمان می‌باشد. تدوین دستور العمل‌های مراقبتی کرامت محور در سرویس‌های مامایی که ریشه در طب مبتنی بر شواهد داشته و با پایش مداوم این سیستم‌ها همراه باشد، می‌تواند احترام به شان انسانی مادر را در سیستم‌های بهداشتی را نهادینه نموده و همچنین آموزش دانشجویان پزشکی، مامایی و آموزش مداوم کارکنان می‌تواند به تغییر رفتار ارائه دهندگان خدمات در راستای اجرای مراقبت مامایی کرامت محور منجر گردد.

واژگان کلیدی: مراقبت‌های مامایی کرامت محور، بی احترامی، شان انسانی مادر

نشست عمومی ۵

جمعه ۹۴/۱۱/۰۹

سالن شهید رضایی نژاد (سالن ۳)

ساعت: ۱۰/۳۰-۱۲/۳۰

اخلاق حلقه‌ی مفقوده‌ی شکاف تئوری-تحقیق-عمل حمیده یزدی مقدم^{*}، عباس حیدری، علیرضا پور اسماعیلی

گرچه پرستاران نقش کلیدی در ارتقای استانداردهای بالای سلامت ایفا می‌کنند ولی مراقبت‌های پرستاری هنوز با سنت گره خورده و پرستاران در به‌کارگیری یافته‌های تحقیقی و نظریه‌ها ناموفقند، از این رو، برای حفظ تعادل مناسب بین تئوری، تحقیق و عمل، لازم است پرستاران با دانش تحقیق، تئوری و عمل در این زمینه به‌روز شوند. چرا که به‌کارگیری نتایج تحقیق در عملکرد پرستاران راهی برای پالایش و گسترش پایه‌ی علمی دانش پرستاری و توسعه‌حرفه محسوب می‌شود. پس پرستاری به‌عنوان یک حرفه برای راهنمایی در عمل، نیاز به دانش اخلاقی دارد. نوشتار حاضر به بررسی اجمالی تأثیر اخلاق بر اتصال بین تحقیق، تئوری و عمل در حوزه‌های مختلف پرستاری از جمله آموزش، بالین، دانش، تئوری‌ها و در نهایت توسعه‌ی حرفه‌ی پرستاری در جامعه می‌پردازد. در حقیقت برای ایجاد اتصال بین تئوری، تحقیق و عمل نیاز به یک جزء ضروری به نام اخلاق است. وظیفه‌ی اخلاقی و تکالیف اخلاقی، اطمینان ایجاد می‌کند که تئوری، تحقیق و عمل ادغام شوند. لذا برای این که عملکرد جدید توسط پرستاران به‌طور موثری اجرا شود، باید فرض شود که این عملکردها با ارزش بوده و مرتبط با نقش ارائه‌کنندگان مراقبت سلامتی است. در واقع، شکاف بین عمل-اخلاق-تئوری و تحقیق یک پارادایم جدید برای اندیشیدن است. پس با توسل به اخلاق می‌تواند فاصله‌ی تئوری-تحقیق و عمل را کاهش داد و از این رو پیشنهاد می‌شود که توجه به اخلاق و مباحث اخلاقی در دروس به این موضوع از همان ابتدای آموزش دانشجویان دوره‌ی کارشناسی در دانشکده‌های پرستاری آغاز شود.

واژگان کلیدی: اخلاق، پرستاران، اتصال بین تئوری، تحقیق و عمل

^{*} Email: ha_yazdimoghaddam@yahoo.com

واقعۀ صدرا، تأکیدی بر نقش حمایتی پرستاران

احمد نجاتیان یزدی نژاد*

وزارت بهداشت، معاونت پرستاری

صدرا زاهدپور کودک ۵ ساله از اهالی استان خوزستان و شهرستان ایذه ساکن خمینی‌شهر است که به علت بریدگی زیر چانه به طول ۶-۱۰ میلی‌متر هفته گذشته به همراه مادر خود به بیمارستان اشرفی مراجعه نموده و زخم وی دو بخیه می‌شود. پس از پایان مداوا به علت همراه نداشتن مبلغ ۱۰۵ هزار تومان هزینه درمان، بخیه‌های این کودک مجدداً به دستور پزشک و توسط پرستار متخلف باز می‌شود. خبرگزاری فارس ۱۳۹۴/۹/۲۳ این خبری بود که در آذر ماه در تقریباً تمام رسانه‌ها منعکس شد و واکنش‌های متفاوتی داشت. این واقعه از دیدگاه‌های مختلف علمی قانونی، اخلاقی، عرفی، شرعی و روانی و سیاسی و اقتصادی مورد تحلیل قرار گرفت و حتی در بعضی شبکه‌های اجتماعی مطالب طنز هم در مورد آن آورده شده است. ولی موضوع اصلی در این قضیه عدم توجه پرستار به نقش حمایتی خود از بیمار است. در اکثر تعاریف معتبر از پرستاری به نقش حمایتی پرستار تأکید فراوان شده است مثل تعریف شورای بین‌المللی پرستاری به شرح ذیل:

Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles. (ICN, 2002)

اما در جهت اجرای این نقش مهم موانعی وجود دارد. در این تحقیق نگارنده و همکاران پرستاران شرکت کننده در تحقیق احساس بی‌قدرتی، نبود مقررات و دستورالعمل‌های حرفه‌ای ملی، عدم پشتیبانی از پرستاران، پزشک سالاری، کمبود وقت، ارتباط محدود، مخاطرات حمایت، وفاداری به همکاران و کمی انگیزه را به عنوان عوامل بازدارنده حمایت از بیمار تعیین کردند. آن‌چه حمایت از بیمار را در بین پرستاران تسهیل می‌کند، ارتباط پرستار - بیمار، شناخت و توجه به نیاز بیمار، مسئولیت پذیری پرستار، پزشک به عنوان همکار و دانش و تجربه پرستار بود. در واقعۀ صدرا نوع واکنش مردم، رسانه‌ها و مسئولین به موضوع نقش حمایتی پرستاری می‌تواند شروعی بر اجرای این نقش مهم پرستاران باشد. این مقاله با اشاره به وقایع و واکنش‌های بعد از وقوع حادثه سعی دارد به لزوم اجرای نقش حمایتی پرستار بپردازد.

