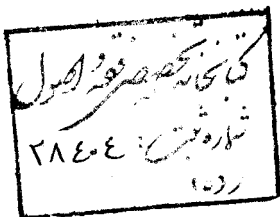


به نام خداوند بخشنده مهربان



دومین کنگره بین‌المللی

اخلاق پزشکی ایران

تهران: ۳۰ - ۲۸ فروردین ۱۳۸۷

مکان: سالن همایش‌های بین‌المللی صدا و سیما

برگزارکنندگان:

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

برنامه دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران

چهارشنبه بیست و هشتم فروردین ماه ۱۳۸۷

نشست	سالن	ساعت
توزیع کارت	---	۸-۹
افتتاحیه	سالن خواجه نصیر	۹-۱۰/۳۰
پذیرایی	---	۱۰/۳۰ - ۱۱
عمومی	سالن خواجه نصیر	۱۱-۱۲/۳۰
نماز، ناهار	---	۱۲/۳۰ - ۱۳/۳۰
اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان (۱)	سالن خواجه نصیر	۱۳/۳۰ - ۱۵/۳۰
تعهد حرفه‌ای	سالن فیض	
اخلاق پزشکی و سلامت عمومی	سالن عطار	
پذیرایی	---	۱۵/۳۰ - ۱۶
اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان (۲)	سالن خواجه نصیر	۱۶-۱۸/۳۰
ارتباط پزشک و بیمار	سالن فیض	
اخلاق پزشکی و ملاحظات آغاز حیات	سالن عطار	

پنجشنبه بیست و نهم فروردین ماه ۱۳۸۷

نشست	سالن	ساعت
عمومی	سالن خواجه نصیر	۸/۳۰-۱۰
اخلاق پزشکی و فقه	سالن خواجه نصیر	۱۰-۱۲/۳۰
خطاهای پزشکی	سالن فیض	
تخصیص منابع	سالن عطار	
نماز و ناهار		۱۲/۳۰ - ۱۳/۳۰
اخلاق پزشکی و حقوق	سالن خواجه نصیر	۱۳/۳۰ - ۱۵/۳۰
اخلاق پزشکی در روانپزشکی	سالن فیض	
مسایل اخلاقی در مراقبت‌های پایان حیات	سالن عطار	
پذیرایی	---	۱۵/۳۰ - ۱۶
مبانی فلسفی اخلاق پزشکی	سالن خواجه نصیر	۱۶-۱۸
اخلاق در پژوهش	سالن فیض	
ژنتیک و فن آوری های نوین	سالن عطار	

جمعه سی‌ام فروردین ماه ۱۳۸۷

نشست	سالن	ساعت
پیوند اعضا	سالن خواجه نصیر	۸/۳۰ - ۱۲
کاربردی کردن اخلاق پزشکی	سالن فیض	
آموزش اخلاق پزشکی	سالن عطار	
نماز و ناهار	---	۱۲ - ۱۴
عمومی	سالن خواجه نصیر	۱۴ - ۱۵
پذیرایی	---	۱۵ - ۱۵/۳۰
اختتامیه	سالن خواجه نصیر	۱۵/۳۰ - ۱۷



سازمان‌های همکار

- دانشگاه تهران
- نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها
- شورای عالی انقلاب فرهنگی
- پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی ابن سینا
- سازمان بهداشت و درمان سازمان نفت
- سازمان شهرداری استان تهران
- دانشکده علوم حدیث
- مرکز مطالعات و تحقیقات ادیان و مذاهب
- بنیاد حکمت اسلامی صدرا
- انجمن ایرانی اخلاق در علوم و فناوری
- مؤسسه پژوهشی حکمت و فلسفه ایران
- مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران
- سازمان بهداشت جهانی
- انجمن آسیایی اخلاق زیستی
- کمیته ملی یونسکو
- کمیسیون ملی آیسسکو در جمهوری اسلامی ایران
- بسیج جامعه پزشکی
- سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران

رئیس همایش: دکتر باقر لاریجانی

دبیر همایش: دکتر سید حسن امامی رضوی

هماهنگ‌کننده کمیته علمی: دکتر کیارش آرامش

هماهنگ‌کننده کمیته اجرایی: دکتر علیرضا پارساپور

کمیته برنامه ریزی:

- دکتر باقر لاریجانی
- دکتر سید حسن امامی رضوی
- دکتر محمد حسین نیکنام
- دکتر عبدالعزیز ساشدینا
- دکتر محمد مهدی اصفهانی
- دکتر مرضیه وحید دستجردی
- دکتر کیارش آرامش
- دکتر علیرضا پارساپور
- دکتر علیرضا باقری

کمیته علمی: (فقه و حقوق)

- آیت الله ابراهیم امینی
- آیت الله سید محمد خامنه ای
- آیت الله محمد محمدی ری شهری

- آیت الله دکتر عمید زنجانی
- حجه الاسلام محمد ناصر سقای بی‌ریا
- حجه الاسلام و المسلمین دکتر حمید شهرباری
- حجه الاسلام نیکزاد عیسی زاده
- حجه الاسلام و المسلمین حاج شیخ صادق لاریجانی
- آیت الله دکتر سید مصطفی محقق داماد
- حجه الاسلام و المسلمین محمد محمدیان
- حجه الاسلام و المسلمین حاج سید ابوالحسن نواب
- دکتر علیرضا میلانی فر
- آیت الله محمد یزدی
- کمیته علمی: (فلسفه)
- دکتر حمید رضا آیت اللهی
- دکتر غلامرضا اعوانی
- دکتر شهین اعوانی
- دکتر محسن جوادی
- دکتر سروش دباغ
- دکتر امیر عباس علی‌زمانی
- دکتر احد فرامرز قراملکی
- کمیته علمی: (پزشکی)

- دکتر کیارش آرامش
- دکتر محمد مهدی آخوندی
- دکتر مرتضی اشرفی
- دکتر فریبا اصغری
- دکتر محمد مهدی اصفهانی
- دکتر سید حسن امامی رضوی
- دکتر سمانه انصاری
- دکتر علیرضا باقری
- دکتر کامران باقری لنکرانی
- دکتر عبدالله بهرامی
- دکتر علیرضا پارساپور
- دکتر غلامرضا پورمند
- دکتر ضیاء الدین تابعی
- دکتر جواد توکلی بزاز
- دکتر مریم جسری
- دکتر علی جعفریان
- دکتر نجات‌الله جورابراهیمیان
- دکتر امیر حسن حاج‌ترخانی
- دکتر محمد حسین حریرچیان

- دکتر محسن خوش نیت نیکو
- دکتر رسول دیناروند
- دکتر فاطمه رمضان زاده
- دکتر فرزانه زاهدی انارکی
- دکتر علیرضا زالی
- دکتر جواد سعید تهرانی
- دکتر سید جمال الدین سجادی
- دکتر شمس شریعت تربقان
- دکتر عباس صاحب‌قدم لطفی
- دکتر شهاب الدین صدر
- دکتر انیسه صمدی
- دکتر سید محمود طباطبایی (جراح مغز و اعصاب)
- دکتر سید محمود طباطبایی (روانپزشک)
- دکتر محمود عباسی
- مریم عزیزی
- دکتر سید مؤید علویان
- دکتر بهرام عین‌اللهی
- دکتر سید حسین فتاحی معصوم
- دکتر اکبر فتوحی

- دکتر داریوش فرهود
- دکتر مصطفی قانع
- دکتر عبدالحسن کاظمی
- دکتر حسین کشاورز
- دکتر علی کاظمیان
- دکتر علی کاظمی سعید
- دکتر سید منصور گتمیری
- دکتر سمیه ماهروزاده
- دکتر محمد علی محقق
- دکتر علیرضا مرندی
- دکتر مصطفی معین
- دکتر حسین ملک افزلی
- دکتر رضا ملک زاده
- دکتر میترا مهدوی مزده
- دکتر حسن میاننداری
- دکتر عظیم میرزازاده
- دکتر احمد علی نوربالا
- دکتر محمد حسین نیک‌نام
- سید ابوالحسن نواب

• دکتر مرضیه وحید دستجردی

• دکتر علی‌اکبر ولایتی

• دکتر محمد واسعی

اعضاء خارجی کمیته علمی:

• دکتر ریوایچی ایدا (ژاپن)

• دکتر توماس ایک (آلمان)

• دکتر هیثم الخياط (سازمان بهداشت جهانی)

• دکتر مایکل پارکر (انگلستان)

• دکتر عبدالناصر کعدان (سوریه)

• دکتر عبدالله دار (کانادا)

• دکتر لئوناردو دو کاسترو (فیلیپین)

• دکتر آندورنو روبرتو (سوئیس)

• دکتر عبدالعزيز ساشادینا (آمریکا)

• دکتر اندرو گوستافسون (آمریکا)

• دکتر فرحت معظم (پاکستان)

• دکتر داریل میسر (تایلند) (یونسکو)

• دکتر دانیل ویکلر (آمریکا)

کمیته اجرایی:

- دکتر کیارش آرامش
- کبری آقایی
- دکتر فریبا اصغری
- دکتر شهین اعوانی
- دکتر سمانه انصاری
- فاطمه باباخانی
- دکتر علیرضا باقری
- دکتر فتانه سادات بطحایی
- دکتر سید مهدی بلورچی
- دکتر علیرضا پارساپور
- دکتر مریم جسری
- غلامرضا حسن پور
- دکتر سید علیرضا حسینی
- دکتر زهره حقیقی
- دکتر غلامرضا حیدری
- امیر حسین خداپرست
- دکتر محسن خوش نیت نیکو
- هانیه رستم‌آبادی

- دکتر پونه سالاری
- صفورا سلیمانی فخر
- دکتر سعیده صادقی
- ساناز شریفی
- سهیلا شایان
- مریم شیری
- دکتر انیسه صمدی
- مریم عزیزی
- مریم علیایی
- دکتر سید احمد فاطمی تبار
- محمد قدرتی
- رضا کارگر
- مهدی کیهان
- زینب کریمی
- دکتر منصور گتمیری
- دکتر سمیه ماهروزاده
- علی محمدی
- لیلا نوری
- امیر هوشنگی

مقدمه:

هم‌گرایی ایجادشده بین علوم پزشکی، فقه، حقوق و اخلاق پس از یک‌دوره فترت که به دنبال تخصصی‌شدن علوم و جدایی آن‌ها از یکدیگر ایجاد شده بود، فرصت مغتنمی برای بشریت فراهم آورده است تا بتواند طعم شیرین ثمره‌های همکاری این علوم با یکدیگر را بچشد.

پیشرفت‌های چشم‌گیری که در علوم پزشکی شاهد آن هستیم اگرچه فواید غیرقابل انکاری برای انسان‌ها به ارمغان آورده است، از طرف دیگر، سؤالات و معضلات اخلاقی جدیدی را نیز به همراه داشته است.

بی‌شک، ارائه پاسخ‌های اخلاقی به معضلات پزشکی بدون همکاری و دقت نظر متخصصان سایر رشته‌ها نظیر فقه و حقوق میسر نمی‌باشد.

خوشبختانه، تکیه بر مبانی دینی، فقه پویا و همکاری نزدیک متخصصان پزشکی و علمای دین در کشور اسلامی‌مان زمینه‌های مناسبی را در یافتن پاسخ به سؤالات جدیدی که علوم نوین پزشکی پیش روی ما می‌گذارند فراهم آورده است. برگزاری این کنگره نه‌تنها از این نظر که اخلاق پزشکی به‌عنوان یکی از

مباحث علمی در پزشکی محسوب می‌گردد، بلکه به جهت تأثیری که اخلاق پزشکی بر کل نظام سلامت دارد نیز مورد حمایت این وزارتخانه می‌باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در برنامه‌های خود توجه ویژه‌ای بر اولویت رعایت موازین اخلاقی، به‌خصوص در توزیع عادلانه منابع در خدمت‌رسانی به مردم عزیز کشور و نیز در پژوهش‌های پزشکی که سهم بسزایی در شکوفایی کشور ایفا می‌نمایند، دارد.

این وزارتخانه معتقد است که رعایت موازین اخلاقی نه تنها ضامن حفظ حقوق بیماران، بلکه موجب ارتقای شأن ارائه‌دهندگان خدمات در نظام سلامت و نیز تحکیم رابطه پزشک و بیمار براساس محبت و صداقت می‌گردد.

بر این اساس، در تهیه نقشه جامع علمی کشور در بخش سلامت نیز بر ارزش‌های حاکم بر نظام سلامت و نیز ملاحظات اخلاقی تأکید خاصی صورت گرفته است. در بخش آموزش پزشکی نیز با تشکیل گروه‌های اخلاق پزشکی در دانشگاه‌ها، برنامه‌ریزی برای پرورش متخصصان این رشته در دوره‌های کارشناسی ارشد و دکتری، حمایت از برگزاری دوره‌های آموزشی و سمینارها گام‌های بلندی در تقویت آموزش اخلاق پزشکی به دانشجویان برداشته است. با توجه به پیشرفت

دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران ————— غ

علوم نوین پزشکی و پیشرفت چشم‌گیر ایران در بعضی از این فنون، به‌نظر می‌رسد که همکاری متخصصان طب، اخلاق، حقوق و فقه بیش از پیش ضرورت دارد.

هم‌چنین لازم است که ملاحظات و راهنماهای اخلاقی و حقوقی در مباحثی که فقه پویای اسلام آن را مجاز می‌داند، چه در بخش تحقیقات و چه در بخش درمان، توسط متخصصان امر با همکاری بخش‌های ذی‌ربط هرچه سریع‌تر تدوین گردد.

در پایان به همکارانم در دانشگاه علوم پزشکی تهران برای برگزاری این کنگره بین‌المللی تبریک می‌گویم و از خداوند سبحان توفیق روزافزون آنان را خواهانم.

دکتر لنکرانی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دیباچه

اخلاق پزشکی با قدمت دیرینه‌ای که دارد، بنا به ضرورت غیرقابل انکار جامعه معاصر و پیشرفت چشم‌گیر در علم و فناوری طی دهه‌های اخیر تحولی بی‌سابقه را تجربه کرده است و اخلاق پزشکی سنتی ما به اخلاق پزشکی نوین با ساختارهای جدید و پویا تبدیل شده است.

اخلاق پزشکی به‌عنوان دانشی میان‌رشته‌ای، نقطه تلاقی حوزه‌های متعدد و گسترده‌ای از معرفت بشری، شامل الهیات، فقه، فلسفه، حقوق، انسان‌شناسی و پزشکی است. شاید کم‌تر رشته‌ای را بتوان یافت که این‌گونه حاصل تعامل و تشریک مساعی دانشمندانی از چنین گستره وسیعی از تخصص‌ها باشد. رویکرد علمی و عملی مباحث اخلاق پزشکی از سویی نیازمند آگاهی از جنبه‌های تخصصی پیشرفته‌ترین فناوری‌های زیست‌پزشکی است و از دیگر سو به‌واسطه ماهیت ارزش-محوری که دارد تعامل نزدیکی با دین، فرهنگ، فلسفه و حقوق دارد. پرسش‌های اخلاق پزشکی هم‌زمان هم ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را درگیر می‌کند و هم فیلسوف را و در عین حال که از فقیه نیز کمک می‌گیرد، به یاری انسان‌شناس نیازمند است و فرهنگ را به همان اندازه زیر ذره‌بین قرار

می‌دهد که زیست‌شناسی و ریزفناوری را. در چنین زمینه گسترده‌ای از همکاری و تعامل است که از سویی علم و فناوری در مسیر شتابان خود مرزهای اخلاقی حرکت خود را باز می‌شناسد و از دیگر سو علوم انسانی ظهور خود را در عرصه عمل تجربه می‌کنند.

وابسته بودن اخلاق پزشکی به دین و فرهنگ پی‌آمد مهم دیگری نیز دارد و آن این که تفاوت‌های فرهنگی را باید در امر تصمیم‌گیری‌های اخلاق پزشکی جدی گرفت. به‌طور مسلم نمی‌توان داورهای صورت‌بندی‌شده در یک محیط فرهنگی و دینی را به سایر جوامع تعمیم داد، بلکه هر جامعه و فرهنگ زنده‌ای باید در عین گفت‌وگو و تبادل نظر با دیگر فرهنگ‌ها و جوامع، راه و الگوی ویژه خود را برای پاسخ‌گویی به مباحث اخلاقی مطرح در علوم و فنون مختلف بیابد. این زاینده‌گی و نوآوری نشانه زنده بودن و شکوفا بودن یک جامعه و فرهنگ است، همان‌طور که تقلید کورکورانه و ترجمه غیرنقادانه، از خمودی و مرگ آن فرهنگ خبر می‌دهد.

فرهنگ اصیل و غنی ایرانی- اسلامی از ظرفیت فراخ و توانایی گسترده‌ای برای پرداختن به این حیطه مهم معرفتی برخوردار است. تحقق و شکوفایی این ظرفیت میسر نمی‌شود جز با همکاری، گفت‌وگو و هم‌اندیشی میان متخصصان

رشته‌های گوناگون در داخل و نیز برقراری ارتباط و استفاده از تجارب کشورهای که سابقه دانشگاهی سترگی در پرداختن به این موضوعات دارند.

اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی در ایران در سال ۱۳۷۲ گامی مهم و اثربخش در این راستا بود. شکل‌گیری کانون‌هایی برای پژوهش و آموزش در این حیطه، به‌ویژه تأسیس مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، و برخی پیشرفت‌هایی که در این زمینه در کشور اسلامی ما حاصل شد، تا حد زیادی وامدار همان کنگره بود. از پی آن رویداد مهم، گام‌های بزرگی در این عرصه در کشورمان برداشته شد که از آن میان می‌توان به تشکیل کمیته‌های ملی و منطقه‌ای اخلاق در پژوهش، راه‌اندازی دوره‌های مختلف آموزشی، انتشار صدها کتاب و مقاله در داخل کشور و نشریات معتبر جهانی، تشکیل انجمن‌ها و کمیته‌های مربوطه در سطوح دانشگاهی و ملی و حضور فعال در مجامع جهانی مرتبط اشاره کرد.

اکنون دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران با عنایات پروردگار و با تلاش صادقانه همکاران و پژوهشگران این رشته، برآن است که ضمن ایجاد محملی برای ارائه دستاوردهای درخشان سال‌های اخیر، به ارتقای دانش دست‌اندرکاران و روشن کردن هرچه بیش‌تر مسیر آینده این رشته در کشور

بپردازد. امید است که این کنگره با عنایت الهی گام مؤثری در جهت ارتقای سطح علمی و عملی اخلاق پزشکی در کشور اسلامی ایران باشد.

در پایان، لازم می‌دانم از زحمات همه همکاران محترم در کمیته علمی و کمیته اجرایی و اساتید و دانش‌پژوهان ارزشمند داخلی و خارجی که با ارسال مقاله و حضور در سخنرانی‌ها و هیأت رئیسه در برگزاری این کنگره مشارکت صمیمانه داشته‌اند و همین‌طور سازمان‌های همکار داخلی و خارجی که با همکاری خود برگزاری کنگره را میسر نموده‌اند قدردانی نمایم.

دکتر باقر لاریجانی

رئیس کنگره

سخن آغازین:

طب و طبیب

برداشتی از اثر استاد علامه آیت‌الله حسن‌زاده آملی

دانش گرانقدر طب و ارزش والای طبیب فراتر و فزون‌تر از آن هستند که در کراسه‌ای به‌صورت مقاله و رساله به رشته تحریر درآیند.

