

# مروری بر میانه تعهد حرفه‌ای در پزشکی



كَلَامُ الْإِسْلَامِ

دکتر فاطمه علیپور

### اسامی نویسندگان به ترتیب الفبا:

دکتر فریبا اصغری

دکتر همایون امینی

دکتر علیرضا پارساپور

دکتر محمد جلیلی

دکتر علی جعفریان

دکتر امیرحسین جهانشیر

دکتر شهرام صمدی

دکتر علی لباف

دکتر محبوبه مافی نژاد

دکتر سارا مرتاض

دکتر حمیدرضا نمازی

دکتر سید طه یحیوی

### گروه ویراستاران:

دکتر فریبا اصغری، دکتر فاطمه علیپور، دکتر علیرضا پارساپور، دکتر حمید رضا نمازی

گروه ویراستاران بر خود لازم می داند از زحمات خانم دکتر زهرا شاهواری و خانم ساناز میرعرب که با مطالعه کل کتاب و ارائه نظرات ارزشمند خود ما را در ویرایش نهایی یاری فرمودند، تشکر نماید.

### ویراستار ادبی:

خانم نفیسه ساور سفلی



دانشگاه علوم پزشکی و  
خدمات بهداشتی و درمانی تهران

مروری بر مبانے

تعهد حرفه‌ای

در پزشکی

۱۳۹۸



## فهرست

۹	فصل اول: کلیات.....
۲۳	فصل دوم: تاریخچه در جهان و ایران.....
۳۳	فصل سوم: وظیفه شناسی .....
۶۱	فصل چهارم: شرافت و درستکاری .....
۸۳	فصل پنجم: نوع دوستی.....
۹۳	فصل ششم: احترام.....
۱۰۵	فصل هفتم: عدالت.....
۱۲۳	فصل هشتم: تعالی .....
۱۳۷	فصل نهم: رفتار حرفه‌ای در برخورد با رسانه‌ها.....
۱۵۱	فصل دهم: رفتار حرفه‌ای در فضای مجازی .....
۱۷۱	فصل یازدهم: روش‌های آموزش پروفشنالیسم.....
۱۸۷	فصل دوازدهم: روش‌های ارزیابی .....
۲۰۹	فصل سیزدهم: تعهد حرفه‌ای در سازمان‌های سلامت.....

## پیشگفتار

دانشگاه علوم پزشکی تهران در دهه گذشته برای گسترش فرهنگ تعهد حرفه‌ای در بین فراگیران و استادان علوم پزشکی تلاش زیادی نموده است. این مهم از سال ۱۳۹۲ با راه‌اندازی دفتر ترویج تعهد و رفتار حرفه‌ای در حوزه ریاست دانشگاه با جدیت و وسعت بیشتری پیگیری شد. در این مدت تعهد - حرفه‌ای یکی از عناوین اصلی برنامه‌های آموزشی دستیاران جدیدالورود بوده و اعضای هیأت علمی به عنوان محور اصلی آموزش عملی رفتار حرفه‌ای به تدریج و در قالب‌های متنوعی چون کارگاه و سمینار در این زمینه، آموزش‌های لازم را می‌بینند. البته باید توجه داشت در محیط ارائه خدمات سلامت ضرورت توجه به رفتار حرفه‌ای تنها متوجه تیم تخصصی ارائه خدمات درمانی نبوده و یکایک پرسنل در محیط‌های درمانی از نگهبان ورودی تا کارمند ترخیص بیمارستان باید به الزامات و دلالت‌های عملی رفتار حرفه‌ای در کسوت خود آشنا و به رعایت آن متعهد باشند. نیاز به در اختیار داشتن منبعی مناسب و متناسب برای محتوای ارائه شده در کارگاه‌های آموزشی تعهد حرفه‌ای طی برگزاری دوره‌های آموزشی مربوطه در محیط‌های مختلف دانشگاه احساس می‌شد. این نیاز همکاران دفتر تعهد حرفه‌ای دانشگاه را بر آن داشت تا مطالب مفید و کاربردی آموزش رفتار حرفه‌ای را در قالب کتابی مختصر جمع‌آوری کنند و به عنوان منبعی مقبول در دسترس علاقمندان قرار دهند. البته این اثر می‌تواند برای علاقمندان در سایر دانشگاه‌ها و جامعه پزشکی به طور عام مورد استفاده قرار گیرد.

این تلاش اکنون به همت گروهی از همکاران ارجمندی که در درجه اول خود دغدغه تعهد حرفه‌ای دارند، به ثمر نشسته و کتاب به زیور طبع آراسته شده است. امیدوارم جامعه پزشکی ایران که طی سال‌های متمادی به عنوان یک قشر فرهیخته مورد اعتماد و خدمت، توانسته است بهترین خدمات سلامت را به مردم ارائه کند، با رعایت اصول و رفتار حرفه‌ای همچنان بتواند جایگاهی را که در بین مردم داشته حفظ کند و از این رهگذر بر اعتبار خویش بیفزاید.

### دکتر عباسعلی کریمی

رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران

جایگاه ممتاز حرفه پزشکی در جامعه و امدار عملکرد طبیعی است که دانش و مهارت خود را با گوهر تعهد قرین و تلخی درمان را به شهد اخلاق شیرین کردند و بر صدر نشستند. این علت وجودی لازمه تداوم این جایگاه خواهد بود و بی توجهی به آن هزینه‌های بالایی را بر مردم و جامعه پزشکی تحمیل خواهد کرد. اهمیت و حساسیت این مهم امروزه بیش از پیش خودنمایی می‌کند چرا که در جهان امروز ما شاهد مطالبات بیشتر جامعه نسبت به حقوق خود هستیم و حق سلامت از جمله مهمترین آنهاست. یکه تازی رسانه‌های اجتماعی و تحقق تخیل "هر شهروند یک رسانه" قدرت بی سابقه‌ای به آحاد جامعه در انتقال و انعکاس نظرات و انتقادات خود داده و همه می‌دانیم که به واسطه اهمیت و حساسیت خدمت در عرصه سلامت خصوصا در مان لغزش و تسامح پزشکان از سوی جامعه پذیرفتنی نیست. طبیعی است که در این فضا سوء رفتار حتی از سوی اقلیتی از پزشکان در جامعه انعکاس زیادی پیدا کرده و ستون اعتماد جامعه را که حیات حرفه پزشکی در گرو آن است متزلزل می‌کند. همین تهدید سازمان نظام پزشکی را بر آن داشت تا با تبیین، تصویب و انتشار هنجارهای رفتار حرفه‌ای در قالب "راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته" بیش از پیش توجه حرفه‌مندان و مدیران حوزه نظارت را به این مهم جلب کند و با ارائه آموزش‌های موثر و مناسب و با همکاری نهادهای متولی ارائه خدمات سلامت خصوصا در بعد نظارت بر رعایت ضوابط اخلاق حرفه‌ای را در ارائه خدمات پی‌گیری نماید. جای خوشوقتی است که وزارت بهداشت در مان و آموزش پزشکی که از دهه‌های گذشته در این عرصه، فعالیت‌های ارزشمندی را در قالب گروه‌های آموزشی و کمیته‌های متعدد و متنوع اخلاق در عرصه پژوهش و آموزش و درمان در سطوح ملی و دانشگاهی و بیمارستانی پیگیری می‌کرده از این حرکت در سازمان نظام پزشکی حمایت نموده و همکاری‌های نزدیکی را در این راستا با سازمان نظام پزشکی داشته است. اثر ارزنده‌ای که پیش رو دارید تلاش ارزشمند جمعی از اعضای محترم هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و فعالان حوزه تعهد حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی تهران است که هر یک این موضوع را از جنبه‌ای مورد کنکاش و بررسی قرار داده‌اند. به نظر می‌رسد این کتاب می‌تواند کلیات موضوع را برای خواننده به خوبی تبیین کند و استانداردهای رفتار حرفه‌ای را تشریح نماید. به عنوان رییس نهاد صنفی جامعه پزشکی که مهمترین رسالتش را افزایش اعتماد عمومی و صیانت از حرمت و کیان حرفه می‌داند از دست اندکاران تدوین این اثر سپاسگزاری نموده و مطالعه آن را به همه همکاران توصیه می‌کنم.

### دکتر محمدرضا ظفرقندی

رییس سازمان نظام پزشکی  
جمهوری اسلامی ایران





# فصل اول:

## کلیات

نویسنده:

دکتر علی جعفریان

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران،

گروه جراحی مجتمع بیمارستانی امام خمینی،

گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی

## کلیات پروفشنالیسم

خانمی در یک روستای دور افتاده دچار درد زایمان می شود. هوا برفی است و انتقال او به مرکز مجهز اگر امکان پذیر باشد، کار سختی است. از نزدیک ترین پزشک که چندین کیلومتر با این محل فاصله دارد خواسته می شود برای کمک به روند زایمان به این روستا بیاید.

این اتفاق می تواند همین امشب در یک روستای مناطق کوهستانی زاگرس در ایران رخ دهد و می توانسته ۲۵۰۰ سال قبل در روستایی در یونان اتفاق افتاده باشد. عصاره تعهد حرفه ای تصمیمی است که این پزشک می گیرد یا باید بگیرد و مبنایی که این تصمیم بر اساس آن باید گرفته شود. اگر در همین زمان وسیله نقلیه ساکنان یا ژنراتور برق روستا نیاز به تعمیر داشته باشد آیا کسی انتظار دارد تعمیرکار شبانه در هوای برفی بدون چشمداشت مادی به آنجا بیاید؟

### "پروفشنالیسم" یا "تعهد حرفه ای"

"تعهد حرفه ای" یا "پروفشنالیسم" در یک بیان کوتاه عبارت است از؛ متعهد بودن به ارائه خدمت بصورتی که بهترین منافع خدمت گیرنده همیشه در اولویت باشد. البته تعاریف متعددی برای تعهد حرفه ای وجود دارد از جمله: کالج سلطنتی پزشکان که آن را "مجموعه ای از خصوصیات، ارزش ها، رفتار و مهارت های ارتباطی می داند که لازمه اعتماد مردم به پزشکان" است. [۱] و بورد طب داخلی امریکا که چنین می گوید: "خصوصیات و رفتاری درارایه خدمت که مبتنی بر تفوق منافع بیمار بر منافع خود است. [۲]" عصاره این تعاریف اولویت منافع بیمار یا خدمت گیرنده است.

شاید سؤال شود آیا یک تعمیرکار یا فروشنده مگر نباید نسبت به منفعت مشتری خود توجه داشته باشد؟ جواب این است که صد البته چنین است چون در غیر این صورت مشتری خود را از دست خواهد داد و این برخلاف هدف اصلی مشاغل یعنی کسب سود است. به عبارت دیگر همه مشاغل اعم از تولیدی و خدماتی با هدف کسب سود شکل می گیرند و طبیعی است که جلب نظر مشتری یکی از اجزاء هر شغلی است. اما آنچه باعث ایجاد تفاوت ماهوی بین عموم مشاغل و کارهایی مانند طبابت و قضاوت می شود ماهیت خدمت، فاصله تشخیصی و قدرت انتخاب گیرنده است.

در یک خدمت پزشکی ماهیت خدمت بسیار ارزشمند، مهم و اغلب برای فرد حیاتی است زیرا به نوعی به سلامت او برمی گردد که مهمترین سرمایه هر انسانی است. طبیعی است که ماهیت چنین خدمتی آن قدر مهم و با ارزش است که فرد انتظار بهترین نوع آن را برای خود و اطرافیان نزدیکش داشته باشد.

همچنین به دلیل تخصصی بودن این خدمت و فاصله زیاد دانش گیرنده و ارائه کننده خدمت، فرد به راحتی نمی‌تواند تشخیص دهد که چه کاری برای او بهترین نتایج را خواهد داشت و ناگزیر است به یک پزشک اعتماد کند و طبق دستورات او عمل نماید. در اقدامات خطرناک مانند شرایط اورژانس و اعمال جراحی این موضوع بسیار جدی‌تر و روشن‌تر است. بیماری که با درد قسمت راست و پایین شکم به اورژانس مراجعه می‌کند و ناگهان با تشخیص آپاندیسیت و پیشنهاد یک عمل جراحی فوری روبرو می‌شود، به راحتی نمی‌تواند میزان ضرورت و فوریت این اقدام را تشخیص دهد و چاره‌ای جز اعتماد به پزشک معالج خود ندارد. روشن است که فقط در حالی این درجه از اعتماد موضوعیت دارد که بیمار یقین داشته باشد پزشک فقط بر اساس منافع او چنین درمانی را پیشنهاد کرده است. در واقع اینجا پزشک نقش مشاور و ارائه کننده خدمت را با هم دارد و به همین دلیل فقط با اعتماد است که بیمار می‌تواند درباره اصل تصمیم و هم درباره نحوه انجام آن آرامش و اطمینان یابد. از طرف دیگر به دلیل ماهیت رابطه پزشک و بیمار، امکان نظارت بر این رابطه برای اطمینان از رعایت بهترین مصالح بیمار عملاً وجود ندارد بخصوص که با اصل مهم رازداری هم تناقض دارد.

نکته آخر انتخاب پزشک است که اگرچه امروزه با در دسترس بودن اطلاعات، کمی راحت‌تر به نظر می‌رسد اما همچنان تابع اعتماد است و اگر فرد نتواند به یک پزشک اعتماد کند، چگونه ممکن است امر مهم سلامت خود را به او واگذار کند؟ علاوه بر موارد اورژانس که اکثراً حق انتخاب وجود ندارد، در موارد الکتیو یا انتخابی نیز عموماً بیمار معیار مناسبی برای انتخاب پزشک خود ندارد و حتی اگر بین چند نفر یکی را انتخاب کند معلوم نیست درست انتخاب کرده باشد. آمارهای منتشر شده از نقاط مختلف دنیا از جمله کشورمان حاکی از این است که گروه پزشکی شامل پزشکان، پرستاران و داروسازان همچنان در سطوح بالای اعتماد اجتماعی قرار دارند. در دو مطالعه سال ۸۲ و ۹۷ در ایران که به موضوع میزان اعتماد مردم به اصناف مختلف پرداخته‌اند، صرف نظر از تفاوت‌های طراحی دو مطالعه، پزشکان در رتبه سوم و چهارم قرار داشتند بنابراین مردم همچنان بیشتر در انتخاب پزشک خود بر مبنای اعتماد عمل می‌کنند. البته باید توجه داشت که این اعتماد یک امر ذاتی نیست و منوط به رعایت روح تعهد حرفه‌ای است که همان اولویت منافع بیمار است.

با این توضیح کوتاه سه تفاوت اساسی بین آنچه شغل نامیده می‌شود و آنچه ما آن را مشمول تعهد حرفه‌ای می‌دانیم روشن شد. در گروه اول کسب سود هدف اول است و البته جلب رضایت مشتری یکی از مهم‌ترین مقدمات است و در گروه دوم تأمین منافع خدمت گیرنده در اولویت است و کسب منافع - اگرچه برای ارائه کننده خدمت ضروری است - در درجه دوم قرار دارد. به بیان بسیار ساده ما

پزشکان، بیمار را درمان می‌کنیم تا خوب شود و اگرچه در ازاء این کار چیزی تحت عنوان “حق‌العلاج” دریافت می‌کنیم، اما فلسفه تلاش ما دریافت این وجه نیست بلکه بهبود بیمار است؛ اما در عموم مشاغل هدف از ارائه خدمت مورد رضایت مشتری کسب درآمد و سود است. این تفاوت نگاه به هدف انجام کار است که باعث ایجاد تفاوت ماهوی می‌شود و حرفه‌هایی مانند طبابت، قضاوت، روحانیت و به درجاتی معلمی را از سایر مشاغل جدا می‌کند. [۳] اگر یک قاضی بر اساس منفعت شخصی خود حکم کند، جامعه نه تنها او را صالح نمی‌داند بلکه خواستار بیشترین مجازات برایش خواهد بود؛ اگر یک روحانی از آنچه در باره دین می‌داند و اعتمادی که مردم به این مناسبت به او دارند در جهت منافع شخصی خود استفاده کند و نه در جهت اصلاح امور مردم، بدون شک مستحق خلع لباس روحانیت است؛ اگر معلمی که ما تربیت فرزند خود را به اوسپردیم به جای توجه به این امر مهم و حیاتی تمام توجه خود را به کسب درآمد بیشتر معطوف کند، شایسته هیچ احترامی نیست. بدیهی است که تمام این افراد انسان هستند و باید نیازهای مادی آنان برای زندگی تأمین شود. بنابراین جامعه باید در ازاء خدمات آنان حق‌الزحمه مناسبی در نظر بگیرد. شاید به همین دلیل است که در تاریخ طبابت و قضاوت آمده که باید به این افراد به مقدار نیازشان پرداخت کرد تا نگران تأمین معاش نباشند و با خیال آسوده فقط در جهت منافع مردم و جامعه اقدام کنند. این روش شاید امروزه به این شکل عملی نباشد زیرا غلبه نگاه مادی در زندگی بشر در حرفه‌مندان نیز تأثیراتی گذاشته و توقعات بالاتری را ایجاد کرده است اما آنچه به بقاء حرفه به همین معنی که توضیح داده شد کمک می‌کند، همان نگاه متفاوت به آن است که الزاماتی را به دنبال دارد. حرفه‌مندان دانش تخصصی ویژه‌ای دارند که عموم مردم نمی‌توانند خیلی به آن نزدیک شوند، به همین دلیل مردم باید به آنان اعتماد کنند تا مهم‌ترین امور خود مانند سلامت، عدالت، دین و فرزندانشان را به این افراد بسپارند و آنان را محرم خود شمارند و در مقابل انتظار دارند ایشان همواره منافع مردم را در اولویت قرار دهند و منافع شخصی را در جایگاه ثانوی نگه دارند.

### متون مرتبط با رفتار حرفه‌ای در پزشکی از گذشته تا حال

اگر به پانصد سال قبل از میلاد مسیح بازگردیم و سوگند نامه بقراط را که جزء اولین متون در باره منش حرفه پزشکی است بازخوانی کنیم، خواهیم دید که بسیاری از نکاتی که بر آن تأکید شده با همان شدت امروز هم باید مورد توجه باشند. در این سوگند نامه ده عبارت مشخص وجود دارد که بدین شرح است: [۴]

۱. “من سوگند یاد می‌کنم، شخصی را که به من حرفه پزشکی خواهد آموخت مانند والدین خود فرض کنم و در صورتی که محتاج باشد درآمد خود را با وی تقسیم کنم و احتیاجات وی را مرتفع سازم. پسرانش را مانند برادران خود بدانم و در صورتی که بخواهند به تحصیل پزشکی بپردازند بدون مزد یا

قراردادی حرفه پزشکی را به آنها بیاموزم.

۲. اصول دستوره‌های کلی، دروس شفاهی و تمام معلومات پزشکی را جز پسران خود، پسران استادان و شاگردانی که طبق قانون پزشکی پذیرفته شده و سوگند یاد کرده‌اند به دیگری نیاموزم.
۳. پرهیز غذایی را بر حسب توانایی و قضاوت خود به نفع بیماران تجویز خواهم کرد نه برای ضرر و زیان آنها.
۴. به خواهش اشخاص به هیچ‌کس داروی کشنده نخواهم داد و مبتکر تلقین چنین فکری نخواهم بود.
۵. وسیله سقط جنین در اختیار هیچ‌یک از زنان نخواهم گذاشت.
۶. با پرهیزگاری و تقدس زندگی و حرفه خود را نجات خواهم داد.
۷. بیماران سنگ دار را عمل نخواهم کرد و این عمل را به اهل فن واگذار خواهم نمود.
۸. در هر خانه‌ای که باید داخل شوم برای مفید بودن به حال بیماران وارد خواهم شد.
۹. از هر کار زشت ارادی و آلوده کننده به خصوص اعمال ناهنجار، با زنان و مردان، خواه آزاد و خواه برده باشند، اجتناب خواهم کرد.

۱۰. آنچه در حین انجام دادن حرفه خود و حتی خارج از آن درباره زندگی مردم خواهم دید یا خواهم شنید که نباید فاش شود به هیچ‌کس نخواهم گفت زیرا این قبیل مطالب را باید به گنجینه اسرار سپرد. به جز دو بند اول که مربوط به ضوابط آموزش پزشکی است و به نظر می‌رسد در دنیای امروز هم قابل تأمل باشد، هشت بند بعدی به وضوح به اولویت دادن منافع بیمار مرتبط است که با سوگند آغاز می‌شود و حاکم بودن اصول شرافت و درستکاری در تمام آنها به نوعی دیده می‌شود.

برزویه طیب (قرن ششم میلادی - قبل از اسلام) نیز در مقدمه کتاب کلیله و دمنه که بر حسب تواریخ دستاورد خود او است چنین آورده است: [۵]

"و در کتب طب آورده‌اند که فاضل‌تر اطبا آن است که بر معالجت از جهت ذخیرت آخرت مواظبت نمایند، که به ملازمت این سیرت نصیب دنیا هر چه کامل‌تر بیاید و رستگاری عقبی مدخر گردد؛ چنان که غرض کشاورز در پراکندن تخم دانه باشد که قوت اوست. اما گاه که علف ستوران است به تبع آن هم حاصل آید. در جمله بر این کار اقبال تمام کردم و هر کجا بیماری نشان یافتم که در وی امید صحت بود معالجت او بر وجه حسبت بر دست گرفتم. و چون یک چندی بگذشت و طایفه‌ای را از امثال خود در مال و جاه بر خویشان سابق دیدم نفس بدان مایل گشت، و تمنی مراتب این جهانی بر خاطر گذشتن گرفت، و نزدیک آمد که پای از جای بشود. با خود گفتم: ای نفس میان منافع و مضار خویش

فرق نمی‌کنی، و خردمند چگونه آرزوی چیزی در دل جای دهد که رنج و تبعث آن بسیار باشد و انتفاع و استمتاع اندک؟ و اگر در عاقبت کار و هجرت سوی گور فکرت شافی واجب داری حرص و شره این عالم فانی به سر آید. و قوی تر سببی ترک دنیا را مشارکت این مشی دون عاجز است که بدان مغرور گشته‌اند. از این اندیشه ناصواب درگذر و همت بر اکتساب ثواب مقصور گردان، که راه مخوف است و رفیقان ناموافق و رحلت نزدیک و هنگام حرکت نامعلوم. زینهار تا در ساختن توشه آخرت تقصیر نکنی، که بنیت آدمی آوندی ضعیف است پر اخلاط فاسد، چهار نوع متضاد، و زندگانی آن را به منزلت عمادی، چنان که بت زرین که به یک میخ ترکیب پذیرفته باشد و اعضای آن به هم پیوسته، هر گاه میخ بیرون کشی در حال از هم باز شود، و چندان که شایانی قبول حیات از جثه زایل گشت بر فور متلاشی گردد. و به صحبت دوستان و برادران هم مناز، و بر وصال ایشان حریص مباش، که سور آن از شطون قاصر است و اندوه بر شادی راجح؛ و با این همه درد فراق بر اثر و سوز هجر منتظر. و نیز شاید بود که برای فراغ اهل و فرزندان، تمهید اسباب معیشت ایشان، به جمع مال حاجت افتد، و ذات خویش را فدای آن داشته آید، و راست آن را ماند که عطر بر آتش نهند، فواید نسیم آن به دیگران رسد و جرم او سوخته شود. به صواب آن لایق تر که بر معالجت مواظبت نمایی و بدان التفات نکنی که مردمان قدر طبیب ندانند، لکن در آن نگر که اگر توفیق باشد و یک شخص را از چنگال مشقت خلاص طلبیده آید آمرزش بر اطلاق مستحکم شود؛ آن جا که جهانی از تمتع آب و نان و معاشرت جفت و فرزند محروم مانده باشند، و به علت‌های مزمن و دردهای مهلک مبتلا گشته، اگر در معالجت ایشان برای حسبت سعی پیوسته آید و صحت و خفت ایشان تحری افتد، اندازه خیرات و ثوبات آن کی توان شناخت؟

اگر کسی امروز بخواهد در مورد شرایط کار پزشکی مطلبی بنویسد بعید به نظر می‌رسد تفاوت چندانی با شرایط برزویه در پانزده قرن پیش داشته باشد و شاید با ادبیات متفاوتی عین این محتوا بیان شود. البته برزویه (چنانچه در همین مقدمه آمده) بعد از کسب شهرت و مکتب فراوان از طبابت به حکمت و فلسفه روی آورد و به آخرت متوجه گشت چنانچه در پایان این باب می‌گوید: ”در جمله کار من بدان درجت رسید که به قضاهای آسمانی رضا دادم و آن قدر که در امکان گنجد از کارهای آخرت راست کردم، و بدین امید عمر می‌گذاشتم که مگر به روزگاری رسم که در آن دلیلی یابم و یاری و معینی بدست آرم...”

علی ابن عباس مجوسی اهوازی از پزشکان به نام ایرانی در قرن چهارم هجری قمری (قرن یازدهم میلادی) پند نامه‌ای دارد که در آن ضمن تأکید بر محتوای سوگند نامه بقراط این موارد را اضافه می‌کند: [۶]

- ضرورت آموزش بیمارستانی دانشجویان پزشکی در جوار استادان خود با کار مداوم عملی و بالینی در بیمارستان. (یادآوری می‌شود در عهد بقراط آموزش بیمارستانی وجود نداشته ولی پیش

- از اهوازی ارجانی در بیمارستان گندی شاپور در عهد ساسانی چنین آموزشی دایر بوده است.)
- تاکید بر آموزش مداوم پزشکان.
  - پزشکان را از عیش و نوش منع کرده و نوشیدن شراب را برای سلامتی فکر مضر دانسته است.
  - در درمان بیماران توجه پزشکان را به درمان نیازمندان و بی چیزان معطوف داشته است.
  - بر ضرورت معاینه مکرر بیماران حاد تأکید ورزیده است.
  - پاك، با کیش، خداپرست، خوش‌زبان و نیکوروش بودن و دوری جستن از هر ناپاکی و پلیدی را برای پزشك مینا دانسته است.

در این متن نکاتی متناسب با پیشرفت آموزش پزشکی در طی قرون اضافه شده و البته نگاه خداشناسانه اهوازی در آن نمود دارد.

در سال‌های اخیر ادبیات متعددی توسط نهادها و سازمان‌های مختلف در باره رفتار حرفه‌ای منتشر شده و به عنوان منشور یا راهنما مورد استناد قرار می‌گیرد. از رایج‌ترین این متون می‌توان به منشور تعهد حرفه‌ای پزشکی تهیه شده توسط بورد طب داخلی امریکا اشاره کرد که در سال ۲۰۰۲ منتشر شد و سپس مورد توافق عام قرار گرفت و شامل تعهد به ده مورد ذیل است: [۷]

- ارتقا کیفیت خدمات مراقبت‌ها
- بهبود دسترسی به خدمات
- توزیع عادلانه‌ی منابع محدود
- تولید دانش
- حفظ اعتماد از طریق مدیریت صحیح تعارضات منافع
- مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای
- ارتقاء توانمندی حرفه‌ای
- صداقت با بیماران
- رازداری بیمار
- حفظ رابطه مناسب با بیماران

راهنمای انجمن کالج‌های پزشکی امریکا (AAMC) نمونه دیگری است که بر موارد زیر تأکید دارد:

[۸]

۱. پزشکان منافع خود را بر منافع بیمار ترجیح نمی‌دهند.
۲. پزشکان پایبند به استانداردهای اخلاقی هستند.
۳. پزشکان به نیاز جامعه پاسخ می‌دهند و رفتارشان بیانگر قرارداد با جامعه‌ای است که در آن خدمت می‌کنند.



۴. پزشکان پایبندی و عمل به ارزش‌های محوری انسانی شامل صداقت، درستکاری، دلسوزی، مهربانی، نوع‌دوستی، همدلی و احترام به خود، بیماران، هم‌تایان، استادان، پرستاران و سایر حرفه‌مندان سلامت دارند.

۵. نسبت به عملکرد خود و همکاران پاسخگو هستند.

۶. موقعیت تعارض منافع را در عملکرد حرفه‌ای خود شناسایی می‌کنند.

۷. تعهد به پیشرفت و تعالی را نشان می‌دهند.

۸. تعهد به دانش‌پژوهی و ارتقای توانمندی خود دارند.

۹. توانایی مدیریت موقعیت‌های پیچیده یا همراه با عدم قطعیت بالا و تأمل بر عملکرد و تصمیمات خود دارند.

۱۰. پزشکان بر عملکرد و تصمیمات خود تأمل می‌کنند و علاقه به بهبود و ارتقای همه‌جانبه در کار خود دارند.

۱۱. حرفه پزشکی یک حرفه خودتنظیم است. این مفهوم به معنی وظیفه مراقبتی فرد نسبت به حرفه است.

۱۲. تعهد حرفه‌ای شامل دریافت و پاسخ به انتقادات هم‌تایان، فراگیران، همکاران و افراد بالادستی نیز می‌شود.

۱۳. پزشکان باید به چندگانگی فرهنگ‌ها حساس باشند (تفاوت‌های فرهنگی را محترم بدانند).

۱۴. پزشکان باید در حوزه دانش مورد مسئولیت خود، توانمندی خود را حفظ کنند و تعهد به فراگیری تمام عمر داشته باشند.

در سال ۱۳۹۲ راهنمای رفتار حرفه‌ای دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز به عنوان اولین نمونه از این نوع در ایران به تصویب شورای دانشگاه رسید و ابلاغ شد. [۹] و به دنبال آن در سایر دانشکده‌های این دانشگاه و سایر دانشگاه‌ها نیز متناسب با نیاز و شرایط هر یک این راهنما بازنگری و مصوب گردید. همچنین اخیراً راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی توسط سازمان نظام پزشکی تدوین و ابلاغ شد که سند جامعی در این حیطه است و باید دید در عمل، پایبندی به آن چگونه رخ خواهد داد. [۱۰] البته این جدا از قوانین و ضوابطی است که در طول سال‌های گذشته از زمان مشروطه تا کنون در باره طبابت در ایران مصوب شده که شاید مهم‌ترین آنها قانون تأسیس سازمان نظام پزشکی باشد.

## سه نکته مهم در باره تعهد حرفه‌ای

### «رفتار» یا «تعهد»

نکته اول که نیاز به تبیین بیشتر دارد تفاوت «تعهد» و «رفتار» است. «تعهد» چیزی درونی و از جنس ایمان و وجدان است که ریشه رفتار بیرونی می‌شود. روش اصلی ایجاد تعهد، آموزش غیر مستقیم، ارائه الگو و انتقال فلسفه زیربنای آن است و طبعاً چون از جنس ایمان و درونی است به سادگی قابل ارزیابی و اندازه‌گیری نیست. «رفتار» اما نمود خارجی عمل است و جنبه بیرونی دارد به همین جهت قابل آموزش مستقیم و طبعاً ارزیابی و اندازه‌گیری است. به عنوان مثال برخورد محترمانه با بیمار یا همراهان یک بعد بیرونی دارد که می‌توان آن را آموزش داد و ارزیابی نمود و یک بعد درونی دارد که باید در وجود پزشک مستقر شود و آن حس احترام به فرد نیازمند خدمت است. قسمت اول به راحتی در سلوک پزشک قابل مشاهده و ارزیابی است ولی بخش دوم که احساس درونی فرد نسبت به بیماران است را نمی‌توان مشاهده و ارزیابی نمود. حالت دیگری هم وجود دارد که بخصوص در جامعه پزشکی ما نسبتاً زیاد دیده می‌شود و آن وجود تعهد بدون همراهی رفتار است. بسیاری از پزشکانی که به واقع برای بیمار خود دلسوزند و تمام تلاش خود را برای بهبود او صرف می‌کنند اما این احساس درونی آنها در رفتارشان انعکاس بیرونی ندارد و به بیمار و همراهان وی منتقل نمی‌شود و این باعث چالش‌هایی در روابط پزشک و بیمار می‌گردد. بنابراین هر یک از دو وجه تعهد و رفتار به تنهایی موضوعیت دارند و اگرچه رفتار بدون تعهد دارای ارزش پایین‌تر و به نوعی مصنوعی است، اما تعهد بدون رفتار هم تبعات قابل توجهی دارد که نمی‌توان از آن صرف نظر کرد. [۱۱] شاید مرتبه کمال تعهد حرفه‌ای، «شخصیت حرفه‌ای» باشد که در آن اعتقاد درونی به ماهیت حرفه بطور ناخودآگاه در رفتار بیرونی فرد متبلور می‌شود و به عبارتی رفتار و تعهد یکی شده و انعکاس بیرونی می‌یابد. در این حالت باز شاهد رفتار حرفه‌ای هستیم که قابل ارزیابی است اما تفاوت مهمی با رفتار قبلی دارد و آن یکی شدن ایمان و عمل است. مثال‌های متعددی برای این حالت می‌توان زد: پزشکی که نزد مردم سیگار نمی‌کشد (رفتار بدون اعتقاد)، پزشکی که می‌داند سیگار مضر است اما گاهی می‌کشد (اعتقاد بدون رفتار) و پزشکی که سیگار نمی‌کشد چون ضرر سیگار برایش عینی است و حضور یا عدم حضور دیگران در این موضوع نقشی ندارد (شخصیت). آنچه در ادبیات مربوط به تعهد و رفتار حرفه‌ای وجود دارد معمولاً ترکیبی از این دو بعد است؛ برخی ماهیت اعتقاد و تعهد درونی دارد و بعضی بیشتر متوجه جنبه بیرونی و رفتار است. به نظر می‌رسد هر دو بعد تعهد و رفتار باید به موازات هم آموزش داده شود و ارتقا یابد و برای آموزش رفتار الزاماً نیاز به گذر از بعد تعهد نیست. تعهد نیازمند آموزش مستمر در ضمن کار و

در طول زمان است در حالی که اجزاء رفتاری می‌تواند در این مدت آموزش داده شده و ارزیابی شود. پزشکانی که شخصیت حرفه‌ای دارند همان کسانی هستند که می‌توانند و باید الگوی عملی دیگران باشند چون تعهد و رفتار ایشان یکی شده و هر تصمیمی که می‌گیرند منبعث از یک درک عمیق و نگرش درست به موضوع تعهد حرفه‌ای پزشکی است. باعث خوشبختی است که جامعه پزشکی ما علیرغم تمام نامالایمات بیرونی و درونی هنوز دارای چنین افرادی است که شخصیت حرفه‌ای ممتاز دارند و می‌توانند الگوی دیگران باشند. دانشگاه در این میان با توجه به جایگاهش در آموزش علوم پزشکی کشور، نقش پیشرو دارد و باید داشته باشد چراکه به همان میزان که آموزش درست و اصولی علوم پزشکی ضروری است، آموزش منش و رفتار حرفه‌ای هم بخشی جدانشدنی و لازم است بخصوص که روند حرکت اجتماعی متأسفانه برخلاف این مسیر است و نگرش شغل‌گونه به حرفه پزشکی در بین افراد این قشر ارزشمند رو به فزونی است. تصور ما این است که اگر می‌خواهیم جایگاه طبابت و حرفه پزشکی را در جامعه و بین مردم حفظ کنیم، باید همچنان پرچم‌دار حرکت برخلاف جهت جریان تند اجتماعی مادی‌گری باشیم و این همان فراز پایانی سوگند نامه بقراط است که گفت: ”اگر تمام این سوگند نامه را اجرا کنم و به آن افتخار کنم، از ثمرات زندگی و حرفه خود برخوردار شوم و همیشه بین مردان مفتخر و سربلند باشم، ولی اگر آن را نقض کنم و به سوگند عمل نکنم از ثمرات زندگی و حرفه خود بهره نبرم و همیشه بین مردان سرافکنده و شرمسار باشم.“

### تعهد حرفه‌ای سازمانی

نکته دوم تعهد حرفه‌ای در سطح سازمانی است بدین معنا که باید سیاست‌ها، ضوابط، مقررات و فرایندها طوری تنظیم شده باشند که رعایت اصول تعهد و رفتار حرفه‌ای در محیط کار عملی باشد. اگر درمانگاهی خواستار ویزیت صد بیمار توسط یک پزشک در یک شیفت باشد، کاملاً بدیهی است که امکان عملی برای رعایت اصول اولیه طبابت هم فراهم نخواهد بود چه رسد به رفتار حرفه‌ای مطلوب. بنابراین سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت نیز باید کدهای مربوط به تعهد حرفه‌ای را رعایت کرده و در اجرای امور خود به آن متعهد باشند. [۷]

### استقلال حرفه‌ای و نظام کنترلی

نکته سوم موضوع استقلال حرفه پزشکی و نحوه نظارت بر آن است. پزشکان به حق انتظار دارند که کسی از خارج این حرفه در کار ایشان دخالت و قضاوت نکند و بتوانند چنانچه مصلحت بیمار است عمل کنند. لازمه استقلال حرفه‌ای این است که خود حرفه سازوکار نظارتی کارآمدی داشته باشد تا

با افرادی که اصول رفتار حرفه‌ای را رعایت نمی‌کنند بصورت مناسب برخورد نماید. فقدان مکانیسم خودکنترلی در داخل حرفه باعث کاهش اعتماد جامعه و به تبع آن ورود افراد خارج حرفه به مسائل داخلی می‌شود؛ موضوعی که در چند سال گذشته در کشور ما بارها مورد بحث قرار گرفت و مسئله محکومیت به زندان پزشکان از پیامدهای آن بود. از نگاه پروفشنالیسم، نظام کنترلی حرفه‌مندان باید به قدری کارآمد باشد که ضمن تأمین استقلال حرفه‌ای بتواند اعتماد مردم را حفظ کند بصورتی که مطمئن باشند رفتار پزشک متخلف بصورت عادلانه بررسی و مجازات متناسب در مورد وی اعمال می‌گردد. در همین راستا انجمن جهانی پزشکی (WMA)<sup>1</sup> در سال ۱۹۸۷ بیانیه‌ای به نام بیانیه مادرید صادر کرد که چند نوبت ویرایش شد و در سال ۲۰۰۹ مورد بازنویسی قرار گرفت و در نهایت با عنوان بیانیه "ضوابط مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای" انتشار یافت. تأکید این بیانیه که هشت بند دارد بر تعیین استانداردهایی است که در آن سه نکته زیر رعایت شود: کیفیت ارائه‌ی مراقبت به بیماران، صلاحیت پزشک برای ارائه‌ی مراقبت به بیماران و رفتار حرفه‌ای پزشک. [۱۲] در بند چهارم این بیانیه آمده است: "به منظور جلوگیری از تأثیر بالقوه برخی از تعارضات منافع که به دلیل نقش دوگانه مسئولیت‌های نظارتی و وظایف اجرایی رخ خواهد داد، انجمن ملی پزشکی باید نهایت تلاش خود را به منظور ترویج و حمایت از ضوابط مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای در میان اعضاء حرفه و جامعه به کار بندد." البته مصداق انجمن ملی پزشکی در کشور ما سازمان نظام پزشکی است که باید متولی اصلی این وظیفه باشد. وجود استانداردهایی که برای پزشکان لازم‌الاجرا و از طرف نهاد حرفه‌ای مربوطه قابل تعقیب باشد، می‌تواند تضمین‌کننده حفظ استقلال حرفه‌ای قرار گیرد.

### جمع بندی

تعریف حرفه، مشخص‌کننده ضوابطی است که حرفه‌مندان باید در جهت حفظ اعتماد عمومی رعایت کنند. از آنچه ذکر شد و شواهد متعددی هم که در طول تاریخ مدون برای آن ارائه شد می‌توان نتیجه گرفت که رعایت اصول تعهد و رفتار حرفه‌ای یک ضرورت برای حرفه‌مندان گروه پزشکی است. به عبارتی حفظ جایگاه پزشکان در نزد مردم شرط لازم تداوم ارائه خدمت به صورت درست و مطلوب و با کمترین هزینه است. شاید در نگاه اولیه ارتباط رعایت تعهد حرفه‌ای با هزینه‌های سلامت روشن نباشد اما اگر با دقت به این موضوع توجه کنیم خواهیم دید که بسیاری از اقدامات تشخیصی و حتی درمانی به دلیل عدم اعتماد، دو یا چند بار تکرار می‌شوند و برخی بیماران برای یک موضوع نسبتاً ساده مشورت‌های متعدد دریافت می‌کنند. همه ما نسخه‌های پیچیده نشده و کیسه‌های داروی دست نخورده

1 World Medical Association

همراه بیماران را به کرات دیده‌ایم و این یعنی هزینه تحمیل شده به نظام سلامت. جامعه دانشگاهی از یک طرف و جامعه حرفه‌ای پزشکی از طرف دیگر، باید با آموزش و گسترش تعهد و رفتار حرفه‌ای نقش خود را در حفظ جایگاه حرفه پزشکی ایفا کنند و ضمن ارتقاء اعتماد مردم، استقلال حرفه خود را حفظ نمایند تا بتوانند سلامت جامعه را بهبود بخشند.

بهترین حسن ختام برای این بخش کلامی منصوب به حضرت امیرالمؤمنین علی علیه‌السلام است که در باب طبابت فرموده‌اند: من تطب فلیتق الله ولینصح ولیجتهد. [۱۳]

” هر کس که طبابت می‌کند باید تقوای الهی پیشه کند، خیرخواه مردم باشد و نهایت تلاش خود را بنماید.“

این کلام کوتاه به نوعی عصاره تمام آن چیزی است که برای یک حرفه‌مند گروه پزشکی لازم است و در برگیرنده مبانی اصولی رفتار حرفه‌ای است چرا که با تقوای الهی آغاز می‌شود که ریشه درستکاری و قابلیت اعتماد است؛ خیرخواهی نسبت به مردم نوع دوستی و احترام به آنان را به دنبال دارد و تلاش مجددانه، منجر به تعالی است.

## منابع:

1. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. Clinical medicine (London, England). 2005;5(6 Suppl 1):S5-40.
2. ABIM Foundation. Project Professionalism 2001 [Available from: <http://www.abimfoundation.org/~media/Foundation/Professionalism/Project%20professionalism.ashx?la=en>].
3. Professionalism - An MPS Guide. Medical Protection Society [Available from: <http://www.medicalprotection.org/uk/advice-booklets/professionalism-an-mps-guide/chapter-1-medical-professionalism-what-do-we-mean>].
۴. سوگند نامه بقراط [Available from: <http://iranethics.ir/content/78>]/سوگندنامه-بقراط.
۵. برزویه طبیب [ Available from: <https://fa.wikisource.org/wiki> ] باب-برزویه-طبیب/کلیله-و-دمنه/.
۶. احمدزاده عآ. علی ابن عباس میجوسی اهوازی ارجانی. مجله علمی پزشکی. ۱۳۹۰؛ دوره ۱۰ (۲): ۹-۱۲۱.
7. Nusinovich Y. Charter on medical professionalism: putting the charter into practice. Annals of internal medicine. 2003;138(10):855; discussion
8. Embedding professionalism in medical education: Assessment as a Tool for Implementation. Baltimore, Maryland; 2002.
9. R. WRaH. Practical Professionalism in Medicine a global case-based workbook London: Radcliffe publication 2013.
10. WMA, Declaration of Madrid on Professionally-led regulation.
۱۱. راهنمای رفتار حرفه‌ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۱۲. راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، (۱۳۹۷).
۱۳. مستدرک الوسایل
۱۴. دعائم الاسلام.



# فصل دوم:

## تاریخچه در جهان و ایران

نویسنده:

دکتر همایون امینی

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران،  
گروه روان پزشکی، بیمارستان روزبه



بر اساس شواهدی که در دست داریم اولین قوانین مدون و مستند که به ضابطه مند کردن عملکرد پزشکان پرداخته است تا آنها را در مقابل کیفیت کار خود پاسخگو و مسئول کند؛ در زمان آشوریان تدوین شده است. [۱] ۱۷ قرن پیش از میلاد مسیح قوانین حمورابی (یا همورابی<sup>۱</sup>) وضع شدند. حمورابی پادشاه آشوری- بابلی بود که از ۱۷۹۵ تا ۱۷۵۰ پیش از میلاد در تمدن بین النهرین فرمانروایی می کرد. [۱] این قوانین بر روی ستونی سنگی نقش بسته است (شکل ۱). این کتیبه سنگی



شکل ۱

در شهر شوش در کاوش های باستان شناسان فرانسوی کشف و در سال ۱۹۰۱ میلادی به موزه لوور پاریس منتقل گردید. [۱, ۲] این مجموعه شامل ۲۸۲ قانون در زمینه های مختلف از جمله قوانین کیفری است. البته قانون شماره ۱۳ وجود ندارد که احتمالاً به دلیل نحس شمردن این عدد بوده است. همچنین به علت نامعلومی قوانین ۶۶ تا ۹۹ نیز مشخص نیستند و در نهایت تعداد ۲۴۷ قانون آن در دسترس است. [۱] در این قوانین حق العلاج مشخصی برای اعمال جراحی تعیین شده؛ مشروط به اینکه به نتیجه برسند. همین طور تنبیه های مشخصی در صورت بروز خطا یا آسیب به بیمار، بسته به اینکه از طبقه نجبا، بردگان یا آزاد باشند در نظر گرفته شده بود. در

این قوانین نوعی قصاص: «چشم در برابر چشم»، «دندان در برابر دندان» یا «پرداخت مالی به عنوان جبران خطا» وجود داشت. [۱] در واقع حکومت تلاش کرده بود تا عدالت برقرار و به حقوق انسان ها از جمله حق سلامتی و امنیت آنها توجه شود. در عین حال که فعالیت پزشکی نظام مند شده بود برای سوء رفتار، بی احتیاطی یا بی دقتی، نوعی نظام دادرسی و سپس مجازات و تنبیه در نظر گرفته شده بود.



شکل ۲

[۱] ویژگی هایی که برای پزشکان ذکر شده عبارتند از: چون متعلق به طبقه نجاست بایستی در حفظ شئون آن بکوشد و به درستی آن را بیاموزد؛ علم تشریح و وظایف اعضاء را بشناسد؛ حافظه قوی داشته باشد؛ با بیمار مهربان و خوش زبان باشد؛ برای پول کار نکند و از خدا بترسد. [۲] شواهدی از نوعی راهنماهای اخلاقی در حرفه طبابت در کتاب

تات<sup>۱</sup> (شکل ۲) در مصر قدیم پیش از میلاد مسیح نیز گزارش شده است. [۳] در نوشته ای در بنای اسکلیپوس<sup>۲</sup> (خدای سلامتی یا خدای پزشکی) (شکل ۳) در یونان آمده است: «پزشکان باید مانند خدایان باشند: نجات دهنده ی بدون تبعیض همه بردگان، دزدان، ثروتمندان، شاهزادگان و همه برادران». [۴]



شکل ۳

در روزگار باستان، تبلور کدهای اخلاقی عمدتاً به شکل «سوگند» در پایان دوره کارآموزی و شروع فعالیت طبابت مستقل بوده است. [۴] مشهورترین آن‌ها، سوگند بقراط<sup>۳</sup> (شکل ۴) در یونان قدیم است. تاریخ دقیق نگارش آن مشخص نیست؛ گرچه قول مشهور، ۴۰۰ سال پیش از میلاد مسیح است ولی از قرن ششم پیش از میلاد مسیح تا حدود

میلاد مسیح تخمین زده شده است. [۴] به نظر می‌رسد متن اولیه این سوگند سال‌ها پس از مرگ بقراط توسط نسل اول یا دوم شاگردانش و براساس آموخته‌های وی به نگارش درآمده است. در آن زمان بقراط و سپس شاگردان مکتب او تا مدت‌ها و شاید حتی تا دوره رنسانس در اقلیت بودند. زیرا بسیاری از پزشکان یونان آن زمان اقدام به سقط یا کمک به خودکشی بیماران می‌کردند. [۵] شاید بقراط از اولین کسانی بود که در پزشکی مغرب زمین تلاش کرد تا نقش شفابخش و جادوگر را از هم جدا کند. [۶، ۵]



شکل ۴

نمونه‌های حرفه‌مندی در دوران هخامنشیان را در الواح گلی تخت جمشید می‌توان پی گرفت. در کاوش‌های ۱۳۱۲ هجری شمسی توسط هرتزفولد سی هزار لوح گلی مدفون در تخت جمشید کاوش شد که بر شش هزار عدد آن متنی نوشته بود. در این الواح به مواردی همچون مرخصی زایمان برای کارگران، دستمزد یکسان زنان و مردان، حقوق حیوانات و حتی امکان یکسان مهدکودک برای فرزندان پدر و مادران شاغل و کارگر در آن دوران می‌توان اشاره کرد. [۷] در دوره ساسانیان به پزشکان مجوزهایی داده می‌شد تا افرادی که شایستگی پزشکی داشتند مشخص باشند. [۸] کتاب «طب روحانی» زکریای رازی (۲۵۱ تا ۳۱۳ هجری قمری)

1 Toth

2 Asclepius

3 The Oath of Hippocrates

مسایلی را در باره اخلاق پزشکی مطرح می‌کند. [۲, ۹] پندنامه علی بن مجوسی (۳۱۸ تا ۳۸۴ هجری قمری) اصولی در مورد اخلاق پزشکی که بایستی مورد توجه قرار گیرد را در قرن چهارم هجری قمری به شکل نسبتاً جامعی مورد بحث قرار داده است. [۲, ۱۰, ۱۱] کتاب «ادب الطیب» اسحاق بن علی الرهاوی اثر ارزشمندی در موضوع اخلاق پزشکی است که در ۲۰ فصل موضوعات مهمی در ارتباط با پزشک و بیمار، حتی پزشک و پرستار و مراقبت پزشک از خود را مورد بحث قرار می‌دهد. این کتاب در سال ۱۹۶۸ توسط انجمن فلسفه آمریکا ترجمه شده است. [۲, ۱۲]

تا قرون وسطی هنوز «اصول حرفه‌ای» مدون و پذیرفته شده در بین عموم پزشکان مرسوم نبود. [۵] به عنوان نمونه، در همه گیری‌هایی مانند طاعون، توصیه معمول پزشکان به خود و افراد ثروتمند این بود: «به سرعت بروید، دور شوید و به این زودی‌ها برنگردید»؛ یعنی پزشکان تعهدی به ماندن در کنار بیماران و درمان آنها نداشتند. در سال ۱۶۶۶ میلادی، داروسازی به نام ویلیام بوگورت<sup>۱</sup> در لندن اعلام کرد که پزشکان موظفند برای درمان بیماران در زمان همه گیری بیماری‌ها حضور داشته باشند. [۵] ولی این تعهد اجتماعی به عنوان بخشی از وظایف پزشکان تا مدت‌ها به صورت گسترده پذیرفته نشد. در قرون وسطی و اوایل دوران رنسانس، صنوف مختلفی جهت حفاظت از منافع کارگران ماهر و صنعتگران شکل گرفت و سپس وکلا و پزشکان نیز همین مسیر را برای حفاظت از شرایط شغلی و درآمد خود به کار بردند. [۱۳, ۱۴] پزشکان خود را بخشی از نخبگان دیدند که در دانشگاه‌ها تحصیلات عالی داشته‌اند و فعالیت خود را «حرفه»<sup>۲</sup> دانستند تا متفاوت از سایر مشاغل رده پایین‌تر؛ مانند فروشندگان دارو شناخته شود. [۱۳, ۱۴] در قرن ۱۸ میلادی، دو پزشک اخلاق شناس، جان گریگوری<sup>۳</sup> و تامس پرسپیوال<sup>۴</sup> نیز پزشکی را به عنوان یک «حرفه» معرفی کردند. آنها برای اولین بار واژه «بیمار»<sup>۵</sup> را به جای «ناخوش یا مریض»<sup>۶</sup> به کار بردند. [۱۳, ۱۴] گریگوری همچنین بر «اولویت بیمار» و «شایستگی پزشک» تاکید کرد و درباره توجه پزشک به منفعت خود هشدار داد و این ایده را مطرح کرد که پزشکی مبتنی بر «اعتماد عمومی» است. [۱۳, ۱۴] پرسپیوال کاربرد مدرن واژه «حرفه» و سپس اصطلاح «اخلاق پزشکی»<sup>۷</sup> (را برای ارزیابی رفتار حرفه‌ای پزشکان در بیمارستان‌ها در کتاب خود به همین نام در سال ۱۸۰۳ میلادی به کار برد. [۵, ۱۳, ۱۴] او به روشنی بر نقش اجتماعی پزشکان تاکید کرد

1 William Boghurst

2 profession

3 John Gregory

4 Thomas Percival

5 patient

6 sick

7 medical ethics

و اظهار امیدواری نمود که به زودی شاهد پذیرش گسترده آن باشد. درخواست پرسپوال بر نگارش مکتوب استانداردهای اخلاق پزشکی از سوی جامعه پزشکی بریتانیا به صراحت رد شد زیرا معتقد بودند انسان‌های درست می‌دانند چگونه رفتار کنند و نیازی به استانداردهای نوشته شده ندارند. [۵] در ایالات متحده آمریکا نیز تا اواسط قرن نوزدهم، مطابق قاعده بازار آزاد آن زمان «خریدار خود مسئول کیفیت کالای خریداری شده بود».<sup>۱</sup> [۵] همین شرایط موجب رشد وسیع پزشکان بدون آموزش کافی و فاقد صلاحیت شد که باعث به خطر افتادن سلامتی و جان مردم گردیده بود. این شرایط گروهی از پزشکان صاحب صلاحیت و متعهد را گردهم آورد تا چاره‌اندیشی کنند. در سال ۱۸۴۷ اولین رئیس انجمن تازه تاسیس پزشکی آمریکا، ناتانیل چاپمن<sup>۲</sup> اعلام کرد: «... حرفه‌ای که زمانی مورد احترام بود فاسد شده و در حال نابودی است...». این انجمن در پاسخ به بحران اعتماد جامعه آمریکا سند «کدهای اخلاقی» را تدوین نمود. [۱۶، ۱۵] تا به جامعه ضمانت دهد که فرد صرفاً با فارغ التحصیلی از دانشکده پزشکی بدون نظارت به طبابت نخواهد پرداخت و بر فعالیت‌های او نظارت خواهد شد تا از درستی کار او اطمینان حاصل شود. این سند اولین سند ملی اخلاقی یک حرفه بود. [۵] این انجمن در سال ۱۹۰۳ «کدهای اخلاقی» را با تغییرات مختصری به «اصول اخلاقی» تغییر نام داد. [۱۶] این اصول، قانون نیستند ولی استانداردهای رفتار شرافتمندانه را تعیین می‌کنند. این استانداردها در واقع نوعی قرارداد اجتماعی سه جانبه بود که شامل تعهدات متقابل بین پزشکان و بیماران، پزشکان و سایر پزشکان و پزشکان و جامعه می‌شد. [۵] تعیین این استانداردها عمدتاً مبتنی بر آموخته‌های بقراط و پرسپوال بود. [۵] گرچه از آن زمان تا کنون این بحث همواره مطرح بوده که تا چه میزان هریک از طرف‌های این قرارداد به آن متعهد بوده و یا خواسته‌اند که متعهد باشند. به هر حال در گذر زمان علاوه بر آمریکا بقیه جوامع نیز پذیرفتند که استانداردهایی نوشته شود و ساز و کارهایی برای نظارت و پایش حرفه‌مندان پزشکی از جهت پایبندی و رعایت این استانداردها توسط خود حرفه تدوین و اجرا شود. [۵]

علیرغم تدوین کدها و اصول اخلاقی به صورت نظام مند، مشکلات خاص و سوء رفتارهای جدی در کار پزشکان در برخی جوامع مشاهده شد که نیاز به توجه بیشتر به پیشگیری از این مشکلات را گوشزد نمود. مسایلی که در دادگاه‌های نظامی نورمبرگ پس از جنگ جهانی دوم مطرح شد نگرانی‌های جدی‌ای را در مورد سوء رفتارهایی در کار پزشکی مدرن ایجاد کرد که در نهایت به شکل‌گیری و انتشار بیانیه هلسنکی در سال ۱۹۶۴ توسط انجمن پزشکی جهانی منجر شد. [۳] این بیانیه تا کنون چندین

1 Caveat emptor

2 Nathaniel Chapman

بار بازننگری و اصلاح شده است. هرکدام از این بازننگری‌ها معطوف به ملاحظات پیش آمده و مسائل نوین اخلاق پزشکی بوده است. [۱۷]

در طی زمان به فراخور شرایط جدید در فعالیت پزشکان، ضرورت بازننگری، اصلاح یا تکمیل مستندات مربوط به رفتار حرفه‌ای به وجود می‌آید. در اوایل هزاره سوم میلادی، برد داخلی آمریکا، کالج پزشکان آمریکا-جامعه طب داخلی آمریکا و فدراسیون اروپایی طب داخلی به صورت مشترک «منشور تعهد حرفه‌ای پزشکی»<sup>۱</sup> را تدوین و منتشر کردند که به اختصار به «منشور پزشکان»<sup>۲</sup> معروف شده است. [۱۹, ۱۸] این منشور ظرف ده سال پس از انتشار حداقل توسط ۱۳۰ سازمان مورد تایید قرار گرفت و به بیش از ۱۲ زبان ترجمه شد و به صورت گسترده در دانشکده‌های پزشکی جهان مورد استفاده قرار می‌گیرد. [۲۰] انجمن پزشکی جهانی نیز در شصتمین مجمع عمومی خود در بیانیه‌ای، سازمان‌های حرفه‌ای پزشکی کشورهای و همه پزشکان را به ضرورت پرداختن به مجموعه اقداماتی فراخواند تا با هدف تامین منافع بیماران، نظامی ضابطه‌مند را مستقر سازند و قضاوت بالینی مستقل پزشکان را تضمین نمایند. [۲۱]

اولین قانون طبابت ایران در تاریخ ۱۱ خرداد سال ۱۲۹۰ هجری شمسی در مجلس شورای ملی در ۱۳ ماده به تصویب رسید. مطابق ماده ۱ این قانون برای اولین بار در ایران حق اشتغال به طبابت و دندانسازی در هر نقطه از کشور منوط به اجازه از وزارت معارف و ثبت در وزارت داخله شد. [۲۲] بنیان اخلاق پزشکی و تعهد حرفه‌ای به شیوه دانشگاهی را اولین بار دکتر قاسم غنی استاد کرسی علم الاخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه تهران پس از بنای دانشکده پزشکی (پورسینا) بنیان گذاشت. او در مقدمه‌ای که بر کتاب طبیب و اجتماع نوشته‌ی دکتر چهارزی طبیب اعصاب نگاشته است، بر ارتباط پزشک با همکار، پزشک و بیمار و اهمیت تعهد حرفه‌ای در میان اطبا و دانشجویان بسیار تاکید کرده است. [۲۳] طرح درس اخلاق پزشکی نیز که توسط دکتر قاسم غنی در همان آغاز بنای دانشکده پزشکی تنظیم شده است؛ شامل ملاحظات هم‌چون علم و مهارت شغلی طبیب، مناسبات بین پزشک و بیمار، مناسبات بین طبیب و همکاران، اشتباه در تشخیص، اسرار طبی، بدرفتاری نسبت به اطفال، حدود دوافروش و دواساز، اخلاق دانشجویی، حق الطبا، صفات لازم برای طبیب متخصص شرکت‌های بیمه عمر و حوادث و اتفاقات، بنگاه‌های خیریه، مطب‌های عمومی، طبابت و عیادت در منزل، اخلاق پزشکی قانونی، حضور و شهادت در محاکم، اشتباه در نوشتن نسخه، امتناع از معالجه، رهاسازی بیمار و نکات بدیعی از این دست است. [۲۴]

1 The Charter on Medical Professionalism

2 Physicians' Charter

از دهه ۲۰ شمسی انجمن‌های پزشکی متعدد در ایران با هدف سامان وضعیت صنفی پزشکان و نیز پاسداری از شئون حرفه‌ای در ایران تشکیل شد. از این انجمن‌ها می‌توان به انجمن پزشکان تهران (۱۳۲۳) و جامعه پزشکی ایران (۱۳۲۶) اشاره کرد. انجمن پزشکان ایران نیز که تا سال ۱۳۴۷ از جمله مهمترین تشکل‌های صنفی و حرفه‌ای در تاریخ ایران است، همچنین نشریه‌ای را منتشر می‌کرد. در سال ۱۳۲۹ قانون "بهداشت شهری" به پیشنهاد دکتر جهان‌شاه صالح در جهت سامان دهی طبابت تدوین و در تاریخ ۲۹ بهمن ۱۳۲۹ هجری شمسی در مجلس شورای ملی در ۱۶ ماده به تصویب رسید و در آن برای نخستین بار واژه «نظام پزشکی» وارد قوانین ایران شد. رسیدگی به تخلفات شغلی غیر جزایی پزشکان از وظایف نظام پزشکی تلقی شد که در صورت عدم تشکیل نظام پزشکی، از وظایف شورای عالی بهداشت باشد. همچنین آیین‌نامه آن طبق نظر کمیسیون بهداشتی و دادگستری تنظیم شود. در سوم خرداد سال ۱۳۳۹ هجری شمسی اولین قانون نظام پزشکی در مجلس شورای ملی آن زمان و سپس در سوم دی ماه همان سال به تصویب مجلس سنا رسید. در این قانون نظام پزشکی این گونه تعریف شده بود: «نظام پزشکی سازمانی است مستقل و دارای شخصیت حقوقی و مرجع صلاحیت‌دار برای حفظ شئون و پیشرفت امور پزشکی و تنظیم روابط حرفه‌ای بین پزشکان و حفظ حقوق مردم و موسسات ملی و دولتی در برابر صاحبان فنون پزشکی و بالعکس در سراسر کشور». از آن زمان تاکنون قانون نظام پزشکی ۸ بار مورد بازنگری قرار گرفته است که آخرین بار در تاریخ ۱۳۸۳/۱/۲۵ در صحن علنی مجلس شورای اسلامی و سپس جهت رفع اختلاف مجلس و شورای نگهبان در تاریخ ۱۳۸۳/۰۸/۱۶ در مجمع تشخیص مصلحت نظام به تصویب نهایی رسید. [۲۶، ۲۵] اولین انتخابات هیات مدیره نظام پزشکی در سال ۱۳۴۷ هجری شمسی انجام شد و فعالیت رسمی نظام پزشکی از آن زمان آغاز شد. [۲۶] در ماده ۲ آخرین ویرایش این قانون اهداف سازمان عبارتند از:

الف- تلاش در جهت تحقق بخشیدن به ارزش‌های اسلامی در کلیه امور پزشکی

ب- تلاش در جهت پیشبرد و اصلاح امور پزشکی

ج- مشارکت در جهت ارتقای سطح دانش پزشکی

د- حفظ و حمایت از حقوق بیماران

ه- حفظ و حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرف پزشکی

و- تنظیم روابط شاغلین حرف پزشکی با دستگاه‌های ذیربط در جهت حسن اجرای موازین، مقررات و قوانین مربوط به امور پزشکی

در ضمن مطابق این قانون و سایر ضوابط و دستورالعمل‌های مربوطه، سازمان نظام پزشکی

مسئولیت‌هایی دارد که برخی از آنها در جهت تامین اهداف تعهد حرفه‌ای است. از جمله؛ تدوین، بازنگری و تنظیم آیین نامه‌ها و دستورالعمل‌ها و ضوابط پزشکی (مانند استاندارد سازی خدمات پزشکی و نظارت بر مطب‌ها)، پایش و نظارت بر تبلیغات پزشکی در رسانه‌ها، صدور و تمدید پروانه مطب اعضا، برگزاری انواع همایش‌های علمی آموزشی حرفه‌ای تخصصی، رسیدگی به شکایات در ساختار انتظامی سازمان، تعیین تکلیف پرونده‌های انتظامی و حل و فصل شکایات از جامعه پزشکی قبل از اقدامات قضایی. [۲۵، ۲۶]

در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز طی فرآیند نسبتاً مفصلی «راهنمای رفتار حرفه‌ای پزشکی» تدوین شد و در سال ۱۳۹۲ به تصویب شورای دانشگاه رسید. [۲۷] در طی سال‌های بعد با استفاده از این راهنما، راهنمای رفتار حرفه‌ای سایر حرفه‌مندان از جمله دندان پزشکی، پرستاری، مامایی، توان بخشی و داروسازی نیز تهیه و به تصویب رسید. در سال ۱۳۹۳ «راهنمای پوشش حرفه‌ای»<sup>۱</sup> نیز به عنوان بخشی از ضوابط حرفه‌ای تهیه و تصویب شد. [۲۸]

به تدریج انجمن‌های علمی و تخصصی نیز تدوین کدهای اخلاقی ویژه اعضای خود را شروع کرده اند. مانند: انجمن علمی روان پزشکان ایران، انجمن علمی چشم پزشکان ایران و متخصصان زنان و زایمان. [۲۹] در مرداد سال ۱۳۹۷ سازمان نظام پزشکی نیز «راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران» را به تصویب شورای عالی رساند و از مهرماه رعایت آن را برای اعضای خود الزامی اعلام کرد. [۳۰] امید می‌رود با توجه بیشتر و برنامه‌ریزی مناسب‌تر سازمان نظام پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی درمانی در جهت حفظ اعتماد عمومی به حرف پزشکی با اعمال خود تنظیمی حرفه‌ای و صیانت از اتونومی حرفه‌ای موجب شوند هر یک از حرفه‌مندان وظیفه حرفه‌ای خود را به خوبی انجام دهند و زمینه‌های اجرایی شدن کدهای رفتار حرفه‌ای در بین حرفه‌مندان را بیش از پیش فراهم آورند. همچنین سایر نهادها و سازمان‌های تاثیرگذار مانند سیاست‌گذاران، قانون‌گذاران و رسانه‌ها با اقدامات متناسب زمینه ساز اصلاح و ارتقاء نظام ارایه خدمات سلامت مطلوب باشند.

1. Halwani, T. and M. Takroui, Medical laws and ethics of Babylon as read in Hammurabi's code (History). The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics, 2006. 4(2): p. 1-8.
۲. لاریجانی، ب.، ف. زاهدی، and س.ا. رضوی، تاریخچه اخلاق پزشکی در ایران. مجله دیابت و لیپید ایران، ۱۳۸۵. ۶(۲): ۱۱۳-۱۲۴.
3. Dubois, M.Y., The birth of an ethics charter for pain medicine. Pain Med, 2005. 6(3): p. 201-2.
4. Kuhse, H.a.S., P. (2009) What Is Bioethics? A Historical Introduction, in A Companion to Bioethics, Second Edition (eds H. Kuhse and P. Singer), Wiley-Blackwell, Oxford, UK. doi: 10.1002/9781444307818.ch1.
5. Wynia, M.K., The short history and tenuous future of medical professionalism: the erosion of medicine's social contract. Perspect Biol Med, 2008. 51(4): p. 565-78.
6. Bulger, R.J. and A.L. Barbato, On the Hippocratic sources of Western medical practice. Hastings Cent Rep, 2000. 30(4 Suppl): p. S4-7.
۷. هایدماری، ک.، از زبان داریوش، ترجمه پرویز رجبی. ۱۳۸۷، تهران: نشر کارنگ.
۸. محقق، م.، مجموعه متون و مقالات در تاریخ و اخلاق پزشکی در اسلام و ایران: تاریخ پزشکی در اسلام و ایران. ۱۳۷۴، تهران: انتشارات سروش.
۹. محقق، م.، طب روحانی رازی. ۱۳۷۲، تهران: معاونت امور فرهنگی، حقوقی و مجلس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۰. محرری، م. تاریخچه و کلیات اخلاق پزشکی. مجموعه مقالات صاحب نظران درباره اخلاق پزشکی. ۱۳۷۰. چاپ سپهر.
۱۱. چاپ and س. ۱۳۷۰، اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی، ۱۳۷۰.
12. 2017), K.A.I.p.a.m.e.h.m.t.c.P.p.h.u.N.
13. Kling, S., HEALTH PROFESSIONALISM AND ETHICS – IS THERE A DIFFERENCE? Current Allergy & Clinical Immunology, 2017. 30(1): p. 24-8.
14. MacKenzie, C.R., Professionalism and medicine. HSS J, 2007. 3(2): p. 222-7.
15. Baker, R., et al., Crisis, ethics, and the American Medical Association 1847 and 1997. JAMA, 1997. 278(2): p. 163-4.
16. Bloch, H., Ethical conduct and values: a crisis in medicine. J Natl Med Assoc, 1985. 77(11): p. 873-5.
17. World Medical, A., World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 2013. 310(20): p. 2191-4.
18. Foundation, A., A.-A. Foundation, and M. European Federation of Internal, Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Obstet Gynecol, 2002. 100(1): p. 170-2.
19. Medicine, A.F.A.B.o.I., A.-A.F.A.C.o.P.-A.S.o.I. Medicine, and M. European Federation of Internal, Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med, 2002. 136(3): p. 243-6.
20. Cassel, C.K., V. Hood, and W. Bauer, A physician charter: the 10th anniversary. Ann Intern Med, 2012. 157(4): p. 290-1.
21. WMA DECLARATION OF MADRID ON PROFESSIONALLY-LED REGULATION. 2009; Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-madrid-on-professionally-led-regulation/>.
۲۲. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی  
۲۰۱۹. [cited 2019 1/17/2019]; Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/90145>.
۲۳. ناصرالدین، ا.م.، اخلاق و آداب پزشکی. ۱۳۴۲، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.



۲۴. محمدعلی، ح.، راهنمای دانشکده پزشکی، دندانپزشکی و بیمارستان‌ها و آموزشگاه‌های وابسته. ۱۳۳۲، تهران.
۲۵. قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳، سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران.
۲۶. تاریخچه سازمان نظام پزشکی کشور، ۱۳۹۶، سازمان نظام پزشکی کشور.
۲۷. راهنمای رفتار حرفه‌ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
1392 2017/12/08; Available from: <http://medicine.tums.ac.ir/uploads/portals/575/SharedFiles/rafr.pdf>
۲۸. راهنمای پوشش حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تهران  
. 1393 2017/12/08. [cited 1394; Available from: <http://pr.tums.ac.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=1&pageid=1025>.
۲۹. منشور اخلاق حرفه‌ای روان پزشکی در ایران، ۱۳۹۴، انجمن علمی روان پزشکان ایران.
۳۰. راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران.  
1397. [cited 1397 1/18/2019]; Available from: <http://irimc.org/FileManager/Documents/Ethicsbooklet.pdf>.

# فصل سوم:

## وظیفه شناسی

نویسنده:

دکتر علی لباف

دانشیار گروه طب اورژانس

مجتمع بیمارستانی امام خمینی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر ع دستیار رشته طب اورژانس با بیماری مواجه می شود که دچار افیوژن پلورال یک طرفه شده است. حجم مایع تجمع یافته به اندازه ای است که بیمار دچار تنگی نفس شده است. وی پس از مشورت با هیات علمی مسئول بیمار، موظف می شود تا نسبت به تورااستنژ اقدام کند. وی پس از انجام تورااستنژ علی رغم تکنیک صحیح به کار رفته مایعی از فضای پلورال خارج نمی شود. به همین علت هیات علمی مسئول را فرامی خواند. هیات علمی در بررسی مجدد بیمار متوجه می شود که دکتر ع به اشتباه پروسیجر را روی ریه سمت مقابل که فاقد مایع بوده است، انجام داده است. بیمار به علت درد ناشی از پروسیجر و همین طور تنگی نفس ناشی از افیوژن پلورال بی قرار است. اقدام مناسب در برخورد با این موضوع چیست؟

### تعریف وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری

وظیفه شناسی را می توان الزام اخلاقی به انجام صحیح وظایف محول شده تعریف کرد. مسوولیت پذیری نیز معنی پذیرش مسئولیت کارهای خود است. وقتی کسانی به ما اعتماد کرده و انجام خدمت یا کاری را به ما سپرده اند باید ما را قابل پیش بینی و اطمینان بدانند. هر چند این دو واژه از لحاظ معنایی بسیار به یکدیگر نزدیک هستند و همپوشانی بسیاری دارند، ولی وظیفه شناسی عمدتاً به پذیرش مسوولیت انجام صحیح یک کار قبل و در حین انجام آن اطلاق می شود. در مقابل مسوولیت پذیری علاوه بر در بر گرفتن ویژگی های وظیفه شناسی به پذیرش مسوولیت عواقب آن کار و پاسخگویی در قبال نتایج آن نیز اشاره دارد. بنابراین در همین تقسیم بندی ساده، وظیفه شناسی مواردی چون تعهد به رعایت قوانین و مقررات، وقت شناسی، رعایت پوشش حرفه ای، رعایت اصول کار گروهی و امثال آن را در بر می گیرد در سوی دیگر مسوولیت پذیری، پاسخ گویی در قبال اقدامات انجام شده را نیز شامل می شود؛ بنابراین، مواردی چون پیگیری روند مراقبت و درمان، انتقال صحیح مسوولیت، متعهد بودن در قبال عوارض احتمالی ایجاد شده، گزارش خطاهای پزشکی و برخورد صحیح با سوءرفتار همکاران در قبال بیماران در این حوزه قرار می گیرد. هر دوی این ویژگی ها به مانند سایر مصادیق تعهد حرفه ای برای قابل اعتماد بودن ضروری محسوب می شوند. در مثال ذکر شده انجام صحیح و به موقع پروسیجر تورااستنژ و بهبود تنگی نفس و رسیدن به تشخیص صحیح و هدایت بیمار در مسیر صحیح درمانی از وظایف دکتر ع محسوب می شوند و انجام به موقع این اقدامات نشان از وظیفه شناسی وی دارد. حال که پروسیجر به اشتباه انجام شده است مسوولیت عواقب آن و همچنین پاسخگویی به بیمار نیز بر عهده وی است و در صورتی که وی به درستی این چالش را مدیریت نماید مسوولیت پذیر نیز تلقی خواهد شد.