واژگان کلیدی: نقش حمایتی، پرستار، موانع، بیمار

* Email: nejatian52@gmail.com

اخلاق انتقال فناوری سلامت

پیمان کیهان ور^{۱*}، زهره صادقی^۲، محمود شریفی زارچی^۳، حسام الدین علامه^۴، سینا توکلی^۵

۱- مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجایی، مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، مرکز

رشد فناوری‌های همگرا، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران

۲- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳- مدیریت امور فرهنگی، معاونت فرهنگی دانشجویی و امور مجلس، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران

۴- جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، مدیریت امور فرهنگی، معاونت فرهنگی دانشجویی و امور مجلس، وزارت بهداشت درمان و آموزش

پزشکی، تهران، ایران

۵- دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

فن آوری را می توان مجموعه ای از آگاهی ها، دانش ها، فنون، مهارت ها، تجربیات و سازماندهی دانست که برای تولید، تجاری سازی و بهره مندی از کالاها و خدماتی که نیازهای اقتصادی واجتماعی را تامین می کنند، مورد استفاده قرار می گیرند و امروزه عنصر مهمی در توسعه ی اقتصادی و اجتماعی کشورها محسوب می شود. انتقال فن آوری در کشور ما به ویژه در شرایط پساتحریم مقوله ای پیچیده از دیدگاه علمی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی به شمار می رود که دیرگاهی است نه فقط کشورهای در حال توسعه، بلکه بسیاری از شرکت های بین المللی و کشورهای توسعه یافته را درگیر خود نموده است.

اخلاق انتقال فن آوری به موضوعی میان رشته ای می پردازد که دارای تعاملات گسترده ای با اخلاق مالکیت فکری، اخلاق تجارت بین الملل، اخلاق قراردادی، اخلاق سرمایه گذاری خارجی و اخلاق رقابت است. متخصصان انتقال فن آوری باید برای تضمین کردن محققین، سرمایه گذاران و کارمندان اداری که اغلب تصمیمات اخلاقی توسط آن ها گرفته می شود، راهکاری ارائه دهند که اغلب اوقات همه ی آن چیزی است که به افراد کمک می کند تا انتخاب درستی داشته باشند. به عنوان مثال برای برخی، اصول اخلاق در انتقال فن آوری بیش تر زائیده ی فقدان دانش است تا فزون خواهی، بنابراین باید اطمینان داشت که هر کسی متون صحیح را دریافت کرده است، حتی اگر اجباراً بایستی بخش هایی را پررنگ نموده و مورد تأکید قرار داد و بنابراین اطمینان یافتن از این که هر موضوعی که بالقوه بتواند برای آن ها تذکردهنده و مهم باشد را یادآور شده اید و به طور امیدوارانه ای آنان را از عقب گرد باز می دارد. علاوه برآن تصحیح سریع رفتارهای ناخواسته، توجیه و اصلاح سریع کج روی ها، توضیح بیش تر در راستای شفافیت موضوع و به خاطر سپاری آمال انسانی در انتقال فن آوری سلامت می تواند از مصداق های اخلاق فن آوری باشد که در این مقاله به آن ها اشاره می گردد.

واژگان کلیدی: انتقال فن آوری سلامت، اخلاق

* Email: drkeyhanvar.jahad@gmail.com

مراقبت معنوی

احمد قادری*

دانشجوی دکترای تخصصی (PhD) اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

درمان تسکینی از روزگار باستان انجام می‌شده است. نظریه‌ی جدید طب تسکینی توسط نقاهتگاه سنت کریستوفر لندن از سال ۱۹۶۷ شروع شد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) مراقبت تسکینی را چنین تعریف می‌کند: رویکردی برای ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌ی بیمارانی که با مشکلات مرتبط با بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی روبه‌رو هستند ... مراقبت تسکینی در مراحل انتهایی زندگی شامل اداره‌ی مراقبت جسمی، مراقبت روانی، مراقبت اجتماعی و مراقبت معنوی بیمار و اعضای خانواده و مراقبان است. از جمله مراقبت‌هایی که در کدهای اخلاقی ملی و بین‌المللی منعکس شده، مراقبت معنوی است. مراقبت معنوی بخشی از مراقبت جامع (کل نگر) است. مراقبت معنوی به سؤالات بنیادی و اساسی نظیر معنای زندگی، درد، رنج و مرگ پاسخ می‌دهد و به یافتن معنی، هدف و ارزش‌های زندگی منجر می‌شود. در مراقبت معنوی، مراقب معنوی به رشد ابعاد معنوی/دینی و کاهش آشفتگی معنوی بیمار می‌پردازد و باعث می‌شود که بیمار یکپارچگی و تمامیت فردی خود را از طریق بهبود ارتباط با قدرت برتر، خود و طبیعت به‌دست آورد. مراقبت معنوی شامل طیف وسیعی از مداخلات است مانند گوش دادن به بیمه‌ها و نگرانی بیمار، تبیین نگرانی‌های معنوی بیمار، کمک به بیمار در فهم معنای بیماریش و مرگ، القاء امید به بیمار، ارجاع بیمار به ارائه‌دهندگان معنویت جهت پاسخ به سؤالات بیمار، و همدلی با بیمار. مهارت‌های لازم برای ارائه‌ی مراقبت معنوی شامل مواردی از قبیل شایستگی پرستار (مانند خود آگاهی، ارتباط، تبحر، اعتماد) و برخورداری از مهارت‌های ارتباطی است. اکثر بیماران انتظار دارند تا به نیازهای معنوی آن‌ها رسیدگی شود ولی بسیاری از بیماران مراقبت معنوی را دریافت نمی‌کنند. از جمله عوامل تاثیرگذار بر روی ارائه‌ی مراقبت معنوی، برخورداری پرستار از سلامت معنوی (معنویت) است. ارائه‌ی مراقبت معنوی به بیمار موجب کاهش درد و افسردگی و اضطراب، افزایش توانایی بیمار برای مقابله با بیماری، افزایش سرعت بهبودی، افزایش رضایتمندی بیمار، و ارتقاء رابطه‌ی پزشک (پرستار) و بیمار می‌شود. با توجه به اهمیت مراقبت معنوی، آموزش مراقبت معنوی به دانشجویان پرستاری و پرستاران لازم است.