طبیب در میان ابناء نوع خود بدان سعادت و مقام و مرتبت است که به مظهر بودن اسم شریف «محيی» که از اسمای بزرگ الهی است، نایل آمده است. یعنی طبیب در منظر اعلاى مردم اوحدى، «عیسوی مشربی» در مدینه فاضله، انسانی است که درمان بیماران، احیای نفوس می‌کند و به پیکر جامعه روح حیات و بقا می‌دمد. علاوه بر این، خود کلمه «طبیب» به دو معنا از نام‌های نیکوی خدای سبحان است: یک معنی این که لفظ «طبیب» از *اسمای کتبی* خداوند تعالی مأثور است؛ دوم این که هر کلمه‌ای از کلمات نوری وجودی، اسمی از *اسمای تکوینی* الهی است. تو صد حدیث مفصل بخوان از این مجمل.

وانگهی خدای را که به «یا شافی» می‌خوانی و از وی درمان می‌خواهی، چنان است که برزگر از خداوند باران طلب می‌کند. هر یک از درمان و باران را اسبابی

است که باید از آن اسباب خواسته هر یک برآورده شود. بیمار و برزگر هر دو تشنه آب حیات هستند؛ وجود طبیب برای بیمار به منزلت ابر رحمت برای برزگر است.

استاد بزرگوارم آیت علم و دین، جناب حاج میرزا مهدی الهی قمش‌های (شرف‌الله نفّسه)، در جلسه درسی حکایت فرمود: «در زمان پیامبر خاتم (صلی‌الله‌علیه و آله و سلم) طبیبی یهودی درگذشت. آن حضرت را از وفات وی خبر دادند. رسول اکرم از شنیدن آن اظهار تأسف کردند. عرض نمودند: یا رسول‌الله این متوفی یهودی بوده است. فرمود: مگر نمی‌گویید طبیب بوده است.»

انسان بالطبع مدنی است و خواهان مدینه فاضله است تا زندگی به آسایش داشته باشد و سعادت ابدی خود را تحصیل کند. مدینه فاضله را ارکانی است که باید هر یک در حدّ خود سخت پایدار و استوار باشد تا مدینه فاضله صورت پذیرد و تشکل یابد. مدینه پسان پیکری است که اعضای آن بنی‌آدم‌اند و این افراد را، تن و روان است؛ لاجرم برای بهداشت هر یک، پزشکی ویژه باید؛ پیکر اجتماع را حکومت عدل الهی، روان را عالم پارسای دینی، تن را طبیب بصیر ثقه.

قال مولانا الامام الصادق (ع): «لَا يَسْتَعْنِي أَهْلُ كُلِّ بَلَدٍ عَنْ ثَلَاثَةٍ تَفْزَعُ إِلَيْهِ فِي أَمْرِ دُنْيَا وَ آخِرَتِهِمْ فَإِنْ عَدَمُوا ذَلِكَ كَانُوا هَمَجًا: فَقِيهَ عَالِمٍ وَرِعٍ، وَ أَمِيرَ خَيْرِ مَطَاعٍ، وَ طَبِيبَ بَصِيرٍ ثَقَةٍ.»

این اطباء سه‌گانه، اصول و ارکانند. حال اگر کسی چون ابن‌خلدون در مقدمه تاریخی‌اش بگوید: «جامعه را چند بازرگان معتبر نیز باید تا پیکر اجتماع به فقر اقتصادی دچار نگردد»، گزاف نگفته است و یا دیگران بیفزایند که حرف و صنایع بسیاری نیز از قبیل خط و کتابت و فلاح و تجارت و حیاکت و خیاطت و نظایر آن‌ها برای حفظ پیکر مدینه فاضله و اجتماع انسانی، ضروری است درست گفته‌اند.

انسان موجودی ممتد به امتداد نظام هستی است. مرتبت مادی آن به نام بدن، مبدأ تکون او در تحت تدبیر منفرد به جبروت است «هُوَ الَّذِي يَصَوِّرُكُمْ فِي الْأَرْحَامِ كَيْفَ يَشَاءُ»؛ و به هر اندازه ارکان مزاج بایسته‌تر و اعتدال مزاج شایسته‌تر و اندام آدمی موزون و آراسته‌تر و تندرستی آن دل‌خواسته‌تر بود، قابلی قوی‌تر و شریف‌تر برای به فعلیت رسیدن کمال انسانی وی بود، چه این که بدن انسان و جمیع قوا از طبع تا عقل وی وسایل پیشرفت و تور شکار اویند، و انسان با حفظ وصف عنوانی انسان، شکار او علوم و معارف و درک حقایق است، نگاهداشت حدّ این آلت شکار و وسیله نیل به کمال به نعمت بود دانش پزشکی و وجود دانشمند پزشک است.

استکمال نفس ناطقه که ترقی وی از عقل هیولانی تا به مرتبه عقل مستفاد و مافوق آن است، بدون کمال بدن که صحت آن است صورت نپذیرد، چه این که بدن مبتلا به آلام و اسقام، از استقامت افکار باز می‌ماند و سیر تکاملی انسانی

برایش می‌سور نیست. به تعبیر دیگر، انسان با کمک کشتی بدن تواند که در دریای بیکران هستی سیر کند و کافل حفظ و سلامت این کشتی، علم شریف طب و طبیب عزیز است. چه فخر و مباهاتی و کدام پایه و سرفرازی برتر از این که چنین موهبت خدای سبحان نصیب نصاب انسان گردد!

شکرانه چنان نعمت سترگ، رفتار خوش با بندگان خدای است. دریغ باشد واجد چنان مقام معنوی‌ای افسون هوا و هوس شود و با ابناء نوع خود - آن هم با بیمار فگار دل شکسته و سوخته که چشم امید به عنایت طبیب دوخته - کبر فروخته، گران جانی و خودبینی و ناروایی را روا دارد!

تأثیر و تأثر هر یک از نفس و بدن در دیگری و از دیگری و طاعت طبیعت بدن مر اوهام نفسانی را، مطلبی بسیار شایان توجه است که کتب طبی و فلسفی آن را عنوان و استدلال فرموده‌اند، و جناب شیخ را، در فصل چهاردهم از جمله نخستین تعلیم دوم فن دوم کلیات قانون، اشاراتی لطیف در این مطلب شریف است. (ص ۱۹۵ ط وزیری چاپ سنگی).



رهنمودها:

در ملاقات با کمیته برگزارکننده کنگره

فرازهایی از رهنمودهای حضرت آیت الله بهجت در ملاقات با کمیته

برگزارکننده کنگره

کاری نکنید که عاقبت پشیمانی داشته باشد. اگر می‌توانید تلاش کنید که اولادتان اهل علم شود و درس بخواند. درس خواندن بر همه واجب است، حتی یک ساعت در ۲۴ ساعت، مخصوصاً اگر دروس دینی باشد.

اگر کسی می‌خواهد شاه یا رئیس‌جمهور بشود، باید محرمات را بداند که، انجام ندهد. اما اگر حلال و حرام را نداند، ممکن است مرتکب شود. پس باید حرام را از حلال یاد بگیرد.

خدا انشاءالله موفق‌تان کند که هرگز مثل جاهل‌ها نباشید و آن‌قدر علمیت داشته باشید که در خانه‌تان روایات اهل بیت، [این (سخنان ارزشمند) را از روایات و قرآن، که خدا می‌داند انبیا خصوصاً پیغمبر اعظم در آن چه فرموده‌اند] را بخوانید. کسی که عامی و درس‌نخوانده باشد از این روایات مطلع نیست.

حیوانات در این دنیا روزی می‌خورند، مبدا انسان‌ها از محلی ارتزاق کنند که

عاقبتش هلاک ابدی است. انسان باید خودش را درون سیم‌خارده‌ای بگذارد که شیاطین انس و جن نتوانند در کار او دخالت کنند.

یکی از اساتید اخلاق در نجف می‌گفتند، من ضامنم، کسی که نمازهای پنجگانه را در اول وقت بخواند به مقامات عالی‌تر برسد و اگر این کار را انجام داد و باز هم نرسید، آن وقت من را لعن کند.

درباره نماز اول وقت روایت‌های زیادی داریم. در روایتی آمده است:

فضل اول وقت بر غیر اول وقت، مثل فضل من است بر امت، در روایت دیگر هم آمده، مثل فضل دنیا است بر آخرت. در قرآن و روایات برای ما چه چیزها گذاشتند. مثل ما مثل این است که طیباتی را در اتاقی مقفل گذاشتند که هیچ کس کلیدش را ندارد. کسی که نماز می‌خواند همه چیز دارد، نماز ستون خیمه است. کسی که خود را مقید به نماز خواندن می‌کند خودش متلذذ از این تعبدیات می‌شود نه فقط اینکه نباید با زور شلاق به او بگوییم نماز بخوان. مثل حلوا خوردن که لازم نیست کسی را به زور وادار به حلوا خوردن نمود چون ذائقه‌اش با حلویات مناسب باشد.

طیب خیلی باید مراقب و ملتفت باشد که کاری خلاف ایمان از او سر نزنند.

اگر فقرا را معالجه می‌کند، خدا آگاه است، پس اجرت را باید از خدا بخواهد، نه از بیماران. شاید مال هم داشته باشد برکت نداشته باشد. صاحب کار می‌داند که چه باید بکند. انسان باید مزد کار را از خدا بخواهد، همه مخلوقات روزی می‌خورند چطور خدا برای انسان مضایقه دارد؟! خصوصاً روایت دارد که اهل علم را من ضامن از ارزاقشان هستم.

فرازهایی از رهنمودهای حضرت آیت الله صافی گلپایگانی در ملاقات با

کمیتہ برگزارکننده کنگرہ

علم طب از جمله علمی است که بشر از اول به آن احتیاج داشته و هیچ‌گاه خود را از آموختن آن بی‌نیاز ندانسته و از آن غافل نمانده است. از دیدگاه ادیان مختلف و از جمله اسلام، این علم به عناوین مختلفی چون خدمت به مردم و رسیدگی به حال آنان و کمک به ضعفا و عناوین پسندیده دیگری مورد ترویج و تشویق قرار گرفته است. و وقتی که پزشک به وظایف خود عمل کند، مشمول تمامی اجر و ثواب و فضیلت عناوین یادشده می‌شود.

در روایاتی آمده است که: «بسم الرجل علی البشر اخیه حسنه» و یا «ما عبدالله بشی احب الیه من ادخال السرور علی قلب المؤمن»، یعنی پروردگار به چیزی بالاتر از عملی که مؤمن یا بشری به واسطه آن خوشحال گردد، عبادت نشده است. در فعالیت پزشکی است که مصداق احادیث فوق به نحو کمال بروز می‌کند و اهمیت احسان و نیکی به مردم در این جا بارز است.

پزشکی علمی با قداست است و این قداست باید محفوظ بماند. پزشکان بدانند شغل بسیار بسیار شریفی دارند و با این شغل می‌توانند دائماً در مسیر تقرب به خداوند سیر داشته باشند. بیمارستانی که پزشکان در آن مشغول به کار هستند پرستشگاه بزرگی است که در اختیار دیگران نیست، آن‌جا نردبان ترقی و رسیدن به اوج مقامات معنوی است.

جامعه‌ای که در پزشکی کامل نباشد نقص مهمی دارد که نقایص دیگر در جنب آن چیزی نیست. روح و جسم انسان باید در مسیر ترقی و تکامل باشد. سلامت روح و بدن با هم در ارتباط است. قداست علم طب به حدی است که مرحوم آیت‌الله بروجرودی، که ثانیه‌های حیاتشان منشأ برکت بود، با آن درجه از قرب و تقوی، در مورد پزشکی که در بروجرود بود - و شخص بسیار وظیفه‌شناس، با احساس مسؤولیت، دلسوز و همیشه در دسترس مردم بود و هر وقت که بیماری مراجعه می‌کرد یا لازم بود که خودش بیماری را عیادت کند با کمال اشتیاق می‌رفت - می‌فرمودند: «خدا یا اگر اینها بندگان تو هستند ما چه بگوییم».

در رابطه با اخلاق پزشکی می‌توان گفت که پزشک باید آرام و متین باشد و صبر و تحمل بسیار داشته باشد. بیماری که یک‌سال یا بیش‌تر درد کشیده،

ممکن است به پزشک اعتراض کند، پزشک باید تحمل کند و با تبسم و روی خوش برخورد کند. جنبه مادی این علم در مقابل قداست آن چندان با اهمیت نیست و اگر اجر و منزلت آن با مادیات معاوضه شود، پزشک مغبون می‌گردد.

در زمینه اخلاق پزشکی رازداری بسیار اهمیت دارد و پزشک باید رازدار بیمار خود باشد. بزرگوارانی که به پزشکی و طبابت اشتغال دارند، در واقع، در خدمت بندگان خدا و در حال عبادت هستند و این عنوان کمی نیست. بسیاری توانایی مادی ندارند و نمی‌توانند دارو و درمان بگیرند، عزیزان پزشک باید احساس مسؤولیت کنند و سوگندی را که خورده‌اند همواره به یاد داشته و بدان متعهد باشند. نباید از پزشکی برای رسیدن به مقام یا عنوان خاصی استفاده کرد. مهم خدمتگزاری به بیماران و رسیدگی به حال آنان است. پزشکی که می‌خواهد بیماری را معالجه کند، باید توانایی مالی بیمارش را بداند و اگر می‌تواند به او کمک نماید. باید توجه داشته باشند که به خدمت بندگان اشتغال دارند که این عنوان بلندمرتبه‌ای است. در روابط موجود در بیمارستان باید جنبه‌های شرعی و مسأله اختلاط زن و مرد و دستورات شرعی را مد نظر داشته و مسؤولیت‌پذیر باشند. توجه به تعالیم اسلام و اجرای آن در بیمارستان‌ها و جامعه می‌تواند مسائل و مشکلات را برطرف نماید.

فرازهایی از رهنمودهای حضرت آیت الله مکارم شیرازی در ملاقات با

کمیتہ برگزارکنندہ کنگرہ

از نظر اسلام اخلاق با تمامی مباحث آمیخته است و تنها عبادات نیست که بعد اخلاقی دارد. در اسلام همه چیز بعد اخلاقی دارد. مثلاً یکی از اختلافات موجود با اقتصاددان‌های مادی‌گرا بر سر این است که از نظر اسلام اقتصاد نمی‌تواند از اخلاق جدا باشد، ولی از نظر آن اقتصاددانان کسب سود بیش‌تر از هر طریق ممکن است. در اسلام حتی در مراسم دفن اموات هم، که پایان زندگی است، رعایت مسائل اخلاقی در حد اعلاء دیده می‌شود. اما در پزشکی اخلاق اسلامی بسیار گسترده و دامنه‌دار است و نه تنها پزشک بلکه پرستار، عیادت‌کننده و همه کسانی را که به نوعی در محور بیمار فعالیت دارند در بر می‌گیرد.

اگر کاری بخواهد درست انجام پذیرد، باید توأم با نظم و دلسوزی و محبت و احساس مسؤولیت باشد و اگر نباشد، درست انجام نمی‌شود. مثلاً، اگر پزشک با بیماری که در بستر بیماری است، هرگونه که خواست برخورد کند و در قبال وی احساس مسؤولیت لازم را نداشته باشد، ممکن است جان بیمار به خطر بیفتد. اما

اگر پزشکی با اخلاق آمیخته باشد، جان بیماران نجات می‌یابد. رعایت موازین اخلاقی در پزشکی از طرفی سبب آرامش روحی اطباء و اطرافیان‌شان می‌شود و به تبع آن موجبات بهبودی بیمار هم حاصل می‌شود.

فرازهایی از رهنمودهای حضرت آیت‌اله نوری همدانی در ملاقات با

کمیتہ برگزارکننده کنگره

اسلام به‌طور کلی از سه بخش تشکیل گردیده است. بخش اول بخش عقاید است که معروف به معارف اعتقادی اسلام است، یعنی گام اول یا اصل اولی را که اسلام در راه تکامل انسان‌ها می‌داند، اصل ایمان و اعتقاد به ارزش‌های والای اسلام است. بخش دوم بخش اخلاق است که مربوط به ملکات و روحیات انسان‌هاست که به دو قسم تقسیم می‌شود؛ اخلاق رذیله و اخلاق فاضله. اخلاق رذیله آن خوی‌ها و ملکاتی است که ناپسند است و باید از مزرعه وجود انسان پاک و برداشته شود. در مقابل، اخلاق فاضله خوی‌های پسندیده‌ای است که باید روح انسان‌ها به آن‌ها منتصب باشد. بخش سوم بخش عمل است. واجبات و وظایفی که انسان باید انجام دهد و محرماتی که باید از آن‌ها اجتناب کند.

مسأله اخلاق که بسیار هم مهم است و در قرآن کریم در سوره شمس (سوره

۹۱) خداوند بعد از ۱۱ قسم، رستگاری را در تزکیه و تهذیب اخلاق دانسته و

سقوط را عدم تزکیه اخلاق می‌داند. کتاب‌های زیادی در زمینه اخلاق داریم:

«معراج السعاده» حاج ملا احمد نراقی، «جامع السعادات» پدر ایشان، «حیاء الاحیاء»

ملا محسن فیض کاشانی و ...

انواع اخلاق

- اخلاق عمومی مردم: هر کسی باید سعی نماید روح خود را به اخلاق نیک

منتصب کند و آنچه را فطرت اقتضا می‌کند رشد دهد و آنچه را که موجب

سقوط و انحطاط روح انسان است - مانند خودپسندی، حسد، تکبر و صفات رذیله

- از روح خود بزداید.

- اخلاق صنفی: مربوط می‌شود به اصناف که از هر فردی در هر صنفی اخلاق و

روحیات خاصی انتظار می‌رود، مثلاً از علماء و طلاب و روحانیون انتظار اخلاق

خاصی می‌رود؛ اخلاقی شبیه به اخلاق انبیاء و ائمه اطهار علیهم‌السلام. چون در

همان راه هدایت وارث و تعلیم و تربیت گام بر می‌دارند. از تاجر و کاسب اخلاق

خاص آن‌ها و از اطباء محترم و پرستاران هم اخلاق خاص خودشان.

بحث درباره اخلاق پزشکی باید مورد توجه قرار گیرد. اخلاق پزشکی اسلامی

با اخلاق پزشکی غیر اسلامی فرق دارد. چون آنچه در اسلام است، براساس

جهان‌بینی اسلامی تنظیم شده است و این جهان‌بینی تأثیر زیادی هم در اخلاق و هم در عمل دارد.

نکاتی چند در این رابطه: اول این که از دیدگاه اسلام دو علم بیش از علوم دیگر اهمیت دارند، یعنی اگرچه اسلام فراگیری تمامی علمی را که به نفع بشر است توصیه می‌کند، اما همه علوم را در یک مرتبه ندانسته و آن‌ها را براساس فوایدی که در آن وجود دارد طبقه‌بندی می‌کند.

تمایز علوم بسته به تمایز موضوعات است و شرافت علوم به موضوعات است و هرچه موضوع اشرف باشد، آن علم هم اشرف می‌شود. اسلام اولین علم را خداشناسی می‌داند. شریف‌ترین علم آن علمی است که از وجود خدا و صفات سلبیه و صفات ثبوتیه ایشان صحبت کند. بعد از علم خداشناسی دو علم دیگر بسیار مهم هستند. «*لعلم علما علم الادیان و علم الابدان*»: یعنی علم فقه و علم طب. علم ادیان که بایستی در حوزه‌ها بحث شود و علم ابدان که در پزشکی بحث می‌شود. علم ادیان به روح مربوط است و علم ابدان به بدن مربوط می‌شود. در مقایسه روح و بدن، روح شریف‌تر است، اما هر دو بسیار مهم‌اند و با هم ارتباط دارند.