## جایگاه وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری در تعهد حرفه‌ای پزشکی

وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری به عنوان مصادیق مهم تعهد حرفه‌ای شناخته می‌شوند. تعهد حرفه‌ای، مبنای قرارداد اجتماعی بین حرفه‌مندان پزشکی و جامعه است و بقای اعتماد جامعه به این گروه، مستلزم درک اصول و مصادیق رفتار حرفه‌ای و پایبند ماندن به آنها از سوی همه حرفه‌مندان پزشکی است. در مستندات که در خصوص مصادیق رفتار حرفه‌ای وجود دارد بر اهمیت وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری تاکید شده است. در منشور پزشکان [۱] که توسط بورد طب داخلی امریکا ABIM منتشر شده علاوه بر سه اصل پایه ای اولویت داشتن منفعت بیمار، اتونومی و برقراری عدالت اجتماعی، به ده تعهد حرفه‌ای پزشکان نیز اشاره شده است. بند دهم، تعهد به وظیفه شناسی پزشکی را یاد آور می‌شود. در این بند ذکر شده است که: «از تمامی پزشکان به عنوان عضوی از حرفه پزشکی انتظار می‌رود در تعامل با یکدیگر به گونه ای عمل کنند که بیمار حداکثر مراقبت ممکن را دریافت نماید؛ با احترام با دیگر همکاران خود رفتار نمایند و در روند خودنظارتی مشتمل بر اصلاح یا اعمال قانون برای پزشکانی که استانداردهای پزشکی را رعایت نکرده اند مشارکت نمایند. حرفه‌مندان پزشکی باید روندهای آموزشی و شرایط حصول به استانداردهای حرفه‌ای را معین و سازماندهی کنند. پزشکان ملزم هستند در روندهای مذکور مشارکت فعال داشته باشند. همچنین این التزام مشتمل است بر ارزیابی درونی و همچنین پذیرفتن ارزیابی‌های بیرونی در تمامی وجوه عملکرد پزشکی». همان طور که از این بند استنباط می‌شود همه پزشکان ملزم هستند علاوه بر انجام صحیح وظایف حرفه‌ای خود، بر عملکرد یکدیگر در رعایت اصول و استانداردهای حرفه‌ای نیز نظارت فعال داشته باشند و در قبال این موضوع پاسخگو نیز باشند.

در نمونه دیگری از مستندات معتبر توسط نهادهای اعتباربخشی آموزش پزشکی یعنی شورای اعتبار بخشی برای فارغ التحصیلان آموزش پزشکی (ACGME)، یکی از ۶ توانمندی ضروری برای پزشکان تعهد حرفه‌ای تعریف شده است که در تعریف آن مراقبت ایده آل بیماران مستلزم رعایت هفت اصل است. [۲] این اصول عبارتند از: ۱) رعایت ایمنی بیمار، ۲) مراقبت بیمار محور، ۳) داشتن شرایط جسمانی و روانی مناسب برای طبابت، ۴) شناسایی و حذف پزشکانی که قادر به ارائه خدمت مناسب نیستند ۵) تعهد به یادگیری در تمام طول عمر ۶) تعهد به بهبود کیفیت مستمر و ۷) گزارش دقیق و صادقانه مراقبت بیمار. همان طور که مشاهده می‌شود خود نظارتی به صورت اصل شماره ۴ در این مستند نیز مورد اشاره قرار گرفته است.

در متون و ضوابط داخلی نیز که به تعریف مصادیق رفتار حرفه‌ای پرداخته شده، این مهم مورد تأکید است. در راهنمای رفتار حرفه‌ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران [۳] تعهد حرفه‌ای در شش حوزه اصلی تعریف شده که وظیفه‌شناسی، یکی از این شش حوزه اصلی می‌باشد. در این مستند تبعیت از مقررات و استانداردهای پزشکی و تعهد به پاسخگو بودن پزشکان در قبال مسئولیت‌های حرفه‌ای در این حوزه طبقه‌بندی شده است.

## شرح دو اتفاق واقعی:

همان طور که اشاره شد خود نظارتی یکی از تعهدات حرفه‌ای پزشکان تلقی می‌شود. در واقع این مساله تضمین‌کننده بقای اعتماد جامعه به هر حرفه‌ای است. برای روشن تر شدن موضوع دو اتفاق واقعی که توجه بسیاری را به خود جلب کرده است، بیان می‌شود: هرچند ابعاد این دو واقعه با یکدیگر قابل مقایسه نیست ولی برای تبیین بیشتر این مفاهیم کمک کننده است. مثال اول که در اواخر دهه ۱۹۸۰ میلادی در بریستول انگلستان اتفاق افتاده و به Bristol Affair معروف است و مثال دوم مورد برداشتن بخیه‌های صدرا کودک ۴ ساله در سال ۱۳۹۴ در ایران است.

واقعه بریستول [۴]: در اواخر دهه ۸۰ میلادی تعدادی از پرسنل و پزشکان بیمارستان سلطنتی بریستول نسبت به کیفیت اعمال جراحی قلب انجام شده بر روی کودکان در این بیمارستان ابراز تردید و نگرانی می‌کنند. اعمال جراحی قلب کودکان در این بیمارستان توسط دو متخصص جراحی قلب انجام می‌شده که مسئول انجام اعمال جراحی قلب در هر دو گروه سنی بزرگسالان و اطفال بوده‌اند. در نگاه کلی به نظر می‌رسید میزان مرگ و میر ناشی از اعمال جراحی قلب اطفال در این بیمارستان بیش از موارد مشابه در سایر مراکز درمانی در کشور انگلستان است. بین سال‌های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۴ چالش مستمری در این خصوص بین جراحان، متخصصین قلب، متخصصین بیهوشی و مسئولین بیمارستان وجود داشته است. با بالا گرفتن اختلافات و خصوصاً درگیر شدن رسانه‌ها در این موضوع، در نهایت کالج سلطنتی جراحان و وزارت بهداشت کشور انگلستان در این موضوع دخالت می‌کنند و مقرر می‌شود یک متخصص جراح قلب اطفال در این بیمارستان مسئول انجام اعمال جراحی اطفال شود و همچنین منع موقتی برای انجام یک سری از پروسیجرهای جراحی قلب اطفال اعمال گردد. در ژانویه ۱۹۹۵ قبل از شروع به کار متخصص جراح قلب منصوب شده و برخلاف توصیه برخی متخصصین کودکی با نام جوشا لاودی تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد و بعد از عمل جراحی فوت می‌کند. مرگ این کودک باعث جلب توجه شدید و گسترده رسانه‌های محلی و سپس کشوری می‌شود و متعاقباً کلیه

اعمال جراحی قلب اطفال در این مرکز متوقف شده و گروهی از نخبگان برای بررسی موضوع از لندن به بریستول اعزام می‌شوند. در سال ۱۹۹۷ والدین تعدادی از بیماران به سازمان نظام پزشکی کشور انگلستان شکایت می‌کنند و متعاقباً پرونده‌ای در خصوص این موضوع افتتاح می‌شود تا روند درمان ۵۳ کودک را که ۲۹ نفر از ایشان فوت شده و ۴ نفر دیگر دچار آسیب شدید مغزی شده بودند، بررسی نماید. در سال ۱۹۹۸ نتایج بررسی اعلام می‌شود و بدین ترتیب هر دو جراح قلب مقصر شناخته شده و پروانه طبابت ایشان باطل اعلام می‌گردد. رییس بیمارستان نیز مقصر شناخته می‌شود. متعاقباً به دستور وزیر بهداشت وقت، یک تحقیق جامع در خصوص موارد مشابه در کشور انگلستان آغاز و بودجه‌ای معادل ۱۴ میلیون پوند هزینه می‌شود و نهایتاً در سال ۲۰۰۱ گزارش این تحقیق جامع منتشر می‌گردد که مشتمل بر ۲۰۰ توصیه برای نظام سلامت کشور انگلستان است.

تفسیر جامع و بررسی کامل درس‌های آموخته شده از واقعه بریستول از اهداف این فصل خارج است. این که چگونه در طی سال‌ها کودکان در اثر مراقبت با کیفیت کمتر از استاندارد جان خود را از دست می‌داده‌اند و نظام کنترلی و مسئولین بیمارستان قادر به متوقف کردن این روند در یک کشور توسعه یافته نبوده‌اند و حتی متخصصین اطفال به ارجاع بیماران به این جراحان ادامه داده‌اند جای سوالات بسیاری را مطرح می‌کند. مهمترین تاثیر این واقعه در کشور انگلستان خارج شدن کامل خود نظارتی از سازمان نظام پزشکی و سپردن بخشی از آن به وزارت بهداشت بود، به علاوه خود سازمان نظام پزشکی نیز تحت نظارت شورای مقررات حرفه‌های سلامت قرار گرفت. همان طور که در ابتدای فصل توضیح داده شد روند خود نظارتی، امتیازی است که جامعه به حرفه در قبال قابل اعتماد بودن اعطا کرده است و در صورتی که این اعتماد مخدوش شود، به مانند اتفاقی که در کشور انگلستان افتاده است روند خود نظارتی نیز محدود می‌شود. نکته دیگر این است که در این واقعه، اعضای دیگر کادر درمان مانند پرستاران نیز در قصور اتفاق افتاده، در عدم گزارش نقایص موجود سهیم بوده‌اند، ولی تمامی توجه معطوف به دو پزشک جراح مسئول شده است. این مساله نشان می‌دهد به صورت سنتی پزشکان و جراحان مسئول پاسخگویی به مسایل پیش آمده برای بیماران هستند. در گذشته عمدتاً یک پزشک، مسئول درمان بیمار بوده و در قبال مشکلات وی نیز پاسخگو تلقی می‌شده است، ولی امروز مدیریت درمان بیماران عمدتاً گروهی و با مشارکت طیف متنوعی از کادر درمان صورت می‌پذیرد و البته کماکان پزشکان در موقعیت بیشترین پاسخگویی قرار دارند. این مساله نشان می‌دهد در شرایط کنونی تک تک اعضای گروه لازم است وظایف محوله را به درستی انجام دهند و کار تیمی از مسئولیت فردی هر کدام از اعضا نمی‌کاهد و ایشان در قبال یکدیگر نیز مسئولیت دارند، چون نهایتاً در صورت

بروز عارضه مشکل گریبانگیر همه اعضای گروه خواهد شد.

مثال دوم یا واقعه خمینی شهر: در آذر ماه سال ۱۳۹۴ کودک ۴ ساله ای به همراه مادر به علت جراحت مختصر حدود یک تا دو سانتی متر ناحیه چانه به اورژانس یک بیمارستان دولتی مراجعه می نماید. ترمیم اولیه زخم توسط کادر درمان انجام می شود ولی زمانی که مادر برای تسویه حساب مراجعه می کند، اظهار می دارد قادر به پرداخت هزینه درمان نیست. (کودک از پوشش بیمه ای نیز برخوردار نبوده است) موضوع توسط پرستار مسئول بیمار به اطلاع پزشک اورژانس رسانده می شود و پزشک دستور به بازکردن بخیه های کودک می دهد. در نتیجه ۴ یا ۵ بخیه ای که بر روی چانه بیمار زده شده بود، توسط پرستار باز می شود و بیمار از اورژانس ترخیص می شود. مادر کودک که از این موضوع بسیار برآشفته است ماجرا را با اطرافیان در میان می گذارد. یکی از اطرافیان موضوع را از طریق مراجع قانونی و رسانه های محلی پیگیری می کند. در مرحله اول مسئولین محلی سعی می کنند تا با دلجویی از خانواده و انجام اقدام مناسب درمانی بر روی چانه کودک از گسترده تر شدن ابعاد ماجرا جلوگیری نمایند، ولی با رسانه ای تر شدن موضوع و انتشار واقعه در شبکه های اجتماعی، وزارت بهداشت و درمان، کمیته ویژه ای را مسئول رسیدگی و تحقیق در خصوص این پرونده می کند. پس از تحقیقات از سوی وزارت بهداشت، رییس و مدیر بیمارستان از مسئولیت خود برکنار شده و پزشک و پرستار مربوطه نیز تا زمان تعیین تکلیف نهایی از فعالیت های درمانی منع می شوند. همزمان قوه قضاییه نیز به موضوع ورود می کند و پس از تشکیل پرونده اقدام به بازداشت پزشک و پرستار مذکور می کند. در رای صادره از سوی دادگاه بدوی و تجدید نظر، متهمین به سه تا شش ماه زندان به همراه یک سال تعلیق از خدمات درمانی محکوم شدند.

این واقعه که باعث جریحه دار شدن احساسات و عواطف عمومی شد، از وجوه مختلف قابل تأمل است. در بررسی های انجام شده مشخص گردید تعداد قابل توجهی از مراجعین به این بیمارستان دولتی بدون تسویه حساب و ترخیص مالی اورژانس را ترک می کرده اند و به همین علت از سوی مدیریت بیمارستان و از پرسنل اورژانس خواسته شده بود به هر شکل از این موضوع جلوگیری شود. بنابراین هر یک بنابر تصمیمات و برداشت های شخصی شیوه ای برای مقابله با این موضع اتخاذ می کرده اند، که نمونه ای از این تصمیمات تهدید به بازکردن بخیه در زمانی است که بیمار قادر به پرداخت هزینه درمان نمی باشد. البته در اغلب موارد این تهدید کارگر می افتد و بیمار و همراهان وی به هر طریق ممکن هزینه را تامین می کنند و نیازی به عملی کردن این تهدید نیست. پزشک مسئول نیز در دفاعیات خود به این نکته اشاره می کند که دستور بازکردن بخیه را به عنوان یک تهدید غیرجدی و حتی شوخی بیان کرده بوده و واقعاً گمان نمی کرده که پرستار آن دستور را اجرا نماید. سوء رفتارهای کلامی از این دست در برخی

محیط‌های آموزشی متاسفانه حتی از سوی برخی از پزشکان که در رشته تخصصی خود برجسته و به نوعی الگوی عملکردی فراگیران هستند، دیده می‌شود و تاثیر آن به عنوان کوریکولوم پنهان گاهی از کوریکولوم مدون و رسمی بیشتر است. همچنین عدم توجه به نشانه‌های قبلی سوءرفتار حرفه‌ای دیگر کادر درمان و بی تفاوت بودن نسبت به آنها از سوی همکاران و مسئولین یکی دیگر از نکاتی است که در بررسی تحقیق این مورد مشخص شد. این مساله و عدم دریافت بازخورد مناسب و به موقع در مورد سوءرفتارهای کم اهمیت تر باعث شد نهایتاً رفتاری از سوی ایشان سرزند که در سطح کشور اعتماد عمومی به جامعه پزشکی را - حداقل به صورت مقطعی - به طور جدی خدشه دار نموده و باز هم به مانند واقعه بریستول در نهایت پزشکان به عنوان افرادی که بیشترین پاسخگویی را در قبال بیمار دارند، بیشتر از سایر کادر درمان مورد عتاب و سرزنش عمومی قرار گرفتند.

نکته دیگری که در این موضوع توجهات را جلب نمود، واکنش عمومی جامعه پزشکی در فضای مجازی بود. از آنجایی که واقعه اتفاق افتاده عجیب و نادر به نظر می‌رسید، تعداد زیادی از پزشکان بدون اطلاع از واقعیت موضوع، اخبار منتشر شده را جو سازی علیه پزشکان تلقی کردند. هر چند که پیش‌زمینه ذهنی جامعه پزشکی در مورد برخی قضاوت‌های مغرضانه توسط رسانه‌ها در این واکنش دفاعی بی‌تاثیر نبود، ولی باید اذعان داشت که دفاع نامناسب از جامعه پزشکی در قبال سوءرفتار رخ داده باعث تشدید بی‌اعتمادی جامعه می‌شود. مشابه این رفتار از سوی مسئولین محلی نیز در ابتدا سرزد و با سوءرفتار انجام شده در ابتدای امر به شکل صحیحی برخورد نشد و موضوع به مراجعه بالاتر و ذی صلاح منعکس نگردید.

مهمترین درسی که از مجموع وقایع ذکر شده می‌توان آموخت، اهمیت خود نظارتی درون نظام درمانی به عنوان یکی از ارکان مسئولیت‌پذیری است به ویژه قبل از این که مشکل بزرگ و فراگیر شود و در سطح جامعه باعث آسیب به اعتماد و ارزش‌های حرفه‌ای شود.

### **مصادیق و وظیفه شناسی و مسئولیت‌پذیری:**

هر چند که مصادیق و دسته متعددی برای این ویژگی‌های ضروری برای حرفه‌مندان پزشکی ذکر شده است و بسیاری از آنان با حوزه دیگر نیز همپوشانی دارند، ولی از نگاه نگارنده این فصل در یک تقسیم بندی ساده می‌توان مصادیق را در ۴ دسته ذیل گنجانید:

#### **۱. انجام کامل، صحیح و به موقع وظایف و مسئولیت‌های محوله.**

حاضر شدن به موقع و موثر در درمانگاه، بخش یا حتی جلسات آموزشی و اجرایی، پاسخگویی موثر



در زمان آنکالی؛ اجرا و پیگیری مراقبت تمامی بیمارانی که مسئولیت آنها پذیرفته شده است از زمان شروع ویزیت پزشکی تا اطمینان یابی از اجرای روند تشخیصی درمانی بعد از ترخیص یا پایان ویزیت و همکاری موثر با سایر اعضای تیم درمان بیمار مصادیقی هستند که در این گروه قرار می گیرند.

## ۲. برخورد صحیح با خطاهای پزشکی

این مورد هم گزارش خطاهای رخ داده توسط خود فرد و هم گزارش خطاهای مشاهده شده توسط دیگر همکاران را شامل می شود. قبل از ورود به بحث لازم است به تعاریف موجود از خطای پزشکی که در ادبیات کشور ما از آن به قصور تعبیر می شود با سوءرفتار پزشکی یا تقصیر توجه شود. خطای پزشکی به صورت قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا است که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می شود. لازم به ذکر است که در خطای پزشکی سوء نیت وجود ندارد؛ مثلاً یک پزشک به قصد کمک به بیمار و در جهت انجام وظیفه خود ممکن است سهواً و غفلتاً مرتکب خطا شود. درحالی که در سوءرفتار یا تقصیر، نگرش حرفه ای پزشک به خدمت محل اشکال است و اراده قبلی و عمد نهفته نیز در آن وجود دارد. در ادامه این بخش از دسته دوم مصادیق موضوع خطای پزشکی یا قصور پرداخته می شود و موضوع سوءرفتار در دسته چهارم مصادیق مورد بحث قرار می گیرد

در مورد خطاهای رخ داده توسط خود فرد یا تیم تحت نظر او، بهترین رویکرد، در جریان قرار دادن بیمار در مورد خطای رخ داده است. معمولاً زمانی که خطا صادقانه با بیمار در میان گذاشته و بابت این موضوع از وی عذرخواهی شده و تلاش می شود تا حتی الامکان خطای رخ داده جبران شود، نتیجه بهتری از زمانی که خطا از بیمار پنهان گردد حاصل می شود. زیرا این احتمال وجود دارد که خطای رخ داده شده در زمان دیگری و توسط فرد دیگری کشف شود که در این حالت به بی اعتمادی شدید و حتی شکایات قانونی منتج می شود. هر چند که در هر صورت شانس شکایت وجود دارد، اما مطالعات انجام شده نشان می دهد که اظهار خطا، شانس شکایات قانونی را بالاتر نمی برد. [۵]

در مثال ذکر شده در ابتدای این فصل یک خطای پزشکی از نوع خطای پروسیجرال رخ داده است. بهترین رویکرد این است که هیات علمی مسئول بیمار به همراه دستیار مربوطه ضمن عذرخواهی، با صداقت، خطای رخ داده شده را با بیمار در میان بگذارند، عوارض احتمالی مانند پنوموتوراکس در سمت ریه سالم را بررسی نمایند و در صورت بروز عارضه مسئولیت درمان آن را بر عهده گیرند. به علاوه بعد از اخذ رضایت بیمار و در صورت نیاز با کمک هیات علمی مسئول اقدام به انجام مجدد توراسنتز نمایند. همچنین هیات علمی مسئول باید با همفکری دیگر همکاران، علت خطای رخ داده را

بررسی نموده و راهکار عملی برای جلوگیری از بروز خطای مجدد پیشنهاد نمایند.

مورد دیگری که در دسته دوم مصادیق قرار می‌گیرد، گزارش خطاهای همکاران است. بسته به نوع خطای رخ داده و در صورتی که خطا جزئی بوده و هیچ عارضه جدی برای بیمار به جا نگذاشته باشد، می‌توان به دادن بازخورد به فرد خاطی اکتفا کرد. ولی اگر خطای رخ داده جدی باشد، لازم است علاوه بر بازخورد به فرد خطا کار، مسئولین ذی ربط نیز در جریان موضوع قرار گیرند.

### ۳. برخورد صحیح با پزشک ناتوانمند یا ناکارآمد:

حرفه‌مندان پزشکی موظف هستند در جهت حفظ و بهبودی توانایی جسمی و ذهنی خود تلاش کنند و از هر گونه اقدامی که منجر به کاهش این توانایی می‌شود (مانند سوءمصرف مواد و الکل) پرهیز نمایند. در گام اول حرفه‌مندان پزشکی وظیفه دارند بر عملکرد و رفتار خود تعمق نمایند و در صورتی که خود را ناتوانمند یا ناکارآمد (مثلاً به علت بیماری جسمی یا روانی) می‌یابند، درخواست کمک کرده و مسئولین مربوطه را مطلع سازند. همچنین پزشکان موظف هستند این نظارت دقیق را بر رفتار و عملکرد همکاران خود نیز داشته باشند. برای تبیین بیشتر موضوع به مثال ذیل توجه کنید:

دکتر (آ) به عنوان متخصص جراحی طبابت می‌کند، در گذشته نزدیک وی به عنوان یک جراح حاذق و خوش برخورد با بیماران شناخته می‌شد ولی در طی چند هفته اخیر نحوه رفتار وی تغییر زیادی داشته است. مثلاً دیرتر در درمانگاه حاضر می‌شود یا اعمال جراحی را بدون دلیل منطقی کنسل می‌کند، در جلسات کاری و آموزشی بدون علت مشخصی غیبت می‌کند، بسیاری از اوقات خواب آلوده یا بی‌حوصله به نظر می‌رسد، بسیار کم حرف شده است و در برخورد با بیماران زمان بسیار کوتاهی را به گفتگو و مصاحبه با ایشان اختصاص می‌دهد. برای هر جراحی اندک پیچیده، تعداد زیادی مشاوره درخواست می‌کند و یا آنان را به دیگر جراحان ارجاع می‌دهد. حتی آراستگی ظاهری قبلی را نیز ندارد. دکتر م در عین رابطه کاری، رابطه دوستانه‌ای نیز با دکتر (آ) دارد به همین دلیل در چند نوبت به صورت خصوصی از او دلیل این تغییرات را جویا می‌شود. دکتر (آ)، بی‌حوصلگی، کار زیاد و مشغله ذهنی خانوادگی را دلیل این مسایل برمی‌شمرد. دکتر (م) پیشنهاد می‌کند تا جای ممکن وظایف بالینی او را برعهده گیرد تا شرایط روحی اش مساعد تر شود. به رغم کمک‌های وی تغییر چندانی ایجاد نمی‌شود به طوری که سایر دوستان و همکاران هم متوجه تشدید این تغییرات شده‌اند. در نهایت دکتر (م) از یکی از دوستان روانپزشک خود می‌خواهد با دکتر (آ) ملاقاتی داشته باشد. نظر روانپزشک بعد از ملاقات اولیه با او این است که دکتر آ دچار افسردگی و یا فرسودگی شغلی شده است و نیاز به مصاحبه‌های تکمیلی برای تشخیص قطعی است.

برخورد با ناتوانمندی و ناکارآمدی همکاران در اکثر اوقات بسیار چالش برانگیز است و معمولاً از سوی ایشان نادیده گرفته می‌شود. در خیلی از موارد همکاران سعی می‌کنند با پرهیز از رویارویی با فرد مشکل‌دار، از این چالش اجتناب کنند. حتی در یک مطالعه [۶] زمانی که متخصصین داخلی را با یک سناریو فرضی برخورد با همکار ناتوان یا ناکارآمد روبرو کردند، ایشان تمایلی به مداخله نداشتند و دلایلی را چون ترس از عواقب نامطلوب، عدم تمایل به ورود به حریم شخصی، این که مداخله وظیفه سیستم است و برعهده آنان نیست یا با مداخله ایشان اتفاق خاصی نخواهد افتاد، برای پرهیز از مداخله عنوان نمودند.

AMA در کد اخلاقی [۷] شماره ۲-۳-۹ خود تصریح می‌کند که شرایط ذهنی یا جسمی پزشکان - به گونه‌ای که در توانایی ایشان برای انجام ایمن طبابت و فعالیت‌های پزشکی خللی وارد سازد- می‌تواند بیماران را به خطر انداخته، ارتباط حرفه‌ای با ایشان را مختل نموده و نهایتاً به اعتماد عمومی جامعه آسیب بزند. بنابراین به منظور حفظ منافع بیماران و اطمینان از این که همکاران بهترین کمک و مداخله را دریافت می‌کنند، همه پزشکان از لحاظ اخلاقی ملزم به رعایت موارد ذیل هستند:

۱. به موقع به همکار ناتوانمند خود کمک کنند که به صورت موقت طبابت را متوقف سازد و از آموزش مناسب برخوردار شود.

۲. ناتوانمندی همکار را بر اساس اصول اخلاقی و قوانین گزارش کنند.

۳. به همکاری که بازتوانی شده و به طبابت برگشته است، کمک کنند.

همچنین در راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای اعضای سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. [۸] ذیل ماده هفت بند هشتم یعنی مدیریت خطاهای پزشکی ذکر گردیده است که اعضا در صورتی که متوجه شوند سایر حرفه‌مندان و همکاران، آمادگی لازم را برای انجام وظایف حرفه‌ای خود به دلایلی نظیر خستگی، ضعف جسمانی و ضعف روانی ندارند - به نحوی که منجر به آسیب دیدن احتمالی بیمار می‌شود-، باید حتی المقدور به نحو مقتضی همکار مذکور را برای در پیش گرفتن روندی که سلامت بیمار حفظ شود- مانند خودداری داوطلبانه از انجام مداخله در موقعیت مذکور- قانع کنند. در صورت عدم پذیرش موضوع توسط همکار، لازم است موضوع را به صورت کتبی به مدیریت موسسه درمانی یا نظام پزشکی محل اطلاع دهند.

با توجه به توضیحات فوق و در تحلیل مثال مطرح شده، مشخص است ناتوانی ایجاد شده که ناشی از افسردگی یا فرسودگی شغلی شدید است، یک مورد جدی است و می‌تواند علاوه بر آسیب‌های جدی برای خود پزشک مانند خودکشی، منجر به خطا یا سوءرفتار پزشکی در قبال بیمار شود. بنابراین

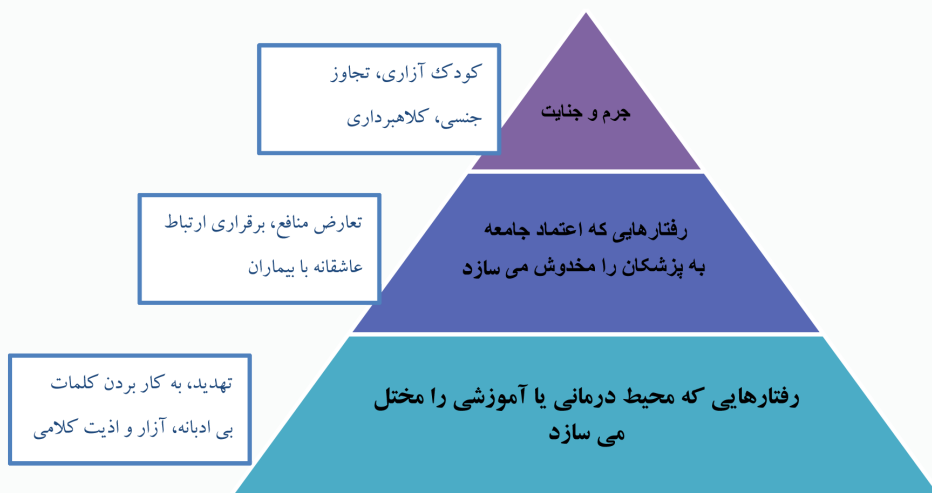
لازم است در صورت عدم تأثیر مداخلات اولیه مانند کاستن از مسئولیت‌های درمانی وی در اولین زمان، پزشک ناتوان از انجام خدمات درمانی منع شود. بدین منظور لازم است فردی که مطلع شده، مسئولین بخش یا بیمارستان را در جریان موضوع قرار دهد و به گونه ای برنامه‌ریزی شود که وظایف محوله به ایشان به طریق مقتضی پوشش داده شود. فرد ناتوان باید به روانپزشک ذی صلاح جهت برنامه بازتوانی یا معالجه معرفی شود و تا زمان تایید سلامت جسمی و روانی برای ادامه فعالیت از سوی مرجع ذی صلاح، منع فعالیت‌های درمانی وی ادامه یابد. بعد از معالجه نیز علاوه بر نظارت مستمر بر عملکرد وی همکاران تلاش خود را در جهت کمک به ادامه بازتوانی وی به کار گیرند.

#### ۴. برخورد با سوءرفتار همکاران

چهارمین دسته از مصادیق وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری چگونگی برخورد با سوءرفتار همکاران است. در دنیای امروز، طبابت از جمله مشاغل سخت و دشوار محسوب می‌شود. پزشکان معمولاً در محیط‌های پرازدحام و پر استرس کار می‌کنند. آنها باید آرامش خود را در شرایطی چون فوت بیمارانشان، عصبانیت همراهان، انتظارات بالای نظام سلامت، خستگی ناشی از حجم بالای کار و ساعات کاری طولانی و اختلافات کاری با همکاران حفظ کنند و در عین حال به ارزش‌ها و تعهدات اخلاقی نیز پایبند باشند. این در حالی است که پزشکان مانند دیگر افراد جامعه، ممکن است دچار بیماری‌های جسمی و روحی، مشکلات عاطفی ناشی از روابط اجتماعی، گرفتاری‌های ناشی از مشکلات فرزندان یا والدین شوند. خصوصاً پزشکانی که در شرایط پر استرس و همین‌طور شیفت‌های کاری شب طبابت می‌کنند، در معرض خطر فرسودگی شغلی بیشتری نیز هستند. در چنین شرایطی بروز لغزش‌های حرفه‌ای در بین پزشکان چندان دور از انتظار نیست. بنابراین همه حرفه‌مندان پزشکی باید آمادگی داشته باشند تا در برخورد با چنین لغزش‌هایی به گونه ای رفتار کنند که اعتماد جامعه نسبت به گروه پزشکی مخدوش نشود.

متأسفانه هرچند به ندرت، در رسانه‌ها مواردی از سوءرفتارهای هولناک را کلاهبرداری‌های مالی از بیماران، تجاوز جنسی به بیمار و اسید پاشی به همکار از سوی پزشکان گزارش می‌شود. جای بسی تعجب است که چنین افرادی چگونه وارد حرفه پزشکی شده‌اند و از آن تعجب برانگیزتر آنکه چگونه تا کنون در این حرفه بوده‌اند و فردی مانع ادامه طبابت ایشان نشده است. گذشته از موارد ذکر شده فوق، سوءرفتارهای جدی دیگری با شیوع و وفور بیشتر مشاهده می‌شوند. مواردی چون عدم رعایت اصول اخلاقی در پژوهش یا نگارش مقالات، عدم رعایت تعارض منافع در برخورد با بیماران و خصوصاً در تعامل با شرکت‌های تجاری را مکرر مشاهده می‌کنیم. حتی بعضی از لغزش‌های حرفه‌ای آنقدر شایع

هستند که کمتر مورد توجه عموم قرار می گیرند و به عبارتی این دسته از سوءرفتارها به علت تکرار زیاد قبح خود را از دست داده اند. مواردی چون بداخلاقی های کلامی یا رفتاری، عدم توجه به مقررات و دستورات عملی ها از این دسته هستند. در یک تقسیم بندی موارد ذکر شده به صورت یک هرم نشان داده شده اند:



در طی سال های اخیر تعاریف لغزش های رفتار حرفه ای گسترده تر شده اند. چند دهه قبل رفتار پزشکان عمدتاً در قبال بیماران ملاک قضاوت بود و رفتار ایشان با همکاران، پرستاران یا فراگیران چندان مورد توجه قرار نمی گرفت. مواردی از استادان سرشناس در دانشکده های پزشکی را می توان به خاطر آورد که رفتار بسیار مهربانانه ای با بیماران خود دارند ولی سایر همکاران و یا فراگیران را مورد آزار و اذیت کلامی یا مورد تمسخر و تهدید قرار می دهند. تعاریف امروزه از لغزش های تعهد حرفه ای بسیار گسترده تر از گذشته است. هم اکنون عدم تبعیت و امتناع از اجرای پروتکل های مبتنی بر شواهد، عدم پاسخگویی به دعوت در جلسات، تکمیل نکردن مستندات ضروری، خطاب قرار دادن های غیرمحترمانه بیماران یا همکاران (پرستاران یا پزشکان سایر رشته ها) و شوخی های نامتناسب همگی از موارد لغزش های حرفه ای محسوب می شوند. نمونه هایی از این رفتارها را می توان در جدول ذیل مشاهده نمود:

رفتارهای پر خاشگراانه منفعل	رفتارهای تهدید کننده
امتناع از پاسخ دادن تلفن یا پایبند نبودن به وظیفه متقبل شده داشتن تعارض منافع در تحقیق یا طبابت عدم نظارت بر مصرف صحیح منابع پرارزش (دارو و تجهیزات و ...) عدم تلاش برای حفظ توانمندی های ضروری بالینی در طول عمر طبابت تاخیر و غیبت های مکرر خودبرتر پنداری، تکبر و تحقیر عدم ارائه اطلاعات ضروری عدم تبعیت از دستورالعمل های مبتنی بر شواهد به صورت فعال یا غیرفعال	امتناع از ارائه خدمت در شرایط اورژانس رفتارهای نامتناسب جنسی طبابت فراتر از توانمندی های فردی عدم توجه به رازداری تبعیض قائل شدن احترام قائل نشدن برای خواسته یا انتخاب بیمار رها کردن بیمار اعمال خشونت و تهدید علیه بیمار فاش نکردن خطاهای جدی پزشکی اعمال یا تهدید به خشونت فیزیکی فریاد کشیدن بیگاری گرفتن از بیماران
به کار بردن الفاظ ناشایست در خصوص دیگر تخصص های پزشکی به کاربردن شایعات بی اساس در مورد همکاران یا فراگیران تکمیل نکردن مستندات و درخواست ها عدم توجه به لغزشهای حرفه ای دیگران	ناسزاگفتن یا به کار بردن کلمات آزاردهنده به کاربردن عبارات جنسیتی، قومیتی یا تبعیض آمیز تهدید و تحقیر بدبینی نسبت به جامعه و کوچک دانستن سایر مشاغل آزار و اذیت جنسیتی

تمامی سوءرفتارهای ذکر شده موجب آسیب اجتماعی به وجهه پزشکی است و جامعه پزشکی موظف است با خود نظارتی مناسب، از بروز آنها جلوگیری نماید. ولی ساده اندیشی است که گمان کنیم با حذف افرادی که مرتکب این سوءرفتارها می شوند، مشکل حل خواهد شد. در یک نگاه عمیق تر ابتدا باید به دلایل بروز این لغزشها توجه کنیم. در یک تقسیم بندی می توان این دلایل را در چهار دسته (۱) شخصی (۲) بین فردی (۳) وابسته به شرایط محیطی و (۴) وابسته به سازمان گروه بندی نمود. به عنوان مثال؛ علل شخصی مشتمل بر مواردی چون خستگی، بیماری های جسمی و روانی، نقص توانمندی های بالینی، فرسودگی شغلی، منحرف شدن توجه از بیمار به عللی چون مشکلات خانوادگی

یا آزمون‌های پر اهمیت و ... است. مثال‌های دسته دوم یا علل بین فردی شامل موانع زبانی<sup>۱</sup> و ارتباطات نادرست، ناکافی یا دیر هنگام است. برای دسته سوم یا علل وابسته به محیط می‌توان به عللی چون گردش کار غیر موثر یا بیش از حد و کمبود پرسنل اشاره کرد و نهایتاً نمونه‌هایی از دسته چهارم علل لغزش حرفه‌ای یا علل وابسته به سازمان عبارتند از دستورات عمل‌های چالش برانگیز، فشارهای مالی، فرهنگ سلسله مراتبی اغراق آمیز و فرهنگ یا مسئولیتی که به رفتارهای بد به صورت ناخودآگاه پاداش می‌دهد.

در این بین فرسودگی شغلی و مشکلات روانی پزشکان لازم است به صورت ویژه‌ای توسط سایر همکاران و علی‌الخصوص مسئولین آموزشی و درمانی موسسه‌ها مورد توجه قرار گیرد. چون علاوه بر شیوع بالای این موارد، در بسیاری از مواقع این مشکلات از انظار پنهان می‌ماند. فرسودگی شغلی یک مشکل فراگیر در بین پزشکان در دنیا است. در مطالعات اخیر شیوع آن در بیش از ۵۰ درصد پزشکان نشان داده شده است [۹] و به عنوان یک عامل خطر اصلاح پذیر برای ارائه مراقبت ایمن به بیماران شناخته می‌شود [۱۰] وجود مشکلات روانی نیز سوء رفتار حرفه‌ای را توجیه نمی‌کند و نیازمند یک برخورد جامع مشتمل بر درمان طبی، مشاوره و رفتاردرمانی به منظور پیشگیری از سوء رفتارهای بعدی است.

## انواع برخورد با سوء رفتار همکاران

به این مثال توجه کنید: دستیار ارشد یک رشته تخصصی برای مشاوره یک بیمار به اورژانس فراخوانده می‌شود. پس از انجام مشاوره، شما در حضور کارورزان نتیجه آن را جویا می‌شوید. وی پاسخ می‌دهد: نمی‌دونم چه آدم زبون نفهمی بود! به زحمت تونستم ازش شرح حال بگیرم ...."

پاسخ به این سوء رفتار کلامی معمولاً به چهار طریق مشاهده می‌شود: ۱. صحنه گذاشتن یا تایید کردن (مثلاً خندیدن یا استفاده از یک رفتار یا گفتار مشابه) ۲. چشم پوشی کردن (تظاهر به نشنیدن یا ندیدن سوء رفتار، عوض کردن موضوع صحبت) ۳. به تعویق انداختن (اندیشیدن به مشورت یا گزارش به مسئولین در آینده) ۴. مداخله (مدیریت کردن سوء رفتار در همان لحظه)

هر چند که ممکن است نیت و قصد فرد در انتخاب رویکرد سوم مثبت باشد ولی انتخاب هر کدام از سه رویکرد اول؛ یعنی صحنه گذاشتن، چشم پوشی کردن و به تعویق انداختن، باعث ارسال پیام نادرست به فرد انجام دهنده سوء رفتار و همین طور مشاهده گران دیگر می‌شود. بهترین رویکرد

1 Language barrier

مسئولیت پذیری در مورد امر خطیر خود نظارتی حرفه‌ای و مداخله به شیوه مناسب در همان لحظه به منظور متوقف کردن رفتار یا گفتار غیر حرفه‌ای است. با این روش ما هم به فردی که لغزش حرفه‌ای داشته و هم به مشاهده‌گران تعهد حرفه‌ای را آموزش می‌دهیم.

ولی در عالم واقع تعداد کسانی که رویکرد چهارم را انتخاب می‌کنند، اندک هستند. حتی این انتخاب بین افرادی که خود متعهد به رفتار حرفه‌ای هستند و یا آموزش‌های لازم در این خصوص را نیز دیده‌اند، چندان به وفور مشاهده نمی‌شود. برای توضیح این مشکل سه نظریه مطرح شده است. این نظریات عبارتند از:

۱. نظریه بی تفاوتی مشاهده‌گران

۲. عادی سازی انحراف

۳. قانون منفعت نامحسوس

نظریه بی تفاوتی مشاهده‌گران حاصل چند مطالعه مشاهده‌ای است که در آنها رفتار مطالعه‌شوندگانی که خودشان یا سایرین در معرض خطر قرار گرفته‌اند، بررسی شده است. در این نظریه احتمال این که فردی به مقابله با خطر برخیزد با تعداد افرادی که در معرض قرار گرفته‌اند، نسبت معکوس دارد. [۱۱] با استفاده از این نظریه که بر پایه فرضیه پخش شدگی مسئولیت پذیری<sup>۱</sup> است، می‌توان نتیجه گرفت احتمال این که فردی در مقابل یک لغزش حرفه‌ای موضع بگیرد با افزایش تعداد نفراتی که مشاهده‌گر این رفتار هستند، کمتر می‌شود، خصوصاً در شرایطی که فرد در جمعی حضور داشته باشد که از لحاظ سلسله مراتب در موقعیت بالاتری باشد.

نظریه دوم یا عادی سازی انحراف در واقع اشاره به مفهوم کوریکولوم پنهان<sup>۲</sup> است. در صورتی که سوءرفتاری از سوی یکی از اعضای گروه مشاهده شود و سایرین حتی در ظاهر هم واکنشی نسبت به آن نشان ندهند، به تدریج و با تکرار، این سوءرفتار برای مشاهده‌کنندگان تبدیل به یک هنجار تازه می‌شود.

نظریه سوم یا قانون منفعت نامحسوس هم بر این نکته تاکید دارد که معمولاً عواقب فوری مداخله در واکنش به یک سوءرفتار واضح و عمدتاً منفی است و عواقب مثبت آن عمدتاً تاخیری و حتی تاثیر آن نامعلوم است. بنابراین افراد به صورت ناخودآگاه اقدامی که سود واضحتر و فوری دارد (یعنی عدم مداخله) را انتخاب می‌کنند. این مساله خصوصاً زمانی که قرار است بازخورد در مورد سوءرفتار به

1 Responsibility Diffusion

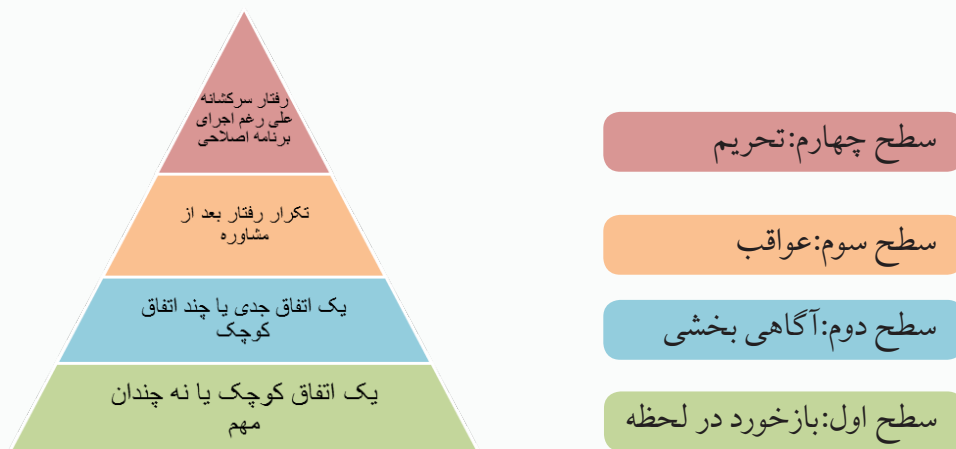
2 Hidden curriculum



فردی داده شود که ارزشیابی کننده وی (مثلاً افراد مافوق) نیز هست، بیشتر مشاهده می شود.

## رویکرد مناسب در قبال برخورد با سوءرفتار حرفه ای همکاران چیست؟

مطالب ذکر شده به طور واضحی نشان می دهند که با توجه به تاثیر سوءرفتار حرفه ای بر فرهنگ محیط کار، ایمنی بیماران و آموزش فراگیران لازم است که پزشکان از نگرش مناسب و همین طور مهارت کافی برای برخورد با سوءرفتار همکاران شان برخوردار باشند. هیکسون و همکارانش [۱۲] یک الگوی هر می را برای مواجهه با سوءرفتار همکاران بر اساس شدت و همین طور اصرار افراد بر انجام سوءرفتار معرفی کرده اند که در شکل زیر نمایش داده می شود:



همان طور که در تصویر مشاهده می شود با افزایش شدت، تواتر یا اصرار بر انجام سوءرفتار نوع مداخله انجام شده شدید تر و متفاوت است.

## مداخله سطح اول: بازخورد در لحظه

به مثال ذیل توجه کنید:

بیماری که معتاد به مواد مخدر است به علت سقوط از ارتفاع دچار شکستگی اندام تحتانی شده و به اورژانس آورده شده است. وی تحت نظر دکتر (ن) دستیار سال اول طب اورژانس است. در اورژانس بی حرکتی اندام تحتانی و تزریق مسکن وریدی برای بیمار انجام شده است و بیمار در انتظار انتقال به اتاق عمل است. علی رغم تزریق مسکن، بیمار مرتباً آه و ناله می کند. پرستار در ضمن راند کاری

بیماران و در حضور دیگر دستیار سال اول دکتر (آ) و کارورزان، نظر دکتر (ن) را در مورد تجویز مجدد مسکن جويا می‌شود. دکتر (ن) نیز در پاسخ می‌گوید: ”هر کی خربوزه می‌خوره پای لرزش هم می‌شینه. می‌رن مواد میزنن نشه می‌شن، دردسر و گرفتاریش مال ماست، ولش کن بزار همین طور هوار بزنه!“

دکتر (آ) در موقعیت دشوار ولی شایعی قرار گرفته است. او شاهد یک سوءرفتار حرفه‌ای از سوی همکار خود بوده است و از سوی دیگر هم می‌داند دکتر (ن) پزشک متعهدی است که در تمام طول شیفت بدون وقفه مشغول مداوای تعداد زیادی بیمار بد حال بوده است. در ضمن می‌داند که کنترل درد بیماران معتاد نسبت به دیگر بیماران دشوارتر است. از طرفی دیگر اعضای تیم (پرستار و کارورزان) نیز با توجه به پیش قضاوت‌های منفی موجود در مورد بیماران معتاد، ممکن است با گفته‌های دکتر (ن) به اشکال مختلف (خندیدن یا گفتن عبارات مشابه) همراه شوند. دکتر (آ) احتمال می‌دهد که تذکر دادن به دکتر (ن) در حضور پرستار و کارورزان می‌تواند به وجهه و همین‌طور روابط کاری وی با ایشان آسیب بزند. حتی ممکن است تصور کند که دکتر (ن) بعداً در مورد گفته خود تأمل کرده و از کرده خود پشیمان شود. همه این استدلال‌ها می‌تواند دکتر (آ) را در گروهی قرار دهد که در مقابل چنین سوءرفتاری سکوت اختیار می‌کنند. ولی سوءرفتارهای حرفه‌ای در صورتی که اصلاح نشوند، معمولاً تکرار می‌شوند. بنابراین مسئولیت حرفه‌ای دکتر (آ) اقتضا می‌کند که متناسب با شدت سوءرفتار رخ داده از رویکرد (بازخورد در لحظه) استفاده نماید.

رویکرد بازخورد در لحظه عمدتاً یک فرصت آموزشی است تا یک رویکرد انضباطی. هدف از این نوع مداخله متوقف کردن سوء رفتار و بیان رفتار صحیح و مورد انتظار حرفه‌ای برای تمامی کسانی است که شاهد این اتفاق بوده‌اند. بنابراین ضروری است تا قبل از آن که این موارد به یک الگو در محیط کاری تبدیل شود، بازخورد در حضور سایر مشاهده‌کنندگان ارائه شود. مداخله صحیح در این رویکرد مشتمل است بر شناخت علت سوءرفتار، بیان درک علت سوءرفتار پیش آمده، برقرار کردن مجدد هنجار اخلاقی و نهایتاً رفتار حرفه‌ای مناسب در موقعیت ایجاد شده. برای انجام این مداخله چهار گام که حدوداً در عرض ۹۰ ثانیه قابل انجام است، پیشنهاد می‌شود:

گام	مثال	توضیح
تشخیص احساسات زمینه‌ای	من می فهمم که چقدر کنترل درد بیماران معتاد سخته!	استفاده از کلمه من نشان می دهد که قصد مقابله وجود ندارد.
مرتبط شدن با فرد خاطی	من هم چنین بیمارانی داشته ام که منو کلافه کرده اند. یا می فهمم که این بیمار کلافه‌ات کرده!	استفاده از کلمه ما و من نشان می دهد همه ما لازم است که به چنین مواردی توجه داشته باشیم، ضمناً نشان دادن درک و همدلی احتمال پاسخ تدافعی یا متهم شدن به "موعظه گر بودن" را کاهش می دهد.
بیان هنجار رفتاری صحیح	ولی به هر حال اون هم یک انسانه. اگر معتاده در واقع بیمار یا یک قربانیه. نیاز این بیمارها به مسکن بیشتر از بقیه است، یا این که ممکنه نگران باشه چون معتاده، ما درمان کافی را براش انجام نمی دیم یا حتی ممکنه دچار عوارض شکستگی مثل سندرم کمپارتمان شده باشه!	در صورتی که امکان دارد رفتار انسان دوستانه و حرفه‌ای مناسب را کاملاً مرتبط با سرفه‌تار رخ داده تشریح کنیم.
هدایت گفتگو	آیا من می تونم کمکی بکنم، می خوای برم مریضو ببینم که مشککش چیه؟	به منظور تقویت بازخورد ارائه شده اقدامی انجام شود.

وقتی فردی از رویکرد بازخورد در لحظه استفاده می کند کاملاً به گروه نشان می دهد که وی این رفتار را تایید نمی کند و سایر افراد گروه را نیز تشویق به عدم انجام چنین رفتار در موقعیت‌های مشابه می کند. هر چند که پاسخ‌های متنوعی به این رویکرد مشاهده می شود ولی عمده موارد مثبت است. بیشتر افراد دوست ندارند که اشتباهاتشان بیان شود ولی اگر این بیان بدون انگ زدن (عبارتی مثل: "رفتارت خیلی زشت بود!") و با ملایمت انجام شود، تحمل می شود و مورد پذیرش قرار می گیرد. در بهترین حالت فرد خاطی اشتباه خود را می پذیرد، عذرخواهی می کند و از گروه نیز می خواهد در صورتی که رفتار مشابه از وی سر زد، به وی تذکر دهند. حتی در صورتی هم که فرد خاطی بازخورد را نپذیرد، این رویکرد به صورت نسبی موفق است، زیرا حداقل سایر مشاهده کنندگان نحوه برخورد صحیح با یک سوءرفتار حرفه‌ای را مشاهده کرده و احتمالاً آموخته اند. بدترین گزینه این است که فرد خاطی به مقابله برخیزد، هر چند که این رفتار در صورتی که انتخاب و اجرای این رویکرد، صحیح انجام شده باشد به ندرت رخ می دهد. فرد خاطی ممکن است پاسخ دهد "حالا نمی خواد برامون معلم اخلاق بشی!" یا "نگران نباش این معتادا صد تا جون دارن، چیزیشون نمی شه!" در چنین مواردی بهترین پاسخ فقط اعلام عدم موافقت است: "من با شما موافق نیستم" و بهتر است زمان داده شود تا عصبانیت‌ها و هیجانات فروکش کند.

## مداخله سطح دوم: مشاوره بعد از واقعه

به مثال ذیل توجه کنید:

۶ گزارش در طی دو ماه به رییس بخش داخلی دکتر (م)، از سوی پرستاران رسیده است که از نحوه رفتار و صحبت کردن غیر مودبانه و تهدید آمیز دکتر (ج) پزشک جدید بخش شکایت دارند.

در مقایسه با مورد قبلی دکتر (م) با چالش جدیدی روبرو است، زیرا وی خود مستقیماً سوء رفتار را مشاهده نکرده است و مسئول است بر اساس گزارش‌های رسیده در خصوص بهبود رفتار دکتر (ج) با پرستاران اقدامی انجام دهد. با در نظر گرفتن این که گزارش‌ها یا موارد سوء رفتار دیگری برای دکتر (ج) وجود نداشته است، رویکرد مناسب در این موقعیت، آگاهی بخشی از طریق مشاوره بعد از واقعه است. هدف از این رویکرد مطلع ساختن فرد و کمک به مدیریت صحیح مشکل پیش آمده است. این مکالمه که از سوی هیکسون و همکارانش گفتگو ضمن نوشیدن فنجان چای تعبیر می‌شود و در واقع نشان می‌دهد که لازم است فردی مورد اعتماد، نقش مشاور را داشته باشد، اطلاعات موجود به اشتراک گذاشته می‌شود، فرد خاطی به تامل در رفتار خود تشویق می‌شود و حمایت کافی نیز صورت می‌پذیرد. چنین جلسه‌ای هیچ‌گاه نباید به اقدامات انضباطی یا تنبیهی منجر شود و همچنین اطمینان داده شود که مفاد جلسه کاملاً محرمانه است مگر این که سوء رفتار تکرار شود.

با وجود این که این گونه جلسات غیر رسمی است و مشاوره نیز غیر انضباطی و نه چندان کلیدی است، برگزاری این جلسات دشوار است. پاسخ‌های متعددی را از سوی فرد خاطی می‌توان انتظار داشت. وقتی انسان‌ها تهدیدی برای وجهه یا آبروی خود احساس می‌کنند، به طور غریزی از رویکرد مقابله و گریز استفاده می‌کنند. واکنش گریز می‌تواند مصالحه جویانه باشد: "سعی می‌کنم که دیگر چنین رفتاری را تکرار نکنم، لازم نیست اقدام دیگری انجام شود." هر چند که چنین پاسخی می‌تواند مثبت تلقی شود ولی به ختم زود هنگام و پیش از موقع جلسه مشاوره می‌انجامد. این مساله مانع از بررسی عمقی موضوع و یافتن راه حلی برای جلوگیری از تکرار این سوء رفتار می‌شود. واکنش مقابله نیز می‌تواند مشتمل بر زیر سوال بردن اعتبار یا دقت گزارش‌های ارائه شده، اهمیت بیشتر درمان بیماران بر این گونه گزارشات و یا درخواست برای اثبات موضوع باشد. مشاوره‌ای که برای این گونه پاسخ‌ها آماده نباشد معمولاً عقب نشینی کرده و جلسه مشاوره را بدون نتیجه ترک می‌کند. البته باید توجه داشت که این جلسه، یک جلسه مشورتی و با هدف ارائه بازخورد و آگاهی بخشی است و قرار نیست در مورد موارد مهمی مثل از دست دادن شغل و موارد مشابه تصمیم‌گیری شود بنابراین نیاز نیست که تحقیقات مفصل و گسترده‌ای نیز برای اثبات سوء رفتار رخ داده به عمل آید.

یک جلسه مشاوره بعد از واقعه به صورت معمول در سه مرحله انجام می شود: ساختاردهی به جلسه، تامل بر واقعه، برنامه ریزی برای آینده. هر کدام از سه مرحله اجزایی دارند که در جدول ذیل به همراه مثال در خصوص واقعه ذکر شده توضیح داده می شود:

### جدول ساختار دهی به جلسه:

هدف	مثال
آرام کردن فضای جلسه	همه پزشکان، خصوصاً پزشکان بزرگ می خواهند که خیلی حرفه ای رفتار کنند، من می دانم که شما هم قصدتان این است که حرفه ای و پروفشنال رفتار کنید.
شرح رفتار مورد اعتراض قرار گرفته	سه نفر از پرستاران طی گزارشات مکتوبی از رفتار و سخنان شما در زمانی که می خواستند در مورد یک دستور پزشکی از شما توضیحی بخواهند شکایت کرده اند و گفته اند که لحن تان تند و حتی تهدید آمیز بوده.
جویا شدن واکنش	آیا شما قبلاً در مورد این دغدغه پرستاران مطلبی شنیده بودید؟ واکنش شما چه بوده؟
انتظار داشتن و مدیریت واکنش ها	شما ممکن است که با این نحوه تعامل پرستاران موافق نباشید یا حتی اصلاً منظورشان این نبوده که تند یا تهدید آمیز صحبت کنید. احتمالاً قصدتان فقط جدیت بیشتر در محیط کار بوده ولی ما باید توجه داشته باشیم که در محیط بالینی وظیفه داریم که برداشت های دیگران را درک و آنها را مدیریت کنیم. پرستاری که نگران واکنش های منفی از سوی پزشک باشد، ممکنه یک سوال مهم را نپرسد و این قطعاً به ایمنی بیمار که هدف اصلی همه ماست آسیب میزند. من متوجهم که شما می فرمایید که این مساله در آینده تکرار نخواهد شد، ولی دوست دارم که کمی بیشتر در این خصوص صحبت کنیم تا مطمئن شویم در آینده مساله ای پیش نخواهد آمد که به وجهه شما در بخش آسیبی وارد کند.
تعیین هدف	هدف مان از این جلسه این است که ببینیم در موارد مشابه چطور می توانیم موثرتر برخورد کنیم.
تقویت باور و اعتقاد به حرفه ای بودن پزشک خاطی	من باور دارم شما تمایل دارید پزشکی باشید که وقتی افراد مشکلی دارند، آن را با آرامش با شما در میان بگذارند.

مرحله دوم، تامل بر واقعه است که در این مرحله مشاوره دهنده با مطرح کردن چند پرسش جستجوگرانه به پزشک کمک می کند تا عوامل ایجاد کننده رفتار مورد بحث را بهتر درک کند، همین طور بفهمد که چرا دیگران این رفتار را غیر حرفه ای تلقی کرده اند و به علاوه در آینده و در موقعیت های مشابه چه رفتاری مناسب تر است.

## جدول سوالات تامل بر واقعه

سوالات نمونه
۱. وقتی که این برخورد پیش آمد چه اتفاقی افتاده بود؟ شما مشغول چه کار دیگری بودید؟
۲. ضمن این اتفاق شما چه احساسی داشتید؟
۳. فکر می کنید پرستاری که شما با ایشان برخورد کردید، چه احساسی در مورد این برخورد داشت؟
۴. به نظر شما چرا ایشان از رفتارتان برداشت منفی داشته است؟ چه کلماتی به کار بردید یا چگونه رفتار کردید که ایشان این برداشت را کرده اند؟
۵. اگر این واقعه یک بار دیگر رخ بدهد، شما این بار چگونه برخورد می کنید؟

پاسخ به سؤالاتی از این دست، می تواند به پزشک کمک کند تا شناخت بهتری از آگاهی ها و کنترل اجتماعی خود داشته باشد. پزشکی که می تواند شرح دهد تا قبل از این واقعه چقدر خسته یا درگیر مشکلات بخش مانند کمبود پرسنل، امکانات و... بوده است، احتمالاً سعی خواهد کرد در شرایط مشابه کنترل بیشتری روی رفتارهای خود داشته باشد. فردی که متوجه می شود به صورت شایعی رفتارهای سرزنش کننده در محیط کار دارد، و همچنین متوجه می شود که این رفتارهای سرزنش کننده با افرادی که وی را به خوبی نمی شناسند، می تواند به بدترین شکل مورد سوءتعبیر واقع شود، به احتمال زیاد قادر خواهد بود که از این واقعه درس گرفته و در آینده آن را تکرار نکند. در سوی مقابل اگر پزشک این تذکرات را رد کند و مسئولیت مدیریت برداشت های دیگر از رفتار خود را نپذیرد، به احتمال زیاد به این گونه رفتارها ادامه خواهد داد.

مرحله سوم و آخرین مرحله از مشاوره بعد از واقعه، برنامه ریزی برای آینده است. در این مرحله مشاوره دهنده می تواند با پرسش چند سوال به پزشک کمک کند تا برنامه ریزی بهتری برای برخورد با وقایع مشابه در آینده داشته باشد:

## جدول سوالات مرحله برنامه ریزی

سوالات نمونه	
۱.	با یک شرایط مشابه در آینده چگونه برخورد خواهید کرد؟
۲.	در شرایط دشوار و پراسترس به چه کسی اطمینان دارید تا به شما کمک کند؟
۳.	اگر به مشاوره نیاز داشته باشید سراغ چه کسی می‌روید؟
۴.	کدام قسمت موضوع برای شما از همه سخت تر است؟
۵.	به چه کمک یا مهارتی نیاز دارید تا از پس مشکلات این چینی برآید؟
۶.	چگونه می‌توانم به شما کمک کنم؟

در مطالعه ای که توسط Pichert و همکارانش [۱۳] انجام شده، نشان داده شده که برگزاری جلسات مشاوره و بازخورد حرفه‌ای برای پزشکانی که شکایات متعددی از سوی بیماران برایشان مطرح شده، باعث بهبود رفتار در حداقل ۱۵٪ موارد شده است. برگزاری ساختارمند این جلسات در یک پیگیری یک ساله باعث شده که در ۷۱٪ موارد، شکایات از پزشکان تکرار نشود. [۱۴] البته نکته قابل توجه این جاست که یک پنجم کسانی که شکایات بسیار زیادی از ایشان شده است و در جلسات مشاوره هم شرکت کرده اند، نهایتاً موسسه را ترک کرده اند؛ شاید به این علت که متوجه شده اند که نحوه رفتارشان با ارزش‌های آن موسسه همخوانی ندارد. هرچند که این مساله چندان برای پزشکان خوشایند نیست، ولی فرهنگ مورد انتظار در آن موسسه را حفظ می‌کنند.

## مداخله سطح سوم: اصلاح یا پذیرفتن عواقب

به این مثال توجه کنید:

دکتر (س) رییس بخش ارتوپدی برای یکی از کلینیک‌های فوق تخصصی خود موفق می‌شود دکتر (د) را که جراح به نامی است و کارنامه علمی موفقی نیز دارد استخدام کند. از زمان استخدام دکتر (د) تعداد اعمال جراحی بخش به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. عمده اعمال جراحی ایشان نیز بسیار موفقیت آمیز و با پیش‌آگهی عالی انجام می‌شوند. بیماران نیز دکتر (د) را بسیار دوست دارند و درمانگاه ایشان مملو از متقاضیان ویزیت توسط ایشان است. ولی به غیر از بیماران، تقریباً همه با ایشان مشکل دارند. پرستاران شکایت می‌کنند که دکتر (د) در مقابل بیماران بر سرشان فریاد می‌کشد و توهین می‌کند. دستیاران ارتوپدی هر روز در اتاق عمل مورد تمسخر و توهین قرار می‌گیرند و کارورزان نیز مرتباً با چشمان اشک آلود ناشی از عبارات طعنه آمیز و توأم با استهزا ایشان جهت اعتراض به اتاق رییس بخش

مراجعه می‌کنند. دانشکده پزشکی نیز به همین دلیل دیگر کارورزان را جهت روتیشن ارتوپدی به این بخش نمی‌فرستد. دکتر (س) از یکی از استادان با تجربه بخش درخواست می‌کند که نقش منتور را برای وی ایفا نماید و چندین جلسه مشاوره و بازخورد برایش برگزار می‌شود. ولی جلسات راهی به جایی نمی‌برد، وی در جلسات بسیار خوش برخورد است و با حرارت از خود دفاع می‌کند و تلاش می‌کند دیگران را نسبت به مسئولیت‌هایی که برای ارائه خدمت عالی به بیماران دارند آگاه کند. البته هر بار نیز قول می‌دهد که با سایرین مودبانه و محترمانه تر برخورد کند. این بار دکتر (س) با یک نامه اعتراض دست جمعی دستیاران روبروست که همگی از رفتارهای توهین آمیز دکتر (د) به ستوه آمده‌اند.

اگر چه همان طور که ذکر شد، برگزاری جلسات مشاوره در بسیاری از اوقات کمک کننده است ولی مواردی نیز مشاهده می‌شود که این جلسات باعث تغییر رفتار نمی‌شوند. در مطالعه پیچرت نشان داده شد که حدود ۲۱٪ از مواقع رفتار پزشکی که شکایت‌های متواتر از آنها دریافت شده، بعد از یک جلسه مشاوره تغییری نمی‌کند. افرادی چون دکتر د در محیط‌های بالینی کم نیستند. پزشکی ماهر که رفتار مناسبی نیز با بیماران دارند ولی با پرستاران، همکاران و فراگیران غیر محترمانه برخورد می‌کنند. این گونه رفتارها باعث ایجاد ترس و ارباب در پرسنل می‌شود و با فرهنگ توأم با احترام که لازمه یک محیط کاری سالم و ایمن است، در تعارضند.

چرا پزشکان ماهری چون دکتر (د) این گونه رفتار می‌کنند؟ دلایل متعددی برای این مساله بر شمرده می‌شود. [۱۵] یک توجیه این است که این افراد با انجام عامدانه این گونه رفتار، از آن سودمی‌برند. به خاطر نوع رفتار با دانشجویان و فراگیران، فراگیری جهت آموزش برای ایشان فرستاده نمی‌شود، در نتیجه از وظایف آموزشی فارغ می‌شوند یا این که فراگیران ضعیف تر - که نیاز به تلاش آموزشی بیشتری دارند - از ایشان گریزان می‌شوند و فقط توانمندترین دستیاران برای کار با ایشان باقی می‌مانند. چون پرستاران از تماس گرفتن با این گونه افراد هراس دارند، در زمان تعطیلات یا حتی آنکالی وی ترجیح می‌دهند مشکلات بیمار ایشان را با دیگران مطرح و حل و فصل کنند. یا پرسنل ترجیح می‌دهند برای این که مورد آزار کلامی قرار نگیرند بهترین (ساده ترین) نوع شیفت یا بهترین زمان اتاق عمل را در اختیار ایشان قرار دهند. علت مهم دیگر می‌تواند توانمندی ناکافی در زمینه مهارت‌های ارتباطی یا ارتباطات اجتماعی باشد. الگو برداری نامناسب در زمان آموزش از فرهنگ نادرست (کوریکولوم پنهان) حاکم بر دپارتمان که فرد در آن آموزش دیده است، توجیه دیگری است. در نهایت دلایلی چون بیماری‌های روانی، اختلالات شخصیتی، فرسودگی شغلی<sup>۱</sup> و سوء مصرف مواد نیز از دلایل



سوءرفتارهای مخرب این چنینی هستند.

دکتر (د) نیازمند مداخله سطح سوم است. یک گفتگوی کاملاً رسمی توسط یک شخصیت حقوقی و دارای مسئولیت اجرایی، که برای ایشان کاملاً روشن شود، در صورت عدم اصلاح رفتار باید منتظر عواقب آن باشد. برگزاری چنین جلساتی از چند گام مهم تشکیل می شود که در جدول ذیل آمده است:

### جدول مداخله سطح سوم، اصلاح یا پذیرفتن عواقب

تیین جدیت گفتگو	لازم است که ما در مورد رفتارهای شما صحبتی جدی داشته باشیم. می دانم که شنیدن این مطالب برای شما دشوار است. ولی لازمه بدون این که صحبت های من را قطع کنید، به دقت به عرایض من گوش بدهید، سپس فرصت هست که فرمایشات شما را هم بشنوم.
شرح سوءرفتار	گزارشات متعددی از رفتار و گفتار غیر محترمانه شما مشتمل بر فریاد کشیدن، توهین کردن و تمسخر پرستاران و فراگیران به دست ما رسیده است.
تشریح اثرات سوءرفتار	رفتار شما باعث شده که افراد از کار کردن با شما مضطرب باشند یا امتناع کنند. دو نفر از پرسنل اتاق عمل به خاطر رفتار شما تقاضای تغییر محیط کاری داشته اند. پرستاران حاضر نیستند که مشکلات بیمارانتان را در زمانی که آنکال هستید با شما در میان بگذارند.
تیین رفتار مورد انتظار	خیلی واضح خدمت تان عرض می کنم که از این لحظه به بعد رفتارهایی از این دست باید کاملاً متوقف شوند. ما انتظار داریم که دیگر شکایتی از مورد بی احترامی قرار گرفتن و آزار کلامی و تمسخر از سوی شما دریافت نکنیم. اگر نارضایتی از عملکردکسی دارید لازم است که با شیوه ای کاملاً محترمانه و انسانی اشتباهاتشان را به ایشان گوشزد کنید و در صورت عدم اصلاح، موارد را به مسئولین بالاتر منعکس کنید.
روشن نمودن عواقب کار در صورت عدم رعایت استانداردها	در صورتی که طی یک ماه بهبودی در رفتار شما مشاهده نشود، ناگزیر هستیم که اقدامات جدی در نظر بگیریم در صورتی که بازهم رفتار بدین شکل ادامه یابد از همکاری با شما به صورت عضو هیات علمی معذور خواهیم بود. طبیعتاً ما نمی توانیم فراگیران را به یادگیری در یک محیط آموزشی ناسالم دعوت کنیم.
توضیح چگونگی پایش عملکرد	ما به صورت اختصاصی برای شما هر ماه یک ارزیابی ۳۶۰ درجه انجام خواهیم داد. در صورتی که بهبود رفتار در این ارزیابی ها مشاهده شود ارزیابی ها هر سه ماه یکبار انجام خواهد شد. دکتر ن مسئول است که هر ماه با شما در مورد نتیجه این ارزیابی، جلسه ارائه بازخورد داشته باشد.
نشان دادن حمایت و پرسش از سوالات احتمالی	نهایتاً ما می دانیم که شما چه جراح ماهر و توانمندی هستید و رفتار بسیار خوبی با بیماران دارید. از این که به صحبت های من گوش دادید تشکر می کنم. دوست دارم بشنوم که چطور قصد دارید رفتار خود را اصلاح کنید. هر کمکی که بتوانم انجام بدهم دریغ نخواهم کرد.

دکتر (س) که مسئول اداره جلسه اصلاح یا عواقب است باید متوجه باشد که ممکن است با واکنش‌های متعددی مانند انکار، منحرف سازی بحث یا به تعویق انداختن از سوی دکتر (د) روبرو شود. مثال‌های از این دست واکنش‌ها به همراه پاسخ مناسب به آنان را در جدول ذیل می‌بینیم:

واکنش	مثال	پاسخ
انکار	من مشکل بخش شما نیستم، ما تو این بخش با یک گروه رزیدنت تنبل و بی سواد سروکار داریم. نمره‌های ارتقا و آسکی را ندیده اید؟	ما امروز قصد نداریم در مورد نمرات دستیاران صحبت کنیم، بلکه صحبت امروز ما در مورد نوع ارتباط شما با ایشان است. اگر مشکلی در عملکرد ایشان وجود دارد، لطفاً به صورت مشخص به مسئول آموزش دستیار می‌باز خورد بدهید.
منحرف سازی بحث	شما آمار اعمال جراحی منو در شش ماه گذشته مشاهده کرده اید؟ می‌دانید من در یک سال گذشته چند مقاله ISI داشته ام؟	خیلی عالیست که شما در زمینه بالینی و پژوهشی فرد توانمندی هستید ولی نوع ارتباطات شما به وجهه شما در این موارد هم آسیب زده است.
به تعویق انداختن	بسیار خوب، من می‌پذیریم آدمی هستیم که زود عصبانی می‌شوم، قول می‌دهم که رفتارم از این به بعد بهتر باشد.	من بابت عذرخواهی و پذیرش رفتار نادرست تان تشکر می‌کنم، ولی توجه شما را جلب می‌کنم که در جلسات قبل هم شما همین پاسخ را دادید. ما باید مطمئن شویم که شما چگونه می‌توانید مانع گزارش‌های مشابه در آینده شوید.

معمولاً عواقب مختلفی را می‌توان برای تکرار سوءرفتار در این مرحله در نظر گرفت مانند محدود کردن پاداش‌ها و درآمدهای مالی، ارتقا شغلی یا فرصت‌های آموزشی و غیره. بهترین نوع عواقب مواردی هستند که با علل سوءرفتار ایجاد شده مرتبط باشند مثلاً محدود کردن زمان‌های مناسب اتاق عمل برای فردی که به همین منظور با پرسنل اتاق عمل برخورد ناشایستی داشته است.

### مداخله سطح چهارم: محرومیت و مداخلات انضباطی

این نوع مداخلات در مورد سوءرفتارهای جدی و یا اصرار بر تکرار سوءرفتارهای دیگر صورت می‌پذیرد. این مداخلات لازم است با مسئولین مربوطه در موسسه (بیمارستان، دانشگاه و...) از قبل هماهنگ شود تا با قوانین موجود سازگاری داشته باشد. مداخلاتی چون تعلیق، اخراج موقت یا دایم، تغییر وضعیت شغلی و... در این مرحله می‌تواند انجام شود که با توجه به این که بسیار تابع قوانین و مقررات هر موسسه ای است خارج از بحث این فصل از کتاب می‌باشد.

## نتیجه گیری:

وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری از ارکان تعهد حرفه ای هستند که پابندی تمامی حرفه مندان پزشکی به آن، جهت استمرار اعتماد اجتماعی به این حرفه ضروری است. حرفه مندان پزشک نه تنها باید خود به صورت آگاهانه بر اجرای صحیح وظایف و پذیرفتن مسئولیت های خود مراقبت کنند، بلکه وظیفه دارند به جد از اجرای مصادیق رفتار حرفه ای توسط سایر همکاران خود نیز اطمینان حاصل نموده و در صورت هر گونه تخطی، واکنش مناسب نشان دهند. برخورد با سوءرفتارهای مشاهده شده از سوی همکاران، نیازمند دانش کافی در مورد ریشه های بروز آن و مهارت و نگرش صحیح در مورد نحوه برخورد متناسب با آنان است.

1. Medicine AFABol. ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 2002;136(3):243-6.
2. Ludwig S, Day S. New standards for resident professionalism. *The ACGME.* 2011:47-51.
۳. تهران دعب. راهنمای رفتار حرفه ای پزشکی ۱۳۹۲.
4. Walshe K, Offen N. A very public failure: lessons for quality improvement in healthcare organisations from the Bristol Royal Infirmary. *Quality and Safety in Health Care.* 2001;10(4):250-6.
5. DesRoches CM, Rao SR, Fromson JA, Birnbaum RJ, Iezzoni L, Vogeli C, et al. Physicians' perceptions, preparedness for reporting, and experiences related to impaired and incompetent colleagues. *JAMA.* 2010;304(2):187-93.
6. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/physician-responsibilities-impaired-colleagues>.
۷. ایران سنپجا. راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای اعضای سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۶.
8. Garcia SM, Weaver K, Moskowitz GB, Darley JM. Crowded minds: the implicit bystander effect. *Journal of personality and social psychology.* 2002;83(4):843.
9. Brainard AH, Brislen HC. Learning professionalism: a view from the trenches. *Academic Medicine.* 2007;82(11):1010-4.
10. Hickson GB, Pichert JW, Webb LE, Gabbe SG. A complementary approach to promoting professionalism: identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors. *Academic Medicine.* 2007;82(11):1040-8



# فصل چهارم:

## شرافت و درستکاری

نویسنده:

دکتر امیر حسین جهانشیر  
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران،  
گروه طب اورژانس، بیمارستان دکتر شریعتی

پزشکی اخیراً وارد یک موسسه پزشکی شده است، متوجه می‌شود که همه همکاران در تمامی سطوح برای دکتر الف احترام فراوانی قایل هستند، یک بار سر میز نهار از همکاران می‌پرسد چه چیزی دکتر الف را الگو کرده است، یکی می‌گوید پارسال ایشان از طرف یک شرکت دارویی برای سفر با خانواده به اروپا دعوت شده بود علی‌رغم اینکه در آمدش چندان بالا نیست، این پیشنهاد را رد کرد، دیگری می‌گوید هفته قبل اشتباهی در تشخیص بیمارش که منجر به تاخیر در درمان موثر شده بود را در پرونده ثبت کرد و به بیمار توضیح داد و از او عذرخواهی کرد و خودش برای مشاوره و رفع مشکل پیگیری جدی کرد. همه همکاران از این قبیل مصادیق در مورد دکتر الف ذکر می‌کردند.