واژگان کلیدی: مراقبت معنوی، درمان تسکینی، آموزش، رضایتمندی بیمار

* Email: am_dm50@yahoo.com

ملاحظات اخلاقی و حقوقی در تست‌های غربالگری سلامت جنین
رویا رشیدپورایی*، فتانه سادات بطحایی

بررسی مورد

خانم ۳۸ ساله G5P4LCh2Ab2 در ۱۸ هفتگی با یک Quadritest مثبت به شما مراجعه کرده است (احتمال تریزومی ۲۱ معادل یک نهم). این خانم دارای ۲ فرزند دختر است که به روش سزارین به دنیا آمده‌اند و ۲ سقط که یکی حدود ۱۲ هفتگی به دلیل خونریزی و یکی در حدود ۲۰ هفتگی به دلیل PROM. با همسر خود از طریق پدری فامیل است (همسر وی نوهی پسری پسر عموی پدرش است). سابقه‌ی یک مورد فرزند MR در خانواده‌ی همسرش دارد. برای بیمار plan امینوسنتز گذاشته می‌شود و به وی توصیه می‌شود هر چه سریع‌تر انجام شود. بیمار همان‌روز به بیمارستان جهت امینوسنتز ارجاع می‌شود. در بیمارستان در حین اخذ رضایت آگاهانه به وی گفته می‌شود که از عوارض این پروسیجر احتمال PROM و سقط است. در سونویی که بیمار به همراه دارد جنسیت فرزند پسر درج شده. خانم در حال اشک‌ریزی است و همسرش با شما صحبت می‌کند و می‌گوید همسرش از لحاظ روانی نه تحمل بچه‌ی عقب مانده را دارد و نه تحمل سقط مجدد. پزشکان نیز اصرار به انجام امینو سنتز اورژانسی دارند. دیدگاه شما چیست؟

ملاحظات اخلاقی و حقوقی در تست‌های غربالگری سلامت جنین چگونه است؟

واژگان کلیدی: تست غربالگری جنین، امینوسنتز، سقط

* Email: dr.roya9@gmail.com

تعارض منافع غیر مالی در پژوهش‌های پزشکی: چالش‌ها و راهکارها علی خاجی*

توجه روز افزون به امر پژوهش در کشور، ضرورت توجه به مقوله اخلاق در پژوهش را هر چه بیش‌تر گوشزد می‌کند. یکی از مسائل مطرح تعارض منافع است. مطالعات منتشر شده در این زمینه عمده به بررسی تعارضات ناشی از مسائل مالی معطوف شده است. در این مقاله به بررسی تعارض منافع ناشی از عوامل غیر مالی در حیطه پژوهش‌های پزشکی و راهکارهای مقابله با آن می‌پردازیم. مطالعه به روش کتابخانه‌ای و با مرور منابع فارسی و انگلیسی صورت گرفته است. بدین منظور بانک‌های اطلاعاتی ایران مدکس، بانک اطلاعات نشریات کشور، گوگل و پایمد با دو عبارت تعارض منافع (conflict of interest) و پژوهش (Research) جست‌وجو و مقالات مرتبط جمع‌آوری شد. جست‌وجو در تابستان سال ۱۳۹۴ انجام گرفته است.

تعارضات غیر مالی می‌تواند همانند تعارضات مالی مهم و در برخی از رشته‌ها نیز بسیار زیاد بوده و نیاز به توجه خاص دارد، هرچند که کم‌تر به آن توجه می‌شود. منشاء تعارضات غیر مالی که به آن تعارضات خصوصی نیز گفته می‌شود می‌تواند شخصی، سیاسی، آکادمیک، ایدئولوژیک و یا مذهبی باشد. از اشکال عملی‌تر آن می‌توان به مواردی هم‌چون: تمایل به کسب شهرت، درجه علمی بالاتر در مقایسه با همکاران، به دست آوردن موقعیت علمی با لاتر، به دست آوردن گرنت‌های پژوهشی و غیره اشاره نمود. وفاداری به برخی مکاتب درمانی به‌خصوص در رشته‌ی روان‌پزشکی یکی دیگر از این علل برشمرده می‌شود.

از جمله مسائلی که به‌عنوان علت بروز تعارضات غیر مالی مطرح است توجه زیاد به شاخص‌های کمی در مراکز دانشگاهی جهت ارتقاء و تعیین جایگاه علمی اعضای هیأت علمی و پژوهشگران است. این مسأله می‌تواند باعث انحراف و فاصله گرفتن از کیفیت در پژوهش شود. سعی و تلاش پژوهشگران برای چاپ هر چه بیش‌تر مقاله از یک سو و نگاه به فاکتورهایی هم‌چون ضریب تاثیر از سوی دیگر می‌تواند منجر به این امر شود که پژوهش‌ها در مسیری به غیر از حل و فصل مشکلات جامعه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: تعارض منابع غیر مالی، پژوهش

* Email: jkhaji@yahoo.com

تحلیل گفتمان اخلاق پزشکی در دوران هشت ساله دفاع مقدس فتانه قدیریان*، مرتضی خاقانی زاده