در اسلام تأکید مهم بر آن است که انسان‌ها یکدیگر را دوست بدارند. امام

صادق (ع) می‌فرمایند: «هنگامی که دو مسلمان با هم برخورد می‌کنند هر کدام به آن یکی محبت بیش‌تری داشته باشد نزد پروردگار افضل است.»

در رساله حقوق از قول امام سجاد (ع)، ۵۰ حقی که به عهده انسان است ذکر گردیده است که اولین حق، حق خداوند است و این پنجاه حق را کسی می‌تواند مراعات نماید که واقعاً انسان کاملی باشد. حق مسلمان بر مسلمان آن است که در دل محبت فراوان نسبت به یکدیگر داشته باشند. توصیه شده است که بزرگ‌تر از خود را به منزله پدرتان بدانید و کوچک‌تر از خود را مانند فرزندتان بدانید و همان‌گونه مورد محبت قرار دهید. حضرت امیرالمؤمنین (ع) در نامه‌ای خطاب به مالک اشتر (هنگام اعزام به کشور مصر) می‌فرمایند: «دلالت باید از محبت مردم سرشار و مالا مال باشد، از دو حالت خارج نیست یا برادر دینی شما است یا برادر دینی نیست ولی نظیر شما انسان است و شما باید انسان را دوست داشته باشید.»

پزشکان یا پرستاران باید هر بیماری را دوست داشته باشند و بزرگ‌سالان را مثل پدرشان و کوچک‌ترها را مثل فرزندان خود و هم‌سالان را مانند برادر خود بدانند. بنابراین، همان عنایتی که به پدر و فرزند و برادرشان دارند، همان را باید به بیماران هم داشته باشند. این اصل در تمام موارد اخلاق به‌خصوص اخلاق پزشکی حاکم است.

فرازهایی از رهنمودهای حضرت آیت الله موسوی اردبیلی در ملاقات با

کمینه برگزارکننده کنگره

اخلاق پزشکی ترکیب یافته از دو کلمه اخلاق و پزشک است، اما کلمه اخلاق جمع خلق است. خَلَق و خُلُق هر دو از یک منشأ هستند منتها خَلَق مربوط است به ظواهر انسان و خُلُق مربوط است به باطن انسان. خُلُق به معنای خوی است. اخلاق یعنی رفتار و عادات و اصول حاکم بر سلوک درست انسان. این بدان معنی است که انسان همواره طبق فطرتش عمل نکرده و اصول اخلاقی را مراعات نمی‌کند. هوس‌ها، هواها، دغدغه‌ها و وسوسه‌ها انسان را از راه درست به در می‌کند، لذا همواره نیازمند ناصحانی است که او را مخاطب و مورد پند و اندرز قرار دهند. بودند اشخاصی که بدین مهم اقدام نمودند و بهترین‌شان انبیاء بودند. پیامبر (ص) فرمودند: «بَعَثْتُ لَا تَمُمُ مَكَارِمَ لَاخِلَاقٍ» و فلسفه برانگیخته شدن خویش را در اتمام مکارم اخلاقی شمرده‌اند. می‌توان گفت اخلاق یکی از اهداف اصلی انسانیت است نه وسیله، انسانیت بدون اخلاق به کمال مطلوب خود نمی‌رسد.

خداوند در قرآن شریف هنگامی که می‌خواهند پیامبر را تعظیم کنند می‌فرمایند:

«لَنْکَ لَعْلَى خَلْقِ عَظِیمِ».

اخلاق مراتبی دارد، بعضی‌ها می‌گویند مکارم/اخلاق، بعضی‌ها می‌گویند محاسن/اخلاق. اخلاقی انسانی است که با مطالب اخلاقی مأنوس باشد و می‌توان گفت انسان باید آن قدر اخلاق را مراعات کند تا اخلاقیات در او به صورت ملکه درآید.

سرچشمه اخلاق وابسته به جهان‌بینی است. اخلاق در مکتب مارکسیسم یک معنا دارد و در مکتب الهی یک معنای دیگر. معنای اخلاق در مکتب اشاعره با مکتب عدلیه تفاوت دارد. منظور ما از اخلاق، اخلاق اسلامی است. خصوصاً اخلاق مکتب تشیع که حسن و قبح را ذاتی می‌داند و اخلاق را برگرفته از حقایق عینی و حقیقی می‌داند. ارزش‌های اخلاقی را مربوط به اعمال اختیاری انسان می‌داند. در مکتب ما بالاترین کمال انسانیت، اخلاق و خوی‌های نیکو است. عدالت، پاکی و مهربانی، درستی و راستی، تواضع و رازداری، همه از احکام اخلاقی هستند. اسلام اهمیت فراوانی برای اخلاق قائل است و آن را یکی از ارکان مهم انسانیت بر شمرده است. نکته مورد توجه آن جاست که ناصحان اخلاقی خود باید اخلاقی باشند.

و اما پزشکی؛ انسان که از نخستین روزگاران آفرینش با درد و بیماری آشنا گشت، برای پیدا کردن علل بیماری‌ها و مبارزه با آن سعی و کوشش فراوان نموده و به دنبال علم پزشکی بوده است که این علم از ساده‌ترین صور آغاز شد و تا مرحله پیشرفته امروزی رسیده است.

قدر و ارزش پزشکی برای همگان شناخته شده و محترم است و از طرفی باید توجه داشت که اگرچه اخلاق برای همگان نیکو است، ولی برای پزشکان نیکوتر است و اگر برای همه لازم است، برای پزشکان لازم‌تر و ضروری‌تر است. پزشک با انسان‌های دردمند، ناتوان، دل‌شکسته و بیمار سر و کار دارد. پزشکی یکی از موضوعات مفید، لازم و ضروری بشریت است. از نخستین روزگاران پیدایش انسان مورد توجه بوده است و شاید کم‌تر چیزی به اندازه پزشکی ضرورت داشته باشد. اگر پزشک به معنویات و اخلاقیات گرایش نداشته باشد و به عواطف انسانی بی‌اعتنا باشد و در غم و شادی دیگران سهیم نباشد، چنان ضربه‌ی مهلک و سختی به اجتماع انسانی می‌رساند که شاید قابل جبران نباشد.

پزشک به اقتضای کارش یک انسان اجتماعی است، در اجتماع زندگی می‌کند و برای اجتماع کار می‌کند و خوبی و بدی او عمیقاً اثرگذار است. پزشک علاوه بر تشخیص بیماری و درد و معالجه از نقش معنوی و روحانی برخوردار است و باید

از بیمارش دلجویی نماید تا بیمار کم‌تر احساس تنهایی کند. اگر پزشک غرق در مادیات شود و از معنویات روی برگرداند، هر چند ماهر و متخصص باشد، باز هم پزشک خوبی برای بیمار نخواهد بود. پزشک باید سوگندی را که خورده مد نظر قرار دهد. وجدان خود را قاضی کند و خود را به جای فرد دردمند و بیمار فرض کند و سپس دنبال معالجه رود. خلاصه، پزشک باید امین مردم، عادل، دلسوز و رفیق فرد دردمند باشد؛ در غیر این صورت، پزشک خوبی نمی‌باشد.

برادران و خواهرانی که به این کار دست زده‌اید شرافت‌مندانه از حرفه مقدس خود دفاع کنید، وسعت نظر داشته باشید، از خودپرستی دوری کنید و بدانید با ارزش‌ترین کار انسان خدمت به خلق و مردم است.

نشست اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان

۲۹..... اصول فقه‌های و اخلاقی در پژوهش‌های بالینی و کسب رضایت آگاهانه

نجمه آل طه، رضا ملک‌زاده، اکرم پورشمس

۳۲..... بررسی استراتژی‌های نوین همگرایی پزشکان کشورهای اسلامی در اخلاق زیستی

عزت نوری‌زاده، امین فتحی

۳۴..... بررسی تحلیلی دیدگاه شیعه نسبت به شبیه‌سازی

مرجان سهرابی بجگردی

۳۶..... اتانازی از دیدگاه اخلاق، قانون، مذهب و پزشکی

هدی احمري طهران، احمد کچویی، معصومه دولتی، مریم جافریان

۳۹..... ضرورت آموزش مسائل شرعی بانوان به دانشجویان مامایی

سیده فاطمه واثق رحیم پرور، فاطمه نوغانی، عباس مهران

۴۲..... بررسی روایی یا ناروایی کالبدشکافی

علیرضا اسماعیل آبادی، حمیده یزدی مقدم

۴۳..... بررسی مقدماتی ضوابط ارتباط پزشک و بیمار از دیدگاه مکتب اسلام

سید ابوالقاسم حسینی

۴۵..... قاعده فقهی لاضرر و کدهای اخلاق پرستار

محمد اسماعیل پور، مهوش صلصالی

۴۷ مبانی فقهی- حقوقی مسئولیت پزشک

مرجان سهرابی، غفور خوبینی، علی عراقی‌زاده

۴۹ شبیه‌سازی و فقه

سید محمد حسن علم‌الهدی

۵۱ ژنتیک و فقه

سید محمد حسن علم‌الهدی

۵۳ بررسی اتانازی در کشورهای منتخب و از دیدگاه اسلام

شهلا فرونخواه، مژگان مقامی، فریبا خدایی‌فر

۵۶ لزوم و اهمیت تحقیق در اخلاق پزشکی

طیبه مقبل، سید محمود شاهورانی

۵۹ اخلاق پزشکی در دوران اسلام و پس از آن

محمد باقر رضاعلی، مریم سلطانی بابوکانی

۶۱ اخلاق و تأثیر تغذیه بر آن در آموزهای اسلامی

محمد باقر رضاعلی، مریم شهبازی، مهران نصر

۶۳ تاریخ اخلاق پزشکی در جهان و ایران

محمد باقر رضاعلی، مریم شهبازی، مهران نصر

۶۶ سیر طبیب در اسفار اربعه (سفرهای چهارگانه) حکمت متعالیه

ریحانه ابوالقاسمی

اخلاق پزشکی از بعد وظایف و صفات اطباء..... ۶۹

پرویز کهن‌دل

بررسی تطبیقی اخلاق پزشکی در چهارمقاله نظامی عروضی در بخش طب با اخلاق پزشکی

معاصر..... ۷۳

معصومه کریمی

بررسی ویژگی‌های مقالات علمی در زمینه اخلاق پزشکی؛ جست‌وجو در اینترنت..... ۷۶

لادن‌ناز زاهدی

بررسی مقایسه‌ای دیدگاه‌های اسلام و اخلاق پزشکی مدرن در مورد اتانازی..... ۷۹

سید محمد جواد مرتضو، زهرا هاشمی

رهنمودهای اسلامی در بهداشت فردی، پیش‌گیری و درمان بیمارهای دهان و دندان از دیدگاه

اسلام..... ۸۱

محمد عباسی

اخلاق در مدیریت بهداشت عمومی از نگاه اسلام و غرب..... ۸۸

فرهنگ بابا محمودی، عبدالرضا بابا محمودی

سلامت در اسلام..... ۹۱

محمدحسن قدیانی، سید شهاب الدین صدر

کلیات و سر فصل‌های اخلاق پزشکی..... ۹۴

محمدحسن قدیانی، سید شهاب الدین صدر

۹۶..... اخلاق پزشکی و دین

سید محمد حسن علم الهدی

بررسی میزان رعایت اخلاق مدیریت درمانی پزشکی در دو مرکز آموزشی و درمانی

۹۸..... پزشکی

مهراناز مردانی، پریسا نبیئی، ندا مؤدب، زهرا هوشمند سروستانی

نشست اخلاق پزشکی و حقوق

۱۰۱..... مسئولیت پزشک

مرجان سهرابی، غفور خویینی، علی عراقی‌زاده

۱۰۲..... رضایت بیمار و برائت پزشک

سید عباس سادات حسینی

۱۰۳..... موارد قانونی مرتبط با رضایت‌نامه‌ها

لیلا قادری، لیلا عبداللہی

۱۰۶..... بررسی عوارض جانبی درمان و مسئولیت پزشک در نظام حقوقی ایران و فقه امامیه

فاطمه علی اکبری، نجمه شاهین فرد

۱۰۹..... اخذ رضایت و برائت پزشک از بیمار از دیدگاه حقوق ایران

مسعود ربانی

۱۱۱..... شرایط سقوط مسئولیت پزشک

مرجان سهرابی، غفور خویینی، علی عراقی‌زاده

نشست مبانی فلسفی و اخلاق پزشکی

مرووری بر تفکرات فلسفی در اخلاق پزشکی ۱۱۵

کاظم مسکنی

مطالعات تطبیقی، رویکرد فلسفی به مباحث اخلاق پزشکی اخلاق پزشکی از دیدگاه فلسفی ۱۲۰

مهری صباغ زاده، جواد گنجلو

تعامل پارادایم بایو سایکو سوشیال در فلسفه پزشکی با پارادایم عدالت ترمیمی در

جرم‌شناسی ۱۲۲

مهدی خاقانی

فلسفه اخلاق پزشکی ۱۲۴

جمال خانی جزنی

کرامت در کانت ۱۲۵

علی کاظمی سعید

نشست پیوند اعضاء

پیوند اعضاء از منظر اخلاق و حقوق اسلامی ۱۲۹

زهره گواهی

نشست تعهد حرفه‌ای

آسیب‌شناسی اخلاق حرفه‌ای و شغلی در فارغ التحصیلان رشته بهداشت ۱۳۳

آرزو فضلی، اندیشه حامدی

رهیافت اخلاقی حفظ و افشای بیماری مبتلایان به ویروس HIV (ایدز) توسط پزشک ۱۳۵

زینب خادم الحسینی، ساناز جوکار، مریم زاهدی

بررسی حق مصونیت از افشای راز در اخلاق پزشکی ۱۳۷

عباسعلی سلطانی

اخلاق حرفه‌ای در بخش‌های ICU و CCU ۱۳۸

یوسف مهدی پور، حمیده زره کافی

سلامت الکترونیک از دیدگاه رازداری پزشکی ۱۴۰

مهرناز مشعوفی، سهیلا رفاهی، افروز مردی، عفت مظاهری

رازداری و محرمانگی در اخلاق پزشکی ۱۴۱

مهناز صمدبیک، مرضیه خالدنوری

اخلاق پزشکی و رازداری نسبی یا مطلق ۱۴۳

مژگان مقامی، شهلا فزونخواه، فریبا خدایی‌فر

بررسی وضعیت اخلاق حرفه‌ای در فعالیت‌های روزانه پرستاران گیلان ۱۳۸۶ ۱۴۵

محمد اسماعیل پور، مهوش صلصالی، رویا منصور قناعی، زهرا طاهری، زهره سلملیان، فاطمه

مسکینی جان اکبری

رازداری و حقیقت‌گویی ۱۴۸

غلامحسین مهدوی نژاد

جایگاه اخلاق حرفه‌ای در آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی ۱۵۰

ع. فتی، ف. برنجی، مجید گنج بخش

اصول اخلاق پزشکی زندانیان ۱۵۲

مهديه شجاعی باغینی، فاطمه معارف دوست

تبیین مبانی فقهی و فلسفی اخلاق پزشکی اسلام ۱۵۳

فرزاد محمودیان

تجویز پلاسبو (دارونما) جهت تسکین درد و ملاحظات اخلاقی مرتبط با آن ۱۵۴

حمیدرضا کوهستانی، نیره باغچقی، نرگس باغچقی، طاهره ناصری بوری آبادی

ارائه راهکارهایی جهت حفظ محرمانگی اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت ۱۵۹

الهام مسرت، محمد امین پورحسین قلی، محمد رضا زالی

تعهدات اخلاقی و حرفه‌ای پزشک در درخواست رادیوگرافی‌های غیر ضروری ۱۶۱

مهندس حسن مرتاض هجری، مجتبی صلوتی، شهرام پرویزی

رازداری، اخلاق پزشکی در بیماران روانی، خطاهای پزشکی، ارتباط پزشک و بیمار ۱۶۴

نرگس غزنوی جهرمی

نشست ارتباط پزشک و بیمار

بررسی میزان احترام به محدوده قلمرو و حقوق بیماران در بیمارستان شهدای عشایر

خرم‌آباد ۱۷۱

فریده ملکشاهی

میزان رعایت خلوت بیماران در طی مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران و بیماران ۱۷۳

آزاد رحمانی، اکرم قهرمانیان

مقایسه میزان رعایت خلوت بیماران از دیدگاه بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

و بخش‌های داخلی-جراحی..... ۱۷۵

آزاد رحمانی، اکرم قهرمانیان

بررسی میزان رعایت حقوق بیمار در یک مرکز آموزشی درمانی دندان پزشکی..... ۱۷۷

یاسمین قهرمانی، هاجر فرهادپور، نجمه محمدی، زینب آل یاسین

بررسی دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی شهر قم نسبت به رعایت اصول اخلاق

پزشکی توسط پزشکان در سال ۱۳۸۵..... ۱۷۹

هدی احمري طهران، احمد کچویی، اشرف خرمی راد، عصمت جعفر بگلو

بررسی میزان رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل و بیماران بستری در مراکز

آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز سال ۱۳۸۳..... ۱۸۱

رقیه ناصری، کبری پرون، عفت مظاهری، راحله محمدی، ماهرخ جوانشیر

میزان رعایت منشور حقوق بیمار توسط مراقبت‌دهندگان از دیدگاه بیماران بیمارستان شهدای

خرم آباد..... ۱۸۱

فریده ملک‌شاهی

بررسی عملکرد پرستاران در مورد چگونگی برقراری ارتباط و مراقبت از بیمار بر اساس

موازين شرعی..... ۱۸۶

آذر مرادی

تأثیر رفتار تیم پزشکی بر بی‌دردی زایمان..... ۱۸۸

ناهید مهران، محمد عباسی، عصمت جعفر بگلو

بررسی میزان رضایت بیماران از رعایت موازین شرعی در اقدامات همگن در بیمارستان‌های

کامکار و نکویی دانشگاه علوم پزشکی قم - ۱۳۸۵ ۱۹۰

معصومه صیدی، اکرم حیدری، اشرف خرمی راد، محمد عباسی

بررسی میزان آگاهی پرستاران استان مازندران از موازین شرعی حرفه پرستاری ۱۹۳

فاطمه سالمه، طاهره یعقوبی، محبوبه یعقوبیان

بررسی رابطه میان پزشک و بیمار از دیدگاه بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی مدرس

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۱۹۵

زهرا هاشمی

بررسی میزان رعایت حریم بیماران توسط تیم درمان و ارتباط آن با رضایت‌مندی بیماران در

بخش اورژانس ۱۹۷

محمد آقاجانی، ناهید دهقان نیری

بررسی مشکلات اخلاقی و قانونی در ختم ارتباطی بیمار - ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی ۱۹۹

لاله سلیمانی زاده، مصطفی جواد، عباس عباس زاده، سکینه میری، فرزانه سلیمانی زاده

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

حقوق خود ۲۰۱

نادر آقاخانی، آرام فیضی نرگس رهبر

بررسی میزان آگاهی کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی فسا از حقوق مددجویان

مراجعه‌کننده به این مراکز سال ۱۳۸۵ ۲۰۵

سید حبیب اله کواری

بررسی میزان به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی توسط ماماها و ارتباط آن با میزان رضایت‌مندی مراجعان مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران..... ۲۰۷

زیبا تقی زاده، رضایی پور، ع مهران، ز علیم‌رادی

تبعیض در مراقبت پرستاری: بررسی دیدگاه‌ها و تجارب مراقبتی پرستاران بخش نوزادان..... ۲۰۹

زهراسبزی، لیلا جویباری، اکرم ثناگو

بررسی میزان عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی مددجویان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های منتخب شهرستان فسا و پیدا کردن عوامل نارضایتی و بررسی میزان عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی مددجویان در سال ۱۳۸۵..... ۲۱۱