## مقدمه

تعریف استانداردهای اخلاقی، جزء ضروری و لازم برای تبدیل یک شغل به حرفه است. منظور از شرافت<sup>۱</sup> و درستکاری<sup>۲</sup> در زمینه تعهد حرفه‌ای این است که حرفه‌مند، خود را موظف به رعایت بالاترین استانداردهای اخلاق حرفه‌ای خود دانسته و متعهد باشد که تحت هیچ شرایطی از این اصول تخطی ننماید. وقتی صحبت از شرافت و درستکاری یک حرفه‌مند به میان می‌آید، موارد زیر در دل این دو واژه نهفته هستند:

۱. رعایت انصاف و داشتن صداقت<sup>۳</sup> (عدالت<sup>۴</sup>)
۲. وفای به عهد، ادای تعهدات و انجام وظایف (وظیفه‌شناسی<sup>۵</sup>)
۳. قبول مسئولیت فردی و اعتراف به خطا در مورد اقداماتی که انجام داده است (مسئولیت‌پذیری<sup>۶</sup> و پاسخگو بودن<sup>۷</sup>)
۴. امانت‌داری در ثبت وقایع و مستندات (مسئولیت‌پذیری)
۵. صداقت با بیماران و همکاران در ارتباطات انسانی، مستندسازی و سایر تعاملات بین فردی (نوع دوستی<sup>۸</sup> و احترام به دیگران<sup>۹</sup>)
۶. رعایت محرمانگی و رازداری در مواقع ضروری (احترام به دیگران)

1 Honor  
 2 Integrity  
 3 Honesty  
 4 Justice  
 5 Duty  
 6 Responsibility  
 7 Accountability  
 8 Altruism  
 9 Respect for others

۷. توانایی اخذ صادقانه رضایت آگاهانه (احترام به دیگران)

۸. مدیریت تعارض منافع<sup>۱</sup>

ممکن است بر اساس این تعریف و ارائه این مصادیق، چنین به نظر برسد که ما تمام جنبه‌های تعهد حرفه‌ای را در شرافت و درستکاری خلاصه کرده‌ایم که البته پر بیراه نیست. چرا که در واقع پس از مشخص شدن اصول یک حرفه و متعهد شدن حرفه‌مند به پایداری در تمسک به آن اصول، اصلی‌ترین نگرانی این خواهد بود که آیا این حرفه‌مند بر عهدی که بسته است باقی خواهد ماند یا خیر؟ و تنها چیزی که می‌تواند ما را از وفای به عهد حرفه‌مندان مطمئن کند، شرافت و درستکاری ایشان است. در سایر فصول این کتاب، به اغلب موارد ذکر شده به طور کامل پرداخته شده است و در این فصل، به مفاهیم اصلی شرافت و درستکاری و برخی مصادیق آن مانند رازداری و روابط عاطفی بین پزشک و بیمار اشاره کرده و در نهایت به حوزه مدیریت تعارض منافع خواهیم پرداخت.

## ضرورت شرافت و درستکاری در یک حرفه

چرا یک حرفه‌مند باید شرافت و درستکاری داشته باشد؟ پاسخ به این پرسش، کلیدی‌ترین موضوع برای ورود به این مبحث است که موجبات درک بهتر ضرورت التزام به تعهد حرفه‌ای را نیز فراهم می‌نماید.

برای اینکه یک شغل به حرفه تبدیل شود، علاوه بر اینکه اجتماع باید به اهمیت آن شغل برای بهبود کیفیت زندگی افراد اذعان داشته باشد، لازم است تا رسالت حرفه به طور دقیق مشخص باشد، چرا که سنگ بنای اعلام نیاز اجتماع و تعهدات متقابل حرفه‌مندان و جامعه، همین است. حرفه‌مندان با عمل دقیق به آنچه به عنوان رسالت حرفه به اجتماع اعلام کرده‌اند، ضمن تقویت وجهه حرفه‌ای خود، سعی در جلب اعتماد جامعه به تک تک اعضای حرفه و کسب یا حفظ اختیاراتی که جامعه به حرفه‌مندان اعطا نموده است (مانند حق اتونومی) دارند. شرافت و درستکاری، یکی از ارکان اصلی تعهد حرفه‌ای است که می‌تواند ما را به خوبی در راه رسیدن به این هدف یاری نماید. به عنوان حرفه‌مندان پزشکی لازم است بدانیم که ایجاد این اعتماد، حتی در امر پذیرش درمان توسط بیمار<sup>۲</sup> نیز مؤثر است.

1 Conflict of interests

2 Compliance



## شرافت و درستکاری نسبی است یا مطلق؟

نکته دیگری که لازم است در همین ابتدا روشن شود، این است که موضوع شرافت و درستکاری، امری نسبی نیست که بتوان در شرایط خاص آن را تعطیل پذیر دانست؛ بلکه کاملاً مطلق و لازم الاجرا در تمام شرایط است. چرا که لازمه شرافت و درستکاری، قابل اعتماد بودن و التزام کامل فرد به مجموعه‌ای از اصول اخلاقی می‌باشد. البته همیشه باید به این نکته هم توجه کرد که در هر حال، همه افراد بشر حتی با در نظر داشتن تمام احتیاطات لازمه، در معرض خطا هستند و این خطاها نباید به اصل موضوع شرافت و درستکاری ایشان لطمه وارد کند. یعنی می‌توان حرفه‌مندی را که سعی در حرکت در مسیر شرافت و درستکاری داشته و حال در این زمینه خطایی مرتکب شده که خود به آن اعتراف کرده و سعی در جبران آن نموده است را کماکان شریف و درستکار بدانیم.

بنابراین علی‌رغم اینکه موضوع شرافت و درستکاری در ذات خود مطلق است و یک عمل خاص یا شریف و درستکارانه است یا خیر، اما برای اطلاق واژه شریف و درستکار به افراد، تا حدودی می‌توان لغزش‌هایی که جنبه خطا و غیر عمدی بودن آن محرز باشد را ناقص شرافت و درستکاری فرد ندانست.

## رازداری

یکی از مواردی که در زمینه شرافت و درستکاری مطرح شده و موجب تحکیم رابطه اعتماد بین بیمار و پزشکان می‌شود، رازداری و حفظ محرمانگی<sup>۱</sup> است که یکی از قدیمی‌ترین اصول تعهد حرفه‌ای بوده و در سوگندنامه بقراط نیز به آن اشاره شده است. [۱] اگر پزشک نتواند این حس اعتماد را به بیماران خود منتقل کند، بیماران ممکن است نتوانند کلیه اطلاعاتی که برای تصمیم‌گیری صحیح پزشک در مورد وضعیت بیمار لازم است را در اختیار وی قرار دهند و لذا، سلامت بیماران و حتی امنیت شغلی پزشک تهدید خواهد شد.

بیماران باید بدانند و مطمئن باشند که هر چه با پزشک خود مطرح می‌نمایند، به جز با اجازه ایشان و یا در شرایط خیلی خاص و با حکم قانون، نزد پزشک به عنوان یک راز باقی مانده و در جایی بازگو نخواهد شد. [۲] منظور از "جایی" بسیار گسترده بوده و از محافل عمومی تا مجامع علمی، مجلات، کتاب، صفحات اینترنت، پیام‌رسان‌های الکترونیک، شبکه‌های مجازی و... را شامل می‌شود. برای حفظ رازداری و محرمانگی، در هر کدام از موارد فوق‌الذکر راهکارهایی ارائه شده است که در این مختصر نمی‌گنجد اما ضروری است که پزشکان از آنها به نحو مقتضی آگاه شده و آنها را در عمل به کار برند.

## برقراری ارتباط عاطفی با بیماران

احتمال جذب عاطفی پزشک و بیمار به یکدیگر، از گذشته وجود داشته است. [۳] ایجاد این گونه روابط به چند دلیل ممکن است غیراخلاقی و غیرحرفه‌ای باشد:

۱. رابطه بین پزشک و بیمار در ذات خود، یک رابطه نامتقارن و نابرابر است. در یک سو بیمار با تمام درمندی‌ها و نیازش به درمان و حمایت قرار دارد و در سوی دیگر، پزشک با اطلاعات و توانایی‌هایش برای تأمین نیازهای بیمار. این نابرابری، موجب می‌شود تا این رابطه در معرض خطر سوء استفاده از جانب سمت قوی‌تر آن (یعنی پزشک) قرار داشته باشد. از آنجا که احتمال خطر، همواره باعث واکنش‌هایی در جهت مقابله با آن می‌شود، حرفه‌مندان پزشکی نیز جهت رفع هر گونه شبهه و انجام اقدامات پیشگیرانه، قوانین و دستورالعمل‌هایی برای هدایت رابطه پزشک و بیمار به سمت و سوی صحیح آن ارائه داده‌اند.

۲. رابطه پزشک و بیمار برای خدمت رسانی به بیمار و رفع نیازهای او است. اما در رابطه عاطفی بین این دو، نیازهای پزشک نیز رفع می‌شود که با هدف ایجاد رابطه پزشک و بیمار تناقض دارد. [۴]

۳. رابطه عاطفی بین پزشک و بیمار، می‌تواند به بیماران آسیب روحی و روانی وارد کند. [۳] آنچه در این مختصر به آن اشاره خواهد شد، سوء استفاده از رابطه پزشک - بیمار برای اعمال مجرمانه جنسی (که نه تنها واضحاً غیراخلاقی و غیرحرفه‌ای، بلکه غیرقانونی نیز هستند) نمی‌باشد. بلکه موضوع این بحث در مورد روابط عاطفی است که از نظر قانون ممکن است جرم نباشند، اما با اصول رفتار حرفه‌ای پزشکی تناقض دارند.

باید توجه داشت که شروع کننده رابطه غیر حرفه‌ای عاطفی پزشک و بیمار، همیشه پزشک نیست. در بسیاری از موارد، بیماران شروع کننده این رابطه هستند، ولی پزشکان باید همیشه نحوه برخورد صحیح با این موارد را بدانند. بیماران با روش‌های مختلفی ممکن است سعی در ایجاد این رابطه داشته باشند، مانند دادن هدیه، دعوت به یک رستوران، یا حتی ابراز مستقیم عشق و علاقه به پزشک. برخی کلیدهای رفتاری که ممکن است پزشک را از خطر قرار گرفتن در این موقعیت‌ها آگاه نمایند عبارتند از:

۱. گرفتن وقت ویزیت بدون وجود ضرورت بالینی

۲. دادن هدایای غیر معمول به پزشک

۳. داشتن رفتارهای اغواگرانه در برخورد با پزشک

۴. تنظیم قرار ملاقات یا سعی در برخورد ناگهانی و در محل‌های غیر معمول با پزشک

از سوی دیگر، نشانه‌های زیر ممکن است به پزشک در شناسایی تمایزش به ایجاد رابطه غیر حرفه‌ای با بیمار کمک نمایند:

۱. فکر کردن در مورد بیمار به صورت شخصی و مکرر

۲. انتظار برای روز ویزیت بیمار

۳. پذیرفتن درخواست ملاقات و ویزیت بیمار، بدون وجود ضرورت بالینی

۴. دادن خدمات غیر معمول به بیمار مانند زمان ویزیت بیش از معمول، کنسل کردن نوبت بیماری دیگر و ...

۵. دادن اطلاعات شخصی در مورد خود به بیمار

۶. ایجاد شرایط خاص برای ملاقات و ویزیت بیمار

البته مانند بسیاری از موارد مطرح در حوزه رفتار حرفه‌ای، اختلاف نظرهایی در این مورد نیز وجود دارد. برای مثال برخی معتقدند که قطع رابطه پزشک - بیمار برای مدتی خاص و ایجاد رابطه عاطفی بعد از آن بلامانع بوده و غیر اخلاقی نمی‌باشد. اما گروهی دیگر باور دارند که اگر پزشک حتی بعد از مدتی نداشتن رابطه درمانی با بیمار، از اعتماد، احساسات یا تأثیر خود بر بیمار که در طی دوره داشتن رابطه حرفه‌ای با وی ایجاد شده است برای تثبیت رابطه عاطفی استفاده کند، امری غیر اخلاقی و غیر حرفه‌ای مرتکب شده است. [۵] برخی نیز با اشاره به شرط رضایت آگاهانه طرفین برای ورود به رابطه عاطفی، آن را قابل طرح به عنوان شرط حرفه‌ای و اخلاقی بودن این روابط می‌دانند. در حالی که گروهی دیگر به علت نابرابری اشاره شده بین پزشک و بیمار، اساساً بیمار را در موقعیتی نمی‌دانند که بتواند آگاهانه و با استفاده از اتونومی برای ورود به این رابطه راضی باشد، بنابراین امکان رضایت طرفین را از پایه غیر ممکن می‌دانند. [۶]

به هر حال، راه حل‌های زیر برای جلوگیری و به حداقل رساندن درگیر شدن حرفه‌مندان پزشکی در این نوع روابط پیشنهاد می‌شوند:

۱. آموزش مداوم پزشکان برای آشنایی با این موضوع و اجتناب از آن، از بدو ورود به دانشگاه.

۲. اطلاع رسانی فرهنگی به جامعه و بیماران به طور خاص در مورد غیر حرفه‌ای و غیر قانونی بودن این روابط.

۳. به حداقل رساندن تماس حرفه‌ای انفرادی با بیماران جنس مخالف.

۴. به حداقل رساندن تماس‌های غیر حرفه‌ای با بیماران به طور کلی و به ویژه جنس مخالف و اجتناب

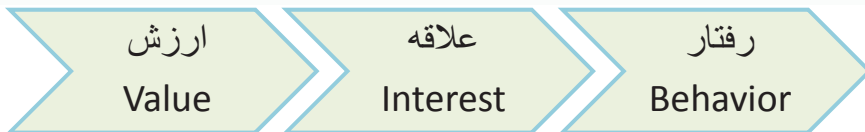
از موقعیت‌های زمانی و مکانی شبهه‌ناک.

۵. مبری ندانستن خود از احتمال قرار گرفتن در چنین شرایطی و اندیشیدن آگاهانه به این احتمال، در تمام برخوردهای حرفه‌ای با بیمار.

۶. قطع آگاهانه رابطه پزشک - بیمار در صورت قرار گرفتن در موقعیتی که احتمال ایجاد فعال یا غیرفعال روابط عاطفی وجود دارد.

## تعارض منافع

رفتارهایی<sup>۱</sup> که از انسان سر می‌زنند، معمولاً برای جلب نوعی لذت یا دفع نوعی رنج بوده و از تمایلات و علایق<sup>۲</sup> وی سرچشمه می‌گیرند. علایق نیز به نوبه خود ناشی از ارزش‌های<sup>۳</sup> نهفته در درون انسان می‌باشند (شکل ۱). وقتی ما این زنجیره ارزش تا رفتار را در زمینه ارتباطات انسانی بررسی می‌کنیم، متوجه می‌شویم که انسان‌ها در برخورد با یکدیگر، به راحتی می‌توانند رفتار فرد مقابل را دیده و در مورد آن تصمیم‌گیری کنند. اما معمولاً به علایق و ارزش‌هایی که در پس آن رفتار خاص نهفته‌اند، دسترسی نخواهند داشت. گاهی منشاء رفتار به قدری در ناخودآگاه فرد نهفته است که خود وی نیز به صورت خودآگاه، متوجه تمایلات و ارزش‌های منجر به آن رفتار نمی‌شود.



شکل ۱ - زنجیره ارزش - علاقه - رفتار در انسان

مسئله دیگری که از هم‌کنشی این زنجیره با ارتباطات انسانی شکل می‌گیرد، "تعارض"<sup>۴</sup> است. ممکن است بین خواسته‌های متفاوت فرد در هر سه سطح رفتارها، علایق و تمایلات و حتی ارزش‌ها تعارض وجود داشته باشد. همان‌طور که اشاره شد، تعارض رفتار معمولاً آشکار است و افراد به راحتی در مورد آن اظهار نظر و گاه تصمیم‌گیری می‌نمایند، اما تعارض در سطح علایق و ارزش‌ها، به همان دلایل فوق‌الذکر آشکار نبوده و تحلیل آنها ساده نمی‌باشد. بنابراین ممکن است حتی بدون اینکه خود فرد هم

1 Behaviors  
2 Interests  
3 Values  
4 Conflict

به طور آگاهانه متوجه باشد، دچار تعارض منافع یا ارزش‌ها شده و رفتاری به صورت ناخودآگاه از وی سر زده باشد. به نظر می‌رسد گاهی تعارض، به ویژه در سطح ارزش‌ها، مشابه آنچه پیامبر (ص) در مورد شرک خفی بیان می‌دارند بوده و از راه رفتن مورچه بر سنگ سیاه در شب تار نیز پوشیده‌تر است.

[۷]

در این مبحث ما بیشتر به موضوع تعارض در سطح علایق و تمایلات می‌پردازیم که اصطلاحاً به آن "تعارض منافع"<sup>۱</sup> می‌گویند. با تعریف تعارض منافع سعی خواهیم کرد تا ضمن مشخص کردن محدوده آن، به علل اهمیت این موضوع و توجه جامعه حرفه‌ای پزشکی به آن پردازیم. با ذکر مثال‌هایی سعی خواهیم کرد تا به شفافیت موضوع کمک کرده و آن را در زمینه سناریوهای واقعی بهتر تبیین نماییم. و نهایتاً با جمع بندی موارد اشاره شده در این مختصر، چند نکته کلیدی در تشخیص تعارض منافع را بیان خواهیم کرد.

### تعریف

هر چند لزوم برخورد با تعارض منافع نه تنها برای تمام حرفه‌مندان پزشکی، بلکه به نوعی برای همه مردم واضح است، اما تعریف تعارض منافع و آنچه باید با آن برخورد شود، همیشه مبهم و حتی در صورت ارائه یک تعریف، تفسیر پذیر بوده است. با توجه به این موضوع، ما به تعریفی که بیش از همه تعاریف دیگر در جامعه پزشکی مورد قبول واقع شده است اشاره کرده و ادامه مبحث را هم بر اساس همین تعریف شکل خواهیم داد.

تامپسون در سال ۱۹۹۳، تعارض منافع را به عنوان "مجموعه شرایطی<sup>۲</sup> که به موجب آنها، خطر تأثیر ناروای یک منفعت ثانوی<sup>۳</sup> (مانند منفعت مالی)، بر قضاوت حرفه‌ای<sup>۴</sup> در مورد یک منفعت اولیه<sup>۵</sup> (مانند سلامت بیمار یا درستی پژوهش) ایجاد شود" تعریف کرد. [۸] در این تعریف، چند کلید واژه مهم آورده شده است که درک مفاهیم آنها، به ما در تشخیص وضعیت تعارض منافع کمک خواهد کرد.

### ۱. مجموعه شرایط

اهمیت این کلید واژه در تعریف تعارض منافع در این است که ما باید به این موضوع که تعارض منافع پیچیده‌تر از آنی است که در آغاز به نظر می‌رسد واقف باشیم. گاهی اوقات شرایط منجر به تعارض

1 Conflict of interest

2 Set of circumstances

3 Secondary interest

4 Professional judgment

5 Primary interest

منافع، واضح و قابل شناسایی هستند. ولی ممکن است، همان طور که قبلاً به آن اشاره شده، پنهان یا غیرقابل شناسایی باشند. بنابراین عواملی که در شناسایی منشاء تعارض منافع مؤثر هستند را می توان تعدد عوامل، پیچیدگی عملکرد آنها، نهفته بودن در سطح ناخودآگاه فرد و یا تحلیل غلط عوامل و خطر آنها در نظر گرفت.

## ۲. قضاوت حرفه‌ای

ما به عنوان یک انسان، ممکن است در موارد بسیاری دچار تعارض منافع بشویم. مدیریت تعارض منافع هر چند در هر زمان، مکان و شرایطی مهم است، اما در مورد حرفه‌مندان، اهمیتی دوچندان داشته و شرط لازم حرفه‌مندی تلقی می‌شود. چرا که بر اساس مدل دورکهایم<sup>۱</sup>، اتونومی<sup>۲</sup> و خودتنظیمی<sup>۳</sup> جزء مشخصات اصلی حرفه‌مندان است که برخورد با تعارض منافع ایجاد شده در یک حرفه را نیز می‌توان در همین حوزه در نظر گرفته و به عنوان جزء ضروری حرفه‌مندی معرفی کرد. همان طور که کالج پزشکان آمریکا<sup>۴</sup>، انجمن پزشکی داخلی آمریکا<sup>۵</sup> و بنیاد بورد پزشکی داخلی آمریکا<sup>۶</sup> آن را جزء ده رسالت حرفه پزشکی در نظر گرفته‌اند. [۱۰]

## ۳. منفعت اولیه

پزشکان امروزه بسته به محیط کار خود، ممکن است یک، دو یا هر سه نقش درمان، پژوهش و آموزش را به عهده داشته باشند. با توجه به این نقش‌ها، منفعت اولیه پزشک تعریف می‌شود. منفعت اولیه برای یک درمان‌گر، سلامت بیمار؛ برای یک پژوهش‌گر، درستی پژوهش و برای یک آموزگار، کیفیت آموزش فراگیران باید باشد. زمانی که پزشک، بیش از یک نقش را به عهده داشته باشد، ممکن است انجام این نقش‌ها با هم تعارض داشته باشند. برای مثال در یک درمانگاه شلوغ ممکن است انجام کامل وظیفه پزشک در نقش معلم، منجر به کاهش کیفیت عملکرد او به عنوان درمان‌گر بشود. مدیریت این گونه تعارض‌ها هم که غالباً از آن به عنوان تعارض وظایف<sup>۱</sup> یاد می‌شود، ضروری است. به هر حال اگر قرار به تجویز یک روش آسان برای مدیریت این موارد باشد، می‌توان به اولویت بیمار نسبت به تمام وظایف یک پزشک و سپس برتری آموزش نسبت به پژوهش در وظایف یک استاد - پزشک اشاره کرد. در هر حال برای یک پزشک، اصلی‌ترین وظیفه، رسیدگی به سلامت بیماران است.

1 Autonomy

2 Self-regulation

3 American College of Physicians (ACP)

4 American Society of Internal Medicine (ASIM)

5 American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM Foundation)

6 Conflict of duties

## ۴. منفعت ثانویه

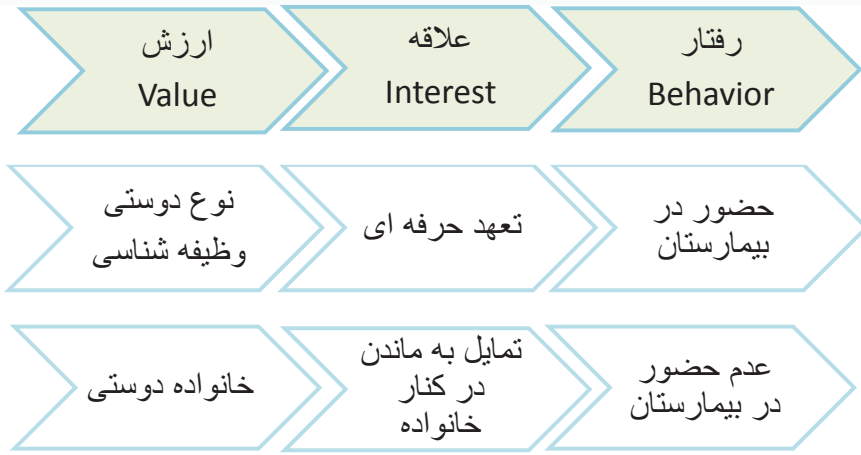
در مورد این کلید واژه باید اشاره کرد که هرچند با مطالعه متن تعریف تعارض منافع تامپسون، به نظر می‌رسد که منفعت ثانویه، نقش منفی داستان تعارض منافع است؛ اما باید توجه داشت که همیشه این چنین نیست و حتی تامپسون در مقاله فوق‌الذکر خود، پا را از این فراتر گذاشته و اظهار می‌دارد که اتفاقاً در غالب موارد، منفعت ثانویه امری نامشروع و ناروا نیست و صرفاً تأثیر آن بر منفعت اولیه است که آن را در غالب نقش منفی فرو برده است. بنابراین همیشه نباید برخورد قهری و رویکرد حذفی در مقابل منافع ثانویه داشت. تنها چیزی که در این مورد باید در نظر گرفته شود، کنترل منافع ثانویه در حد و اندازه‌ای است که اثر بیشتری روی تصمیم‌های حرفه‌ای یک حرفه‌مند نسبت به منافع اولیه نداشته باشد. مثالی که در ذیل شماره ۵ آورده شده است، به درک بهتر این موضوع کمک خواهد کرد.

قابل ذکر است که هر چند شناخته شده‌ترین منفعت ثانویه، منفعت مادی است؛ ولی منافع ثانویه دیگری نیز وجود دارند که باید به آنها هم توجه شود. مثلاً میل به پیشرفت در حوزه‌های مختلف شغلی (مانند درمان، آموزش و پژوهش)، ترجیح دوستان، خانواده، فراگیران یا همکاران نسبت به بیماران. اما از آنجا که شناسایی و مقابله با منافع مادی به خاطر ماهیت قابل‌سنجش و اندازه‌گیری آن راحت‌تر و در دسترس‌تر بوده و در مراکز دارای اهداف اقتصادی نظام سلامت (مانند بیمارستان‌های خصوصی) مسائل غیرمادی مانند پیشرفت پژوهشی و مواردی از این دست کمتر مورد توجه می‌باشند، لذا در حوزه تعارض منافع به این نوع تعارض توجه بیشتری می‌شود.

## ۵. تأثیر ناروا

وقتی در مورد تأثیر ناروا صحبت می‌کنیم، منظور ما دقیقاً چیست؟ در واقع این تأثیر ناروا، یک پدیده منفی مطلق نبوده و منظور از ناروا، تأثیر نسبی بیشتر می‌باشد. بنابراین وقتی محتمل باشد که منفعت ثانویه، قضاوت حرفه‌ای پزشک را مخدوش کند، این اثر، ناروا بوده و ما در موقعیت تعارض منافع قرار گرفته‌ایم.

نکته مهم در این رابطه، توجه به موضوع قوانین مرتبط با تعارض منافع می‌باشد. تا جایی که بحث در مورد تعریف تعارض منافع باشد، به کار بردن واژه‌هایی مانند "احتمال تأثیر ناروا" ممکن است کاربرد داشته باشد. اما وقتی قرار باشد که برای صاحبان یک حرفه، دستورالعمل صادر کرد یا حد و مرز قانونی مشخص نمود، استفاده از این عبارات مبهم، راه‌گشا نخواهد بود و لازم است تا حد ممکن به معیارهای عینی و ملاک‌های قابل اندازه‌گیری اشاره شود.



شکل ۲ - تعارض منافع و ارزش‌ها که منجر به دو رفتار متفاوت شده اند.

## موارد مشابه تعارض منافع

گاهی با مواردی روبرو می‌شویم که در ظاهر، مشخصات وضعیت تعارض منافع را از خود نشان می‌دهند، اما با کمی دقت متوجه می‌شویم که تعارض بین یک منفعت اولیه و ثانویه واقعی مطرح نیست. بلکه آنچه به عنوان منفعت ثانویه در نظر گرفته شده، منفعت اولیه دیگری است که سازمان، جامعه یا خود حرفه‌مند برایش تعریف کرده‌اند. برخی از این موارد عبارتند از:

۱. تعارض در وظایف<sup>۱</sup>: گاهی اوقات در آن واحد برای یک حرفه‌مند، تکالیف متناقضی که همه آنها جزء رسالت حرفه وی هستند و بالقوه می‌توانند منفعت اولیه تلقی شوند در نظر گرفته می‌شود. برای مثال در بحران ناشی از انتشار گازهای سمی در منطقه‌ای از کشور، گاهی الزامات مربوط به منافع جامعه و جلوگیری از گسترش گاز سمی که موجب جلوگیری از آلودگی افراد بیشتری می‌شود، جزء وظایف بهداشتی پزشک تلقی شده و با الزامات درمانی مربوط به افراد آسیب دیده که آن هم جزء وظایف اصلی پزشکان است تعارض پیدا می‌کند. در زمینه پژوهش، گاهی سلامت یک فرد در تقابل است با سعی در اجرای درست پژوهش که سلامت گروهی از افراد را در آینده تحت تأثیر قرار خواهد داد. در حوزه آموزش نیز گاهی آموزش فراگیران که زمینه ساز پرداختن به سلامت بیماران در آینده و یک منفعت اولیه قابل قبول برای استاد - پزشک است با درمان سریع بیماران منتظر، تعارض پیدا می‌کند. در هر سه حالت فوق، بین وظایف مختلف حرفه‌مند که در رسالت حرفه نیز به آنها اشاره شده است تعارض رخ داده و در نتیجه، فرمول ساده ارائه شده برای حل تعارض منافع که "ترجیح منفعت

1 Conflict of Obligations



اولیه به منفعت ثانویه<sup>۱</sup> است، پاسخگو نخواهد بود. در این حالات باید بین منافع اولیه اولویت بندی انجام داده و سپس، منفعت اولیه ای که در سطوح بالاتر رسالت های یک حرفه قرار دارد را برای خروج از تعارض منافع ایجاد شده انتخاب کرد. در حرفه پزشکی، اصلی ترین و اولین منفعت اولیه، تأمین منافع بیمار می باشد و هر چیز در مقایسه با آن به طور نسبی ثانویه تلقی می شود. البته پر واضح است که گاهی می توان با پیدا کردن راهکارهای بینابینی، به تأمین بخشی از هر کدام از منافع های اولیه مورد نظر پرداخته و به این طریق به رفع تعارض کمک کرد.

۲. تعارض تعهدات<sup>۱</sup> یکی دیگر از مواردی است که ممکن است با تعارض منافع اشتباه گرفته شود. در این حالت تعهد حرفه مند به سازمان متبوعش با تعهدات فردی وی دچار تعارض می شوند. کاملاً مشخص است که هیچ کدام از تعهدات و الزامات فوق الذکر، لزوماً بد نبوده و به تنهایی شاید خیلی هم خوب باشند. اما تقابل این دو خواسته موجب تعارض آنها شده و لذا داشتن قوانین و مقرراتی برای کنترل تنش هایی احتمالی ناشی از این تقابل، ضروری است. مثلاً الزام به حضور در بیمارستان برای ساعاتی خاص به عنوان کار بالینی و الزام به حضور در دانشگاه برای برخی کارهای اجرایی ممکن است با هم تعارض داشته باشند. پزشکی که دارای مسئولیت های اجرایی نیز می باشد، باید به احتمال متعارض شدن این دو وظیفه آگاه بوده و برای مدیریت این تعارض برنامه ای داشته باشد. گاهی مدیریت این تعارض ها در سطح سازمان مطرح و برای آن راه حل هایی در نظر گرفته می شود. مثلاً ممکن است با به حداقل رساندن ساعات درمانی پزشکانی که داری مسئولیت اجرایی هستند، احتمال بروز این تعارض کاهش داده شود. به هر حال، هر فرد یا سازمانی باید برای مدیریت تعارض تعهدات، از قبل برنامه ریزی کرده و بر اساس آن سعی در کاهش این نوع تعارض و مدیریت آن بنماید.

## سیاست های مدیریت تعارض منافع

تعهد حرفه ای، قراردادی نانوشته بین جامعه و حرفه مندان است که به موجب آن، جامعه در ازای خدمات حرفه ای حرفه مندان، به آنها برخی امتیازات ویژه اعطا می کند. از مهم ترین این حقوق، داشتن حق اتونومی<sup>۲</sup> و حق خود تنظیمی<sup>۳</sup> است. این دو حق به این معنی هستند که اجتماع چنان به حرفه مندان اعتماد دارد که به آنها اجازه داده است که خود بر امور مربوط به حرفه نظارت کرده و در مواردی که اختلافی بین جامعه و صاحبان حرفه پیش بیاید، اجازه داده است که قوه قضاییه، به نظر کارشناسی سایر

1 Conflict of Commitments

2 Autonomy

3 Self-regulation

اعضاء حرفه در مورد همکار خودشان اعتماد کرده و بر آن اساس تصمیم‌گیری بنمایند. برای حفظ این اعتماد، حرفه‌مندان خود را موظف می‌دانند تا با رعایت برخی اصول، در برابر اجتماع پاسخگو بوده و او را مطمئن کنند که از حقوق اتونومی و خود تنظیمی سوء استفاده نخواهند کرد. یکی از این اصول، سیاست‌های مربوط به مدیریت تعارض منافع می‌باشد که از طریق آنها این پیام که رسالت حرفه همواره در اولویت قرار داشته و هیچ منفعت ثانویه‌ای آن را خدشه دار نمی‌کند به جامعه داده می‌شود. بسیاری از دانشگاه‌ها برای آموزش و برخورد با موارد تعارض منافع، راهنماها و دستورالعمل‌هایی را مصوب کرده و اجرا می‌نمایند. [۱۱] این سیاست‌ها معمولاً دو وجهه پیشگیرانه (بیشتر در مورد راهنماها) و تنبیهی (بیشتر در مورد دستورالعمل‌های برخورد) دارند. هر چند ترجیح بر رعایت اصول پیشگیرانه برای کسب و عدم خدشه‌دار کردن اعتماد جامعه می‌باشد، اما در صورت بروز هر گونه خطا از سوی حرفه‌مندان، اجرای سیاست‌های برخورد با موارد تخلف، موجب بازگشت اعتماد جامعه خواهد شد.

انجمن دانشجویان پزشکی آمریکا در گزارشی که در سال ۲۰۱۶ منتشر کرده است، به بررسی این دستورالعمل‌ها در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی مختلف پرداخته است. در این گزارش، به ۸ حوزه که احتمال بروز تعارض منافع در آنها زیاد است (موارد ۱ تا ۸ لیست زیر) و ۴ حوزه مربوط به پیشگیری و برخورد با آن (موارد ۹ تا ۱۲ لیست زیر) توجه شده و بر اساس میزان پرداختن به موضوعات زیر در دستورالعمل‌های هر یک از دانشگاه‌ها، آنها را در پرداختن به رفتار حرفه‌ای درجه بندی کرده‌اند. [۱۲]

این موارد عبارتند از:

۱. دریافت هدایا

۲. دریافت وعده‌های غذایی

۳. فراهم کردن فرصت سخنرانی و آموزش در برنامه‌های آموزش مداوم

۴. حضور در برنامه‌های تبلیغی شرکت‌ها

۵. دریافت جوایز و هزینه‌های تحصیلی

۶. اعلام شدن به عنوان نویسنده کاذب<sup>۱</sup> یا افتخاری در مقاله

۷. داشتن رابطه مشاوره‌ای با صنایع

۸. تعامل با نمایندگان علمی شرکت‌های دارو و تجهیزات

۹. آشکار سازی موارد تعارض منافع توسط اعضای هیئت علمی

۱۰. گستره پرداختن به تعارض منافع در برنامه درسی دانشجویان پزشکی

۱۱. گستره پوشش قسمت‌های مختلف سازمان در دستورالعمل‌های تعارض منافع

۱۲. برنامه‌های تشویقی و تنبیهی

همان‌طور که در این معیارها نیز مشخص است، عمده‌ترین حوزه تعارض منافع که معمولاً در سیاست‌های مدیریت تعارض منافع مورد توجه قرار می‌گیرد، تعارض منافع آموزشی/ پژوهشی/ درمانی با منافع مالی می‌باشد. با این وجود باید همیشه به منافع غیر مادی و امکان تعارض آنها با منافع اولیه حرفه‌مندان نیز توجه کرد.

### ۱. راهنماهای پیشگیری از تعارض منافع

با توجه به اینکه هر حرفه‌مندی ممکن است خود را در شرایط تعارض منافع ببیند، باید روشی برای کمک به خروج از این وضعیت و انتخاب بهترین راه (که همان منفعت اولیه است) اندیشیده شود. از آنجا که در مرحله تعارض منافع و پیش از انتخاب راهی که منجر به منفعت ثانویه می‌شود، عملی خلاف تعهدات حرفه‌ای اتفاق نیفتاده است، توقع می‌رود رویکرد تشویقی مثبت در این راهنماها به نحوی باشد که با مطالعه آنها، خود حرفه‌مند بتواند راه برون رفت از موقعیت تعارض منافع را یافته و به آن عمل نماید. در این راستا، راهنماهای بسیاری توسط سازمان‌های مختلف ارائه شده‌اند. [۱۳-۱۵] که در این مختصر، امکان ارائه تمام آنها نیست، ولی در ادامه به اصول و پیشنهادهاى مشترک آنها اشاره خواهد شد.

### ۱. آماده سازی<sup>۱</sup> و آموزش افراد برای شناسایی موقعیت تعارض منافع؛ مهم‌ترین راه در مقابله با تعارض منافع می‌باشد.

درک اینکه یک حرفه‌مند در موقعیت تعارض منافع قرار دارد، چه برای خود وی و چه برای ناظر خارجی، همیشه ساده نیست. برای مثال به سناریو زیر توجه کنید:

"به عنوان یک پزشک متخصص، از کیفیت عالی انجام آزمایشات در آزمایشگاهی مطلع هستید. آن آزمایشگاه از شما می‌خواهد که به خاطر حفظ سلامت بیماران خود، که منفعت اولیه شما نیز هست، بیماران را به آن آزمایشگاه هدایت کنید. او حتی پیشنهاد مالی خاصی هم برای شما ندارد. آیا این یک موقعیت تعارض منافع می‌تواند باشد؟"

اولین گام در راستای پیشگیری از انتخاب منفعت ثانویه در موقعیت تعارض منافع، تشخیص صحیح

این موقعیت است. اما مسئول این تشخیص چه کسی است؟ در این مرحله که راهنماها بیشتر قصد اصلاح و پیشگیری دارند، خود فرد مسئول اصلی تشخیص این موقعیت و رفع آن می‌باشد. اگر این مرحله اول به درستی رخ ندهد، انجام صحیح هیچ کدام از مراحل بعدی ممکن نخواهد بود. لذا سازمان‌ها و مؤسسات حرفه‌ای غالباً اقدام به نوشتن راهنماها، برگزاری کارگاه‌ها و مواردی از این دست نموده و استفاده از محتوای آنها را در اختیار خود حرفه‌مند قرار داده و تنها به نقش روشنگرانه و ارشادی خود در این مرحله کفایت می‌کنند. کلید تشخیص منفعت اولیه از منافع ثانویه، آشنایی با رسالت اعلام شده حرفه می‌باشد. در مورد حرفه پزشکی، اولویت دادن به منافع بیمار را به عنوان اصلی‌ترین رسالت حرفه تلقی کرده‌اند.

## ۲. عدم مبری دانستن خود از احتمال قرارگیری در موقعیت تعارض منافع

"یک نقل قول واقعی (نقل به معنی): سال‌هاست که طبابت می‌کنم و تا حالا نه من و نه هیچ کدام از همکاران هم سن و سال من موردی از رفتار غیر حرفه‌ای نداشته‌ایم. الان چرا باید در کارگاهی که در مورد تعارض منافع تشکیل شده است شرکت کنیم؟ هر کدام از ما مسیح عالمی بوده و هست."

هر حرفه‌مندی فارغ از سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه کاری و... در معرض قرار گرفتن در موقعیت تعارض منافع می‌باشد. همانطور که در مورد قبل اشاره شد، اگر اولین گام برای برخورد با تعارض منافع را شناسایی آن در نظر بگیریم، اولین گام برای شناسایی، عدم مبری دانستن خود است. اگر حرفه‌مندی به هر دلیل خود یا حرفه‌مندان دیگر را در موقعیتی ببیند که احتمال بروز تعارض منافع برای آن متصور نباشد، اساساً وارد مرحله تحلیل موقعیت نخواهد شد. حرفه‌مندان به دلیل شرافت و درستکاری که باید داشته باشند، هرگز عدم مبری بودن را به معنی مجرم بودن تلقی نکرده و اتفاقاً آن را راهی برای پیشگیری از جرم در نظر می‌گیرند. در داستان یوسف پیامبر (ع) نیز به این موضوع که حتی پیامبران نیز خود را از احتمال گناه مبری نمی‌دانند اشاره شده است. [۱۶] بنابراین اتفاقاً حرفه‌مند عزیزی که به نقل قولی از ایشان اشاره شد، در موقعیت مبری دانستن خود قرار دارد و شاید شرکت در کارگاه‌های تعارض منافع برای ایشان و سایر افراد دارای این طرز فکر، ضروری‌تر نیز باشد.

## ۳. اجتناب<sup>۱</sup> از موقعیت‌های تعارض منافع

"گزارش یک مورد واقعی: حضور نمایندگان علمی شرکت‌های دارو و تجهیزات پزشکی در محیط‌های آموزشی/درمانی/پژوهشی، امری رایج است. یکی از همکاران ما به طور کلی از پذیرش آنها اجتناب کرده و در محیط کاری خود هرگز با آنها ملاقات نمی‌کند. برخی دیگر از همکاران، با این دید که به هر

1 Avoidance

حال شرکت‌های دارو و تجهیزات نیز باید موقعیتی برای معرفی محصولات خود و ارائه امکانات نوین درمان بیماران داشته باشند، مشکلی با ملاقات با این نمایندگان تازمانی که منفعت ثانویه‌ای در بین نباشد ندارند.

احتمالاً شما نیز با مواردی مانند دورویکردی که در گزارش مورد واقعی فوق به آنها اشاره شده برخورد کرده‌اید. راهنماهای پیشگیری از تبدیل موقعیت تعارض منافع به انتخاب منفعت ثانویه، عموماً این رویکرد را دارند که بهتر است راه سیل را در سرچشمه بست و در صورت تشخیص موقعیت تعارض منافع، از آن اجتناب کرد. نکته کلیدی در چنین مواردی تشخیص موقعیت تعارض منافع است. با وجود اینکه قبلاً هم اشاره شد که تشخیص این موضوع وظیفه خود حرفه‌مند است، اما باید توجه شود که تصمیم‌گیری حرفه‌مندان نباید تنها بر اساس نگرش خود آنها باشد، چرا که موضوع تعارض منافع یک موضوع فردی نیست. یعنی فارغ از اینکه یک نفر خود را در موقعیت تعارض منافع ببیند یا خیر، صرف احتمال باور مندی اطرافیان و اجتماع بر امکان قرار گرفتن حرفه‌مند در موقعیت تعارض منافع دلیل کافی برای اجتناب وی از آن موقعیت خواهد بود.

#### ۴. تعهد به ارزش‌های فردی، حرفه‌ای و سازمانی<sup>۱</sup>

یکی از نکاتی که در مفهوم حرفه نهفته است، تعهد به رسالتی است که ناشی از ارزش‌های تعریف شده برای آن حرفه می‌باشد و معمولاً حرفه‌مندان آن را به جامعه اعلام کرده و به پایبندی به آن در تصمیمات خود متعهد می‌شوند. حرفه‌مندان مدعی هستند که هنگام اشتغال به حرفه خود، رفتارهای آنها ریشه در ارزش‌هایی دارد که در سه سطح فردی، حرفه‌ای و سازمانی برای آنها تعریف شده است. در متون و اسناد ارشادی حرفه‌ها معمولاً توقع می‌رود که حرفه‌مندان در سطح فردی متخلق به اصول اخلاقی حرفه خود بوده و ارزش‌های آن را باور کرده باشند. غالباً این موضوع قابل ارزیابی خارجی نمی‌باشد چون ممکن است رفتارهای ظاهراً حرفه‌ای وی، ناشی از ارزش‌های دیگری باشد که بر ناظر خارجی پوشیده است. برای همین در سطح حرفه و سازمان، معمولاً به جای ارائه راهنمایی‌های ارشادی و امیدوار بودن به تعهد حرفه‌مند، ضمن تعریف و بیان ارزش‌های حرفه و سازمان، رفتارهای حرفه‌ای را نیز تعریف کرده و از حرفه‌مند توقع دارند که در هنگام اشتغال به حرفه خود، رفتارهای حرفه‌ای از خود نشان دهد. شرافت و درستکاری یک حرفه‌مند حکم می‌کند که رفتارهای وی، ریشه در ارزش‌های واقعی داشته و از ریاکاری به دور باشند.

اگر حرفه‌مندی باور داشته باشد که کلیه رفتارهای وی باید ناشی از تعهد شرافت‌مندان و درستکارانه به

1 Commitment to values

رسالت حرفه‌اش (که در واقع همان منفعت اولیه است) باشد، وی قادر خواهد بود با تشخیص موقعیت تعارض منافع، بهترین تصمیم را در جهت دوری از منفعت ثانویه اتخاذ نماید.

## ۵. اطلاع دادن موقعیت تعارض منافع به مسئولین بالادستی و کسب تکلیف و گرفتن مجوز برای برخی اقدامات<sup>۱</sup>

"گزارش یک مورد واقعی: پزشکان یک بخش، مطالعه‌ای برای مقایسه تأثیر دو دارو طراحی کرده‌اند، اما منابع مالی و انسانی در اختیار آنها برای انجام این پروژه کافی نیست. نماینده شرکت وارد کننده یکی از این دو دارو که از طراحی این پژوهش مطلع شده است، با شرکت در جلسه ماهانه بخش اظهار می‌دارد که شرکت آنها از کیفیت بهتر محصولشان مطمئن است، ولی برای تأیید علمی این موضوع، تمایل دارد این پژوهش را با تأمین کلیه مواد مصرفی و همچنین مشاور آماری معتبر حمایت نماید. وی تأکید می‌کند که شرکت به هیچ وجه قصد رسیدن به نتایج از پیش تعیین شده را نداشت و مشاور آمار پیشنهادی آنها فردی کاملاً شناخته شده است. با این وجود اگر پژوهشگران تصمیم داشته باشند که از مشاور آمار دیگری استفاده کنند، هزینه‌های وی نیز توسط شرکت پوشش داده خواهد شد. این پیشنهاد، مشکلات سر راه این طرح را حل می‌کند اما پزشکان بخش متوجه قرار داشتن در موقعیت تعارض منافع شده و به همین دلیل تصمیم‌گیری در این مورد را در حد اختیارات خود ندانسته و آن را به معاونت پژوهشی بیمارستان ارجاع می‌دهند. معاونت پژوهشی به شرط تأیید کمیته اخلاق و استفاده از مشاور آمار مورد تأیید دانشگاه، با انجام این تحقیق در بیمارستان موافقت می‌نماید."

مجدداً یادآور می‌شویم که قرار داشتن در موقعیت تعارض منافع، به معنی ترجیح منفعت ثانویه به اولیه نیست. برای همین یک حرفه‌مند شریف و درستکار، از اعلام اینکه در موقعیت تعارض منافع قرار دارد ابایی نخواهد داشت. او با اعلام فعال این موضوع، در واقع به خود و جامعه اعلام می‌دارد که من خطیر بودن موضوع را درک کرده و از طریق این اطلاع‌رسانی، قصد دارم پابندی و تعهد آگاهانه خود به رسالت حرفه‌ام را مجدداً به خود و جامعه یادآور شوم. گاهی انجام کاری که منفعت ثانویه‌ی تعارض منافع موجود است لازم می‌باشد. در چنین شرایطی می‌توان ضمن اطلاع‌رسانی قرار داشتن در موقعیت تعارض منافع و علت الزام انجام چیزی که ظاهراً منفعت ثانویه است، از مسئولین بالادستی کسب تکلیف کرد.

## ۶. خلع ید خود از اقداماتی که ما را در موقعیت تعارض منافع قرار داده‌اند.<sup>۱</sup>

"گزارش یک مورد واقعی: بیمارستانی قرار است محصولی را که به طور انحصاری توسط یک شرکت داخلی تولید می‌شود خریداری نماید. یکی از پزشکان از یک سو سهام دار شرکت تولید کننده این محصول و از سوی دیگر به دلیل اینکه تنها کسی است که در بیمارستان در مورد آن محصول اطلاعات تخصصی دارد، به عنوان عضو کمیته تصمیم‌گیری بیمارستانی در مورد خرید آن نیز انتخاب شده است. وی ضمن اطلاع رسانی به رئیس بیمارستان در مورد سهامدار بودنش در آن شرکت، از عضویت در کمیته تصمیم‌گیری استعفاء می‌دهد. رئیس بیمارستان با در نظر گرفتن جمیع شرایط یا استعفای وی مخالفت کرده و از وی می‌خواهد ضمن اعلام موضوع تعارض منافع و استعفاء، نظر تخصصی‌اش را در کمیته تصمیم‌گیری ابراز کند."

گاهی می‌توان ضمن ابراز قرار داشتن در موقعیت تعارض منافع، با خلع ید خود از برخی مسئولیت‌ها نسبت به رفع تعارض موجود اقدام کرد.

۷. آشکار سازی<sup>۲</sup> موقعیت تعارض منافع و درخواست کمک از هم‌تایان و اشخاص ثالث برای بررسی و اعلام نظر<sup>۳</sup>

"پژوهشگری برای انجام پروژه پژوهشی خود، از حمایت یک شرکت داروسازی بهره‌مند شده است. وی در مقاله‌ای که برای مجله ارسال می‌کند، به این موضوع اشاره می‌نماید. داوران، هیأت تحریریه مجله، موضوع را بررسی کرده و با توجه به اعلام فعالانه موضوع توسط پژوهشگر و دارا بودن تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاهی، با چاپ مقاله موافقت می‌نمایند."

یکی از راه‌های خروج از موقعیت تعارض منافع، اعلام آن به هم‌تایان یا اشخاص ثالث، برای اعلام نظر بی‌طرفانه است. در چاپ مقالات، این موضوع به طور رایج انجام می‌شود و حتی سخت‌گیرترین سردبیران نیز معمولاً تأییدیه کمیته‌های اخلاق را به عنوان بررسی بی‌طرفانه موضوع تعارض منافع توسط شخص ثالث می‌پذیرند.

## ۲. دستورالعمل‌های برخورد با انتخاب منفعت ثانویه در موقعیت تعارض منافع

چون خطای یکی از حرفه‌مندان می‌تواند موجب خدشه دار شدن اعتماد اجتماع به کل حرفه بشود (و این چیزی است که مورد نظر هیچ یک از حرفه‌مندان نمی‌باشد) تمام اعضای آن حرفه محق و موظفند

1 Recuse

2 Disclose

3 Third party evaluation

در مقابل همکار خاطی خود ایستاده و با تکیه بر حق اتونومی و خود تنظیمی اعطا شده توسط اجتماع، با همکاران خود برخورد ارشادی و در صورت نیاز برخورد قانونی داشته باشند.

نکته مهمی که در این سیاست‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد این است که نوشتن دستورالعمل رفع تعارض منافع برای یک حرفه، به معنی این نیست که حرفه‌مندان آن بیش از بقیه افراد در معرض خطا هستند. قرار گرفتن در موقعیت تعارض منافع یک خطا نیست و هر کس در این شرایط قرار داشته باشد، لزوماً مسیر منجر به منفعت ثانویه را انتخاب نخواهد کرد. اینکه اعضای یک حرفه، وجود خطر منفعت ثانویه را درک کرده و آگاهانه در صدد رفع آن برآمده اند شاخصه شرافت و درستکاری شاغلان آن حرفه است.

ما تنها به اطلاعات حاصل از رفتارهای ظاهری افراد دسترسی داریم و اینکه آیا تعارض ناشی از منافع اولیه یا ثانویه است را نمی‌توانیم مشخص کنیم. برای همین، قسمت توییحی این دستورالعمل‌ها معمولاً بر اساس رفتارهایی که غیر حرفه‌ای بودن آنها مسجل است نوشته می‌شوند و در سایر موارد، به رویکرد هدایتی و سازنده راهنماها نزدیک می‌شوند. با این روش، ضمن حفظ اعتماد جامعه، از ورود حرفه‌مندان به فضایی امنیتی جلوگیری شده و آنها را به شناسایی و اجتناب از موقعیت‌های تعارض منافع ترغیب می‌نمایند. از آنجا که طبیعتاً جامعه امکان بررسی تک تک مواردی که حرفه‌مندان در موقعیت تعارض منافع قرار می‌گیرند را ندارد، لذا تکیه بر شرافت و درستکاری حرفه‌مندان و راهنمایی آنها در راستای شناسایی موقعیت‌های تعارض منافع و اجتناب از آنها بهترین رویکرد تشویقی است.

## ارزیابی تعارض منافع

قرار داشتن در موقعیت تعارض منافع، در واقع طیفی است ما بین دو نقطه "بدون تعارض" و "تعارض کامل" منافع. اما اینکه کجای این طیف قرار داشته باشیم به دو عامل بستگی دارد:

۱. احتمال اینکه عملکرد حرفه‌ای تحت تأثیر منفعت ثانویه قرار گرفته باشد،

موارد زیر در افزایش احتمال تأثیر منافع ثانویه نقش مثبت دارند:

a. میزان ارزش مالی منفعت ثانویه نسبت به درآمد پایه حرفه‌مند: تأثیر مواردی که مستقیماً به خود حرفه‌مند وجهی داده یا پرداخت می‌شود، بیشتر از تأثیر پرداخت به موسسه یا سازمانی است که حرفه‌مند در آن اشتغال دارد. [۱۷]

b. مدت زمان رابطه ایجاد شده بین حرفه‌مند و منشاء منفعت ثانویه: همیشه این‌گونه نیست که ارزش نسبی کم منفعت ثانویه اثر کمتری بر احتمال بروز خطا داشته باشد. گاهی منافع ثانویه با ارزش مالی



کم هر چند اصلاً به چشم نمی‌آیند، اما به دلیل افزایش زمان ارتباط با منشاء ایجاد منفعت ثانویه ممکن است احتمال تأثیر منفعت ثانویه را افزایش دهند. برای مثال می‌توان به دریافت یک خودکار یا دفتر یادداشت از نماینده یک شرکت داروسازی در هر بار مراجعه به مطب اشاره کرد که موجب ارتباط مداوم پزشک با شرکت داروسازی می‌شود و لذا احتمال ورود پزشک به وادی خطا را افزایش دهد. [۱۷]

c. میزان کم آگاهی و احتیاط حرفه‌مند در ورود و برخورد با موقعیت‌های دارای تعارض منافع: هر چه قدرت اداری و تصمیم‌گیری حرفه‌مند بیشتر باشد، احتمال اینکه این عامل اثر گسترده‌تری داشته باشد بیشتر است. برای مثال تأثیر رفتار حرفه‌ای یک فراگیر، تأثیر کمتری نسبت به یک رییس بخش بر اعتماد جامعه به حرفه‌مندان دارد. برای مقابله با این موارد، می‌توان از ایجاد آگاهی و آموزش مداوم، نظارت هم‌تایان و سازمان‌های صاحب نفوذ بر عملکرد حرفه‌مندان استفاده کرد.

## ۲. میزان ضرر و زیان وارد شده در اثر این خطا

موارد زیر در افزایش میزان ضرر و زیان وارد شده ناشی از خطا اثر مستقیم دارند:

a. میزان ارزش نسبی منفعت اولیه: هر چه بیشتر باشد، میزان ضرر و زیان ناشی از نپرداختن به آن بیشتر خواهد بود. سه منفعت اولیه اصلی در علوم پزشکی: جان بیمار، کیفیت آموزش و صحت پژوهش می‌باشد.

b. گستره عوارض ایجاد شده: هر چه اثر خطاهای ایجاد شده از تعارض منافع به تعداد بیشتری از افراد وارد شود، اهمیت آن خطا و موقعیت تعارض منافع را بیشتر خواهد کرد. همان‌طور که قبلاً هم اشاره شد، اثر تعارض منافع و خطاهای یک حرفه‌مند بر همکاران یا سازمانی که حرفه‌مند در آن اشتغال دارد نیز می‌تواند منجر به کاهش اعتماد عمومی جامعه به افراد آن حرفه بشود. لذا لازم است که خود حرفه‌مندان با تکیه به حق اتونومی و خود تنظیمی که جامعه به آنها داده است به برخورد با سوء رفتارهای حرفه‌ای بپردازند.

c. میزان مسئولیت‌پذیری و پاسخگو بودن حرفه‌مندان: بهتر است در راستای مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی، عملکرد حرفه‌مندان توسط هم‌تایان یا سازمان‌های مرتبط، به طور مرتب مرور شده و به آنها بازخورد داده شود تا میزان خطرات و عوارض ناشی از تعارض منافع کمتر بشود.

1. Heubel F. The "soul of professionalism" in the Hippocratic Oath and today. *Medicine, health care, and philosophy*. 2015;18(2):185-94.
2. Gunderman RB, Beckman ES. Confidentiality: an essential element of professionalism. *AJR American journal of roentgenology*. 2012;199(6):W683-5.
3. Pope KS, Keith-Spiegel P, Tabachnick BG. Sexual attraction to clients. The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *The American psychologist*. 1986;41(2):147-58.
4. Seeman MV. Sexual misconduct. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 1987;137(8):699-700.
5. Richard J. McMurray MOWC, MD; John A. Barrasso, MD; Dexanne B. Clohan; Charles H. Epps Jr, MD; John Glasson, MD; Robert McQuillan, MD; Charles W. Plows, MD; Michael A. Puzak, MD; David Orentlicher, MD, JD; Kristen A. Halkola. Sexual misconduct in the practice of medicine. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *Jama*. 1991;266(19):2741-5.
6. Collier R. When the doctor-patient relationship turns sexual. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2016;188(4):247-8.
7. الطبرسی محم. مستدرک الوسائل.
8. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *The New England journal of medicine*. 1993;329(8):573-6.
9. Durkheim Em. *Professional ethics and civic morals*. London.: Routledge & Paul; 1957. xliv, 228 p. p.
10. Levinson WS, Hafferty FW, Lucey CR, Ginsburg S. Understanding medical professionalism. xix, 316 pages p.
11. Ehringhaus SH, Weissman JS, Sears JL, Goold SD, Feibelmann S, Campbell EG. Responses of medical schools to institutional conflicts of interest. *Jama*. 2008;299(6):665-71.
12. Association AMS. Scorecard 2016. [cited 2018] Available from: <http://amsascorecard.org>.
13. اسلامی مپهمش. تعارض منافع ۲. راهکارهای پیشگیری و مدیریت ۱۳۹۶. Available from: [http://rc.majlis.ir/fa/mrc\\_report/show/1049222](http://rc.majlis.ir/fa/mrc_report/show/1049222).
14. Identification and Resolution of Conflicts of Interest: The American Academy of Ophthalmology. Available from: <https://www.aao.org/about/policies/identification-and-resolution-of-conflicts-of-interest>.
15. راهنمای رفتار حرفه‌ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. [updated 1392] Available from: <http://medicine.tums.ac.ir/filegallery//TUMS%20professional%20code%20of%20conduct.pdf>.
16. قرآن کریم - سوره یوسف - آیه ۵۳.
17. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *Jama*. 2000;283(3):373-80.



# فصل پنجم:

## نوع دوستی

نویسنده:

دکتر سید طه یحیوی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران،  
گروه روان پزشکی، بیمارستان روزبه

حال کودک وخیم بود - پسر بچه ای دوسه ساله، تب دار با چشمانی گودافتاده-. وقتی استاد پوست نازک شکم او را بین انگشتانش فشرد و کشید و رها کرد، چند ثانیه طول کشید تا به حالت عادی برگردد. قطرات مایع سرمی که به دست او وصل شده بود هنوز بی آبی ناشی از اسهال را جبران نکرده بود. مادر، نگران و خسته با چشمانی پرسشگر به دستان استاد نگاه می کرد. استاد با دقت بیمار را معاینه می کرد. من در کنار ایشان ایستاده و به دستان متبحر او می نگریستم. در ذهنم تجسم می کردم که یک روز بتوانم به مهارت ایشان معاینه بیمار را انجام دهم. استاد همین طور که کودک را معاینه می کرد آهسته از من پرسید: می دانی به چه فکر می کنم؟ من دستان استاد را می دیدم ولی از ذهن ایشان خیر نداشتم. نمی دانستم منظورش چیست؟ آیا می خواهد درباره ی علایم بیمار توضیح دهم؟ آیا منظورشان این است که راجع به تشخیص و تشخیص های افتراقی بگویم؟ یا درباره درمان های اورژانسی که این بیمار بدحال نیاز دارد، درس پس بدهم. لحظه ای مکث کردم. نمی دانستم چه پاسخ دهم. استاد گفت: به این فکر می کنم که او یک انسان است و می خواهم از او مراقبت کنم. آن شب تا صبح بارها و بارها برای معاینه و رسیدگی به حال کودک به او سرزدم. پژواک سخن استاد در ذهنم به من انرژی می داد. سالها از آن روز و شب می گذرد و هنوز صدای استاد در ذهنم پژواکی اندازدو در برخورد با هر بیماری مرا راهنمایی می کند.

در فصلی که پیش روی شماست به نوع دوستی و انسان دوستی در پزشکی پرداخته می شود. نوع دوستی شاید مهمترین اصلی باشد که پزشکی را از سایر حرفه ها مجزا می کند. نوع دوستی به طبابت، روح؛ به رابطه پزشک و بیمار، زندگی و به انجام وظایف دشوار حرفه ای، شیرینی و حلاوت می دهد. بحث نوع دوستی را با خاطره ای از استاد فقید دکتر محمد قریب آغاز نمودیم که از الگوهای رفتار حرفه ای در پزشکی معاصر هستند. نامشان بلند و یادشان جاویدان باد.

## ریشه لغوی نوع دوستی:

نوع دوستی به معنی دیگر دوستی، انسان دوستی است. در لاتین هم این لغت وجود دارد<sup>۱</sup>. که از دو بخش دیگری و دوستی تشکیل شده است.

## تعریف نوع دوستی:

احساس یا رفتاری که نشان دهنده میل به کمک به دیگران است. باور و عملکرد در جهت رفاه دیگران.

## چرا نوع دوستی یک فضیلت است؟

می توان از جنبه های مختلف به بحث درباره این پرداخت که چرا نوع دوستی و رفتار نوع دوستانه یک فضیلت انسانی محسوب می شود؟ چنین بحثی اغلب جنبه مستقیم کاربردی ندارد، ولی به جهت تعمیق نگرش بسیار ضروری است. نوع دوستی در تعریف خود به نحوی عمل کردن در جهت رفاه دیگری است. لذا انسانی که بخواهد رفتار نوع دوستانه انجام دهد باید دلایل موجهی برای این منظور در ذهن خود داشته باشد. از نگاه تعهد حرفه ای، اینکه پزشکان با چه انگیزه هایی رفتارهای نوع دوستانه انجام می دهند، شاید چندان محل بحث نباشد. از این منظر چیزی که مهم تر است آن است که گروه های پزشکی با هر انگیزه و هدفی، رفتارهای نوع دوستانه ای نسبت به بیماران و همکارانشان داشته باشند. اما ارائه نقطه نظرهای مختلف پیرامون نوع دوستی، این فرصت را به افراد می دهد که هر یک به فراخور تربیت، اعتقادات و شخصیت خود، یک یا چند نظریه را مقبول دانسته و رفتار نوع دوستانه را در خود درونی سازند.

### ۱. نوع دوستی به عنوان یک اصل اخلاقی (فلسفه اخلاق)

به درخواست کانت بر سنگ قبر او نوشته شده است: "دو چیز مرا به شگفت وامیدارد؛ آسمان پرستاره بالای سرم، قانون اخلاقی نهفته در درونم". کانت یک فیلسوف وظیفه گرا بود. کانت از آن دسته فیلسوفانی است که قایل است مفاهیم اخلاقی حاکی از واقعیات خارجی اند. از این رو نظریه اخلاقی کانت نظریه ای واقع گرایانه است که بر عناصر وظیفه و تکلیف تاکید فراوان دارد. مهم ترین سوالی که می توان از کانت پرسید این است که چگونه وظیفه خود را تشخیص دهیم؟ او در پاسخ به این سوال مهم و حیاتی اصل اخلاقی خود که تعیین کننده وظیفه «هر انسانی به عنوان فاعل مختار است» را بیان می کند و آن را امر مطلق می نامد. در زیر به دو تعبیر از تعبیری که کانت برای امر مطلق قائل است با در نظر گرفتن مساله نوع دوستی اشاره می شود:

۱. تنها براساس قاعده ای رفتار کن که در عین حال بخواهی آن قاعده به یک قانون کلی تبدیل شود (اصل عام طبیعت). اگر بخواهیم در مورد نوع دوستی آن را شرح دهیم چنین می شود که وقتی ترجیح می دهیم که دیگران با ما یا نزدیکان ما برخوردی نوع دوستانه داشته باشند، اخلاقی است که ما هم با دیگران برخوردی نوع دوستانه داشته باشیم.

۲. چنان رفتار کن که بشریت را چه در خودت و چه در دیگری همواره یک غایت بدانی نه یک وسیله (اصل انسانیت). در مورد نوع دوستی بدین صورت می توان گفت که رفتار نوع دوستانه نسبت به

انسان‌ها ذاتاً رفتاری درست، انسانی و غایی است و اگر رفتار نوع‌دوستانه ابزاری برای هدف دیگری (مثلاً افزایش درآمد و شهرت) انجام شود بر اساس اصل انسانیت رفتار نشده است.

## ۲. نوع دوستی به عنوان رفتاری که در سیر تکامل طبیعی موجودات به وجود آمده و گسترش یافته: (روانشناسی تکاملی)

طبق نظریه تکامل، گونه‌های جانداران بر اساس اصل انتخاب طبیعی در مسیر تکامل حرکت کرده و می‌کنند. بر اساس این اصل، جاندارانی که حامل ژن‌های سازگارتر با محیط باشند، باقی می‌مانند و جاندارانی که ژن‌های ناسازگارتر با محیط دارند حذف می‌شوند. در صورتیکه این نظریه را درست بدانیم، با همین سازوکار در طول میلیون‌ها سال شناخت، هوش، عاطفه و خلاقیت در موجودات تکامل یافته تا به انسان رسیده است. یکی از صفاتی که در جانداران قدیمی تر رویت شده و به تدریج در روند تکامل، پیچیده تر و سازمان یافته تر شده نوع‌دوستی است. جانداران پست و نخستین، رفتارهای نوع‌دوستانه ای نسبت به همگونه خود نشان می‌دهند. در اولویت قرار دادن منافع موجود دیگر بر اساس نظریه تکامل چنین توجیه می‌شود که این رفتار احتمال بقای گونه را افزایش می‌دهد، هر چند ممکن است به طور مستقیم احتمال بقای یک موجود خاص را افزایش ندهد. زندگی گروهی، نگهداری از توله ای که بی‌والد مانده و زندگی همسفرگی در بین جانداران مثال‌هایی از نوع‌دوستی در سایر موجودات می‌باشد. در انسان این رفتارها تکامل یافته و به صورت سازمان یافته ای به صورت خیریه‌ها، ایجاد سازمان‌های امداد و نجات، آتش‌نشانی، نهادهای مراقبت از بیماران و ناتوانان و ... تکامل یافته است. می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که رفتارهای نوع‌دوستانه انسان‌ها حاصل تکامل ژن‌های ابتدایی مربوط به این حیظه بوده و احتمال بقای گونه انسانی را افزایش می‌دهد.

## ۳. نوع دوستی نشانه رشد یافتگی شخصیت (روانشناختی)

در روانشناسی، توانایی انسان در پاسخ به محیط به نحوی مناسب و سازگارانه را رشد یافتگی شخصیت می‌گویند. در روانشناسی پویا، سازوکارهای دفاعی ناخودآگاهی برای محافظت از یکپارچگی سازمان روان، شناسایی شده‌اند. این سازوکارها به منظور حفظ انسجام روانی انسان وارد عمل می‌شوند ولی سطوح متفاوتی دارند. در یک سطح ممکن است سازوکارها ناکارآمد و ابتدایی و رشد نیافته تلقی شوند. سازوکارهای روانی نظیر انکار، فرافکنی، بی‌ارزش‌سازی یا ایده‌آل‌سازی از این قبیل هستند. در مقابل سازوکارهایی روانی وجود دارند که نشانه رشد یافتگی شخصیت هستند، نظیر پالایش، طنز و پیش‌بینی آینده. یکی از سازوکارهای رشد یافته روانی، نوع‌دوستی است. بدین معنا که در شرایط سختی، تنش و محرومیت موجب یکپارچگی سازمان روان، احساس سعادت و اعتلای فردی و گروهی می‌شود. [۱]

#### ۴. نوع دوستی در همبستگی معنی دار با احساس شادکامی و سعادت (روانشناختی)

احساس شادکامی، سعادت و رضایت، احساساتی هستند که انسان‌ها به طور فطری در جستجوی آن هستند. شاید در جهان امروز که افسردگی و اضطراب بیش از هر زمان دیگری گریبانگیر زندگی مدرن و صنعتی بشر شده است، یافتن این احساسات اهمیت دوچندانی داشته باشد. هر انسانی به نحوی به دنبال یافتن سعادت و شادکامی است. تلاش برای پیشرفت علمی و اقتصادی، تفریحات، ورزش، تشکیل خانواده و بسیاری موارد دیگر اغلب در جهت جستجوی این احساسات است. تحقیقات بسیاری انجام شده است که مولفه‌های موثر بر احساس شادکامی و سعادت را مورد ارزیابی قرار داده اند. به طور مثال تحقیقات نشان داده اند ثروت همیشه با احساس شادکامی و سعادت همراهی ندارد. بر اساس این پژوهش‌ها افزایش ثروت از حد پایین به حد متوسط با افزایش شادکامی و سعادت همبستگی دارد ولی با افزایش ثروت از حد متوسط به بالاتر، احساس سعادت بیشتر نمی‌شود. در مقابل یکی از مولفه‌هایی که همبستگی معنی دار و پیوسته ای با احساس سعادت و شادکامی دارد، انجام رفتارهای نوع‌دوستانه است. این یافته در پژوهش‌های متعددی تکرار شده است. به عبارت دیگر؛ هر چه رفتارهای نوع‌دوستانه یک انسان بیشتر باشد حس شادکامی و سعادت وی بیشتر خواهد بود. [۲]

#### ۵. نظریه بازی‌ها

نظریه بازی‌ها شاخه‌ای از ریاضیات کاربردی است که در علوم اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این نظریه با استفاده از مدل‌های ریاضی به تحلیل روش‌های همکاری و رقابت موجودات منطقی و هوشمند می‌پردازد. هرگاه سود یک موجود تنها در گرو رفتار خود او نبوده و متأثر از رفتار یک یا چند موجود دیگر باشد و تصمیمات دیگر تأثیر مثبت و منفی بر سود او داشته باشند، یک بازی میان دو یا چند موجود شکل گرفته است. اصل مهم نظریه بازی‌ها بر خردمندانه رفتار کردن بازیکنان است. خردمندانه رفتار کردن به این معنا است که هر بازیکن تنها به دنبال افزایش سود خود بوده و هر بازیکن می‌داند که چگونه می‌تواند بر اساس قوانین بازی سود خود را بیشتر کند؛ بنابراین حدس زدن رفتار ایشان که بر اساس نمودار هزینه-فایده است، ممکن خواهد بود. این نظریه به کمک روش‌های ریاضی اثبات می‌کند که در یک بازی وقتی بازیکنان که رقیب یکدیگر نیز محسوب می‌شوند- با هم همکاری کنند، در مجموع احتمال موفقیت تک تک بازیکنان افزایش می‌یابد. در صورتیکه این نظریه را به زندگی انسان‌ها تعمیم دهیم به طوری که همه انسان‌ها را بازیکنان یک بازی در نظر بگیریم که هدف آن بقا و اعتلا است، زمانی که تک تک بازیکنان با یکدیگر همکاری داشته باشند، احتمال موفقیت تک تک آنها بیشتر خواهد بود. [۳] همکاری نوعی رفتار نوع‌دوستانه است. بنابر این می‌توان چنین نتیجه گرفت که



چنانچه در اجتماعی رفتارهای نوع‌دوستانه نظیر همکاری بیشتر باشد، بر اساس الگوهای ریاضی تک تک افراد آن اجتماع و به طبع آن کل اجتماع احتمال رشد؛ موفقیت و تعالی بیشتری خواهند داشت. این یافته ریاضی، در تاریخ زندگی انسان‌ها هم به کرات تکرار شده است. جوامعی که میزان همکاری و رفتارهای نوع‌دوستانه در آنها بالا و میزان رفتارهای خودخواهانه در آن کمتر بوده، معمولاً از جنبه‌های مختلف رشد و ترقی بیشتری نموده اند.

## ۶. نوع دوستی از نگاه دینی

در بیشتر ادیان الهی درباره نوع‌دوستی و رفتارهای نوع‌دوستانه به عنوان یکی از عوامل موجب سعادت بشری توصیه شده است. در اسلام واژه‌های احسان، تعاون، انفاق، ایثار و ... به نحوی نوع‌دوستی را مورد اشاره قرار می‌دهند. خداوند می‌فرماید: برای کسانی که (نسبت به دیگران) کارهای نیکو کرده اند، بهترین پاداش و (حتی) پاداشی افزون بر آن خواهد بود. پیامبر اکرم می‌فرماید: آفریدگان، خانواده(عیال) خداوندند و محبوب‌ترین آنها به درگاه خداوند کسی است که به خانواده خدا سود رساند و دل ایشان را خرسند سازد. امام علی (ع) می‌فرماید: به دیگران نیکی کن، چنان که دوست می‌داری به تو نیکی شود. حضرت مسیح (ع) می‌فرماید: هر چه بیشتر به مردم نیکی کنید، بزرگ‌تر خواهید بود زیرا بزرگی در نیکی کردن است.

برای افرادی که اعتقادات مذهبی استواری دارند، عمل به دستورات الهی در جهت رفتارهای نوع‌دوستانه می‌تواند انگیزه واضحی برای رویکرد به تعهد حرفه‌ای در پزشکی باشد. عملکرد حرفه‌ای در پزشکی می‌تواند نوعی عبادت و وسیله اطاعت از فرامین الهی و نزدیک شدن به خدای تعالی باشد. در این جا مجال پرداختن به نگاه دین‌مدارانه به این مقوله بیش از این فراهم نیست و علاقه‌مندان، به متون تخصصی در این زمینه ارجاع داده می‌شوند.