رخداد و تجربه جنگ هشت ساله تحمیلی در ایران بستری مهم برای تفکر پزشکی در ایران بود. مرور خاطرات پزشکی این دوران حاکی از شکل‌گیری نظم اخلاقی است که مبتنی بر گفتمانی ویژه در پزشکی است. مطالعه حاضر به بررسی تاریخی این نظم گفتمانی در پزشکی دوران جنگ پرداخته است. مطالعه حاضر با روش کیفی و رویکرد تحلیل گفتمان به بررسی اسناد تاریخی پزشکی و بهداری رزمی و نیز برخی کتاب‌های خاطرات منتشر شده از پزشکان و پرستاران به روش در دسترس پرداخته است. یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که چگونه با ورود مفهوم مرگ در تفکر پزشکی در دوران جنگ و شکل‌گیری مفاهیمی هم‌چون شهادت، تفکر پزشکی پارادایم زدایی شده و نظم اخلاقی جدیدی حول تفکر حل مسئله در پزشکی ایران شکل می‌گیرد و بر این اساس رفاه که هدف نهایی سلامت بر اساس تعاریف سازمان جهانی بهداشت است جای خود را به مفهوم جدیدی به نام سعادت می‌دهد. یافته‌های تحلیل حاضر نشان می‌دهند که چگونه ایجاد یک نظم اخلاقی جدید در پزشکی دوران جنگ در پیوند با بسیج منابع و نیز شکل‌گیری زنجیره‌های تعامل در آن توانستند که تجربه‌ای منحصر به فرد را در پزشکی در ایران در این مقطع تاریخی شکل دهند.

واژگان کلیدی: اخلاق، پزشکی، دفاع مقدس، تحلیل گفتمان

* Email: ghadirian.fataneh@gmail.com

اصول اخلاقی در خصوص استفاده از رسانه‌های اجتماعی برای پزشکان و پیراپزشکان مطابق با راهنمای دپارتمان اخلاق**پزشکی انجمن پزشکان بریتانیا****حسین شهنوازی*، آرش سالاری**

سازمان پزشکی قانونی کشور

در سال‌های اخیر رسانه‌های مجازی به سرعت در حال پیشرفت بوده اند. امروزه به‌صورت گسترده‌ای از سایت‌هایی چون فیس‌بوک، توئیتر و اپلیکیشن‌های تلفن همراه به‌وسیله پزشکان و پیراپزشکان استفاده می‌شود. هم‌چنین، تعداد زیادی وبلاگ و سایت اینترنتی تأسیس گردیده که مشخصاً در راستای اهداف پزشکان و پیراپزشکان قرار دارند. هنگامی که بسیاری از این افراد از رسانه‌های اجتماعی بدون مواجهه شدن با مشکلی استفاده می‌نمایند، رسانه‌ها برخی رفتارهای غیرحرفه‌ای آنان را به‌صورت آنلاین جهت یافتن اطلاعاتی که کاربران ندانسته در معرض قرار می‌دهند، رصد می‌نمایند که این موضوع در خصوص استفاده از برنامه‌های کاربردی و آپلود اطلاعات شخصی در اینترنت دارای ریسک‌پذیری بالاتری می‌باشد. ارائه نظرات شخصی و موهن درباره بیماران و یا بحث‌های چالشی بر روی شبکه‌های عمومی اینترنتی و ارسال غیر رسمی اطلاعات مرتبط با بیمار ممنوع می‌باشد. پزشکان و پیراپزشکانی که پست‌های آنلاین قرار می‌دهند می‌بایست در خصوص تعهد اخلاقی در مورد اظهار نمودن علایقشان در زمینه موضوعات حرفه‌ای آگاهی کامل داشته باشند. قانون افتراء می‌تواند در خصوص هرگونه کامت در فضای مجازی در خصوص اطلاعات شخصی یا حرفه‌ای به‌کار گرفته شود. ارتباط بین پزشکان و بیماران که بر اساس مراقبت‌های کلینیکی نیست، می‌تواند آستن بسیاری از مسائل اخلاقی باشد. به جهت نیروی عدم توازن که می‌تواند در رابطه بین پزشک و بیمار وجود داشته باشد مهم است که یک مرزبندی حرفه‌ای جهت حفظ اعتماد و هم‌چنین، محافظت از بیماران از هرگونه سوء استفاده احتمالی وجود داشته باشد. پزشکان و پیراپزشکان باید به‌صورت محافظه کارانه چهارچوب‌های حریم خصوصی را مدنظر قرار دهند و به یاد داشته باشند که همه اطلاعات نمی‌توانند در فضای مجازی مورد حفاظت قرار گیرند. شاغلین و دانشجویان حرف پزشکی و پیراپزشکی باید نسبت به وظیفه قانونی و اخلاقی خود در خصوص حفاظت از محرمانگی اطلاعات بیماران در فضای مجازی آگاهی کافی داشته باشند.

واژگان کلیدی: رسانه‌های اجتماعی، محرمانگی اطلاعات بیماران، تعهد اخلاقی

* Email: shahnavazi1977@yahoo.com

بررسی الزامات اخلاقی در سلامت همراه

محمد حسینی‌روندی^{۱*}، حسام کریم^۲، شراره رستم نیاکان کلهری^۳

۱- دانشجوی دکتری انفورماتیک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- دانشجوی دکتری انفورماتیک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- استادیار انفورماتیک پزشکی، گروه مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

امروزه رشد سریع فن آوری‌ها به ویژه فن آوری‌های بی‌سیم، انقلابی در صنعت مراقبت بهداشتی به لحاظ بهبود خدمات و نیز کاهش هزینه‌ها به وجود آورده است. پیشرفت روزافزون این فن آوری‌ها منجر به افزایش اطلاعات سلامت در بیماران و مدیریت هر چه بهتر بیماری و رفع بخش زیادی از نیازهای آن‌ها شده است. اما علیرغم مزایای بالقوه این فناوری‌ها، حوزه سلامت همراه، همواره با چالش‌های اخلاقی بسیاری مواجه بوده است. لذا در این مطالعه، برآن بوده‌ایم تا با معرفی قابلیت‌ها و کاربردهای سلامت همراه و بررسی الزامات اخلاقی در این حوزه، مسیری را برای توجه به رعایت الزامات اخلاقی در حوزه سلامت همراه و فن آوری‌های موجود در این حوزه پیش روی محققین و متولیان امر قرار داده باشیم.