سید حبیب اله کواری

ویژگی‌های اخلاق اسلامی..... ۲۱۳

رفعت رضاپور

بررسی میزان رضایت‌مندی بیماران از پزشکان در یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۸۵..... ۲۱۶

مریم گوزلیان، ناهید کامکار، سحر ولی مقدم

انتظار بیمار از پزشک..... ۲۱۸

محمدعلی جواد

تهیه فرم کسب رضایت آگاهانه..... ۲۲۱

حسن نکویی دستجردی

بررسی میزان رعایت اخلاق پرستاری در عملکرد حرفه‌ای پرستاران شاغل در بخش‌های

بزرگسالان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲۲۳

ناصر دین محمدی، علیرضا نیک‌بخت نصر آبادی، فرح ملکیان

بررسی تعهدات حرفه‌ای پرسنل پذیرش بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

در رابطه با رضایت‌مندی بیماران سال ۱۳۸۵ ۲۲۶

فروزنده احمدزاده، فرزانه زندی، فاطمه رحیمی

بررسی فرآیند رضایت آگاهانه در بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی

گیلان سال ۱۳۸۶ ۲۲۹

محمد اسماعیل پور، مهوش صلصالی، رویا منصور قناعی، زهرا طاهری، زهره سلملیان

حقوق بیمار در بخش‌های بیمارستانی ۲۳۲

مرضیه حسینیان

بررسی مروری بر رابطه پزشک و بیمار ۲۳۴

آزاده روح الامینی، زینت روانگرد

میزان رضایت مراجعه‌کنندگان به تخصص‌های مختلف پزشکی در درمانگاه فرهنگیان شهری

..... ۲۳۷

علی رضا ملازاده

اصول خاتمه بخشیدن به ارتباط پزشک - بیمار ۲۴۰

فاطمه معارف‌دوست، مهدیه شجاعی باغینی

ارزیابی میزان آگاهی بیماران از عملکرد پرسنل کادر درمانی بیمارستان حضرت علی ابن

ابیطالب(ع)نسبت به منشور حقوق بیمار و اصول اخلاقی حرفه‌ای در سال ۱۳۸۶..... ۲۴۲

اریابی، دستجردی، اندرزحبیبی، فرخفال، کرد، مینو یغمایی، مهندس علیرضا داشی پور

رعایت قلمروی بیماران در اتاق عمل یکی از ارکان مهم اخلاق پزشکی..... ۲۴۶

نسرین گله دار، ثریا ماسوری

بررسی مقایسه‌ای انگیزه نوع دوستی در دانشجویان سال اول و آخر پزشکی دانشگاه آزاد

اسلامی واحد تهران..... ۲۴۸

فاطمه موسوی

رضایت‌مندی بیماران از روابط پزشک و بیمار..... ۲۵۰

بهشید گروسی، حسین صافی زاده، احمد امیر کافی، محسن حسینی

ارتباط پزشک با بیمار..... ۲۵۲

زهره توانا

بررسی نگرش دانشجویان یکی از دانشکده‌های دندان پزشکی کشور نسبت به حقوق

بیمار..... ۲۵۷

یاسمین قهرمانی، هاجر فرهادپور، نجمه محمدی، زینب آل یاسین

میزان رضایت بیماران از رعایت حقوق خود در یکی از دانشکده‌های دندان پزشکی کشور..... ۲۵۷

یاسمین قهرمانی، هاجر فرهادپور، نجمه محمدی، زینب آل یاسین

دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران ۱۳

بررسی میزان رعایت منشور بیماران از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی

شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۸۶ ۲۵۹

فاطمه علی اکبری، فاطمه طاهری

ارتباط پزشک و بیمار کلیدی در جهت جلوگیری از تخلفات پزشکی ۲۶۱

سمیه زیار

آیا تصمیمات والدین همواره به نفع کودک بستری است؟ ۲۶۲

اکرم السادات سادات حسینی

بررسی نحوه اخذ رضایت از بیماران بستری در بخش‌های جراحی بیمارستان شریعتی ۲۶۴

اسداله یغمائی، فخرالدین تقدسی نژاد، اردشیر شیخ آزادی

حقوق بیماران، حلقه گمشده بیمارستان‌ها ۲۶۶

انیس عباسی، آذر دخت ضیائی

بررسی نتایج طرح تکریم ارباب رجوع در خصوص ارائه خدمات بیمارستان‌های وابسته به

دانشگاه علوم پزشکی گلستان ۲۶۹

انیس عباسی، عباس بدخشان، مهرداد نوئین اصفهانی

بررسی رعایت حقوق بیماران توسط کادر درمان از دیدگاه بیماران در بیمارستان‌های دانشگاه

علوم پزشکی شهر همدان ۲۷۲

مرضیه حسینیان

پزشک ایده‌آل از نگاه بیمار ۲۷۴

مسعود رحیمی

برائت و رضایت..... ۲۷۶

سید خسرو قاسمیپوری

بررسی میزان رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل و بیماران بستری در مراکز

آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز سال ۱۳۸۳..... ۲۷۸

رقیه ناصری، کبری پرون، عفت مظاهری، راحله محمدی، ماهرخ جوانشیر

سوء استفاده روانی از سالمندان به وسیله مراقبت‌دهندگان و ارائه راهکارهایی برای حل این

مسئله توسط پرستاران..... ۲۸۰

سمیه مولایی

بررسی رعایت حریم بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان منتخب دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان از دیدگاه خودشان در سال ۱۳۸۵..... ۲۸۲

مریم شیرازی، معصومه رئیسی، هدایت الله گانی

تأثیر طرح اصلاح ساختار اقتصادی - مدیریتی بیمارستان بر میزان رضایت بیماران

مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی یاسوج از خدمات پزشکان..... ۲۸۵

شهلا نجفی دولت آباد، فرامرز احمدی جهان آباد

جنبه‌های اخلاقی در بیماری‌های ایدز..... ۲۸۷

رعنا هاشمی

جرم بیماران، اخلاق پزشکان..... ۲۹۰

حسین حسینیان مقدم، سعیده سرجمعی

بررسی میزان آگاهی پزشکان عمومی و کارورزان پزشکی استان یزد نسبت به حقوق بیمار و

رعایت آن در بیمارستان..... ۲۹۳

هدایت آخوندی میبیدی

بررسی تطبیقی حقوق بیمار در چند کشور منتخب اسلامی براساس بیانیه انجمن جهانی

پزشکی و پیشنهاد منشور حقوق بیمار برای این کشورها..... ۲۹۵

معصومه سرباز، خلیل کیمیافر، سمیه فضایی

نشست خطاهای پزشکی

درک پرستاران در مورد علل خطاهای دارویی و موانع گزارش‌دهی آن در بیمارستان کودکان

دانشگاه علوم پزشکی قم..... ۳۰۱

معصومه صیدی، هدی احمري طهرانی، عصمت جعفر بگلو، مریم کرد زاده، زهراسعادتمند

بررسی موانع گزارش اشتباهات دارویی از دیدگاه پرستاران..... ۳۰۳

سیمین جهانی

قصور پزشکی..... ۳۰۵

محمد حسن قدیانی

آیا افشای خطای پزشکی به بیمار ضروری است؟..... ۳۰۷

لیلا والی، امین روانگرد

بررسی سیستم CPOE و اثرات مثبت و منفی آن بر خطاهای پزشکی..... ۳۱۰

ملیحه حقیرمددی، حمید احمدپور

خطای پزشکی ۳۱۳

مرجان سهرابی بجگردی، خویینی غفور

مسئولیت کیفری پزشک ۳۱۵

مرجان سهرابی بجگردی

آگاهی پرستاران شهر رشت از حق و حقوق خود در موقع بروز حادثه غیر عمدی (یک تحقیق

کیفی) ۳۱۷

فرحناز جوکار، زهرا طاخری ازبرمی، سکینه پرستش، فاطمه مسکینی جان اکبری، ملوک پور

علیزاده، منیژه احمد شعربافی

قصورات و خطاهای پزشکی در سیستم‌های بهداشتی و درمانی ۳۲۰

محمد کریم بهادری، انیس عباسی، نگار یزدانی

اهمیت آگاهی و لزوم هوشیاری پرستاران اورژانس در بررسی، ثبت و حفاظت از شواهد برای

پیش‌گیری از قصورهای احتمالی در بخش‌های اورژانس ۳۲۳

مرضیه پاکیان، علیرضا نیکبخت نصرآبادی

تقصیر پزشک و اثبات نقض تعهد وی در حقوق ایران و فرانسه ۳۲۶

علیرضا یزدانیان

بررسی شیوع تقلب در دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۳۲۸

سید ضیاء الدین تابعی، شجاع شکراللهی

نشست اخلاق در روان‌پزشکی

حقوق بیماران روانی..... ۳۳۳

ندیمه ذاکری افشار

اصول اخلاقی بهداشت روان..... ۳۳۵

مهدیه شجاعی باغینی، فاطمه معارف دوست

اخلاق در مشاوره‌های پزشکی..... ۳۳۷

حسین حسینیان مقدم، سعیده سرجمعی

اخلاق پزشکی و اعتیاد بیماران..... ۳۳۹

حسین حسینیان مقدم، سعیده سرجمعی

روابط چند گانه در مشاوره و روان‌درمانی..... ۳۴۱

خدابخش احمدی

بررسی میزان آگاهی روان‌شناسان از ضوابط اخلاقی حرفه..... ۳۴۴

خدابخش احمدی، زهرا اخوی، مهدی رحیمی، علی ملازمانی

نشست اخلاق در پژوهش

مقتضیات اخلاقی در انجام پژوهش‌های زیست پزشکی «بر روی آزمودنی‌های انسانی»..... ۳۴۹

مجید حاجی فرجی

اخلاق در نوشتن مقالات پزشکی..... ۳۵۱

صالح زاهدی اصل

مراحلی که یک طرح تحقیقاتی با موضوع انسان از نظر اخلاقی در دانشگاه‌های انگلستان طی
می‌کند..... ۳۵۳

محمد رضا قنندفروش ستاری، سیمین مشایخی

۳۵۵..... اخلاق در پژوهش

مریم فرهمند

۳۵۶..... اخلاق در پژوهش‌های سلامت و ایمنی غذا

سید هدایت حسینی، آزاده داوری، سالومه آرمین

۳۵۸..... بررسی اصول اخلاقی مطرح در پژوهش‌های پزشکی

فرزانه امین پور، پیام کبیری

۳۶۰..... جنبه‌های اخلاقی در پژوهش‌های بالینی

علی احسان حیدری، حسین کشاورز ولیان

۳۶۳..... اخلاق در پژوهش‌های پزشکی

افسانه قنبری

۳۶۶..... اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی، ارزش‌های اخلاقی در تحقیقات از نظر بزرگان

سیما کاهنی، شهناز تابعی، زهرا فرج‌زاده، مریم نخعی

۳۶۹..... ملاحظات اخلاقی در پژوهش

محبوبه کریمی

نشست کاربردی کردن اخلاق پزشکی

۳۷۳..... اخلاق در پاتولوژی

اسماعیل ابراهیمی

۳۷۵..... آشنایی با کد بین المللی اخلاق امامی

فریده مصطفی زاده

۳۷۶..... ضرورت تدوین منشور حقوق بیماران در رشته بیهوشی

محسن سوای، عبدالحمید چوهدری، شهربانو شهبازی

۳۷۸..... استفاده کاربردی از آئین نامه‌ها و کدهای اخلاق پزشکی

محمد مظفرپور

آموزش و کاربردی کردن اخلاق پزشکی با ارائه مدلی پیشنهادی در جهت کاهش

۳۱۶..... خطاهای پزشکی و دارویی

سمیه زیار

۳۸۰..... اخلاق پرستاری در هزاره سوم

مریم رحمتی

۳۸۲..... اخلاق در جراحی

مرجان لعل

۳۸۴..... ارائه مدلی جهت هدایت مشاوران اخلاقی در بخش‌های ویژه

فرزانه سلیمانی زاده، نیلوفر ظفرنیا، لاله سلیمانی زاده، عباس عباس زاده، مصطفی جوادی

۳۸۶..... اخلاق در فوریت‌های پزشکی

زرین‌تاج کرمی، محمد صمدی نهاد

۳۸۸..... طب و اخلاق پزشکی

ناهید مهران، محمد عباسی، عصمت جعفر بگلو

۳۹۰..... تجویز دارو برای موارد غیر اندیکاسیونی در کودکان

سیمین عذار مشایخی، محمدرضا قندفروش ستاری

۳۹۲..... بررسی مسائل و چالش‌های اخلاقی نانوفناوری، نگاهی به پیشنهادات موجود

فتانه سادات بطحایی

نشست اخلاق و سلامت عمومی

۳۹۷..... اخلاق پزشکی در توسعه سلامت جامعه از دیدگاه مدیران و رؤسای بیمارستان‌های دولتی

سمیه زیار

۳۹۸..... بررسی نقش و قوانین کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی

نقی شبان یامچی، مانده شجرات

۳۹۹..... اخلاق پزشکی در پزشکی سنتی و مکمل

آزاده محبی

۴۰۳..... اخلاق در مدیریت بهداشتی

مهدیه شجاعی باغینی، فاطمه معارف دوست

۴۰۵..... جایگاه اخلاق پزشکی در توسعه گردشگری سلامت

علیرضا جباری، سید جمال‌الدین طبیبی، بهرام دلگشایی

دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران ۲۱

چالش‌های اخلاق پزشکی در جوامع اطلاعاتی ۴۰۶

فرزانه امین‌پور، سیمین عذار مشایخی، محمدرضا قندفروش ستاری

رعایت اصول اخلاقی در کارآزمایی‌های بالینی ۴۰۸

دکتر سیمین عذار مشایخی، دکتر محمدرضا قندفروش ستاری

حق امتناع از درمان و سلامت بیمار: چالش‌ها ۴۱۱

خدیجه نصیریانی، سهیلا نظریان

چهارچوب مفهومی کنترل برابری در سلامت و مراقبت‌های سلامتی ۴۱۵

سید پوریا هدایتی ناصرکیاده

پیشنهاد تشکیل کمیته‌های اخلاق پزشکی منطقه‌ای ۴۱۸

ناهد جوکار

ملاحظات اخلاق پزشکی در طب مکمل و جایگزین ۴۱۹

دلارام صدراپی شاملو، حمیدرضا ادهمی

نشست اخلاق پزشکی، ملاحظات آغاز حیات

بررسی قوانین و حقوق پزشکی اخلاقی ایران در درمان ناباروری ۴۲۳

شیرین فتاح پور، شهره فتاح پور، سعید رضا شیخی، مریم میرزایی، مریم صدقی

حقوق نوزاد تازه متولد شده ۴۲۵

اشرف محمدزاده، احمدشاه فرهت

اخلاق پزشکی قبل از تولد انسان از نقطه‌نظر پرتوگیری دوران بارداری در سیستم‌های

تصویربرداری ۴۳۱

سهیلا رفاهی، یاسر تبرائی، مهرناز مشعوفی، میهن‌دخت سعادت‌مند

سقط جنین: قتل نفس یا حق مادر..... ۴۳۲

سمیه زیار

نشست آموزش اخلاق پزشکی

بررسی تغییر نگرش دانشجویان پزشکی قبل و بعد از گذراندن برنامه آموزشی مهارت‌های

ارتباطی طی دوره سمیولوژی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران..... ۴۳۵

فرزانه شیرانی، فرهاد شاهی، سیروس جعفری، عظیم میرزازاده

پرستاری و روش‌های کاربردی آموزش اخلاق..... ۴۳۸

حسین سحرخیز

ضوابط اخلاقی برای آموزش‌دهندگان سلامت..... ۴۴۰

محسن شمس، یلدا سلیمان اختیاری

کدهای اخلاقی در آموزش معاینه و اژینال در بیماران در حال زایمان به دانشجویان پزشکی..... ۴۴۳

زهره توانا

آموزش کدهای اخلاقی حرفه دندان پزشکی در جهت کاهش خطاهای دندان پزشکی..... ۴۴۶

زینب کدخدا

روش‌های تدریس اخلاق پزشکی برای دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی..... ۴۴۷

منیره انوشه

نشست تخصیص منابع و عدالت

اهدای عضو پس از مرگ..... ۴۵۱

شاهرخ ایروانی

تخصیص منابع محدود ۴۵۳

سعید متولی زاده، شعله زکیانی

گوناگونی فرهنگی در سازمان‌های بهداشتی و ارائه مراقبت بهداشتی بین فرهنگی با تمرکز بر

اصل عدالت و انصاف ۴۵۵

راضیه امینی

عدالت در تخصیص منابع و حقوق بیمار ۴۵۸

آریتا سالاریان

نشست مسائل اخلاقی در مراقبت‌های پایان حیات

بررسی دیدگاه‌های مخالف و موافق اتانازی در جهت پذیرش یا رد آن ۴۶۳

حسین یوسفی منش، مهدی بهنام

بررسی نگرش پزشکان شاغل در مراکز بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی قم نسبت به اتانازی

در سال ۱۳۸۵ ۴۶۴

هدی احمري طهران، احمد کچویی، اشرف خرمی راد، عصمت جعفر بگلو، منصوره وامق

مباحث اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه ۴۶۷

خدیجه نصیریانی، علیرضا حبیبی، ملوکه هادوی، سیما برزگر

اتانازی، مرگ سخت! ۴۶۹

فرامرز لشنی

از اتانازی چه می‌دانیم؟ ۴۷۲

غلامعلی ملاصادقی رکن‌آبادی

۴۷۴..... «مراقبت پرستاری در بیمار محتضر(در حال مرگ) از دیدگاه احکام شرعی اسلام».....

حسین رضایی حاجی آبادی، حسین رضایی حاجی آبادی، مینو اسد زندی، محمد مهدی

سالاری، عباس عبادی

۴۷۶..... اتانازی، انتخاب و حقوق بشر.....

امیر مقامی

۴۷۸..... بهمرگی بهتر است یا مرگ سخت؟.....

راحیل فراهانی

۴۸۲..... اتانازی و عواقب آن در حرفه پزشکی.....

حمیده مظفری، فریبا امامی

۴۸۴..... آیا اتانازی و خودکشی از طریق پزشک از نظر بالینی ضروری است؟.....

مهدیه شجاعی باغینی، فاطمه معارف دوست

۴۸۷..... اتانازی.....

بهزاد ایمنی، آرزو کرمپوریان

۴۹۸..... میزان آگاهی و نگرش پرستاران در مورد مراقبت‌های قبل و بعد از مرگ بیمار.....

سیده فاطمه واثق رحیم‌پرور، فاطمه نوغانی، جیران زبردست

۵۰۰..... بررسی جنبه‌های اخلاقی احیا بیمار سرطانی در مراحل پایانی بیماری.....