## ۷. نوع دوستی از نگاه عرفان

در نگاه عرفانی عالم هستی هوشمند است. نوعی هوش و حیات معنوی در عالم هستی جریان دارد که انسان می‌تواند با پالایش نفس و روح، حجاب‌های عالم را در نوردد و به حقیقت عالم برسد. این نگاه نوعی نگاه شهودی به زندگی و آفرینش است. چنانکه مولوی می‌گوید:

جمله اجزای عالم در نهان

با تو می‌گویند روزان و شبان

ما سمیعیم و بصیریم و هشیم

با شما نامحرمان ما خامشیم

در سازمان هوشمند آفرینش، آنچه ما دریافت می‌کنیم پژواک آن چیزی است که بدان ارایه داده ایم. مولوی می‌فرماید:

این جهان کوه است و فعل ما صدا  
سوی ما آید صداها را صدا

در این نظام هوشمند دوست داشتن دیگر انسان‌ها و نیکی کردن به آنها به خود انسان باز می‌گردد و انسان اثر آن را به طور محسوسی متوجه خواهد شد. سعدی نیز در بوستان در ذیل حکایتی این چنین می‌سراید:

تو نیکی می‌کن و در دجله انداز  
که ایزد در بیابانت دهد باز

در نگاه عرفانی نیکی کردن به دیگران نه تنها به خود آدمی باز می‌گردد، بلکه خالی شدن از خودپرستی، دوست داشتن دیگران و نیکی کردن به آنها بخش‌های مهمی از تهذیب نفس و پالایش روان است که انسان را به حقیقت عالم نزدیک می‌کند. مولوی می‌فرماید:

خیر کن با خلق بهر ایزد  
یا برای راحت جان خودت  
تا همواره دوست بینی در نظر  
در دلت ناید زکین ناخوش صور

ممکن است بسیاری از افرادی که در پزشکی شاغل هستند، نگاه عرفانی به زندگی نداشته باشند ولی برای افرادی که به این حوزه علاقه‌مند هستند، حرفه پزشکی می‌تواند راهی باشد برای سیر و سلوک، چرا که با دوست داشتن دیگران و رفتارهای نوع‌دوستانه عملاً می‌توانند در راه عرفان قدم بردارند.

### چرا نوع دوستی جزئی از عملکرد حرفه‌ای پزشکان است؟

ممکن است این سوال در ذهن خواننده این متن مطرح شود که چرا نوع دوستی جزئی از عملکرد حرفه‌ای پزشکان محسوب می‌شود؟ چرا نوع دوستی را به عنوان یک انتخاب فردی در نظر نمی‌گیریم؟ چرا در اینجا نوع دوستی را یکی از ملزومات عمومی و رفتار جمعی گروه پزشکان در نظر گرفته ایم؟ در پاسخ به این سوال نخست باید گفت که رفتارهای نوع‌دوستانه رفتارهایی انسانی و اخلاقی اند و در نگاه مردم جامعه، گروه‌های پزشکی باید انسان‌هایی اخلاق مدار باشند. پزشکان، پرستاران و سایر

پرسنل درگیر در سلامت افراد جامعه، باید افرادی قابل اعتماد باشند. باید پایبندی خود را به موازین حرفه‌ای نظیر شرافت، خیرخواهی، رازداری و... عملاً نشان دهند. در این حالت است که افراد جامعه می‌توانند به آنها اعتماد کرده و خود را به آنها بسپارند. اعتماد در سایه خیرخواهی ایجاد می‌شود. اما لازمه نوع دوستی این است که پزشک خیر بیمار را مبنای تصمیم خود قرار دهد و در عمل هم رابطه همدلانه‌ای با او برقرار کند. در این صورت است که حتی اگر عارضه‌ای در حین درمان پدید آمد، مراجع با اعتمادی که به تیم پزشکی به عنوان افرادی با صفات انسانی و اخلاقی دارد آن را پذیرفته و به درمان پایبند می‌ماند. دوم؛ آنکه رفتارهای نوع دوستانه موجب ارتقای رابطه پزشک و بیمار می‌شوند. احساسی در مراجع نسبت به تیم پزشکی شکل می‌گیرد از جنس دوست داشتن و دوست داشته شدن. این ارتباط درمانی خود مقدمه شفایافتن از بسیاری بیماری‌هاست و بسیاری از فرایندهای تشخیصی و درمانی را تسهیل کرده و پایبندی بیمار را به درمان بیشتر می‌سازد. سوم؛ رفتار نوع دوستانه گروه پزشکی موجب ارتقای جایگاه اجتماعی آنها می‌شود. مردم مشاغلی را که رفتارهای نوع دوستانه دارند، قهرمانان خود دانسته و ارج و منزلت بیشتری برای آنها قائل خواهند بود نظیر آتش نشانان، سربازان، افراد خیر و غیره. در واقع منفعت رفتار نوع دوستانه به صورت افزایش منزلت اجتماعی جمعی به گروه پزشکی باز می‌گردد. و چهارم این نکته است؛ فردی که رفتارهای نوع دوستانه انجام می‌دهد به رضایت درونی و قلبی می‌رسد و همانطور که پیشتر گفته شد احساس سعادت و شادکامی در او افزایش می‌یابد که این البته برای تمامی انسان‌ها صادق است. برای گروه‌های پزشکی که در معرض فرسودگی شغلی هستند، ارتقای حس رضایت درونی، حس سعادت و شادکامی بر سلامتی عمومی و کیفیت زندگی آنها موثر خواهد بود.

بنا به تمام دلایلی که در فوق اشاره شد نوع دوستی یکی از اجزای اصلی عملکرد حرفه‌ای گروه پزشکی است و تک تک افرادی که در این حوزه مشغول هستند در برابر آن مسئولند که نخست خود چنین رفتارهایی را در حد توان انجام دهند و دوم اعتلای رفتارهای نوع دوستانه در محیط‌های درمانی را از وظایف حرفه‌ای بشمارند. گفتن این نکته خالی از لطف نیست که بر اصول پروفشنالیسم - از جمله اصل نوع دوستی - توافق جهانی وجود دارد و همه صاحب نظران با نقطه نظرهای متفاوت روی این مسأله اتفاق نظر دارند که نوع دوستی یکی از اصول رفتار حرفه‌ای در پزشکی است.

## رفتارهای نوع دوستانه در بالین چه رفتارهایی هستند؟

تشخیص اینکه چه رفتاری نوع دوستانه است و چه رفتاری نه، دشوار نیست. هر چند نیت افراد از

انجام آن رفتارها معمولاً شخصی و ناآشکار خواهد ماند. هر گونه رفتاری که در آن پزشک، بیمار و مشکلاتش را در اولویت نسبت به خودش قرار دهد، نوعی رفتار نوع دوستانه است. رفتارهای نوع دوستانه شامل طیفی از رفتارها می باشند. یک سر این طیف رفتارهای ساده ای است نظیر توجه نشان دادن به نگرانی های بیمار، در حالی که ممکن است نگرانی های بیمار واقعاً بی مورد باشند. وقتی پزشکی بر بالین بیمار حاضر می شود و بیمار شکایت می کند که سر می که در دست دارد بسته شده، پزشک می داند که این مسأله مهمی نیست، ولی می تواند به نحوی به آن توجه نشان دهد. در این صورت رفتاری نوع دوستانه از خود بروز داده است. و یا اینکه وقتی پزشک از بخش خارج می شود و همراه بیمار به دنبال او می دود و از او درباره بیمارش با نگرانی سوال می کند. در اینجا اگر پزشک چند ثانیه از وقتش (گرانبها) را به این همراه مضطرب اختصاص و به او امید واقع بینانه دهد، رفتاری نوع دوستانه انجام داده است. همین رفتارهای به ظاهر ساده می توانند تاثیر شگفت آوری بر بیمار بگذارد. این حد از رفتارهای نوع دوستانه وظیفه همه اعضای گروه پزشکی است. سر دیگر طیف رفتارهای نوع دوستانه ایثارگری محسوب می شود. پزشکی که داوطلبانه برای خدمت در مناطق حادثه دیده، مناطق جنگی و مناطق محروم اعلام آمادگی می کنند، انجام رفتارهای نوع دوستانه را به حد اعلا می رسانند. (پزشکان و پرستارانی که حین انجام خدمت کشته یا شهید شده اند.) معمولاً این گونه رفتارهای ایثارگرانه انتخاب های شخصی افرادی است که بلند نظر هستند و هر چند در مواقع عادی و روزمره نمی شود آن را برای همه اعضای گروه پزشکی الزام و اجبار کرد، اما در موارد اورژانس مثل کمک به مردم صدمه دیده در یک حادثه یا بروز همه گیری، وظیفه همه افراد عضو حرفه است که برای خدمت رسانی به مردم آسیب دیده با سیستم سلامت همکاری کنند. افرادی که این گونه رفتارهای ایثارگرانه انجام می دهند پیوسته باید مورد احترام قرار گرفته و الگو و سرمشق قرار گیرند.

### مثال هایی از رفتارهای نوع دوستانه با بیمار :

۱. صرف وقت برای گوش دادن به نگرانی ها و مشکلات بیمار و پاسخ مشفقانه به آنها .
۲. دادن آگاهی و امید واقع بینانه به بیمار و خانواده اش .
۳. انجام اقدامات حیاتی برای بیماران - حتی اگر توانایی مالی ندارند - . این مورد، از مواردی است که با قانونگذاری صحیح و حمایت سازمان هایی نظیر بیمه تسهیل می شود.
۴. کمک به همکاران و سایر اعضای تیم درمان، وقتی مشکلی در زمینه سلامتی، مراقبت از بیمار یا عملکرد حرفه ای برای ایشان پیش می آید.

۵. آموزش دانسته‌ها و مهارت‌ها به فراگیران و سایر اعضای تیم درمان. این یکی از مثال‌های نوع دوستی است چرا که فراگرفتن یک دانش یا مهارت معمولاً دشوار است و ساده در اختیار دیگری گذاشتن آن نیاز به روحیه همکاری و از خودگذشتگی دارد.

مثال‌های رفتارهای نوع دوستانه بسیار است. نوع دوستی از مواردی است که می‌تواند در تک تک رفتارهای گروه پزشکی با بیمار خود را نشان دهد. در برخورد با بیمار و احترام به او، ارزیابی تشخیصی، در سراسر مسیر درمان و بعد از بهبودی. موقعیت‌هایی برای هر یک از ما اتفاق افتاده و یا می‌افتد که نوع دوستانه رفتار کنیم. آیا برای شما تا کنون چنین موقعیت‌هایی اتفاق افتاده است؟ آیا در آینده اتفاق خواهد افتاد؟ می‌توانید برای کامل کردن این بحث در ادامه این صفحه سه موقعیت که در گذشته اتفاق افتاده یا ممکن است در آینده اتفاق افتد و می‌شود در آن نوع دوستانه رفتار کرد را بنویسید.

### منابع :

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2011 Dec 26.
2. Post SG. Altruism, happiness, and health: It's good to be good. International journal of behavioral medicine. 2005 Jun 1;12(2):66-77.
3. Cox JC. How to identify trust and reciprocity. Games and economic behavior. 2004 Feb 1;46(2):260-81.

# فصل ششم:

## احترام

نویسنده:

دکتر شهرام صمدی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران،

گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه،

مجتمع بیمارستانی امام خمینی

## یک مورد بالینی:

بیماری مبتلا به درد رادیکولار اندام تحتانی، توسط پزشک عمومی با احتمال درگیری ستون فقرات کمری به متخصص جراحی مغز و نخاع ارجاع داده می‌شود. ایشان بعد از بررسی کامل متوجه می‌شوند که بیمار مبتلا به دیسکوپاتی و تنگی کانال نخاعی است و توصیه به عمل جراحی می‌نمایند. بیمار به دلیل ترس از عاقبت این عمل جراحی، مضطرب است و از پزشک اجازه می‌خواهد که با یک پزشک متخصص طب فیزیکی و توانبخشی نیز درباره لزوم این عمل جراحی، مشورت کند تا شاید بتواند با راهکارهای حمایتی و کمتر تهاجمی، درد را کاهش دهد. متخصص جراحی مغز و اعصاب به گرمی با این درخواست بیمار موافقت می‌کند و برای یکی از پزشکان این حوزه، مشاوره می‌نویسد. متخصص طب فیزیکی بعد از معاینه و بررسی بیمار به همین نتیجه می‌رسد و در پاسخ مشاوره، توصیه به عمل جراحی می‌کند. بیمار نزد پزشک جراح باز می‌گردد و با حصول اطمینان از ناچار بودن عمل جراحی، با اعتماد بیشتر و اضطراب کمتر به پیگیری اقدامات قبل از عمل جراحی می‌پردازد. پزشک جراح به زبان ساده و قابل فهم برای ایشان درباره جراحی و اقدامات مورد نیاز توضیح می‌دهد و توسط یک مولاژ ستون فقرات، درباره روش جراحی نیز توضیحات ساده و مختصر به بیمار ارائه می‌کند. بیمار در صبح روز عمل با اضطراب اندک وارد اتاق عمل می‌شود و با متخصص بیهوشی برای اقدامات قبل از بیهوشی همکاری کافی انجام می‌دهد. چند روز بعد از عمل با گرفتن دستورات مراقبتی از تیم پزشکی، با حال عمومی خوب مرخص می‌شود و این تجربیات خود را با عیادت کنندگان و سایرین در میان می‌گذارد.

## مقدمه

کودک از ابتدا می‌آموزد که باید به پدر و مادر، آموزگار، افراد بزرگتر از خود، قوانین و مقررات، سنت‌ها و احساسات و حقوق دیگران احترام بگذارد، یعنی آموزش احترام از کودکی آغاز می‌گردد، اما در بزرگسالی ممکن است رعایت احترام را در برخی از موارد نادیده بگیرد.

تقریباً می‌توان گفت که امانوئل کانت فیلسوف آلمانی سده هجدهم نخستین فیلسوف غربی است که احترام به اشخاص از جمله احترام به خویشتن را دقیقاً مرکز نظریه اخلاق قرار داد و مدعی شد تمام اشخاص، درخور برخورد احترام آمیزی هستند که در اخلاق بیشترین اهمیت را داراست. وی در تالیفات خود از واژه آلمانی احترام<sup>۱</sup> استفاده کرد. ضمناً تأکید وی بر اینکه اشخاص غایب نیز دارای شرافتی مطلق هستند و باید همواره مورد احترام واقع شوند، یک آرمان اساسی در انسان‌گرایی مدرن قلمداد شده است.

یکی دیگر از جنبه‌های مهم احترام، احترام به خویشتن است که ما همواره برای تحصیل، حفظ و ارتقای آن تلاش می‌کنیم. واقعیت این است که احترام به دیگران بدون احترام به خویشتن و همچنین احترام به خویشتن بدون احترام دیدن از دیگران کار دشواری است. در این خصوص توصیه شده است که اگر فردی برای خودش ارزش قائل نباشد باید از وی دوری کرد.

## تعریف احترام

احترام عبارت است از: نشان دادن احساس مثبت به منظور حرمت گذاشتن و بزرگ داشتن. ریشه لاتین احترام همان واژه *Respicere* به معنای "واپس نگریستن" یا "بازنگریستن" است. یعنی برای احترام گذاشتن به یک فرد یا پدیده باید به آن توجه کرد و آن را درک کرد. این عنصر ادراکی در مراعات یا حرمت و ملاحظه<sup>۱</sup> نیز وجود دارد، ولی مفهوم احترام به دور از میل و هوس، دوست داشتن، هراس یا عمل مطلوب و نامطلوب صورت می‌گیرد. احترام در واقع یک وظیفه محسوب می‌شود. [۲و۱]

ما به طور ناخودآگاه به کسانی که در نظرمان با اهمیت هستند، بیشتر احترام می‌گذاریم و برعکس به کسانی که اعتماد نکنیم، احترام کمتری می‌گذاریم، ولی گاهی این موضوع رعایت نمی‌شود. به طور مثال؛ همه فرزندان برای والدین با اهمیت هستند ولی ممکن است بعضی از پدران به فرزند خویش احترام نگذارند و یا برعکس. اگر کسی به ما بی‌احترامی کند، برای وی ارزش چندانی قائل نیستیم. بنابراین احترام یک مفهوم متقابل دارد و آن گونه‌ای از احترام مقبول تر است که متقابل و دوطرفه باشد و باید احترام به طرف مقابل به گونه‌ای صورت گیرد که منجر به انگیزش احترام در وی شود. رعایت احترام به طور متقابل و دوطرفه بین افراد باعث استحکام روابط فردی و بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

معمولاً سوژه مورد احترام، موجودی متعقل و آگاه است که قابلیت تشخیص و درک احترام، واکنش خود آگاهانه و عامدانه به آن، ارزش گذاردن بر آن، اظهار ارزشمندی آن و پاسخگویی در قبال بی‌احترامی یا اهانت را دارد. البته در سال‌های اخیر علاوه بر احترام اخلاقی به اشخاص، پاسداشت، حفاظت و مراقبت از جانداران غیر انسان و محیط زیست طبیعی نیز مورد توجه قرار گرفته است.

گاهی احترام به معنی رفتاری است که برای پرهیز از تخطی از یک محدوده، مرز یا قانون صورت می‌گیرد (مانند احترام رانندگان به محدوده سرعت مجاز و احترام طرفین جنگ به پیمان آتش‌بس) که مبتنی بر احساس یا تمایل نیست. [۳]

گاهی احترام حالتی از ارزش گذاری است. یعنی ممکن است به چیزی احترام بگذاریم که مستقل از



امیال و اعتقادات ما و یا حتی در تضاد با آن باشد (مثلاً احترام به دشمن یا عقاید سایر افراد). [۴ و ۵]

ولی بحث عمده‌ی ما مربوط به احترام همراه با نگرش و نشان دادن احساس می‌باشد که احترام‌گیرنده نیز با دیدی خاص و به نحوی شایسته به احترام‌کننده پاسخ می‌گوید. احترام باید نمایانگر اعتماد به نفس باشد و به گونه‌ای نباشد که احساس شود از روی ضعف و ناتوانی و برای تحمل و به ناچار صورت می‌گیرد. بلکه از روی تأمل و معطوف شدن توجه (نه فقط جلب شدن آن) باشد. احترام دلیل مداراست و ما بر اساس داوری و تأمل خویش آن را انجام می‌دهیم. [۶]

در واقع رعایت احترام معمولاً نشانه درک بالا و شعور متعالی فرد احترام‌کننده است. برخورد احترام‌آمیز دارای ابعاد شناختی (باورها، تصدیق‌ها، داوری‌ها، سنجش‌ها و الزامات)، ابعاد عاطفی (عواطف، احساسات و تجربیات) و ابعاد کنشی (انگیزش‌ها، تمایل به عمل و خودداری از عمل) می‌باشد و استراتژی رعایت احترام باید به طور منطقی و مبتنی بر تأمل توسط فرد اتخاذ شده باشد. [۷ و ۸]

نمونه‌های دیگری از احترام عبارتند از: یاری دادن به افراد، ستایش کردن، الگو قرار دادن، اطاعت و وفاداری، تعدی و دخالت نکردن در کار دیگران، حفاظت و مراقبت از افراد و پدیده‌ها، سخن گفتن از افراد برای نشان دادن شأن و ارزش آنها و سوگواری برای افراد از دست رفته.

یک نمونه از احترام به دیگران حفظ و رعایت حریم ایشان است. به طور مثال این فاصله در حریم خصوصی (صمیمانه) حدود ۴۵ سانتیمتر، در حریم شخصی (دوستانه) ۴۵ تا ۱۲۰ سانتیمتر، در حریم اجتماعی در جامعه ۱۲۰ تا ۳۶۰ سانتی متر و در حریم عمومی ۳۶۰ تا ۶۰۰ سانتی متر می‌باشد. حریم اجتماعی شامل مذاکرات تجاری و سیاسی نیز می‌گردد و حریم عمومی به سالن‌های سخنرانی، کنفرانس‌ها و کلاس درس بین سخنران و شنوندگان اطلاق می‌گردد. [۹]

گاهی احترام گذاشتن به یک فرد یا پدیده شامل از بین بردن آن با روش خاصی (مانند سوزاندن اجساد متوفیان توسط بعضی ادیان) می‌باشد تا به گونه دیگری که آن را بی‌احترامی به متوفی می‌دانند، از بین نرود.

گاهی احترام فقط رعایت سکوت است. مثلاً در بخش‌های درمانی تابلوی معروف سکوت را نصب می‌کنند و یا در بعضی گورستان‌ها (مانند آرامگاه ملی آرلینگتون در واشنگتن، ایالات متحده آمریکا) که همگی ملاقات‌کنندگان به رعایت سکوت مطلق دعوت می‌شوند. مثال دیگر سکوت به نشانه احترام حین تلاوت قرآن و سرود ملی می‌باشد که همواره رعایت می‌گردد.



## انواع تقسیم بندی احترام

ماهیت هر پدیده مشخص می‌کند که آیا آن پدیده سزاوار احترام است یا خیر. انواع گوناگون پدیده‌ها نیز به احترام پاسخ‌های گوناگون می‌دهند. لذا اغلب فلاسفه برای احترام اقسام گوناگونی قائل هستند که در ادامه این مبحث، چند تقسیم بندی توضیح داده می‌شود. بدیهی است که برخی از این تعاریف ممکن است با یکدیگر همپوشانی داشته باشند زیرا در زمان‌های مختلف و توسط فلاسفه مختلف مطرح شده‌اند.

فینبرگ همزمان با ظهور و گسترش تاریخی این تفکر که "تمام اشخاص به خودی خود سزاوار احترام می‌باشند"، سه مفهوم متمایز را برای کلمه احترام تعریف کرد. [۱۰] یکی از آنها عبارت است از: مواظبت<sup>۱</sup> یعنی برخورد مودبانه و همراه با دقت که عنصر ترس را در خود دارد. مانند آنچه که یک درودگر باید در برخورد با ابزارهای پر قدرت و خطرناک خود، یک شهروند به اجبار نسبت به ارادل و اوباش محله، یک دریانورد تازه‌کار نسبت به دریا و یا کودکی نسبت به پدر بدرفتار خویش رعایت کند. در واقع مواظبت در مقابل بی‌اعتنایی همراه با کوچک شمردن قرار می‌گیرد و نمود آن بیشتر در کردارهای احتیاط آمیز دیده می‌شود که برای مراقبت از خودمان در مقابل خطرات و آرام و خشنود

1 respect

ساختن دیگران انجام می‌دهیم. مفهوم دیگر ملاحظه<sup>۱</sup> است که در واقع مشابه اخلاقی شده respect است. یعنی توجه کردن به یک پدیده به این دلیل که سزاوار توجه اخلاقی است و الزاماً بهروزی ما در آن در نظر گرفته نشده است. فینبرگ این تعریف را برای مواردی بیان کرد که علاوه بر احترام سزاوار تمام انسان‌ها، توجه خاصی نیز به احترام مودبانه و تمکین به جایگاه‌های اجتماعی مختلف دارد. سومین مفهوم، تکریم<sup>۲</sup> است که به احساس خاص احترام و خشیت عمیق به پدیده ای شگفت انگیز یا والا اطلاق می‌شد.

هادسون احترام را به چهار نوع تقسیم‌بندی کرده است:

الف - احترام ارزش گذارانه<sup>۳</sup>: ارج نهادن و تحسین پدیده ای که به دلیل داشتن یک‌سری معیار خاص، سزاوار احترام است. این نوع احترام نیازی به اظهارکردن ندارد و برخلاف سایر انواع، ناشی از تایید فرد مورد احترام است. مانند احترام وافر به فردی دانشمند یا فردی بسیار دلیر و بی‌باک.

ب - احترام بازدارنده<sup>۴</sup>: احترام به پدیده ای که احساس می‌کنیم برای نیل به اهداف مان به آن نیاز داریم. مانند احترام کوهنورد به طبیعت.

ج - احترام دستوری<sup>۵</sup>: احترام آگاهانه به قوانین، قواعد، تقاضاها، توصیه‌ها یا حقوق افراد. این نوع از احترام برخلاف سایر موارد، فاقد درجات است، یعنی یا اطاعت می‌کنیم یا اطاعت نمی‌کنیم. مانند احترام به بندهای توافقتنامه‌ها.

د - احترام نهادی<sup>۶</sup>: رفتار همساز با قواعدی که یک کردار را محترمانه می‌دانند. مانند ادای احترام به قاضی با برخاستن از جا هنگام ورود وی به جلسه دادگاه بدون اینکه آن فرد قاضی الزاما برای ما محترم باشد.

هادسون با این تقسیم بندی این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که احترام به اشخاص ممکن است به دلیل ترکیبی از این انواع صورت گیرد. مثلاً برای افراد دارای نقش یا جایگاه ویژه، هم می‌توان احترام نهادی قایل شد و هم احترام ارزش گذارانه. [۱۱]

دیلون به تقسیم بندی چهارگانه هادسون، نوع پنجمی را افزود و آن را احترام مراقبت آمیز (care respect) نام گذاشت. این نوع از احترام به پدیده‌های با ارزش صورت می‌گیرد که آسیب پذیر

1 Observantia  
2 reverential  
3 evaluative  
4 Obstacle  
5 Directive  
6 Institutional

هستند و مراقبت نیاز دارند. مانند احترام عمیق طرفداران محیط زیست به محیط پیرامون خویش. [۱۲]

داروال: دو نوع از احترام را به شرح زیر معرفی کرده است که در واقع اساس تقسیم بندی احترام محسوب می شوند.

الف - احترام باز شناختی<sup>۱</sup>: توجه ویژه و ملاحظه کارانه به پدیده‌ها همراه با تنظیم کردارمان با الزامات ناشی از آن. این نوع از احترام شامل تعدادی از موارد قبلی از جمله مواظبت، احترام بازدارنده، ملاحظه، احترام دستوری، احترام نهادی و احترام مراقبت آمیز می شود.

ب - احترام ارزیابانه<sup>۲</sup>: برخوردی از جنس ارزیابی مثبت به یک فرد یا شایستگی های وی و یا نقش و جایگاهی که دارد. این نوع از احترام درجات دارد وابسته به میزان رعایت معیارها توسط وی است. گاهی ممکن است در یک فرد قابل احترام و درستکار و صادق که ارزیابی مثبتی از وی داریم، یک ویژگی فردی منفی (مانند تبلی) وجود داشته باشد که مورد احترام ما نباشد ولی از سایر جهات به همان فرد احترام بگذاریم. این نوع از احترام شامل تعدادی از موارد قبلی از جمله احترام ارزش گذارانه و تکریم می شود.

هرچند تقسیم بندی داروال به نظر کاملترین دسته بندی است ولی استفاده از آن نیز ملاحظاتی دارد. مثلاً ممکن است فردی علیرغم ارزیابی اخلاقی عالی از فرد دیگر به آن ارزشی ندهد و شایسته احترام نداند بلکه دقیقاً به همان دلیل نسبت به وی احساس نفرت یا حسد داشته باشد. [۱۳]

## اهمیت احترام

درچندین بررسی مشاهده شده است که مشکل ارتباط پزشک و بیمار و عدم رعایت احترام به بیمار توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت از مهمترین علل شکایات پزشکی و نیز از مهمترین علل نارضایتی از مراکز بهداشتی و درمانی بوده است لذا توجه به این نکته حائز اهمیت است که مقوله احترام هنوز نیاز مند آموزش و یادآوری است و البته که رعایت احترام قابل اکتساب است و می توان آن را آموزش داد و آموخت.

رعایت احترام در ضمن خدمت رسانی از طرفی یک مطالبه عمومی است. همانگونه که پیشتر بیان شد، احترام امری متقابل است و لازم است دوطرفه باشد. بدیهی است که باید بیمار و همراه بیمار، افراد جامعه غیر پزشکی به طور عام و نیز مسئولین سیستم سلامت احترام متقابل به پزشک و سایر

1 recognition  
2 appraisal

ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی را رعایت کنند و از هرگونه بی‌انصافی و بی‌عدالتی در این مورد پرهیز کنند.

## مصادیق رعایت احترام توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

### رضایت آگاهانه

ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی باید برای اقدامات تشخیصی، درمانی، آموزشی و پژوهشی اطمینان حاصل کنند که اطلاعات لازم به شیوه قابل فهم برای بیمار توضیح داده شده باشد و بیمار آگاهانه و با هوشیاری کامل به انجام یا عدم انجام این اقدامات رضایت دهد. در مواردی که بیمار به دلیل کاهش سطح هوشیاری یا زوال عقلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد باید این توضیحات کامل و قابل فهم به فرد تصمیم‌گیرنده (جایگزین قانونی وی) ارائه شود. البته در برخی از موارد تهدیدکننده حیات امکان این رضایت وجود ندارد و می‌توان آن را جزو شرایط خاص در نظر گرفت ولی به طور کلی باید به حق انتخاب بیمار احترام گذاشته شود. به طور مثال یک جراح ستون فقرات که قصد دارد برای بیمار مبتلا به هرنیاسیون دیسک بین مهره‌ای، عمل جراحی انجام دهد، می‌تواند با استفاده از یک مولاژ ستون فقرات درباره نوع عمل انتخاب شده و روش انجام آن برای بیمار به طور شفاهی و به زبان ساده توضیح دهد. مزیت‌ها و عوارض جانبی این نوع عمل خاص را بازگو کند و سایر روش‌های جایگزین را هم معرفی کند. تا بیمار به طور آگاهانه به انجام عمل جراحی رضایت دهد و در حین و بعد از اقدامات درمانی نیز همکاری بیشتری داشته باشد.

### مدیریت مناسب در گفتن خبر بد

ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی باید در هنگام مواجهه با بیمار و خانواده‌ی وی با کمال احترام و همدلی و حفظ کرامت انسانی رفتار کنند و به ویژه در صحبت با ایشان در خصوص بیماری سخت و احتمال مرگ یا در زمان دادن خبرهای ناگوار به ایشان باید ملاحظات و حساسیت‌های مربوطه را کاملاً رعایت کنند. البته این به مفهوم نادیده گرفتن حقیقت‌گویی نیست و در واقع هنر پزشک و سایر ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی در این است که حقیقت را نیز از بیمار مخفی نکنند و با همدلی (نه بزرگنمایی احساسات) خبرهای ناگوار را به ایشان اطلاع دهند. به طور مثال تصور کنید که مقرر است یک جراح قفسه سینه درباره میزان فایده عمل جراحی تومور وسیع ریه برای بیمار توضیح دهد. این جراحی آسان نیست و بیمار حق دارد که بداند این عمل ممکن است خطرات جانی در بر داشته باشد ولی از طرفی پزشک باید با اصطلاحات قابل فهم، با رعایت همدلی و حفظ کرامت انسانی و با حوصله برای بیمار

توضیح دهد، نگرانی‌های بیمار را گوش کند و در جهت رفع آن تلاش کند. تا بیمار از حقیقت آگاه شود و به طور آگاهانه به این عمل جراحی رضایت دهد.

### حق بیمار در مشورت با دیگران

گاهی اوقات بیمار از پزشک درخواست می‌کند که برای حصول اطمینان از درستی اقدامات تشخیصی و درمانی برای وی، از نظر سایر پزشکان نیز استفاده شود. پزشک در این موارد باید این حق را برای بیمار محترم بداند و در تسهیل اجرای فرایند مشاوره با سایر پزشکان نیز تلاش نمایند. زیرا رعایت احترام به بیمار و اتونومی وی باعث افزایش اعتماد بیمار به پزشک معالج اصلی نیز می‌گردد.

### حفظ حریم خصوصی

یکی از مهمترین مصادیق احترام به بیمار توسط پزشک و سایر ارائه دهندگان خدمات پزشکی، رعایت احترام به حریم خصوصی بیماران است که مصادیق متعددی دارد از جمله اینکه؛ پزشک در مواجهه با بیمار برای گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی، این اقدامات را در حضور سایر افراد و با اجازه بیمار انجام دهد. حفظ پوشیدگی بیمار در هنگام معاینه نیز بسیار حائز اهمیت است.

### احترام به باورها و عقاید بیماران

علاوه بر موارد فوق باید به باورها و عقاید بیمار از هر قومیت، مذهب و فرهنگی که به آن تعلق دارد احترام گذاشت. به طور مثال ممکن است پزشک متخصص جراحی در اورژانس بر بالین بیماری فراخوانده شود که خانمی مذهبی باشد و اجازه معاینه شدن توسط پزشک مرد را ندهد. در این گونه موارد باید به عقاید مذهبی بیمار احترام گذاشت و در صورتی که ممکن باشد از پزشک جراح خانم در این زمینه کمک گرفت و در صورتی که چنین امکانی وجود نداشته باشد، می‌توان برای بیمار این موضوع را توضیح داد و از یک همکار خانم تقاضا کرد که در حین معاینه در کنار بیمار حضور داشته باشد.

### در نظر گرفتن شرایط و هیجانات بیمار

ارائه دهندگان خدمات پزشکی باید علاوه بر باورها و اعتقادات بیمار، حتی تجربیات و احساسات هیجانی وی را نیز در نظر بگیرند. به طور مثال میزان استرس ناشی از تزریق عضلانی و یا تعبیه راه وریدی در تمام بیماران یکسان نیست، بلکه برخی از بیماران دچار ترس و اضطراب بی‌مورد نسبت به این اقدامات می‌باشند و کادر پزشکی در برخورد با این بیماران نباید آنها را مورد تحقیر و بی‌احترامی قرار دهد، بلکه با احترام به احساسات هیجانی این بیماران تا حد ممکن از روش‌های مختلف برای

کاهش نسبی اضطراب و کاهش درد و رنج بیماران بهره بگیرند.

احترام به بیماران فقط مربوط به زمان حضور آنان نیست و در غیاب ایشان در هنگام صحبت با همکاران درباره بیمار نیز باید به رعایت و حفظ شان و کرامت انسانی بیمار اهتمام ورزید. به طور مثال؛ در هنگام ارائه و بررسی موارد آموزشی در جلسات گزارش صبحگاهی باید صحبت کردن درباره بیمار با رعایت احترام و حفظ شان ایشان صورت گیرد.

## رازداری

یکی از مصادیق بسیار مهم در مبحث احترام، رعایت رازداری درباره اطلاعات بیمار است. ارائه دهندگان خدمات پزشکی باید از مطرح ساختن اطلاعات هویتی بیمار به گونه ای که موجب نقض رازداری گردد جدا پرهیز کنند و ایشان نباید جز در مواردی که قانون تصریح کرده است اطلاعات بیمار را در اختیار افراد خارج از تیم مراقبت قرار دهند. در بخشی از سوگند نامه بقراط آمده است که "آنچه در حین انجام حرفه ی خود و حتی خارج از آن درباره زندگی مردم خواهم دید یا خواهم شنید که نباید فاش شود به هیچکس نخواهم گفت. زیرا این قبیل مطالب را باید به گنجینه اسرار سپرد." در همین راستا در هنگام ارائه و بررسی کیس های آموزشی در جلسات گزارش صبحگاهی باید فقط اطلاعاتی بیان شوند که از نظر علمی در راستای تشخیص و درمان و آموزش مفید هستند و از اطلاعات غیر ضروری که منجر به شناسایی بیمار توسط سایرین می شود پرهیز کرد تا رازداری نیز رعایت شده باشد.

## احترام به جسد

احترام به بیمار فقط معطوف به زمان حیات بیمار نیست بلکه باید به اجساد بیماران نیز احترام گذاشت و در این راستا هر کدام از ارائه دهندگان خدمت باید با تکریم با اجساد متوفیان برخورد کنند و متولیان بیمارستان ها باید ملاحظات را برای تکریم متوفیان در نظر بگیرند و آن را ابلاغ کنند تا این امر توسط همگان تحت ملاحظه قرار گیرد. دانشجویان گروه پزشکی برای آموختن درس آناتومی باید در سالن تشریح دانشکده، به آموزش پردازند. یکی از نکات با اهمیت در این دوره رعایت احترام به اجساد سالن تشریح می باشد.

## احترام به همکاران و تیم درمان

علاوه بر رعایت احترام به بیمار و همراهان، جنبه دیگری نیز از احترام وجود دارد که احترام به همکاران است. ارائه دهندگان خدمات پزشکی نباید در حضور بیمار و همراهان از تصمیمات سایر همکاران

انتقاد کنند و باید به نقش و مهارت سایر همکاران در مراقبت از بیمار احترام بگذارند و ارتباط موثر و محترمانه با سایر همکاران برقرار کنند. رعایت رفتاری توأم با احترام و صبر، هم چنین رعایت شأن و کرامت انسانی سایر اعضای تیم ارائه دهنده خدمات سلامت می‌تواند باعث بهبود چشمگیر خدمات پزشکی و پیراپزشکی به بیماران گردد. بر همگان واجب است که با زبردستان با احترام، صبر و حفظ کرامت انسانی آنها رفتار نمایند.

### احترام به استادان

حرفه‌مندان پزشکی باید نسبت به معلمان و افراد با سابقه تر از خود با احترام، حق شناسی و قدردانی رفتار کنند. این نکته در جایی دارای اهمیت مضاعف می‌شود که فردی دارای جایگاه اجرایی شده است و باید بیش از پیش دقت کند که در احترام ورزیدن به استادان پیشکسوت که قبلاً افتخار شاگردی ایشان را داشته است از هرگونه قصور بپرهیزد.

### نتیجه‌گیری

رعایت احترام توسط هر انسانی نشانه رشد فکری و کمال عقلی و اجتماعی اوست و باعث بهبود روابط اجتماعی می‌گردد. رعایت این مهم توسط ارائه دهندگان خدمات پزشکی در کاهش شکایات پزشکی، افزایش رضایتمندی مراجعین و افزایش اعتماد بین ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات پزشکی، تاثیر چشمگیری دارد. علاوه بر آموزش مبحث احترام و مصادیق آن به ارائه دهندگان خدمات پزشکی، باید لزوم رعایت احترام متقابل توسط گیرندگان خدمت نیز به ایشان گوشزد شود. نقش مسئولین سیستم سلامت نیز در حفظ چرخه احترام و عدالت قابل توجه است.



## منابع:

- 1- Wood AW. Respect and Recognition. In The Routledge Companion to Ethics 2010 Jun 21 (pp. 588-598). Routledge.
- 2- Birch TH. Moral considerability and universal consideration. Environmental Ethics. 1993 Nov 1;15(4):313-32.
- 3- Bird C. Mutual respect and civic education. Educational Philosophy and Theory. 2010 Jan 1;42(1):112-28.
- 4- Pettit P. Consequentialism and respect for persons. Ethics. 1989 Oct 1;100(1):116-26.
- 5- Anderson ES. What is the Point of Equality?. Ethics. 1999 Jan;109(2):287-337.
- 6- Cranor CF. On respecting human beings as persons. The Journal of Value Inquiry. 1983 Jun 1;17(2):103-17.
- 7- Frankena WK. The ethics of respect for persons. Philosophical Topics. 1986 Oct 1;14(2):149-67.
- 8- Downie RS, Telfer E. Respect for persons.
- 9- Ravabetomoomi.ir
- 10- Feinberg J. Some conjectures about the concept of respect. Journal of Social Philosophy. 1973 Apr;4(2):1-3.
- 11- Hudson SD. The nature of respect. Social Theory and Practice. 1980 Feb 1;6(1):69-90.
- 12- Dillon RS. Respect for persons, identity, and information technology. Ethics and Information Technology. 2010 Mar 1;12(1):17-28.
- 13- Darwall S. Sentiment, care, and respect. Theory and Research in Education. 2010 Jul;8(2):153-62.

# فصل هفتم:

## عدالت

نویسنده:

دکتر فریبا اصغری

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

- آیا تا کنون در موقعیت انتخاب بین دو بیمار که نیاز به یک خدمت دارند، قرار گرفته اید؟
- آیا در سرویس شما گروهی از بیماران کیفیت پایین تری از خدمات را دریافت می کنند؟
- در سرویس شما چه تست های غیر ضروری برای بیماران تجویز می شود؟
- آیا برخی از نابرابری های سلامت در حوزه تخصصی شما، به وجود عوامل اجتماعی قابل اصلاح بر می گردد؟

هزینه های سلامت با توسعه فناوری و مراقبت های پیشرفته، بسیار بالا رفته اند. محدودیت منابع و ناتوانی پرداخت بیماران، ارائه بهترین خدمات به تمام نیازمندان را محدود کرده است. این موضوع علاوه بر تبعیض های ناشی از تعارض منافع و پیش داورى ها که از دیرباز مطرح بوده، موضوع مسئله عدالت در سلامت را مطرح می سازد. از دیگر سو، برخورداری منصفانه از منابع سلامت، نقش مهمی در حفظ اعتماد عمومی به حرفه پزشکی دارد و به این لحاظ، لازم است علاوه بر سیستم سلامت، همه پزشکان در توجه نشان دادن و برآوردن این ضرورت به عنوان وظیفه حرفه ای تلاش کنند. در این فصل پس از مرور مفهوم عدالت به معنای عام، به مباحث عدالت در سلامت، توزیع منابع در سطح ماکرو و میکرو، رفع تبعیض در خدمات، توجه به هزینه اثربخشی خدمات و توجه به تعیین کننده های اجتماعی سلامت در برخورداری عادلانه از سلامت خواهیم پرداخت.

## عدالت

هر جا قرار است افراد سود یا باری را به دلیل خصوصیات یا شرایطی که دارند متحمل شوند، عدالت و استانداردهای آن مطرح می شود. کلمه عدالت ممکن است به سادگی به مساوات تعبیر شود. اما آیا عادلانه است که همه چیز را از همه کس انتظار داشت وقتی نه تواناییهای یکسانی دارند و نه مسئولیت های یکسانی؟ آیا عادلانه است که همه به طور مساوی همه چیز دهند، وقتی نه نیاز برابر دارند، نه شایستگی برابر؟

در دیدگاه های فلسفی مختلف، تعاریف متفاوتی از عدالت ارائه شده است. در عدالت توزیعی (یعنی برقراری عدالت در توزیع سود یا زیان) دو دسته اصول مطرح می شوند: صوری و مادی.

اصل صوری<sup>۱</sup> عدالت: حداقل ضرورت شکلی مشترک در همه تئوری های عدالت این است که باید با افراد برابر، برابر و با نابرابرها، نابرابر رفتار شود. این قاعده صوری یا شکلی است نه محتوایی، چون معیاری برای تعیین این که کدام دو نفر برابر هستند ارائه نمی دهد. برابری چطور باید تعیین شود؟ قطعاً

هیچ دو نفری با هم برابر نیستند و وجوه متعدد اختلاف در هر دو نفر وجود دارد. سؤال این است که چه تفاوت‌هایی افراد را نابرابر می‌کند و معیار مرتبط<sup>۱</sup> برای مقایسه افراد یا گروه‌ها محسوب می‌شود؟ اصول مادی<sup>۲</sup> عدالت: اصول مادی اصولی هستند که معیارهای مرتبط برای نابرابری را تعیین می‌کنند. اصول مختلفی مطرح است از قبیل تخصیص:

۱. به هر فرد سهم برابر

۲. به هر فرد بر اساس نیاز

۳. به هر فرد بر اساس تلاش در مشارکت

۴. به هر فرد بر اساس شایستگی

۵. به هر فرد بر اساس تعامل در بازار آزاد

بسته به این‌که چه چیزی قرار است توزیع شود، اصل مادی متفاوتی ممکن است در توزیع آن مطرح شود. مثلاً اصل به هر فرد سهم برابر: برخورداری از حقوق اجتماعی است. مطلوب است که به تمام شهروندان حق مشارکت سیاسی برابر داده شود و یا همگان در مقابل قانون برابر باشند.

مثال خوب برای اصل تخصیص بر اساس نیاز: در توزیع خدمات آتش‌نشانی و پلیس است که بسته به مورد نیاز واقع شدن و شدت نیاز، این خدمت ارائه می‌شود.

مثالی از اصل به هر فرد بر اساس مشارکت: توزیع سود بانکی است که به نسبت سهم سپرده هر فرد در بانک بین افراد توزیع می‌شود.

گاهی می‌بینید به اصل "به هر فرد بر اساس شایستگی" ارجاع داده می‌شود به‌عنوان مثال: پرداخت دستمزد ممکن است به نسبت کیفیت و تخصصی بودن انجام کار در نظر گرفته شود.

قبل از پرداختن به ملاک عدالت توزیعی در سلامت مناسب است به دیدگاه‌های تئوری عدالت با تاکید بر سلامت پردازیم تا درک تفاوت دیدگاه‌ها در ارائه و توزیع خدمات سلامت تسهیل شود.

## تئوری‌های عدالت

در فلسفه سیاسی تئوری‌های متفاوتی در عدالت ارائه شده است. طرح این تئوری‌ها در قالب ارائه خدمات سلامت به درک مبانی مختلف در توزیع منابع سلامت و گوناگونی اشکال پوشش مالی هزینه‌های سلامت در جوامع کمک می‌کند.

1 relevant

2 material principle

تئوری‌های سودگرایانه<sup>۱</sup>: در این دیدگاه مبنای عدالت بر برقراری بیشترین سود<sup>۲</sup> تجمعی در جامعه است. مبنا در این دیدگاه، تأمین بیشترین حد سلامتی برای حداکثر افراد جامعه است. به عبارت دیگر: با منابع حاضر چه سیاستی باید داشته باشیم تا بیشترین جان حفظ شود و افزایش عمر بیشتری داشته باشیم. بر این اساس، خدمات سلامت پایه به همه شهروندان - در حد تأمین سلامت عمومی و حمایت از سیاست‌هایی که آن را ارتقا می‌دهد - ارائه می‌شود. مبنای توزیع منابع، بیشترین سال‌های با کیفیت زندگی<sup>۳</sup> است. این تئوری توجهی به درآمد و سطح نیاز افراد ندارد. به شکل توزیع منافع و بار خدمات سلامت هم توجهی نمی‌کند. [۱]

تئوری‌های آزادی‌گرایانه<sup>۴</sup>: بر اساس این تئوری‌ها لازم است به حداکثر آزادی افراد احترام گذاشته شود. تنظیم بازار خدمات سلامت باید به عهده بازار آزاد گذاشته شود. بر این اساس سلامتی نه یک حق مثبت (ایجابی) که دیگران تکلیف به اعاده آن داشته باشند بلکه یک حق منفی (سلبی) است؛ به این معنی که کسی حق مزاحمت برای دسترسی افراد و بر خورداری آن‌ها از سلامت را ندارد. افراد آزادند با پرداخت شخصی برای خرید خدمت سلامت اقدام کنند. به این ترتیب، دسترسی بر اساس قدرت خرید خواهد بود. افراد می‌توانند توان خرید خدمت خود را با ابتکاراتی بهبود ببخشند (مثلاً خرید بیمه سلامت). [۲] در این تئوری، خدمات سلامت حق نیست و دولت موظف به اصلاح نابرابری دسترسی مردم به سلامت نیست. در این تئوری، عدالت در فرایند مهم است نه در شکل توزیع پیامدی که حاصل می‌شود. ایجاد سیستم خدمات سلامت بر پایه منابع عمومی (بیمه سلامت عمومی) پذیرفته نیست. بیمه شدن آزادانه و به انتخاب خود فرد است و هر کس حق بیمه خود را پرداخت می‌کند.

تئوری‌های مساوات‌گرایانه<sup>۵</sup>: هر چند رالز مبدع این تئوری، مستقیماً به توزیع خدمات سلامت پرداخت، نورمن دانیل در تئوری مساوات‌گرایانه خود از تئوری رالز برای توزیع خدمات سلامت استفاده کرد. [۳] در این تئوری به سلامتی به عنوان فرصت برابر برای مردم توجه شده است. به عبارت دیگر: خدمات سلامت برای رسیدن و حفظ و بازیابی سطح عملکرد معمول انسانی لازم است. موسسات اجتماعی تأمین‌کننده منابع سلامت باید سیاست‌گذاری‌شان به صورتی باشد تا اجازه دهند هر فرد بدون در نظر گرفتن توان پرداخت، سهم منصفانه‌ای از سلامتی برای داشتن محدوده نرمالی از فرصت حضور و مشارکت در جامعه را کسب کند. به این ترتیب مبنا، ارائه خدمات بر اساس نیاز و

1 Utilitarian

2 Utility

3 Quality Adjusted Life Year

4 Libertarian

5 Egalitarian

بدون در نظر گرفتن درآمد و دسترسی افراد خواهد بود.

## عدالت در سلامت

"فرصت برابر برای همه" در تمام تئوری‌های عدالت، محوری است. [۴] لذا آنچه بیش از همه مورد اقبال در عدالت سلامت است اصل مادی نیاز است. حتی در تئوری‌های آزادی‌گرایانه که در آن شایسته سالاری و آزادی شهروندان در معاملات و عدم مداخله دولت در توزیع درآمدها مطرح است، عدالت به صورت تأمین آزادی و فرصت برابر تعریف می‌شود. [۲] بیماری به طور اتفاقی و غیر انتخابی در بین مردم و در طول عمر زندگی‌شان رخ می‌دهد. یکی از تظاهرات فرصت برابر برای تلاش و به ظهور رساندن شایستگی‌ها، برخورداری از سلامت است. برای برخورداری برابر از سطح معقولی از سلامت که برای عملکرد معمول انسان در جامعه لازم است، ارائه و توزیع خدمات بر اساس نیاز سلامت مردم لازم می‌باشد. یعنی هر کس به نسبت نیاز برای رسیدن به سطح قابل قبولی از سلامتی، از خدمات برخوردار گردد و افراد با نیاز برابر، دسترسی و برخورداری برابر از خدمات داشته باشند، نه بر اساس توان پرداخت.

مبنای وجود بیمه‌های همگانی سلامت هم این است تا برای ایجاد فرصت سلامتی قابل قبول برای همه با استفاده از یارانه یا کمک هزینه سالم به بیمار و غنی به فقیر، عدالت را در برخورداری از سطح قابل قبولی از سلامتی در آحاد جامعه به وجود آورد. به این تعبیر، سلامتی به‌عنوان یک حق از حقوق اساسی شهروندان جامعه لحاظ شده و حکومت‌ها موظف به تأمین این حق هستند. در حداقل سطح قابل قبول سلامتی که باید برآورده شود چیست، محل اختلاف است. چرا که خدمات سلامت بسیار هزینه‌بر هستند و تأمین سلامتی تا حدی که عملکرد معمول و عرفی یک انسان در جامعه حفظ شود به منابعی بیش از منابع در دسترس برای حوزه سلامت نیاز دارد. به این ترتیب تأمین رایگان حداقل خدمات سلامت عمومی در همه تئوری‌های توزیع منابع پذیرفته می‌شود. همه تئوری‌ها و نظام‌های مختلف در تأمین مقادیر بیشتر مراقبت‌های سلامتی، نگاه‌های متفاوتی دارند.

در دیدگاه آزادی‌گرایانه، خدمات پایه بهداشت عمومی (مانند واکسیناسیون) و مراقبت‌های اورژانس در نظر گرفته می‌شود. سایر مراقبت‌ها توسط خود شهروندان مستقیم و یا با پرداخت حق بیمه تأمین می‌شود. در تئوری مساوات‌گرایانه، تأمین سلامت در حد رفع نیاز برای داشتن عملکرد معمول انسانی در جامعه منظور نظر است. در این تئوری، مبنای توزیع منابع فقط ایجاد دسترسی به خدمات برای افراد نیازمند نیست بلکه توجه به پیامدهای سلامتی هم هست. یعنی ایجاد امید به زندگی تا حد امکان برابر

باکیفیت برابر، برای همه. چرا که دسترسی به درمان، به تنهایی بی عدالتی در سلامت را کم نمی کند. بنابراین نه تنها دسترسی، بلکه تلاش برای برخورداری مناسب تمام افرادی که نیاز سلامتی دارند هم شرط عدالت دانسته می شود.

در این دیدگاه، توجه به تعیین کننده های اجتماعی سلامت هم اهمیت می یابد. سوای خدمات سلامت، برقراری عدالت اجتماعی برای ارتقا سلامت بسیار مفید است. اقداماتی چون مراقبت های دوران کودکی، تغذیه پایه، افزایش حداقل درآمد، بهبود محیط کار و ... می تواند در برقراری عدالت در سلامت کمک کند و لازم است حکومت ها به آن ها توجه کنند.

تعریفی که سازمان جهانی بهداشت از عدالت در سلامت ارائه داده است به همین مفهوم ناظر است: «فقدان تفاوت های سامان مند و بالقوه قابل برطرف کردن، در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت در زیرگروه های اقتصادی، اجتماعی، دموگرافیک و جغرافیایی». به عنوان مثال: بر این اساس شاخص های سلامت نباید بین صدک های درآمد پایین و بالای جامعه، روستاییان و شهرنشینان، اقلیت های قومی یا مذهبی با سایر افراد متفاوت باشد. به این ترتیب سلامت به عنوان یک حق نگریسته می شود که حکومت ها در برآوردن حداقل شایسته ای از آن موظف هستند.

## توزیع خدمات و منابع سلامت در سطح کلان

حق بر حداقل شایسته از خدمات سلامت، دسترسی برابر به خدمات سلامت پایه را تضمین می کند. به این ترتیب بخش ضروری خدمات سلامت با بودجه عمومی و مابقی نیاز سلامت با خرید خدمت توسط اعضای جامعه تأمین می شود.

دو منبع در تأمین هزینه های سلامت مورد اتکا است:

- ۱- حمایت اجتماعی (بودجه عمومی) برای خدمات پایه و نیازهای ناشی از حوادث غیر مترقبه
- ۲- پوشش بیمه داوطلبانه برای سایر نیازهای سلامت

خدمات پایه (حداقل شایسته از خدمات سلامت): شامل خدمات پیشگیرانه، خدمات اورژانس، حفاظت سلامت عمومی، خدمات سطح پایه و خدمات خاص اجتماعی برای افراد دچار معلولیت است اما بسته به بودجه سلامت، می تواند خدمات بیشتری را نیز پوشش دهد.

این شیوه ترکیبی از خدمات دولتی و خصوصی است و دیدگاه ضعیفی از تئوری مساوات گرایانه در ارائه خدمات سلامت را مطرح می کند. زیرا به همه فرصت برابر دسترسی به حداقل شایسته از خدمات

سلامت را می‌دهد. این شیوه ارائه خدمات، از دیدگاه سود گرایانه هم مطلوب است. زیرا اجازه می‌دهد که تصمیم‌گیری تخصیص منابع بر اساس هزینه اثر بخشی باشد و خدماتی تحت پوشش حمایت عمومی قرار گیرد که بیشترین نقش را در حفظ جان افراد جامعه دارند. با دیدگاه آزادی گرایانه هم همخوانی دارد زیرا بخشی از خدمات با پرداخت افراد و در بخش خصوصی ارائه می‌شود. همچنین مشوق‌های مختلفی برای افزایش کارایی نظام‌های درمانی به کار گرفته می‌شود.

در این شیوه لازم است جامعه در عمل تعیین کند که "حداقل شایسته از خدمات سلامت" شامل کدام خدمات می‌شود؟ آیا قرار است فقط خدمات پایه بدهد و خدمات درمانی گران‌قیمت اما حیاتی، مثل شیمی درمانی و پیوند کبد را پوشش ندهد؟

به بیان دیگر معیار اولویت‌بندی بیماری‌ها برای ورود به فهرست خدمات شایسته سلامت چیست؟

## استراتژی‌های اولویت‌بندی خدمات

الف) استفاده از سال‌های با کیفیت زندگی / آنالیز هزینه اثر بخشی / آنالیز هزینه سودمندی استفاده از این معیار منجر می‌شود با کمترین هزینه بیشترین سال‌های عمر با کیفیت مردم جامعه حفظ شود. با این همه اشکالاتی دارد. تبعیض علیه بیمارانی که هزینه درمان بالایی دارند و یا امید به زندگی پایین دارند (مانند نوزادان، سالخورده‌گان و معلولان) و همین‌طور عدم قطعیت در مورد صحت قضاوت کیفیت زندگی در متدولوژی این معیار، اشکالاتی است که به آن وارد می‌شود. برای حل این مشکل هیچ راه حل روشنی وجود ندارد. و علی‌رغم این اشکالات، همچنان داده‌های مربوط به سودمندی<sup>۱</sup> مداخلات، به دلیل کمک دقیق و روشنی که به رتبه‌بندی مراقبت‌ها می‌کند، تهیه می‌شود و در اختیار عموم مردم و سیاست‌گذاران قرار می‌گیرد تا بر اساس آن و سایر ارزش‌ها و استدلال‌های معقول برای اولویت‌بندی مورد استفاده قرار گیرد.

ب) فرایند پاسخگویی برای مستدل بودن

در این شیوه، به جای ارائه نوعی معیار برای انتخاب اولویت، به منصفانه بودن فرایند تعیین معیار توجه می‌شود. فرایند تصمیم‌گیری آزادی‌گرایانه و مشارکت منصفانه عمومی در تقریب به انصاف سیاست‌های اتخاذ شده مفید است. بر این اساس نورمن دانیل فرایند «پاسخگویی برای مستدل بودن»<sup>۲</sup> را معرفی کرد. [۵] در این فرایند تلاش می‌شود تنها معیارهای مرتبط وارد تصمیم‌گیری شود. شواهد

1 Utility

2 accountability for reasonableness



موجود بررسی می شود تا مرتبط بودن معیارها تا حد امکان، مستدل باشد. دیگر اینکه به ارزش های اجتماعی در اولویت دهیها توجه می شود. سیاستی که به این ترتیب بر اساس معیارهای مستدل تدوین می شود باید شفاف، قابل نقد و امکان شنیدن اعتراض و استدلال، در طرح اشکالات ان (از جمله سوگیری در نادیده گرفتن حقوق گروهی از مردم) فراهم باشد. همچنین امکان تجدید نظر سیاست مبتنی بر شواهد جدید و منطقی بودن استدلال هایی که در اعتراض وارد شده است، وجود داشته باشد. فرایند «پاسخگویی برای مستدل بودن» اگرچه اطمینان صددرصدی از منصفانه بودن اولویت بندی را فراهم نمی کند اما کاربردی ترین اقدام برای اطمینان از تصمیم سازی منصفانه است.

## تجربه ایالت اورگون

سال ۱۹۸۹ در ایالت اورگون تصمیم گرفته شد که از این شیوه برای اولویت بندی خدمات و ورود آن ها به پوشش بیمه مدیکید<sup>۱</sup> (برنامه کشوری/ استانی امریکا که هزینه بر آوردن نیاز سلامت افراد کم درآمد را تامین می کند) استفاده شود. به این منظور لیست خدمات (درمان-بیماری)- که ۱۶۰۰ مورد بود- را بر اساس سال های با کیفیت زندگی پس از درمان و هزینه تهیه و اولویت بندی کردند. در این اولویت بندی روکش دندان اولویت بالاتری از درمان آپاندیسیت دریافت کرده بود زیرا طبق محاسبات، میزان عمر با کیفیت بیشتری برای مردم ایجاد می کند. برای رفع این گونه اشکالات، لیست جفت درمان-بیماری را بر اساس گروه های جنرال (از قبیل مدیریت بیماریهای مزمن، مراقبت مادر باردار و نوزاد و...) دسته بندی و اولویت دهی جفت درمان-بیماری در درون هر گروه انجام شد. وزن دهی هر گروه و مرور منطقی بودن اولویت بندی درون گروه ها به نحوی که نگاه سوگیرانه علیه هیچ گروه آسیب پذیری نباشد و فقط بر اساس ارزش های شهروندان در فرایندی شفاف و پاسخگو باشد، (فرایند پاسخگویی برای مستدل بودن) انجام شد تا بسته به بودجه و تعداد افرادی که زیر خط فقر هستند هر تعداد از درمان ها و مراقبت های بالای لیست که مقدور است به عنوان حداقل خدمات شایسته سلامت در نظر گرفته شود. این سیاست به طور رسمی از سال ۱۹۹۴ اجرا شد. [۶]

در اجرای این برنامه چند سرویس از جمله جراحی عمل فتق<sup>۲</sup> و لوزه<sup>۳</sup> از لیست بیرون افتاد و تحت پوشش قرار نگرفت. [۴] به لحاظ رفع اشکالات نظام اولویت دهی، گروه درگیر در اولویت دهی خدمات مستقل از قانون گذاران بودند. به علاوه فرایند شفاف و مستدل به مطالعات مکرر برنامه ریزی

1 Medicaid

2 Hemi incarceration

3 tonsillectomy

شد و نقدهایی که در مقالات بر آن نوشته شد تاثیر جدی بر اصلاحات در اولویت‌بندی‌ها داشت. این فرایند همچنان هر دو سال بر اساس پیشرفت‌های ایجاد شده در اثربخشی درمان‌ها یا معرفی خدمات جدید (مثل خودکشی به کمک پزشک که در ایالت اورگون قانونی شد) مورد بازنگری قرار می‌گیرد.

## توزیع خدمات و منابع سلامت در سطح خرد

هر یک از حرفه‌مندان بسته به جایگاه خود ممکن است در تخصیص نوبت، تخت بیمارستانی و یا عضو پیوندی و مواردی از این دست در مقام تصمیم‌گیری برای اولویت‌دهی بیماران قرار گیرند. چنانکه گفته شد مبنای منصفانه توزیع در خدمات سلامت، نیاز افراد است. در موقعیت اولویت‌بندی بیماران نیز مرتبط‌ترین و پذیرفته‌ترین معیار، نیاز سلامت است. علاوه بر نیاز و شدت بیماری، ظرفیت سود بردن از خدمت مورد نظر نیز معیار مرتبطی است. به عبارت دیگر علاوه بر شدت بیماری، پروگنوز بیمار و احتمال اثربخشی مداخله مورد نظر برای افراد نیز باید مورد توجه قرار گیرد تا از هدر رفت منابع محدود جلوگیری شود.

اگر منابع تجدید پذیر نباشند مثل عضو پیوندی، مبنای باید بر جلوگیری از هدر رفت منابع باشد. این در حالی است که موفقیت مداخلات درمانی همیشه با عدم قطعیت همراه است. همخوانی نسبی دهنده و گیرنده احتمال موفقیت پیوند کلیه را بالای می‌برد و هرز رفت منابع را می‌کاهد اما از سویی دیگر، شانس دریافت پیوند توسط گروه‌هایی که در اقلیت نوع بافتی هستند را کاهش می‌دهد. به علاوه گاهی معیار نیاز پزشکی با معیار احتمال موفقیت ناسازگار است. مثلاً فردی که به مراقبت ICU نیاز بیشتری دارد، ممکن است احتمال موفقیت پایینی داشته باشد. اولویت دادن به اورژانسی‌ترین و بدحال‌ترین فرد در موقعیتی که احتمال موفقیت درمان بسیار کم است، خودش خلاف انصاف خواهد بود.

اولویت‌دهی بر اساس نیاز بین دو نفری که هم‌زمان نیاز به دریافت خدمت پیدا کرده‌اند تصمیم ساده‌تری است تا زمانی که پس از اشغال سرویس مورد نظر (مثلاً تخت ICU) توسط فردی با نیاز کمتر، بیماری با نیاز و سود پزشکی بیشتر مراجعه کند. اگر مبنای نیاز سلامت باشد، باید فرد با نیاز کمتر را از سرویس خارج و فرد با نیاز بیشتر را جایگزین کنیم. اگر نه، عملاً به شیوه "هر کس زودتر رسیده زودتر خدمت می‌گیرد" تصمیم‌گیری کرده‌ایم. اشکال اخلاقی روش "هر کس زودتر رسیده زودتر خدمت می‌گیرد" در توزیع خدمت این است که هر کس از قبل این درمان را دریافت کرده، اولویت مطلق پیدا می‌کند حتی اگر نیاز افراد بعدی اورژانسی‌تر و بیشتر باشد. این روند منجر به بی‌عدالتی

می شود چرا که اصل نیاز را کم رنگ می کند. به عنوان مثال در زلزله و بلایای طبیعی، افرادی که آسیب کمتری دیده اند زودتر به مراکز درمانی می رسند و چنانچه منابع موجود با این سیاست مصروف آنها شود، برای بیماران بدحالی که با تاخیر به مراکز درمانی می رسند چیزی باقی نمی ماند. همینطور در ICU هر چند وصل شدن به دستگاه ونتیلاتور پیش فرض مداومت در مراقبت را ایجاد می کند اما به فرد، حق مطلق برای اولویت مداوم را نمی دهد. به علاوه در ادامه درمان ممکن است نیاز فرد به آن خدمت کاهش پیدا کند یا احتمال موفقیت درمان پایین بیاید. لازم است فرآیندی برای تصمیم گیری بر اساس نیاز - حتی پس از بستری شدن بیماران - وجود داشته باشد.

وقتی منابع محدود است و اختلافی در سود پزشکی (برآیند نیاز بیمار و اثربخشی خدمت) بین گیرنده های بالقوه وجود ندارد، شانس و صف انتظار معیارهای قابل قبول در اولویت دهی خواهد بود. افرادی که به صف وارد است، این است که افراد با پول و سواد بیشتر (وضعیت اقتصادی اجتماعی بهتر)، زودتر مراجعه پزشکی دارند و زودتر هم در نوبت دریافت خدمات قرار می گیرند. [۴]

سود اجتماعی: معنای این معیار توجه به نقش بیمار در کمک به جلوگیری از صدمه جدی به جامعه است. تنها در شرایط بسیار استثنایی ممکن است سود اجتماعی معیاری مرتبط و مناسب برای اولویت دهی بیماران در نظر گرفته شود. در جنگ جهانی دوم جیره پنی سیلین به سربازانی داده می شد که بیماری مقاربتی داشتند نه سربازانی که دچار عفونت جراحات جنگ شده بودند. چون این افراد بر خلاف مجروحان جنگی، می توانستند زود خوب شوند و به میدان جنگ برگردند. در زلزله اگر پرسنل درمانی جراحات خفیفی داشته باشند که با رسیدگی بتوانند به خدمت برگردند، در اولویت خواهند بود. یعنی سود اجتماعی اگر و تنها اگر مشارکت اجتماعی فرد برای برآوردن یک هدف جدی و اورژانسی اجتماعی حیاتی است می تواند معیاری برای اولویت دهی در نظر گرفته شود. منظور از سود اجتماعی افراد، مهارت ها و قابلیت هایی است که برای حفاظت اورژانسی جامعه ضروری است (سوی از ارزش و مشارکت کلی فرد در جامعه).

### برخورد سوگیرانه در ارائه خدمات سلامت (تبعیض)

تبعیض در ارائه خدمات سلامت به طور گسترده ای در تمام دنیا وجود دارد. مطالعات نشان می دهد افراد از قومیت های اقلیت. [۷، ۸]، افراد مسن. [۹] و همین طور افراد با تغییر جنسیت. [۱۰] برداشت برخورد تبعیض آمیز در دریافت خدمات سلامت دارند. برخورد تبعیض آمیز پزشکان در مورد افراد با سابقه سوء مصرف الکل نیز نشان داده شده است. [۱۱]

برخی افراد در جامعه دچار انگ اجتماعی هستند و برخورد تبعیض آمیز را در جامعه احساس می کنند. از قبیل افراد دچار بیماری های روانی. [۱۲, ۱۳]، مبتلا به چاقی. [۱۴]، مبتلایان به ایدز. [۱۵]، افراد کارتن خواب. [۱۶]، افرادی که تغییر جنسیت داده اند. [۱۷] و افراد هم جنس گرا. [۱۸] این نگاه تبعیض آمیز ممکن است در بین ارائه دهندگان خدمات سلامت نیز وجود داشته باشد و این افراد خدمات باکیفیت پایین تری دریافت کنند. مطالعات نشان می دهد احساس تبعیض در دریافت کنندگان خدمات منجر به عدم مراجعه پزشکی و یا عدم تبعیت از توصیه های درمانی- بهداشتی در ایشان می شود. [۱۴, ۱۹-۲۲]

ما در غالب موارد، ناآگاهانه و بر اساس پیش فرض های غلط مرتکب اعمال تبعیض می شویم. عوامل متعددی منجر به تبعیض در دریافت خدمات می شود که توجه به آن ها برای پیدا کردن راهکاری مناسب برای جلوگیری از برداشت بی عدالتی در ارائه خدمات نزد مردم، مهم است. عوامل مؤثر بر ایجاد تبعیض را شاید بتوان در دو دسته اصلی جای داد: تعارض منافع و پیش داوری در مورد استحقاق بیماران.

وقتی فرد توجهی به ضرورت عدالت در برخورد نداشته باشد، موقعیت های تعارض منافع می تواند برخورد منصفانه او را تحت تأثیر قرار دهد. رفاقت ها، دشمنی ها، منافع شخصی، دردسر کمتر همگی از منافع ثانویه ای است که فرد را در موقعیت تعارض منافع قرار می دهد و می تواند باعث تأثیر بر کیفیت، سرعت خدمات یا اولویت بندی بیماران شود. همکاران یا پرسنل بیمارستان ممکن است برای دریافت مشورت یا ویزیت بدون نوبت برای خود یا آشنایان به در مانگاه شما مراجعه کنند. جلوگیری از تبعیض در این موارد در اولین نگاه ممکن است پر چالش باشد و نگرانی از دلخوری و اسباب دردسر شدن و ارزیابی های منفی همکاران باعث شود تا به سمت تبعیض دچار لغزش شویم. گاهی نیز منافی که از سوی طرف مقابل برای خود انتظار داریم ما را به برخورد تبعیض آمیز سوق می دهد. اگر به اهمیت برداشت برخورد عادلانه در خدمات برای مردم توجه داشته باشیم، می توان راهکارهایی مناسب برای ارائه خدمات به همکاران، تدبیر کرد. به عنوان مثال، خدمات به همکاران می تواند در فرصت هایی خارج از زمان خدمات به بیماران برنامه ریزی شود.

موضوع دیگری که ممکن است باعث بروز تبعیض در ارائه خدمات شود، پیش فرض های نادرست ما از شایستگی افراد برای دریافت خدمات است. ممکن است چنین ذهنیتی بین ارائه دهندگان خدمات سلامت در مورد استحقاق مجرمینی که از زندان برای دریافت مراقبت به مرکز درمانی آورده می شوند، مهاجرین، افراد سالخورده و معتادین برای صرف منابع خدمات سلامت وجود داشته باشد. پیش

داوری درباره ارزش جان انسان، نوع دوستانه و خیرخواهانه بودن مراقبت‌های پزشکی را زیر سؤال می‌برد و با روح کمک به انسان‌های نیازمند سلامت، در تضاد است. کارکنان خدمات سلامت موظف هستند صرف نظر از انگ‌های اجتماعی در مورد گروه‌های خاص، به ارائه خدمات سلامت با کیفیت و محترمانه به ایشان اقدام کنند.

یکی از عللی که موجب تبعیض در دریافت خدمات می‌شود باور به از دست دادن حق سلامت در کسانی است که شیوه زندگی<sup>۱</sup> مناسبی ندارند و رفتارهای پرخطر انجام می‌دهند. افرادی که رفتارهای پرخطر دارند و یا شیوه زندگی سالمی ندارند، معمولاً از سوی تیم سلامت در ابتلا به بیماری خود مقصر شناخته می‌شوند و لذا این باور ایجاد می‌شود که استحقاق برخورداری از خدمات سلامت دولتی را ندارند. اشکالاتی به این نگرش وارد است. [۴]

۱- در بروز اغلب بیماری‌ها عوامل متعددی تاثیرگذار است و نمی‌توان بیمار شدن را تنها به رفتار پرخطر فرد نسبت داد. برخی افراد سیگار می‌کشند اما مبتلا به سرطان ریه نمی‌شوند و برخی با مصرف مقادیر کمتر سیگار مبتلا می‌شوند چرا که زمینه ژنتیکی نیز در بروز بیماری دخیل است و نمی‌توان به تنهایی بر اساس وجود یا فقدان رفتار پرخطر، فرد را واجد یا فاقد استحقاق دریافت خدمت دانست. عوامل اکولوژیک و زمینه خانوادگی از انواع دیگر عواملی است که در بیمار شدن افراد مؤثر است.

۲- نکته دوم این است که افراد در اتخاذ شیوه زندگی شان چندان آزادانه و آگاهانه عمل نمی‌کنند. عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نقش جدی در اتخاذ ناآگاهانه رفتار پرخطر دارند. افرادی که در خانواده فقیر، کم سواد و دچار آسیب‌های اجتماعی مثل طلاق، اعتیاد، بزه‌کاری‌ها و... به دنیا می‌آیند و در آن محیط رشد می‌کنند و تربیت می‌شوند در اتخاذ رفتار پرخطر چندان آگاهانه و آزادانه تصمیم نگرفته‌اند.

۳- افرادی که رفتار پرخطر دارند زودتر می‌میرند و به سن پیری نمی‌رسند. این افراد در واقع بر خلاف تصور، از افرادی که زندگی سالمی را دنبال می‌کنند، هزینه سلامت کمتری به جامعه تحمیل می‌کنند.

۴- نکته دیگر آنکه ارزیابی اراده آگاهانه و آزادانه و تقصیر افراد نیاز به بازجویی بسیار دارد که با کار ارائه مراقبت سلامت ناسازگار است. در شأن حرفه‌مندان سلامت و سیستم سلامت که هدفشان کمک رسانی به افراد نیازمند است، نیست که به کاوش برای شناسایی تقصیر و میزان تقصیر افراد دست بزنند. به این دلایل مناسب نیست که حرفه‌مندان سلامت در استحقاق برخورداری افراد به لحاظ شیوه زندگی، قضاوت کنند و آن‌ها را از برخورداری از خدمات باکیفیت مناسب و محترمانه محروم دارند. از

سوی دیگر بحث مسئولیت پذیری بیماران در صرف منابع محدودی مثل عضو پیوندی نیز مطرح است. بیماری که دچار اعتیاد و نارسایی کبد است و حاضر نیست اعتیادش را ترک کند و شیوه زندگی سالمی دنبال کند، احتمالاً پیوند کبد به او، هرز رفت عضو پیوندی خواهد بود. می توان شرایطی را پیش بینی کرد که این دسته افراد در صورت عدم همکاری در اصلاح شیوه زندگی، در تخصیص برخی منابع محدود مثل عضو پیوندی، اولویت پایین تری داشته باشند اما حذف آن ها به کلی از لیست دریافت کننده عضو پیوندی، قابل قبول نیست.

تبعیض ممکن است در ارائه خدمت، در کیفیت خدمات و یا در اجرای فرایندها (مثلاً دور زدن نوبت، سلسله مراتب و...) رخ دهد. حساس بودن به موقعیت هایی که در معرض تبعیض قرار می گیریم و تأمل بر آن ها در پیدا کردن راهکارهایی که برای اجتناب از تبعیض مفید و لازم است.