این پژوهش از نوع مروری ساده می‌باشد و با مطالعه مقالات فراوان در زمینه اخلاق در سلامت همراه از پایگاه‌های *ethical*، *ScienceDirect*، *Springer*، *GoogleScholar*، *PubMed* و *Proquest* به زبان انگلیسی از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ با کلیدواژه‌های *ethical considerations*، *requirements*، *ethics*، *issues*، *wearable device* و *mobile health* انجام گرفته است. سلامت همراه شامل حوزه‌ها و کاربردهای مختلفی از جمله آموزش، خودمراقبتی، مشاوره، کمک تشخیصی و درمانی و غیره می‌باشد. در حوزه سلامت همراه، الزامات اخلاقی فراوانی وجود دارند که به منظور رعایت حفظ حریم خصوصی و محرمانگی داده‌های بیمار می‌بایست رعایت گردند. به‌طور کلی این الزامات را می‌توان در چهار دسته‌ی الزامات امنیت داده‌ها، الزامات مربوط به حفظ حریم خصوصی، الزامات محرمانگی و الزامات مرتبط با رضایت‌نامه‌ها و راهنمای استفاده از فن آوری تقسیم‌بندی کرد. به‌طور کلی می‌توان گفت که در تحقیقات و مطالعاتی که در حوزه سلامت همراه صورت می‌گیرند، الزامات اخلاقی چندان که باید مورد توجه قرار نگرفته‌اند و اغلب یک یا چند دسته مذکور مورد توجه قرار گرفته و از سایر الزامات غفلت شده است.

واژگان کلیدی: فن آوری، سلامت همراه، الزامات اخلاقی

* Email: hosseinirovandi.m@gmail.com

نشست اخلاق داروسازی

سه‌شنبه ۹۴/۱۱/۰۶

سالن اصلی

ساعت: ۸/۳۰-۱۰/۰۰

شناخت تجربه و دیدگاه داروسازان در زمینه اخلاق حرفه ای و مسائل و مشکلات مطرح در این زمینه در داروخانه ها پونه سالاری*، محمد رضا جوادی، نیکیناز اشرفی

داروسازی از یک طرف صنعت محسوب می شود و مسائل مربوط به این حوزه هم چون اخلاق سازمانی، بازاریابی، مدیریت منابع انسانی، ملاحظات مدیریت استراتژیک را در بر می گیرد. از طرف دیگر داروسازی به عنوان یکی از شاخه های علوم پزشکی مباحث مشترکی با اخلاق پزشکی پیدا می کند و چالش های متعددی را در پی می آورد.

یکی از مشکلات حرفه ای داروسازی در سال های اخیر تصمیم گیری در مورد مسائل چالش برانگیز اخلاقی است. بنابراین داروسازان شبیه سایر حرفه مندان پزشکی با تصمیم گیری های حساس و حیاتی مواجه اند که بهره گیری از راهنماهای اخلاقی خاص را اقتضا می کند. بنابراین ضروری است اخلاق داروسازی از دو منظر خاص مورد بررسی و واکاوی قرار گیرد که عبارتند از: اخلاق داروسازی در بالین که با عملکرد داروسازان به عنوان مسؤول فنی داروخانه و نیز بالین بیمار به عنوان ارائه کنندگان خدمات سلامت در بیمارستان ها مربوط است. لذا پژوهش حاضر به قصد ارزیابی تجربه و دیدگاه داروسازان از اخلاق حرفه ای و تعهدات آنان انجام شد.

این مطالعه در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول، برای ارزیابی وضعیت کنونی در داروسازان در ارائه خدمات دارویی و به عبارتی مراقبتهای دارویی یک مطالعه کیفی به شیوه بیان تجربیات و مشکلات موجود از داروسازان به عمل آمد. در این مطالعه با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته با شیوه نمونه گیری مبتنی بر هدف، با ۵ گروه از داروسازان مصاحبه شد. مصاحبه تا رسیدن به اشباع یعنی زمانی که شرکت کنندگان موضوعات تکراری را بیان نمایند ادامه یافت. بعد از اتمام مصاحبه، مطالب ضبط شده گوش داده شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و تمهای اصلی استخراج شدند. در مرحله دوم با توجه به اهداف مطالعه نکات اصلی مطرح شده در مصاحبه ها در دو نشست مشورتی با شرکت ۱۳ نفر از متخصصین و دستیاران داروسازی بالینی و فارماسیوتیکس ارائه شد. در این نشستها، در مورد مسائل و چالشهای اخلاقی مطرح شده در طی مصاحبه ها بررسی، تحلیل و تبادل نظر صورت گرفت. تمهای اصلی بدست آمده از ۱۲ مصاحبه و دو جلسه بحث گروهی شامل چند محور زیر است:

عدم ارتباط مناسب با بیمار، عدم مدیریت مناسب خطای دارویی، ارائه دارو بدون نسخه، عدم ارتباط بین حرفه ای و درون حرفه ای، عدم آگاهی از مسئولیتهای حرفه ای، عدم دریافت حمایت سازمانی مناسب از سازمانهای مرتبط، ناآگاهی از قوانین و مقررات درون حرفه ای، عدم حمایت از تولیدات داخلی، نارضایتی نسبت به حرفه، مشکلات مالی و اقتصادی (که منجر به عدم ارتباط حرفه ای مناسب بین مسئول فنی داروخانه و صاحب داروخانه، عدم مدیریت صحیح در برخورد با تبلیغات دارویی و پیشنهادات شرکت های دارویی، فروش مکملها و فرورده های گیاهی می شود) عدم بازنشستگی به واسطه کهولت سن و عدم امکان ارائه خدمات حرفه ای، توزیع غیر عادلانه دارو به ویژه در زمان کمبود دارو، و سوء مدیریت تعارض منافع. نتایج حاصل از دو جلسه بحث گروهی را می توان در ۵ طبقه دسته بندی کرد که شامل ارائه آموزش کافی، آموزش مهارتها، بهبود کیفیت خدمات دارویی ارائه شده، اصلاح آیین نامه ها و مقررات می باشد. با عنایت به نتایج حاصل و فاصله بسیار زیاد نظام دارویی کشور ما از ارائه مراقبتهای دارویی، به منظور رفع کاستی های و پر کردن خلاهای موجود به نظر می رسد به منظور اصلاح نظام ارائه خدمات دارویی و مراقبتهای دارویی حمایت سازمانها و ارگانهای دخیل، همزمان با اصلاح نظام آموزش داروسازی و اعمال تغییرات لازم در آیین نامه های اداری که خود زمینه بی اخلاقی را فراهم می کنند می تواند تاثیر به سزایی داشته باشد.