بهزاد صابری، محمود منجمی

نشست ژنتیک و فناوری‌های نوین

یک سوء تفاهم: شبیه‌سازی انسان، هویت و جاودانگی ۵۰۵

علی محمدی

بررسی میزان آگاهی و نگرش پزشکان و پرستاران درخصوص منشور حقوق بیماران در

بیمارستان‌های تابعه دانشکده علوم پزشکی شاهرود در سال ۱۳۸۵ ۵۰۷

محمد امیری، حسن باقری، سمیرا ارشادی پور، ربابه داورزنی

حق دانستن در مورد مواد غذایی مهندسی شده ژنتیکی ۵۱۰

عبدالحسن کاظمی، لاله حقیقی

شبیه‌سازی انسان و چالشی نوین در هویت روانی ۵۱۲

علی محمدی

پیشرفت کاربردی علم شبیه‌سازی و بایدها و نبایدها ۵۱۴

ماریا زهیری، حسن کشاورز، پرویز بزی، صفر قاسمی

اخلاق پزشکی و اهمیت بررسی پلی مورفیسم‌های تک نوکلئوتیدی (SNPS) در صنعت

داروسازی ایران ۵۱۶

فیروزه بیرامی جمال

شبیه‌سازی انسان و انتخاب صفات ژنتیکی برای کلون ۵۱۸

عبدالحسن کاظمی

۵۲۱..... اخلاق در مشاوره ژنتیک: گزارش خطای پزشکی

سید محمد اکرمی

۵۲۲..... آیا CLONING یا همانندسازی یک امر اخلاقی است؟

حسین رضایی

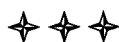
تحلیل محتوای مطالب منتشر شده در جراید کشور درباره همسانه‌سازی مولد و درمانی در

۵۲۵..... سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۹

علی احمدی، آتوسا علی احمدی

نشست

اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷

اصول فقه‌ای و اخلاقی در پژوهش‌های بالینی و کسب رضایت آگاهانه

دکتر نجمه آل طه، دکتر رضا ملک‌زاده، دکتر اکرم پورشمس

مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه: بدون شک پیشرفت‌های روزافزون و مهم در دانش پزشکی و کشف روش‌های جدید پیشگیری در تشخیص و درمان مرهون انجام پژوهش‌های علمی در زمینه‌های مختلف پزشکی است. رعایت اصول اخلاق پزشکی در پژوهش‌ها، در حقیقت، اکرام شخصیت انسان و حفظ حقوق و رفاه افراد جامعه انسانی و احتراز از ایجاد خطرات احتمالی بر روی افراد مورد تحقیق است.

در جامعه‌ای نظیر جامعه ما که مبانی مذهبی بر اعمال و رفتار افراد سیطره دارد، علاوه بر رعایت اصول کلی اخلاق پزشکی در تحقیق، هر پزشک مسلمانی بایستی با احکام فقه‌ای در زمینه مورد پژوهش، آشنایی داشته باشد.

مولای متقیان حضرت علی (علیه السلام) در کلام شیوای خود می‌فرماید: «من تطیب فلیتق الله و لینصح و لیجتهد»، یعنی «هر کس طیبیت را پیشه خود ساخت باید باتقوا و خداترس باشد، برای مردم خیرخواهی نماید و در تحصیل علم (معالجه بیمار) کوشش و جدیت نماید.»

اصول زیربنایی در پژوهش: در تمامی پژوهش‌های بالینی که لازمه‌اش تصرف بر فرد است، بایستی اصول زیر را در نظر داشت:

- محدود بودن مالکیت انسان بر جسم خویش
- لزوم رضایت فرد یا ولی وی در پژوهش
- وجود مصلحت عقلایی و شرعی و عدم وجود ضرر و زیان در پژوهش
- علمی بودن و منطقی بودن پژوهش‌های بالینی
- لزوم دفع ضرر محتمل از فرد و جامعه با پژوهش که گاه حتی بر اساس حکم فقاهتی این نوع پژوهش‌ها، وجوب عینی یا کفایی پیدا می‌کنند.
- وجود شرایط «اضطرار» که ممکن است احکام خاصی جایگزین احکام عادی گردد.

رضایت آگاهانه در پژوهش‌ها

- کسب رضایت آگاهانه، بدون هر گونه اجبار، تهدید، تطمیع و فریفتن فرد
- قرار ندادن فرد در معرض خطر با استدلال کمک به پیشرفت علم
- محدود نکردن اختیار و اراده افراد
- دادن کلیه اطلاعات مربوط به اهداف پژوهش، زیان‌های احتمالی و مزایا
- گفت‌وگوی رو در رو درباره جزئیات طرح برای افراد بی‌سواد
- دادن اطلاعات توسط افراد مسلط به زبان افراد مورد پژوهش
- کمتر بودن ضرر تحقیقات در زمینه‌های درمانی بر منافع آن
- قطع پژوهش در صورت بروز ضرر واضح
- جبران هر گونه صدمه، زیان جسمی و مالی که در حین پژوهش بر فرد تحمیل شده است.
- عدم افشاء اسرار فردی
- عدم تحمیل هزینه اضافی به فرد مورد پژوهش

برای این که افراد به شرکت در پژوهش‌های بالینی تشویق گردند می‌توان از

روش‌های خاصی بهره جست که به‌عنوان مثال، می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- نقش اعتقادات مذهبی
- نقش اعتقادات اخلاقی
- نقش احساسات نوع‌دوستی
- حمایت‌های درمانی

بررسی استراتژی‌های نوین همگرایی پزشکان کشورهای اسلامی در اخلاق زیستی

عزت نوری‌زاده^۱، امین فتاحی^۲

۱- عضو هیات علمی دانشگاه محقق اردبیلی دانشکده علوم گروه زیست‌شناسی

۲- عضو هیات علمی دانشگاه محقق اردبیلی، گروه معارف اسلامی

مقدمه و هدف: علم اخلاق از پرارج‌ترین علوم است که انسان بدان نیازمند است و بعد از علم الهی، هیچ علمی از نظر اهمیت هم‌پای علم اخلاق نیست. حال اگر انسان از تربیت روحی و معنوی لازم برخوردار نباشد، نمی‌تواند در جهت سعادت حقیقی و کمال واقعی خود بهره گیرد.

تجمع دانشمندان اسلامی و اتحاد آن‌ها برای تهیه یک سیستم و قانون کامل زندگی بعید به نظر نمی‌رسد. در اسلام به مقام انسان ارزش والایی داده شده و او به‌عنوان جانشین الهی مطرح شده است. توجه به شأن و کرامت انسانی از امتیازات ادیان الهی خصوصاً دین مبین اسلام است. عظمت خلقت انسان در آیات چندی به صراحت در قرآن کریم ذکر شده است. با توجه به این مهم، هدف از این تحقیق ارائه راه‌کارهای کاربردی در جهت تدوین اصول اخلاق پزشکی و زیستی کشورهای اسلامی است. اخلاق زیستی از مسائل نوین علم بیوتکنولوژی است که در حال گسترش است و از دستاوردهای مهم علم پزشکی و نشانه ارتقا و توانمندی مراکز پزشکی کشورهای اسلامی است. در این باره اظهار نظرهای مختلفی از سوی کشورهای مختلف جهان اسلام مطرح شده است.

روش تحقیق: در این تحقیق سعی شده است با توجه به نظرات تعداد زیادی از محققان کشور و تجربه موجود بعضی از کشورهای موفق، اخلاق زیستی مورد توجه قرار گیرد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، نتایج تحقیقات و مطالعات اساتید و صاحب‌نظران و مراکز ملی و بین‌المللی فعال در زمینه اخلاق زیستی، هم‌چنین نتایج سمینارها و گردهمایی‌ها و همایش‌های ملی پزشکی قانونی کشورهای اسلامی بوده است. و نیز از نتایج مطالعات کمیته ملی زیست‌فناوری مؤسسات تحقیقات بیوتکنولوژی و مراکز ملی تحقیقات تکنولوژی زیستی در سطح گسترده‌تر استفاده شده است.

بحث و نتایج: بررسی مبانی تاریخی اخلاق زیستی نشانگر نوعی همگرایی در میان تمام ملل جهان اسلام در این زمینه است. در این مقاله با تأکید بر همگرایی جهان اسلام، در تلاش برای اثبات این مسأله خواهیم بود که چگونه می‌توان با تحلیل دقیق مشابهت‌های موجود، به استراتژی‌های جدیدی در زمینه اخلاق زیستی و پزشکی در سطح جهان اسلام دست یافت.

در این مطالعه توسط موضوعات دینی، اخلاقی و قانونی مربوط به اخلاق زیستی و پزشکی تلاش می‌شود که یک راه‌حل کاربردی مطلوب به نفع مسلمانان جهان ارائه شود. هم‌چنین در این مقاله سعی بر آن شده است که با پرداختن به محورهای سه‌گانه مذکور در زمینه ملاحظات شرعی، حقوقی و پزشکی قانونی، اخلاق زیستی و پزشکی و تلفیق آن‌ها با هم افق‌های روشن این امر در جهان اسلام تبیین شود و مسائل و چالش‌های موجود که نیازمند تأمل و ایجاد رویکرد لازم برای حل آن‌ها هستند، بیان گردد.

واژگان کلیدی: اخلاق زیستی و پزشکی، استراتژی‌ها، کشورهای اسلامی

بررسی تحلیلی دیدگاه شیعه نسبت به شبیه‌سازی

مرجان سهرابی بجگردی^۱

دانشگاه تربیت معلم تهران

شبیه‌سازی به‌عنوان یکی از دستاوردهای نوین علم پزشکی توانسته است افق‌های تازه‌ای را در پیش چشمان بشر بگشاید. اما هم‌زمان با اعلام نتایج موفق این فناوری؛ موضعگیری‌های متفاوت و بعضاً سرسختانه‌ای در مقابله با آن از سوی دانشمندان علوم مختلف شکل گرفت.

در این بین، اگرچه شبیه‌سازی با به‌کارگیری صحیح می‌تواند منشأ خدمات بزرگی از جمله جلوگیری از تولد نوزادان معیوب، نجات جانوران در حال انقراض و... به بشریت شود؛ علمای علم اخلاق و جامعه‌شناسی، فلسفه و حقوق (با اعتقاد به بروز اختلال در حوزه‌های خود) و همچنین کلیسای کاتولیک، ارتدوکس و علمای یهود و برخی مسلمانان به مخالفت شدید با انجام آن به‌عنوان باوری فاقد اصول اخلاقی و انسانی، پرداخته و خواستار توقف تحقیقات آن شدند. در حالی‌که معدود موافقان مشروعیت تحقیقات در این زمینه، اکثریت فقهای شیعه بودند.

در این نوشتار کوشش شده است تا با تبیین علمی شبیه‌سازی، فواید، مضرات و پیامدهای این مسأله و نیز چالش‌های مطرح‌شده از سوی دانشمندان و با توجه به

1 - m_sohrabi_b@yahoo.com

رویکرد دینی مطالعه، و اعتقاد به پویایی فقه شیعه، به تشریح آراء علمای مسلمان خصوصاً فقهای شیعه (عمده موافقان موجود در این زمینه) پرداخته و به دنبال آن به تبیین ادله مشروع بودن این عمل از نگاه فقهای شیعه و تدوین آراء ایشان در مقابل تک‌تک ایرادات وارده بر شبیه‌سازی و نیز ارائه پاسخ‌های این علما به این ایرادات بپردازد. همچنین با تحلیل نظرات علمای دینی موافق و مخالف، با ادله توجیهی آن‌ها کوشیده تا با کنار هم گذاشتن نظرات موافق و مخالف و دلایل آن‌ها بتوان امکان استنتاج رأی معقول و منطقی در این زمینه را برای علاقه‌مندان فراهم کند.

واژگان کلیدی: شبیه‌سازی، تولید مثل غیرجنسی

اتانازی از دیدگاه اخلاق، قانون، مذهب و پزشکی

هدی احمري طهران^۱، احمد کچویی، معصومه دولتی، مریم جافریان

دانشگاه علوم پزشکی قم

مقدمه و هدف: اتانازی یکی از مسائل دنیای جدید است که موضع گیری‌های متفاوتی نیز در مقابل خود ایجاد کرده است. طبق تعریف شورای اخلاق پزشکی آمریکا، اتانازی یعنی ایجاد مرگ در یک بیمار لاعلاج با روشی بدون درد و به علت ترحم نسبت به بیماری که رنج و درد غیر قابل درمان دارد. انجمن یوتانازی در سال ۱۹۳۵ در انگلستان پایه‌گذاری شد و از سال ۱۹۷۰ به بعد بحث وسیع آکادمیک برای آن انجام گرفت. مطالعات نشان می‌دهد که در کانادا بیش از ۷۵ درصد مردم در مواردی که احتمال بهبودی‌شان نمی‌رود از اتانازی داوطلبانه حمایت می‌کنند. تقریباً همین میزان نیز با اتانازی در بیماری‌های قابل برگشت و نیز با اتانازی در مورد افراد مسن و ناتوانی که احساس می‌کنند سربار دیگران هستند مخالف هستند. اتانازی انواع مختلفی دارد:

۱- داوطلبانه که بر اساس تقاضای فرد بیمار که واجد تصمیم‌گیری است صورت

می‌پذیرد.

۲- غیرداوطلبانه که چون فرد توانایی تصمیم‌گیری ندارد بر اساس نظر همراهان او

صورت می‌گیرد.

^۱ - ahmari9929@yahoo.com

۳- غیرقانونی که بدون رضایت بیمار است که در همه جای دنیا قتل به حساب می‌آید. اتانازی به دو صورت منفعلانه و فعالانه انجام می‌گیرد که منجر به فوت می‌شود، مثل تزریق داروی کشنده به بیمار.

این بحث به لحاظ جنبه‌های مختلف پزشکی، اخلاقی، مذهبی و قانونی و حتی سیاسی یکی از جنجال‌برانگیزترین بحث‌ها و مناظرات کنونی دنیا است که سؤالات متعددی را مطرح می‌کند:

- آیا این عمل قوانین مرتبط با اخلاق پزشکی و نقش قابل احترام پزشک در جامعه را در معرض تهدید قرار نمی‌دهد؟
- آیا از دیدگاه شرع اسلام و حتی ادیان دیگر که مرگ و زندگی هر انسانی دست خداست و هیچ‌کس نمی‌تواند عمداً اقدام به قطع حیات وی نماید و هم‌چنین تحمل درد و صبر موجب تزکیه نفس و تخفیف گناهان می‌شود، این عمل توجیه دارد و یا در چه مواقعی مورد قبول شرع واقع می‌شود؟
- آیا از لحاظ سیاسی سبب قتل‌های سفارشی نمی‌شود؟
- آیا با تأیید این عمل بدون در نظر گرفتن تمامی ابعاد مسأله، می‌توان امید داشت که پزشکان تمام تلاش خود را برای درمان و برگرداندن زندگی افراد به کار بندند و با مشروع قرار دادن آن، زشتی این عمل را از بین ببرند؟

بحث و نتیجه‌گیری: در بسیاری از کشورها از جمله آمریکا، بلژیک، هلند، استرالیا، انگلستان و ... اتانازی قانونی است و به آن «مرگ با عزت» می‌گویند. اما در برخی دیگر از کشورها با در نظر گرفتن قانون و ادیان حاکم اتانازی عملی مطرود است. در این میان، به نظر می‌رسد که گروهی از بیماران به دلیل «ناامیدی از درمان»، «شرایط مالی نامساعد»،

«ناراحتی بستگان»، «مختل شدن وضعیت روانی و روحی خود» و «درد بسیار» حاضر به پذیرش اتانازی در مورد خود هستند. با این حال، در فضای فرهنگی و دینی کشور ما با توجه به آموزه‌های مذهبی و اعتقاد به دخالت نیروهای مافوق طبیعی در روند زندگی و معجزه و شفا بایستی دقت بیش‌تری به این عمل نمود.

این مطالعه سعی بر آن داشته است که به جنبه‌های مختلف اتانازی بپردازد که بحث پیرامون آن بر اساس آخرین منابع علمی روز و مناظرات پژوهشگران و محققان نتیجه‌گیری شده است.

ضرورت آموزش مسائل شرعی بانوان به دانشجویان امامایی

سیده فاطمه واثق رحیم پرور^۱، فاطمه نوغانی، عباس مهران

دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمینه و هدف: پاسخگویی ماماها به سؤالات ساده مطروحه از طرف زنانی که مقید به اجرای فرامین مذهبی هستند، می‌تواند در سلامت روان آن‌ها نقش مفیدی داشته باشد. به نظر می‌رسد تحقق این امر یکی از جنبه‌های ارزشمند اخلاق حرفه‌ای باشد. هدف از این مطالعه تعیین ضرورت آموزش مسائل شرعی خون‌های سه‌گانه (حیض، استحاضه و نفاس)، سقط جنین و تلقیح مصنوعی به مربیان و دانشجویان امامایی از دیدگاه مربیان امامایی کشور است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی و مقطعی، برای کلیه مربیان امامایی هیأت علمی یا غیر هیأت علمی اعم از استخدام رسمی، قراردادی یا طرحی دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی کشور (۲۷۲ نفر) از طریق پست پرسشنامه ارسال گردید. پس از بازگشت نیمی از پرسشنامه‌ها (۱۳۶ مورد) تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی انجام شد.

یافته‌ها: بیش‌ترین درصد واحدهای پژوهش از طرف مددجویان (۸۳/۶ درصد) و دانشجویان امامایی (۷۷ درصد) با سؤالاتی در مورد احکام شرعی بانوان مواجه شده

1 - vaseghrh@tums.ac.ir

بودند و نیمی از واحدهای پژوهش اظهار کردند که به دانشجویان مامایی، مسائل شرعی بانوان را آموزش داده‌اند. منبع اطلاع اکثریت واحدهای پژوهش (۸۸/۸ درصد) رساله مراجع تقلید بوده و تنها ۳/۷ درصد از نمونه‌ها در طی گذراندن واحدهای دوره کارشناسی و ۰/۹ درصد از آن‌ها در طی گذراندن واحدهای دوره کارشناسی ارشد در مورد مسائل شرعی بانوان اطلاعاتی کسب کرده‌اند. اکثریت واحدهای پژوهش دارای آگاهی متوسط (۴-۶ امتیاز از ۹ امتیاز) در مورد احکام شرعی خون‌های سه‌گانه (۵۵/۲ درصد) و سقط جنین (۵۲/۲ درصد) بوده‌اند و دارای آگاهی ضعیف (۰-۳ امتیاز از ۹ امتیاز) در مورد تلقیح مصنوعی (۵۲/۲ درصد) بودند. بیش‌ترین درصد مربیان مامایی کشور نسبت به عبارات مربوط به ضرورت آموزش مسائل شرعی خون‌های سه‌گانه، سقط جنین و تلقیح مصنوعی نظر کاملاً موافق و موافق داشتند و اظهار کردند که آموزش مسائل شرعی بانوان در حرفه مامایی در حد زیادی اهمیت دارد. بیش‌ترین درصد مربیان مامایی کشور، روش کارگاهی را جهت آموزش مسائل شرعی بانوان به خود و ایجاد واحد درسی مجزا (به تعداد یک واحد) را برای آموزش این مسائل به دانشجویان مامایی اعم از کارشناس و کارشناسی ارشد مناسب دانستند و اظهار داشتند که برای تدریس مسائل شرعی بانوان، مربیان مامایی که دوره آموزشی این مسائل را گذرانده‌اند، مناسب هستند.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان آگاهی نامطلوب مربیان مامایی کشور در مورد مسائل شرعی بانوان در حیطه‌های خون‌های سه‌گانه، سقط جنین و تلقیح مصنوعی و نظر مثبت آنان نسبت به ضرورت آموزش این مسائل، می‌توان با استفاده از روش کارگاهی به مربیان مامایی علاقه‌مند و داوطلب، آموزش لازم را در مورد مسائل شرعی بانوان ارائه

نمود و سپس با ایجاد یک واحد مجزای درسی برای دانشجویان مامایی دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد، از این مربیان آموزش دیده جهت آموزش و تدریس این مسائل برای دانشجویان مامایی استفاده کرد.