## تولیت منابع

تا قبل از طرح تحول سلامت ۴۰ درصد بیماران بستری به دلیل هزینه های سلامت دچار هزینه های کمرشکن می شدند. طرح تحول سلامت جلوی زیر خط فقر رفتن مردم به دلیل هزینه های سلامت را گرفته است. تداوم طرح تحول با توجه به بدهی های جدی نظام سلامت، همکاری پزشکان و توجه آن ها به هزینه های غیر ضروری را می طلبد. مراقبت از هرز رفت منابع سلامت بخشی از وظیفه حرفه ای هر یک از حرفه مندان برای برقراری امکان ارائه خدمت عادلانه سلامت در جامعه است. منابع سلامت محدود است در حالی که خدمات سلامت بسیار هزینه بر هستند. مطالعات نشان می دهد که هزینه های سلامت روز به روز بیشتر می شود. برآورد می شود سال ۲۰۲۰ هزینه سلامت، برابر ۲۰ درصد تولید ناخالص ملی امریکا را شامل شود. [۲۳] بسیاری از هزینه های سلامت مربوط به تجویزهای غیر ضروری پزشکان است. [۲۴] به این دلیل گفته می شود که قلم پزشکان گران ترین وسیله پزشکی است. بر اساس نظر اقتصاددانان، توجه به کارآمدی خدمات سلامت بین ۱۵ تا ۳۰ درصد صرفه جویی در هزینه های سلامت را در پی دارد. [۲۳] مطالعات کشور ما نشان می دهد در نسبت قابل توجهی از موارد تجویز MRI و آنتی بیوتیک غیر ضروری است. [۲۵-۲۷] مطالعات نشان می دهد ۳۰ درصد هزینه های سلامت، هرز می رود و صرف اقدامات بی ارزش، تکراری، غیر علمی و حتی آسیب رسان می شود. [۲۸]

## علل تجویز غیر منطقی

عوامل متعددی باعث تجویز غیر منطقی توسط پزشکان می شود. گاهی خواست و اصرار بیمار منجر به تجویز نابه جای یک اقدام تشخیصی / درمانی پزشکان برای پیشگیری از نارضایتی بیمار و آسوده کردن خیال او می شود. گاهی پزشکان به دلیل نگرانی از مسائل قانونی و احتمال شکایت بیمار و پیش گیری از نادیده گرفتن تشخیص افتراقی های هر چند دور از احتمال، تجویزهای غیر منطقی را انجام می دهند. عدم تحویل کامل و دقیق بیمار به شیفت یا سرویس بعدی می تواند باعث تجویز تکراری برخی خدمات تشخیصی برای بیمار شود. بخشی از تجویزهای غیر ضروری یا پر هزینه نیز به دلیل تعارض منافع و پذیرش هدایا و پورسانت های شرکت های دارویی، تجهیزات پزشکی و یا مراکز خدمات پاراکلینیکی اتفاق می افتد.

کیفیت خدمات را باید از طریق آموزش پزشکان بالا برد و این پزشکان هستند که باید کنترل کننده ارائه خدمات به بیمار باشند و نه بیمه ها. کنترل هزینه های درمان باید متکی بر اخلاق پزشکی و پروفشنالیسم باشد. [۲۹] اختصاص دادن مشوق مالی برای پزشکان برای کاستن از هزینه درمان، غیراخلاقی به نظر می رسد چرا که آن ها را در موقعیت تعارض منافع قرار داده و قضاوت آنها برای ارائه مناسب ترین خدمت به بیمار را تحت تاثیر قرار خواهد داد.

مطالعات نشان می دهد پزشکان اطلاع کافی از هزینه های تجویزهای خود ندارند. [۳۰-۳۳] اگر پزشکان بدانند هزینه هر یک از تجویزهایشان چقدر است هزینه های مراقبت کاهش پیدا می کند. [۳۴] به علاوه برای ایجاد توجه به هزینه های بی مورد، باید تجویزهای غیر منطقی را نوعی خطا محسوب کرد و در ارزیابی خطا و آمار خطاها وارد و آن ها را تحلیل نماییم. خطا تنها عدم ارائه مراقبتی که لازم بوده و فراموش شده، نیست بلکه ارائه مراقبتی که اضافه بوده و هیچ ضرورتی به انجام آن نبوده نیز - هر چند صدمه ای به بیمار نزده باشد - محسوب می شود و باید مورد تحلیل قرار گرفته و ریشه یابی و اصلاح شود.

نکته مهم دیگر اینکه دستیاران نحوه تجویزها را بیش از آنکه بر اساس کتاب های مرجع بیاموزند، از تجویزهای استادان خود می آموزند. [۳۵]، بنابراین توصیه می شود اعضای هیئت علمی عدم تجویز غیر ضروری و توجه به هزینه های تجویزها را در عملکرد خود رعایت کنند و اشکارا از دستیاران خود مطالبه کنند.

## ابتکار انتخاب خردمندان

محدودیت منابع در بسیاری کشورها توجه به ترویج تجویز منطقی توسط پزشکان را باعث شده است. تلاش برای اصلاحات در نظام سلامت امریکا بیش از آنکه بر اساس رواج دیدگاه مساوات گرایانه در دسترسی به خدمات باشد، تلاشی برای کنترل هزینه‌های سلامت است. [۳۶] بنیاد برد طب داخلی امریکا به منظور ترویج تجویز منطقی، ابتکار «انتخاب خردمندان»<sup>۱</sup> را در سال ۲۰۱۲ ایجاد کرد. [۳۷] از آن زمان تاکنون (۲۰۱۷) بیش از ۷۰ انجمن تخصصی پزشکی به آن پیوسته‌اند بر اساس این طرح، انجمن‌ها بر اساس شایع‌ترین تجویزهای غیر ضروری در رشته تخصصی خود، پمفلت‌های آموزشی برای پزشکان و همین‌طور به زبان ساده و قابل فهم برای بیماران تهیه کرده‌اند. تا کنون ۴۰۰ مورد از این متون آموزشی که به معرفی تجویزهای غیر ضروری و ارائه رویکرد علمی و منطقی مورد نظر می‌پردازد تهیه شده است. علاوه بر توصیه به پزشکان پمفلت‌هایی نیز توسط این انجمن‌های تخصصی برای اطمینان بخشیدن به بیمارانی که درخواست تجویز نابجا دارند به زبان ساده و قابل فهم برای آن‌ها تهیه شده است.

پس از شروع این ابتکار در امریکا این اقدام مورد الگوبرداری در بسیاری کشورها قرار گرفته است. [۳۸]

## حمایت طلبی سلامت<sup>۲</sup>

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت از قبیل تحصیلات، اشتغال، درآمد، حمایت اجتماعی، آسیب‌های اجتماعی، حمل و نقل، مسکن، تغذیه و ... نقش جدی در حفظ سلامت و بروز بیماری‌ها دارند. [۳۹] نابرابری شرایط زندگی و شرایط اجتماعی افراد به نابرابری بیشتر در سلامتی منجر می‌شود. [۴۰] [۴۱] مطالعه‌ای در امریکا نشان داد علی‌رغم فراهم آوردن مراقبت‌های پره ناتال تحت پوشش بیمه مستمندان<sup>۳</sup> برای زنان آفریقایی آمریکایی، نابرابری در تولد پره‌ترم و وزن تولد بین آن‌ها و زنان سفید پوست کاهش نیافت. [۴۲] توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌تواند به کاهش نابرابری سلامت کمک کند. [۴۳] به بیان دیگر عوامل اجتماعی علت‌العلل بروز بیماری‌ها و نابرابری‌های سلامتی شناخته می‌شود.

رفع موانع دسترسی به خدمات و عوامل زمینه‌ساز اجتماعی بروز بیماری‌ها. نیازمند دید جامعه‌نگر

1 Choosing wisely

2 Health advocacy

3 medicaid



به بیماری و سلامت است. توجه پزشکان به عوامل زمینه ساز دسترسی به خدمات سلامت و عوامل بروز شرایط خطر ساز سلامتی به همراه حمایت طلبی برای اصلاح شرایط زندگی اجتماعی در ارتقای سلامت مردم و برابری سطح سلامت برای عموم جامعه بسیار ارزشمند است. پزشکان و تیم سلامت بیش از هر کسی به اثر این عوامل بر سلامتی واقف اند. پزشکان و انجمن های پزشکی باید مبتنی بر شواهد، مطالبه گر بهبود عوامل اجتماعی برای ارتقا سلامت مردم باشند.

## جمع بندی

به دلیل محدودیت منابع سلامت، ناگزیر از تدبیر معیارها و فرایندهایی برای تخصیص منابع و اولویت بندی بیماران هستیم. رعایت عدالت در حفظ اعتماد عمومی به حرفه، ضروری است. هر یک از پزشکان در توجه به رعایت عدالت موظف به رعایت وظایف حرفه ای ذیل در طبابت خود است:

۱. در توزیع عادلانه خدمات و منابع، نیاز سلامت باید مبنای اولویت دهی باشد.
۲. به هزینه- اثر بخشی خدمات و منطقی بودن تجویزها باید توجه داشته باشیم.
۳. از قضاوت و برخورد سوگیرانه در ارائه خدمت پرهیز کنیم.
۴. به تعیین کننده های اجتماعی سلامت حساس باشیم و مطالبه گر بهبود دسترسی مردم به خدمات سلامت باشیم.

## منابع

1. Olsen JA. Theories of justice and their implications for priority setting in health care. *Journal of health economics*. 1997;16(6):625-39.
2. Sandel MJ. *Justice: What's the right thing to do?*: Macmillan; 2010.
3. Daniels N. Justice, health, and healthcare. *American Journal of Bioethics*. 2001;1(2):2-16.
4. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*: Oxford University Press, USA; 2001.
5. Daniels N. Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ: British Medical Journal*. 2000;321(7272):1300.
6. Oberlander J, Marmor T, Jacobs L. Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan. *Canadian medical association journal*. 2001;164(11):1583-7.
7. Sorkin DH, Ngo-Metzger Q, De Alba I. Racial/ethnic discrimination in health care: impact on perceived quality of care. *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25(5):390-6.
8. Hausmann LR, Hannon MJ, Kresevic DM, Hanusa BH, Kwok CK, Ibrahim SA. Impact of perceived discrimination in health care on patient-provider communication. *Medical care*. 2011;49(7):626.
9. Dobrowolska B, Jędrzejkiewicz B, Pilewska-Kozak A, Zarzycka D, Ślusarska B, Deluga A, et al. Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students. *Nursing Ethics*. 2017;969733017718392.

10. Rodriguez A, Agardh A, Asamoah BO. Self-reported discrimination in health-care settings based on recognizability as transgender: a cross-sectional study among transgender US citizens. *Archives of sexual behavior*. 2017;1-13.
11. Farrell M, Lewis G. Discrimination on the grounds of diagnosis. *Addiction*. 1990;85(7):883-90.
12. Corker EA, Beldie A, Brain C, Jakovljevic M, Jarema M, Karamustafalioglu O, et al. Experience of stigma and discrimination reported by people experiencing the first episode of schizophrenia and those with a first episode of depression: The FEDORA project. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015;61(5):438-45.
13. Oshodi YO, Abdulmalik J, Ola B, James BO, Bonetto C, Cristofalo D, et al. Pattern of experienced and anticipated discrimination among people with depression in Nigeria: a cross-sectional study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014;49(2):259-66.
14. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2017:e20173034.
15. Sriphanaviboonchai K, Chariyalertsak S, Nontarak J, Assanangkornchai S, Kessomboon P, Putwatana P, et al. Stigmatizing attitudes toward people living with HIV among general adult Thai population: Results from the 5th Thai National Health Examination Survey (NHES). *PloS one*. 2017;12(11):e0187231.
16. Johnstone M, Jetten J, Dingle GA, Parsell C, Walter ZC. Discrimination and well-being amongst the homeless: the role of multiple group membership. *Frontiers in psychology*. 2015;6.
17. Prunas A, Bandini E, Fisher AD, Maggi M, Pace V, Quagliarella L, et al. Experiences of discrimination, harassment, and violence in a sample of Italian transsexuals who have undergone sex-reassignment surgery. *Journal of interpersonal violence*. 2016:0886260515624233.
18. Santana A, Tognasso G. Attitudes toward Homosexuality in Adolescence: An Italian Study. *Journal of Homosexuality*. 2017(just-accepted).
19. Assari S, Lee DB, Nicklett EJ, Moghani Lankarani M, Piette JD, Aikens JE. racial Discrimination in health care is associated with Worse glycemic control among Black Men but not Black Women with Type 2 Diabetes. *Frontiers in public health*. 2017;5:235.
20. Kay ES, Rice WS, Crockett KB, Atkins GC, Batey DS, Turan B. Experienced Hiv-related Stigma in Healthcare and Community Settings: Mediated Associations With Psychosocial and Health Outcomes. *J aids Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2017.
21. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*. 2015;16(4):319-26.
22. Turan B, Rogers AJ, Rice WS, Atkins GC, Cohen MH, Wilson TE, et al. Association between Perceived Discrimination in Healthcare Settings and HIV Medication Adherence: Mediating Psychosocial Mechanisms. *AIDS and Behavior*. 2017:1-9.
23. Levinson W, Ginsburg S, Hafferty F, Lucey CR. *Understanding medical professionalism: McGraw Hill Professional*; 2014.
24. Bovier PA, Martin DP, Perneger TV. Cost-consciousness among Swiss doctors: a cross-sectional survey. *BMC health services research*. 2005;5(1):72.
25. Hatami N, Askarian M, Moravveji AR, Assadian O. Economic burden of inappropriate antibiotic use for prophylactic purpose in shiraz, iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2011;13(4):234.
26. Salari H, Ostovar R, Esfandiari A, Keshtkaran A, Sari AA, Manesh HY, et al. Evidence for policy making: clinical appropriateness study of Lumbar spine MRI prescriptions using RAND appropriateness method. *International journal of health policy and management*. 2013;1(1):17.
27. Zargar Balaye Jame S, Akbari Sari A, Majdzadeh R, Rashidian A, Arab M, Rahmani H. The Extent of Inappropriate Use of Magnetic Resonance Imaging (MRI) in Low Back Pain and Its Contributory Factors. *International Journal of Preventive Medicine*. 2013;5(8):1029-36.

28. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *Jama*. 2012;307(14):1513-6.
29. Kemble SB. Health reform and professional ethics.
30. Allan GM, Innes GD. Do family physicians know the costs of medical care? Survey in British Columbia. *Canadian family physician*. 2004;50(2):263-70.
31. Allan GM, Lexchin J. Physician awareness of diagnostic and nondrug therapeutic costs: a systematic review. *International journal of technology assessment in health care*. 2008;24(2):158-65.
32. Ryan M, Yule B, Bond C, Taylor R. Scottish general practitioners' attitudes and knowledge in respect of prescribing costs. *BMJ*. 1990;300(6735):1316-8.
33. Allan GM, Lexchin J, Wiebe N. Physician awareness of drug cost: a systematic review. *PLoS medicine*. 2007;4(9):e283.
34. Feldman LS, Shihab HM, Thiemann D, Yeh H-C, Ardolino M, Mandell S, et al. Impact of providing fee data on laboratory test ordering: a controlled clinical trial. *JAMA internal medicine*. 2013;173(10):903-8.
35. Arora A, True A. What kind of physician will you be? Variation in health care and its importance for residency training. accessed on July, 2012;7:2012.
36. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*: Oxford University Press on Demand; 1993.
37. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *Jama*. 2012;307(17):1801-2.
38. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(2):167-74.
39. Wilkinson RG, Marmot M. *Social determinants of health: the solid facts*: World Health Organization; 2003.
40. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*. 2014;129(1\_suppl2):19-31.
41. Brulle RJ, Pellow DN. Environmental justice: human health and environmental inequalities. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:103-24.
42. Ananth CV, Misra DP, Demissie K, Smulian JC. Rates of preterm delivery among Black women and White women in the United States over two decades: an age-period-cohort analysis. *American Journal of Epidemiology*. 2001;154(7):657-65.
43. Lamb AK, Ervica J, Lorenzen K, Prentice B, White S. Reducing asthma disparities by addressing environmental inequities: A case study of regional asthma management and prevention's advocacy efforts. *Family & community health*. 2011;34:S54-S62.

# فصل هشتم:

## تعالی

نویسنده:

دکتر فاطمه علیپور

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران،  
گروه چشم پزشکی، بیمارستان فارابی

دکتر الف پزشک و عضو هیات علمی یک بیمارستان دانشگاهی است. او به عنوان یک فرد سخت کوش و آکادمی ک مشهور بود؛ اما حدود یک سال است که با تاخیر به کلاسهای صبح می رسد، مدام سر کلاسها خمیازه می کشد و احساس خستگی مداوم دارد. اخیرا چند بار پیش آمده که دستیاران هنگام راند بخش از داروهای جدیدی صحبت کرده اند که او از آنها بی اطلاع بود. او با ناراحتی به یکی از همکارانش می گوید: « احساس می کنم به همه بدهکارم: بیمارانم، دستیارانم، خانواده ام و حتی خودم!»

دکتر الف پزشک است و برای حفظ اعتماد مردم و پایبندی به سوگندی که خورده است - و بالاتر از آن برای احساس اعتماد به نفس و رضایت درونی - نیاز به مطالعه و بازآموزی های مکرر دارد. انسانی است با نیازهای جسمانی و سلامتی - که با افزایش سن روز بروز بیشتر نمایان می شود -، پدر یا مادر یک خانواده است و وظایف مهمی در قبال خانواده خود دارد، عضو جامعه است و در قبال آموزش نسل جدید پزشکان و جامعه - به ویژه در بعد سلامت - وظایفی دارد، و احتمالا در زمینه های پژوهشی و اجرایی هم وظایفی متعددی بر عهده دارد (به ویژه اگر عضو هیات علمی باشد). او نمی تواند وقتی خودش در حال تنزل از جهات مختلف است، ارائه کننده خدمات بهینه برای بیمارانش خود باشد.

بر طبق منشور پروفشنالیسم منتشر شده توسط ABIM در مفهوم تعالی پزشک به:

- ارتقاء توانمندی حرفه ای
- ارتقاء کیفیت خدمات

متعهد است و البته باید به حفظ سلامت جسم و روح و روان خود نیز به عنوان شرط پایه زندگی حرفه ای موثر توجه کند. با این اوصاف ما پزشکان در زندگی حرفه ای خود وجوه مختلفی از تعالی را باید مد نظر داشته باشیم:

- تعالی فردی
- تعالی گروهی
- تعالی محیط کار
- تعالی حرفه پزشکی

## تعالی فردی:

### به روزرسانی علمی:

ما به عنوان یک پزشک در دوره‌های مخصوصی آموزش می‌بینیم. کوریکولوم‌های مصوب آموزشی دوره حداقل هفت سال را به عنوان دوره عمومی و سپس دوره‌های ۳ تا ۵ ساله به عنوان دوره تخصصی را تعیین کرده‌اند. دوره‌های فلوشیپ و فوق تخصص ۱ تا دو سال و دوره‌های تکمیلی کوتاه مدت ۳ تا ۶ ماهه نیز در آموزش پزشکی جایگاه خود را پیدا کرده‌اند.

### جدول یک: سرعت دو برابر شدن دانش پزشکی در جهان. ۱۱

سال	Doubling time
۱۹۵۰	۵۰ سال
۱۹۸۰	۷ سال
۲۰۱۰	۳ و نیم سال
۲۰۲۰	۷۳ روز

در سال ۱۹۵۰ سرعت دو برابر شدن علم پزشکی ۵۰ سال بود که تقریباً برابر عمر کاری یک پزشک با عمر معمول بود. شاید در آن زمان به کار بردن اصطلاح فارغ التحصیلی غلط نبود و پزشکان می‌توانستند بعد از خروج از دانشکده، با خیالی راحت تا پایان عمر به طبابت پردازند. اما با توجه به دستاوردهای تسهیل کننده تولید دانش، این بازه زمانی با سرعت حیرت آوری کوتاه و کوتاه تر شده است. نگاهی به جدول‌های زیر (یک و دو) نشان می‌دهد که دیگر واژه فارغ التحصیلی، واژه ای بدون کاربرد است و جای خود را به اصطلاحاتی مثل: "یک پزشک تا وقتی زنده است باید مطالعه کند، در واقع او وقتی مطالعه را کنار بگذارد میمیرد" داده است.

## جدول دو: نگاهی اجمالی به تغییرات فاحش در مراقبت‌های پزشکی در ۴۰ سال اخیر. [۱]

بیماری	۱۹۷۳	۲۰۱۳
آرتريت روماتويد	طلا و دوز بالای آسپرین	تعدیل کننده‌های پاسخ زیستی <sup>۱</sup>
اولسر پپتیک	آنتی اسید و جراحی	آنتی بیوتیک و مهار کننده‌های پمپ پروتون، مهارکننده‌های آنزیم تبدیل آنژیوتانسین <sup>۲</sup> ، بلوک کننده‌های گیرنده آنژیوتانسین <sup>۳</sup>
نارسایی قلبی پیشرفته	دیگوکسین و دیورتیک‌ها	اولترافیلتراسیون ابزارهای کمک بطن چپ <sup>۴</sup> پیوند قلب

حال سؤال این است که با توجه به این که عمر کاری هر پزشک بین دو تا پنج دهه است، چطور باید دانش خود را به روز نگاه دارد؟

برای اینکه درک بهتری از این محاسبات داشته باشیم، مثالی می‌زنیم:

بر طبق گزارشی که در سال ۲۰۱۰ منتشر شده است روزانه ۷۵ کلینیکال تریال و ۱۱ مقاله مرور سیستماتیک منتشر می‌شود. با این حجم از اطلاعات جدید چگونه باید به روز باشیم؟! [۲]

بدیهی است که هر پزشک بعد از خروج از دانشکده، مسئولیت‌های درمانی متعددی را به عهده می‌گیرد و این حجم از مطالعه با برنامه‌ریزی زمانی کاری اغلب پزشکان همخوانی ندارد. بنابراین هر پزشک ناگزیر است که یک برنامه رشد فردی<sup>۵</sup> برای خود طراحی کند. [۳، ۴] مرحله اول هر برنامه رشد فردی؛ شامل مشخص کردن یک سری از اهداف مرتبط، قابل اندازه‌گیری، و قابل دستیابی در یک مقطع مشخص زمانی است. منابع مختلفی برای تعیین این اهداف وجود دارد. به عنوان مثال همانگونه که فراگیران پزشکی می‌توانند موارد ذکر شده در کوریکولوم آموزشی خود را مورد استفاده قرار دهند، پزشکان هم می‌توانند از منابعی مثل "راهنماهای بالینی طبابت"<sup>۶</sup>، فیدبک‌های کیفی ارائه شده از طرف همکاران در ارزیابی‌های رسمی یا غیر رسمی و ... استفاده کنند. [۵-۸] البته با توجه به محدودیت‌های وقت و وسعت دانش، این موارد باید به دقت و درست انتخاب شوند.

1 Biologic response modifier

2 Angiotensin- converting enzyme inhibitor

3 Angiotensin receptor blocker

4 Left ventricle assist devices

5 Personal developmental plan- PDP

6 Clinical Practice Guidelines

## مطالعه انتخابی:

در واقع شاید به روزرسانی تمامی حیطه دانش آموخته شده لازم نباشد و چنانچه هر پزشک بتواند خود را در حیطه‌های مشخصی که کار می‌کند به روز نگاه دارد، کافی باشد. اما متأسفانه شواهد نشان می‌دهد که ما پزشکان اغلب در تشخیص آنچه نیاز به دانستن آن داریم ضعیف عمل می‌کنیم. به عبارت دیگر ما آنچه می‌دانیم و برایمان جالب است را می‌خوانیم نه آنچه نیاز به دانستن داریم. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد پزشکان هرچه سابقه طبابت بیشتری داشته باشند کمتر راهنماهای مبتنی بر شواهد را در طبابت خود به کار می‌بندند.

برخی نشانه‌هایی که نیاز به فراگیری را نشان می‌دهند عبارتند از:

- بیمار سوالی می‌پرسد که پزشک پاسخ آن را نمی‌داند.
- بیمار اطلاعاتی از اینترنت ارائه می‌دهد که با دانسته‌های پزشک منطبق نیست.
- مشاور اقدامی را پیشنهاد داده است که قبلاً پزشک به آنها برخورد نکرده است.
- بیماری به درمان معمول جواب نداده است و وضعیتش بهتر نمی‌شود. احتمال اشتباه بودن تشخیص برای وی مطرح است.
- نتایج ارزیابی کیفیت محل کار مانند میزان عفونت بیماران، میزان بستری مجدد، میزان رضایتمندی بیمارانشانگر آن است که عملکرد پایین تر از حد استاندارد است.

پس از رصد نشانه‌های نیاز به فراگیری و مقرر کردن اهداف آموزشی، مرحله بعدی مشخص کردن برنامه عملی برای دستیابی به آن اهداف است که یافتن منابع مناسب و قابل اعتماد یکی از مهمترین اجزای آن است.

## یافتن منابع مناسب و قابل اعتماد:

با توجه به وقت محدود پزشکان، لازم است از منابعی استفاده شود که در درجه اول معتبر باشند، در عین حال به سرعت در دسترس قرار گیرند و امکان جستجوی سریع موضوعی داشته باشند. پزشکان باید به مهارت نقد مطالب نیز مسلط و توانایی مطالعه نقادانه داشته باشند. [۹]

خوشبختانه تکنولوژی روز و دسترسی به ابزارهایی مثل تبلت‌ها و گوشی‌های هوشمند، نیاز به مراجعه به کتابخانه را تا حد زیادی برطرف کرده‌اند. در اواخر سال‌های دهه ۹۰ میلادی، سرویس‌هایی مثل Medlinc و Epocrates، Athenahealth ایجاد شدند تا با در اختیار گذاشتن خلاصه‌های گزیده از آخرین مقالات، اطلاعات دارویی و به روزرسانی گایدلاین‌ها، پزشکان را در به روز بودن یاری کنند.



با پیشرفت تکنولوژی گوشی های موبایل و تبلت ها و رفع وابستگی به کامپیوترهای مجزا، پزشکان می توانند به سادگی کتاب ها و متن های مورد نیاز خود را همراه داشته باشند و با نرم افزارهای مناسب امکان جستجوی سریع در آن نیز فراهم باشد. این ابزارهای هوشمند نه تنها امکان همراه داشتن یک کتابخانه را برای پزشکان فراهم می کنند، بلکه امکان استفاده از اپلیکیشن های متعدد موجود، امکان گزینش مقالات بر مبنای اقبال جامعه علمی و کلمات کلیدی که فرد انتخاب کرده است را نیز مقدور می سازد. امکان مطالعه گزیده ای از مقالات - خلاصه تر از خلاصه! - شانس در جریان اطلاعات روز قرار گرفتن و انتخاب گزینشی مقالات بیشتری که به پزشکان مربوط است را برای آنها فراهم می کند. نمونه های معروفی از این اپلیکیشن ها عبارتند از: *The Medical Reader, Read by Q x Md, Docwise* , *Journal club*

علاوه بر این، اپلیکیشن هایی وجود دارد که امکان استفاده از آموزش های عملی مثل مشاهده ویدئوی انجام پروسیجرها و جراحی ها روی سایت های مختلف (youtube, Eyetube) و سایت های انجمن های علمی و موسسات درمانی - آموزشی و همچنین شرکت در دوره ها و سمینارهای آنلاین یا web based برای هر پزشک با حداقل تداخل با زندگی کاری و شخصی را فراهم کرده اند.

## استفاده بهینه از وقت:

با استفاده از امکاناتی که تکنولوژی فراهم کرده است، از زمان های کوتاه فراغت می توان استفاده کرد- مثلاً: استفاده از زمانی که یک بیمار در حال آماده سازی برای جراحی است یا کنسل شدن وقت یک بیمار یا حتی اوقاتی که در تاکسی یا هواپیما معمولاً هرز می رود- با استفاده از این زمان ها پزشکان می توانند فاصله خود را تا دانش روز کمتر کنند.

در یک کلام می توان گفت به روزرسانی علمی باید جزئی از شیوه زندگی<sup>۱</sup> ما باشد.

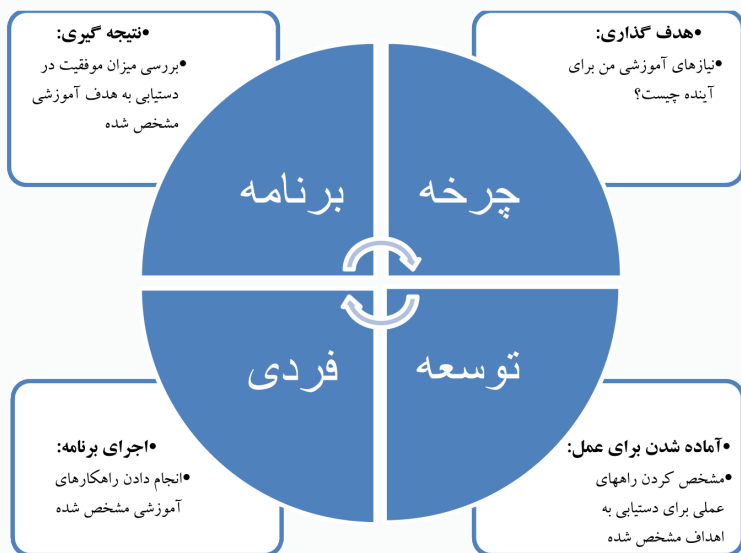
گرچه مطالعه فردی یکی از راه های خوب، قابل استفاده در هر زمان و مکان برای به روز رسانی است، نباید از اهمیت "فراگیری تعاملی" غافل شد. [۱۱، ۱۰] تاثیر فراگیری تعاملی در یادگیری و به خاطر سپاری درازمدت اطلاعات، بیشتر از مطالعه فردی است. [۱۲] و پزشکان باید از هر فرصتی - رسمی یا غیر رسمی - برای به روز رسانی تعاملی خود استفاده کنند. شرکت در ژورنال کلاب ها و جلسات بحث با همکاران مانند راندها، جلسات گزارش موردی و موربیدی، مشاهده طبابت همکاران<sup>۲</sup> در کنار شرکت فعال در برنامه های بازآموزی، کارگاه ها، سمینارها، کنفرانس ها و کنگره های محلی، ملی و بین المللی

1 Life style  
2 Shadowing

از جمله راه‌هایی است که پزشکان برای بروزرسانی خود باید از آن بهره ببرند.

با این مقدمه می‌توان یک هدف آموزشی فرضی و برنامه دستیابی به آن را چنین مشخص کرد:  
 پزشک جراحی که قصد دارد یک روش نوین را که پس از فارغ التحصیلی وی معرفی شده ظرف شش ماه یاد بگیرد، برنامه‌ریزی می‌کند که ضمن مطالعه کتب و مقالات منتشر شده در مورد آن روش روزی نیم ساعت، در کارگاه آموزشی و آزمایشگاه شبیه‌سازی بین‌المللی شرکت کند و سپس به مدت یک ماه هفته‌ای یک روز یکی از همکاران پیشکسوت در این روش را در اعمال جراحیش همراهی کند.  
 مرحله بعدی در برنامه توسعه فردی "به کارگیری آموخته‌ها" است. آنچه استفاده نشود به زودی فراموش می‌شود؛ لذا لازم است که در یک برنامه توسعه، از ابتدا به کارگیری اطلاعات پیش‌بینی شده باشد.

به عنوان مثال جراح فوق‌الذکر ما یک برنامه برای جراحی سه مورد بیمار با روش نوین در نظر گرفته و از همکار پیشکسوت خود می‌خواهد که او را در این جراحی‌ها همراهی و ارزیابی کند.  
 "بررسی نتایج" آموزش برنامه‌ریزی شده با متدهایی مثل بازخورد گرفتن از سایر همکاران، بازاندیشی، شرکت داوطلبانه در برنامه‌های ارزیابی و بررسی نتایج ارزیابی‌های رسمی انجام شده توسط مراجع ذیصلاح، مرحله آخر این چرخه است که در صورت مشاهده نقطه ضعفی در آن منجر به تکرار مراحل قبلی می‌شود. پس از اتمام یک هدف آموزشی چرخه مجدداً برای دستیابی به هدف بعدی به چرخش در می‌آید.



موضوعاتی که نیازمند بروزرسانی هستند، فقط شامل مباحث تخصصی هر پزشک نیست. روزآمدی در تکنولوژی های جدید مثل کار با سیستم های کامپیوتری جدید، تبلت ها و گوشی های هوشمند مثالی از سایر موضوعاتی است که اهمیت آشنایی با آن بر کسی پوشیده نیست. موضوعات حیطه رفتار حرفه ای، چالش های اخلاق پزشکی روز مثل ارتباط با رسانه های اجتماعی و مجازی و / یا ارتباط با صنایع، روزآمدی در روش های ارتباطی با در نظر داشتن ویژگی های جامعه محل خدمت، مثال هایی از مواردی هستند که لزوم آشنایی و روزآمدی در آنها قابل انکار نیست.

اعضای هیات علمی - به عنوان معلم - همچنین ملزم هستند که خود را در شیوه های آموزش و ارزیابی به روز نگه دارند و با تغییرات اجتماعی نسل ها آشنا باشند تا بتوانند با فراگیران خود ارتباط موثری برقرار کنند. [۱۳، ۱۴] جامعه پزشکی و به ویژه اعضای هیات علمی نیازمند روزآمدی در حیطه پژوهش - اعم از طراحی، اجرا، آنالیز و انتشار نتایج و قابلیت تحلیل مقالات منتشر شده نیز هستند. از جمله موارد دیگری که نیاز به توانمندی و مطالعه مداوم دارد. به زندگی شخصی مرتبط هستند. موضوعاتی مثل: مهارت های کنترل استرس، شیوه زندگی، اهمیت دادن به ابعاد مختلف زندگی خانوادگی (فرزندپروری، تعاملات اجتماعی و شبکه های حمایتی دوستانه).

## تعادل زندگی حرفه ای و شخصی:

نقش های متعدد و وظایف خطیری که داریم ما را مستعد فرسودگی شغلی<sup>۱</sup>، زجر اخلاقی<sup>۲</sup> و خستگی از دل رحمی<sup>۳</sup> می کند. [۱۵] فرسودگی شغلی را "از دست دادن پیشرونده ایده آلیسم، انرژی و اهداف" معنا کرده اند. که با سه مشخصه کلیدی خستگی شدید جسمی و احساسی / از دست رفتن اشتیاق برای کار، منفی نگری / بی اعتمادی و افت کارایی و پایین بودن احساس موفقیت و دستاوردها آشکار می گردد. زجر اخلاقی را "عدم توانایی در عمل کردن بر مبنای ارزش های فردی و حرفه ای فرد به دلیل محدودیت های تحمیل شده از سازمان ها و محیط بیرونی" تعریف کرده اند و خستگی از همدلی با "کاهش انرژی عاطفی که برای مراقبت از بیمار لازم است"، نشان داده می شود. پزشکان بالینی ممکن است ترکیبی از این سه سندروم را تجربه کنند. [۱۶-۱۹]

پزشکان و سایر حرفه مندان سلامت نسبت به سایر مشاغل بیشتر در معرض به هم خوردن تعادل بین زندگی حرفه ای و شخصی هستند. نگاهی به بعضی آمارها که به مقایسه حرفه مندان پزشکی با سایر

1 Burnout

2 Moral distress

3 Compassion fatigue

مشاغل پرداخته است تکان دهنده است:

میزان استرسی که پزشکان و سایر حرفه‌مندان سلامت تحمل می‌کنند، بیش از متوسط سایر مشاغل است (۲۸٪ در مقایسه با ۱۸٪)، شیوع نقطه‌ی افسردگی در پزشکان ۱۲-۱۹٪ است، میزان خودکشی در پزشکان ۲-۴ برابر عموم مردم است و در کل دوره زندگی حرفه‌ای حدود ۱۰٪ پزشکان دچار سوء مصرف مواد می‌شوند. [۲۱, ۲۰]

در سال ۲۰۱۸ Medscape شیوع فرسودگی شغلی را ۴۲٪ اعلام کرد. ۱۵٪ از پزشکان در جاتی از افسردگی را گزارش کردند. گرچه شیوع افسردگی بسته به رشته تخصصی و شرایط محیطی، متفاوت گزارش شده اما حتی انتهای طیف آن هم که در گزارش Medscape به رشته روانپزشکی اختصاص داشته عدد ۸٪ است که عدد بالایی است. در رشته‌هایی مثل مراقبت‌های ویژه و نورولوژی این عدد به ۴۸٪ می‌رسد. شدت فرسودگی شغلی گزارش شده نیز در اکثریت رشته‌های گروه پزشکی زیاد گزارش شده است (بالاتر از ۴ در مقیاس ۵ تایی).

عوامل خطری که شانس بروز این سندروم‌ها را بیشتر می‌کنند عبارتند از: حجم کاری بالا، منابع ناکافی، احساس سوء مدیریت بالادستی، عدم داشتن کنترل بر محیط کاری خود، صرف وقت زیاد در محیط کار و وظایف نامتناسب با اهداف شغلی فرد. [۱۸] همچنین نشان داده شده که مهارت‌های ارتباطی ضعیف و آموزش ناکافی در اموری مثل کنترل درد هم، حس خوب و سلامت بودن را در پزشکان کاهش می‌دهد. [۲۳, ۲۲]

این آمارهای تکان دهنده ضرورت توجه ویژه به تعادل زندگی شخصی و حرفه‌ای و اصلاح ساختارهای کار را نشان می‌دهد.

بعضی از این فاکتورهای مستعد کننده، با در نظر گرفتن اهداف آموزشی و مدیریتی در برنامه توسعه فردی قابل کنترل یا تقلیل هستند. به عنوان مثال با افزایش دانش خود در مهارت‌های ارتباطی یا امور لازم برای مراقبت از بیماران بدحال (مثل کنترل درد) می‌توانیم بار روانی تحمیل شونده را کاهش دهیم. آموزش مدیریت زمان، یادگیری استفاده از تکنولوژی‌هایی که وظایف تکراری و ناخوشایند خود را به آن بسپاریم و ... همه مثال‌هایی از برنامه توسعه فردی مناسب برای کاهش فرسودگی شغلی است. در سطح فردی توصیه‌هایی برای کاهش فرسودگی شغلی بیان شده است که می‌توان راهکارهای زیر را از آن دریافت کرد: [۲۴, ۲۳]

- به حرفه خود علاقه نشان دهیم. «پزشکی لذت بخش‌ترین و پر مشوق‌ترین شغل است.»
- موفقیت‌های کوچک خود را جشن بگیریم.

- ارتباط حمایتی با دیگران برقرار کنیم.
- برای ورزش و تعاملات خانوادگی وقت بگذاریم.
- محدودیت خود را بشناسیم و راهنمایی و کمک بگیریم.
- منظم و مصمم باشیم و کارهای مان را به تعویق نیندازیم.
- اخلاق مدار باشیم و بر تصمیمات خود تامل کنیم.
- با خود مهربان باشیم.
- به رویدادهای منفی معنا ببخشیم. (از آنها برای تعالی خود استفاده کنیم).
- بر محیط کار خود تاثیر گذار باشیم.

جالب است که بدانیم نوع دوستی - که یکی از اصول پایه پروفشنالیسم است - خود به عنوان سپر محافظی در مقابل فرسودگی شغلی به حساب می آید و احتمال ابتلا را کاهش می دهد. [۲۵]

البته در سطوح بالاتر از سطح فردی هم، توجه به فرسودگی شغلی ضروری است. لازم است که به عنوان اعضای یک تیم از یکدیگر حمایت کنیم و در جهت رفع مشکلات هم بکوشیم. تلاش برای فراهم کردن محیطی مناسب و دوستانه خستگی ها را کاهش می دهد. در نقش مدیر یا سیاست گذار نیز توجه به رفع مشکلات کادر درمان و سعی در فراهم سازی قوانین و شرایط مناسب برای تعادل بین زندگی حرفه ای و شخصی جهت کاهش این آمارهای نگران کننده ضروری است. به عنوان مثال کم کردن بوروکراسی و اجازه تفویض اموری که واقعا نیاز به دانش تخصصی ندارد به افراد دیگر، قوانین حمایتی برای ساعات کاری و شیفت های شب و افزایش حمایت های بیمه ای و قانونی ممکن است باعث کاهش فرسودگی شغلی شود. [۲۶، ۲۷]

## تعالی گروهی:

در سیستم پزشکی امروزی، چندین ارائه دهنده مراقبت - شامل: پزشک معالج، پرستار، پزشکان مشاور، تکنسین بیهوشی، فیزیوتراپیست و .... - در یک نوبت بستری بیمار در بیمارستان، در مراقبت وی درگیر هستند. همه ما با نیاز به همکاری تیمی - به ویژه در شرایطی مثل اتاق عمل - آشنا هستیم. ما به عنوان یک نفر از تیم ارائه دهنده مراقبت، بسیاری از مواقع نقش رهبری تیم را به عهده داریم و وظیفه هدایت تیم به سمت عملکرد بهینه به منظور ارتقای پیامدهای سلامتی - با افزایش مهارت های کارگروهی و تقسیم مناسب وظایف بگونه ای که امکان روزآمدی و پیشرفت برای افراد فراهم گردد به عهده ماست. فراموش نکنیم که تیمی کارآمد است که مواردی چون عضویت پایدار در آن، ارتباط موثر (دقیق و به موقع) و احترام به نقش یکدیگر و ارتباط همسطح به جای ارتباط سلسله مراتبی در آن برقرار

باشد. [۲۸، ۱۹]

مهارت‌های کار گروهی، مهارت‌های مدیریت، رهبری تیم درمانی، آشنایی و به روز بودن در روش‌های بهبود کیفیت و مهارت فیدبک از جمله مواردی هستند که پزشکان - که در بسیاری از موارد هم راس هرم ارائه خدمت در نظر گرفته می‌شوند - لازم است با آن آشنا بوده و دانش خود را در این زمینه‌ها به روز نگه دارند. همچنین باید به نقش بازاندیشی<sup>۱</sup> و بازخورد<sup>۲</sup> تاکید بیشتری کرد. توصیه می‌شود همکاران محترم منابع مرتبط شیوه‌های بازاندیشی و بازخورد را مرور بفرمایند.

صرف نظر از نقش ما در گروه، برقراری ارتباط موثر و به موقع - به معنی اینکه هر جا که لازم بود بازخورد دهیم و متقابلاً از بازخورد دیگران استقبال کنیم، فاکتور مهمی در تعالی تیمی و فردی محسوب می‌شود. بازخورد موثر یکی از بهترین راه‌های آگاه کردن افراد از مشکلات موجود در عملکردشان در گروه است که با ارائه راهکارهای سازنده، منجر به ارتقاء عملکرد افراد و گروه می‌شود. [۲۹] همچنین اعضای تیم باید فعالانه در جستجوی بازخوردها و نتایج ارزیابی‌های داخلی و خارجی باشند تا عملکرد خود را رصد کرده و در ارتقاء آن بکوشند.

جالب است که برداشت افراد یک گروه (پرستار، متخصص بیهوشی و جراح) از میزان همکاری خودشان با سایر گروه‌های درمانی با برداشت سایرین از همکاری آنان تفاوت فاحش دارد و این مساله ضرورت بررسی شواهد، بجای اتکای صرف به نظر شخصی را نشان می‌دهد و مشخص می‌سازد که در این زمینه نیازمند تعالی هستیم و لازم است در برنامه‌های توسعه فردی و گروهی مهارت‌های مرتبط با کارگروهی را لحاظ کنیم. [۳۰]

## تعالی محیط کار

همه ما کمابیش از محیط کار خود و شرایط حاکم بر آن تأثیر می‌پذیریم و این تأثیر ممکن است بر عملکرد حرفه‌ای شخصی، کار گروهی یا سلامت جسم و روانمان باشد. واکنش ما در چنین شرایطی چیست؟ بسیاری از افراد مسائل مربوط به محیط کار را تنها وظایف مدیران می‌دانند و از پرداختن به آن به هر شکلی، دوری می‌کنند. بعضی از افراد تنها واکنش شان به مشاهده و روبرویی با مشکلات محیط کار غر زدن و شکایت - آنهم نه در حضور مدیران بلکه در خلوت کارکنان - است. مثال:

”جراحی حین عمل از کیفیت بد چاقوهای یکبار مصرف که منجر به کاهش ظرافت جراحی و افزایش احتمال عوارض می‌شود عصبانی و شاکی است، تمام مدت عمل به شکایت و غر زدن جراح در اتاق

1 Reflection

2 Feedback

عملی که هیچ مسئولی در آن حاضر نیست می گذرد. پس از اتمام جراحی، جراح اتاق عمل را ترک می کند و هفته بعد دوباره این صحنه تکرار می شود. " این سناریو برای خیلی از ما آشناست. لازم است بپذیریم که دلیل وجود خیلی از مشکلات این است که کسی که باید آنها را رفع کند اصلا از وجود آنها خبر ندارد. به عنوان فردی از یک سازمان، چه در سطح درمانگاه و بیمارستان و چه در سطح دانشگاه و وزارتخانه، لازم است که نقش خود را - در هر سطحی که هستیم - برای بهبود فرهنگ و جو محیط کار ایفا کنیم و به جای غر زدن به مسئولین بازخورد دهیم و به پیشنهاداتی برای رفع مشکل بیاندهیم. در تعاملات بین افراد، توجه به اصول بازخورد لازم و ضروری است. زیرا در صورت رعایت نکردن اصول، چه بسا که یک بازخورد نه تنها موثر نباشد بلکه نتیجه معکوس بدهد!

خوب است که در این مجال مرور کوتاهی بر اصول بازخورد داشته باشیم:

- به موقع و مکرر بازخورد دهیم. به جای اینکه صبر کنیم تا یک باره کوهی از ایرادات را یک جا به افراد تذکر بدهیم، در اولین فرصت مناسب بعد از هر مورد، بازخورد بدهیم.
- به نکات خوب عملکرد فرد مورد بازخورد اشاره کنیم. برای بیشتر شدن تاثیر بازخورد لازم است که فرد بداند ما از نکات مثبت و توانمندی های او غافل نیستیم، لذا بهتر است در ابتدا و انتهای جلسه بازخورد به نکات مثبت عملکرد فرد پی گیری کننده اشاره کنیم.
- بر موضوعات مشخصی تمرکز کنیم و از کلی گویی بپرهیزیم. بجای زیر سوال بردن افراد، تنها همان عملکرد مورد نظر را نقد کنیم. مثلا به جای گفتن اینکه " شما کلا آدم بی نظمی هستید. " بگوییم " بی نظم ثبت شدن داده های حیاتی در پرونده آقای ... عملکرد نادرستی بود. "
- به زبان توصیفی و غیر قضاوتی صحبت کنیم. استفاده از کلماتی که بار قضاوتی بالایی دارند، در طرف مقابل مقاومت ایجاد می کنند، در حالی که کلمات توصیفی و مستند به واقعیت های اتفاق افتاده بیشتر قابل پذیرش هستند.
- بر رفتارهای قابل بازتوانی تکیه کنیم و راه حل عملی بدهیم. چنانچه هدف اصلاح باشد، نباید با تمرکز بر آنچه غیر قابل تغییر است احساس گناه و نا کار آمدی در افراد ایجاد کنیم.
- خوب گوش کنیم و دیدگاه و احساسات طرف مقابل را درک کنیم. همیشه اطلاعات ما کامل نیست. برای نتیجه گیری درست، درک دلایل و شرایط طرف مقابل ضروری است.

به عنوان جمع بندی فرض کنیم که:

دکتر الف پزشکی که در بالا به ایشان اشاره کردیم، اخیرا تغییر محسوسی کرده است. او با یک برنامه ریزی، استفاده از فضای مجازی را محدود به ساعت مشخصی کرده است و به جای آن به طور مرتب به پایگاه های مرور خلاصه های مقالات در فیلد کاری خود می پردازد و شب ها کمی زودتر می خوابد. با گروهی از دوستان قرار گذاشته که دو روز در هفته با اعضای خانواده برای پیاده روی و

ورزش‌های سبک به باشگاهی بروند. دیروز از دختر کوچکش کارتی دریافت کرد که در کنار نقاشی زیبای کودکانه اش نوشته بود “ دوستت دارم پدر ”

## کلام آخر:

” ما زنده به آنیم که آرام نگیریم ”  
موجیم که آسودگی ما عدم ماست<sup>۱</sup>

## منابع:

1. Levinson W, Ginsburg S, Hafferty F, Lucey CR. Understanding medical professionalism: McGraw Hill Professional; 2014.
2. Understanding medical professionalism; Book by Catherine R. Lucey, Fred Hafferty, Shipra Ginsburg, and Wendy Levinson, 2014 <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1058>
3. Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up? PLoS medicine. 2010;7(9):e1000326.
4. Beusaert S, Segers M, Fouarge D, Gijsselaers W. Effect of using a personal development plan on learning and development. Journal of Workplace Learning. 2013;25(3):145-58.
5. Beusaert S, Segers M, Gijsselaers W. The use of a personal development plan and the undertaking of learning activities, expertise-growth, flexibility and performance: The role of supporting assessment conditions. Human resource development international. 2011;14(5):527-43.
6. Southgate L, Pringle M. Revalidation: Revalidation in the United Kingdom: general principles based on experience in general practice. BMJ: British Medical Journal. 1999;319(7218):1180.
7. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? BMJ: British Medical Journal. 1999;318(7193):1276.
8. Breen KJ, Corder SM, Thomson CJ, Plueckhahn VD. Good medical practice: professionalism, ethics and law. 2010.
9. Hilton SR, Slotnick HB. Protoprofessionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. Medical education. 2005;39(1):58-65.
10. Chase KL, DiGiacomo RF, Van Hoosier GL. Biomedical journals: keeping up and reading critically. Journal of the American Association for Laboratory Animal Science. 2006;45(5):8-15.
11. Holzinger A, Kickmeier-Rust MD, Wassertheurer S, Hessinger M. Learning performance with interactive simulations in medical education: Lessons learned from results of learning complex physiological models with the HAEMOdynamics SIMulator. Computers & Education. 2009;52(2):292-301.
12. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? Jama. 1999;282(9):867-74.
13. Moreno RM, R. Interactive Multimodal Learning Environments. Educ Psychol Rev 2007;19:309.
14. Hargreaves A. Changing teachers, changing times: Teachers' work and culture in the postmodern age: Teachers College Press; 1994.
15. Darling-Hammond L, Bransford J. Preparing teachers for a changing world: What teachers should learn and be able to do: John Wiley & Sons; 2007.



16. Terry KR, Alison; Marbury, Donna; Smith, Lisa; Pofeldt, Elaine. THE TOP 5 CHALLENGES Physicians Face in 2015. *Contemporary OB/GYN*. 2015; Iselein Vol. 60, (Jan 2015)(1):30-2.
17. Sandra Sanchez-Reilly LJM, Elise Carey, Rachelle Bernacki, Lynn O'Neill, Jennifer Kapo, Vyjeyanthi S. Periyakoil, Jane deLima Thomas. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *J Support Oncol*. 2013; Jun; 11(2):75-81.
18. Eckleberry-Hunt J, Kirkpatrick H, Hunt RB. Physician burnout and wellness. *Physician Mental Health and Well-Being*: Springer; 2017. p. 3-32.
19. Kleiner S, Wallace JE. Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict. *BMC health services research*. 2017;17(1):639.
20. Salyers MP, Fukui S, Rollins AL, Firmin R, Gearhart T, Noll JP, et al. Burnout and self-reported quality of care in community mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015;42(1):61-9.
21. Penwell-Waines L, Ward W, Kirkpatrick H, Smith P, Abouljoud M. Perspectives on Healthcare Provider Well-Being: Looking Back, Moving Forward. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2018:1-10.
22. Hanne Verweij FMMAvdH, Madelon L. M. van Hooff, Jelle T. Prins, Antoine L. M. Lagro-Janssen, Hiske van Ravesteijn, Anne E. M. Speckens. The contribution of work characteristics, home characteristics and gender to burnout in medical residents. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2017;22(4): 803–818. Published online 2016 Sep 20.
23. Brenda K Wiederhold PC, Daniele Pizzioli, Mark Wiederhold, Giuseppe Riva. Intervention for Physician Burnout: A Systematic Review. *Open Med (Wars)*. 2018; 13: 253–263. Published online 2018 Jul 4. .
24. Fatemeh Darban AB, Abdullreza Narouipour, Enayatollah Safarzaei, Hosein Shahdadi. Effect of Communication Skills Training on the Burnout of Nurses: A Cross-Sectional Study; *J Clin Diagn Res*. 2016; Apr; 10(4): IC01–IC04. Published online 2016 Apr 1.
25. Bonnie A. Clough SM, Raymond J. Chan, Leanne M. Casey, Rachel Phillips, Michael J. Ireland. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review; *Syst Rev*. 2017; 6: 144. Published online 2017 Jul 17.
26. Zsuzsa Györfy EB, Imola Sándor. Career motivation and burnout among medical students in Hungary - could altruism be a protection factor? *BMC Med Educ*. 2016; 2016; 16: 182. Published online 2016 Jul 18.
27. Arndt BG, Beasley JW, Watkinson MD, Temte JL, Tuan W-J, Sinsky CA, et al. Tethered to the EHR: primary care physician workload assessment using EHR event log data and time-motion observations. *The Annals of Family Medicine*. 2017;15(5):419-26.
28. Firth-Cozens J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *BMJ Quality & Safety*. 2001;10(suppl 2):ii26-ii31.
29. Capella J, Smith S, Philp A, Putnam T, Gilbert C, Fry W, et al. Teamwork training improves the clinical care of trauma patients. *Journal of surgical education*. 2010;67(6):439-43.
30. Baker DP, Gustafson S, Beaubien J, Salas E, Barach P. Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. *AHRQ publication*. 2005;5(53):1-64.

# فصل نهم:

## رفتار حرفه‌ای در برخورد با رسانه‌ها

نویسنده:

دکتر علیرضا پارساپور  
استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران،  
گروه اخلاق پزشکی

## شرح یک اتفاق:

ساعت یک و نیم بعد از ظهر خبرنگار حوزه سلامت با مسئول روابط عمومی دانشگاه تماس می‌گیرد و در خصوص گزارش نگران کننده ای که روز گذشته در یکی از روزنامه‌ها در خصوص فوت ناشی از عفونت بیمارستانی تعدادی نوزادان در بخش NICU یکی از بیمارستان‌ها رخ داده، اظهار تأسف می‌کند و از مدیر روابط عمومی می‌خواهد در جهت رفع نگرانی‌ها به او اجازه تهیه گزارشی تصویری برای یکی از شبکه‌های تلویزیونی بدهد. (لازم به ذکر است که ورود دوربین و خبرنگار به بیمارستان نیاز به مجوز روابط عمومی دارد). مدیر روابط عمومی هماهنگی‌های لازم را با معاون درمان بیمارستان جهت همراهی خبرنگار انجام می‌دهد و مجوز ورود خبرنگار مزبور را به بیمارستان صادر می‌کند. ساعتی بعد معاون درمان بیمارستان طی تماسی با مدیر روابط عمومی از مصاحبه بسیار منفی یکی از متخصصین نوزادان بیمارستان با خبرنگار و گزارش کمبودهای مواد بهداشتی و ضد عفونی در بخش خبر می‌دهد.

گزارش در یکی از پربیننده‌ترین شبکه‌های خبری منتشر می‌شود و ضمن گزارش مرگ و میر ۹ نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان آن بیمارستان به دلیل عفونت بیمارستانی آسینتو باکتر، بخشی از مصاحبه آن متخصص نوزادان را در خصوص کمبودهای مزبور - به عنوان یکی از عواملی ممکن و موثر بر ایجاد این عفونت‌ها - منعکس می‌کند و از او به این دلیل به عنوان با وجدان‌ترین پزشک هفته یاد می‌کند که او می‌توانست حقایق را در برابر دوربین منعکس نکند و موجب نارضایتی مدیر خود نشود ولی حقیقت را گفت!

## یک اتفاق دیگر:

زمستان نود و پنج تصویری در فضای مجازی دست به دست می‌شد که در آن پای سوخته نوزادی به نمایش گذاشته شده بود که به ادعای فردی که پست مزبور را گذاشته بود، این سوختگی در اثر سهل انگاری پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان رخ داده است. در ادامه این پست تصویری از اتاقی که برای مادران همراه نوزاد اختصاص یافته بود، به نمایش گذاشته شد که به لحاظ نظافت وضع اسفباری را داشت و مردی در آن اتاق ایستاده بود. در همان شب تصویر پای سوخته بیش از نیم میلیون بازدید داشت و انعکاس وسیعی در رسانه‌های رسمی کشور یافت!

امروزه کمتر کسی می‌تواند قدرت رسانه را در تصمیم‌سازی‌ها کتمان کند. حوزه سلامت نیز از این امر مستثنی نیست. رسانه می‌تواند از یک سو با اطلاع‌رسانی یا نقد فعالیت‌ها، خدمات و مشکلات، چالش‌های نظام سلامت و حرفه‌مندان نقش موثری در پیشبرد حوزه سلامت، احساس امنیت، آرامش و اعتماد جامعه به نظام سلامت و حرفه‌مندان داشته باشد. [۱]

از سوی دیگر می‌تواند حرفه‌مند را در جهت انجام تعهدات محوری حرفه‌ای اش در جامعه از جمله رفع نگرانی‌ها و پاسخ به سؤالات مطرح سلامت عمومی، رفع مخاطرات تهدید کننده سلامت خصوصاً در بلايا و بحران‌ها، ارتقای سطح سواد سلامت از طریق روش‌های نوین آموزشی در رسانه، دفاع منصفانه از کیان حرفه و حفظ و ارتقای جایگاه حرفه، کاهش هزینه‌های بی‌مورد از طریق آموزش مناسب و مبارزه با خرافات و باورهای غلط نقش آفرین باشد. غالب همکاری‌هایی که حرفه‌مندان با رسانه دارند مبتنی بر تعامل مثبت و در جهت نیل به اهداف فوق است و در قالب مطالب متنوع و غالباً جذابی در ده‌ها نشریه و هفته‌نامه منتشر یا از طریق صدها ساعت برنامه از رسانه‌های رسمی و مجازی پخش می‌شود و اقبال مناسبی هم از سوی جامعه نسبت به مطالب این حوزه وجود دارد. [۲، ۳]

در آن روی سکه این ابزار می‌تواند با رفتارهای نامناسب خود نقش تخریبی ایفا کرده و ضمن آسیب به سلامت در جامعه، اعتماد جامعه به حرفه و حرفه‌مندان را به عنوان سرمایه حیاتی حرفه تضعیف نماید. مهمترین سوء رفتارهای رسانه به طور عام در ماده ۳۳ لایحه سازمان رسانه‌ای که در حال بررسی می‌باشد به شرح ذیل آورده شده است: [۴]

۱. استفاده از روش‌های متقلبانه یا توأم با فریب برای کسب و انتشار اخبار و اطلاعات
۲. استفاده از روش‌های ناقض حریم خصوصی
۳. ارتکاب توهین و افترا
۴. نقض حقوق مالکیت‌های فکری دیگران
۵. افشای هویت منابع خبری برخلاف رضایت آنان
۶. دریافت هر نوع هدیه‌ای که عرفاً رشوه محسوب شود و به قصد تأثیرگذاری بر کم و کیف انتشار اخبار و اطلاعات، پرداخت شده باشد
۷. عدم رعایت منشور اخلاق حرفه‌ای
۸. استفاده ابزاری از زنان یا کودکان
۹. جریحه‌دار کردن احساسات عمومی
۱۰. رفتارها و مطالبی که حاکی از ترویج خشونت، تبعیض و تنفر باشد
۱۱. بیان مطالب کذب و یا تحریف واقعیت‌ها

البته به طور خاص در تعامل حرفه‌مندان با رسانه در نتیجه سوء رفتارهای فوق‌الذکر یا غفلت حرفه‌مندان ممکن است برخی از تعهدات حرفه‌مندان در معرض تهدید قرار گیرد. مهمترین این تعهدات عبارت

است از:

- ۱) رازداری و حفظ حریم خصوصی بیمار
  - ۲) اولویت منافع بیمار/ جامعه
  - ۳) صداقت با بیمار/ جامعه
  - ۴) پاسخگویی و تلاش در جهت رفع نگرانی‌های بیمار/ جامعه
  - ۵) مشارکت فعال در جهت رفع مخاطرات؛ به ویژه در مواقع بحران، فجایع و فوریت‌ها
  - ۶) آموزش سلامت همگانی در راستای حفظ و ارتقای سلامت جامعه
  - ۷) پرهیز از اظهارنظر در خارج از حوزه صلاحیت علمی
  - ۸) رعایت شئون‌ات و منش حرفه‌ای در ظاهر، گفتار و رفتار
  - ۹) عدم تحمیل هزینه بی‌مورد به بیمار و نظام سلامت
  - ۱۰) عدم سوءاستفاده از موقعیت اجتماعی و حرفه‌ای
  - ۱۱) دوری از فریبکاری و سرقت علمی و گزارش صادقانه دستاوردهای علمی خود
  - ۱۲) دوری از زدن انگ اجتماعی به گروه‌های خاص و تبعیض در ارائه خدمت و رعایت کرامت انسانی
  - ۱۳) احترام به ارزش‌ها و باورهای بیمار/ جامعه
  - ۱۴) رعایت ضوابط علمی، فنی، قانونی و اخلاقی
  - ۱۵) پذیرش خطا، اظهار خطا و تلاش در جهت جبران آن
- طبعاً اینکه رسانه با چه رویکردی به موضوع حوزه سلامت می‌پردازد، از یک سو تابع نحوه تعامل و رویکرد حرفه‌مندان و مدیران سلامت با رسانه و البته از سویی تابع مناسبات و سیاست‌های حاکم بر رسانه و برداشت ایشان از خدمات ارائه شده در حوزه سلامت می‌باشد. در واقع رسانه بسته به نحوه تعامل ما با وی - و البته خواست متولیان آن - می‌تواند برای حوزه سلامت فرصت یا تهدید باشد.
- نمونه‌های ذکر شده در ابتدای این فصل و نمونه‌هایی از این دست که خصوصاً در دهه گذشته در خصوص پزشکان، پرستاران، مدیران و سیاست‌های حاکم در حوزه سلامت در رسانه‌ها منعکس و منتشر شده و موج‌های منفی علیه حرفه‌مندان علوم پزشکی در سطح جامعه ایجاد کرده، از این جمله است. طبعاً چنین فضا سازی‌های رسانه‌ای می‌تواند ذهنیت جامعه را نسبت به دانشگاه‌ها و نظام سلامت شکل دهد.

در این نوشتار بر آنیم تا ملاحظاتی را برشماریم که رعایت آن توسط حرفه‌مند سبب خواهد شد ضمن بهره‌مندی از فرصت ارتباط با رسانه، تعهدات خود در برابر بیماران و جامعه را رعایت کند و در برابر مشکلات و سؤالات مطرح شده در فضای عمومی جامعه به بهترین نحو و با کمترین عارضه وظیفه پاسخگویی خود را به انجام رساند.

البته تعامل حرفه‌مندان با رسانه به پاسخگویی در برابر مشکلات برشمرده محدود نشده و در بسیاری مواقع می‌تواند در قالب همکاری‌های متنوع دیگری با اهدافی چون ارتقای سطح سواد سلامت جامعه، گزارش آخرین دستاوردهای علمی، گزارش آخرین وضعیت یک اپیدمی یا بحران ناشی از یک بیماری خطرناک و یا معرفی سوابق یا خدمات حرفه‌مند در قالب یک مصاحبه باشد. البته غالب توصیه‌های مطرح شده در این نوشتار به نوعی با سایر تعاملات حرفه‌مند با رسانه بجز پاسخگویی در برابر مشکلات نیز راه‌گشاست.

## انواع رسانه

به نظر می‌رسد شناخت ماهیت رسانه نقش مهمی در تنظیم مناسبات و تعامل حرفه‌مند با آن دارد. رسانه‌ها را بر اساس ماهیت و خاستگاه آن می‌توان به دو نوع رسمی و غیر رسمی تقسیم کرد که هر کدام متناسب با شرایط و خصوصیات خود اقتضانات خاص خود را دارد.

رسانه رسمی حاصل گرد هم آمدن و همکاری گروهی از اهالی رسانه با هدف مشخص و در چارچوب قوانین حاکم بر کشور می‌باشد. بنا بر این توقع می‌رود که رسانه رسمی در جهت اهداف مشخص شخص حقیقی یا حقوقی حمایت‌کننده خود عمل کند. طبعاً بر این اساس رفتارها و حرکات رسانه ای، متناسب با گرایش‌های حمایت‌کننده او قابل پیش‌بینی است و با توجه به شناخته شده بودن سیاست‌گذاران رسانه، می‌توان با آن وارد تعامل شد. توقع این است که دست‌اندرکاران چنین رسانه‌هایی فارغ از گرایش‌های سیاسی و فرهنگی، برای شأن حرفه‌ای خود اعتبار قائل بوده و به راحتی آن را مخدوش نکنند. بر این اساس اگر چه ممکن است در انعکاس متناسب و کامل حقایق بر اساس منافع خود منصفانه رفتار نکنند اما در انعکاس مطالب خلاف واقع و دروغ با محذوریت جدی روبرو هستند. طبعاً به علت سلطه قوانین کشور بر این رسانه‌ها، توقع این است که رسانه‌های رسمی در برابر شکایات مطرح شده و در برابر نقض قوانین پاسخگو باشند. این دقیقاً در برابر آن چیزی است که ما از رسانه‌های غیر رسمی می‌بینیم.

پدیده هزاره سوم در عرصه اطلاع‌رسانی که مدیریت رسانه را با چالش جدی روبرو کرده، عمومی

شدن ابزارهای اطلاع رسانی است که تا دهه‌های گذشته حتی در اختیار حرفه‌ای‌ترین خبرنگاران و رسانه‌های معتبر نبوده است. حتی تصور اینکه هر فرد معمولی - تنها با به همراه داشتن یک تلفن همراه - می‌تواند هر رخدادی را در کسری از ثانیه با پوشش کامل صوت و تصویر به صورت برخط به سراسر جهان منعکس کند و در کسری از دقیقه این خبر در اختیار هزاران بلکه میلیون‌ها نفر قرار گیرد تا یک دهه پیش برای مهمترین رسانه‌های دنیا نیز قابل باور نبود. حقیقت رویای "هر شهروند یک رسانه" امروز تحقق یافته و هر کسی به مقتضای انگیزه و توانمندی و ارتباطاتش نقش یک رسانه را در میان اقوام، دوستان، همکاران و یا شهر و کشور و حتی جهان بازی می‌کند. این همان چیزی است که از آن به رسانه غیر رسمی تعبیر می‌کنیم.

رسانه غیر رسمی که نمونه آن در ماجرای دوم معرفی شده است، رسانه ای است بدون شناسنامه و طبعاً غیر پاسخگو، غیر قابل پیش‌بینی، معمولاً در پی شهرت، گاه از مسیر ماجراجویی و دروغ پراکنی و ... کمتر قابل کنترل و تعامل و بسیاری اوقات بدون پابندی به اصول حرفه‌ای خبرنگاری است. وقتی این خصوصیات در کنار توانایی‌های یک رسانه قرار می‌گیرد اهمیت موضوع بیش از پیش نمایان می‌شود.

## چه باید / می‌توان کرد؟

طبعاً یکی از روش‌هایی که نظام سلامت و تشکل‌های حرفه‌مند می‌توانند از آن بیشترین بهره‌مندی را در برابر هیجانه‌های رسانه ای داشته باشند داشتن رسانه‌های حرفه‌ای، رسمی، فعال و توانمند در حوزه‌های تخصصی سلامت است که در صورت نیاز می‌تواند در عرصه اطلاع رسانی و مدیریت افکار عمومی، جامعه پزشکی را در مسیر اهداف خود یاری کند. اما یک حرفه‌مند یا مدیریت مجموعه‌ای چون بیمارستان چه ملاحظاتی را در مقام پاسخگویی به رسانه باید مد نظر قرار دهد تا بیشترین بهره را از فرصت به دست آمده برده و کمترین ضرر متوجه وی و مجموعه ارائه‌کننده خدمات سلامت شود؟

## ملاحظات ورود رسانه به بیمارستان

تعامل مناسب با رسانه و پاسخگویی به جامعه یک وظیفه اجتناب ناپذیر بیمارستان (به عنوان نماد خدمت در حوزه سلامت) است. بیمارستان چاره ای جز همکاری موثر و پاسخگویی آگاهانه و مدبرانه به رسانه ندارد. تغذیه رسانه امری اجتناب ناپذیر است، منتهی این امر باید با بیشترین دقت، در چارچوب مقررات و ضوابط تعیین شده، با تمرکز بر رعایت حقوق بهره‌مندان و در کوتاه‌ترین زمان ممکن صورت گیرد.

برای این مهم؛ ضروری است که ورود رسانه به بیمارستان‌ها، با هماهنگی مسئولان بیمارستان صورت گیرد. در بیمارستان‌های دانشگاهی این درخواست شامل نام رسانه، خبرنگار مسئول، نام بیمار یا پزشک مورد نظر برای مصاحبه، زمان، مکان و موضوع گزارش است که باید به روابط عمومی دانشگاه ارائه شود. روابط عمومی دانشگاه، چنانچه درخواست‌کننده سابقه تخلف قبلی نداشته باشد و درخواست وی با ضوابطی که در ادامه خواهد آمد منافاتی نداشته باشد، درخواست رسانه را به رئیس بیمارستان ارجاع می‌دهد. در این مرحله بر حسب شرایط و خواست بیمار و فرد مصاحبه‌شونده، قبول یا رد درخواست رسانه توسط رئیس بیمارستان صورت می‌گیرد. تردد خبرنگار رسانه در بیمارستان باید به همراه نماینده‌ای از مدیریت بیمارستان که معمولاً یکی از کارکنان روابط عمومی بیمارستان است. صورت گیرد. دسترسی خبرنگار رسانه به بیمار، تنها پس از کسب رضایت بیمار ممکن است. اگر بیمار یا تصمیم‌گیرنده جایگزین وی، با افشای اطلاعاتش برای رسانه مخالفت کند، بیمارستان نباید هیچ اطلاعاتی را برای رسانه افشا کند. به طور خاص تشریح تفصیلی وضعیت بیمار، گرفتن فیلم و عکس و انجام مصاحبه با بیمار نیاز به رضایت مکتوب از بیمار دارد. [۵] البته در مورد بیماران بازداشتی مجوز مقام قضایی نیز لازم است. در این میان و به واسطه تبعات اجتماعی احتمالی انتشار اطلاعات هویتی افراد در رسانه در مواردی چون کودک‌آزاری، سالمند‌آزاری، سوءاستفاده‌ی جنسی، ابتلا به HIV/ایدز یا بیماری‌های وابسته به آن، خشونت‌های خانگی و خشونت علیه دختران و زنان و خودکشی‌ها، پزشک حتی با وجود عدم مخالفت بیمار مجاز نیست. [۶] حساسیت حفظ اسرار پزشکی بیمار در حدی است که حتی در انعکاس رسانه‌ای تخصص پزشک یا بخش بستری بیمار نیز باید دقت داشت. چرا که در مواردی چون تخصص روان‌پزشکی، درج این عنوان می‌تواند منجر به برملا شدن بیماری فرد شود. ورود رسانه خصوصاً دوربین به بخش‌های مراقبت‌های ویژه، اورژانس، اتاق‌های عمل، بخش‌های زنان و زایمان، روان‌پزشکی، سوء مصرف مواد و کودکان و نوزادان با محدودیت‌های ویژه‌ای صورت می‌گیرد چرا که کسب رضایت آگاهانه از بیماران در این بخش‌ها و حفظ حریم خصوصی ایشان در عمل با مشکل روبروست. در موارد خاص با ارائه توجیهات کافی و تنها با دقت‌های ویژه و کاملاً محدود می‌توان اجازه دسترسی به بیمار خاص را داد. رعایت اصول کنترل عفونت و توجیه لازم اهالی رسانه در ورود به بخش‌ها ضروری است.

## ملاحظات ویژه در ورود رسانه به محیط‌های خاص

برخی از بخش‌ها به لحاظ نوع بیماران و یا تردد افراد سرشناس زیر ذره بین رسانه‌ها هستند. در این



موارد لازم است اطمینان حاصل کنید که تیم همکار شما در بخش، نسبت به اهمیت و نقش خود در حفاظت از محرمانگی اطلاعات بیماران آگاهی لازم را دارد. در این بخش باید فرد پاسخگو به رسانه مشخص باشد و تماس های رسانه ای به او ختم شود. همه ی تیم باید بدانند که چه چیزی را باید یا نباید بگویند. [۷]

اگر تصویر برداران در درمانگاه یا بیمارستان یا سایر محیط های درمانی هستند، لازم است برای اطمینان از حفظ حریم خصوصی به بیماران اطلاع رسانی کنید.

خبرنگاری و گزارشگری مخفیانه در محیط های درمانی ورود غیر مجاز به حریم خصوصی بیماران محسوب شده و ممنوع است. از جمله مصادیق خبرنگاری مخفیانه مواردی چون استفاده از دوربین های مخفی، دستگاه های استراق سمع مخفیانه، شنود تماس های تلفن همراه، نفوذ در پیام ها و یا ایمیل یا دسترسی غیر مجاز به اطلاعات بیماران بدون هماهنگی مسئولان بیمارستان و رضایت بیماران، می باشد و ضروری است در بیمارستان از طریق حراست با آن برخورد جدی شود.

آنچه که حرفه مند باید در پاسخ به درخواست رسانه برای مصاحبه در مورد شرایط خاص مد نظر داشته باشد:

رسانه به دلایل مختلفی ممکن است با شما تماس بگیرد

- ممکن است بیماری برای پیگیری اشتباهی که به زعم او در روند درمانش رخ داده است از طریق رسانه اقدام کرده باشد و رسانه برای اطلاع از آن روی سکه ماجرا با شما تماس بگیرد.
- ممکن است به عنوان پزشک معالج و فرد مطلع در برخی دعاوی مانند سوء رفتار جنسی یا کودک آزاری - که به لحاظ افکار عمومی حساسیت برانگیز تر است - از سوی رسانه ها مورد پرسش قرار گیرد.
- کافی است یکی از مشاهیر در بخش شما بستری شود تا سیل تماس خبرنگاران به سوی شما سرازیر گردد.
- گزارش آخرین وضعیت یک بحران ناشی از همه گیری یک بیماری خطرناک در منطقه ممکن است سؤالی باشد که رسانه از شما در خصوص آن توضیح بخواهد.
- یا اینکه مطالعه ای برای درمان بیماری صعب العلاج مهمی در دست اجرا داشته باشید و رسانه از آن به عنوان سوژه ای مهم و جذاب برای خوانندگان خود نهایت استفاده را کرده و از نتایج آن در مورد بیماران از شما سؤال می کند.