* Email: poonehsalari@gmail.com

بررسی ارتباط حرفه‌ای داروساز و سایر افراد کادر درمان:
تأثیر آموزش در مهارت‌های برقراری ارتباط
شهیده امینی*

داروسازان به عنوان حلقه ارتباطی بین پزشک و بیمار جهت محقق شدن دارودرمانی بهینه، نقش موثری در ارتقا سلامت جامعه و افزایش کیفیت زندگی بیمار ایفا می‌کنند. نقش حرفه‌ای داروساز در ارائه مراقبت‌های دارویی و تمرکز بر ارائه خدمات بیمار محور از دهه ۶۰ میلادی آغاز و به دنبال پیاده سازی تحولات و تغییرات مبتنی بر نیازهای جامعه مراقبت‌های دارویی و خدمات حرفه‌ای جدید داروساز در این عرصه روز به روز پویاتر شده است. داروساز برای عملیاتی کردن مراقبت‌های دارویی و ارائه عملکرد مبتنی بر اخلاق و تعهد حرفه‌ای باید یاد بگیرد که چگونه با بیمار و اعضا کادر درمان ارتباط برقرار نماید، چگونه سوال نموده و چگونه در مثلث بیمار پزشک داروساز با اعضای این چرخه تعامل نموده و روابط حرفه‌ای برقرار کند. مولفه‌های متفاوتی در برقراری ارتباط بین رشته‌ای موثر می‌باشند. مطالعات مختلف نشان داده که همکاری بین رشته‌ای بین داروسازان و پزشکان منجر به ارائه خدمت پزشکی بهتر و رسیدن به اهداف مطلوب تر دارودرمانی می‌گردد. معیارهای مختلفی در خصوص همکاری بین رشته‌ای داروساز و پزشک بررسی شده است. از جمله این معیارها مهارت‌های برقراری ارتباط، اعتماد بین حرفه‌ای، ساز و کار ارتباط بین حرفه‌ای، آموزش بین رشته‌ای، مشخص بودن نقش حرفه‌ای و متغیرهای محیطی. مطالعات نشان داده است که یکی از مهمترین متغیرها در همکاری و تعاملات بین رشته‌ای، مهارت‌های برقراری ارتباط و آموزش بین رشته‌ای در حین تحصیل در جهت تعاملات بین حرفه‌ای می‌باشد. در این مقاله به نقش آموزش در خصوص این دو مولفه و مقایسه آن در ایران با سایر کشورها پرداخته شده است.

* Email: aminishahideh@gmail.com

آموزش اخلاق داروسازی؛ فرصت ها و تهدیدها
محمدرضا جوادی*، شهیده امینی، پونه سالاری، حسن ترکمندی

امروزه داروسازان به عنوان متولیان ارائه خدمات دارویی به لحاظ برخورداری از موقعیت ارتباط با بیمار و متعاقباً درگیری با مسائل اخلاقی بیش از پیش خود را نیازمند توصیف، تبیین و تحلیل درست از مسائل اخلاقی می‌دانند. این مساله با پیشرفت علوم پزشکی و تکنولوژی از یک طرف و پیشروی داروسازی در علوم بالینی و خدمات تخصصی دارودرمانی از طرف دیگر رنگ و لعاب بیشتری نیز به خود گرفته است. متعاقب این موضوع تبیین ارزش ها و قضاوت‌های اخلاقی به فراگیران و بطور کلی آموزش کاربردی اخلاق در این حرفه بر سر راه تصمیم گیرندگان این حوزه قرار می گیرد. اینکه اجزای علم و فلسفه اخلاق پس از شناسایی و دسته‌بندی علمی، اینک چگونه و در چه حوزه‌هایی مورد تدریس قرار گیرد.

تدوین سند جامع اخلاقی نظام دارویی کشور در کنار اینکه جلوه‌ای از کاربرد عملی دانسته‌های نظری اخلاق است آغازگر فصلی جدید در تعلیم اصول اخلاقی در تمامی زمینه های کاری این حرفه بود. اینک کیفیت، محتوای آموزشی و روش ارائه آن توسط متخصصین امر می تواند هرچه بیشتر در اعتلای قضاوت های صریح و متناسب با ارزش های جامعه داروسازان باشد.

بررسی ها در این زمینه نشان می‌دهد که اخلاق داروسازی با توصیف معیارهای اخلاقی در این رشته به طور خاص و ارزش‌های اخلاق اسلامی به طور عام در حال حاضر در دانشکده های داروسازی در حال تدریس است و آگاهی از مبانی اخلاق حرفه داروسازی، آشنایی با پیامدهای مادی و معنوی، الزامات اخلاقی و توانایی تصمیم‌گیری در چالش‌های اخلاقی در حرفه داروسازی از مواردی است که از فراگیران انتظار می‌رود. لیکن مساله‌ای که در این شرایط نگاه تامل‌برانگیز مسئولان را می‌طلبد این است که آیا این سطح آموزش نیازهای شاغلان این حرفه را مرتفع می‌کند و گرنه تصمیم‌گیرندگان این رشته چه راهکارهای جدیدی را برای پاسخ‌گویی به مسایل پیش‌رو ارائه دارند.