بررسی روایی یا ناروایی کالبدشکافی

علیرضا اسماعیل آبادی^۱، حمیده یزدی مقدم^۲

۱- دانشگاه تهران (پردیس قم)، ۲- دانشکده علوم پزشکی سبزوار

کالبدشکافی دانشی است که آموختن و آموزش دادن آن به دیگران لازم و ضروری است؛ اعم از این که هدف آن شناساندن اعضای بدن و وظایف آن باشد یا دریافت علت جنایت و مرگ یا تشخیص نوع بیماری.

از سوی دیگر، کالبد انسان و به‌ویژه مسلمان دارای حقوقی است که نادیده گرفتن آن نارواست و در مواردی هم مجازات به دنبال دارد؛ بنابراین، جمع این دو مصلحت چگونه است و آیا در جمع این دو، باید به ضرورت‌های روز و مصالح توجه کرد یا باید جانب حرمت جنازه را نگه داشت؟

در پاسخ به این مهم باید از کلی‌نگری برکنار بود و بسته به مورد حکم داد. به دیگر سخن، در کالبدشکافی آموزشی حفظ حرمت جسد اولویت دارد، ولی در کالبدشکافی جنایی و تشخیص بیماری، استفاده از جسد مسلمان گریزناپذیر است.

واژگان کلیدی: کالبدشکافی، مصلحت، حرمت، جنازه مسلمان

بررسی مقدماتی ضوابط ارتباط پزشکی و بیمار از دیدگاه مکتب اسلام

دکتر سید ابوالقاسم حسینی^۱

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه: در مکاتب مختلف اخلاق پزشکی، الگوی ارتباطی بین پزشک و بیمار بر حسب برداشت اختصاصی هر مکتب تدوین شده است. به نظر می‌رسد با توجه به نقش وسیع ادیان الهی و از جمله مکتب اسلام در زندگی انسان‌ها، کشف ضوابط ارتباط بین پزشک و بیمار در این ادیان می‌تواند به‌عنوان یک الگوی راهنما و معیار مورد استفاده قرار گیرد. این مقاله در حد یک بررسی مقدماتی در این زمینه، مطرح می‌شود. تکمیل آن می‌تواند در «کمیته ویژه ارتباط ادیان الهی با اخلاق پزشکی» انجام شود.

روش بررسی: استاد فقید محمد باقر حکمت‌نیا معتقد بود که برای کشف نقطه‌نظرهای مکتب اسلام در هر مورد لازم است از چهار منبع زیر استفاده شود:

کتاب (قرآن مجید)، سنت شامل آموزش‌های پیامبر اسلام و سایر معصومان علیهم السلام، فطرت و علوم حاکم بر جهان

در این مقاله دستور العمل فوق، مورد استفاده قرار گرفته است.

نتایج: در مکتب اسلام جنبه‌های زیر در ارتباط بین پزشک و بیمار، مورد تأکید قرار گرفته‌اند:

- پذیرش مسئولیت برای برآوردن یکی از نیازهای اساسی انسان

^۱ - s-a-hosseini@mums.ac.ir

- ارائه پاداش‌ها و مجازات‌های اختصاصی بر حسب نوع عملکرد در برابر بیمار
 - مشاوره درباره سلامت و بیماری و لزوم مراعات اصول آن از دیدگاه مکتب اسلام
 - امانت دادن اسرار و امکانات جسمی و روانی خود به طبیب
 - لزوم حفظ اصول امانت‌داری در این مکتب
 - آگاهی به مصالح بیمار و کاربرد دقیق آن
 - انجام تکلیف برای پیش‌گیری از بیماری و درمان، به‌عنوان یک واجب عینی یا کفایی
 - تلقی هر مراجع به‌عنوان یکی از اولیای الهی که سرپرست او خداوند است.
 - ضمانت قانونمند پزشک نسبت به حفظ اسرار و دقت در حفظ سلامتی بیمار
 - ارائه راه‌کار اختصاصی برای پیش‌گیری از درگیری قانونی با بیمار
- بحث و نتیجه‌گیری: توجه به ضوابط ذکرشده، عظمت کار پزشک را برای او روشن می‌کند و در نتیجه دقت نظر اختصاصی را برای او فراهم می‌آورد. به منظور اطمینان از میزان آمادگی پزشکان نسبت به امور محوله، توصیه می‌شود، انتخاب دانشجویان پزشکی به‌صورت دومارحله‌ای انجام پذیرد.

قاعده فقهی لاضرر و کدهای اخلاق پرستار

محمد اسماعیل پور^۱، دکتر مهوش صلصالی^۲

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان،

۲- دکتری آموزش پرستاری و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

کدهای اخلاق حرفه پرستاری مطرح‌شده توسط انجمن پرستاران آمریکا، انجمن پرستاران کانادا و شورای بین‌المللی پرستاری و دیگر مجامع، راه‌گشای پرستاران در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در فعالیت‌های آموزشی، مدیریتی، پژوهشی و بالینی است. هرچند تفاوت اندکی در مضامین آن‌ها به چشم می‌خورد، ولیکن به اصول اخلاقی نظیر عدم صدمه، سودمندی، حفظ استقلال، عدالت، حفظ خلوت و رازداری و شأن انسان تأکید شده است.

در ساختار سلامت کشور ما هرچند اصول و کدهای اخلاقی به‌وضوح تعریف نشده‌اند، ولیکن زیربنای اخلاق حسنه پرستاران را در عمل ارزش‌های والای فرهنگی بومی، وظیفه‌ای، دینی و مذهبی تشکیل می‌دهد.

آشنایی پژوهشگران اخلاق در حرفه‌های سلامت با اصول و قواعد غنی فقه پویای دین مبین اسلام نظیر: اتلاف، تسبیب، غرور، اقدام ... و لاضرر می‌تواند نه تنها چالش بزرگ خلا کدها را پایان دهد، بلکه الگوی کاملی از حفظ کرامت و شأن انسان ارائه نماید.

^۱ - esmaeil@gums.ac.ir

قاعده فقهی - لاضرر و لاضرار فی الاسلام (فی الاحکام) - مستندات قرآنی متعددی نظیر آیه شریفه - ولاتضار والده بولدها ولا مولود له بولده - داشته و در استناد عقلی جزء مستقلات عقلیه و از نظر روایت منصوب به حضرت ختمی مرتبت رسول گرامی اسلام (ص) در مباحثه ثمره بن جندب و مرد انصاری است. فقهای بزرگی همچون مرحوم شیخ مرتضی انصاری، مرحوم محقق خراسانی و حضرت امام (ره) آن را بررسی و در مناسبات اجتماعی مورد تأکید قرار داده‌اند و قانون مدنی ایران در بیش از ده ماده بر اساس آن قانون وضع کرده است.

بر اساس این قاعده مهم ضرر در اسلام مشروعیت ندارد. در آزمایشات، تشخیص، درمان و مراقبت نباید هیچ ضرر ارادی یا غیر ارادی به بیمار وارد ساخت و اضرار یکی از اسباب ضمان است. و چنین به نظر می‌رسد راست گفتن به بیمار، حفظ استقلال او در تصمیم‌گیری و حفظ راز بیمار و دیگر اصول اخلاقی مطرح‌شده توسط شورای بین‌المللی پرستاری اگر منجر به ضرر جانی و نفس شود جایز نیست.

آشنایی با جزئیات این قاعده فقهی و رعایت اصول آن در روابط مراقبان و بیمار می‌تواند راه حل‌های معقولانه و منطقی را در تضادها و بلا تکلیفی‌های اخلاقی ارائه داده و از فشارهای اخلاق حرفه‌ای جلوگیری نماید که در این مقاله به تفصیل از آن بحث خواهد شد.

مبانی فقهی - حقوقی مسئولیت پزشک

مرجان سهرابی^۱، غفور دکتر خویینی، دکتر علی عراقی‌زاده

پژوهشکده فلسفه و حقوق تطبیقی، دانشگاه تربیت معلم تهران

طبق آموزه‌های دین اسلام، در بین مسلمین دیدگاه خاصی نسبت به پزشک و علم طبابت وجود دارد. بر همین اساس نیز نظرات متفاوتی از سوی فقها و حقوق‌دانان نسبت به مسئولیت پزشک در مقابل صدمه و جراحت وارده به بیمار یا مرگ او ارائه شده است که هر یک از این نظرات استدلال خاص و مبانی خاص خود را داشته‌اند. این مبانی در حیطه فقه عبارتند از: «اعتقاد به وجوب کفایی نفس فعل طبابت»، «قاعده احسان»، «حکم عقلی بودن فعل طبابت»، «رسالت اخلاقی بودن فعل پزشکی»، «قاعده اتلاف»، «قاعده لاضرر»، «قاعده تسبیب و قاعده ید». در محدوده حقوق نیز نظریه «عرف و عادت»، «نظریه فقدان سوءقصد»، «نظریه رضایت بیمار»، «نظریه ضرورت»، «نظریه اجازه قانون»، «تعهد پزشک»، «تعهد به نتیجه» و «تعهد به وسیله»، نظریاتی هستند که براساس آن به بررسی مسئولیت پزشک می‌پردازند. در همین راستا برخی از صاحب‌نظران با تمسک به برخی از این مبانی پزشک را در برابر صدمه و جراحت وارده به بیمار، یا مرگ ناشی از فعل پزشک، بری از مسئولیت دانسته و جبران خسارت را بر عهده او نمی‌دانند و عده‌ای نیز با تمسک به برخی دیگر از این مبانی پزشک را مسؤول دانسته و وی را ضامن جبران خسارت

^۱ - m_sohrabi_b@yahoo.com

می‌دانند. در این تحقیق ابتدا به بررسی ارکان مسؤولیت پزشک و سپس به مبانی فقها و حقوقدانان در زمینه مسؤولیت یا عدم مسؤولیت پزشک پرداخته و بر اساس آن‌ها مسؤولیت پزشک را تفسیر کرده و اثبات می‌کنیم که بر اساس مبانی فقهی و نیز نظریات حقوقی، «طبيب جز در موارد مشمول قصور و کوتاهی یا عدم رعایت موارد فنی لازم الاجرا و عدم احتیاط در حین طبابت در برابر بیمار مسؤول نیست.»

واژگان کلیدی: مسؤولیت، پزشک، تقصیر، احسان، ضرورت

شبیه‌سازی و فقه

سید محمد حسن علم‌الهدی^۱

به نام خداوند جان و خرد کزین برتر اندیشه بر نگذرد

شبیه‌سازی عبارت است از انجام اعمالی که به وسیله آن فرزندان مشابه یکدیگر یا مشابه صاحب سلول، از نظر صفات وراثتی، به وجود آید.

شبیه‌سازی به دو شکل انجام می‌گیرد:

۱- شبیه‌سازی از سلول‌های جنسی ۲- شبیه‌سازی از سلول‌های غیر جنسی

شبیه‌سازی از سلول‌های جنسی با چند مسأله مواجه است:

- ۱- آیا جداسازی سلول از مجموعه سلول‌ها جایز است؟
- ۲- قرار گرفتن سلول تکثیر شده در رحم زن دیگر، چه حکمی دارد؟
- فقهای اهل سنت به چند دلیل «شبیه‌سازی» را جایز نمی‌دانند:
 - ۱- تنها راه برای تولید نسل، ازدواج است و شبیه‌سازی که ازدواج را در خطر نابودی قرار می‌دهد، جایز نیست.
 - ۲- شبیه‌سازی غیرجنسی، تغییر در خلقت خداست و چون کار شیطانی است، جایز نیست.
 - ۳- شبیه‌سازی یعنی تصرف بی‌قید و شرط در بدن، در حالی که بدن امانت الهی است.
 - ۴- با قاعده «مصلاح و مفاسد» در می‌یابیم که شبیه‌سازی به خاطر مفاسدی که به وجود می‌آورد، جایز نیست. از جمله مفاسد این است که:

الف) وجود انسان‌های مشابه، مشکلات امنیتی ایجاد می‌کند.

^۱ - smh.alamolhoda@yahoo.com

(ب) نظام خانواده از بین می‌رود.

(ج) در تعداد زن‌ها و مردها بی‌نظمی به وجود می‌آید.

در پایان، قانون کشورهای اروپایی را، تأییدی بر نظریه خود اعلام نموده‌اند.

فقه شیعه به دلایل اهل سنت پاسخ می‌دهد:

۱- شبیه‌سازی، علت تامه برای از بین رفتن ازدواج نیست و ازدواج تنها برای تولید

نسل نیست. نکته مهم‌تر این‌که دلیل فقهی باید از کتاب و سنت و منابع خودش به

دست آید، اما در این مسأله از یک امر طبیعی (تکوینی) نتیجه حکمی (تشریحی)

گرفته‌اند و این صحیح نیست.

۲- تغییر در خلقت خدا، که امر شیطانی است به معنای ایجاد انحراف در فطرت است،

نه به معنای تغییر در طبیعت، چنان‌که سدسازی، جاده‌سازی و مانند آن تغییرات

جایزی هستند.

۳- تصرف در بدن، در صورتی که تصرف عاقلانه باشد، جایز است مانند انجام جراحی‌ها.

۴- اگر شبیه‌سازی، همانند بمب اتم، فقط مفسده آور باشد، جایز نیست، اما

شبیه‌سازی هم‌چون بسیاری از پیشرفت‌های علمی بشر است که می‌تواند مفسده‌آور

یا مصلحت‌آور باشد و در صورتی که در خدمت انسان مؤمن و اندیشمند قرار گیرد،

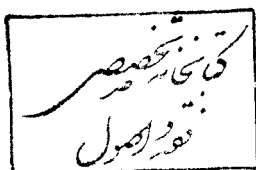
موجب رفاه و آسایش می‌شود. و در صورتی که در خدمت مستکبران و ظالمان قرار

گیرد، تباه‌کننده خواهد بود.

مشکل بشر، دوری از اخلاق و معنویت است، نه پیشرفت‌های علمی از جمله

شبیه‌سازی. از دید فقه شیعه، شبیه‌سازی، علمی همانند علوم دیگر است و با اهداف

انسانی، جایز است.



ژنتیک و فقه

سید محمد حسن علم‌الهدی^۱

به نام خداوند جان و خرد کزین برتر اندیشه بر نگذرد

علم ژنتیک، برگی از کتاب آفرینش را به ما می‌نمایاند.

قرآن کریم ما را به تفکر، اندیشه و پژوهش در درون خود دعوت می‌کند و می‌فرماید:

«وَفِي أَنْفُسِكُمْ أَفَلَا تُبْصِرُونَ» (ذاریات ۲۱) چرا در وجود خودتان دقت نمی‌کنید؟!

از نظر علم ژنتیک هر سلول بدن سه بخش دارد: ۱- پرده ۲- سیتوپلاسم ۳- هسته

در هسته سلول، اجزای کوچکی به نام کروموزوم هست که حامل صفات ارثی پدر و

مادر هستند: هر کروموزوم دو رشته به هم پیچیده دارد که صفات را انتقال می‌دهند و

آن را «ژن» می‌نامند. دانش ژنتیک با این رمزها آشنا شده و می‌تواند در آن‌ها تغییراتی

بدهد که آن را هندسه وراثت گویند.

فقه‌های اصل سنت تغییر و تنظیم صفات وراثتی انسان را به چند دلیل

جایز نمی‌دانند:

۱- اصل اولی، عدم جواز دخالت در سلول انسانی است.

۲- تغییر در صفات، کاری شیطانی است به دلیل آیه ۱۲۰ سوره نساء

۳- تغییر در صفات به معنای عدم رضایت به اراده خداوند است.

۴- تغییر در صفات ضروری نیست.

^۱ - smh.alamolhoda@yahoo.com

۵- تغییر در صفات کرامت انسان را از بین می‌برد.

- در غرب کلیساها و جمعیت‌های حقوق بشر با تغییر در هندسه وراثتی انسان مخالفت کرده‌اند.

فقه شیعه به دلایل فقه‌های اهل سنت پاسخ می‌دهد:

۱- اصلی به‌عنوان حرمت دخالت در سلول‌های جنسی نداریم و اصل «لاضرر» در این بحث نمی‌آید.

۲- منظور آیه ۱۲۰ سوره نساء از تغییر در خلقت، تغییر در دین خدا و اوامر اوست و تنظیم صفات وراثتی امری معقول بوده، از اعمال شیطانی محسوب نمی‌شود.

۳- پیدا کردن صفات بهتر، به معنای عدم رضایت به اراده خداوند نیست.

۴- تغییر در صفات وراثتی، برای کیفیت بهتر در زندگی جایز است، چنان‌که تلاش برای سلامتی مستحب و در مواردی واجب است.

۵- آن‌چه کرامت آدمی را از بین می‌برد، خیانت و تباهی است، اما همه علوم، از جمله ژنتیک می‌تواند در خدمت انسان باشد.

در کل، از دیدگاه شیعه ژنتیک، علمی همانند علوم دیگر است و با اهداف انسانی جایز است.

بررسی اتانازی در کشورهای منتخب و از دیدگاه اسلام

شهلا فزونخواه^۱، مژگان مقامی، فریبا خدایی‌فر

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه: اتانازی یکی از مسائل جدی دنیای امروز است که موضع‌گیری‌های متفاوتی در مقابل آن وجود دارد. شورای اخلاق پزشکی امریکا، اتانازی را ایجاد مرگ در بیمار لاعلاج، با روش بدون درد به علت ترحم نسبت به بیمار تعریف می‌کند. نقطه مقابل اتانازی افرادی قرار دارند که زنده بودن و مردن را دو نعمتی می‌دانند که در اختیار خداوند است. بر طبق موازین اخلاقی و سوگندنامه‌های پزشکی عمده‌ترین وظایف پزشک سعی در تشخیص و درمان بیماری است؛ طبیب قسم خورده است در امور طبابت تنها خیر و صلاح بیمار را در نظر بگیرد، حافظ جان او باشد و هرگز تحت تاثیر احساسات خود و تحریک دیگران نباشد و خود راساً یا به‌طور غیرمستقیم اقدام به اتانازی بیماران ننماید.

روش پژوهش: این مطالعه به روش بررسی نظام‌مند منابع (Systematic Review) و با استفاده از سایت‌ها و موتورهای جست‌وجوی معتبر و انجام جست‌وجوی دستی و استفاده از روش‌های Citation و Reference tracking به انجام رسیده است.

^۱ - Foozonkhah@Gmail.com

بحث: در مقاله حاضر، دلایل درخواست اتانازی از سوی انواع بیماران (رو به موت، مبتلا به بیماری لاعلاج یا صعب‌العلاج و غیر مبتلا به بیماری حاد) و شرایط پذیرش درخواست از طرف پزشکان و مراکز مراقبت‌های بالینی، انواع اتانازی (داوطلبانه، غیرداوطلبانه، غیر قانونی) و اشکال مختلف آن (منفعله‌انه، فعالانه) مورد بحث قرار گرفته است و به موضع‌گیری‌های متفاوت کشورهای مختلف جهان با توجه به مقالات بررسی‌شده در قبال مسأله اتانازی و درخواست غیرمستقیم اتانازی که بنا به اقتضای شرایط فرهنگی و مذهبی پیش آمده و نقش دادگاه‌های کشورهای مختلف در ممانعت از اجرای اتانازی پرداخته شده است و در نهایت موضع اسلام در قبال مبحث اتانازی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

نتیجه‌گیری: دربسیاری از کشورهای غربی اتانازی به تصویب قانونی رسیده و بر اساس این ایده که اتانازی عملی است اخلاقی، چرا که پزشک از روی ترحم و حسن نیت و بر طبق مصالح واقعی بیمار و اطرافیان و جامعه این عمل را انجام می‌دهد مجاز شمرده شده است. دلایل این عمل نجات بیمار غیر قابل علاج از تحمل دردهای توان‌فرسا و از طرف دیگر خلاصی اطرافیان و پرستاران بیمار از دشواری‌ها و مصایب پرستاری و تحمل عذاب و شکنجه‌های روحی است. از سوی دیگر، تخت بیمارستان و نیروهای امدادگر را از اشتغال به چنین بیمار غیر قابل علاج آزاد می‌سازد.