رسانه از طریق تلفن، مکاتبه، ایمیل، شبکه های اجتماعی، حضوری یا از طریق همکاران، دوستان و یا اعضای خانواده با شما تماس می گیرد. این خیلی مهم است که توجه داشته باشید که هیچ الزامی

در پاسخ فوری شما به رسانه وجود ندارد. توجه داشته باشید که دقیقاً از تمام روش‌هایی که رسانه برای ارتباط با شما استفاده می‌کند، شما نیز می‌توانید با وی تماس بگیرید! در اولین اقدام اطلاعات ذیل را از درخواست‌کننده جویا شوید:

نام روزنامه نگار / خبرنگار، نام نشریه / رسانه، آنچه که دقیقاً مدنظر آن‌هاست، مدت زمان، جزئیات اطلاعات تماس، شماره تلفن و آدرس ایمیل درخواست‌کننده و به وی اطمینان دهید که از طریق تلفن یا ایمیل یا... با وی تماس خواهید گرفت. مشورت با همکاران معتمدی که تجربه کافی در این زمینه دارند، می‌تواند برای تهیه پاسخ مناسب‌تر برای شما راهگشا باشد. حتماً با خبرنگار تماس بگیرید - حتی اگر در این حد باشد که مثلاً به دلیل معذوریت حرفه‌ای به دلیل محرمانگی اطلاعات بیمار نمی‌توانید پاسخ او را بدهید - چرا که حتی اگر شما او را فراموش کنید، او شما را فراموش نمی‌کند. این تماس تعامل شما را در آینده با آن خبرنگار بهبود می‌بخشد. [۸]

## ملاحظات در پاسخگویی به رسانه. [۹، ۱۰]

۱) فقط در حیطه‌ای که به شما ارتباط پیدا می‌کند یا از سوی مدیریت به شما واگذار شده پاسخگو باشید. این مهم خصوصاً در شرایط بحران که یک جمله نسنجیده از شما ممکن است هزینه زیادی برای شما و جامعه داشته باشد مد نظر قرار دهید. اگر مرتکب اشتباهی در گفته‌هایتان شدید، در تماس با خبرنگار برای اصلاح آن تردید نکنید.

- سعی کنید که در تله‌سؤالات با پاسخ بله یا خیر گرفتار نشوید و همواره سؤال را طوری مدیریت کنید که به یک پاسخ تشریحی منجر شود. از خبرنگار بخواهید که اگر با پرسش جدیدی روبرو شد، مجدداً با شما تماس بگیرد.

- حتی الامکان پاسخ صریح و واضح، موثرتر از پاسخ‌های دوپهلوست. مثلاً اینکه «در این مورد خطای جدی از سوی پزشک صورت نگرفته» مؤثرتر از این است که ذکر شود «بررسی کارشناسان احتمال خطای جدی را در این مورد غیر محتمل می‌داند».

- اگر موضوع سؤال چالشی و بحث‌برانگیز است؛ تاکید کنید که شما نظر شخصی خود را مطرح می‌کنید و الزاماً این نظر همه حرفه‌مندان نیست و به خبرنگار پیشنهاد کنید که نظر سایر حرفه‌مندان را نیز جویا شود.

- اگر زمانی برای تنظیم مطالب دارید، سعی کنید آمار و اطلاعات دقیق را برای سؤالات قابل پیش‌بینی گردآوری کنید، چرا که تأثیر کلام شما را دوچندان می‌کند. در بیان آمار از ادبیات قابل فهم‌تر استفاده کنید. مثلاً عبارت "دوسوم" بهتر از "بالای شصت درصد" برای جامعه قابل فهم

است. بیان تجربیات شخصی - مثلاً با بیماری مشابه بیمار مورد بحث - می‌تواند بیان شما را تأثیرگذارتر کند.

- صریح و صادق باشید و مستقیم به اصل مطلب پردازید و اگر پاسخی را نمی‌دانید اعلام کنید که آن را بررسی می‌کنید. حاشیه روی برای فرار از پاسخی که نمی‌خواهید یا نمی‌توانید بگویید، از اعتبار شما می‌کاهد. هدف اصلی را مشخص کنید. اگر در مورد رخداد یا موضوع ابهاماتی دارید قبل از اظهار نظر فرصتی برای بررسی، مطالعه و تأمل بگیرید یا خبرنگار را به فرد مطلعی ارجاع دهید.

- آرام باطمینان، دوستانه و ساده بدون استفاده از کلمات فنی صحبت کنید.

- اشکالی ندارد حین صحبت تأملی کنید و متفکرانه پاسخ دهید. [۱۱]

- مواظب تک تک جملاتتان باشید چرا که خبرنگار از هر جمله‌ای ممکن است استفاده مد نظر خود را بکند.

- این را باید بدانید که آنچه شما به یک روزنامه نگار می‌گویید، منتشر می‌شود. "هیچ چیز محرمانه نیست." اگر شما نمی‌خواهید مطلبی را در چاپ ببینید، آن را نگویید.

- پاسخ "نظری ندارم" تدافعی به نظر می‌رسد و شما را می‌تواند در معرض اتهام قرار دهد.

- بهتر است حتی در پاسخ به سؤالات منفی با ادبیات مثبت پاسخ دهید. مثلاً وقتی خبرنگار از عدم تأیید برخی از بخش‌های بیمارستان در اعتبار بخشی آموزشی سؤال می‌کند، شما می‌توانید بر تأیید بیشتر بخش‌ها در این اعتبار بخشی اشاره کنید و بر پیگیری لازم برای رفع نواقص موجود در برخی از بخش‌ها تأکید کنید. [۷]

- در مواردی که میان شما و بیمار اختلافی رخ داده باید تمام تلاش خود را بکنید تا اختلاف میان شما و بیمار حتی الامکان در رسانه مطرح نشود یا هر چه زودتر حل و فصل شود. چرا که تداوم این درگیری در رسانه نه تنها ممکن است مشکل را پیچیده‌تر کند بلکه خواهی نخواهی اعتبار شما و حرفه را در افکار عمومی جامعه مخدوش می‌کند. توجه داشته باشید که شما به عنوان یک حرفه‌مند محدودیت‌های جدی در بیان اطلاعات بیماران و مسایلی که میان شما و ایشان گذشته است در حوزه عمومی دارید.

- نقض محرمانگی اطلاعات بیمار چه سهواً یا عمداً، می‌تواند منجر به شکایت و یا مجازات نظامی یا قانونی برای شما شود. در مواردی که شما نمی‌توانید در یک مورد خاص اظهار نظر کنید، می‌توانید توضیح بدهید که وظیفه شما حفظ حریم خصوصی بیمار است و اینکه سوژه مورد نظر، در حال طی انجام مراحل قانونی است.

- در صورت امکان با خبرنگار شرط کنید که قبل از چاپ متن مصاحبه‌ها، گفتگوها و ترجیحاً متن اخبار به رؤیت و تأیید شما برسد؛ گر چه ممکن است قبل از پخش گزارش خبری وقت کافی

- برای مرور و اصلاح آن وجود نداشته باشد.
- در صورت امکان، سؤالات را به شکل مکتوب پاسخ دهید تا کمترین تغییر در مطالب مد نظر شما ایجاد شود. [۱۰]
- این را بدانید که در بسیاری موارد شما قطعه‌ی پازلی هستید که کارگردان برنامه در حال چیدن آن است. مواظب باشید ناخودآگاه قطعه‌ی پازل نامناسبی نشوید!
- در مصاحبه‌های دو به دوی تلویزیونی توجه داشته باشید که - به استثنای مستندها و مصاحبه‌های زنده - شما هر چقدر صحبت کنید، تنها ده تا بیست ثانیه از صحبت‌های شما پخش می‌شود، لذا مهم است که خلاصه و پرطنین صحبت کنید و از پیام‌های کوتاه تأثیر گذار بهره بگیرید. [۷]
- با توجه به در دسترس بودن موبایل توصیه می‌شود گفتگوهای خود را با مصاحبه گر حین مصاحبه ضبط کنید و حتی در مصاحبه‌های تلویزیونی از همکاران خود بخواهید که مصاحبه شما را ضبط کنند تا در مرحله ویرایش یا در صورت ضرورت اصلاحیه گزارش، از آن استفاده کنید.
- کلاً در مصاحبه‌های حضوری یا تلفنی رادیویی زمان طرح سؤال و در میان صحبت‌های مصاحبه گر صحبت نکنید و میان صحبت فرد دیگر مصاحبه شونده وارد نشوید. تمام اطلاعات مورد نظر را با خیال راحت در دسترس خود قرار دهید. [۷]
- اگر علی‌رغم تمامی دقت‌های لازم همچنان از نتیجه ناراضی هستید، به نحو مناسب و سازنده، انتقادهایتان را با خبرنگار مطرح کنید.

## ملاحظات در مقابل دوربین

- زمانی که دوربین بر شما توجه دارد، سعی کنید خونسردی تان را حفظ کنید. مطمئن شوید که شما یک تصویر حرفه‌ای از خود ارسال می‌کنید. گزارشگر می‌تواند از حرکات بدن و صورت شما پیام‌های خود را برداشت کند.
- صورت خود را نپوشانید و یا عکس‌العمل تندی نشان ندهید. صبر کنید که خبرنگار تصویر مد نظر خود را از شما بگیرد. پشت کردن به دوربین، ترک عجلولانه محل مصاحبه، حتی لبخند زدن نابجا نیز ممکن است پیام اشتباهی را به مخاطب منتقل کند. [۸]
- از زبان بدن غفلت نکنید! دست‌های خود را سست کنید و به طور طبیعی حرکت دهید. این کمک خواهد کرد که شما آرام و با اعتماد به نفس به نظر برسید. دست‌های خود را با هم نپوشانده و به هم گره نزنید یا در جیب خود نگذارید. لبخند بزنید و طبیعی رفتار کنید. [۷]
- خصوصاً زمانی که به عنوان یک متخصص و کارشناس با شما گفتگو می‌شود باید آرامش خود را حفظ کنید و در تلاش برای اثبات دانش و مهارت خود نباشید، چرا که همین عامل باعث مراجعه رسانه به شما شده است. لذا اعتماد به نفس داشته باشید. [۷]

- آراستگی ظاهر و تناسب لباس به لحاظ رنگ و ترکیب و متناسب با پوشش حرفه‌ای در نفوذ کلام شما موثر است.
- حین مصاحبه به مصاحبه‌گر خیره شوید نه دوربین، روی صندلی لم ندهید و اجازه ندهید پستی صندلی شانه‌های شما را لمس کند. [۷]
- در مصاحبه‌های از راه دور بر عکس مصاحبه حضوری به دوربین خیره شوید نه تصویر مجری. حتماً پیش از مصاحبه از کیفیت صدا، آراستگی ظاهر و کنترل ترددهای ناخواسته در دید دوربین اطمینان حاصل کنید تا حین مصاحبه ذهن شما تنها متمرکز بر مصاحبه باشد. [۷]
- در مصاحبه‌های رادیویی با تلفن پیش از مصاحبه از کیفیت صدا و نام مصاحبه‌کننده مطمئن شوید و ترجیحاً تنها از تلفن ثابت - و نه همراه - استفاده کنید. [۷]

### در برخورد با انتشار گزارش‌های خلاف واقع در رسانه چه باید کرد؟

رسانه در قبال انتشار خلاف واقع مطالب باید پاسخگو باشد. مطابق با ماده ۲۳ قانون مطبوعات " هر گاه در مطبوعات مطالبی مشتمل بر توهین یا افترا، خلاف واقع و یا انتقاد نسبت به شخص (اعم از حقیقی یا حقوقی) مشاهده شود، ذینفع حق دارد پاسخ آن را ظرف یک ماه کتباً برای همان نشریه بفرستد. و نشریه مزبور موظف است آن توضیحات و پاسخ‌ها را در یکی از دو شماره‌ای که پس از وصول پاسخ منتشر می‌شود، در همان صفحه و ستون و با همان حروف که اصل مطلب منتشر شده است، مجانی به چاپ برساند، به شرط آنکه جواب از دو برابر اصل تجاوز نکند و متضمن توهین و افترا به کسی نباشد."

اگر چه پاسخگویی به مطالب خلاف واقع در مطبوعات، گاه خود باعث دامن زدن به آن و نفوذ بیشتر آن در فضای خبری می‌شود، اما در صورت واکنش به موقع و پاسخ مناسب، این قانون می‌تواند به رفع آثار منفی انتشار اخبار خلاف واقع کمک کند. باید توجه داشت که توجیه خطای صورت گرفته و کتمان واقعیات در پاسخ، خطای بزرگتری از سوی نویسنده جوابیه خواهد بود که اثرات مخرب خبر را تشدید خواهد کرد.

در بسیاری از موارد مطبوعات ممکن است در جوابیه شما دست‌کاری کنند یا در پیوست درج جوابیه توضیحاتی را در توجیه درج خبر قبلی و نقد جوابیه شما منتشر کنند که گاه همین توضیحات حاوی اتهامات جدیدی علیه شما و یا مطالب خلاف واقع می‌باشد. در تبصره شماره یک قانون فوق این مورد هم پیش‌بینی شده و حق پاسخگویی مجدد شما را به رسمیت شناخته است. در این تبصره آمده است: " اگر نشریه علاوه بر پاسخ مذکور مطالب یا توضیحات مجددی چاپ کند، حق پاسخگویی مجدد

برای معترض باقی است. درج قسمتی از پاسخ به صورتی که آن را ناقص یا نامفهوم سازد و همچنین افزودن مطالبی به آن در حکم عدم درج است و متن پاسخ باید در یک شماره درج شود.

چنانچه نشریه به تعهدات بالا برای درج جوابیه شما عمل نکند مطابق تبصره شماره سه همین قانون شما می‌توانید از طریق دادگستری شکایت خود را طرح و در صورت تایید تخلف، قاضی می‌تواند حداکثر تا ده روز دستور توقیف موقت نشریه را تا زمان رسیدگی لازم در دادگاه و صدور رای صادر کند. البته مطابق تبصره چهارم، موارد فوق نافی حق شما در شکایت مستقیم به مراجع قضایی قبل از طی مراحل فوق نخواهد بود.

آنچه که در این نوشتار مورد نظر بوده توجه دادن حرفه‌مند به اصولی است که بی توجهی به آن هزینه سنگینی را متوجه وی و حرفه می‌کند. در نمونه مطرح شده در ابتدای فصل به نظر می‌رسد پزشک نقش تکمیل کننده قطعه‌ای از پازل مد نظر خبرنگار را ایفا کرد و با ورود بدون دلیل به جریان مصاحبه با سخنگوی بیمارستان و بیان نامناسب مشکلات بخش در شرایطی که مخاطب به شدت نگران عفونت مطرح شده در محیط بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بود سوژه چالشی مناسبی برای خبرنگار را فراهم کرد. این خطا به بهای نگرانی مادران نوزادان بستری در آن بخش، کدورت همکاران وی در بخش و مهمتر از همه نگرانی عموم جامعه شد.

انعکاس تصویر پای سوخته نوزاد در مورد دوم در جامعه موج خبری سنگینی را علیه بیمارستان و بخش مربوطه به راه انداخت در حالی که در بررسی‌های صورت گرفته هیچ خطای پزشکی در روند درمان این نوزاد رخ نداده بود. تصویر منعکس شده از اتاق مربوط به مادران نبوده بلکه اتاق استراحتی بود که در مجاورت بخش برای کارگران نوسازی بخش در نظر گرفته شده بود. اگر چه روند درمان پای نوزاد در بیمارستان تداوم یافت و به نتیجه رسید اما پرسنل آن بخش خصوصاً پرستار مربوطه، همواره از موج حملات رسانه‌ای صورت گرفته که ریشه در پست‌های خلاف واقع دست به دست شده در فضای مجازی داشت به عنوان یکی از تلخ‌ترین خاطرات حرفه‌ای خود یاد می‌کند و برخی از آنها درخواست انتقال از بخش پراسترس نوزادان را داشتند. شاید قبول عجولانه خطا و واکنش منفعلانه در قبال موج سنگین رسانه‌ای ایجاد شده و پاسخگویی به موقع می‌توانست از شدت این آسیب‌ها بکاهد.

غفلت در تعامل با رسانه می‌تواند پرهزینه باشد اگر چه در بسیاری از موقعیت‌ها حرفه‌مندان و خصوصاً سازمان‌ها در نظام سلامت چاره‌ای جز ورود به این تعاملات ندارند.

1. Dorfman L, Krasnow ID. Public health and media advocacy. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:293-306.
2. Blom N, van der Zanden R, Buijzen M, Scheepers P. Media Exposure and Health in Europe: Mediators and Moderators of Media Systems. *Soc Indic Res*. 2016;126:1317-1342.
3. Vahedi Z, Sibalis A, Sutherland JE. Are media literacy interventions effective at changing attitudes and intentions towards risky health behaviors in adolescents? A meta-analytic review. *J Adolesc*. 2018 Aug;67:140-152.
4. <http://www.magiran.com/article.asp?AID=1005>
5. Release of Patient Information to the Media California guide  
<https://www.calhospital.org/freeguide> (accessed in Nov. 2018)
6. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. *Inj Prev*. 2002 Dec;8 Suppl 4:IV30-2.
7. Effective Media Interview Techniques  
<https://www.acep.org/get-involved/becoming-a-spokesperson/effective-media-interview-techniques/#sm.0001ex4bxcq1jf0hzki2mn1nappyp> (accessed in Nov. 2018)
8. Dealing with the media  
<https://www.themdu.com/guidance-and-advice/guides/dealing-with-the-media> (accessed in Nov. 2018)
9. Your Practical Guide to Handling a Spontaneous Media Interview  
<https://www.acep.org/Advocacy/Effective-Media-Interview-Techniques/#sm.00001 umsl 4evdne kgu khn3zdhufdt> (accessed in Nov. 2018)
10. Banyard P, Flanagan C. *Ethical Issues in Psychology*. Routledge; 2011. P. 133
11. Sonu Goel, *Textbook of Hospital Administration*, London : Elsevier Health Sciences APAC, 2014. P:216-217  
<https://books.google.com/books?id=rx2MBgAAQBAJ&lpg=PA220&dq=handling%20the%20media%20hospital&pg=PA216#v=onepage&q=%20media&f=false>(accessed in Nov. 2018)16.

# فصل دهم:

## رفتار حرفه‌ای در فضای مجازی

نویسنده:

دکتر محبوبه مافی نژاد

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران،

گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی،

مرکز مطالعات و توسعه آموزش



## سناریو

استاد پزشکی با استفاده از نام واقعی خود به یک شبکه اجتماعی می پیوندد. او چندین هفته رفتار، عملکرد و ارتباط دانشجویان خود را در فضای مجازی با دیگران رصد می کند و سپس تصمیم می گیرد که از این بستر برای ارائه محتوا و آموزش در زمینه موارد بالینی که به وی مراجعه می کنند استفاده کند. هدف او این است که اطلاعات بالینی را با فراگیران به اشتراک بگذارد و از طریق طرح سؤالات متعدد، آنها را به بحث و گفتگو تشویق کند. بستر مجازی که ایشان انتخاب می کند، به وی این امکان را می دهد که بتواند به طور انتخابی با توجه به ویژگی های گروه مخاطب، مطالب را به اشتراک بگذارد. از آنجا که ایشان قصد دارد که از این بستر برای اهداف حرفه ای استفاده کند، تصمیم می گیرد که درخواست عضویت تمام فراگیران را بپذیرد. او تصاویر و اطلاعات مربوط به بیماران خود را پست نمی کند، در مقابل سعی می کند بازاندیشی خود را بر سناریوهای بالینی که با آنها مواجه می شود را با فراگیرانش به اشتراک بگذارد. وی به تازگی با یک بیمار عارضه دار مواجه شده است و احساس می کند که بحث در باره ی آن به تقویت فرایند یادگیری فراگیرانش کمک می کند. به همین دلیل رضایت بیمار را برای استفاده از پرونده اش به صورت ناشناس اخذ می کند و سپس پرونده را به همراه مقاله ای در مورد عوارض بعد از عمل پست می کند. سایر پزشکانی که پست ایشان را مشاهده می کنند، بر اساس تجربیات و تحقیقاتی که در این حوزه تاکنون داشته اند نظرات خود را ارائه می دهند و در همین راستا تعدادی از دانشجویان سوالاتی که برایشان پیش آمده را مطرح می کنند.

## تاریخچه ظهور فضای مجازی

نگاهی به تاریخچه ظهور رسانه ها می تواند نشانگر تفاوت بارز شبکه های اجتماعی امروزی با رسانه های پیش از خود باشد. اختراع صنعت چاپ در قرن پانزدهم شروعی را برای انتشار اخبار، اطلاعات، تکثیر و نشر یافته ها رقم زد. اختراع تلگراف در سال ۱۸۷۴ و به دنبال آن تلفن، تلویزیون و سپس کامپیوتر در سال ۱۹۴۱ همگی بستری شدند برای خلق دنیایی که از آن امروزه به عنوان فضای مجازی یاد می کنیم. در واقع شاید بتوان به جرات گفت که تاریخچه فضای مجازی به دوران قبل از رایانه برمی گردد. [۱] اینترنت هم در ابتدا با هدف تبادل اطلاعات از متصل شدن چند شبکه ی کامپیوتری در ارتش ایالات متحده امریکا متولد شد که بعد از مدتی به سرعت در سراسر دنیا گسترش یافت.

نگاهی به روند تاریخی ظهور رسانه های اجتماعی نشان می دهد که هر چند برخی از این فناوری ها مانند تلگراف و تلفن در اواسط قرن نوزدهم اختراع شدند، اما به جرات می توان به این موضوع اذعان

کرد که همه‌گیر و ارزان شدن این فناوری‌های جدید و بالارفتن توان فنی آن‌ها که شرط اصلی گسترش آن است، در طی چند سال اخیر اتفاق افتاده است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که چندی بعد از معرفی و گسترش اینترنت، مفهومی با عنوان شبکه‌های اجتماعی اینترنتی برای نخستین بار در سال ۱۹۶۰ در ایالت متحده آمریکا مطرح شد. حدود ۲۰ سال بعد نخستین سایت شبکه اجتماعی راه‌اندازی شد که به کاربران امکان تشکیل پروفایلی برای برقراری تعاملات و ارتباطات با دیگران را فراهم می‌ساخت. در سال ۲۰۰۲ در پی انفجار اطلاعات در وب سایت‌ها، شبکه‌های اجتماعی فرنداستر<sup>۱</sup>، اورکات<sup>۲</sup> و لینکداین<sup>۳</sup> معرفی شدند که منجر به رشد سریع وب سایت‌های شبکه‌های اجتماعی در اینترنت شدند. چندی بعد سایت شبکه اجتماعی فیس‌بوک در دانشگاه‌ها و راه‌اندازی شد که با گذشت زمان کوتاهی توانست به سرعت در بین کاربران کشورهای مختلف رشد و گسترش بیابد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که رشد قارچ‌گونه فیس‌بوک به قدری زیاد بود که در طی سالیان اخیر مطالعات بسیاری به ابعاد مختلف تاثیرات حاصل از استفاده از آن در زندگی اجتماعی و حرفه‌ای افراد پرداخته است. [۲]، [۳] ردپای این مطالعات در حوزه آموزش هم به چشم می‌خورد. [۴-۷] در حال حاضر فیس‌بوک با ۱ میلیارد و ۸۶ میلیون کاربر در صدر پرطرفدارترین و محبوب‌ترین شبکه‌های اجتماعی قرار گرفته است که البته تحت تاثیر اتفاقاتی نظیر رسوایی نشر اطلاعات و نقض حریم خصوصی کاربران، دچار ریزش قابل توجه در تعداد کاربران شد. [۸]

به طور کلی، افزایش و رشد چشمگیر شبکه‌های اجتماعی در قرن بیستم میلادی به حدی بود که سال ۲۰۰۶، به عنوان سال توسعه و گسترش بازدیدکنندگان وب سایت‌های شبکه‌های اجتماعی نام‌گذاری شد. در طول سالیان اخیر شبکه‌های اجتماعی متفاوتی با کاربری‌های متنوع ایجاد شد و در واقع موج جدیدی از شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی ایجاد شده است. [۹] مجموع این شرایط باعث شده است تا در سال ۲۰۰۵ اقداماتی برای وضع قوانین مرتبط با حضور در فضای مجازی به صورت جسته‌گریخته انجام شود. در پی این حرکت، به تدریج قوانین مشخصی برای حفظ و ایجاد امنیت اطلاعات کاربران در فضای مجازی توسط مراکز پاسخگو تدوین و معرفی شد.

## چرا رعایت مسایل اخلاقی در فضای مجازی ضرورت دارد؟

برای پاسخ به این سوال کافی است که نگاه اجمالی به گستره استفاده از فضای مجازی در زندگی

1 Friendster

2 Orkut

3 LinkedIn

روزمره خود داشته باشیم. قطعاً پاسخ کاملاً روشن است که امروزه کمتر کسی را می‌توان یافت که از دنیای مجازی، پیام‌رسان‌ها و شبکه‌های اجتماعی به دور باشد و یا در یکی از آن‌ها حساب کاربری نداشته باشد. بنابراین آنچه مشخص است این که هر چند زمان زیادی از ورود اینترنت و فضای مجازی به زندگی بشر نگذشته است، اما ابعاد جدیدی که فضای مجازی در زندگی روزمره ما ایجا کرده است، به قدری متنوع و پیچیده است که تاثیرگذاری آن را نمی‌توان انکار کرد.

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که مشارکت و حضور مردم در رسانه‌های اجتماعی در طی ۹ سال گذشته به شدت افزایش یافته است. [۱۰] در ایالات متحده، نسبت استفاده از رسانه‌های مجازی از سال ۲۰۰۵ تاکنون از ۸ درصد به ۷۲ درصد افزایش یافته است. [۱۱] در سال ۲۰۱۲، کاربران فیس‌بوک از مرز یک میلیارد نفر در سراسر جهان گذشت که یک هفتم جمعیت جهان است. [۱۲] علاوه بر این، روزانه به طور متوسط ۱۰۰ میلیون کاربر توئیتر بیش از ۶۵ میلیون توئیتر ارسال می‌کنند و دو میلیارد ویدیو در یوتیوب<sup>۱</sup> مشاهده می‌شود. [۱۲] تازه‌ترین گزارش‌های به دست آمده توسط موسسه تحقیقاتی آمار در آلمان مویده آن است که تعداد کاربرانی که در شبکه‌های اجتماعی عضویت داشته و از آن‌ها استفاده می‌کنند، از سال ۲۰۱۰ تاکنون شیب صعودی بسیار تندی را پشت سر گذاشته، به گونه‌ای که هر ساله میزان قابل توجهی از کاربران به آن اضافه شده‌اند.

هر چند آمار و ارقام در مورد ایران کمی متفاوت است، با این حال در حال حاضر تعداد کاربران اینترنتی به بیش از ۳/۱۷ میلیون نفر می‌رسد، که از این میان بیش از نیمی از کاربران به صورت حرفه‌ای در رسانه‌های مجازی حضور و فعالیت دارند. [۱۳] در واقع از زمانی که اولین پیام الکترونیکی از ایران به مدیران دانشگاه وین در ژانویه سال ۱۹۹۳ ارسال شد، در فاصله زمانی ۱۰ سال بعد تعداد کاربران اینترنت در ایران به حدود ۱/۲ میلیون افزایش یافت. [۱۴]

مسلم است که رشد سریع رسانه‌های اجتماعی در طی سالیان اخیر، در پرتو مزایای این رسانه‌ها حاصل شده است. امروزه رشد و گسترش اینترنت و شبکه گسترده جهانی، ارتباطات کشورهای جهان را به هم تسهیل نموده است و از این طریق میلیون‌ها کاربر قادر به تعامل با یکدیگر هستند. [۱۵] جستجوی هوشمند، سرعت بالای انتقال اطلاعات، دسترسی به حجم گسترده اطلاعات، سهولت ارتباطات، امکان سهیم شدن در اطلاعات دیگران، هم‌افزایی اطلاعات و هزینه کمتر از جمله مزایایی هستند که با اِعمال کنترل‌های اخلاقی و حرفه‌ای می‌توانند کاستی‌های این فضا را از قبیل احتمال بروز سوء استفاده‌های اخلاقی، مادی و جسمی، تا حد زیادی قابل چشم‌پوشی نمایند. بنابراین چندان دور

از ذهن نیست که بتوان گفت تاثیرات و پیامدهای مثبت و منفی دنیای مجازی به عنوان یک پدیده نوین در تعاملات انسانی روز به روز در حال گسترش است. واقعیت این است که افزایش چشمگیر و روزافزون بهره‌گیری از فضای مجازی این تصور را که کاربران روز به روز به فواید و جاذبه‌های این فضا علاقه‌مندتر می‌شوند تقویت می‌نماید و به همان اندازه امکان بروز رفتارهای نادرست و غیر اخلاقی را شدت می‌بخشد. [۱۶]

به صورت کلی می‌توان گفت که فضای مجازی علاوه بر برخورداری از مزایای بالقوه به طور نسبی می‌تواند باعث تقویت و هم تخریب اخلاق و روابط انسانی و اجتماعی افراد گردد و تا آنجا پیش رود که حتی به تغییر اخلاق فردی و اجتماعی نیز بیانجامد. در واقع به رغم افزایش روزافزون استفاده از فضای مجازی، همواره این نگرانی وجود دارد که به اشتراک گذاشتن اطلاعات بدون در نظر گرفتن اصول رفتار حرفه‌ای در این نوع ارتباطات، آسیب‌های بالقوه‌ای را به همراه داشته باشد. از این رو در دهه‌های اخیر به یک موضوع چالش برانگیز برای محققان علوم رفتاری و روانشناسی و جامعه‌شناسان تبدیل شده است. در این میان بسیاری از اندیشمندان و صاحب نظران رعایت ملاحظات اخلاقی را در جهان مجازی، مهم‌ترین ملاک گسترش تکنولوژی‌ها در جهت ارزش‌های انسانی دانسته و آن را ضامن حفظ سلامتی روحی و روانی افراد در عصر کنونی قلمداد می‌کنند. بر همین اساس امروزه ضرورت توجه به رعایت اخلاقیات در فضای مجازی بسیار مورد توجه قرار گرفته شده است. [۱۷-۱۹] از این رو به موازات گسترش استفاده‌ی روزافزون از تکنولوژی‌های ارتباطی جدید، اهمیت توجه و بحث در رابطه با مسائل اخلاقی نیز در چنین فضایی با قابلیت‌های بسیار آن افزایش می‌یابد.

### رفتار حرفه‌ای در فضای مجازی برای حرفه‌مندان پزشکی: پاسخ به یک الزام

ظهور و گسترش رسانه‌های اجتماعی، نه تنها در شکل‌گیری شیوه زندگی فردی افراد تاثیر گذار بوده است، بلکه محیط‌های حرفه‌ای را نیز تحت شعاع خود قرار داده‌اند. [۲۰] شواهد فراوانی وجود دارد که عموم مردم از رسانه‌های اجتماعی برای تبادل اطلاعات در حوزه سلامت استفاده می‌کنند. [۲۱] اکثریت رو به رشد بیماران مدرن - به ویژه افرادی که دارای بیماری‌های مزمن هستند - به دنبال یافتن دسترسی به رسانه‌های اجتماعی و سایر منابع آنلاین برای به دست آوردن اطلاعات پزشکی و ارتباط با سایر بیمارانی هستند که در شرایط مشابه قرار دارند. [۲۲] به علاوه امروزه فرایند آموزش، یادگیری و ارائه مراقبت در پزشکی را از دنیای مجازی نمی‌توان جدا کرد. [۲۳]

اهمیت این موضوع با نگاهی به آمارهای موجود بیشتر مشخص می‌گردد. شواهد موجود نشان

می‌دهد که با گسترش مرزهای ارتباطاتی، امروزه استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی نیز توسط حرف علوم پزشکی در حال رشد است. [۱۰، ۲۴] مرور سیستماتیک در فاصله سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ نشان‌دهنده افزایش کاملاً محسوس استفاده گروه‌های پزشکی از شبکه‌ها و رسانه‌های مجازی است. [۱۰] در مطالعات متعددی، به استفاده از رسانه‌های اجتماعی در دانشجویان پزشکی. [۲۵، ۲۶]، پزشکان. [۲۷]، داروسازان. [۲۸]، دندانپزشکان. [۲۹] و اعضای هیات علمی اشاره شده است. [۳۰] بر طبق مطالعات، تخمین‌های اخیر استفاده از رسانه‌های اجتماعی توسط پزشکان به طور چشمگیری از ۴۱ درصد در سال ۲۰۱۰ به ۹۰ درصد در سال ۲۰۱۱ افزایش یافته است، در حالی که میزان این استفاده برای دانشجویان پزشکی بیش از ۹۰ درصد است. [۳۱] در مطالعه دانشگاه نیوزلند (سال ۲۰۱۰)، از ۳۳۸ دانشجوی پزشکی، ۲۲۰ نفر (۶۵٪) از شبکه اجتماعی فیس بوک به عنوان یک رسانه مجازی استفاده می‌کردند. [۳۲] در یک نظرسنجی صورت گرفته در خصوص استفاده از شبکه‌های اجتماعی آن‌لاین، از بین ۲۸۳۶ نفر از گروه‌های پزشکی، ۹۳/۵٪ دانشجوی پزشکی، ۷۹/۴٪ رزیدنت و ۴۱/۶٪ پرسنل بهداشتی درمانی، عضو بودند. [۳۳]

مسئله علل گوناگونی از جمله دسترسی آسان به جوامع حرفه‌ای، مطالعه مقالات و مطالعات موجود، اطلاع از تحولات پزشکی روز دنیا، امکان مشاوره با همکاران در مورد مسائل مربوط به بیمار، انتشار پژوهش‌ها در این بین بسیار تاثیرگذار بوده است. [۳۴] اقلیت رو به رشد پزشکان نیز از رسانه‌های اجتماعی برای ارتباط مستقیم با بیماران به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی استفاده می‌کنند. [۳۵] هاریسون و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود نیز اشاره کردند که اکثر دانشجویان پزشکی از انواع رسانه‌های اجتماعی در فرایند یادگیری خود از طریق به اشتراک گذاری فایل و به روزرسانی در مورد رویدادهای پزشکی استفاده می‌کنند. [۳۶] نگاهی به مطالعات موجود نشان می‌دهد که استفاده از فضای مجازی به کاربری حرفه‌ای محدود نمی‌شود. نظرسنجی از ۴،۰۰۰ پزشک نشان داد که بیش از ۹۰ درصد از پزشکان از نوعی رسانه‌های اجتماعی برای فعالیت‌های شخصی استفاده می‌کنند، در حالیکه تنها ۶۵ درصد آن‌ها از این سایت‌ها به دلایل حرفه‌ای استفاده می‌کنند. [۳۷] با این حال، هر دو استفاده شخصی و حرفه‌ای از رسانه‌های اجتماعی توسط پزشکان رو به افزایش است. [۱۲، ۳۵]

به رغم افزایش روز افزون استفاده از فضای مجازی، همواره این نگرانی وجود داشته و دارد که به اشتراک گذاشتن اطلاعات بدون در نظر گرفتن اصول رفتار حرفه‌ای در این نوع ارتباطات، آسیب‌های بالقوه‌ای را به همراه خواهد داشت. نگرانی‌های حرفه‌ای که شامل مفاهیمی از جمله رازداری و حفظ حریم خصوصی موضوعات جدیدی نیستند اما در دهه اخیر، ارتباطات مجازی بین حرف بهداشتی

درمانی و کاربری آن‌ها از رسانه‌های دیجیتال نیازمند قانونمندی و تعهدات ویژه‌ای است که در این بین ایجاد می‌شود. این آمارها بیانگر نوعی نگاه موشکافانه از فرصت پیش آمده در فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی و همچنین وسوسه انگیز بودن و فریفتگی این شبکه‌ها است، در عین آن که بر نیاز استفاده از آن‌ها تأکید می‌کند، بر ضرورت تدوین مجموعه اصول رفتار حرفه‌ای بخصوص برای جامعه‌ی علوم پزشکی تأکید می‌نماید. از این رو در دهه اخیر، به موازات گسترش ارتباطات مجازی بین حرف بهداشتی درمانی و کاربری آن‌ها از رسانه‌های دیجیتال، الزام به رعایت این اصول اخلاقی در فضای مجازی ایجاد شده است. [۳۸] این موضوع باعث شده است تا در سال‌های اخیر نویسندگان به کرات در مطالعات متعددی به ضرورت تدوین راهنماهای رفتار حرفه‌ای برای حضور در فضای مجازی به عنوان یک حلقه گمشده در برنامه‌های آموزشی اشاره نمایند. [۳۹، ۴۰] و برای پاسخگویی به این نگرانی‌ها، در سطح بین‌المللی تدوین راهنماهای اخلاقی برای حرف‌گوناگون تدوین و پیشنهاد شده است. [۴۱] انجمن‌های پزشکی امریکا، کانادا، فدراسیون‌های ایالتی تخصصی پزشکی و بسیاری از دانشگاه‌های معتبر پزشکی در دنیا، راهنماهایی برای استفاده از رسانه‌های اجتماعی برای گروه‌های پزشکی تعریف کرده‌اند. [۲۰، ۴۲، ۴۳]

شواهد به دست آمده از تحقیقات، پرونده‌های حقوقی و گزارش‌های رسانه‌ای نشان می‌دهند استفاده از این شبکه‌ها می‌تواند کادر پزشکی را با خطراتی مواجه سازد. رفتار ناصحیح آنلاین می‌تواند بر روی روابط کادر درمانی با بیماران یا کادر درمانی و همکاران آنان و همچنین بر آینده شغلی کادر، تأثیرات مخربی ایجاد نماید. [۱۶] بررسی مطالعات نشان می‌دهد که خطاهای حرفه‌ای اعضای تیم سلامت در فضای مجازی می‌تواند تبعاتی نه تنها برای افراد شاغل در تیم سلامت بلکه برای اعتماد عمومی به حرفه پزشکی در پی داشته باشد. [۴۴]

## چالش‌های کلیدی در استفاده از فضای مجازی برای حرفه‌مندان علوم پزشکی

### آسیب به اعتبار حرفه‌ای و اعتماد عمومی

پایبندی به موازین رفتار حرفه‌ای پزشکی در فضای مجازی همانند فضای حقیقی، برای حفظ اعتماد عمومی به حرفه پزشکی ضروری است. گسترش ارتباطات مجازی در دهه‌های اخیر و افزایش کاربری رسانه‌های دیجیتال در حوزه بهداشت و درمان؛ اهمیت پایبندی به این موازین اخلاقی را افزون ساخته است. توسعه فناوری‌های جدید اطلاعاتی از جمله شبکه‌های اجتماعی به موازات ایجاد منافع ارزشمند، خطراتی را از سوی این شبکه‌ها متوجه اعتبار حرفه‌مندان مختلف از جمله گروه‌های علوم

پزشکی نموده است.

امروزه به کرات شاهد مشاهده اخبار گوناگون در ارتباط با بدرفتاری و بی اخلاقی گروه‌های علوم پزشکی در رسانه‌های مجازی هستیم. انتشار اخباری از جمله: "تصاویر مربوط به عکس دانشجویان پرستاری با جسد در سالن تشریح"، "تعلیق دانشجویان پزشکی پس از ارسال اطلاعات پرونده بیماران بدون اخذ رضایت در فیس‌بوک"، "اخراج کارکنان به دلیل ارسال پست‌های نامناسب در اینستاگرام" و غیره منجر شده است که اعتماد عموم مردم به جامعه پزشکی دچار آسیب شود. ارسال هرگونه اطلاعات یا تصاویری که تأثیر منفی بر روی بیماران یا عموم مردم بگذارد می‌تواند تبعات نامطلوبی به همراه داشته باشد.

بدون شک یک خطر عمده در ارتباط با استفاده از رسانه‌های اجتماعی، ارسال محتوای غیر حرفه‌ای است که می‌تواند به خدشه‌دار شدن هویت حرفه‌ای حرفه‌مندان علوم پزشکی بیانجامد. [۴۵] رسانه‌های اجتماعی اطلاعاتی درباره شخصیت، علایق و اولویت‌های خصوصی افراد ارائه می‌دهند که تمامی اطلاعات درج شده از عملکرد افراد در این رسانه‌ها با گذشت زمان قابل بازیابی و پیگیری است. [۱۱] هر یک از اطلاعات نمایه شده در رسانه‌های اجتماعی مانند تصاویر، اسامی و القاب، پست‌ها و نظرات مورد علاقه یا فایل‌های به اشتراک گذاری شده و همچنین دوستان، سازمان‌ها، بازی‌ها و رسانه‌هایی که فرد دنبال می‌کند، می‌تواند معرف ویژگی‌های شخصیتی وی باشد. [۱۱] رفتارهایی که می‌تواند به عنوان مصادیق غیر حرفه‌ای تفسیر شود: شامل نقض حریم خصوصی بیماران؛ استفاده از زبان و گفتمان تبعیض آمیز؛ تصاویری از اشتغال به امور خلاف عرف و قانون؛ و نظرات منفی در مورد همکاران و غیره است. [۴۵]

ارسال و نشر چنین اطلاعاتی توسط حرفه‌مندان علوم پزشکی در حکم ردپای دیجیتال ضبط و ثبت می‌شود که همواره قابل بازیابی و دسترسی توسط نهادهای مختلف است. [۴۶] مبارک و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ی خود به بررسی فعالیت دانشجویان پزشکی و رزیدنت‌ها در فیس‌بوک و تأثیر آن بر ارتباط پزشک و بیمار پرداختند و مشاهده کردند که از بین ۲۰۲ شرکت‌کننده در مطالعه، ۱۴۷ نفر دارای پروفایل فیس‌بوک بودند و از بین این تعداد ۱۳۸ نفر از نام حقیقی خود در پروفایل استفاده کرده بودند. محققان در انتها به تاثیرگذاری ارتباط پزشک و بیمار به دلیل حفظ ناکافی حریم شخصی در اینترنت و فضاهای مجازی اشاره کردند. [۴۷] بنابراین معرفی کامل افراد هنگام اظهارنظرهای تخصصی می‌تواند بر حفظ اعتبار شخصی یا حرفه‌ای و سازمانی آنان در فضای مجازی بیفزاید و در مقابل، اظهارنظرهای بی نام هرچند قابل ردیابی است، اما با اصول حرفه‌ای در تناقض است.

اطلاعات جمع‌آوری شده از رسانه‌های اجتماعی نیز می‌تواند برای تصمیم‌گیری در مورد پذیرش در جایگاه‌های مختلف حرفه‌ای و یا اشتغال در موقعیت‌های مختلف شغلی استفاده شود. [۴۶] در حال حاضر کارفرمایان و سایر نهادهای دولتی پیش از استخدام متقاضیان حرف سلامتی، فیس بوک و دیگر شبکه‌های اجتماعی آنان را جستجو می‌کنند و بر اساس اطلاعات موجود در خصوص رفتار حرفه‌ای آنان قضاوت می‌کنند. [۱۲] شواهد یک مطالعه نشان داد که ۷۹ درصد از کارفرمایان پیش از استخدام، اطلاعات آنلاین را در مورد متقاضیان در نظر می‌گیرند و این در حالی است که تنها ۷ درصد از متقاضیان از این موضوع اطلاع دارند. [۴۸]

### کیفیت پایین اطلاعات منتشر شده

چالش اصلی پیرامون نشر مطالب پزشکی در رسانه‌های اجتماعی و دیگر منابع آنلاین، پایین بودن کیفیت مطالب منتشر شده و قابلیت اطمینان به آن است. نویسندگان مطالب پزشکی که در سایت‌ها و یا رسانه‌های اجتماعی نشر داده می‌شود، در اغلب موارد ناشناس هستند. علاوه بر این، بسیاری از مطالب پزشکی منتشر شده نامربوط، ناقص و یا به صورت غیر رسمی هستند. برخلاف اصول پزشکی مبتنی بر شواهد، اغلب مطالب ارائه شده در فضای مجازی مبتنی بر تجربیات فردی بیماران است که منجر به کاهش اعتماد به صحت و درستی آن می‌شود.

قطعا انجام اقداماتی توسط نهادهای ذی‌ربط، در مواجهه با این مشکل مفید خواهد بود. نظارت موسسات آموزشی و شبکه‌های ارائه خدمات سلامتی بر کیفیت اطلاعات منتشر شده در وب سایت‌های زیر مجموعه و معرفی بسترهای معتبر جهت دسترسی بیماران ضروری است. [۴۶] در همین راستا سازمان بهداشت جهانی در طی سال‌های اخیر درخواست یک دامنه اینترنتی مشخص برای نامگذاری اختصاصی وب سایت‌ها و بسترهای مجازی ارائه کرده است که از طریق آن مطالب حوزه سلامت نشر داده می‌شود. [۴۹] صدور دامنه‌های اختصاصی منجر می‌شود تا بر محتوای وب سایت‌هایی با این آدرس‌ها نظارت بیشتری شده و بدین ترتیب از رعایت حداقلی معیارهای کیفی اطمینان حاصل شود. [۵۰]

### نقض محرمانگی هویت و اطلاعات بیماران

از دیگر چالش‌های این حوزه، حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران در شبکه‌های اجتماعی است. مسلماً انتشار اطلاعات بیماران در شبکه‌های قابل دسترس عموم می‌تواند ناقض اصل محرمانگی باشد و به اعتبار حرفه‌ای اعضای تیم سلامت آسیب وارد نماید. [۴۳] مرور مطالعات مشابه نشان می‌دهد که معیارهای حرفه‌ای بودن در فضای مجازی ایجاب می‌نماید کادر درمانی ضمن حفظ محرمانگی



اطلاعات بیماران در فضای مجازی، از انتشار هرگونه مطلب خلاف واقع یا کم ارزش علمی که می‌تواند اعتبار حرفه پزشکی را مخدوش نماید خودداری کند. [۵۱, ۲۰]

سهولت تبادل اطلاعات و ویژگی فقدان کنترل محسوس در شبکه‌های اجتماعی، گاهی افراد را از رعایت اصول اخلاقی در خصوص انتشار و پخش تصاویر مرتبط با بیماران غافل می‌کند که گاه می‌تواند برای بیمار، نزدیکان وی یا کادر پزشکی مشکل ساز شود. [۵۲] موضوعی که در انتشار اطلاعات و حفظ محرمانگی باید در نظر داشت این است که هر چند انتشار اطلاعات جزئی ممکن است اصل محرمانگی را نقض نکند و باعث افشای اطلاعات بیمار نشود، اما مجموعه‌ای از این جزئیات می‌تواند برای شناسایی بیمار یا نزدیکان وی کافی باشد.

### ارتباطات و تعاملات نامناسب حرفه‌ای در بستر مجازی

اخلاق حرفه‌ای کادر درمانی را ملزم می‌نماید تا در تمامی روابط اجتماعی و آنلاین، به حقوق دیگران احترام بگذارند. [۵۳] برخورد با احترام و منصفانه و مطابق با اصول اخلاقی و ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی با همکاران و پایبندی به حفظ اسرار همکاران و سازمان در فضای مجازی از اصول مهم اخلاقی در فضای مجازی است. در بررسی مستندات، ارائه مشاوره و درمان با تمرکز بر حیطه تخصصی فرد و در تعامل با همکاران نیز بسیار مورد تاکید قرار گرفته است. [۲۰] رفتار حرفه‌ای، کادر درمانی را ملزم می‌سازد تا در تمامی روابط اجتماعی و آنلاین، به حقوق دیگران احترام بگذارند. هیچگونه تفاوتی میان اظهارات شفاهی یا کتبی افراد در این شبکه‌ها وجود ندارد و هریک می‌تواند از نظر حرفه‌ای قابل پیگیری باشد.

به علاوه در برقراری ارتباطات با بیماران در بستر فضای مجازی، پذیرش درخواست‌های دوستی از جانب بیماران در سایت‌هایی مانند فیس بوک به طور کلی در مطالعات متعدد توصیه نشده است، گرچه شواهد قانع کننده‌ای به نفع ارزش ارتباط حرفه‌ای آنلاین با بیماران از قبیل نشر مطالب آموزشی پزشکی، پاسخگویی به سوالات از طریق فضای مجازی وجود دارد [۱۶]

### کارکردهای استفاده از فضای مجازی برای حرفه‌مندان علوم پزشکی

علی‌رغم وجود چالش‌ها و نگرانی‌ها در خصوص استفاده از فضای مجازی توسط حرفه‌مندان گروه‌های علوم پزشکی، فرصت‌های متنوعی برای استفاده از شبکه‌های اجتماعی به شکل گسترده به منظور ارتقاء و بهبود سلامت بیماران و کمک به بهبود سطح سلامت جامعه از طریق ارائه اطلاعات آموزشی با کیفیت بالا وجود دارد.

## بهبود ارتباط با بیماران

از شبکه‌های اجتماعی می‌توان به منظور بهبود تعاملات بیمار و پزشک، افزایش آگاهی و سطح اطلاعات حوزه بهداشت و درمان عموم مردم، ارائه اطلاعات دقیق پزشکی، تسهیل تبادل ایده‌ها، تعیین مشکلات حوزه سلامت و در نهایت بهبود نتایج نظام بهداشتی - درمانی استفاده کرد. [۵۴] علاوه بر این، حرفه‌مندان علوم پزشکی ممکن است از بستر مجازی برای آموزش و ارتقاء آگاهی بیماران خود استفاده کنند. به عنوان مثال، یک پزشک خانواده ممکن است یک صفحه در فیس‌بوک یا سایر شبکه‌های اجتماعی برای «بیماران خاصی» ایجاد کند و از آن برای انتشار اطلاعات عمومی مانند: راهنمایی در خصوص نحوه کنترل فشار خون، آمادگی برای انجام آزمایش‌ها، یادداشت‌هایی درباره‌ی چگونگی دسترسی به واکسن‌های فصلی یا حتی مطالب مربوط به تحقیقات چشمگیر پزشکی، آرشیو دستورالعمل‌ها یا پادکست‌هایی در مورد برنامه‌های آموزشی و غیره. بنابراین گروه‌های علوم پزشکی می‌توانند از طریق بستر مجازی، بیماران را تشویق کنند تا نگرانی‌ها، سوالات و انگیزه‌های خود را از فرایند درمان‌شان از این طریق به اشتراک بگذارند.

اگرچه گروه‌های علوم پزشکی ممکن است در این میان به کمبود زمان و پرسنل به عنوان مانعی برای حفظ ارتباطات مجازی با بیماران اشاره کنند، با این حال امروزه «تهیه منابع آموزشی» و «ارائه مشاوره حداقل به ۵۰ درصد از بیماران تحت پوشش برای آشنایی با سبک زندگی سالم» از جمله وظایف مورد انتظار از حرف سلامت می‌شود. [۱۶] افزون بر این، با توجه به جنبش رو به رشد برای مدیریت بهتر هزینه‌های بهداشتی، امروزه به مشاوره و آموزش‌های پیشگیرانه در حوزه درمان بیش از پیش توجه می‌شود. شبکه‌های اجتماعی به دلیل گستردگی و محبوبیتی که امروزه در بین کاربران و بیماران مختلف دارند می‌توانند مدت زمان لازم برای ارائه مشاوره در خصوص سبک زندگی سالم را کاهش دهند. یک پزشک، پرستار و یا کارآموز می‌تواند در زمانی اندک محتوای آموزشی را به شکل روزانه، هفتگی یا ماهانه از طریق فضای مجازی ارسال و انتشار دهد. [۵۵]

## مشارکت در ارائه خدمات بهداشتی - سلامتی

استفاده گسترده از فضای مجازی توسط حرفه‌مندان علوم پزشکی و جامعه، رابطه مستقیمی با ارتقاء سطح سلامت عمومی دارد، چرا که شبکه‌های اجتماعی می‌توانند از طریق تغییر هنجارهای سلامتی بر رفتارهای بهداشتی عموم مردم تاثیرگذار باشند. [۵۶] نتایج حاصل از تحقیقات نشان می‌دهد که نقش شبکه‌های اجتماعی در پرداختن به مسائل بهداشت عمومی از قبیل چاقی، ترک سیگار، کنترل رفتارهای پرخطر و سایر معضلات بهداشتی بسیار پر رنگ است. [۵۷، ۵۸] بنابراین حرفه‌مندان علوم

پزشکی نباید صرفاً شبکه‌های اجتماعی را به عنوان وسیله‌ای برای بهبود ارتباط با بیماران در نظر بگیرند، بلکه همانطور که پیشتر نیز اشاره شد، باید به عنوان ابزاری برای تغییر رفتارهای بهداشتی جامعه دیده شود. یک مثال عینی از این موضوع، تاثیر شبکه اجتماعی فیس بوک بر تشویق مردم امریکا به «اهدا اعضاء بدن» بود. [۵۹]

مسلماً سوالات زیادی در خصوص نحوه کارکرد شبکه‌های اجتماعی بر افزایش سطح سلامت بیماران و جامعه وجود دارد که همچنان بدون پاسخ باقی مانده است. به عنوان مثال؛ برخی شواهد نشان می‌دهد زمانی که کاربران شبکه‌های اجتماعی یکدیگر را می‌شناسند، حضور و مشارکت آنان در فضای مجازی می‌تواند تأثیرات بیشتری بر رفتارهای بهداشتی‌شان به همراه داشته باشد. [۶۰] با این حال، هنوز مشخص نیست که چه میزان آشنایی و یا چه نوع شبکه اجتماعی می‌تواند در ارتقاء سلامت موثرتر واقع شود. درک اینکه چگونه شبکه‌های اجتماعی می‌توانند در تغییر رفتارهای بهداشتی جمعیت‌های مختلف تاثیرگذار باشد، نیازمند انجام مطالعات بیشتر است.

### ارتقاء عملکرد و تعاملات حرفه‌ای

علاوه بر بهبود ارتباطات بین فردی، فضای مجازی می‌تواند به ارتقاء تعاملات اعضای تیم سلامت از طریق عضویت در شبکه‌های حرفه‌ای از قبیل لینکداین<sup>۱</sup>، ریسرچ گیت<sup>۲</sup> و غیره نیز کمک شایانی کند. همچنین انواع مختلفی از شبکه‌های آنلاین تخصصی مانند کانتی<sup>۳</sup>، سِرمو<sup>۴</sup>، داکسی میتی<sup>۵</sup> و ای مد اکسچنج<sup>۶</sup> وجود دارد که در سال‌های اخیر به عنوان یک بستر برای گرد هم آمدن پزشکان برای بحث در مورد مسائل و مشکلات بیماران و چالش‌های موجود در فرایند درمان، مشاوره در مورد بیماران با شرایط خاص و حتی هماهنگی تیم درمان تبدیل شده است. بر اساس آمارهای موجود، در حال حاضر نزدیک به یک سوم پزشکان در این شبکه‌ها حضور و مشارکت فعال دارند. [۶۱] بنابراین بستر مجازی به نوبه خود می‌تواند به انتقال ایده‌ها، استراتژی‌ها و تجارب حرفه‌ای کمک شایانی کند.

1 Linked in  
2 Research Gate  
3 QuantiaMD  
4 Sermo  
5 Doximity  
6 iMedExchange

## راهکارهای ارتقاء رفتار حرفه‌ای در فضای مجازی

### تبیین معیارهای واضح و دقیق رفتار حرفه‌ای در فضای مجازی

اولین گام در جهت ارتقاء رفتار حرفه‌ای در فضای مجازی، تبیین و آموزش واضح و آشکار معیارها و مصادیق عملکردی مورد انتظار سازمان به فراگیران و سایر ذی‌نفعان است. این کار امکانی را برای دانشجویان و اعضای هیأت علمی فراهم می‌کند که درک و برداشت مشترکی از معیارهای رفتار حرفه‌ای در فضای مجازی داشته باشند. به طور کلی مرور مطالعات نشان می‌دهد که معیارهای حرفه‌ای بودن در فضای مجازی ایجاب می‌نماید که حرفه‌مندان علوم پزشکی به مجموعه اصول اخلاقی که متضمن حفظ اعتماد عمومی در فضای مجازی همانند فضای حقیقی است پایبند باشند. در همین راستا در مطالعات متعدد معیارهای مشخص رفتار حرفه‌ای در فضای مجازی تبیین شده است. در ادامه مرور اجمالی بر برخی از این معیارها ارائه شده است. [۲۳-۲۵]

حرفه‌مند می‌باید:

با همکاران منصفانه و با اخلاق حرفه‌ای رفتار نماید و به آنان احترام بگذارد. مطمئن شود در تعاملات درون فضای مجازی، اعتماد بیمار یا اعتماد عمومی به حرفه پزشکی خدشه دار نشود.

هنگام ارتباط با افراد در این شبکه‌ها، چه به صورت شفاهی یا کتبی، محرمانگی اطلاعات بیماران را حفظ کند.

هنگام تبلیغ و انتشار مطالب باید مطمئن شود که اطلاعات ارسالی، واقعی و قابل ارزیابی است و انتشار هرگونه مطلب خلاف واقع یا کم ارزش علمی می‌تواند اعتبار حرفه پزشکی را مخدوش نماید. اطلاعات قابل شناسایی بیماران را که ممکن است نشر داده شود به عنوان مثال در مکانهای عمومی یا انجمن‌های گفتگوی اینترنتی به اشتراک نگذارد.

اطلاع داشته باشد که اطلاعات وارد شده به فضای مجازی قابل پاک شدن نیستند و برای همیشه در آنجا می‌مانند.

مرزهای صحیح اخلاقی رابطه بین خود با بیماران را رعایت نماید.

بین اطلاعات شخصی و حرفه‌ای در فضای مجازی تفاوت قائل شود.

## انتشار راهنماها و دستورالعمل‌های مشخص

مرور بر متون نشان می‌دهد که سازمان‌های مختلف، از جمله انجمن پزشکی آمریکا، انجمن پزشکی کانادا، فدراسیون پزشکی عمومی و برخی از دانشکده‌های پزشکی، راهنماهایی در مورد اصول حرفه‌ای در استفاده از رسانه‌های اجتماعی، با تاکید بر مشکلات و مزایای آن ارائه نموده‌اند. [۱۶-۱۳] در طی سالیان اخیر کشورهایی از جمله کانادا، نیوزلند و ایالت ایندیانا در ایالات متحده آمریکا سعی در تدوین راهنمای رفتار حرفه‌ای در فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی داشتند. [۲۰، ۴۳]، که این موضوع ضرورت تدوین و تعریف دقیق راهنما را با توجه به ویژگی‌های خاص فرهنگی و اجتماعی هر کشور مشخص می‌سازد. به عبارت دیگر؛ هر چند مشترکات زیادی بین راهنماهای رفتار حرفه‌ای در فضای مجازی کشورهای مختلف وجود دارد، با این حال در نظر گرفتن تفاوت‌ها و ویژگی‌های خاص فرهنگی-اجتماعی به افزایش مقبولیت راهنماهای موجود می‌انجامد. به عنوان مثال انجمن پزشکی آمریکا، دستورالعمل‌هایی برای استفاده اخلاقی از رسانه‌های اجتماعی منتشر کرده است که مشتمل بر تاکید به حفظ محرمانه بودن مسائل بیمار، حفظ حریم خصوصی و مرزهای مناسب ارتباطی پزشک و بیمار، ارائه اطلاعات دقیق و صادقانه، اجتناب از ناشناس بودن، عدم تعارض منافع و ایجاد پروفایل‌های شخصی و حرفه‌ای جداگانه است. [۶۲]

## تشویق به بازاندیشی بر نحوه حضور در فضای مجازی

همان‌طور که در فصل روش‌های آموزش پروفشنالیسم به طور مفصل گفته شد، ایجاد رفتار حرفه‌ای در دانشجویان در طی زمان و از طریق بازاندیشی بر روی تجارب مثبت و منفی اتفاق می‌افتد. یکی از عملکردهای مهم موسسات آموزشی فراهم‌سازی فرصت‌های یادگیری متعدد برای کسب تجربه و نیز بازاندیشی در زمینه اصول و مفاهیم رفتار حرفه‌ای پزشکی از جمله در فضای مجازی است. بازاندیشی یک فرایند فراشناختی<sup>۱</sup> است که به درک عمیق از خود و موقعیتی که فرد در آن قرار دارد کمک می‌کند. [۶۳] در واقع بازاندیشی می‌تواند مهارت‌های خودآگاهی دانشجویان را ارتقاء داده و یادگیری عمیق را در آنان تسهیل کند. [۶۴] در جدول ۱ تعدادی از سوالاتی که به ارتقاء بازاندیشی حرفه‌مندان علوم پزشکی در فضای مجازی می‌انجامد ارائه شده است.

## جدول ۱. سوالات مربوط به بازاریابی عملکرد و حضور در فضای مجازی

در خصوص هویت خود در فضای مجازی بازاریابی کنید:

چگونه می‌خواهید خودتان را در فضای مجازی معرفی کنید؟

قصد دارید چه محتوایی را به اشتراک بگذارید؟ اطلاعات ارائه شده چه ارزش افزوده‌ای خواهد داشت؟

چگونه عملکرد شخصی‌تان در فضای مجازی را از عملکرد حرفه‌ای جدا می‌کنید؟

اهداف، برنامه‌ها و فرصت‌های موجود برای حضور در رسانه‌های اجتماعی

هدف شما از حضور در رسانه‌های اجتماعی چیست؟ در مورد چه موضوعاتی می‌خواهید بیشتر بدانید؟

آیا قصد دارید محتوای آموزشی خاصی را به اشتراک بگذارید؟ آیا قصد دارید در تالارهای گفتگوی آنلاین شرکت کنید؟ به

ارائه چه موضوعاتی در فضای مجازی علاقمند هستید؟

چگونه می‌خواهید از رسانه‌های اجتماعی برای ارتقاء سطح سلامتی عمومی استفاده کنید؟

هدف شما برای حضور در فضای مجازی چیست؟ آیا قصد دارید تماشاگر باشید یا همکار و مشارکت‌کننده در بحث‌ها و

مطالب ارائه شده؟

چگونه از فضای مجازی برای کمک به برقراری ارتباطات و تعاملات استفاده می‌کنید؟ آموزش و یادگیری؟ مشارکت در

بازاندیشی و ترویج آن؟

تعاملات در رسانه‌های اجتماعی

با چه گروه‌های هدفی ارتباط برقرار می‌کنید؟ فراگیران (گذشته یا حال)، دستیاران، همکاران یا بیماران؟

چگونه با دیگران ارتباط برقرار می‌کنید؟ فرد به فرد، فرد به چند نفر؟ به شکل همزمان یا غیر همزمان؟

آیا ارتباط فضای مجازی مکمل ارتباط چهره به چهره شما با افراد است؟

احتیاطات

چگونه حریم خصوصی بیماران را تضمین می‌کنید؟

چگونه اصول تعهد حرفه‌ای را رعایت می‌کنید؟

چگونه به دیگران در مورد عملکرد حرفه‌ای‌شان در فضای مجازی بازخورد می‌دهید؟

ارتقاء رفتار حرفه‌ای در میان فراگیران خود

چگونه فراگیران را به بازاریابی بر روی رفتارهای حرفه‌ای‌شان در فضای مجازی هدایت می‌کنید؟

هنگامی که محتوای غیر حرفه‌ای از فراگیر خود در فضای مجازی می‌بینید چه کاری انجام می‌دهید؟

چگونه به اصول رفتار حرفه‌ای در فضای مجازی همانند فضای حقیقی پایبند هستید؟

## نتیجه گیری

پایبندی به موازین رفتار حرفه‌ای پزشکی در فضای مجازی همانند فضای حقیقی، برای حفظ اعتماد عمومی به حرفه پزشکی ضروری است. گسترش ارتباطات مجازی در دهه‌های اخیر و افزایش کاربری رسانه‌های دیجیتال در حوزه بهداشت و درمان؛ اهمیت پایبندی به این موازین اخلاقی را افزون ساخته است. توسعه فناوری‌های جدید اطلاعاتی از جمله شبکه‌های اجتماعی به موازات ایجاد منافع ارزشمند، خطراتی را از سوی این شبکه‌ها متوجه اعتبار حرفه‌مندان مختلف از جمله گروه پزشکی نموده است. توجه به تعهدات حرفه پزشکی در فضای گسترده و با قابلیت‌های متنوع مجازی، رعایت رفتار حرفه‌ای برای حرفه‌مندان گروه‌های علوم پزشکی را مشخص می‌کند.

## منابع

1. DeJong SM. Blogs and tweets, texting and friending: Social media and online professionalism in health care: Academic Press; 2013.
2. Joinson AN, editor Looking at, looking up or keeping up with people?: motives and use of facebook. Proceedings of the SIGCHI conference on Human Factors in Computing Systems; 2008: ACM.
3. Jain SH. Practicing medicine in the age of Facebook. New England Journal of Medicine. 2009;361(7):649-51.
4. Hew KF. Students' and teachers' use of Facebook. Computers in human behavior. 2011;27(2):662-76.
5. Bosch TE. Using online social networking for teaching and learning: Facebook use at the University of Cape Town. Communication: South African Journal for Communication Theory and Research. 2009;35(2):185-200.
6. English RM, Duncan-Howell JA. Facebook® goes to college: Using social networking tools to support students undertaking teaching practicum. Journal of Online Learning and Teaching. 2008;4(4):596-601.
7. Manca S, Ranieri M. Facebook and the others. Potentials and obstacles of social media for teaching in higher education. Computers & Education. 2016;95:216-30.
8. Young AL, Quan-Haase A, editors. Information revelation and internet privacy concerns on social network sites: a case study of facebook. Proceedings of the fourth international conference on Communities and technologies; 2009: ACM.
9. Adewole KS, Anuar NB, Kamsin A, Varathan KD, Razak SA. Malicious accounts: dark of the social networks. Journal of Network and Computer Applications. 2017;79:41-67.
10. Von Muhlen M, Ohno-Machado L. Reviewing social media use by clinicians. Journal of the American Medical Informatics Association. 2012;19(5):777-81.
11. Bernhardt JM, Alber J, Gold RS. A social media primer for professionals: digital dos and don'ts. Health promotion practice. 2014;15(2):168-72.
12. Chauhan B, George R, Coffin J. Social media and you: what every physician needs to know. J Med Pract Manage. 2012;28(3):206-9.
13. Sreberny A, Khiabany G. Blogistan: The internet and politics in Iran: IB Tauris; 2010.
14. Rahimi B. Cyberdissent: the Internet in revolutionary Iran. Middle East. 2003;7(3):102.
15. Wilson C, Boe B, Sala A, Puttaswamy KP, Zhao BY, editors. User interactions in social networks and their implications. Proceedings of the 4th ACM European conference on Computer systems; 2009: Acm.

16. George DR, Rovniak LS, Kraschnewski JL. Dangers and opportunities for social media in medicine. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2013;56(3).
17. Jannsen M. Social networking and e-professionalism. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2009;66(18):1672-.
18. Aase S. Toward e-professionalism: Thinking through the implications of navigating the digital world. *Journal of the American Dietetic Association*. 2010;110(10):1444.
19. Cain J, Fink III JL. Legal and ethical issues regarding social media and pharmacy education. *American journal of pharmaceutical education*. 2010;74(10):184.
20. Association CM. *Social media and Canadian physicians—issues and rules of engagement*. Ottawa, ON: CMA. 2011.
21. Jones S. *The social life of health information*. Pew research center, Washington, DC, Pew Internet & American Life Project. 2009.
22. Fox S, Purcell K. *Chronic disease and the Internet: Pew Internet & American Life Project* Washington, DC; 2010.
23. Yoo SH, Joo YS, Lee SH. Graduate and postgraduate medical ethics education. *Journal of the Korean Medical Association*. 2017;60(1):24-31.
24. Giordano C, Giordano C. Health professions students' use of social media. *Journal of allied health*. 2011;40(2):78-81.
25. Chretien KC, Greysen SR, Chretien J-P, Kind T. Online posting of unprofessional content by medical students. *Jama*. 2009;302(12):1309-15.
26. Lie D, Trial J, Schaff P, Wallace R, Elliott D. "Being the best we can be": medical students' reflections on physician responsibility in the social media era. *Academic Medicine*. 2013;88(2):240-5.
27. Chretien KC, Azar J, Kind T. Physicians on twitter. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2011;305(6):566-8.
28. Benetoli A, Chen TF, Aslani P. The use of social media in pharmacy practice and education. *Research in social and administrative pharmacy*. 2015;11(1):1-46.
29. McAndrew M, Johnston AE. The role of social media in dental education. *Journal of Dental Education*. 2012;76(11):1474-81.
30. Kind T, Greysen SR, Chretien KC. Pediatric clerkship directors' social networking use and perceptions of online professionalism. *Academic pediatrics*. 2012;12(2):142-8.
31. Bosslet GT, Torke AM, Hickman SE, Terry CL, Helft PR. The patient–doctor relationship and online social networks: results of a national survey. *Journal of general internal medicine*. 2011;26(10):1168-74.
32. Association AM. *Social media and the medical profession: a guide to online professionalism for medical practitioners and medical students*. A Joint Initiative of the Australian Medical Association Council of Doctors-in-Training, the New Zealand Medical Association Doctors-in-Training Council, the New Zealand Medical Students' Association and the Australian Medical Students' Association Australian Medical Association. 2010.
33. Greysen SR, Chretien KC, Kind T, Young A, Gross CP. Physician violations of online professionalism and disciplinary actions: a national survey of state medical boards. *Jama*. 2012;307(11):1141-2.
34. Courtney K. The use of social media in healthcare: organizational, clinical, and patient perspectives. *Enabling health and healthcare through ICT: available, tailored and closer*. 2013;183:244.
35. Chretien KC, Kind T. Social media and clinical care: ethical, professional, and social implications. *Circulation*. 2013;127(13):1413-21.
36. Harrison B, Gill J, Jalali A. Social media etiquette for the modern medical student: a narrative review. *International Journal of Medical Students*. 2014;2(2):64-7.
37. Fogelson NS, Rubin ZA, Ault KA. Beyond likes and tweets: an in-depth look at the physician social media landscape. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2013;56(3):495-508.
38. Harshman EM, Gilsinan JF, Fisher JE, Yeager FC. Professional ethics in a virtual world: The impact of the internet on traditional notions of professionalism. *Journal of Business Ethics*. 2005;58(1-3):227-36.



39. Chretien KC, Goldman EF, Beckman L, Kind T. It's your own risk: medical students' perspectives on online professionalism. *Academic Medicine*. 2010;85(10):S68-S71.
40. Eytan T, Benabio J, Golla V, Parikh R, Stein S. Social media and the health system. *The Permanente Journal*. 2011;15(1):71.
41. Arenas F. Character Strength Development of Leaders in Cyberspace. Integrating an Awareness of Selfhood and Society into Virtual Learning: IGI Global; 2017. p. 40-59.
42. Kind T, Patel PD, Lie DA. Opting in to online professionalism: social media and pediatrics. *Pediatrics*. 2013;132(5):792-5.
43. Brasg I. CFMS guide to medical professionalism: recommendations for social media. Ottawa: Canadian Federation of Medical Students. 2013.
44. Finn G, Garner J, Sawdon M. 'You're judged all the time!' Students' views on professionalism: a multicentre study. *Medical education*. 2010;44(8):814-25.
45. Peck JL. Social media in nursing education: responsible integration for meaningful use. *Journal of Nursing Education*. 2014;53(3):164-9.
46. Farnan JM, Sulmasy LS, Worster BK, Chaudhry HJ, Rhyne JA, Arora VM. Online medical professionalism: patient and public relationships: policy statement from the American College of Physicians and the Federation of State Medical Boards. *Annals of internal medicine*. 2013;158(8):620-7.
47. Moubarak G, Guiot A, Benhamou Y, Benhamou A, Hariri S. Facebook activity of residents and fellows and its impact on the doctor-patient relationship. *Journal of medical ethics*. 2011;37(2):101-4.
48. MacMillan C. Social media revolution and blurring of professional boundaries. *Imprint*. 2013;60(3):44-6.
49. Grajales III FJ, Sheps S, Ho K, Novak-Lauscher H, Eysenbach G. Social media: a review and tutorial of applications in medicine and health care. *Journal of medical Internet research*. 2014;16(2).
50. Childs LM, Martin CY. Social media profiles: striking the right balance. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2012;69(23):2044-50.
51. Kind T, Patel PD, Lie D, Chretien KC. Twelve tips for using social media as a medical educator. *Medical teacher*. 2014;36(4):284-90.
52. Greysen SR, Kind T, Chretien KC. Online professionalism and the mirror of social media. *Journal of general internal medicine*. 2010;25(11):1227-9.
53. Association AM. Social media and the medical profession: a guide to online professionalism for medical practitioners and medical students. Australian Medical Association. 2010:1-14.
54. Fine A. *Momentum: Igniting social change in the connected age*: John Wiley & Sons; 2006.
55. Nocon RS, Sharma R, Birnberg JM, Ngo-Metzger Q, Lee SM, Chin MH. Association between patient-centered medical home rating and operating cost at federally funded health centers. *JAMA*. 2012;308(1):60-6.
56. Christakis NA, Fowler JH. *Connected: The surprising power of our social networks and how they shape our lives*: Little, Brown; 2009.
57. Valente TW. Network interventions. *Science*. 2012;337(6090):49-53.
58. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England journal of medicine*. 2007;357(4):370-9.
59. Cameron AM, Massie A, Alexander C, Stewart B, Montgomery RA, Benavides N, et al. Social media and organ donor registration: the Facebook effect. *American Journal of Transplantation*. 2013;13(8):2059-65.
60. Cobb NK, Graham AL. Health behavior interventions in the age of facebook. *American journal of preventive medicine*. 2012;43(5):571-2.
61. Modahl M, Tompsett L, Moorhead T. *Doctors, patients & social media*. Waltham, MA: QuantiaMD, CareContinuum Alliance. 2011.

62. Shore R, Halsey J, Shah K, Crigger B-J, Douglas SP. Report of the AMA Council on Ethical and Judicial Affairs: professionalism in the use of social media. *The Journal of clinical ethics*. 2011;22(2):165-72.
63. Redmond B. *Reflection in action: Developing reflective practice in health and social services*: Routledge; 2017.
64. Tashiro J, Shimpuku Y, Naruse K, Matsutani M. Concept analysis of reflection in nursing professional development. *Japan Journal of Nursing Science*. 2013;10(2):170-9.