* Email: mrjavadi@sina.tums.ac.ir

معرفی مورد

(CPC)

چهارشنبه ۹۴/۱۱/۷ زمان ۱۳/۳۰-۱۵

رازداری

محمدنادر شریفی*، الهام برجی، امیر احمد شجاعی

خانم ش. ل. ۲۰ ساله توسط مادرش به درمانگاه روانپزشکی آورده شده است. بر اساس شرح حالی که مادر بیمار داده وی دوران طفولیت مشکلی را پشت سر گذاشته، از همان ابتدا کودک بدقلق و بهانه گیری بوده اما به دلیل ته تغاری بودن، حمایت افراطی از وی بعمل می آمده، از ابتدای ورود به مدرسه، با انجام هرگونه تکلیف، مشکل جدی داشته ولی به دلیل وابستگی به یک خانواده مشهور و سرشناس، مدرسه هم مجبور به تحمل او می شدند. جوانی از آشنایان با ۲۶ سال سن به خواستگاری وی آمده و خانواده با این فرض که تنها دچار وسواس فکری است و با ازدواج بهبود می یابد، با ازدواج او موافقت کرده اند. اکنون حدود پنج ماه است که در عقد می باشد اما خانواده که بهبودی در وی ندیده اند، نگران شده اند که مبادا داماد متوجه گردد. خانواده او را نزد روانپزشک دیگری آورده اند. روانپزشک اخیر با توجه به شرح حال کاملی که بدست آورده، اسکیزوفرنیا را محتمل ترین تشخیص دانسته است. از طرفی خانواده اصرار دارند که مصرف داروها قطع شود و روانپزشک اخیر، به روش غیر دارویی، شیوه ای بکار برد که بیمار بهبود یابد و هرچه زودتر مراسم عروسی را برگزار کنند تا با رفتن به خانه بخت، علائم و وسواس بهبود یابد. در این کیس سوالاتی در خصوص برخورد پزشک با این بیمار، خانواده او و همسرش از نظر رازداری و موارد حقوقی مرتبط با بیماری و چالشهای خاص آن مطرح است که در این مجال به بحث و بررسی از نظر علمی، اخلاقی، حقوقی، اندیکاسیونهای پزشکی، ترجیحات بیمار، کیفیت زندگی، ویژگیهای زمینه‌ای، حقوق بیمار مبتلا به اختلال روانی، وظایفی که روانپزشکان، و تیم پزشکی در قبال او دارند پرداخته و اینکه چالش های ویژه روانپزشکی در مقایسه با دیگر تخصص های پزشکی وجود دارد که لازم است برای رفع آنها اصول اخلاق پزشکی را در نظر گرفته و آثار حقوقی نقض محرمانگی بیمار مورد بررسی قرار گیرد.

مشارکت پزشک در مجازات محکومین

سعیده سعیدی تهرانی*، پونه سالاری، کبری جودکی

دادگاه ۴ خانم مجرد را برای توبکتومی به بیمارستان معرفی می کند. قاضی طی حکمی برای ۴ خانم در محدوده سنی ۳۰ تا ۳۵ سال چنین حکمی صادر کرده و به بیمارستان و متخصص زنان معرفی و تقاضای توبکتومی آنان توسط متخصص زنان را دارد. این زنان سابقه جرایم مکرر و روابط نامشروع داشته اند؛ قاضی این مجازات را برای ایشان در نظر گرفته است. هدف از این کار مجازات مجرمان و جلوگیری از خطرات اتی این افراد برای جامعه در نظر گرفته شده است.

پنج شنبه ۹۴/۱۱/۸ زمان ۸/۳۰-۱۰

رازداری

لادن ناز زاهدی*، دکتر سروری، دکتر پارساپور

بیمار خانم ۲۵ ساله متاهل، ساکن یکی از روستاهای شهرستان سردشت (استان کردستان) است که به خاطر طول کشیدن علائم آنفلوآنزا، از روستا به یک پزشک خانواده در شهر ارجاع شد. طی فرایند بررسی، مشخص شد که تست HIV بیمار مثبت است، هرچند علائم آزمایشگاهی و کلینیکال AIDS هنوز مستقر نشده بود. در شرایطی که شوهر بیمار از نظر HIV منفی است، پزشک معالج به دلیل فرهنگ به شدت مردسالارانه و جایگاه زن در فرهنگ قومیتی بیمار، و خطراتی که ممکن است برای بیمار ایجاد شود، نمی‌تواند قاطعانه تصمیم بگیرد که یافته فوق را با بیمار یا همسر او در میان بگذارد، یا اصلاً اطلاع‌رسانی نکند و مسکوت بگذارد.

برخورد با کودک آزاری

رشیدپورایی*، مسعود حسینی

پدری فرزند ۱۵ ساله خود را که دانش آموز تیز هوش سال دوم دبیرستان است به کلینیک آورده است. این نوجوان که تا یک هفته پیش هیچگونه سابقه اختلال روانی رفتاری نداشته، و یکی از دانش آموزان نمونه دبیرستان خود بشمار می آمده، پس از بازگشت از اردوی ۲ روزه، از رفتن به دبیرستان خودداری کرده و حاضر نیست درباره این موضوع با کسی صحبت کند. کم حرف و گوشه گیر شده و حتی مایل نیست هنگام غذا خوردن، با اعضای خانواده باشد. در مراجعه به کلینیک که با اصرار و فشار والدین انجام شده، ابتدا به هیچ عنوان حاضر به گفتگو با مشاور نبود اما پس از استفاده از شیوه های تخصصی، درمانگر توانست با خروج والدین، ضمن اطمینان دادن به نوجوان در حفظ اسرارش، در گفتگوی تنهایی به این موضوع پی ببرد که در اردوی اخیر، طی دو شب متوالی، مورد تجاوز جنسی یکی از مربیان قرار گرفته است. حال سئوالاتی که مطرح می شوند شامل موارد زیر هستند:

وظیفه مشاور چیست؟

پنج شنبه ۹۴/۱۱/۸ زمان ۱۵-۱۳/۳۰

پرداخت هزینه درمان و بیمه

علی خاجی*، دکتر باقری

بیماری از یکی از بیمارستانهای سطح شهر و با هماهنگی یکی از اعضاء هیئت علمی به اورژانس یک بیمارستان دولتی منتقل میگردد. بیمار آقای ۲۶ ساله ای است که در یک نزاع بر اثر اصابت ضربه چاقو دچار پارگی شریان فمورال سطحی سمت راست شده است. بیمار به دلیل از دست دادن خون دچار ایست قلبی میگردد. پس از تلاش پزشکان در اورژانس بیمار بازگشته، انتوبه شده و برای ترمیم آسیب ناشی از ضربه چاقو به اتاق عمل برده می شود. بیمار پس از عمل جراحی به بخش مراقبتهای ویژه فرستاده می شود. مسئولین حسابداری بیمارستان از خانواده وی درخواست واریز هزینه درمان را دارند و می گویند اگر مبالغ مورد نظر واریز نگردد ویزیت بیمار و اقدامات لازم دیگر با مشکل روبرو میگردد. همراه بیمار سوال می نماید که مگر عمده هزینه های بیمار را بیمارستان نمی دهد که در پاسخ گفته می شود بیمارانی که بر اثر نزاع آسیب دیده و به بیمارستانهای دولتی آورده میشوند تمام هزینه های درمان را باید خود بپردازند.

اختلالات جنسیتی

فاطمه خانساری*، علیرضا باقری

خانمی ۲۳ ساله، قد بلند و خوش سیما به علت آمنوره مراجعه کرده است. در سونوگرافی همراه، رحم اینفانتایل ذکر شده بود، تخمدانها مشاهده نشده و آژنزی گناد برایش مطرح شده است. در آزمایشات درخواستی گنادوتروپین ها بالا بود و در کاریوتایپ درخواستی نیز ۴۶ ایکس وای گزارش شده بود. در چالنج تست خونریزی بوجود آمد و به اصرار بیمار جهت برقراری پریود ماهیانه به وی قرص ضد بارداری داده شد. در معاینه برست در حالت نوجوانی بود و موهای زیر بغل نیز کم بود. هایمن نرمال و کلیتوریس شبیه پنیس کوچک بود. جهت پیدا کردن تستیس ها ام ار ای درخواست شد و به بیمار توضیح داده شد که باید لاپاراتومی شود و گنادها خارج شود. سوال مادر بیمار در مورد امکان ازدواج و بچه دار شدن وی بود. متاسفانه مراجعه بعدی نداشت.

پنج شنبه ۹۴/۱۱/۸ زمان ۱۷-۱۵/۳۰

تخصیص منابع

ندا یاوری*، مجید سرورری، احسان شمسی

شما به عنوان پزشک مستقر در بخش ICU بیمارستان مشغول معاینه بیماران هستید که بیمار جدیدی برای پذیرش به ICU آورده می شود. پس از مطالعه پرونده و معاینات اولیه متوجه می شوید بیمار - آقای الف - متعاقب تصادف با موتور سیکلت به اورژانس بیمارستان آورده شده و پس از انجام اقدامات اولیه در اورژانس و با تشخیص Multiple Trauma و Head Injury برای دریافت خدمات درمانی تخصصی تر به ICU ارجاع داده شده است. در همین زمان بیمار دیگری - آقای ب - با تشخیص DKA، از اورژانس بیمارستان به ICU ارجاع داده می شود. با توجه به اینکه در معاینات اولیه به نظر می رسد هر دو بیمار به مراقبتهای ویژه در بخش ICU نیاز دارند و تنها یک تخت آزاد در ICU موجود است شما مجبوره تصمیم گیری خواهید بود. شما می توانید یک تخت اکسترا در ICU اضافه کرده و هر دو بیمار را در ICU بستری کنید (در این صورت با توجه به محدودیت منابع، کیفیت خدمت رسانی به همه بیماران نسبت به درمان استاندارد به یک نسبت کاهش می یابد) یا اینکه یکی از بیماران را در ICU بستری کرده و بیمار دیگر را بالاجبار در بخش یا اورژانس در تخت اکسترا بستری نمایید. (در این صورت بیمار دوم متناسب با امکانات بخش خدمات دریافت می کند اما همه بیماران بستری در ICU به شکل مساوی از خدمات استاندارد بهره مند میشوند).

رحم جایگزین

جنت مشایخی*، رضا عمانی سامانی، پونه سالاری

زوجی برای درمان ناباروری به مرکز درمانی مراجعه نمودند که به علت اینکه خانم قبلا هیستریکتومی شده بود برای ایشان رحم جایگزین تجویز شد. با خانمی ۲۷ ساله قراردادی جهت انجام پروسه حمل جایگزین بسته شد. سپس جنین تشکیل شده برای ایشان به رحم آن خانم منتقل و حاملگی رخ داد. در جریان تست های پره ناتال شک ابتلا جنین به سندروم داون مطرح شد، آمنیو سنتز انجام و تریزومی ۲۱ تایید گردید. پس از مشاوره با زوج صاحب جنین ایشان درخواست سقط درمانی نمودند. از آنجایی که رضایت سقط درمانی باید از خانم حامله گرفته شود، از خانم حامل جایگزین درخواست امضای رضایت نامه شد. ایشان به دلایل مذهبی از سقط ممانعت کردند و رضایت نامه را امضا نکردند. زوج صاحب جنین با وی بگو مگو کرده و سپس اعتراضیه خود را به مرکز درمانی آوردند که مرکز درمانی باید در قرارداد، بندی در مورد رضایت سقط درمانی قرار داده میشد تا حامل جایگزین نتواند رضایت ندهد. به وی توضیح داده شد که هیچ قراردادی نمیتواند فرد را موظف به ارائه رضایت آگاهانه کند و حتی رضایت آگاهانه اولیه را فرد می تواند پس بگیرد. زوج صاحب جنین اعلام نمودند که حاضر به قبول فرزند مبتلا به سندروم داون نیستند و فرزند را پس از زایمان قبول نمی کنند. حامل نیز اعلام نمود که جنین متعلق به وی و شوهرش نیست و وی نیز فرزند را قبول نمی کند. فرزند بزودی بدنیا می آید.