لیکن ادیان آسمانی، خصوصاً اسلام، نظری کاملاً مخالف دارند. اسلام بر حرمت نفس آن‌قدر تأکید دارد که کشتن یک انسان را به منزله کشتن همه انسان‌ها می‌داند و اتانازی و قتل از روی ترحم را در هر صورت و به هر طریق حرام می‌داند. از طرفی، چنان‌چه برخی از گروه‌های حامی اتانازی نیز اظهار داشته‌اند اگر این اقدام مرزهای

قانونی خود را رعایت ننماید می‌توان در مورد امنیت آن تردید داشت، چنان‌چه در جنگ جهانی دوم (۱۹۴۱-۱۹۳۹) صدها هزار نفر غیر یهودی آریایی ژرمن به وسیله نازی‌ها به جهت نقص بدنی و روانی و به بهانه اصلاح نژاد ژرمن در اتاق‌های گاز نابود شدند.

واژگان کلیدی: اتانازی، بیماری لاعلاج، حرمت نفس

لزوم و اهمیت تحقیق در اخلاق پزشکی

طیبه مقبل^۱، سید محمود شاهورانی^۲

۱- کارشناس نیروی انسانی، ۲- امور مالی

مقدمه: اخلاق پزشکی نوین در حقیقت یکی از شاخه‌های اخلاق حرفه‌ای است که سعی دارد اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه عمل پزشکان و کادر پزشکی و نیز در حوزه تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب وارد کند. این روند شامل فعالیتی تحلیلی است که طی آن افکار، عقاید، تعهدات، روش، احساسات، استدلال‌ها و بحث‌های مختلف در حیطه تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پزشکی به صورت دقیق و انتقادی بررسی و در موارد لازم دستورالعمل‌هایی صادر می‌شود. و تصمیمات اخلاق پزشکی را در حیطه عملکرد طبی، بدیهیات و ارزش‌های خوب و بد، صحیح و نادرست و باید و نبایدها به بحث می‌گذارد.

یکی از مباحث مهم در بحث‌های اخلاق پزشکی پرداختن به فلسفه اخلاق پزشکی است، از آن‌جا که اخلاق پزشکی شاخه‌ای خاص از مقوله اخلاق به طور عام محسوب می‌شود، بنابراین هر نظر و دیدگاهی را که در فلسفه اخلاق به طور کلی بپذیریم، طبیعتاً آن دیدگاه کلی در اجزای خود از جمله اخلاق پزشکی تاثیر خواهد گذاشت. اهمیت اخلاق و تزکیه نفس بر کسی پوشیده نیست. اصلاح انسان‌ها و جوامع مختلف و نجات آن‌ها از مشکلات و مفاسد اجتماعی و ... تنها در پرتو ترویج اخلاق صحیح و دعوت انسان‌ها به آراسته شدن به فضایل اخلاقی میسر است و این هدف اساسی و والا وقتی محقق خواهد شد که اخلاق صحیح از اخلاق ناصحیح و نیز مبانی اخلاقی صحیح مورد بحث واقع شود و به طور عقلانی و صحیح تبیین گردد. علمی که عهده‌دار بحث از مبانی

علم اخلاق است، فلسفه اخلاق است، و اساسی‌ترین و محوری‌ترین مسائل مورد نیاز برای ورود به علم اخلاق و تبیین یک نظام اخلاقی درست در آن مورد بحث قرار می‌گیرد. بدیهی است تا این‌گونه مسائل حل نشود، نمی‌توان نظام اخلاقی مورد قبول یعنی نظام اخلاقی اسلام را مطرح نمود و از آن در برابر نظام‌های اخلاقی دیگری که اخلاق را قراردادی و تابع سلايق اجتماعی و فرهنگ‌های قومی می‌دانند یا منشأ اخلاق را طبیعت تلقی می‌کنند دفاع نمود. در جهان‌بینی الهی نظام هستی براساس رسانیدن موجودات به کمالات شایسته آن‌ها استوار است و انسان درمیان موجودات از شرافت و کرامت خاصی برخوردار است.

مسلماً در پیدایش دیدگاه‌های اخلاقی مختلف نوع نگرش پدید آورندگان آن‌ها به جهان هستی مؤثر بوده است و براساس همین نگرش مکاتب مختلف به هستی و انسان است که عواملی از قبیل «جبر تاریخ»، «نفع عمومی»، «موافقت با تکامل»، «لذت‌گرایی»، «عاطفه‌گرایی»، «علم»، «قدرت‌طلبی» و ... به‌عنوان مبانی اصول اخلاقی مطرح گردیده‌اند.

اخلاق از دیدگاه اسلامی کسب یک‌سری صفات و کمالات است که باعث رشد انسان و جامعه انسانی به‌سوی خدا و دوری از صفاتی است که مانع رشد انسان به‌سوی او می‌شود. با توضیحات داده‌شده اگر بخواهیم تعریفی از اخلاق پزشکی بکنیم باید بگوییم «شناخت و تنظیم روابط صاحبان حرفه پزشکی با بیماران، اطرافیان بیمار، همکاران و دانشجویان به شکلی که رضای خدا و حفظ حقوق انسانی و مصلحت فرد و جامعه را در بر بگیرد.» و مسأله دیگری که لازم است روشن شود این است که از دیدگاه تعلیم و تربیت اسلامی تزکیه بر تعلیم مقدم است (ویزکیهم و یعلمهم الکتاب و الحکمه) یعنی اگر کسی

می‌خواهد به سراغ علم و دانش برود اول باید نفس خویش را تزکیه نماید و گر نه علم بدون اخلاق و تزکیه‌دادن تیغ به دست زنگی مست است.

بحث و نتیجه‌گیری: هر کدام از نظام‌ها و مکاتب مختلف اخلاقی دارای ویژگی‌هایی است که وجه تمایز آن از سایر مکاتب به‌شمار می‌رود، زیرا مکاتب مختلف در تعیین ارزش‌های ذاتی و نحوه ارزش‌گذاری افعال و صفات انسان اختلاف نظر دارند، ولی صرف نظر از این اختلافات، نظام اخلاقی اسلام دارای ویژگی‌هایی است که موجب برتری آن بر سایر نظام‌ها و مکاتب اخلاقی گردیده است. **ویژگی‌های خاص این نظام:** «فراگیری و شمول»، «هماهنگی و انسجام درونی»، «قابلیت تبیین عقلانی»، «تأمین سایر ملاک‌ها»، «توجه به حسن فعلی و فاعلی» و «مراتب داشتن ارزش‌ها» است. تنها غربالی که می‌تواند رسم بیگانه و پیرایه‌های غیراسلامی را از دانش روز تفکیک نماید، درک صحیح و شناخت عمیق از چارچوب فکری و ارزشی دین مبین اسلام و آشنایی با زیر و بم‌های احکام شرع مقدس و چگونگی مقابله با تهاجم فرهنگی غرب است و ما معتقدیم که هر کدام از احکام الهی حکمتی والا در درون خود دارد. ما نباید اجازه دهیم دستورات شرع مقدس نادیده انگاشته شود و آیین و رسوم دیگر جای آن را بگیرد و این که شاهد باشیم حکمت احکام الهی در آن سوی مرزها کشف شود و بعد به ما ابلاغ گردد. درست است که هر تصمیمی در زمینه اخلاق پزشکی مرتبط با بسیاری از ارزش‌هایی است که در فلسفه اخلاق پزشکی به آن پرداخته می‌شود، اما اصولاً در شرایطی که بحث‌ها منجر به راهنمایی‌ها و قوانین اخلاقی می‌شود، نوعاً تلاش می‌کند از مباحث کلی خارج و راه‌کارهایی عملی را ترسیم کند.

واژگان کلیدی: پژوهش، تبیین عقلانی، اخلاق پزشکی، احکام الهی

اخلاق پزشکی در دوران اسلام و پس از آن

محمد باقر رضاعلی^۱، مریم سلطانی بابوکانی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

قوانین الهی و تعلیم قرآنی، علاوه بر تکامل انسان در انسانیتش و در قربش به ذات حق تعالی و پیروزی در رضای پروردگار، برای تحقق کمال و سلامت و سعادت (کمال سعادت و خوشبختی) انسان وضع شده‌اند. بدیهی است هر چه نظام‌ها دقیق‌تر و گسترده‌تر باشند، سعادت و سلامت انسان نیز کامل‌تر و رسیدنش به آن هدف والا، سریع‌تر و آسان‌تر خواهد بود. و برای همین، تعلیم و قوانین اسلامی به‌طور دقیق و گسترده برای تمام کارها و اوضاع و احوال انسانی، (سیاسی، اقتصادی، رفتاری، نفسی و ...) وضع شده‌اند، خلاصه هر آن‌چه به فرد یا جامعه تعلق داشته باشد، از دایره قوانین اسلامی خارج نیست. هر چیزی تابع قانونی است و نظامی بر آن حاکم است که آن نظام، قانون را در خدمت و سعادت و خیر و صلاح انسان توجیه می‌کند.

اسلام هیچ قانونی را که به جایگاه اجتماعی انسان یا به سلیقه او و خواسته‌هایش یا به روح و حالت نفسانیش یا به سلامت بدنی‌اش لطمه‌ای بزند، تشریع نکرده است. اگر پزشکی یکی از موارد گسترده‌ای باشد که گاهی به احکام و قوانین اسلامی به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم، راجع است، پس طبیعی است که دکتر یا مریض و کسانی دیگر که با این موارد رابطه‌ای دارند، باید پیوسته به کتاب‌هایی که مرد اعلم در قانون‌گذاری

^۱ - m - Rezaali46 @ yahoo. com

اسلامی برای آشنایی با احکام شرعی، نوشته است مراجعه کنند، چون این امر در بیش‌تر موارد بر نظرها و رفتارهایشان به‌طور قابل توجهی تأثیر می‌گذارد.

علاوه بر این که پزشکی مسؤولیتی دینی است که به حد وجوب کفایی می‌رسد، کافی است بگوییم اهمیت دادن اسلام به این علم تا آن حد است که آن را با علم ادیان مقایسه کرده است. و این دو علم تنها علم‌هایی هستند که می‌باید به آن‌ها توجه خاصی کرد و برای رسیدن به آن‌ها باید سعی و تلاش کرد. از امیرمؤمنان علی (ع) روایت شده است که فرموده‌اند: «علم دو نوع است: علم ادیان و علم ابدان». هم‌چنین از آن حضرت روایت شده است که: «علم سه نوع است: فقه برای ادیان، پزشکی برای ابدان و نحو برای زبان‌ها».

ابن سینا و زکریای رازی که منشأ اثرات مهمی در تاریخ دانش محسوب می‌شوند و از مفاخر ایرانی پس از اسلام هستند - و تقریباً تمام پزشکان بزرگ مسلمان - از علم الهیات اطلاع کامل داشته‌اند و آن‌هایی که تألیفاتی داشته‌اند هم در زمینه پزشکی بوده و هم در زمینه فقه و اخلاق. در آغاز ظهور دین اسلام بسیاری از قبایل عرب توجهی به علوم و فنون نداشتند و معدودی از اعراب در کشورهایی چون ایران طب آموخته بودند که معروف‌ترین آن‌ها دانش‌آموختگان مدرسه جندی شاپور بودند؛ مانند «حارث بن کله» طبیب زمان پیامبر گرامی اسلام.

بدون شک به‌روز کردن اخلاق در زمینه‌های مختلف کاری و از جمله علوم مرتبط با پزشکی، همراه با گسترش روزافزون دانش و به‌وجود آمدن شاخه‌های جدید علوم مثل ژنتیک، بیوتکنولوژی، پیوند عضو و شبیه‌سازی، یک ضرورت است و لازم است نهادهای مسؤول، شرایط را برای نهادینه کردن اخلاق کاری و آموزش آن مهیا سازند.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، اسلام، ضمانت پزشک

اخلاق و تأثیر تغذیه بر آن درآموزه‌های اسلامی

محمد باقر رضاعلی^۱، مریم شهبازی، مهران نصر

اخلاق در لغت، جمع خُلق است و خُلق، ملکه‌ای را گویند که مقتضی سهولت صدور فعل، بدون تفکر و تأمل است. علم اخلاق علمی است که در آن از تهذیب نفس و چگونگی رابطه افراد خانواده با یکدیگر و با جامعه بحث می‌شود. غایت و هدف علم اخلاق، شناخت فضیلت‌ها و چگونگی به‌کارگیری آن‌ها در جهت تزکیه نفس و شناخت پلیدی‌ها به‌منظور پاک‌کردن نفس از آن‌هاست. غایت اخلاق در اسلام، نه تنها کسب و تحصیل فضایل اخلاقی، بلکه طلب رضای الهی در همه امور باطنی و ظاهری است؛ یعنی اسلام بر خلاف سایر مکاتب، اخلاق را صرفاً در حسن فعلی محدود و محصور نکرده است؛ بلکه علاوه بر حسن فعلی به حسن فاعلی هم نظر دارد و این دو بدون علم و معرفت حاصل نمی‌شود.

سرچشمه و منشأ همه خصایص، قوای سه‌گانه‌ای (شهویه، غضبیه، ناطقه) است که محرک نفس انسانی برای کسب علوم عملی است؛ علومی که تمام رفتار و اعمال آدمی به آن علوم برگشت می‌کند. زیرا همه افعال آدمی یا از قبیل جلب منفعت است، مثل خوردن و نوشیدن و پوشیدن (قوه شهویه) و یا از قبیل دفع ضرر است، مانند دفاع از جان و مال و آبرو (قوه غضبیه) و یا برای تصور و تصدیق است (قوه ناطقه). ذات و جوهر آدمی معجونی از این سه قوه است.

^۱ - m - Rezaali46 @ yahoo. com

رابطه نزدیکی میان تغذیه و روحيات و اخلاقيات وجود دارد، ولی هرگز نمی‌توان گفت که غذاها علت تامه برای اخلاق خوب یا بد است، بلکه همین اندازه می‌دانیم که طبق روایات متعدد یکی از عوامل زمینه‌ساز پاکی و اخلاق، تغذیه است هم از نظر نوع غذاها و هم از نظر حلال و حرام بودن آن‌ها که دانشمندان امروزه نیز معتقدند بسیاری از پدیده‌های اخلاقی به خاطر هورمون‌هایی است که غده‌های بدن تراوش می‌کند و تراوش غده‌ها رابطه نزدیکی با تغذیه انسان دارد. بر همین اساس، بعضی معتقدند که گوشت هر حیوانی حاوی صفات آن حیوان است و از طریق غده‌ها و تراوش آن‌ها در اخلاق کسانی که از آن تغذیه می‌کنند اثر می‌گذارد. گوشت درندگان انسان را درنده‌خو می‌کند و گوشت خوک صفت بی‌بند و باری جنسی را که از ویژگی‌های این حیوان است به خورنده آن منتقل می‌سازد. این از نظر رابطه طبیعی و مادی است. از نظر رابطه معنوی نیز آثار خوردن غذای حرام غیر قابل انکار است، غذای حرام قلب را تاریک و روح را ظلمانی می‌کند و فضائل اخلاقی را ضعیف می‌سازد.

بدیهی است برای قبولی نماز شرایط زیادی لازم است، از جمله: حضور قلب و پاکی دل، اما غذای حرام پاکی قلب و صفای دل را از انسان می‌گیرد.

واژگان کلیدی: اخلاق، تغذیه، آموزه‌های اسلامی، غذای حلال، غذای حرام

تاریخ اخلاق پزشکی در جهان و ایران

محمد باقر رضاعلی^۱، مریم شهبازی، مهران نصر

اخلاق پزشکی یکی از شاخه‌های اخلاق حرفه‌ای است که سعی دارد اخلاقیات را به‌صورت کاربردی در حیطه عمل پزشکان و کادر پزشکی و نیز در حوزه تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب وارد نماید. با توجه به جایگاه علم طبابت که به شرافت وجود و اهمیت حفظ نفس انسانی مرتبط است. و با در نظر گرفتن کاربرد وسیع طب در سلامت انسان‌ها، تحقیقات فراوان و موضوعات مستحدثه جدید در این حیطه. و همچنین سابقه تخلفات فراوان از چارچوب‌های انسانی و اسلامی در تاریخ طب، اخلاق در حوزه پزشکی از اهمیت دو چندانی برخوردار است.

علم پزشکی از سابقه‌ای کهن برخوردار است و این تقدس به همان اندازه قدمت دارد.

در گذشته‌های دور همه دانشمندان بزرگ ایرانی و غربی دستی در علم طبابت هم داشته‌اند که از این میان می‌توان به بقراط، جالینوس، سقراط، رازی، ابن سینا و حتی شاعرانی مثل نظامی عروضی سمرقندی (قرن ششم هجری قمری) اشاره کرد.

اخلاق پزشکی به واسطه گستردگی دانش و طولانی بودن از تاریخ کهنی با سابقه بیش از ۲۵۰۰ سال برخوردار است. همراه با رشد و شکوفایی بیش‌تر علم پزشکی،

^۱ - m - Rezaali46 @ yahoo. com

اخلاق پزشکی هم تغییراتی کرده و هر روز به مدد نظرات بزرگان طب و فلسفه کامل‌تر شده است.

تاریخچه اخلاق پزشکی با تاریخچه فلسفه در قرون قبل پیوند خورده است. اما اخلاق پزشکی بیش از همه با اندیشه‌ها و تفکرات فلاسفه بزرگی چون سقراط (۳۹۹ - ۴۷۰ ق.م) افلاطون (۳۴۷ - ۴۲۷ ق.م) و ارسطو (۳۲۲ - ۳۴۸ ق.م) در قرون چهارم و پنجم قبل از میلاد پیوند نزدیکی داشته است. این متفکران یونانی علم اخلاق را در کنار علم پزشکی فرا گرفته بودند و آن را به‌عنوان «هنر زیستن» و «مراقبت و مواظبت از نفس» توصیف می‌نمودند.

سوگندنامه بقراط قدیمی‌ترین قوانین اخلاق پزشکی را در متن خود دارد و هنوز هم در بسیاری از کشورهای جهان به‌عنوان تعهدنامه پزشکان هنگام اتمام دوره تحصیل قرائت می‌شود. سوگندنامه بقراط، در حقیقت، به منزله یک تعهدنامه اخلاقی برای قبول و به کار بستن اصول اخلاقی حرفه پزشکی است. اخلاق فلسفی مبتنی بر مسیحیت در جهان غرب تا اوایل عصر جدید فرهنگ مغرب‌زمین را تحت سیطره داشت.

طب و اخلاق پزشکی در بین ایرانیان از قدمتی طولانی برخوردار است. سابقه پزشکی در ایران طبق برخی منابع مربوط به دوران قبل از بقراط است که از اخلاق پزشکی پارسیان در آن دوران با اصطلاح «مدرن» یاد گردیده است.

امروزه، اخلاق پزشکی سنتی تا حدودی کارایی خود را از دست داده و با اخلاق پزشکی کاربردی نوین جایگزین گردیده است. اخلاق پزشکی سنتی عمده‌تاً شامل اصول و مبانی امرکننده یا نهی‌کننده بود، اما اخلاق پزشکی نوین با رسالت پرداختن به موضوعات و مباحث مطرح در جهان پزشکی و تلاش برای ارائه راه‌کارهای اخلاقی در

مواقع لازم شکل گرفته است. در حال حاضر، در بسیاری از کشورهای جهان، اخلاق پزشکی نوین به صورت علمی و عملی با شیوه‌های جدید مبتنی بر حل مسأله، مطرح و به درجات متفاوت فعال است.