# فصل یازدهم:

# روش های آموزش پروفشنالیسم

نویسنده:

دکتر محمد جلیلی

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران،

گروه طب اورژانس،

مجتمع بیمارستانی امام خمینی؛

و هیات علمی گروه آموزش پزشکی

« یک دستیار رشته ... اقدام دردناک لازم در اورژانس را بدون زدن داروی مسکن یا آرام بخش برای بیمار انجام می دهد. کارورزی که در صحنه حضور دارد و شاهد درد شدید بیمار است می پرسد: آیا لازم نبود برای کاهش درد بیمار کاری می کردید؟ رزیدنت که اتفاقاً فرد مسئولیت پذیر و درستکاری هم هست، می گوید: راست می گویی ولی همیشه به همین روش انجام می شود، من غیر از این ندیده ام، شاید برای اینکه مخدرها هدر نشوند، به هر حال درمان بیمار مهم است، نه درد بیمار»

## چرا لازم است رفتار حرفه ای آموزش داده شود؟

پاسخگویی، شفافیت و رعایت استانداردهای معقول حرفه ای از جمله مطالبات جامعه آگاه امروزی از گروه پزشکی است. [۱] اگر قرار باشد حرفه مندان پزشکی در فعالیت های خود رفتار حرفه ای را به کار بندند، لازم است در مراحل اولیه آموزش خود با مبانی آن از جمله دلایل ضرورت رعایت رفتار حرفه ای و همچنین نتایج و عواقب عدم رعایت آن آشنا شوند. [۲] پزشکان و دانشجویان پزشکی باید از ارزش های رفتار حرفه ای آگاهی داشته باشند، خود را متعهد به رعایت آنها بدانند، بتوانند در مورد شرایط و محیط پیچیده ای که رفتار حرفه ای در آن پیاده سازی می شود قضاوت کنند و مهارت به کار بستن دانش، نگرش و قضاوت خود را در شرایط دنیای واقعی طبابت که گاهی به هم ریخته و پیچیده است، دارا باشند.

از سوی دیگر تقریباً تمام نهادهای حرفه ای مرتبط در آمریکای شمالی رفتار حرفه ای را یک موضوع بسیار مهم می دانند که لازم است در دانشکده های پزشکی تدریس شود. به عنوان مثال: شورای اعتباربخشی برنامه های تخصصی آمریکا<sup>۱</sup> «پروفشنالیسم را به عنوان یکی از شش توانمندی اصلی که دستیاران تخصصی باید قبل از فراغت از تحصیل کسب کنند مطرح کرده است. [۳] همچنین در آزمون گواهینامه که توسط شورای پزشکی کانادا برگزار می شود سوالاتی مرتبط با رفتار حرفه ای پرسیده می شود. [۲]

از این رو ضروری است برای یاددهی و ارزیابی رفتار حرفه ای در آموزش پزشکی برنامه ریزی دقیقی صورت گیرد. [۱] در خصوص آموزش رفتار حرفه ای سه چارچوب اصلی وجود دارد که بر برنامه آموزشی و روش های یاددهی و ارزیابی تاثیرگذار هستند. دیدگاه قدیمی تر مبتنی بر ارزش<sup>۲</sup> می باشد و بر عادات درونی<sup>۳</sup> و ایجاد یک شخصیت اخلاقی تاکید دارد که علاوه بر ویژگی های انسانی از قبیل

1 ACGME

2 virtue based

3 inner habits of the heart

مهربانی<sup>۱</sup> و توجه<sup>۲</sup> دارای ویژگی‌ها و توانایی استدلال اخلاقی<sup>۳</sup> باشد. چارچوب دوم مبتنی بر رفتار<sup>۴</sup> است. این چارچوب بر توانمندی‌ها و اندازه‌گیری رفتارهای قابل مشاهده تأکید دارد. بر مبنای این دیدگاه پزشک خوب کسی است که به صورت مستمر توانمندی خود را در اجرای وظایفش در مراقبت از بیمار نشان دهد. چارچوب سوم شکل‌گیری هویت<sup>۵</sup> است. در این چارچوب بر تکامل هویت و مشارکت در جامعه حرفه‌مندان<sup>۶</sup> تأکید می‌شود. در این مدل یک پزشک خوب مجموعه‌ای از ارزش‌ها را در هویت خود ادغام می‌کند. هر یک از این دیدگاه‌ها در جای خود معتبر است و ما در این مجموعه قصد نداریم یکی را در مقابل دیگری مطرح کنیم و توصیه‌های مذکور بر اساس منابع مورد استفاده، هر یک از این سه چارچوب را دنبال می‌کنند. [۴]

به صورت سنتی و در طی سالیان متمادی آموزش رفتار حرفه‌ای از طریق نقش الگوها بوده است. [۵] و ارزش‌ها و رفتارهای حرفه‌ای از طریق یک روند غیررسمی اجتماعی شدن از الگوهای رفتاری اخذ شده‌اند. [۶] این روش هنوز هم بخش مهمی از آموزش است اما به تنهایی کفایت نمی‌کند. [۷] پیچیدگی محیط طبابت و نیز ناهمگونی در پس زمینه و سوابق اجتماعی اقتصادی و فرهنگی افرادی که وارد حرفه پزشکی می‌شوند باعث شده است که روش الگوبرداری دیگر به تنهایی پاسخگوی نیاز به انتقال و آموزش رفتار و ارزش‌های حرفه‌ای نباشد. [۸]

از طرف دیگر آموزش رفتار حرفه‌ای را نمی‌توان به کلاس درس محدود و به یادگیری تصادفی در محیط بالینی اکتفا کرد. [۳] آموزش رفتار حرفه‌ای نیازمند اقداماتی است که یک تغییر ماهیت فردی ایجاد کند و هویت اخلاقی فراگیر را شکل دهد. [۸] چنین تغییر هویتی صرفاً با خواستن محقق نمی‌شود و نیازمند دانش، مهارت، دیدگاه و قضاوت صحیح است. [۳]

1 compassion

2 caring

3 moral character and reasoning

4 behavior based

5 identity formation

6 socialization into a community of practice

## آیا رفتار حرفه‌ای قابل آموزش دادن است؟

اصطلاحی در ورزش بسکتبال هست که "نمی توان بلند قدی را به کسی آموزش داد". این حرف درست است و بسیاری از ویژگی‌هایی که باعث ایجاد مزیت نسبی در زندگی می‌شوند را نمی‌توان آموزش داد: هوش، کنجکاوی، خلاقیت و پشتکار از این دسته‌اند.

از طرف دیگر بسیاری از خصوصیتی که برای یک رفتار حرفه‌ای ایده‌آل، ضروری است و رایج است که صرفاً با دارا بودن دانش و آگاهی نسبت به آنها در فرد ظاهر شود. خصوصیتی از قبیل: گذشت، مهربانی، همدلی چیزهایی نیستند که بشود با مطالعه کتاب و حضور در کلاس آنها را به دست آورد. استادان می‌توانند در مورد نوع دوستی موعظه کنند اما وعظ و خطابه به ندرت شخصیت فرد را تغییر می‌دهد. [۹]

با همه این‌ها، به گفته دکتر کروژ، رفتار حرفه‌ای مهم‌تر از آن است که در برنامه آموزشی گنجانده نشود. نمی‌توان رفتار حرفه‌ای را مسلم فرض کرد و باید آن را آموزش داد. این مسئله به ویژه در زمان حاضر ضرورت بیشتری دارد چرا که این تصور عمومی که «پزشکان کمتر حس نوع دوستی دارند و بیشتر تحت تاثیر انگیزه‌های مادی هستند» رو به گسترش است. وی معتقد است در شرایط کنونی حرفه طبابت تنوع زیادی دارد و در اکثر کشورها پزشکان از پس زمینه‌های فرهنگی، اقتصادی و نژادی مختلف هستند. در چنین شرایطی انتقال ارزش‌های مشترک بسیار دشوار است و نیازمند آموزش رسمی و آشکار نقش حرفه‌ای شاغلین گروه پزشکی می‌باشد. [۱۰]

به نظر می‌رسد افراد زیادی با این دیدگاه موافقند و به همین دلیل برنامه‌های آموزشی مرتبط با رفتار حرفه‌ای گسترش بسیار زیادی یافته‌اند. اگر چه شواهد متقن مبنی بر این که آیا واقعاً آموزش‌های داده شده موثر بوده‌اند یا خیر محدود هستند اما به گفته بریدن<sup>۲</sup> مشخصاً آموزش دادن اصول و مفاهیم رفتار حرفه‌ای بسیار بهتر از این است که دانشجویان را در محیط بالینی رها کنیم و به آنها بگوییم که این واقعیت پزشکی است. [۱۱]

نهایتاً این که باید توجه داشت، اگرچه مبانی نظری و شناختی رفتار حرفه‌ای باید ثابت در نظر گرفته شود اما ظرفیت فراگیران برای درونی کردن ارزش‌های حرفه‌ای و نیز بازاندیشی در مورد تجاربشان بر حسب مقطع آموزشی و نیز بلوغ حرفه‌ای دانشجویان متفاوت است. [۱]

1 Cruess  
2 Bryden

## چگونه می‌توان رفتار حرفه‌ای را ارتقا داد و آن را در برنامه آموزشی گنجاند؟

آموزش رفتار حرفه‌ای مانند یاد دادن یک مهارت بالینی تکنیکال نیست و چیزی به مراتب بیش از آن است. در واقع آموزش تعهد حرفه‌ای در صورتی موفق دانسته می‌شود که باعث شکل‌گیری هویت حرفه‌ای در فراگیر شود. [۸] یک مدل عملی یا نظری واحد و قابل استفاده برای گنجاندن آموزش رفتار حرفه‌ای در برنامه آموزشی، وجود ندارد. [۱۲] طیف وسیعی از روش‌ها و رویکردهای یاددهی و یادگیری برای آموزش رفتار حرفه‌ای در دسترس و مورد استفاده است، اما فقدان مطالعات مقایسه‌ای سبب می‌شود که نتوان یک روش را به عنوان موثرترین روش معرفی کرد. در یک مقاله منتشر شده، برنچ<sup>۱</sup> معتقد است که تکنیک‌های موثری برای آموزش جنبه‌های انسانی<sup>۲</sup> شناخته نشده‌اند. [۱۳] و مطالعات بسیار اندکی بر روی روش‌های آموزش آن صورت گرفته است. [۱۴] با توجه به این که رفتار حرفه‌ای یک سازه پیچیده است مستندات و شواهد موجود در استفاده از روش‌های مختلف، از آموزش آن حمایت می‌کند. [۱۵]

با عنایت به این که دانشکده‌های پزشکی در سراسر جهان بر اهمیت گنجاندن رفتار حرفه‌ای در برنامه آموزشی تاکید کرده‌اند، مقالات متعددی به توصیف برنامه‌های طراحی شده برای این موضوع پرداخته‌اند. [۱۶-۲۷] اجزای اصلی و متداول در برنامه‌های آموزشی رفتار حرفه‌ای شامل: نقش الگویی<sup>۳</sup> و بازاندیشی فردی (ترجیحا با هدایت عضو هیأت علمی) است. [۱۲]

به طور کلی چهار استراتژی مهم برای ارتقا رفتار حرفه‌ای در محیط دانشگاه را می‌توان بر شمرد. [۲۸]: شفافیت انتظارات، فراهم کردن فرصت‌های آموزشی، ارزیابی و بازتوانی افرادی که از رفتار حرفه‌ای تخطی می‌کنند و اصلاح کوریکولوم پنهان. در ادامه این فصل ابتدا به مرور الگوها و نظریه‌های یادگیری مرتبط با آموزش رفتار حرفه‌ای می‌پردازیم و سپس اشاره‌ای به کوریکولوم و انواع آن خواهیم داشت. در نهایت این چهار استراتژی با جزئیات بیشتری مورد بحث قرار خواهد گرفت.

## نظریه‌های مرتبط با آموزش رفتار حرفه‌ای

### الف - تئوری‌های آموزشی

زیربنای راهکارهای موفق آموزش رفتار حرفه‌ای، نظریه‌های آموزشی هستند که چگونگی یادگیری

1 Branch

2 humanism

3 role modeling



و ایجاد مهارت در پزشکان را تبیین و توجیه می کنند. پیاژه معتقد است: یادگیری از تلاقی ایده‌ها با تجربه به دست می آید. تجربیات جدید به گونه‌ای فراگرفته می شوند که با طرح واره‌های قبلی در ذهن ما مطابقت داشته باشند. کلب با مطرح کردن چرخه یادگیری این موضوع را بازبینی می کند. وی معتقد است که فراگیر در یک تجربه مشارکت می کند، در مورد آن بازاندیشی می کند و با تلاش قوانینی را ایجاد می کند که در شرایط مشابه آتی بتواند به کار گیرد. در نهایت تصمیم می گیرد که قبل از تجربه مجدد این قوانین را آزمایش کند. [۳]

جدول شماره ۱ به طور خلاصه نظریه‌های آموزشی که در ساخت یک کوریکولوم پروفشنالیسم باید مورد توجه قرار گیرند را بیان می کند:

### جدول شماره ۱- نظریه‌های آموزشی که به ساخت یک کوریکولوم رفتار حرفه‌ای جهت می دهد. [۲۹]

پیاژه	تئوری ساخت‌گرایانه (constructivist)	یادگیری در تقاطع (intersection) ایده‌های جدید با مدل‌های ذهنی (schema) که در اثر تجربیات قبلی شکل گرفته‌اند اتفاق می افتد.
کلب	یادگیری تجربی (experiential)	فرآیند یادگیری از طریق یک چرخه یادگیری تطابقی (adaptive learning): به دنبال تجربه کردن (experience) بازاندیشی (reflection) سپس انتزاع (abstraction) و آزمون (experimentation) رخ می دهد
ناولز	تئوری یادگیری بزرگسالان	بزرگسالان تجربیات گذشته را به یادگیری ربط می دهند. پس از مشارکت در انتخاب اهداف فوراً ارتباط (relevance) را در دروس مشاهده می کنند لذا در فعالیت‌های حل مسئله درگیر می شوند و بهتر یاد می گیرند.
مزیروف	یادگیری تبدیلی (transformative)	یادگیری و تبدیل وقتی رخ می دهد که فراگیران با چالش‌هایی مواجه می شوند که نشان می دهد دانسته‌های قبلی آنها کافی نیست و سپس شروع به ساختن مدل‌های ذهنی جدید می کنند.
لاو و ونگر	نظریه یادگیری موقعیتی (situated learning)	یادگیری زمانی رخ می دهد که فراگیران در یک جامعه حرفه‌ای و در محل کار قانوناً مشارکت محیطی داشته باشند (legitimate peripheral participation)
ویگوتسکی	نظریه یادگیری اجتماعی فرهنگی	منطقه توسعه پیش رو (zone of proximal development) آنجایی است که بین آنچه فراگیر می تواند به صورت مستقل انجام دهد و آنچه که با کمک اعضای خبره تر جامعه حرفه‌ای قادر به انجام است تفاوت وجود دارد.
درایفوس و درایفوس	مدل کسب مهارت	فراگیران مهارت‌ها را با یک ترتیب قابل پیش بینی کسب می کنند که با یادگیری قوانین مستقل از زمینه (context-free rules) شروع می شود و به خرد عملی (practical wisdom) منتهی می شود که آنها را قادر می سازد تقریباً در هر ساختاری درست عمل کنند.
اریکسون	ایجاد خبرگی	ایجاد خبرگی (expertise) در مقابل تجربه (experience) نیازمند عملکردها آگاهانه (deliberate practice) با هدایت مربی (coaching) است

با توجه به نظریه‌های فوق می‌توان دریافت که آموزش رفتار حرفه‌ای را نمی‌توان به کلاس درس محدود کرد و نمی‌توان به یادگیری تصادفی در محیط بالینی اکتفا کرد. [۳]

## ب- تئوری‌های رفتاری

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در واقع فرم توسعه یافته تئوری کنش‌های مستدل<sup>۱</sup> است و به این دلیل مطرح شده است که تئوری کنش‌های مستدل در توجیه رفتارهایی که فرد، کنترل انتخاب‌کنندگی ناکاملی<sup>۲</sup> روی آن دارد، دچار محدودیت‌هایی است. عامل محوری و مرکزی در تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده قصد و نیت<sup>۳</sup> فرد در انجام یک رفتار خاص است. این گونه فرض می‌شود که قصد و نیت فرد دربرگیرنده عوامل انگیزشی است و بر رفتار تاثیر می‌گذارد. این عوامل نشان می‌دهند که افراد تمایل دارند چقدر تلاش کنند و چقدر انرژی برای آن کار بگذارند تا آن کار را انجام دهند. به عنوان یک قانون کلی هرچه قصد و نیت درگیر شدن در یک رفتار بیشتر باشد، احتمال انجام دادن آن بیشتر می‌شود. اما باید توجه داشت که قصد انجام یک کار تنها زمانی به صورت انجام کار متجلی می‌شود که رفتار مورد نظر به طور کامل تحت کنترل باشد. به عبارت دیگر: فرد به صورت کامل مختار در تصمیم‌گیری برای انجام این کار باشد. اگرچه بسیاری از رفتارها ممکن است این گونه باشند، اما باید توجه داشت که اکثر رفتارهای ما حداقل به درجاتی به عوامل غیرانگیزشی از قبیل فراهم بودن فرصت‌ها و منابع (پول و زمان و...) وابسته هستند. این عوامل هستند که در مجموع کنترل واقعی فرد روی رفتار را نشان می‌دهند. به همان میزان که فرصت و منابع برای انجام کار فراهم باشد و فرد قصد و نیت انجام کار را داشته باشد، موفقیت در به انجام رساندن آن نیز حاصل می‌شود.

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، رفتارهای کلی فرد را این گونه توجیه می‌کند که رفتار فرد ناشی از قصد انجام رفتار است و قصد انجام رفتار تابعی از سه شاخص است: دیدگاه فرد در خصوص آن رفتار، باور هنجاری<sup>۴</sup> و میزان کنترل درک شده رفتار<sup>۵</sup>. [۳۰] منظور از دیدگاه در خصوص رفتار، احساس مثبت یا منفی فرد در مورد انجام آن کار است. هنجار قضاوتی یعنی برداشت فرد از رفتار اشخاصی که برایش مهم هستند و آیا آن اشخاص رفتار مورد نظر را از خود نشان می‌دهند؟ به عبارت دیگر افرادی که به آنها بها می‌دهم درباره انجام این رفتار توسط من چگونه فکر می‌کنند؟ آیا آنها آن رفتار را تایید یا مذمت می‌کنند. میزان کنترل درک شده به صورت درک فرد از دشواری یا سادگی انجام آن رفتار تعریف

1 theory of reasoned action

2 incomplete volitional control

3 intention

4 subjective norms

5 perceived behavioral control

می‌شود. این تئوری در محیط‌های مختلف از جمله تکنولوژی، خدمات سلامت و سیاست به کار گرفته شده و به خوبی رفتارهای فرد را توجیه کرده است. در مورد رفتار حرفه‌ای نیز این که تا چه حد فرد در مورد رفتار خود حس مثبتی دارد و این که به نظرش افرادی که برایش مهم هستند چه نظری در مورد او و این رفتارش خواهند داشت بر عملکرد حرفه‌ای او موثر است. اما در همین حال اگر فرد احساس کند که روی رفتار خود کنترل دارد و به عبارتی شرایطی برای انجام رفتار حرفه‌ای فراهم است، اقدام به رعایت رفتار حرفه‌ای می‌کند.

## برنامه آموزشی

### انواع کوریکولوم آموزشی

محیطی که در آن یادگیری اتفاق می‌افتد می‌تواند تاثیرات عمیق مثبت یا منفی بر یادگیری داشته باشد. سه جزء عمده این محیط شامل کوریکولوم رسمی، کوریکولوم غیررسمی و کوریکولوم پنهان است. [۳۱] دانشجویان با جنبه‌های مختلف رفتار حرفه‌ای هم به عنوان بخشی از کوریکولوم رسمی [۳۲] و هم در قالب کوریکولوم غیر رسمی و کوریکولوم پنهان [۳۳] آشنا می‌شوند.

کوریکولوم رسمی آن محتوایی است که به صورت آشکار در بیانیه رسالت موسسه و نیز در اهداف دوره گنجانده شده است. در حقیقت کوریکولوم رسمی بیانگر چیزی است که اعضای هیأت علمی تصور می‌کنند در حال آموزش دادن هستند. به عنوان مثال: آنچه تحت عنوان واحد درسی اخلاق پزشکی در دانشکده پزشکی تدریس می‌شود نمونه بارز آموزش رفتار حرفه‌ای در کوریکولوم رسمی است. کوریکولوم غیررسمی: شامل اشکال نانوشته و غیررسمی و برنامه‌ریزی نشده و کاملاً بین فردی یاددهی و یادگیری است که می‌تواند در کلاس درس یا راهروهای دانشکده و بیمارستان یا حتی در داخل آسانسور و به طور خلاصه در هر جایی که دانشجویان با عضو هیأت علمی تماس دارد اتفاق بیفتد. آنچه دانشجویان پزشکی در بخش‌های بالینی از اعضای هیأت علمی و دستیاران مشاهده می‌کنند بر دیدگاه و رفتار حرفه‌ای آنها تاثیر می‌گذارد و در حقیقت بخش غیررسمی کوریکولوم را تشکیل می‌دهد. کوریکولوم پنهان در سطح ساختار سازمانی و فرهنگ موسسه رخ می‌دهد. [۷]

### اصول آموزش رفتار حرفه‌ای

#### الف- شفاف کردن انتظارات حرفه‌ای

یکی از رویکردهایی که باید برای ارتقا رفتار حرفه‌ای دانشجویان اتخاذ شود اعلام معیارهای از پیش

تعیین شده برای برجستگی در آموزش و کارکرد بالینی توسط موسسه است. [۱] اگر چه پروفشنالیسم به اشکال مختلفی تعریف و تفسیر شده است اما در عمل وقتی رفتار حرفه‌ای را به عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و رفتارها در نظر بگیریم، ایجاد روش‌هایی برای یاددهی و ارزیابی و حتی الگوسازی رفتار حرفه‌ای ساده‌تر می‌شود. [۱۲]

لازم است پیامدهای یادگیری رفتار حرفه‌ای به صورت مجموعه‌ای از رفتارهای قابل درک و ملموس تعریف شوند و نه به صورت مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و ارزش‌های انتزاعی. [۳۴] مثلاً مسئولیت‌پذیری یک ویژگی است که باید با رفتارهایی چون به موقع رسیدن و یا به سرانجام رساندن کار شناساننده و معرفی شود. [۱] البته این تغییر تمرکز از ارزش‌ها بر روی رفتارها نباید باعث شود توجه ما از ارزش‌هایی که این رفتارها را باعث می‌شوند دور شود. این رفتارهای مورد انتظار به ما می‌گویند چه کنیم و ارزش‌ها به ما می‌گویند چرا باید این کار را انجام دهیم. [۱]

### ب- فراهم کردن فرصت‌های یادگیری در برنامه آموزشی

فرصت‌های یادگیری رفتار حرفه‌ای در فازهای مختلف قابل برنامه‌ریزی است:

۱. آگاه‌سازی هنگام ورود به دوره: مثلاً از طریق برگزاری جشن روپوش سفید، مراسم سوگند پزشکی.
۲. استفاده از فرصت‌های دوره علوم پایه از قبیل: بحث در مورد چالش اخلاقی مرگ مغزی در حین تدریس مبحث نوروفیزیولوژی، احترام به بافت و جسد در حین تدریس آناتومی.
۳. دوره کارآموزی: آموزش از طریق بازانديشي بر سناریوهای نوشتاری یا ضبط شده از عملکرد واقعی تیم درمان.
۴. دوره کارورزی و دستیاری: تقویت عنصر بازانديشي و تغییر نیازهای برآورده نشده بیماران به نیازهای آموزشی پزشکان. [۳۵] و تقدیر از دستیارانی که در عملکرد بالینی خود از نگاه بیماران الگوهای مثبتی هستند.

این بخش در ادامه با تفصیل بیشتری مورد بحث قرار می‌گیرد.

### ج- ارزیابی، ارائه بازخورد و بازتوانی

ارزیابی و بازخورد به فراگیران در زمینه رفتار حرفه‌ای ضروری است و باید معطوف به رفتارها باشد نه ویژگی‌ها. [۱] مشاهده و ارزیابی ارزش‌ها کار بسیار دشواری است. از سوی دیگر بازخورد دادن به فراگیران با استفاده از عبارات ارزشی می‌تواند برای دانشجویان، دستیاران یا همکاران بسیار تهدیدکننده تلقی شود چرا که می‌تواند به صورت ضمنی به معنای نقایصی در شخصیت فرد باشد. در مقابل رفتارها

با سهولت بیشتری قابل مشاهده و اندازه گیری هستند و اشاره بر این که یک نفر رفتار مورد انتظار را انجام نداده است معمولاً کمتر برای افراد نگران کننده است. [۳۶]

از یک سو باید کسانی که از دید دانشجویان، بیماران و همکاران به عنوان الگوهای رفتاری مثال زدنی شناخته شده اند مورد تشویق قرار گیرند و از سوی دیگر رفتارهای غیر حرفه ای به صورت مشخص شناسایی و اعلام شوند. سیاست‌ها و روال‌های مربوط به گزارش دهی و اقدامات جبرانی باید به صورت رسمی اعلام شود. [۱] در مورد دانشجویان و دستیارانی که به صورت مستمر رفتارهای حرفه ای را نقض می کنند باید موارد به صورت دقیق مستندسازی شود و این دانشجویان با دقت پایش شوند. [۱]

### د- اصلاح کوریکولوم پنهان

محیط موسسه آموزشی نقش بسیار حیاتی در شکل گیری، استقرار و ارزشیابی یک برنامه آموزشی موفق در زمینه تعهد حرفه ای دارد. [۱۲] بخش قابل توجهی از این کوریکولوم پنهان در واقع عملکرد اعضای هیأت علمی در طول دوره است که توسط دانشجویان مشاهده می شود. [۱] کوریکولوم پنهان می تواند تاثیر کوریکولوم رسمی را تقویت یا آن را خنثی کند. [۳] اختصاص زمان به فعالیت‌های خاص، نظام تشویق و سیاست‌های ارتقا تاثیر عمیقی بر محیط یادگیری دارند. این تاثیر بخصوص در حوزه رفتار حرفه ای که شدیداً مبتنی بر ارزش‌هاست بسیار پررنگ تر است. [۷] برای استقرار برنامه آموزش رفتار حرفه ای باید اطمینان حاصل شود که تمام اجزای کوریکولوم از ارزش‌های حرفه ای حمایت می کنند.

### روش‌های مورد استفاده برای آموزش رفتار حرفه ای

همانگونه که در بخش ب مبحث قبلی (اصول آموزش رفتار حرفه ای) بیان شد، روش‌های مختلفی برای آموزش رفتار حرفه ای مورد استفاده قرار گرفته اند. هیچ یک از این روش‌ها به تنهایی نمی توانند هدف غایی که شکل دهی هویت حرفه ای فرد است را تامین کنند. در عین حال به کارگیری تمامی این روش‌ها یا دست کم تعدادی از آنها برای رسیدن به آن ضروری هستند. مطالعات، برتری یک روش بر دیگری رانشان نداده است و توصیه ای در مورد موثرترین روش نمی توان ارائه کرد. در اینجا به تعدادی از روش‌های مورد استفاده برای آموزش رفتار حرفه ای اشاره خواهیم کرد.

### ۱- ارائه مبانی نظری رفتار حرفه ای

یکی از اولین قدم‌ها در آموزش رفتار حرفه ای انتقال واضح و آشکار مبانی نظری و دانشی آن است. [۳۷] این کار این امکان را برای دانشجویان و اعضای هیأت علمی فراهم می کند که درک و برداشت

مشترکی از ماهیت رفتار حرفه‌ای داشته باشند و در موقع گفتگو و بازانديشي در مورد آن از لغات و اصطلاحات مشترکی استفاده کنند. [۷] تعاریف و فهرست صفات و ویژگی‌های حرفه‌ای باید در اوایل دوره به عنوان مبانی دانشی رفتار حرفه‌ای آموزش داده شوند و سپس در جلسات بعدی بسط و توسعه داده شوند تا هم آگاهی دانشجویان در این زمینه تقویت شود و هم به درستی از عبارات و اصطلاحات مربوطه استفاده کنند. به تدریج که دانشجویان تجربیات بیشتری کسب می‌کنند می‌توان به توضیح و تبیین مفهوم قرارداد اجتماعی بین جامعه و حرفه پزشکی پرداخت. [۷] با توجه به پیچیدگی نقش یک پزشک، عجیب نیست که آموزش پروفشنالیسم صرفاً به عنوان یک مجموعه از قوانین و مقررات خدشه ناپذیر راهکار موفقیت آمیزی نبوده است. [۳] به همین دلیل این اقدام اگرچه ضروری است نمی‌تواند به تنهایی به عنوان روش آموزش رفتار حرفه‌ای در نظر گرفته شود.

## ۲- آموزش با استفاده از نقش الگویی<sup>۱</sup>

نقش الگویی روش بسیار مهمی برای در میان گذاشتن ارزش‌های حرفه‌ای است. چرا که الگوهای مثبت همیشه باعث ایجاد رفتار حرفه‌ای در پزشکان آینده می‌شوند. [۳۸] نقش الگوها قطعاً در شکل‌گیری شخصیت حرفه‌ای موثر هستند. [۳۹] به همین دلیل برنامه‌های آموزشی باید از نقش الگوهای مثبت به عنوان یک روش موثر یاددهی استفاده کنند. [۴۰] نود درصد دانش‌آموختگان پزشکی الگوهایی را به خاطر می‌آورند که دیدگاه حرفه‌ای آنها را شکل داده است. [۴۱] دانشجویان بر نیاز به وجود الگوهای رفتاری مثبت قوی در محیط آموزشی خود تأکید دارند. [۴۲] بنابراین الگوی رفتاری یکی از روش‌های بسیار قوی ولی کمتر مورد توجه قرار گرفته برای آموزش رفتار حرفه‌ای است و در عین حال وجود الگوهای منفی یک مانع بالقوه جدی در سر راه ایجاد رفتارهای حرفه‌ای در فراگیران می‌باشد. [۴۳]

اعضای هیأت علمی باید در نظر داشته باشند که به صورت دائم در حال قضاوت شدن توسط دانشجویان و همکاران شان هستند. [۱] این الگوها باید درک کنند که چه جنبه‌هایی از رفتار حرفه‌ای را الگوسازی می‌کنند و در مورد آن شفاف و آشکار عمل کنند. اغلب لازم است دوره‌های توانمندسازی برای اعضای هیأت علمی برگزار شود تا با مبانی شناختی رفتار حرفه‌ای آشنا شوند. [۴۴] سه ویژگی برای نقش الگوهای خوب توصیف شده است: توانمندی بالینی، مهارت در تدریس و ویژگی‌های مثبت شخصیتی. از این مدل می‌توان برای تحلیل عملکرد اعضای هیأت علمی در نقش الگو و نیز برای بازآموزی استفاده کرد. [۴۰]

### ۳- آموزش با استفاده از تجربه و بازانديشي

اگر چه معرفي مباني شناختي رفتار حرفه‌اي باعث مي‌شود فراگيران با ماهيت رفتار حرفه‌اي و سيستم ارزشي آن آشنا شوند، ارزش‌هاي حرفه‌اي پزشكي بايد "دروني" شوند تا به عنوان پايه اي براي هويت حرفه‌اي فرد مورد استفاده قرار گيرند. [۴۵]

به عنوان يك قدم اوليه ضروري در فرايند دروني سازي لازم است دانشجويان موقعيت‌هايي را تجربه كنند كه در آن ارزش‌هاي حرفه‌اي موضوعيت پيدا مي‌كنند يا به چالش كشيده مي‌شوند. به علاوه دانشجويان بايد زمان و فرصت بازانديشي در مورد اين تجربيات در محيطي مطمئن و امن را داشته باشند. [۴۶]

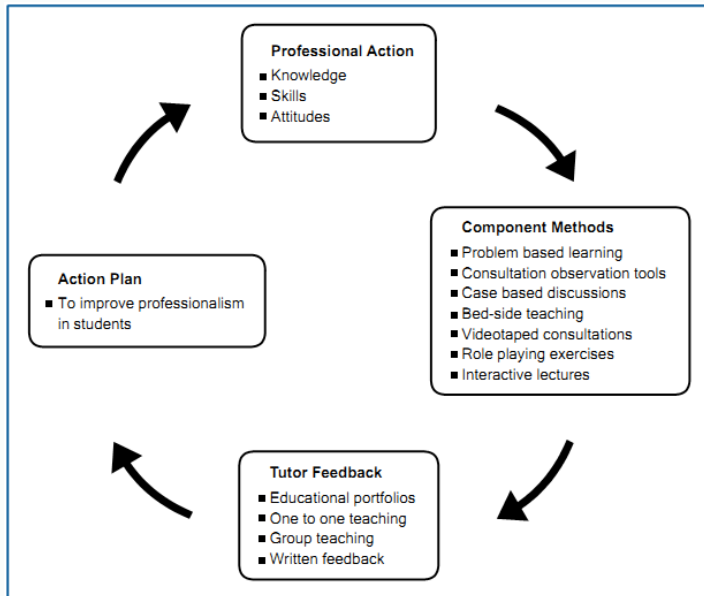
طراحان برنامه‌هاي آموزشي بايد بگونه اي باشد كه اطمينان حاصل شود كه دانشجويان در مواجهه با طيف وسيعي از اين تجربيات و فرصت‌ها قرار مي‌گيرند. اگرچه عمده اين مواجهه‌ها، از طريق شرايط واقعي باليني فراهم مي‌شوند اما در بسياري از موارد مي‌توان از بازانديشي بر تجربيات مبتني بر مواجهه‌هاي باليني شبیه سازي شده، بحث در گروه‌هاي كوچك، سناريوهاي باليني<sup>۱</sup>، ايفاي نقش، نمايش و نقد فيلم و موارد متعدد ديگري براي تكميل آن بهره برد. [۴۷]

روشن است كه ايجاد رفتار حرفه‌اي در دانشجويان در طی زمان و با فرايند مكاشفه و بازانديشي روي مي‌دهد. يكي از وظايف مهم آموزش پزشكي بايد اين باشد كه فرصت‌هاي يادگيري متعددي براي كسب تجربه و نيز بازانديشي در زمينه اصول و مفاهيم رفتار حرفه‌اي پزشكي فراهم نمايد. [۱۵]

صاحب‌نظران پيشنهاد مي‌كنند: يادگيري در محيط‌هاي باليني مورد تاكيد خاص قرار گيرد و از مثال‌هايي در اتفاقات روزمره استفاده شود. براي اين كار مي‌توان از چرخه رفتار حرفه‌اي استفاده كرد (شكل شماره ۱) كه تاكيد آن بر اهميت بازانديشي دانشجو در مورد عملكرد خود و بازخورد مدرسين است. مدرس در اين مرحله ضمن ارائه بازخورد، اصول مهم رفتار حرفه‌اي را نيز بيان خواهد كرد. [۱۵] مي‌توان از پورتفوليو براي مستند سازي اين نوع از يادگيري استفاده كرد.

آموزش تعهد حرفه‌اي نيز مستند تعيين انتظارات، فراهم كردن فرصت تجربه و ارزيابي پيامدهاست. [۴۸] بازانديشي، يك فرايند فراشناختي است كه باعث ايجاد درك عميق‌تر از فرد و شرايط خود مي‌شود و كمك مي‌كند كه اقدامات آتي وي آگاهانه تر صورت پذيرد. [۴۹] اين فرايند شامل: تحليل، پرسش‌گري و بازسازي تجربيات واقعي يا شبیه سازي شده با هدف ارزيابي آن است به گونه اي كه

باعث یادگیری شود<sup>۱</sup> و یا عملکرد آینده را بهبود بخشد<sup>۲</sup>. [۵۰] بازاندیشی موثر مستلزم وجود زمان کافی و ساختارمند برای پرسشگری در مورد اقدامات صورت گرفته، ارزش‌ها، عقاید زیربنایی آن و همچنین استخراج دیدگاه‌های مختلف است. [۵۱]



شکل شماره ۱ - چرخه آموزش رفتار حرفه‌ای

منظور از "بازاندیشی بر عملکرد"<sup>۳</sup> فکر کردن در باره ی یک کار بعد از انجام آن است و هدف این است که بفهمیم چگونه دانسته‌های فرد در عمل منجر به یک پیامد غیرمنتظره شده است. «بازاندیشی در حین انجام کار»<sup>۴</sup> و ویژگی بارز حرفه‌مندان است و فراگیران در اینجا به صورت آنی با احساسات و عواطف و تجربیات قبلی خود ارتباط برقرار می‌کنند تا به چالش پیش رو در زمینه رفتار حرفه‌ای رسیدگی کنند. [۵۲]

اعضای هیأت علمی باید آموزش ببینند تا بتوانند در موقعیت مناسب از بازاندیشی برای هر یک از دو هدف بالا (بازاندیشی بر عملکرد و بازاندیشی در حین عملکرد) استفاده کنند. دانشجویان نیز باید بتوانند توانایی‌های خود را در بازاندیشی تقویت کنند و می‌توان این کار را با استفاده از طرح مجموعه‌ای از سوالات در خصوص سناریوهای رفتار حرفه‌ای که بازاندیشی هدایت شده را تحریک می‌کنند،

1 reflective learning  
2 reflective practice  
3 Reflection-on-action  
4 reflection-in-action



تسهیل کرد. [۵۳] دانشجویان و دستیاران باید یاد بگیرند که بر موقعیت‌ها و رفتارها بازنمایشی کنند و در شناسایی و الگوبرداری گزینشی، عمل کنند و فقط رفتارهای مثبت را تقلید کنند. [۵۴]

## آموزش رفتار حرفه‌ای با چه چالش‌هایی روبروست؟

از جمله چالش‌های آموزش رفتار حرفه‌ای، دستیابی به یک توافق در مورد چگونگی تعریف رفتار حرفه‌ای است. همچنین تعیین بهترین روش برای در میان گذاشتن دانش مربوطه با دانشجویان و اعضای هیأت علمی یکی از دشواری‌های این کار است. چالش دیگر: ایجاد و تشویق رفتارهایی است که مشخصه فرد حرفه‌ای است و به عبارتی شکل دادن به هویت حرفه‌ای فرد. تعریف رفتار حرفه‌ای به عنوان یک توانمندی، بسیار دشوار است و به همین نحو آموزش و ارزیابی آن نیز بسیار چالش‌زاست. علیرغم این که بیش از دو دهه است که بحث‌های نوین در خصوص رفتار حرفه‌ای در جریان است ولی هنوز در متون، مثال‌های مشخصی از روش‌های کارآمد برای آموزش رفتار حرفه‌ای به چشم نمی‌خورد.

[۱]

## منابع:

1. Al-Eraky MM. Twelve Tips for teaching medical professionalism at all levels of medical education. *Med Teach*. 2015;37(11):1018-25.
2. Altirkawi K. Teaching professionalism in medicine: what, why and how? *Sudanese Journal of Paediatrics*. 2014;14(1):31-38.
3. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Outcome Project. General competencies 2007. [Internet Document: available from <http://www.ucdenver.edu> Accessed on 9.5.2017]
4. Irby DM, Hamstra SJ. Parting the Clouds: Three Professionalism Frameworks in Medical Education. *Acad Med*. 2016 Dec;91(12):1606-1611.
5. Kenny NP, Mann KV, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med*. 2003 Dec;78(12):1203-10.
6. Loh KY, Nalliah S. Learning professionalism by role-modelling. *Med Educ*. 2010 Nov;44(11):1123.
7. Cruess SR, Cruess RL. Teaching professionalism - Why, What and How. *Facts Views Vis Obgyn*. 2012;4(4):259-65.
8. Huddle TS; Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Viewpoint: teaching professionalism: is medical morality a competency? *Acad Med*. 2005 Oct;80(10):885-91.
9. Collier R. Professionalism: Can it be taught? *CMAJ? Canadian Medical Association Journal*. 2012;184(11):1234-1236. doi:10.1503/cmaj.109-4232.
10. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism must be taught. *BMJ*. 1997 Dec 20-27;315(7123):1674-7.
11. Bryden P, Ginsburg S, Kurabi B, et al. Professing professionalism: are we our own worst enemy? Faculty members' experiences of teaching and evaluating professionalism in medical education at one school. *Acad Med* 2010; 85:1025-34.
12. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Teaching professionalism in medical education: a Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. *Med Teach*. 2013 Jul;35(7):e1252-66.

13. Branch WTJ, Kern D, Haidet P, Weissmann P, Gracey CF, Mitchell G, Inui T. 2001. The patient-physician relationship. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA* 286:1067–1074
14. Goldie J, Dowie A, Cotton P, Morrison J. 2007. Teaching professionalism in the early years of a medical curriculum: A qualitative study. *Med Educ* 41:610–617.
15. Passi V, Doug M, Peile E, Thistlethwaite J, Johnson N. Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *International Journal of Medical Education*. 2010;1:19-29.
16. Brater DC. Viewpoint: infusing professionalism into a school of medicine: perspectives from the dean. *Acad Med*. 2007;82:1094-1097.
17. Christianson CE, McBride RB, Vari RC, Olsen L, Wilson HD. From traditional to patient-centered learning: Curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. *Acad Med*. 2007;82:1079-1088.
18. Cohen JJ. Viewpoint: linking professionalism to humanism: what it means and why it matters. *Acad Med*. 2007;82:1029-1032.
19. Cruess RL, Cruess SR, Johnson SE. Professionalism and medicine's social contract. *J Bone Joint Surg Am*. 2000;82:1189-1194.
20. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Renewing professionalism: an opportunity for medicine. *Acad Med*. 1999;74:878-884.
21. Cruess SR, Cruess RL. Understanding medical professionalism: a plea for an inclusive and integrated approach. *Med Educ*. 2008;42:755-757.
22. Humphrey HJ, Smith K, Reddy S, Scott D, Madara JL, Arora VM. Promoting an environment of professionalism: the University of Chicago Roadmap. *Acad Med*. 2007;82:1098-1107.
23. Hilgers J, De Roos P, Rigby E. European core curriculum- the students' perspective, Bristol, UK, 10 July 2006. *Med Teach*. 2007;29:270-275. 26.
24. Jha V, Becker HL, Duffy SG, Roberts TE. Perceptions of professionalism in medicine: a qualitative study. *Med Educ*. 2006;40:1027-1036.
25. Kinghorn WA, McEvoy MD, Michel A, Balboni M. Professionalism in modern medicine: does the emperor have any clothes. *Acad Med*. 2007;82: 40-45.
26. Mann KV, Ruedy J, Millar N, Andreou P. Achievement of non cognitive goals of undergraduate medical education: perceptions of medical students, residents, faculty and other health professionals. *Med Educ*. 2005;39:40-48.
27. Parker M, Luke H, Zhang J, Wilkinson D, Peterson R, Ozolins I. The pyramid of professionalism: seven years of experience with an integrated program of teaching, developing and assessing professionalism among medical students. *Acad Med*. 2008;83:733-741.
28. Stern DT, Papadakis M. The developing physician--becoming a professional. *N Engl J Med*. 2006 Oct 26;355(17):1794-9.
29. Chapter 9: Educating for Professionalism; In: Levinson W. et al; *Understanding Medical Professionalism*. McGraw-Hill Education; 2014.
30. Ajzen I. The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychol Health*. 2011 Sep;26(9):1113-27.
31. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998 Apr;73(4):403-7.
32. O'Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Med Teach*. 2012;34(2):e64-77.
33. MacLeod A. The hidden curriculum: is it time to re-consider the concept? *Med Teach*. 2014 Jun;36(6):539-40.
34. Blue AV, Crandall S, Nowacek G, Luecht R, Chauvin S, Swick H. Assessment of matriculating medical students' knowledge and attitudes towards professionalism. *Med Teach*. 2009 Oct;31(10):928-32.
35. Gammon M. PUNs and PUEs, DENs and SANs. *The British Journal of General Practice*. 2001;51(469):676.

36. Kirk LM. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. Proceedings (Baylor University Medical Center). 2007;20(1):13-16.
37. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. In: Cruess R.L., Cruess S.R., and Steinert Y (eds) "Teaching Medical Professionalism". Cambridge Univ Press. 2009.
38. Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending-physician role models. N Engl J Med. 1998 Dec 31;339(27):1986-93.
39. Kenny NP, Mann KV, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. Acad Med. 2003 Dec;78(12):1203-10.
40. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modelling--making the most of a powerful teaching strategy. BMJ. 2008 Mar 29;336(7646):718-21.
41. Wright S, Wong A, Newill C. The impact of role models on medical students. J Gen Intern Med. 1997 Jan;12(1):53-6.
42. Byszewski A, Hendelman W, McGuinty C, Moineau G. Wanted: role models—medical students' perceptions of professionalism. BMC Med Educ. 2012 Nov 15;12:115.
43. Adkoli BV, Al-Umran KU, Al-Sheikh M, Deepak KK, Al-Rubaish AM. Medical students' perception of professionalism: a qualitative study from Saudi Arabia. Med Teach. 2011;33(10):840-5.
44. Steinert Y, Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Fuks A. Faculty development as an instrument of change: a case study on teaching professionalism. Acad Med. 2007 Nov;82(11):1057-64.
45. Hafferty FW. Professionalism and the socialization of medical students. In: Cruess R.L., Cruess S.R., and Steinert Y (eds) "Teaching Medical Professionalism". Cambridge Univ Press. 2009, p 53-73.
46. Epstein RM. Mindful practice. JAMA. 1999; 282: 833-9.
47. Cruess RL, Cruess SR. Teaching Professionalism: general principles. Medical Teacher. 2006; 28:205-8.
48. Stern DT, Papadakis M. 2006. Medical: The developing physician\_Becoming a professional. N Engl J Med 355:1794–1799.
49. Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. Med Teach. 2009 Aug;31(8):685-95.
50. Aronson L. Twelve tips for teaching reflection at all levels of medical education. Med Teach. 2011;33(3):200-5.
51. Gaiser RR. The teaching of professionalism during residency: why it is failing and a suggestion to improve its success. Anesth Analg. 2009 Mar;108(3):948-54.
52. Stark P, Roberts C, Newble D, Bax N. Discovering professionalism through guided reflection. Med Teach. 2006 Feb;28(1):e25-31.
53. Al-Eraky MM, Donkers J, Wajid G, Van Merrienboer JJ. Faculty development for learning and teaching of medical professionalism. Med Teach. 2015 Apr;37 Suppl 1:S40-6.
54. Benbassat J. Role modeling in medical education: the importance of a reflective imitation. Acad Med. 2014 Apr;89(4):550-4.

# فصل دوازدهم:

## روش‌های ارزیابی

نویسنده:

دکتر سارا مرتاض هجری  
استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران،  
هیات علمی گروه آموزش پزشکی  
دانشکده پزشکی، و  
مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه

دستیارسال دومی که به بدرفتاری با بیماران و همکاران شهرة است و مدام از کارش می زند تا به کتابخانه برود، رتبه اول آزمون کتبی ارتقا سال قبل بوده و انتظار دارد که مورد تشویق قرار بگیرد، در کمال تعجب متوجه می شود که در آزمون شفاهی مردود اعلام شده و به امتحان کتبی معرفی نشده است. وقتی به مسئول آموزش دستیاری مراجعه می کند متوجه می شود که نمره رفتار حرفه ای را کسب نکرده است. استاد به او یادآور می شود که چندین نوبت به ایشان بازخورد داده شده بود، دستیار در کمال سادگی می گوید واقعا نمی دانسته که رفتار حرفه ای بطور جدی سنجیده می شود و نمره دارد. به عبارتی برای آن نمره ای در نظر گرفته می شود.

### چرا باید پروفشنالیسم را ارزیابی کنیم؟

این سوال یک پاسخ ساده اما مهم دارد. کافی است یک لحظه خاطرات خود را مرور کنید. آیا تاکنون به دانشجویان تان گفته اید که از فصل آخر کتاب در امتحان سوال نمی آید؟ واکنش دانشجویان چندان دور از ذهن نیست. معمولاً کسی فصل آخر کتاب را مطالعه نمی کند. اکثر ما ترجیح می دهیم انرژی و وقت خود را برای امور مهم تر صرف کنیم. به همین دلیل کار عاقلانه این است که دانشجویان انرژی و وقت محدود خود را به مطالعه سایر فصول کتاب اختصاص دهند. واقعیت این است که اگر فصل آخر کتاب حاوی مطالب مهم یا ضروری بود، شما به این راحتی از آن صرف نظر نمی کردید. به همین دلیل یک پیام مهم به دانشجویان منتقل می شود: چیزی که ارزیابی نمی شود، مهم نیست. بنابراین؛ اگر لازم است دانشجویان چیزی را یاد بگیرند، لازم است حتماً آن را ارزیابی کنید. احتمالاً این جمله را تا کنون شنیده اید:

Students Respect What You Inspect

این قضیه در مورد پروفشنالیسم نیز صادق است. هنگامی که تمام امتحانات دانشجویان در مقاطع مختلف صرفاً بر حوزه دانش (و البته اخیراً کمی مهارت) متمرکز است، این پیام منتقل می شود که پزشک خوب بودن در گروه یادگیری همین هاست. در این حالت، نه نحوه ارتباط با بیماران مهم است، نه نحوه برخورد با همکاران، نه داشتن احساس وظیفه و نه رعایت اصول اخلاقی. چرا که اگر این توانمندی ها اهمیت داشتند، دانشجویان به خاطر رعایت یا عدم رعایت آنها بازخورد می گرفتند یا طی دوره طولانی پزشکی لااقل یک بار می دیدند که یک دانشجوی به دلیل عملکرد ضعیف ارتباطی یا حرفه ای اش از ارتقا به دوره بعدی بازمانده است. این سناریو چندان دور از ذهن نیست که دستیار

مسئول بیمار با لحن بی‌توجه به سوالات بیمار در خصوص پیش‌آگهی بیماری و تاثیر آن بر زندگی خانوادگی اش پاسخ می‌دهد و استاد، دستیار را به خاطر دقت بسیار زیاد در معاینه و درخواست تست‌های آزمایشگاهی درست تحسین می‌کند و هیچ‌کس به رفتار نادرست وی با بیمار اشاره نمی‌کند. ارزیابی، چرخه یادگیری را کامل می‌کند، بدون ارزیابی پروفشنالیسم شاید انتظار زیادی باشد که بخواهیم دانشجویان نهایتاً به صورت حرفه‌ای رفتار کنند. در چنین شرایطی عجیب نیست که بیماران از رفتار بسیاری از پزشکان ناراضی باشند.

## چه روش‌هایی برای ارزیابی پروفشنالیسم وجود دارد؟

یک جستجوی ساده در اینترنت به ما نشان می‌دهد که ابزارهای ارزیابی پروفشنالیسم در حوزه پزشکی متعدد و متنوع هستند. البته ذکر این نکته شایان اهمیت است که برخی از ابزارهای طراحی شده به منظور انجام پژوهش یا سنجش وضعیت رعایت رفتار حرفه‌ای در دانشگاه تدوین شده‌اند و برخی برای ارزیابی تک‌تک فراگیران به منظور اهداف آموزشی. در این کتاب ابزارهای دسته دوم مدنظر است با توجه به کثرت ابزارها، این سوال مطرح می‌شود که بهترین آنها کدام است. چندین مطالعه مروری در رابطه با ابزارهای ارزیابی رفتار حرفه‌ای انجام شده است. لینچ و همکاران پس از بررسی ۱۹۱ مقاله ای که از ۸۸ ابزار برای ارزیابی پروفشنالیسم استفاده کرده بودند، در پایان این طور نتیجه‌گیری کردند که برای ارزیابی پروفشنالیسم ابزارهای فراوانی وجود دارد و محققین باید سعی کنند به جای تولید ابزار جدید، روایی<sup>۱</sup> و پایایی<sup>۲</sup> ابزارهای موجود را ارتقا دهند. [۱] مقاله‌ای که در سال ۲۰۰۹ توسط ون‌موک و همکاران چاپ شد با ذکر این جمله که هیچ فرمول جادویی برای ارزیابی پروفشنالیسم وجود ندارد، واضحاً بیان کرده است که به دنبال بهترین ابزار نباشیم. [۲] طبق یک مطالعه مروری نظام‌مند که در سال ۲۰۱۷ به چاپ رسید، از میان ۷۴ ابزار مربوط به ارزیابی پروفشنالیسم که در ۸۰ مطالعه مورد استفاده قرار گرفته بودند، کماکان هیچ‌یک به عنوان بهترین ابزار شناخته نشدند. [۳]

در این بین آنچه به ما کمک می‌کند دید روشن‌تری به دست آوریم، دسته بندی ابزارهاست. برای دسته‌بندی آنها می‌توان از رویکردهای متفاوتی استفاده کرد:

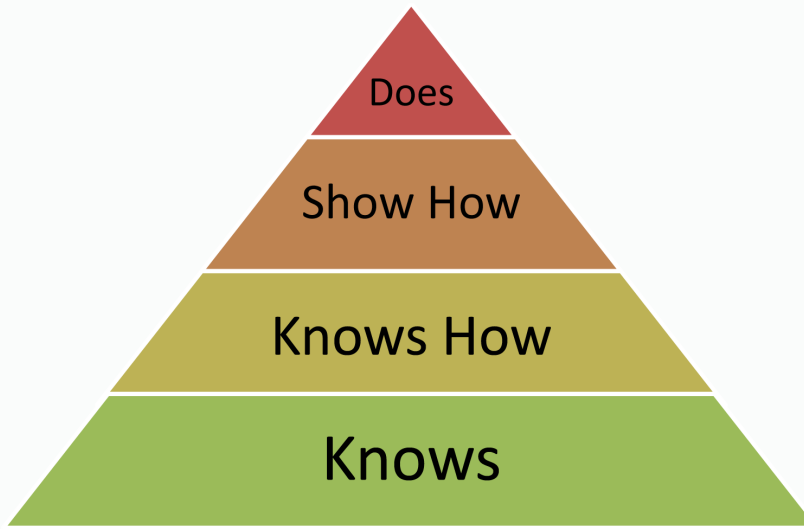
برخی از ابزارها عمومی هستند و در مقاطع و رشته‌های مختلف برای ارزیابی فراگیران استفاده می‌شوند و برخی برای رشته‌های تخصصی همچون؛ چشم‌پزشکی [۴]، طب اورژانس [۵]، بیهوشی [۶]، کودکان [۷] و رادیولوژی [۸] طراحی شده‌اند.

1 Validity

2 Reliability

آرنولد در سال ۲۰۰۲ با مرور ۱۷۰ مقاله، ابزارهای موجود را از منظر دیگری دسته‌بندی کرد. برخی از ابزارها پروفشنالیسم را در کنار مهارت‌های دیگر ارزیابی می‌کنند و در مقابل، دسته دیگری هستند که به ارزیابی پروفشنالیسم به عنوان یک سازه جدا و در کنار این دو، برخی از ابزارها فقط به ارزیابی یک یا چند جنبه محدود از پروفشنالیسم مانند شرافت یا تعالی می‌پردازند. به عبارت دیگر؛ در گروه اول، استاد عملکرد کلی دستیار را در مقابل بیمار مشاهده و ارزیابی می‌کند که تمام توانمندی‌ها از نحوه شرح حال گرفتن، معاینه کردن، فرایند تشخیص و ارائه درمان تا میزان رعایت اصول ارتباطی و پروفشنالیسم را شامل می‌شود. مزیت این نوع ارزیابی این است که در آن روح و کلیت درهم تنیده مواجهه پزشک-بیمار حفظ می‌شود و نگاه جامع و کل‌نگری شکل می‌گیرد اما مشکل آن این است که اولاً مشاهده و ارزیابی همه جنبه‌ها به صورت همزمان کار ذهنی سنگینی است و احتمال اشتباه را زیاد می‌کند و ثانیاً این خطر وجود دارد که عملکرد خوب دستیار در یک حوزه، قضاوت استاد را در خصوص عملکرد ضعیف وی در حوزه دیگر متاثر سازد. ثالثاً ممکن است نمره خوب دستیار در مهارت بالینی منجر شود که نمره پایین وی در پروفشنالیسم جبران شود. در مورد ابزارهای گروه دوم می‌توان گفت هرچند که این ابزارها از بُعد نظری، رویکرد جزئی‌نگرانه و تقلیل‌گرایانه‌ای را ترویج می‌کنند و از بُعد عملی، موجب تعدد ارزیابی‌های گروه و مشکلات اجرایی می‌شوند، از آنجا که هویت مشخصی به پروفشنالیسم می‌دهند، اهمیت آن را برجسته می‌کنند و همچنین امکان بازخورد دقیق‌تر و با جزئیات را فراهم می‌سازند. ابزارهای دسته سوم نادرتر هستند و برای موارد خاصی که توجه به یک جنبه از پروفشنالیسم اهمیت بیشتری دارد، طراحی شده‌اند. [۹]

دسته‌بندی دیگر ابزارهای ارزیابی پروفشنالیسم بر مبنای چارچوب مفهومی میلر انجام می‌شود (شکل ۱). جرج میلر یک توانمندی یا صلاحیت بالینی را به چهار سطح تقسیم کرد: می‌داند، می‌داند چگونه، نمایش می‌دهد چگونه و انجام می‌دهد. دو سطح اول حیطه دانشی یا شناختی را در برمی‌گیرند. به عبارت دیگر دانشجو برای اینکه به توانمندی مورد نظر برسد، باید اطلاعاتی در مورد آن داشته باشد و بتواند توضیحات لازم را ارائه کند. سطح سوم، عملکرد دانشجو در محیط کنترل‌شده یا شبیه‌سازی شده ارزیابی می‌کند و سطح چهارم به ارزیابی عملکرد دانشجو در مواجهه با بیمار واقعی و در محیط کار واقعی می‌پردازد. [۱۰] در این کتاب ما این دسته‌بندی را مبنای توضیحات بعدی در خصوص ابزارها قرار می‌دهیم و از آنجا که نام بردن و ذکر جزئیات مربوط به تمام ابزارها از حوصله این بحث خارج است، سعی می‌کنیم از هر دسته چند نمونه شایع‌تر را معرفی کنیم.



شکل ۱: سطوح هرم میلر

### الف) ابزارهای ارزیابی پروفشنالیسم در سطح اول و دوم

اگر بخواهیم پروفشنالیسم را به عنوان یک توانمندی در قالب هرم میلر تعریف کنیم، سطح اول و دوم شامل دانش و اطلاعات فراگیر در خصوص اصول، تعاریف و مصادیق پروفشنالیسم (و مصادیق نقض آن) است. یعنی در این سطح بررسی می‌کنیم که فراگیران چقدر با مفاهیم اولیه آشنا هستند. البته اگر دانشجوی این موارد را بداند، تضمینی نیست که حتماً به همین شکل نیز رفتار کند و ممکن است حین کار و در برابر بیماران آنها را رعایت نکند. درست مانند کسی که اصول رانندگی را بلد است اما عملاً نمی‌تواند رانندگی کند. اما باید توجه داشت که ارزیابی این سطوح از این نظر حائز اهمیت است که ما اکثراً ارزیابی پروفشنالیسم را فقط به رفتار قابل مشاهده محدود می‌کنیم و از ارزیابی دانش پایه مربوط به آن غافل می‌مانیم. در حالی که باید به این فکر کنیم که شاید علت اینکه دانشجویی رفتار حرفه‌ای از خود نشان نمی‌دهد، این باشد که از رفتار حرفه‌ای درست، مخصوصاً در شرایط و موقعیت‌های خاص و پیچیده ناآگاه است. بنابراین بهتر است قبل از قرار دادن دانشجو در مقابل بیمار و ارزیابی بُعد رفتاری پروفشنالیسم ببینیم که آیا آگاهی لازم را در این مورد دارد یا خیر.

برای ارزیابی پروفشنالیسم در این دو سطح می‌توان از انواع آزمون‌های کتبی (شامل چندگزینه‌ای، پاسخ کوتاه و تشریحی) یا آزمون شفاهی استفاده کرد. البته پرسش سوال‌های عمیقی که جواب آنها حفظ‌کردنی نباشد و واقعاً دانشجو را به چالش بکشد، هنر آزمونگر است که البته کار ساده‌ای نیست. روال معمول‌تر طرح سوال در قالب سناریو است که نمونه‌ای از آن را اینجا مشاهده می‌کنید اما می‌توان



از نمایش فیلم نیز استفاده کرد. یعنی یک مواجهه پزشکی و بیمار طبق سناریو بازی و فیلم برداری می شود. سپس با نمایش آن برای دانشجویان از آنها می خواهیم تا خطاهایی را که مشاهده کرده اند نام ببرند و یا توضیح دهند عملکرد مناسب تر در آن موقعیت چه می توانست باشد.

#### سوال چندگزینه ای برگرفته از مطالعه بری و همکاران ۲۰۰۰ (۱۱)

نماینده یک شرکت دارویی در مورد انجام یک کارآزمایش بالینی با شما صحبت می کند. قرار است اثرات داروی فشارخونی که به تازگی توسط FDA تایید شده است در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان مورد بررسی قرار گیرد. شرکت دارو را به صورت رایگان به شما می دهد، به ازای هر بیمار ۲۵۰ دلار جهت هزینه های احتمالی به شما پرداخت می کند و یک نفر برای جمع آوری و مدیریت داده ها در اختیار شما می گذارد. جلساتی برای بحث در مورد روش اجرا و سپس نتایج مطالعه در کشور دیگری برگزار می شود که هزینه های مربوط به همراهی همسر شما نیز توسط شرکت تقبل می شود. مشارکت در این مطالعه در صورتی پروفشنال محسوب می شود که:

الف) بیماران شما فرم رضایت آگاهانه را امضا کنند.

ب) همکاران شما مطالعه را تایید کنند.

ج) کمیته ای از بیمارستان مطالعه را تایید کند.

د) هیچکدام

در اینجا جا دارد به ابزار جدیدی به نام آزمون قضاوت موقعیتی<sup>۱</sup> نیز اشاره کنیم. این شیوه ارزیابی که به طور اولیه برای ارزیابی متقاضیان کار جهت انتخاب مناسب ترین افراد طراحی شد، در سال های اخیر به منظور ارزیابی دانش و همچنین نگرش داوطلبان هنگام پذیرش در رشته پزشکی به کرات مورد استفاده قرار گرفته است. مطالعات نشان می دهند این ابزار می تواند برای سنجش حیطه های غیرشناختی مانند کار تیمی، مهارت ارتباطی، پروفشنالیسم و ... شیوه مناسبی باشد. به صورت خلاصه در این روش یک سناریو مطرح می شود که دانشجوی را در موقعیتی چالشی شبیه موقعیت واقعی قرار می دهد. دانشجو باید از بین گزینه های ارائه شده، گزینه های مناسب تر را انتخاب کند. از آنجا که معمولاً این سوالات، جواب های قطعی کاملاً درست ندارند، معمولاً خواسته می شود که دانشجو تعدادی گزینه (مثلاً سه گزینه از هشت گزینه) را که به نظر درست تر هستند انتخاب کند یا گزینه ها را از درست ترین به نادرست ترین مرتب کند.

## آزمون قضاوت موقعیتی برگرفته از مطالعه گاس و همکاران ۲۰۱۷ (۱۲)

- شما کارورز جراحی هستید و با یکی از استادان به اتاق عمل می‌روید. بیمار را که برای خارج کردن تومور در کلیه چپ بستری شده است، به خوبی می‌شناسید و ناگهان متوجه می‌شوید که جراح آماده می‌شود تا برش را در سمت راست بیمار بزند. در حالی که مطمئن هستید که اشتباه می‌کند، موضوع را به وی می‌گویید اما او توجهی نمی‌کند.
- گزینه‌های زیر را از درست‌ترین به نادرست‌ترین مرتب کنید.
- الف) قبول می‌کنید که احتمالاً اشتباه کرده‌اید.
- ب) دلایل خود را برای اینکه نشان دهید برش در سمت اشتباه است، بیان می‌کنید.
- ج) نظر متخصص بیهوشی را می‌پرسید که قبلاً بیمار را ویزیت کرده است.
- د) مجدداً به جراح می‌گویید که اشتباه می‌کند.
- ه) منتظر می‌مانید تا کسی در حمایت از شما حرفی بزند.

**ب) ابزارهای ارزیابی پروفشنالیسم در سطح سوم**

برای ارزیابی دانشجو در سطح سوم هرم میلر می‌توانیم از موقعیت‌های شبیه‌سازی شده استفاده کنیم. مثلاً در<sup>۱</sup> OSCE عملکرد دانشجو را در مواجهه با بیمارنا مورد مشاهده و ارزیابی قرار دهیم. می‌توانیم در چک‌لیست مربوطه به ایستگاه‌های معمول که برای ارزیابی مهارت شرح حال یا معاینه طراحی شده‌اند، آیتم‌هایی هم برای پروفشنالیسم بگنجانیم یا اساساً یک یا چند ایستگاه جداگانه را به پروفشنالیسم اختصاص دهیم. مورد دوم مخصوصاً برای ارزیابی مواردی که در محیط واقعی کمتر قابل ارزیابی هستند و کمتر پیش می‌آیند، کمک‌کننده است. باید توجه کنیم که نوشتن سناریو، تدوین چک‌لیست مناسب، تربیت بیمارنمای استاندارد و توجیه و آموزش آزمونگران برای ارزیابی پروفشنالیسم در OSCE، از موارد مشابه در ایستگاه مهارت‌های بالینی مانند شرح حال و معاینه دشوارتر و پیچیده‌تر هستند.

پورونو و همکاران تجربه دانشگاه ماساچوست را به این شکل ذکر کردند که به صورت معمول برای دانشجویان در پایان سال سوم یک OSCE شش ایستگاهه اجرا می‌شد. پژوهشگران آیتم‌های مربوط به پروفشنالیسم (مانند نحوه سلام و احوالپرسی، ظاهر آرام و موقر، احترام به بیمار، استفاده از کلمات و عبارات محترمانه) را در تمام ایستگاه‌ها گنجانده‌اند و همچنین یک ایستگاه مخصوص پروفشنالیسم به آزمون اضافه کردند. در ایستگاه هفتم دانشجو با بیماری مواجه می‌شد که به جای ۲ میلی گرم دارو، ۲۰ میلی گرم دریافت کرده بود و باید خطای پیش آمده را برای بیمار توضیح می‌داد. [۱۳] مطالعه مازور و همکاران و همچنین مقاله پانتون کارس و همکاران که تجربه خود را در این زمینه به اشتراک

1 Objective Structured Clinical Examination

گذاشتند نیز می‌تواند برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد OSCE پروفشنالیسم کمک‌کننده باشد. [۱۴ و ۱۵]

در خصوص مزایا و معایب OSCE پروفشنالیسم موارد زیر قابل تامل هستند. در مورد روایی، برخی این ایراد را وارد می‌کنند که در این شرایط دانشجو در محیط مصنوعی قرار گرفته است و ممکن است به اصطلاح ادای پزشک پروفشنال را درآورد و نمره را کسب کند در حالی که بعداً در مواجهه با بیمار واقعی به این شکل رفتار نمی‌کند. درست مانند کسی که برای اخذ گواهینامه هنگامی که نزد افسر برای امتحان رانندگی می‌کند، تمام اصول را رعایت می‌کند اما رانندگی او بعداً در سطح شهر بسیار متفاوت است زیرا مهارت‌های لازم را دارد اما نگرش مناسب در مورد رانندگی در وی شکل نگرفته است. باید توجه داشت که در این سطح از هرم میلر فقط می‌خواهیم ببینیم که دانشجو تا چه حد می‌تواند آنچه را که به صورت نظری درست می‌داند، عملاً پیاده کند. برخلاف آنچه به نظر می‌رسد پیاده کردن اصول فراگرفته شده به صورت عملی کار ساده‌ای نیست. چه بسا که ما بدانیم گوش دادن به بیمار و برقراری تماس چشمی با وی مهم است اما در عمل این کار را انجام ندهیم. به عبارت دیگر؛ روایی OSCE برای ارزیابی پروفشنالیسم از روایی ابزارهای دو سطح قبلی مناسب تر است اما بالاخره این انتقاد وارد است که OSCE پروفشنالیسم نسبت به ابزارهای محیط واقعی یعنی سطح چهارم authenticity و روایی پایین‌تری دارد. [۱۶] ارزیابی در این سطح می‌تواند در پیدا کردن نقاط ضعف دانشجویان قبل از ورود به محیط واقعی کمک‌کننده باشد. نکته قابل توجه دیگر این است که گرفتن آزمون در محیط کنترل شده این امکان را ایجاد می‌کند که سطح دشواری و پیچیدگی مراجعین برای همه دانشجویان یکسان باشد. بنابراین برخلاف محیط واقعی که بیماران از جهات مختلف متنوع هستند، شرایط منصفانه‌تری برای ارزیابی دانشجویان ایجاد می‌شود. همچنین چون در یک زمان مشخص چندین مورد ارزیابی می‌شوند، پایایی و قابلیت اجرای بهتری در مقایسه با سنجش پروفشنالیسم در محیط واقعی فراهم می‌شود. البته همانطور که قبلاً اشاره شد تدوین چک‌لیست مناسب، تربیت بیمارنماها برای ایفای نقش یکسان و توجیه و آموزش آزمونگران برای نمره‌دهی استاندارد در تضمین پایایی ارزیابی ضروری هستند.

### ج) ابزارهای ارزیابی پروفشنالیسم در سطح چهارم

ارزیابی سطح چهارم هرم میلر در محیط واقعی و در مواجهه با بیمار واقعی اتفاق می‌افتد و اشکال بسیار متنوعی دارد. این ابزارها در مجموع نسبت به سطوح دیگر هرم میلر از روایی بالاتری برخوردار هستند زیرا فراگیر در بخش یا درمانگاه، هنگامی که وظایف خود را در قبال بیماران و مراجعان انجام

می‌دهد، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد اما باید توجه داشت که پایایی آنها بسته به نحوه اجرا می‌تواند شدیداً متغیر باشد. در واقع پایایی ابزار به میزان بروز خطای تصادفی در اندازه‌گیری ارتباط دارد. در هر اندازه‌گیری خطا ذاتاً وجود دارد و نمی‌توان آن را حذف کرد. تنها می‌توان مقدار آن را کنترل کرد یا کاهش داد. راه‌کارهایی که برای بهبود پایایی ارزیابی پروفشنالیسم کاربرد دارد، عبارت هستند از: انتخاب ارزیابان مجرب، آموزش دادن به ارزیابان، افزایش تعداد ارزیابان، تنوع در ارزیابان، افزایش دفعات ارزیابی و افزایش موقعیت‌های ارزیابی. توجه به این امر مخصوصاً در ارزیابی‌های تجمعی که برای تصمیم‌گیری در باره‌ی وضعیت فراگیر به کار می‌روند، حائز اهمیت فراوان است.

### ابزارهای سطح چهارم هرم میلر خود به چند دسته تقسیم می‌شوند:

برخی از آنها که اتفاقاً شایع‌ترین ابزارهای ارزیابی پروفشنالیسم هستند، بر مبنای مشاهده مستقیم طی یک مواجهه طراحی شده‌اند. همانند<sup>۱</sup> DOPS و<sup>۲</sup> Mini-CEX. به این معنا که دانشجو برای بیماری که به صورت معمول مراجعه کرده است، پروسیجری انجام می‌دهد یا اقدامات تشخیصی و درمانی وی را اداره می‌کند و همزمان استاد به مشاهده مستقیم عملکرد وی می‌پردازد، فرم مربوطه را که حاوی چند آیتم است، تکمیل می‌کند و نهایتاً به عملکرد وی بازخورد می‌دهد. هرچند که تمرکز اصلی این دو ابزار بر مهارت‌های پروسیجرال و بالینی است، این دو ابزار فقط بر مهارت‌های تکنیکی تاکید ندارند و اتفاقاً آنچه آنها را از مشاهده مستقیم حین کار با مانکن و مولاژ متمایز می‌کند و رویکرد مکانیکی را کمرنگ می‌کند، توجه به توانمندی‌هایی مانند برقراری ارتباط با بیمار یا رعایت پروفشنالیسم است. با همه اینها در دو ابزار فوق فقط یکی از آیتم‌ها مربوط به پروفشنالیسم است. این امر ارزیابی به عمل آمده را جامع و کل‌نگر می‌کند اما باعث می‌شود این دو ابزار برای دادن بازخورد اختصاصی در مورد رفتار حرفه‌ای فرد و برجسته کردن هویت آن برای دانشجویان چندان مناسب نباشند. به همین جهت، در دانشگاه مک‌گیل ابزار P-MEX<sup>۳</sup> از روی ابزار Mini-CEX و صرفاً برای ارزیابی پروفشنالیسم ساخته شد. [۱۷] مبنای این ابزار که نسخه اصلاح شده آن ۲۱ آیتم دارد، مشاهده مستقیم عملکرد فراگیر در طیفی از فعالیت‌های مختلف است. این ابزار در کشور ما نیز استفاده شده است و در مقالات قابل دسترسی است. [۱۸]

مزیت ابزارهای مبتنی بر مشاهده مستقیم علاوه بر روایی، این است که ارزیابی بلافاصله انجام می‌شود

1 Direct Observation of Procedural Skills

2 Mini-Clinical Evaluation Exercise

3 Professionalism Mini-Evaluation Exercise

بنابراین مشکل به یادآوردن اتفاقی که مثلاً یک ماه پیش افتاده است، پیش نمی آید. همچنین امکان ارائه بازخورد با جزئیات و مربوط به همان موقعیت خاص فراهم است. البته باید دقت کنیم که آنچه واقعا بازخورد موثر محسوب می شود، نوشتن جزئیات مربوط به رفتار و شرایط یعنی ارائه داده های کیفی در کنار داده های کمی است که هم به صورت مکتوب و هم شفاهی باید به فراگیر منتقل شود. در غیر این صورت، صرف ارائه نمره آیتم ها و ذکر عبارات کلی مانند «غیر قابل قبول»، «بسیار عالی» یا «پایین تر از سطح انتظار» در نشان دادن نقاط ضعف و قوت فراگیر کمکی نمی کند. نکته مهم در مورد این ابزارها این است که برخلاف آنچه در OSCE دیدیم، بیماران برای همه فراگیران یکسان نیستند و این موضوع عدالت ارزیابی را تحت تاثیر قرار می دهد. مسائلی نیز قابلیت اجرای ابزارهای این دسته را تحت الشعاع قرار می دهند: اولاً استاد باید حین انجام کار توسط فراگیر بر بالین بیمار حاضر شود که ممکن است همیشه امکان پذیر نباشد. دومین مساله تعارض بین نقش معلمی و آزمونگری استاد است که وضعیت را هم برای دانشجو و هم برای خود استاد دشوار می کند. مخصوصاً اگر ارزیابی high stake باشد و نتیجه آن برای فراگیر سرنوشت ساز باشد. سومین مساله که از همه مهمتر است این است که برای تضمین پایایی، ارزیابی باید در موقعیت های متعدد و توسط استادان گوناگون تکرار شود و صرفاً با یک یا دوبار ارزیابی نمی توان قضاوت درستی در مورد میزان حرفه ای بودن دانشجو ارائه کرد. زیرا عملکرد دانشجو در برابر بیماران مختلف و در موقعیت های مختلف متغیر است و تعداد مشاهدات باید به حدی باشد که نتیجه به کل رفتار فراگیر قابل تعمیم باشد. طبق مطالعات گفته می شود حداقل تعداد هشت P-MEX برای رسیدن به پایایی مطلوب لازم است. [۱۷] این امر به خصوص در ارزیابی های تجمعی<sup>۱</sup> باید جدی گرفته شود.

نوع دیگر ابزارهای مبتنی بر محیط واقعی، قضاوت گلوبال استاد است، با اینکه بر مبنای رفتارهای مشاهده شده است، عملکرد کلی فراگیر را طی دوره مد نظر قرار می دهد، نه عملکرد وی را در یک مواجهه خاص. مثلاً کارآموزی که یک ماه در بخش است یا دستگیری که شش ماه با استادان کار کرده است، در انتهای دوره طبق فرم های مشخصی که اغلب دارای مقیاس درجه بندی هستند، مورد ارزیابی قرار می گیرند. برخلاف ابزارهای دسته قبل که به یک مواجهه خاص محدود بودند و از این جهت برای ارائه بازخورد جزئی و اختصاصی مناسب بودند، این ابزار قضاوت کلی تر و همه جانبه تری به دست می دهد زیرا استاد فرصت این را داشته است که دانشجو را از ابعاد مختلف مورد بررسی قرار دهد.

در این روش هم ممکن است فرم مورد نظر صرفاً به آیتم های پروفشنالیسم محدود باشد یا پروفشنالیسم همراه با سایر توانمندی ها در یک فرم واحد مورد بررسی قرار گیرد. در هر دو حالت باید مراقب بود که

برای تضمین روایی، آیت‌ها کاملاً مرتبط با پروفشنالیسم باشند و برای تضمین پایایی، آیت‌ها روشن و واضح نوشته شده باشند به طوری که برداشت افراد مختلف از آنها یکسان باشد. همچنین آموزش و توجیه کسی که قرار است ارزیابی کند، بسیار مهم است زیرا ممکن است قضاوت استاد به راحتی در معرض انواع خطاهای ذهنی قرار گیرد که اگرچه منحصر به این روش نیستند اما احتمال رخ دادن آنها در اینجا نسبت به سایر ابزارها محتمل‌تر است و پایایی و روایی ارزیابی را مخدوش می‌کند:

ممکن است استاد ناخودآگاه میزان پروفشنالیسم دستیاری را که از نظر مهارت‌های بالینی یا نمره آزمون کتبی وضعیت خوبی دارد، بالاتر برآورد کند.<sup>۱</sup>

یا برعکس به خاطر عملکرد ضعیف دستیار در آزمون‌های دیگر نمره پروفشنالیسم وی را کم بدهد.

ممکن است استاد در به یادآوردن اتفاقات ماه‌های پیش با دشواری روبرو شود.<sup>۲</sup>

ممکن است دستیاری که طی دوره عملکرد خوبی داشته اما در هفته آخر اشتباه فاحشی نشان داده است، بر ذهن استاد تاثیر منفی بگذارد و از نظر پروفشنالیسم ضعیف گزارش شود.<sup>۳</sup>

ممکن است استاد ارزیابی به این روش را به دلایل مختلف جدی تلقی نکند و فارغ از عملکرد واقعی دستیار، نمره وی را در تمام آیت‌ها خوب بدهد<sup>۴</sup>

خطای دیگری که باید از آن دوری کنیم، قضاوت بر مبنای شنیده‌هاست. بنابراین مهم است که دقت کنیم مبنای قضاوت حتماً مشاهدات مستقیم خودمان باشد نه گفته‌های دیگران.

در این روش مانند دسته قبلی صرفاً نباید به داده‌های کمی اکتفا کنیم. اگر به دانشجویی نمره پایین می‌دهیم، حتماً جزئیات مربوط به رفتار و شرایط را یادداشت و از کلی‌گویی پرهیز کنیم تا ارزیابی، اثر آموزشی نیز داشته باشد. نکته دیگری که به بهبود کیفیت و پایایی این روش کمک می‌کند این است که ملاک نمره‌دهی فقط نظر یک استاد نباشد بلکه جمعی از استادان در حضور یکدیگر فرم‌ها را تکمیل کنند و همچنین قبل از ارائه نمرات، در مورد معیارهای ارزیابی فراگیران با یکدیگر بحث کنند و ضمن بیان دلایل خود برای سایر همکاران، به صحبت‌های دیگران گوش دهند. این کار به معنای این نیست که نمرات خود را شبیه دیگران کنیم و تحت تاثیر گفته‌های آنها قرار گیریم اما به یکسان‌سازی تعاریف و مصادیق ما کمک می‌کند و در نهایت پایایی ارزیابی را بهبود می‌بخشد.

1 Horn effect

2 recall bias

3 recency bias

4 leniency bias

روش دیگری که برای ارزیابی پروفشنالیسم در محیط واقعی وجود دارد خودارزیابی<sup>۱</sup> است که برخلاف اسمش بیشتر از آنکه برای ارزیابی کاربرد داشت باشد، به منظور کمک به بازاندیشی و ارتقای پروفشنالیسم به کار می‌رود. در این روش که معمولاً باید کنار روش‌های دیگر استفاده شود، فراگیر خود را از نظر میزان رعایت اصول پروفشنالیسم ارزیابی می‌کند. جالب است که طبق مطالعات، رابطه بین خودارزیابی با ارزیابی‌های بیرونی ضعیف است. یعنی؛ کسانی که توانایی بالایی دارند، برآوردشان از خود این است که چندان خوب نیستند و برعکس، کسانی که خودشان فکر می‌کنند عملکرد خوبی دارند، از دید ارزیاب بیرونی دارای عملکرد ضعیفی هستند. گفته می‌شود که عواملی مانند داشتن معیارهای مشخص برای ارزیابی، گرفتن بازخورد و بنچ مارکینگ<sup>۲</sup> به بهبود صحت خودارزیابی کمک می‌کنند. [۱۹]

روش دیگری که در محیط کار برای ارزیابی پروفشنالیسم به کار می‌رود، ارزیابی همتا<sup>۳</sup> است. به این معنا که از سایر فراگیران در همان سطح و مقطع خواسته می‌شود تا هم‌دوره‌ای خود را ارزیابی کنند. برای این روش نیز فرم‌های خاصی طراحی شده است که برخی فقط مخصوص پروفشنالیسم هستند و برخی دیگر سایر توانمندی‌ها را نیز مدنظر قرار می‌دهند. فرم mini-PAT<sup>۴</sup> یکی از معروف‌ترین فرم‌های طراحی شده در این دسته است. طبق مطالعات برای رسیدن به پایایی مطلوب، یک نفر باید توسط هشت تا ده نفر همتا ارزیابی شود. [۲۰] البته این روش معمولاً برای ارزیابی تجمعی استفاده نمی‌شود و اکثراً کاربرد تکوینی<sup>۵</sup> دارد. بر اساس نتایج مطالعات، فراگیران از این روش استقبال می‌کنند با این حال، هرچند که فرم‌ها معمولاً به صورت بدون نام یا محرمانه تکمیل می‌شوند، بازهم فراگیران تمایلی ندارند که عملکرد ضعیف همتایان خود را گزارش کنند. از مزایای ارزیابی همتا این است که انگیزه، احساس مسئولیت و بازاندیشی را در فراگیران تقویت می‌کند.

راه دیگری که برای ارزیابی پروفشنالیسم وجود دارد، اخذ نظرات بیماران است. به این معنا که فرم‌هایی مخصوص بیمار طراحی می‌شود و از آنها خواسته می‌شود تا عملکرد پزشک را ارزیابی کنند. بدیهی است که آیت‌های مربوط به فرم بیمار با آیت‌های فرم استاد یا همتا متفاوت است. تجربه دانشگاه‌ها در طراحی فرم‌های جذاب و ساده برای نظرخواهی از بیماران جالب است. نمونه‌ای از یک کارت نظرسنجی ساده برای بیماران که نیمی از آن به آموزش مفاهیم به بیمار اختصاص پیدا کرده است و قابل

1 Self-assessment


2 Bench marking

3 Peer assessment

4 Mini-Peer Assessment Tool

5 Formative

بریدن است تا در اختیار خود بیمار قرار گیرد، در شکل ۲ قابل مشاهده است. [۲۱]

<p>Comments</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Dr. John Doe Medical Intern</p>	<p>University of Chicago Medical Center</p> <p>General Medicine Service</p>  <p>Dr. John Doe Medical Intern</p>
Outside Back	Outside Front

<p><b>Evaluation Key</b></p> <p><b>Communication</b> – How well did this person communicate with you and your family? Did they offer to answer your questions?</p> <p><b>Compassion</b> – Was this person responsive to you and your family's needs?</p> <p><b>Respectfulness</b> – Did this person ask and respect your choices about care?</p> <p><b>Responsibility</b> – Did you feel this person acted appropriately on your behalf?</p>	<p>Rate from 0 to 100...</p> <p>SCALE</p> <p>1. Communication</p> <p>100-Best Possible</p> <p>90-Excellent</p> <p>80-Very Good</p> <p>70-Good</p> <p>60-Above Average</p> <p>50-Average</p> <p>40-Below Average</p> <p>30-Poor</p> <p>20-Very Poor</p> <p>10-Terrible</p> <p>0-Worst Possible</p> <p>2. Compassion</p> <p>3. Respectfulness</p> <p>4. Responsibility</p>
Inside Front	Inside Back

شکل ۲: کارت نظرسنجی بیمار در مورد پروفشنالیسم پزشک

نوع دیگری از ابزارهای سطح چهارم هرم میلر در واقع مجموعه‌ای از چند ابزار قبلی است که به آن ارزیابی ۳۶۰ درجه یا Multi Source Feedback هم می‌گویند. در اینجا علاوه بر خود فراگیر، تمام افرادی که به نحوی با فراگیر ارتباط دارند، مانند استاد، بیمار، همکاران، پرستاران و... به ارزیابی وی می‌پردازند. بدیهی است که آیتم‌های فرمی که هریک از این افراد تکمیل می‌کنند، لزوماً یکسان نیست. معروف‌ترین ارزیابی به این شیوه<sup>۱</sup> APB است که توسط بورد ملی آزمونگران<sup>۲</sup> در آمریکا طراحی شده است. [۲۲] در این روش در خصوص مسائل مهمی مانند تعداد فرم‌های مور نیاز برای هر گروه از تکمیل کنندگان، نحوه جمع‌آوری فرم‌ها، نحوه جمع‌بندی داده‌ها و مسائل اجرایی باید تصمیم‌گیری شود که به مشارکت تعداد زیادی از ذی‌نفعان نیاز دارد.

دسته دیگر ابزارهای محیط واقعی، بر مبنای جمع‌آوری داده توسط خود فراگیر طراحی شده‌اند. از این دسته در بحث پروفشنالیسم، پورتفولیو مناسب‌تر و رایج‌تر است. خودارزیابی و بازاندیشی دو جزء مهم

1 Assessment of Professional Behaviours

2 National Board of Medical Examiner



پورتفولیو هستند که باید در دانشجویان تقویت شود. طیف وسیع مستندات و اطلاعات جمع آوری شده در موقعیت‌های مختلف، امکان قضاوت نهایی را پس از یک دوره طولانی برای ارزیابان فراهم می‌کنند. همچنین خود فراگیر می‌تواند با بازاندیشی و مقایسه عملکرد خود با استانداردهای موجود، ارزیابی تکوینی و یادگیری را در خود تسهیل کند. در این مسیر نقش منتور<sup>۱</sup> یعنی استادی که نقش مشاور و راهنمای فراگیر را ایفا می‌کند، بسیار مهم است. همچنین فرمت و نحوه اجرای پورتفولیو در تکمیل درست آن نقش دارد. اگر دانشجویان مجبور شوند اطلاعات را وارد پورتفولیویی با فرمت خشک و بدون انعطاف کنند، چندان استقبالی از آن نمی‌کنند. این مساله مخصوصاً در مورد پروفشنالیسم صدق می‌کند که مفهومی منعطف و چندجانبه دارد. امروزه به کمک تکنولوژی پورتفولیوهای الکترونیک و دیجیتال رواج پیدا کرده‌اند که کار جمع‌آوری اطلاعات را برای دانشجو و کار نظارت را برای استاد آسان می‌کنند. همچنین کلیه روش‌های ارزیابی مانند فرم‌های ۳۶۰ درجه و رسم نمودارهای متنوع، مقایسه عملکرد دانشجو با سایرین یا با عملکرد قبلی خودش را طی زمان امکان‌پذیر کرده‌اند.

فرم گزارش نگرانی یا فرم تحسین عملکرد نیز از موارد دیگری هستند که همکاران می‌توانند طبق شیوه‌نامه‌های مشخصی تکمیل کنند و رخدادهای جدی مثبت یا منفی را که در محیط کار اتفاق می‌افتد به اطلاع مسئولان برسانند.

## چگونه نظام ارزیابی پروفشنالیسم را تدوین کنیم؟

برای اینکه ارزیابی موثر و موفق داشته باشیم علاوه بر انتخاب ابزار مناسب موارد زیاد دیگری هستند که دست‌اندرکاران ارزیابی پروفشنالیسم در گروه یا بخش خود باید آنها را در کنار هم به صورت یک نظام ارزیابی یکپارچه ببینند. برای تدوین نظام ارزیابی پروفشنالیسم باید به سوالات زیر جواب دهیم.

### ۱) چه چیزی را می‌خواهیم ارزیابی کنیم؟

قبل از اینکه به دنبال فرم و چک‌لیست و ابزار خاصی برویم، باید پروفشنالیسم را تعریف کنیم و مصادیق آن را مشخص کنیم. آیا نحوه لباس پوشیدن و حرف زدن افراد برای ما مهم است؟ آیا منظم بودن برای ما مصداق پروفشنالیسم است؟ ممکن است شما این موارد را بخشی از رفتار حرفه‌ای بدانید اما همکاران با شما موافق نباشد. اگر بدون یکسان کردن تعاریف، ارزیابی را انجام دهید، نتیجه این می‌شود که شما رفتار دستیار را در سال گذشته در سطح غیرقابل قبول برآورد کرده‌اید اما قضاوت استاد دیگر این است که عملکرد وی کاملاً حرفه‌ای بوده است. با بررسی بیشتر متوجه می‌شوید این دستیار

اغلب دیر در گزارش صبحگاهی و کنفرانس‌های هفتگی حاضر می‌شده است. شما منظم بودن دستیار را در قضاوت خود لحاظ کرده‌اید اما استاد دیگر نظم را جزء معیارهای پروفشنالیسم نمی‌داند و معتقد است که نباید به خاطر تاخیر از دستیار نمره کم شود. جدا از اینکه حق با کیست، می‌بینید که قضاوت ما در مورد پروفشنالیسم به طور مستقیم به تعریف ما از پروفشنالیسم بر می‌گردد. بنابراین فراموش نکنیم که برای ارزیابی درست هر چیزی، ابتدا لازم است تعریف دقیقی از مفهوم موردنظر داشته باشیم. هرچقدر موضوع روشن‌تر و شفاف‌تر باشد و تعریف واضحی داشته باشد، این کار ساده‌تر است. در مواردی که تعریف روشنی نداریم یا بر سر تعریف اختلاف نظر است، کار سخت می‌شود، درست مانند پروفشنالیسم! پس مطالعه فصول قبلی کتاب و آشنایی با مفهوم، تعریف و سازه‌های پروفشنالیسم برای ارزیابی درست آن ضروری است.

سپس باید تصمیم بگیریم که آیا تمام حیطه‌های مربوط به پروفشنالیسم را باید برای این گروه از فراگیران ارزیابی کنیم یا مثلاً قصد داریم فقط شرافت و درستکاری را اندازه‌گیری کنیم؟ شناخت گروه فراگیران، نیازها و انتظاراتی که از آنها می‌رود، برای پاسخ دادن به این سوال ضروری است. هرچقدر به سوال اول پاسخ واضح‌تری بدهیم، چگونگی در ادامه کار مشخص‌تر است.

## ۲) ارزیابی پروفشنالیسم را با چه هدفی انجام می‌دهیم؟

در قدم بعدی باید مشخص کنیم که ارزیابی را به شکل تکوینی می‌خواهیم انجام دهیم یا تجمعی (یا هر دو). به عبارت دیگر باید مشخص کنیم که از نتایج ارزیابی برای چه هدفی استفاده می‌شود. توجه داشته باشیم که ما اغلب ارزیابی تجمعی - و نه ارزیابی تکوینی - انجام می‌دهیم. ما معمولاً امتحان می‌گیریم که نمره دانشجوی را مشخص کنیم و در خصوص وضعیت رد و قبول وی تصمیم بگیریم تا دانشجوی را به دوره بعدی معرفی کنیم یا رتبه‌های برتر را انتخاب کنیم. یعنی برای ما ارزیابی تجمعی در اولویت است و ارزیابی تکوینی یعنی استفاده از نتایج ارزیابی برای بازخورد دادن به دانشجوی و کمک به وی برای اصلاح و ارتقای عملکردش بسیار کم‌رنگ است. در حالی که رویکردهای نوین آموزش تمرکز خود را بر ارزیابی تکوینی می‌گذارند و به جای «ارزیابی یادگیری» بر «ارزیابی برای یادگیری» تاکید می‌کنند. از آنجا که هدف ما یادگیری دانشجویان است، مهم است که در طول دوره پایش شوند و در صورتی که کند پیش می‌روند یا از مسیر اصلی منحرف شده‌اند یا برعکس اگر به خوبی پیش می‌روند، به آنها بازخورد دهیم و فرصتی برای بهبود عملکرد و رفتارشان مهیا کنیم. این کار ممکن نیست مگر با ارزیابی مستمر و تکوینی در طول دوره، به جای آنکه همه چیز را به آزمون نهایی پایان دوره موکول کنیم که دیگر فرصتی برای جبران و اصلاح وجود ندارد. ارائه بازخورد موثر دارای اصول

و روش‌هایی است که از حوصله این بحث خارج است اما فراگیری این اصول برای اینکه بازخورد در ارتقا رفتار دانشجویان موثر باشد، ضروری است.

پاسخ به این سوال که کدام ارزیابی را با چه هدفی انجام می‌دهیم؟ مخصوصاً از آن جهت مهم است که بدانیم در ادامه به کدام ویژگی ابزار باید وزن بیشتری بدهیم: پایایی یا تاثیر ارزیابی در یادگیری. برای ارزیابی‌های تجمعی، توجه به پایایی ابزار و تضمین کیفیت ارزیابی بسیار ضروری است در حالی که برای ارزیابی‌های تکوینی این مساله اهمیت کمتری دارد و تاثیر ارزیابی در یادگیری مهم‌تر است. به عبارت دیگر؛ اگر ارزیابی را با رویکرد تکوینی انجام داده‌ایم و چون پایایی ابزار برایمان مهم نبوده به جای هشت فرم mini-CEX تنها دو فرم برای هرکس تکمیل کرده‌ایم، نمی‌توانیم از نتایج به دست آمده برای ارزیابی تجمعی استفاده کنیم، چه بسا که شدیداً در معرض خطاهای اندازه‌گیری بوده باشد.

### ۳) چه ابزارهایی را انتخاب کنیم؟

پیش‌تر ابزارهای مختلفی به اختصار بیان شدند. مهم است که هرکدام از آنها را که انتخاب می‌کنیم، به بررسی جزئیات آنها پردازیم و خصوصاً نتایج مطالعات قبلی را در خصوص ویژگی‌های سایکومتریک آنها مطالعه کنیم. به خاطر داشته باشیم که در مورد هر ابزار از خود پرسیم: پایایی، تاثیر آموزشی، هزینه و مقبولیت آن در شرایط حال حاضر ما چگونه است. این پنج معیار به ما کمک می‌کنند در مورد سودمندی<sup>۱</sup> ابزار تصمیم بگیریم.

نکته مهم دیگر اینکه؛ برای ارزیابی پروفشنالیسم صرفاً به یک روش اکتفا نکنیم و از ابزارهای متعدد استفاده کنیم. مساله این است که ابزارهای ارزیابی هرکدام نقاط قوت و ضعف مخصوص به خود را دارند و هیچ‌کدام بهترین نیستند. بنابراین انتخاب برنامه‌ریزی شده و معنادار آنها در کنار هم موجب می‌شود قضاوت دقیق‌تری نسبت به عملکرد دانشجو داشته باشیم. البته باید مراقب باشیم تعدد ارزیابی‌ها جو رقابتی و استرس‌زا بین دانشجویان ایجاد نکنند و محیط مثبت و آموزنده‌ای را ترویج کنیم.

### ۴) ارزیابی را در چه زمان‌ها و مکان‌هایی انجام می‌دهیم؟

مخصوصاً در ارزیابی تکوینی پروفشنالیسم مهم است که در طول دوره بازخورد مستمری به دانشجو ارائه شود. حتی در ارزیابی تجمعی هم بهتر است ارزیابی فقط به پایان دوره موقوف نشود بلکه ارزیابی هر چند ماه انجام شود و نتایج آن به اطلاع فراگیران برسد تا زمانی که هنوز فرصت دارند، به اصلاح خویش پردازند. اگر از ابزارهای مشاهده مستقیم مانند P-MEX استفاده می‌کنیم، باید در مورد تعداد فرم‌هایی که لازم است تکمیل شوند و بازه‌های زمانی مربوطه تصمیم‌گیری کنیم. به عنوان

مثال: تشخیص می‌دهیم که برای ارتقای دستیار سال یک به دو ۹ فرم برای هر دستیار لازم است؛ به طوری که هر سه ماه سه فرم تکمیل شود.

همچنین باید مشخص کنیم که عملکرد فراگیر را در چه محیط‌هایی مورد سنجش قرار می‌دهیم. مخصوصاً اگر هدف ارزیابی تجمعی است، مهم است که ارزیابی در محیط‌های مختلف و متنوع مانند بخش بستری، درمانگاه، اتاق عمل، اورژانس، گزارش صبحگاهی و... صورت گیرد تا امکان ارزیابی پایاتر و با خطای کمتر فراهم گردد.

### ۵) ارزیابی توسط چه کسانی انجام خواهد شد؟

اینکه ارزیابی فقط توسط اعضای هیات علمی انجام می‌شود یا اینکه دستیاران و سایر دانشجویان یا حتی بیماران در آن درگیر هستند، باید قبل از اجرای برنامه تعیین شود و دوره‌های توجیهی و آموزشی مناسب هریک برگزار گردد تا نتایج ارزیابی قابل اتکا باشد. در ارزیابی‌های تجمعی تعداد و تنوع ارزیابان باید مورد توجه جدی قرار گیرد.

### ۶) ارائه بازخورد و پی‌گیری تغییرات را چگونه انجام دهیم؟

همان‌طور که بارها ذکر شد، گردآوری اطلاعات مشروح برای ارائه بازخورد منصفانه و موثر در ارزیابی پروفشنالیسم بسیار مهم است زیرا به دانشجو کمک می‌کند که متوجه شود اشکال کارش کجا بوده است. ارزیابی‌ای که فقط به صورت کلی گزارش می‌شود و جزئیات مربوط به آیتم‌های مختلف را ندارد و همچنین ارزیابی‌ای که فقط به صورت کمی گزارش می‌شود و هیچ توضیحی به صورت داده کیفی ندارد، از نظر تکوینی ارزش کمی دارد و برای یادگیری و ارتقای کیفیت مناسب نیست.

برای اینکه این موضوع روشن‌تر شود نتیجه ارزشیابی هیات علمی را تصور کنید که نمره وی ۱۶ گزارش شده است. این نمره به او نمی‌گوید که از چه مواردی نمره کم گرفته است، چه کارهایی نکرده (یا کرده) که نهایتاً با این نتیجه مواجه شده است و از همه مهمتر چه کارهایی می‌تواند انجام دهد تا در آینده بهتر شود. حتی اگر در نوبت بعدی مجدداً نمره وی ۱۶ شود، مشخص نیست که آیا همان لغزش‌ها تکرار شده‌اند یا برخی از موارد بهتر و برخی دیگر بدتر شده‌اند.

نکته دیگر اینکه ارائه بازخورد به تنهایی کافی نیست. اینکه انتظار داشته باشیم، با انجام ارزیابی و ارائه بازخورد، خود به خود وضعیت پروفشنالیسم فراگیرمان بهتر شود، مانند این است که برای بیمارمان مکرراً تست تشخیصی درخواست دهیم و وقتی نتیجه مثبت می‌بینیم، بدون اینکه درمان را شروع کنیم، انتظار داشته باشیم در تست بعدی سالم باشد. بنابراین اقدام درمانی و بازتوانی مربوط به فراگیران

بسیار حائز اهمیت است. باید مشخص شود که بر اساس نتایج ارزیابی و بازخوردها چه کسانی به چه نوع برنامه‌های بازتوانی نیاز دارند. همچنین سیستمی برای پایش مستمر و بررسی تغییرات احتمالی مورد نیاز است.

## ۷) چگونه در مورد نمره‌دهی و وضعیت رد و قبولی دانشجویان تصمیم‌گیری کنیم؟

اگر ارزیابی پروفشنالیسم صرفاً با هدف تکوینی است که این سوال موضوعیت ندارد اما اگر با هدف تجمعی ارزیابی را انجام می‌دهیم لازم است که در مورد وضعیت ردی و قبولی دانشجویان تصمیم‌گیری کنیم.

در مورد نحوه نمره‌دهی عملکردها متفاوت است و تاحدی بستگی به ابزار مورد استفاده دارد. رویکرد رایج در ایران این است که در یک فرم نمرات آیتم‌های مختلف با هم جمع زده می‌شود و نهایتاً نمره کلی اعلام می‌شود در حالی که اصولاً جمع زدن نمره کار درستی نیست و بیشتر این مساله مورد تاکید است که عملکرد دانشجو به صورت کلی راضی کننده بوده است یا خیر. یعنی از نظر استاد در این مواجهه P-MEX عملکرد خوبی داشته و اصلاً قبول است یا خیر.

از طرفی باید مشخص کنیم که آیا پروفشنالیسم به صورت جبرانی<sup>۱</sup> عمل می‌کند یا خیر. منظور از جبرانی وقتی است که نمرات حیطه‌های مختلف با هم جمع می‌شوند. به عنوان مثال در ارزیابی پایان بخش داخلی، کارآموزان یک امتحان ده نمره‌ای کتبی می‌دهند، یک آزمون OSCE پنج نمره‌ای می‌دهند و باید ۵ فرم P-MEX برای پروفشنالیسم تکمیل کنند که هرکدام یک نمره دارد. اگر دانشجویی از دو قسمت اول به ترتیب هشت و پنج شد اما هیچ یک از فرم‌های P-MEX را تحویل نداد یا اینکه نمره وی در همه فرم‌ها صفر بود، نمره کل او ۱۳ است و قبول محسوب می‌شود. به عبارت دیگر: عملکرد قوی او در دو حیطه عملکرد ضعیف پروفشنالیسمش را جبران کرده است. باید توجه کنیم که اگرچه ما به دلیل سهولت عموماً از همین شیوه استفاده می‌کنیم اما این تنها راه نیست و می‌توان مدل غیر جبرانی یا نیمه جبرانی را در نظر گرفت که در اولی عدم قبولی از یک حیطه به منزله ردی در کل دوره است و در دومی، یک یا قسمتی از کل ارزیابی به عنوان غیر جبرانی اعلام می‌شود و دانشجو حتماً باید از آن قسمت نمره قبولی را بیاورد.

## ۸) امکانات مورد نیاز را چگونه تامین می‌کنیم؟

قبل از شروع برنامه باید تمهیدات لازم دیده شود و امکانات مورد نیاز و هزینه‌های احتمالی برآورد شوند تا حین اجرا مشکلات به حداقل برسند.

## ۹) چگونه به دانشجویان اطلاع‌رسانی می‌کنیم؟

مهم است که پس از روشن شدن موارد فوق آنها را در زمان مناسب یعنی در بدو شروع دوره و از راه‌های موثر به اطلاع دانشجویان برسانیم. متأسفانه ما معمولاً برای تصمیماتی که در مورد نحوه ارزیابی فراگیران می‌گیریم، خود فراگیران را دخیل نمی‌کنیم و حتی به آنها اطلاع‌رسانی درستی نیز نمی‌کنیم. این رویکرد معمولی است که ناگهان وسط دوره یا حتی اواخر آن به فراگیران اعلام شود که مرجع امتحان عوض شده است یا OSCE هم به آزمون‌ها اضافه شده است. حتی گاهی بعد از تمام شدن دوره، اعلام می‌کنیم لاگ‌بوک‌هایی که باید تکمیل می‌کردند (و برخی تحویل ندادند)، اجباری بوده و نمره داشته است. در حالی که برای ارزیابی عادلانه، باید آنچه طی دوره مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و نحوه ارزیابی به صورت روشن و شفاف با دانشجویان در میان گذاشته شود. لاف‌اقل اکنون که بحث ارزیابی پروفشنالیسم را مطرح می‌کنیم، متعهد باشیم که خودمان رفتار پروفشنالی در قبال فراگیران داشته باشیم و هنگام ارزیابی آنها اصول پروفشنالیسم را رعایت کنیم.

## ۱۰) چگونه نظام ارزیابی پروفشنالیسم را تحلیل و ارزشیابی می‌کنیم؟

ما معمولاً این مرحله را حتی در ارزیابی دانش و مهارت دانشجویان فراموش می‌کنیم. در حالی که وقتی نتایج ارزیابی جمع‌بندی و اعلام می‌شود، کار ما تمام نشده است. باید بررسی کنیم که آیا ارزیابی‌ها به خوبی و درستی انجام شده است، آزمون‌ها روا و پایا بوده‌اند، نظام ارزیابی به اهداف خود رسیده است و در عین حال مقرون به صرفه، شفاف و عادلانه بوده است؟ برخی از این شاخص‌ها با محاسبات آماری قابل اندازه‌گیری هستند و برای برخی دیگر باید از فراگیران، دست‌اندرکاران و متخصصان نظرخواهی صورت گیرد.

به طور خلاصه توصیه می‌شود ارزیابی پروفشنالیسم تحت شرایط زیر انجام شود:

از طریق چند روش که حداقل یکی از آنها مبتنی بر مشاهده است.

بر اساس معیارهای مشخص و توافق شده در مورد پروفشنالیسم.

در چندین نوبت و به صورت مستمر.

در موقعیت‌های واقعی (اورژانس، بخش، درمانگاه، ...).

در شرایط متنوع (بالین بیمار بستری، هنگام پذیرش، هنگام ترخیص، هنگام مشاوره و ...).

توسط چندین فرد آموزش دیده و متخصص.

در محیطی امن، همراه بازخورد موثر و پیگیری تغییرات.

در صورتی که موارد ذکر شده مورد توجه ارزیابان پروفشنالیسم قرار گیرد می توان انتظار داشت که ارزیابی صحیحی صورت گرفته است.

## منابع

1. Lynch DC, Surdyk PM, Eiser AR. Assessing professionalism: a review of the literature. *Med Teach* 2004;26(4):366-73.
2. Mook WNV, Luijk SJV, Osullivan H, Wass V, Schuwirth LW, Vleuten CPVD. General considerations regarding assessment of professional behaviour. *European Journal of Internal Medicine*. 2009;20(4):e90-5
3. Li H, Ding N, Zhang Y, Liu Y, Wen D. Assessing medical professionalism: A systematic review of instruments and their measurement properties. *Plos One*. 2017;12(5).
4. Golnik KC, Goldenhar L. The Ophthalmic Clinical Evaluation Exercise. *Ophthalmology*. 2005;112(10):1649-54.
5. Lockyer JM, Violato C, Fidler H. The Assessment of Emergency Physicians by a Regulatory Authority. *Academic Emergency Medicine*. 2006;13(12):1296-303.
6. Lockyer JM, Violato C, Fidler H. A multi source feedback program for anesthesiologists. *Canadian Journal of Anesthesia/ Journal canadien danesthésie*. 2006;53(S1):33-9.
7. Violato C, Lockyer JM, Fidler H. Assessment of pediatricians by a regulatory authority. *Pediatrics*. 2006;117(3):796-802.
8. Lockyer JM, Violato C, Fidler HM. Assessment of Radiology Physicians by a Regulatory Authority. *Radiology*. 2008;247(3):771-8.
9. Arnold L. Assessing Professional Behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Academic Medicine*. 2002;77(6):502-15.
10. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*. 1990;65(9 Suppl):S63-7
11. Barry D, Cyran E, Anderson RJ. Common issues in medical professionalism: room to grow. *The American Journal of Medicine*. 2000;108(2):136-42.
12. Goss BD, Ryan AT, Waring J, Judd T, Chiavaroli NG, O'Brien RC, et al. Beyond Selection: The Use of Situational Judgement Tests in the Teaching and Assessment of Professionalism. *Academic Medicine*. 2017;92(6):780-4.
13. Purwono U, Carlin MM, Barrett SV, et al. Assessing Professionalism Using the Objective Structured Clinical Exam. Office of Institutional Research, Evaluation, and Assessment Publications and Presentations 2003. Available at: [http://escholarship.umass-med.edu/res\\_eval/13](http://escholarship.umass-med.edu/res_eval/13)
14. Mazor KM, Zanetti ML, Alper EJ, et al. Assessing professionalism in the context of an objective structured clinical examination: an in-depth study of the rating process. *Medical Education*. 2007;41(4):331-40.
15. Ponton-Carss A, Hutchison C, Violato C. Assessment of communication, professionalism, and surgical skills in an objective structured performance-related examination (OSPPE): a psychometric study. *The American Journal of Surgery*. 2011;202(4):433-40.
16. Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Academic Medicine*. 2009;84(5):551-8.
17. Cruess R, McLroy JH, Cruess S, Ginsburg S, Steinert Y. The Professionalism Mini-evaluation Exercise: a preliminary investigation. *Academic Medicine* 2006;81(10 Suppl):S74-8.
18. Jafari N, Alizadeh M, Afshar L, Ahmadi S, Ghaffari M. Professional behavior assessment of residents in specialized wards of imam reza hospital in tabriz using p-mex. *Journal of Medical Education* 2015; 14(4): 150-157
19. Mook WNV, Gorter SL, Osullivan H, Wass V, Schuwirth LW, Vleuten CPVD. Approaches to professional behaviour assess-

ment: Tools in the professionalism toolbox. *European Journal of Internal Medicine*. 2009;20(8).

20. Dannefer EF, Henson LC, Bierer SB, et al. Peer assessment of professional competence. *Medical Education*. 2005;39(7):713–22.

21. Humphrey HJ, Smith K, Reddy S, Scott D, Madara JL, Arora VM. Promoting an environment of professionalism: the University of Chicago "Roadmap". *Academic Medicine*. 2007;82(11):1098-107.

Stark R, Korenstein D, Karani R. Impact of a 360-degree Professionalism Assessment on Faculty Comfort and Skills in Feedback Delivery. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23(7):969–72





# فصل سیزدهم:

## تعهد حرفه‌ای در سازمان‌های سلامت

نویسنده:

دکتر حمیدرضا نمازی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران،  
گروه اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی و  
هیات علمی دپارتمان علوم انسانی  
سلامت دانشگاه مجازی

بسط و شرح حرفه‌ای‌گرایی در سازمان‌ها مستلزم تعیین مراد از مفهوم حرفه‌ای‌گرایی و نیز مفهوم سازمان است. مفهوم تعهد حرفه‌ای در دیگر فصول این کتاب به تفصیل، بحث شده است اما نسبت آن با سازمان یا به تعبیر دیگر سازمانی شدن حرفه‌ها و آثار و اثار آن نکته‌ای است که باید در این مقال و مجال به آن توجه شود. پرسش‌هایی که در این بحث پیش می‌آید عبارتند از اینکه نقش سازمان‌ها در ارزش‌های حرفه‌ای تا کجاست دیگر آنکه نسبت میان اخلاق سازمانی و اخلاق حرفه‌ای چگونه تبیین می‌شود. پرسش دیگر آن است که تمایز میان سازمان‌های سلامت با سازمان‌های دیگر (همچون سازمان‌های صنعتی یا آموزشی) چیست. حتی می‌توان به این موضوع توجه کرد که مفهوم سازمان چه تهدیدهایی برای حرفه‌ها ایجاد می‌کند و از آن طرف چه فرصت‌هایی در گسترش و آموزش حرفه‌ها و همچنین تعهد حرفه‌ای می‌آفریند. البته باید به تمایز میان اخلاق سازمانی و تعهد حرفه‌ای سازمانی واقف باشیم و در بحث‌های نظری و فلسفی مذاقه کنیم تا در دام بروکراسی سازمان و غلبه آن بر مفاهیم بنیادین رفتاری و اخلاقی نیافتیم. آخرین نکته آن است که سنجش مولفه‌های حرفه‌گرایانه در سازمان را ارزیابی کنیم و شیوه‌های آن را به بحث بگذاریم.

### تلقیات متنوع از حرفه‌مندی سلامت

رویکرد انتقادی به حرفه‌مندی در گذار زمان نشان می‌دهد که اولاً مدل‌های مختلف حرفه‌مندی بروز و ظهور کرده است و ثانیاً برحسب این تلقیات مختلف مولفه‌های مندرج در هر نوع از آن اولویت‌های متفاوتی دارد. در جدول ۱ هفت تلقی از حرفه‌مندی سلامت آمده است. بی تردید اتخاذ موضع سازمان‌های سلامت در قبال انواع حرفه‌مندی، سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های آنها را متفاوت خواهد کرد. به طور مثال سازمانی که حرفه‌مندی نوستالژیک را پذیرفته است، برنامه‌ای جدی برای سبک زندگی و تعادل کار و زندگی اعضای خود ندارد. درنگ در این تلقیات متنوع شرط لازم سیاست‌گذاری و تدوین برنامه راهبردی سازمان‌هاست.

جدول ۱ - هفت رویکرد به حرفه‌مندی / حرفه‌گرایی پزشکی ۱

حرفه‌مندی کشش گرایانه	حرفه‌مندی غیربازتابی	حرفه‌مندی تجربی	حرفه‌مندی سازوار با شیوه زندگی	حرفه‌مندی دانشگاهی	حرفه‌مندی کارآفرین	حرفه‌مندی نوستالژیک
<ul style="list-style-type: none"> <li>• عدالت اجتماعی</li> <li>• قرارداد اجتماعی</li> <li>• نوع دوستی</li> <li>• اخلاق فردی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اتونومی</li> <li>• مهارت فنی و حرفه‌ای</li> <li>• تجارتی سازی</li> <li>• سلطه حرفه‌ای</li> <li>• نوع دوستی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اتونومی</li> <li>• مهارت فنی و حرفه‌ای</li> <li>• تجارتی سازی</li> <li>• سلطه حرفه‌ای</li> <li>• نوع دوستی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اتونومی</li> <li>• شیوه زندگی</li> <li>• اخلاق فردی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نوع دوستی</li> <li>• توانمندی کشش</li> <li>• بین فردی</li> <li>• مهارت فنی و حرفه‌ای</li> <li>• شیوه زندگی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تجارتی سازی</li> <li>• اتونومی</li> <li>• مهارت فنی</li> <li>• حرفه‌ای</li> <li>• سلطه حرفه‌ای</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اتونومی</li> <li>• نوع دوستی</li> <li>• توانمندی کشش</li> <li>• بین فردی</li> <li>• اخلاق فردی</li> <li>• سلطه حرفه‌ای</li> <li>• مهارت حرفه‌ای</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• توانمندی کشش</li> <li>• بین فردی</li> <li>• مهارت فنی و حرفه‌ای</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مهارت فنی و حرفه‌ای</li> <li>• شیوه زندگی</li> <li>• سلطه حرفه‌ای</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اتونومی</li> <li>• قرارداد اجتماعی</li> <li>• اخلاق فردی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تجارتی سازی</li> <li>• توانمندی کشش</li> <li>• بین فردی</li> <li>• مهارت فنی و حرفه‌ای</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اخلاق فردی</li> <li>• سلطه حرفه‌ای</li> <li>• قرارداد اجتماعی</li> <li>• اتونومی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• قرارداد اجتماعی</li> <li>• اخلاق فردی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• قرارداد اجتماعی</li> <li>• عدالت اجتماعی</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• شیوه زندگی</li> <li>• تجارتی سازی</li> <li>• سلطه حرفه‌ای</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تجارتی سازی</li> <li>• عدالت اجتماعی</li> <li>• قرارداد اجتماعی</li> <li>• بین حرفه‌ای</li> <li>• شیوه زندگی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نوع دوستی</li> <li>• قرارداد اجتماعی</li> <li>• عدالت اجتماعی</li> <li>• سلطه حرفه‌ای</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نوع دوستی</li> <li>• عدالت اجتماعی</li> <li>• تجارتی سازی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• توانمندی کشش</li> <li>• بین فردی</li> <li>• نوع دوستی</li> <li>• عدالت اجتماعی</li> <li>• قرارداد اجتماعی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• توانمندی کشش</li> <li>• بین فردی</li> <li>• نوع دوستی</li> <li>• عدالت اجتماعی</li> <li>• قرارداد اجتماعی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• شیوه زندگی کمتر مهم</li> <li>• شیوه زندگی</li> <li>• تجارتی سازی</li> </ul>

## تعریف سازمان

تعریف سازمان در گذر زمان و برحسب تطور مباحث جامعه شناسی تغییر کرده است. گذشته سازمان (تعریف پیشین از سازمان) اصولاً حول محور دیدگاه ماکس وبر<sup>۱</sup> می چرخد. او در تجزیه و تحلیل بروکراسی و سلسله مراتب اختیارات سازمانی صاحب نظر است و همچنین در زمینه تعریف از سازمان نیز جزو پیشگامان به شمار می رود. ماکس وبر برای نخستین بار توانست سازمان را از سایر نهادهای اجتماعی تفکیک و آن را در بستر روابط اجتماعی بسته تحلیل کند. از نظر وبر سازمان: «یک رابطه اجتماعی بسته است که طبق مقررات به افراد خارجی اجازه ورود نمی دهد. دستورات برای عملیات به وسیله افراد خاصی که عهده دار این وظیفه هستند و در راس سازمان قرار می گیرند اعمال می شود و معمولاً یک ستاد اداری و اجرایی دارد.» [۲]

تعریف وبر از سازمان از یک جهت شاخص است. او گویی به بسته بودن حریم سازمان بیش از همه چیز اشاره دارد و در عین حال سلسله مراتب و بوروکراسی را عنصر اساسی سازمان می داند. وبر در مورد سازمان شاخص های دیگری را نیز اشاره می کند به گفته او «در سازمان نوع رابطه اداری است نه خانوادگی». وبر همچنین یادآور می شود که «سازمان فعالیت مستمر و هدف دار برای تامین منظور خاصی انجام می دهد». بسیاری از مفسرین جامعه شناسی بر این باورند که وبر بیش از آنکه بر مفهوم فرد در سازمان تاکید کند، سیستم را مورد توجه قرار داده است. چستر بارنارد<sup>۲</sup> (۱۹۳۸) در کتاب معروف «کارکردهای مدیر اجرایی» اما بر نقش فرد تأکید می کند و به همین دلیل نقش اجزا و عناصر تشکیل دهنده سیستم را اساسی تر می داند. تعاریف نوین از سازمان به بعد از دهه ۱۹۶۰ میلادی بر می گردد. اتریونی<sup>۳</sup> (۱۹۶۴) و اسکات<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) تعاریف سازمان را دقیق تر و پویاتر می کنند به گفته اتریونی سازمان یک واحد اجتماعی است (گروهی از انسانهاست) که به صورت آگاهانه شالوده ریزی می شود و برای دستیابی به هدف های ویژه مدام خود را بازتولید می کند. شرکت سهامی، ارتش، مدرسه، بیمارستان، کلیسا و زندان در این گروه قرار می گیرند ولی قوم، قبیله و خانواده از این گروه مستثنی می شوند. اسکات چیزهای دیگری به این تعریف می افزاید. او سازمان ها را در قالب فعالیت های گروهی تعریف کرده چنانکه مقصود از تشکیل آنها دستیابی به هدف های تقریباً خاصی است که به صورت مستمر در پی کسب آنها بر می آیند. از سویی هر سازمان ویژگی خاص خود را دارد

1. Max Weber (1864-1920)

2. Chester Irving Barnard (1886-1961)

3. Amitai Etzioni 1929 (age 90 years)

4. William Richard Scott 1932 (age 86 years)

و این علاوه بر دستیابی به یک هدف خاص و استمرار در این کار است. این ویژگی خاص عبارتست از: وجود مرزهای تقریباً ثابت، یک سلسله مراتب اداری و نوعی نظم یا ترتیب مدبرانه، یک سیستم ارتباطات و نیز سیستم انگیزشی که موجب می‌شود افرادی در سایه همکاری درصدد تأمین هدف‌های مشترک برآیند. [۳]

اسکات با کمک استاد راهنمای دکترایش پیتر بلو<sup>۱</sup> دسته بندی عضو محورانه‌ای از سازمان‌ها ارائه می‌دهد که به دسته بندی بلو-اسکات معروف شده است. در جدول ۲ تقسیم بندی بلو-اسکات از انواع سازمان‌ها آمده است.

### جدول ۲- انواع سازمان‌ها از نظر بلو-اسکات [۴]

مثال	محور اصلی	اساس دسته بندی سازمان‌ها
احزاب، اتحادیه‌ها، باشگاه‌ها	اعضا	منافع مشترک
بیمارستان، مدرسه؛ شرکت‌های بیمه	مشتریان	سرویس دهی
بانک، رستوران، هتل	سهام داران	تجاری
پلیس، ارتش، دفاتر پست	عموم جامعه	خدمات عمومی

بسیاری از نکاتی که تعاریف جدید از سازمان بر آن تأکید دارند آغازگر مباحث اخلاق سازمانی و نسبت آن با تعهد حرفه‌ای شده است. اولین مسأله که اسکات بر آن توجه می‌کند موضوع مرزهای سازمانی است. مرزها به عنوان رکن مهمی از سازمان در نظر گرفته می‌شوند. مرز سازمانی از چند جنبه مورد توجه است. یکی آن که تعیین مرز مشخص می‌کند که چه عناصری داخل سازمان قرار می‌گیرد و چه عناصری خارج آن. به تعبیر دیگر تئوری‌های نوین سازمان با تعیین مرز است که به تعریف محیط سازمانی (هم از حیث فیزیکی و هم از حیث اجتماعی) می‌پردازد. نکته دیگری که در باب مرز مورد توجه است لزوم و اهمیت هویت سازمانی است. مرزهای سازمان می‌آیند که به اعضای یک سازمان هویت ببخشند. پیشینه لباس‌های متحدالشکل و حتی مدل سخن‌گفتنی که افراد خارج سازمان از آن سردر نیاورند نشان از مرزها دارد. به نظر می‌رسد به همین علت سازمان‌ها به تدریج در معرض این تهدیدند که از جامعه فاصله بگیرند و خرده جهان متفاوت با معانی مجزا برای خود بسازند. مسأله دیگری که در تعاریف سازمان مورد توجه است توجه به مفهوم هدف سازمانی است. نظریه سایمون<sup>۲</sup>

1. Peter Blau (1918-2002)

2. Herbert A. Simon (1916-2001)

(۱۹۶۴) درباره هدف سازمان که جایزه نوبل اقتصاد را نیز از آن خود کرد بر این مبنا بود که نباید هدف را سوای بازیگران صحنه سازمان (منابع انسانی) لحاظ کرد. از نظر او هدف در تمام شئون و اطوار سازمان باید وجود داشته باشد و از این رو تصمیم‌سازی در تمام وجه‌های سازمان باید اتفاق بیافتد. این نظریه کاملاً با آن تلقی که هدف سازمان جدا از اهداف اجزای سازمان اهمیت دارد، در تضاد است. تلقیاتی دیگری نیز در باب تعریف سازمان‌ها شایان ذکر و اهمیت است. مهم‌ترین آنها اختلاف درونی سازمان‌ها است. سازمان‌ها به آن دلیل که افراد آن در صدد کسب قدرت و نیز اعمال کنترل بر دیگران بر می‌آیند؛ به تضاد ذاتی درون سازمانی می‌رسند. نادیده انگاشتن تضاد درون سازمانی منجر به عوارض ناگواری در سازمان‌ها می‌شود نکته دیگر این است که برخی از سازمان‌ها دارای چنان گستره و وسعتی هستند که انگار چندین سازمان را در خود گنجانده‌اند. توجه به این نکته می‌تواند مدیریت تعارضات درون سازمانی را ممکن و موثر کند.

## سازمان‌های سلامت

سازمان‌های سلامت هم از حیث ساختار و هم از حیث هدف از عموم سازمان‌ها متمایزند. به طور کلی دو عامل عمده بر ساختار یک سازمان اثر می‌گذارد. عامل نخست محتوایی است که سازمان در آن فعالیت می‌کند و عامل دوم طرح سازمان است که از بالا دیکته می‌شود. قوانین محتوایی عبارتند از اندازه یا بزرگی سازمان، تکنولوژی، فرهنگ یا جو سازمانی، محیط و عوامل فرهنگ بومی و ملی. این قوانین محتوایی گرچه که در بادی امر به نظر می‌رسد تحت کنترل سازمان باشند؛ اما بسی بیش از آن سازمان‌ها را در کنترل دارند. مراد از طرح سازمانی استراتژی سازمان است. این استراتژی چه در حوزه تنظیم روابط درون سازمانی و چه در تنظیم روابط برون سازمانی اهمیتی دارد. مباحثی همچون محتوای سیاسی فرایند تصمیم‌گیری، فشار بر نیروهای کار، تعادل کار و خانواده، توجه به روابط افقی و عمودی قدرت و نیز توجه به رابطه متخصصان با سازمان در این مقوله می‌گنجد. به طور کلان نقشه راهبردی یک سازمان و عطف آن به هدف کلان و هدف‌های خرد را می‌توان تعبیر ساده‌ای از استراتژی سازمان دانست. [۵]

برای فهم تمایز سازمان‌های سلامت از سایر سازمان‌ها باید نگاهی فلسفی به تاریخ پزشکی داشت. ویلیام باینوم<sup>۱</sup> پنج نوع پزشکی را از هم متمایز می‌کند. پزشکی بالینی، پزشکی کتابخانه‌ای، پزشکی بیمارستانی، پزشکی اجتماعی و پزشکی آزمایشگاهی. موضوع تحقیق در پزشکی بالینی بیمار به

1. William F. Bynum 1943 (age 76 years)

تمامیتش است. آموزش این نوع از پزشکی به شیوه‌ی استاد-شاگردی است و هدف کلی این نوع از پزشکی درمان بیماری است. پزشکی بالینی مبتنی بر نوع رابطه میزبان- میهمان است. به دیگر سخن رابطه پزشک و بیمار متناظر با رابطه میزبان- میهمان شده است. در گذشته‌ها این پزشک بود که برای عیادت بیمار به خانه او می‌رفت و همراه بیمار نیز در این میان نقشی اساسی داشت. چرا که به دنبال پزشک می‌رفت، او را به بالین بیمار می‌آورد و پیگیر تداوم و نتیجه این رابطه بود. بعدها که مطب پزشکی شکل گرفت؛ همان رابطه میزبان و میهمان وجود داشت اما در این قالب جدید پزشک میزبانی می‌کرد و بیمار میهمان بود و بسیاری از مطب‌های قدیمی همچنان عنوان ساعت «پذیرایی» از بیمار به چشم می‌خورد. با ساخته شدن بیمارستان‌ها نوعی از پزشکی شکل گرفت که موضوع تحقیق آن بیمار به تمامی نبود بلکه به واسطه پیچیدگی‌ها و رشد علم پزشکی چاره‌ای جز عطف به بیماری و عضو (به جای بیمار) وجود نداشت. پس موضوع تحقیق بیماری و یا عضو بیمار است همانگونه که در بیمارستان‌ها می‌بینیم بخش‌های بیمارستانی معمولاً به نام بیماری (سرطان و...) و یا عضو (قلب، ریه و...) نامگذاری می‌شوند. هدف کلی این نوع پزشکی بیش از آنکه درمان باشد؛ تشخیص است. باینوم از پزشکی اجتماعی که موضوع تحقیق آن جمعیت و هدف آن پیشگیری است و نگاهی فردگرایانه به بیمار ندارد نیز نام می‌برد و پزشکی کتابخانه‌ای نیز حائز اهمیت است. موضوع تحقیق در اینجا نه بیمار و نه بیماری و نه جمعیت است بلکه جهان متن است که اهمیت پیدا می‌کند. محل پزشکی کتابخانه‌ای مدرسه و دانشگاه است و هدف کلی آن توضیح و تبیین و توضیح موضوعات پزشکی است. به پزشکی آزمایشگاهی نیز باید توجه کرد. موضوع تحقیق در این نحله از پزشکی بافت و نمونه حیوانی است. تحقق این مدل از طب در آزمایشگاه صورت می‌گیرد و هدف آن فهم است.

### جدول ۳- مدل‌های مختلف پزشکی ۱۶

موضوع تحقیق	شکل و مکان تحقق	هدف غایی
کل بیمار	استاد-شاگردی	درمان
بیمار/عضو	بیمارستان	تشخیص
متن	دانشگاه	بهبود و توضیح
جمعیت/آمار	جامعه	پیشگیری
نمونه‌ی حیوانی/بافت	آزمایشگاه	فهم

برای فهم سازمان‌های حوزه سلامت باید انواع پزشکی را ملاحظه و راهبردها را براساس تقسیم‌بندی‌هایی



از این دست؛ تدوین کرد. اگر بنا باشد مفاهیم تعهد حرفه‌ای همچون یکپارچه نگری به بیمار در محیط بیمارستانی القاء و آموزش داده شود، باید به شیوه‌هایی که پزشکی بیمارستانی و پزشکی بالینی را آمیخته می‌کند توجه کرد. اقتضائات پزشکی بیمارستانی ممکن است چنان نباشد که رابطه‌ی میزبان-میهمانی یا انگاره‌ی میهمان به جای بیمار را بتوان بر آن بازآفرینی کرد. از این رو بازنگری در مفاهیم نظری برای مداخلات اخلاق سازمانی اهمیت بسیار دارد.

## نسبت تعهد حرفه‌ای و سازمان‌های سلامت

در تاریخ مباحث نظری مربوط به حرفه‌های سلامت نقش سازمان جدی است. الیوت فریدسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) در کتاب حرفه‌گرایی (منطق سوم) به سه مولفه اشاره می‌کند. او پیشتر بر این باور بود که حرفه‌ها جایگاهی ممتاز و مستقل از بازار و سازمان‌ها دارند. اما در این کتاب او بازار، سازمان‌ها و سازماندهی اداری و حرفه‌ها را با هم می‌آمیزد و تفسیر جدیدی از نقش سازمان در حرفه ارائه می‌کند. [۷] رویکردهای نوین البته جایگاه ممتاز و متمایز حرفه‌ها را تحت تاثیر نقش سازمان‌ها، نقش نهاد بازار و نیز سیستم‌های انضباطی ناشی از قدرت، کم‌رنگ تر می‌کند. دو تلقی از نسبت تعهد حرفه‌ای و سازمان‌های سلامت وجود دارد. تلقی اول بر این باور است که سهم افراد و حرفه‌مندان در تحقق تعهد سازمانی بسنده است و از این رو تعهد حرفه‌ای را به تعهد حرفه‌مندان فرو می‌کاهد. به دیگر سخن، پزشکان اخلاقی و متعهد شرط لازم و کافی برای تحقق تعهد حرفه‌ای پزشکی به شمار می‌روند. تلقی دوم نقش سازمان‌ها را بسیار پررنگ تر فرض می‌کند و بر این باور است که پزشکان متعهد اگر در سازمان‌هایی قرار بگیرند که واجد ساختار، تکنولوژی و قوانین و فرایندهای غیراخلاقی باشند تعهدشان به چشم نخواهد آمد و حتی نتیجه‌ای معکوس خواهد داشت. از این رو می‌توان تعهد حرفه‌ای را همان گونه که معطوف به شخصیت‌های حقیقی (حرفه‌مندان) می‌دانند، به شخصیت‌های حقوقی همچون سازمان‌ها معطوف کرد. به دیگر سخن، می‌توان از سازمان‌های حرفه‌گرا یا حرفه‌مند نام برد. بنیان تعهد حرفه‌ای بر رفتار ارتباطی می‌تواند الگویی برای سازمان حرفه‌گرا به دست دهد.

## سازمان‌های حرفه‌مند و رفتار ارتباطی

آدمی مشمول چهار وجه ارتباطی است. یکم ارتباطی که با خودش برقرار می‌کند. دوم ارتباطی که با دیگران ایجاد می‌کند. سوم ارتباطی که با طبیعت می‌سازد و چهارم (در صورت باور به ماوراء) با

1. Eliot Freidson (1923-2005)

الوهیت و خداوند برقرار می‌کند. در متون دینی ارتباط انسان با خود آینه‌ای از ارتباط انسان با خداوند فرض شده است. ارتباط آدمی با خود و ارتباط با دیگران دو وجه عام از این وجوه ارتباطی است. رابطه‌ی فرد با خودش را رابطه‌ی درون فردی<sup>۱</sup> و رابطه‌ی فرد با دیگران را رابطه‌ی میان فردی<sup>۲</sup> می‌نامند. برخی از رابطه‌ی سوومی به نام رابطه‌ی فرافردی<sup>۳</sup> نام می‌برند که نگاهی فارغ دلانه و از سر انصاف است بدون اینکه از منظر خود یا دیگری به جهان نگریسته شود. به تعبیری دیگر مراد آن است که فرد در منظر سوم بنشیند و منصفانه رابطه را بنگرد و تحلیل کند. تسری مدل الگوی رفتار ارتباطی به سازمان‌ها مفاهیم ارتباطی را در حوزه‌ی سازمانی بازتولید می‌کند. به همان سیاق می‌توان از ارتباط درون سازمانی<sup>۴</sup>، ارتباط برون سازمانی<sup>۵</sup> و ارتباط فراسازمانی<sup>۶</sup> نام برد. نسبت میان اخلاق درون فردی/سازمانی و برون فردی/سازمانی نکته‌ی بااهمیت و البته پرمناقشه‌ای است. [۸] بدیهی است که اگر کسی نتواند رابطه با خودش را مدیریت و تصحیح و تنقیه کند رابطه با دیگران را نیز مخدوش خواهد کرد. اینکه تنظیم رابطه با خود بر تنظیم رابطه با دیگران مقدم است، بحث پرمناقشه‌ای است چرا که عده‌ای همچون چارلز کولی<sup>۷</sup> (۱۹۲۹) و نیز فیلسوفان دیگری همچون لویناس<sup>۸</sup> (۱۹۹۵) بر این باورند که بخشی از تصویری که ما از خود داریم نتیجه‌ی نگاه دیگران به ما است و به همین دلیل تفکیک دقیق و متمایزی از ارتباط خود با خود و خود با دیگری نمی‌توان به دست آورد. اما به هر حال به نظر می‌رسد این مدل به لحاظ این تفکیک بتواند مدلی از القای تعهد حرفه‌ای در سازمان‌ها ارائه کند. رابطه‌ی متعهدانه‌ی درون سازمانی شرط لازم رابطه‌ی متعهدانه‌ی برون سازمانی است و البته رابطه‌ی فراسازمانی برای معنابخشی و حفاظت از ارتباط نهادها و سازمان‌ها ضروری است.

## چهار شکل از سازمان‌های حرفه‌گرا

برحسب نوع ارتباطی سازمان‌ها، ماهیت و هدف آن‌ها و نیز ارزش‌های یک سازمان چهار نوع از سازمان‌های حرفه‌گرا بازشناخته می‌شوند.

یکم) انجمن‌های معطوف به منافع اعضا<sup>۹</sup>: این سازمان‌ها ارزش‌های حرفه‌ای را می‌آفرینند و در پی

1. Interpersonal

2. Interpersonal

3. Transpersonal

4. Intraorganization

5. Interorganization

6. Transorganization

7. Charles Cooley (1864-1929)

8. Emmanuel Levinas (1906-1995)

9. Member benefit professional association

حفظ و ارتقاء آن می‌روند. وظیفه‌ی دفاع از اعضای انجمن و حقوق آنها را به عهده دارند و نیز ارائه‌ی خدمات مختلف به اعضاء را به عهده می‌گیرند. این سازمان‌ها الزاماً موظف به حفاظت از منافع عمومی نیستند. ایجاد شبکه و حفظ ارتباطات اعضا از جمله‌ی وظایف مهم این نوع انجمن‌هاست. معمولاً این سازمان‌ها قواعد سخت‌گیرانه‌ی اخلاقی وضع نمی‌کنند چرا که اعضا انتظار ندارند به آنها امر و نهی شود.

دوم) مراکز گواهی دهنده<sup>۱</sup>: تمرکز این مراکز بیشتر بر اعطای مجوز و احراز شرایط عضویت در حرفه است.

سوم) انجمن‌های علمی و حرفه‌ای که تخصیص و تعیین حدود حرفه و امکانات را به عهده دارند<sup>۲</sup>: هدف این انجمن‌ها رشد اعضا و ارتقای توانایی و کارایی آنهاست.

چهارم) مراکز تعهد حرفه‌ای<sup>۳</sup> که به منافع عمومی توجه می‌کنند و معیارهای اخلاقی و متعهدانه معطوف به حرفه را بیان می‌دارند.

#### جدول ۴- چهار مدل از سازمان‌های حرفه‌ای<sup>۱۹</sup>

نوع سازمان حرفه‌ای	هدف و معیار موفقیت
• انجمن‌های معطوف به منافع اعضا	<ul style="list-style-type: none"> <li>• رضایت اعضا</li> <li>• رشد اعضا</li> <li>• حفظ اعضا</li> </ul>
• مراکز گواهی دهنده	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد گواهی گیرندگان</li> <li>• تنوع دوره‌ها</li> <li>• مطلوبیت خدمات در نگاه حرفه‌مندان و کاربران</li> </ul>
• انجمن‌های علمی و حرفه‌ای که تخصیص و تعیین حدود حرفه و امکانات را به عهده دارند	<ul style="list-style-type: none"> <li>• رضایت اعضا</li> <li>• رشد اعضا</li> <li>• حفظ اعضا</li> <li>• مطلوبیت خدمات در نگاه حرفه‌مندان و کاربران</li> </ul>
• مراکز تعهد حرفه‌ای	<ul style="list-style-type: none"> <li>• حفاظت و حمایت از اجتماع</li> <li>• ارتقاء اعتماد عمومی به حرفه و برساختن معیارها و کدهای اخلاقی</li> </ul>

1. Certifying bodies  
 2. Designation-granting association  
 3. Professional regulatory bodies

## چالش‌های سازمان‌های حرفه‌گرا

پایبندی به تعهدات حرفه‌ای و توجه به منافع عمومی موجب عدم توازن قدرت و تعارضات درونی سازمان‌های سلامت شده است. همان‌گونه که در آغاز بحث از آن یاد شد، سازمان‌ها در ذات خود مشمول تعارضات درونی هستند. این مهم در سازمان‌های حرفه‌مند و به طور خاص سازمان‌های حرفه‌گرای سلامت به چالش‌هایی منجر شده است که طرح آنها می‌تواند کمک به نقد و شأن‌سازمانی تعهد حرفه‌ای در حوزه‌ی سلامت باشد. از جمله این چالش‌ها می‌توان به تعادل کار- خانواده، بروکراتیزه شدن و دیوان سالاری اشاره کرد.

## تعادل کار و خانواده

فروکاستن مباحث تعهد حرفه‌ای به حفاظت از حقوق خدمت‌گیرندگان سازمان‌های حرفه‌گرا را صرفاً سازمان‌هایی می‌داند که فقط متمرکز بر منافع عمومی هستند و از حقوق و ارزش‌های صنف حمایت نمی‌کنند. حیاتی بودن خدمتی که حرفه‌مندان در سازمان‌های سلامت به خدمت‌گیرندگان (مثلاً بیماران) ارائه می‌کنند وزن یکسویه نگری در تقسیم ارزش‌های اخلاقی را بر دوش حرفه‌مندان سلامت بسیار سنگین کرده است. گرچه اقتضای مفهوم حرفه و تعهد حرفه‌ای آن است که به ظاهر عدم توازن حقوق در مواجهه پزشک و بیمار به چشم بخورد<sup>۱</sup> اما با توجه به اهمیت الگوهای ارتباطی باید مجالی برای حقوق خدمت‌دهندگان نیز در نظر گرفت. در بعد سازمانی این موضوع را با عنوان تعادل کار و زندگی<sup>۲</sup> یا تعادل کار و خانواده<sup>۳</sup> بیان می‌کنند. [۱۰] فشار به حرفه‌مندان از مسیر قواعد سازمانی و تبدیل کردن آنها به ابزارهایی برای تحقق اهداف توجیه‌گر بی توجهی به زندگی آنها بوده است. پیر بوردیو<sup>۴</sup> (۱۹۷۹) در کتاب تمایز معتقد است که می‌توان از نوعی خشونت با نام خشونت نمادین نام برد که با همدستی ضمنی کسانی که این خشونت بر آنها اعمال می‌شود تحقق می‌یابد. خشونت نمادین تحمیل پنهان فرهنگ و ارزش به گروه‌ها و طبقات مختلف است. این خشونت ناشناخته و نامرئی است و مشروع جلوه می‌کند چرا که به ظاهر به خاطر هدفی والا اعمال می‌شود. فشار بر حرفه‌مندان در سازمان‌های سلامت از این رو قابل توجه و تحلیل است. [۱۱]

- 1 . power imbalance
- 2 . Life-work balance
- 3 . Family-work balance
- 4 . Pierre Bourdieu (1930-2002)

## دیوانسالاری

هانا آرنت<sup>۱</sup> (۱۹۶۳) بروکراسی را یکی از عوامل از بین رفتن حساسیت اخلاقی<sup>۲</sup> بر می شمارد [۱۲] پیچیدگی های فرایندهای سازمانی در سازمان های سلامت می تواند منجر به تمایز و حتی تعارض هدف حرفه مندان در سازمان از هدف کلی سازمان و از این رو به تبدیل شدن بیمارستان یا دانشگاه به «اداره» منجر شود. مک کینگ لی<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) به تنزل تدریجی حرفه ی پزشکی در آمریکا به علت پیچیدگی ساختار اداری سازمان های سلامت توجه کرده است. او بر این باور است که پزشکان آمریکایی به طور فزاینده ای حقوق بگیر شده اند و در دل نظام بروکراتیک سازمان های سلامت بیشتر به عنوان یک کارمند لحاظ می شوند تا حرفه مند. [۱۳]

## ارزیابی اخلاقی سازمان ها

اعتماد آفرینی یکی از مهمترین مولفه های سازمان های معطوف به تعهد حرفه ای است. برای ارزیابی کیفی یک سازمان معیارهای متعددی ذکر شده است که اهم آن ها در پی می آید. این موارد حول اعتماد آفرینی می چرخند.

## مسئولیت پذیری اخلاقی سازمان

مراد از مسئولیت پذیری اخلاقی سازمان توانایی سازمان در استیفای حقوق همه عناصر درونی و بیرونی آن است. بی تردید سازمان باید همه ذینفعان خود را بشناسد و تمام اجزای درونی و بیرونی را اولویت بندی کرده باشد تا بخصوص در زمان تعارض میان منافع به استیفای مسئولیت ها پردازد. به عنوان مثال تفکیک میان مسئولیت در قبال کارکنان، مدیران، مشتریان، مصرف کنندگان، رقبا، منافع ملی، جامعه، محیط زیست و ... از شروط جامعه نگری و مسئولیت پذیری و ادای صحیح آن است. [۱۴] تمایز میان پاسخگویی و مسئولیت پذیری در این میان اهمیت جدی دارد. گاهی برخی از سازمان ها مسئولیت خود را در قبال دیگران می شناسند، اما به همان اندازه که مسئولیت پذیرند، پاسخگو نیستند.

1. Hannah Arendt (1906-1975)

2. Moral Sensibility

3. Mac King Lee (1894-1982)

## ارتباط ساده و درست با محیط

سادگی<sup>۱</sup> یکی از راه‌های مدیریت بروکراسی و کاستن از آفات آن است. تسهیل در ارتباط درون سازمانی و برون سازمانی از شروط تحقق سازمان‌های متعهد و اخلاق‌گراست. از مصادیق سادگی می‌توان به معماری بیمارستانی در جهت تسهیل روابط و دسترسی بیماران و کارکنان نام برد. [۱۵] همچنین سادگی در مهارت ارتباطی پزشک و بیمار نیز تجلی پیدا می‌کند. دنیل افری<sup>۲</sup> در کتاب آنچه شما می‌گویید، آنچه پزشک می‌شنود؛ اهمیت سادگی در رابطه درمانی را روایت می‌کند. [۱۶]

## پیش‌بینی پذیری

مراد از پیش‌بینی پذیری توانایی محیط در پیش‌بینی عملکرد سازمان با هدف دستیابی به حقوق همه اجزای آن سازمان است. پیش‌بینی پذیری باید به صورت خصلت پایدار در یک سازمان در آید. وگرنه خودشکن خواهد بود. اینکه سازمان‌های سلامت تا چه حد برای پرسنل، حرفه‌مندان و مراجعین قابل پیش‌بینی‌اند؛ نکته مهم در سامان نظام سلامت است. قوانین متغیر، رفتارهای کنترل نشده، تصمیم‌سازی‌های عجولانه از جمله عوامل پیش‌بینی ناپذیری سازمان‌ها برای عناصر درونی و بیرونی آنهاست.

## توان حل تعارض و تحمل پذیری

منظور از تحمل پذیری توانایی سازمان بر مدیریت هیجانات در حل تعارضات (همچون کنترل خشونت) است. ملاحظات هوش هیجانی و جنبه‌های سازمانی آن در این بُعد مورد توجه قرار می‌گیرد.

## اعتماد آفرینی

گرچه که اعتماد رکن رکین سازمان‌های حرفه‌گرا به شمار می‌رود و به تعبیری هدف غایی سازمان‌های اخلاقی در حوزه سلامت لحاظ می‌شوند اما خود به عنوان یک مولفه در نظر گرفته می‌شود. نسبت سازمان‌ها با نهاد بازار و جدی گرفتن اخلاق بازاریابی توانایی سازمان‌ها در تبدیل تهدید به فرصت، جدی گرفتن اخلاق به عنوان یک مزیت راهبردی - و نه صرفاً مزیت رقابتی - در این خصوص شایان توجه است.

1. Simplicity

2. Daniel Ofri 1965 (age 53 years)

## منشور اخلاقی سازمان

یکی از شروط دوام و بقای سازمان‌های حرفه‌گرا، تدوین اخلاق و آداب حرفه‌ای است. از این رو کدهای اخلاقی و حرفه‌ای ناظر به سازمان باید لحاظ شود. در سایر فصول این کتاب به کدهای اخلاقی و انواع آن پرداخته شده است. اما آنچه در این فصل جای توجه دارد آن دسته از کدهاست که از زبان سازمان به عنوان یک شخصیت حقوقی در قبال عناصر درونی و بیرونی به عنوان وظایف اخلاقی بیان می‌شود. (مثلا وظیفه اخلاقی سازمان در قبال کارکنان، مدیران، رقبا و ...) مجموع این کدهای اخلاقی را منشور اخلاقی سازمان می‌نامند. در کنار منشور اخلاقی سازمان کدهای اخلاقی دیگری نیز وجود دارد که وظیفه اخلاقی حرفه‌مندان را نسبت به سایر عناصر درونی و بیرونی سازمان بیان می‌کند. آن کدهای اخلاقی را مرامنامه‌های اخلاقی نامیده‌اند. مجموعه همه کدهای اخلاقی یک سازمان که از زبان شخصیت‌های حقوقی، حقیقی، حرفه‌مندان، و سازمان‌های دیگر بیان می‌شوند «سند جامع اخلاقی سازمان» نامیده می‌شود. تمایز میان اخلاق و آداب در تدوین کدها دو مفهوم کدهای اخلاقی<sup>۱</sup> و کدهای رفتاری<sup>۲</sup> را برساخته است. نظر به کدهای اخلاقی بسیاری از سازمان‌ها نشان می‌دهد که تمایز دقیقی میان این دو در عمل مشاهده نمی‌شود. اما کدهای رفتاری عامتر و البته سازمانی‌تر است. نکته‌ای که در این میان از منظر سازمانی باید به آن توجه کرد؛ پرهیز از انباشت اخلاق<sup>۳</sup> در قالب کدسازی‌های<sup>۴</sup> گسیخه و متعدد است. کدسازی‌ها و کدپردازیها در سازمان‌ها مستعد آند تا فرهنگ و تنوع سازمانی را نادیده بگیرند و نسبت میان روانشناسی و اخلاق را لحاظ نکنند. [۱۷]

1. Codes of Ethics
2. Codes of Conducts
3. Moral Overload
4. Codification

1. Wear Delese, Julie M. Aultman, Professionalism in Medicine Critical Perspectives, Springer, 2006.
2. Weber, Max, Social and Economic Organization, Free Press, 1964.
۳. اچ. هال، ریچارد، سازمان ساختار، فرآیند و رهاوردها، دفتر پژوهش‌های فرهنگی، ۱۳۷۶.
4. Scott, Richard, Peter Blau, Formal Organizations: A Comparatives Approach, Stanford University Press, 2003.
5. Shi, Leiyu, Managing Human Resource in Health Care Organization, Jones & Bartlett Pub, 2006.
۶. باینوم، ویلیام، تاریخ پزشکی، ترجمه فهیمه مخبر دزفولی، انتشارات بصیرت، ۱۳۹۷.
7. Freidson, Eliot, Professionalism: the third logic, Polity press, 2001.
8. Neher, Wiliam W., Paul J. Sandin, Communicating Ethically, Rutledge Press, 2017.
9. Balthazard, Claude, four types professional organizations, Human Resource Professional Association, 2007.
10. Kelly, Matthew, Off Balance, Hudson Street Press, 2011.
11. Bourdieu, Pierre, Distinction: a Social of the judgment of taste, Harvard University Press, 1984.
12. Nash, Henry t. Bureaucratization of homicide, Bulletin of the atomic scientists, 1980. Volume 36, Issue 4.
13. Cockerham, William C. , Medical Sociology, Rutledge, 2004.
۱۴. قراملکی، احد فرامرز، اخلاق حرفه‌ای نگارش نو، نشر مجنون، ۱۳۹۴.
15. Van der Helm, Peter A., Simplicity in Vision, Cambridge University, 2014.
۱۶. افری، دنیل، آنچه شما می گویند؛ آنچه پزشک می شنوند، ترجمه دکتر افروز معتمد، نشر قطره، ۱۳۹۷.
17. Neill, Calum, Ethics and Psychology beyond codes of practice, Rutledge, 2016.





سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی و  
خدمات بهداشتی و درمانی تهران