طی چند دهه اخیر، مباحث عمیق اخلاقی در حوزه اخلاق پزشکی مطرح شده است که توجهات زیادی را در جوامع مختلف به خود جلب نموده است. وسعت یافتن دانش بشری، ارتقاء فناوری‌ها، افزایش توانمندی‌های انسانی در تشخیص و معالجه بیماری‌ها و تعدد راه‌های انتخابی سؤالات روزافزونی را برای پزشکان و بیماران مطرح نموده است که اخلاق پزشکی سنتی، علی‌رغم ارزش و قدرت خود، نتوانسته است پاسخگوی این پرسش‌ها باشد. این مسائل عمدتاً دستاوردهای جدید در حوزه علوم پزشکی و عناوین عمده‌ترین موضوعاتی هستند که برای عالمان اخلاق و پزشکان جوامع دغدغه‌آفرین بوده است. عناوینی چون:

- ارتباطات حرفه‌ای در طب
- زیست‌فناوری و اخلاق پزشکی
- جایگاه جسم انسانی
- انسان قبل از تولد
- انسان نابالغ
- پیوند اعضا و بافت‌ها
- خاتمه حیات انسانی
- بارداری
- پژوهش‌های پزشکی

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، تاریخ، پزشکی سنتی، پزشکی مدرن، اخلاق فلسفی

سیر طبیب در اسفار اربعه (سفرهای چهارگانه) حکمت متعالیه

دکتر ریحانه ابوالقاسمی

پزشک عمومی، دانشجوی دوره تخصص پزشکی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی تهران

براساس روایات دینی و تاریخ ادیان بشر هیچ‌گاه بدون پیامبر نبوده و همواره دین یا فرهنگ باقی‌مانده از پیامبران برای مردم هر زمان برنامه زندگی بوده است. یکی از آموزه‌های مهم پیامبران، درس «اندیشیدن» بود؛ اندیشیدن درباره جهان و ارتباط انسان با آن و با پدیده‌های شگفت آن. پیامبران، هم به اندیشه بشر شکل می‌دادند و هم درس اخلاق و قانون در روابط اجتماعی را به آن‌ها می‌آموختند. «فلسفه» یا درست‌تر بگوییم «حکمت» نتیجه درس‌های انبیا بود.

در بین سال‌های ۹۷۹ تا ۱۰۴۵ هجری قمری (برابر با ۱۶۳۵-۱۵۷۱ مسیحی)، فیلسوفی می‌زیست که نام او صدرالدین محمد معروف به ملاصدرا بود و بعدها لقب او را صدرالمتألهین (رئیس فلاسفه الهی) گذاشتند. ملاصدرا روشی ابداع کرد که هم فلسفه و هم عرفان در آن فعال بودند و به حل مسائل شناختی عالم می‌پرداختند. مکتب ملاصدرا، مکتب مستقلی است که دارای نظامی خاص و مخصوص به خود است. وی دستگاهی فلسفی ساخته است که فراگیر همه مسائل فلسفی است، به‌طوری‌که می‌توان ادعا کرد می‌تواند با اصول خود، حتی مسائل فرعی را که بعدها در فلسفه پدیدار می‌شود، به‌خوبی حل کند و می‌دانیم که به‌جز مکتب باستانی اشراقی و مکتب مشائی و

عرفان، مکتبی مستقل غیر از مکتب ملاصدرا در شرق و غرب به‌وجود نیامده است که دارای این جامعیت و قدرت پاسخگویی باشد. از این جاست که می‌توان به عمق و حکمت نام‌گذاری مکتب فلسفی ملاصدرا به «حکمت متعالیه» (Transcendent Philosophy) - یا فلسفه برتر - پی برد و تصادفی نبود که وی نام کتاب مهم و بزرگ خود را «حکمت متعالیه در اسفار اربعه» گذاشت.

عرفا و صوفیه معتقدند که معرفت یا وصول به درجه حکمت عبارت است از شناخت جهان و گذار از جهان حسی و مادی (که به آن سیر آفاق و توحید افعالی می‌گویند) و ورود در شناخت خود انسانی (یا سیر فی النفس) و سیر در عمق غیر مادی جهان، یعنی جهان مثالی و عقلی یا سیر در توحید صفاتی و مشاهده جمال ازلی و حقیقت ابدی که از آن، معمولاً به سفرهای چهارگانه معنوی و روحانی تعبیر می‌شود. سفری که مرحله اول آن حرکت از موجودات و مخلوقات به سوی واقعیت محض (حق) (سیر من الخلق الی الحق) است، و مرحله دوم سیر به سوی حق همراه و به یاری خود حق (سیر بالحق فی الحق) است یعنی در این مرحله با صفات و اسماء الهی آشنا می‌شود و بدان‌ها متصف می‌گردد، به عبارتی، سیر و سفر در درون حق و وصول به تمام حقایق وجودی است. در سفر سوم، بار دیگر به سوی خلق باز می‌گردد، بدون آن که از حق جدا شود (سیر من الخلق الی الخلق بالحق)، یعنی در حالی که با خداست به سوی خلق برای ارشاد و دست‌گیری و هدایت باز می‌گردد. سفر چهارم، بازگشت به مخلوقات و موجودات با نگاهی نو و گامی تازه است (سیر فی الخلق بالحق). در این سیر عارف با مردم و در میان

مردم است و به تمشیت امور آنها می‌پردازد، برای آن‌ها که آن‌ها را به سوی حق سوق دهد.

در این مقاله جایگاه طب و طبابت در مسیر معرفت و چگونگی سفر طبیب در مراحل چهارگانه حکمت مورد بررسی قرار می‌گیرد. به‌عنوان مثال، در سفر دوم، طبیب در میان ابناء خود بدان سعادت و مقام و مرتبت رسیده است که به مظهر بودن اسم شریف «محیی» که از اسمای بزرگ الهی است، نایل آید و.....

واژگان کلیدی طبیب، اسفار اربعه، حکمت متعالیه، ملاصدرا

اخلاق پزشکی از بعد وظایف و صفات اطباء

پرویز کهن‌دل

فوق لیسانس حقوق عمومی

مقاله حاضر به‌طور اجمال و در یک چشم‌انداز کوتاه به بررسی اخلاق پزشکی و صفات و وظایف اطبا از آغاز تا عهد قاجار با استناد به گفتار برخی علما، شعرا و منابع اسلامی در دو بخش مجزا می‌پردازد.

بنابراین، نگارنده مقاله را در قالب دو بخش مجزا تحت عنوان «*اخلاق پزشکی در ایران باستان*» و «*اخلاق پزشکی در اسلام و ایران اسلامی*» به‌انضمام کتابنامه و نتیجه‌گیری تهیه کرده است.

طبابت، درحقیقت، نوعی بندگی است، نه حرفه و تجارت. تنها کسانی که همتی بلند دارند و همواره خرد را دستمایه می‌سازند می‌توانند به آسودن دلی یا شادمان ساختن جانی دست یازند و راحت روح و آرامش روان را برای بندگان خدا به ارمغان آورند.

فن طبابت به‌عنوان یکی از فنونی که با تن آدمی، تنی که در نزد شرقیان جایگاه روان ارزنده است، سروکار دارد و هیچ‌گاه از محتوای اخلاقی تهی نبود و تقوای اخلاقی و مهارت در فن طب همواره دو رکن لازمه یک پزشک به‌شمار می‌آمده‌اند. مردم عموماً چنان توقع دارند که پزشک، مرد بافضلیت و تقوایی باشد که ذکاوت علمی و صفات اخلاقی هردو را دارا باشد و قدرت عقلانی او هرگز سبب آن نشده باشد که از اعتقاد دینی و اتکاء به خدای او چیزی بکاهد. اگرچه در مجامع روشنفکری بحث در موضوعات

مهمی نظیر سقط جنین درمانی، تکنولوژی ضد بارداری و... آغاز شده است، علی‌رغم آراء قانونی منفرد، تجزیه و تحلیل عقیدتی از اخلاقیات پزشکی معاصر موجود است.

اخلاق پزشکی در ایران باستان همواره مد نظر بوده است. در بخش ونیدداد اوستا گفتارهایی درباب ویژگی‌های پزشکان آمده است. هم در آن جاست که زردشت می‌گوید تنها پس از انجام سه عمل موفقیت‌آمیز است که پزشک جراح قابلیت کار پزشکی را پیدا می‌کند و اگر با وجود این، سه نفر را عمل می‌کرد و می‌مردند، مادام‌العمر اجازه طبابت نداشت. در آیین زردشت، مهارت در درمان بیماران تنها معیار یک پزشک شایسته نبود، بلکه شخصیت اخلاقی و دارا بودن وجدان در مرتبه‌ای اولی‌تر از شرایط پزشکی بوده است.

اصول پزشکی و معیار اخلاق پزشکی را در زمان ساسانیان روایات و اساطیر اوستا تشکیل می‌داده است. بر این اساس، طبیب بایستی مریض را به پاک‌ی، احتیاط و تدبیر معالجه کند و در صورت تعلل در معالجه جنایتکار خوانده می‌شد و مراجعه به پزشک بیگانه علی‌رغم وجود پزشک ایرانی گناه محسوب می‌گردید.

صفات یک طبیب شایسته، در عصر ساسانی، این بود که دانا باشد و شناخت کامل نسبت به اعضاء بدن و ادویه داشته باشد، دنیاپرست نباشد و امراض را دقیق معاینه و معالجه نماید.

در باب نخستین کتاب کلیله و دمنه برخی از صفات و وظایف یک پزشک خوب را بر می‌شمارد که در این مقاله می‌خوانیم. با وجود منزلت رفیعی که پزشک در جهان اسلامی داشته و افتخارات فراوانی که به آن نائل می‌شده است، نباید چنین تصور کرد که همه مردمان در سراسر جهان اسلامی اعتماد و اعتقاد کامل به حرفه طبابت داشته‌اند؛

مخصوصاً در قرون اولیه تمدن اسلامی بسیاری به فن طبابت به بدگمانی می‌نگریستند و نسبت به ادعاهای پزشکان تردید می‌کردند. در مقابل این نظر، کسان دیگری نیز با کمال میل ادعاهای فن طبابت را قبول داشتند و به اطباء با چشم احترام می‌نگریستند. حتی در میان اعراب که در قرون نخستین کم‌تر از ایرانیان و نصاری و جهودان به این فن تمایل نشان می‌دادند، طب وارد متن زبان آن‌ها شد. رعایت معیارهای اخلاقی در طب و طبابت در دوره اسلامی نیز ادامه می‌یابد. در عهد خلفای عباسی، برای طبابت مقررات سختی بود که توسط رئیس‌الاطبا اجرا می‌شد و پس از گذراندن امتحان پروانه طبابت داده می‌شد. خلفای عباسی مقرر کردند که دانشجویان پزشکی پس از آموختن تعلیمات علمی و نظری رساله بنویسند که اگر مورد قبول استاد واقع شد به کار طبابت بپردازند و پس از فراغت از تحصیل سوگند بقراطی ادا کنند. بیمارستان‌های اسلامی آن روز در کمال نظم و ترتیب اداره می‌شد و بدون توجه به ملیت و مذهب و شغل، همه بیماران را با نهایت دقت معالجه می‌گردند. هر مریضی که بهبودی می‌یافت مرخص می‌شد و هرکس که می‌مرد مخارج کفن و دفن او را بیمارستان می‌پرداخت. در ادامه این مقاله ابیاتی از فردوسی و نظامی گنجوی در باب رعایت معیارهای اخلاقی در طبابت آمده است.

مقاله چهارم از کتاب چهارمقاله نظامی عروضی سمرقندی به علم و هدایت طبیب اختصاص دارد و سیمای یک طبیب را به‌عنوان یک حکیم به‌خوبی ترسیم می‌کند. وی انتظار مردمان را از پزشک به شکلی که در این مقاله آمده است بیان می‌دارد. ابن‌اخوه از علمای بزرگ اسلام در قرن هفتم و هشتم هجری قمری و مؤلف کتاب آیین

شهرداری بود که در آن وظایف یک پزشک خوب را به‌نحوی که در این مقاله آورده شده، عنوان می‌دارد.

دنباله مطالب مقاله را بررسی اخلاق پزشکی در عهد افشاریه، زندیه و قاجاریه و عمده‌ترین عوامل ناپویایی علوم پزشکی از بعد اخلاقی تشکیل می‌دهد. مبحث پایانی این مقاله را بیان کلی مهم‌ترین وظایف اخلاقی اطباء در بر می‌گیرد.

بررسی تطبیقی اخلاق پزشکی در چهارمقاله نظامی عروضی در بخش طب با

اخلاق پزشکی معاصر

معصومه کریمی^۱

این مقاله به بررسی مقاله چهارم (بخش طب) از کتاب بسیار ارزشمند چهارمقاله نظامی عروضی می‌پردازد و هم‌چنین با معرفی نظامی عروضی و اثبات تبحر او در علم طب، به بررسی تطبیقی مباحث اخلاق پزشکی در چهارمقاله با مباحث اخلاق پزشکی معاصر می‌پردازد.

چنان‌چه با برشمردن چند ویژگی مهم در کنار هم برای یک طبیب خوب حکایت از خطیر بودن وظایف پزشک دارد. در ادامه به بحث درمان بیمار، بدون حب و بغض شخصی، حتی درمان دشمن، در چهارمقاله پرداخته می‌شود. و سپس به تحلیل این دیدگاه در حال حاضر و نمونه‌های نقض آن در مسائلی چون آزمایش‌های جدید پزشکی و شرایط جنگی به‌ویژه در رابطه با اسرا می‌پردازد.

شجاعت و شهامت پزشک نیز در چهارمقاله مورد بررسی قرار گرفته است و به درمان بیماری در مراحل حساس و نجات جان بیمار می‌پردازد. بدون این‌که سخنی از داوطلبانه‌بودن از سوی بیمار یا فریب او در میان باشد. و برخلاف قوانینی که گاه امروزه برای درمان واقعی از سوی پزشک دست و پا گیر می‌شوند، «بهترین کار» از سوی پزشک در چهارمقاله صورت می‌گیرد.

^۱ - karimi_59_6744

در ادامه، در قسمتی دیگر از این کتاب، به رعایت اخلاق پزشکی در شرایط مختلف، چه در دستگاه‌های حکومتی و چه در برخورد با مردم عادی می‌پردازد. در این‌جا چهارمقاله به بیان چند مورد پرداخته است که اگرچه ظواهر اخلاق با پادشاه و یا حمال رعایت نمی‌شود اما در نهایت منجر به مداوای کامل بیمار می‌گردد. گفتنی است که این شرایط از شرایط خاص است، که اگرچه ظواهر اخلاق رعایت نشده است اما مغایر با اخلاق پزشکی نیست، چراکه شیوه درمانی دیگری وجود نداشته و پزشک صد در صد به بهبود بیمار اطمینان داشته است. زیرا در غیر این صورت، به‌کار بردن رفتاری به ظاهر غیراخلاقی و نهایتاً عدم درمان بیمار، رفتار غیراخلاقی را به هیچ عنوان توجیه نخواهد کرد.

سپس به اخلاق در فوریت‌های پزشکی و احساس مسئولیت پزشک پرداخته می‌شود که در چهارمقاله، پزشک به‌خاطر حس انسان‌دوستی و حس مسئولیت به مداوای فردی می‌پردازد که اصلاً به او مراجعه نکرده بود، ولی او را از خطر زنده دفن شدن نجات می‌دهد. در این‌جا پزشک اگر خود را در چارچوب قوانین محدود می‌کرد شاید به سبب عواقب آن خود را ملزم به این کار نمی‌دانست.

امیدبخشی و همدردی با بیمار و عشق نسبت به هم‌نوع که از سایر وظایف یک پزشک است، در چهارمقاله بیانی جالب دارد. مواردی که گاه در حال حاضر در بعضی از موارد رعایت نمی‌شود و حتی آسیبی جدی به روند درمان وارد می‌سازد که دربردارنده عملی کاملاً غیر اخلاقی است. در این رابطه به مواردی هم‌چون: بی‌توجهی و غفلت و ماشین‌وار عمل کردن پزشک، عدم کنترل احساسات در مواقع حاد از سوی پزشک و عدم برخورد صحیح با بیمار و ناامید کردن مغرضانه (در رابطه با اسرای جنگی) اشاره

می‌گردد و این‌که چگونه یک پزشک ضمن پرهیز از فریب بیمار یا ایجاد امید کاذب، با در نظر گرفتن شخصیت، فرهنگ و روحیه و اعتقادات یک بیمار باید سعی در بالا بردن امید در بیمار داشته باشد.

رازداری و رعایت حال بیمار که در حال حاضر مسأله‌ای بسیار بدیهی در زمینه اخلاق پزشکی است، در چهارمقاله نظامی نیز مورد بررسی قرار می‌گیرد. چنان‌چه اقدام طبیب منجر به کشف بیماری در عین کتمان علت بیماری شده و حتی به درمان محتاطانه آن می‌پردازد.

در نهایت، این مقاله به بررسی ارتباط پزشک با خدا می‌پردازد که با عدم نگرش مادی پزشک در درمان بیمار سروکار دارد و البته شفا را در کنار دوا (درمان) می‌داند و این دو را در طول هم قرار می‌دهد نه در عرض یکدیگر. چنان‌چه چهارمقاله نیز آشکارا به این موضوع می‌پردازد.

تمای مطالبی که در بخش طب در چهارمقاله آورده شده بیانگر این موضوع است که چگونه حدود ۸۰۰ سال پیش اخلاق در پزشکی رعایت می‌شده و حتی شاید چیزی هم از دوران معاصر کم نداشته است که این موضوع نشان از غنای تمدن اسلامی و اصالت دادن به حرمت و کرامت انسان در مسائل است.

واژگان کلیدی: چهارمقاله، نظامی عروضی، اخلاق، طب، پزشک، بیمار، درمان، گذشته، معاصر، رعایت اخلاق، صفات پزشک، وظایف پزشک

بررسی ویژگی‌های مقالات علمی در زمینه اخلاق پزشکی؛

جست‌وجو در اینترنت

دکتر لادن ناز زاهدی^۱

پژوهشگر فرهنگستان علوم پزشکی

مقدمه: سیاست‌گذاران در سطح کشوری یا دانشگاهی نیازمند دانستن ویژگی‌های جامعه مربوطه اعم از عامه مردم یا جامعه علمی هستند تا بتوانند برنامه‌ای دقیق و مبتنی بر نیاز جامعه مورد نظر ارائه دهند. از آن‌جا که معرفی یک جامعه با زبان آمار ابزاری جهت درک آسان آن ویژگی‌ها به‌وسیله همگان است، آن دسته از مطالعات که به‌صورت میدانی (in the field) انجام می‌شوند، می‌توانند با تقریب درست، آینه تمام‌نمای ویژگی‌های آن جامعه باشند. بنابراین، لازم است مقالات در حوزه اخلاق زیستی - پزشکی که در سال‌های اخیر در نشریات یا کنفرانس‌های خارجی منتشر شده‌اند از وجوه مختلف بررسی شوند.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش، با به‌کارگیری موتور جست‌وجوی Google و پایگاه داده‌های medline و pubmed و با ارائه واژگان جست‌وجو (bioethics/ethics, Iran) به‌طور ثابت و واژگان جست‌وجو (confidentiality, consent, decision-making, privacy, disclosure, patient-doctor relationship, healthcare, medical documents,) به‌طور متناوب، نوع و تعداد مقالات زیست - پزشکی حاصل تلاش پژوهشگران ایرانی، موضوع مورد پژوهش، و سال و محل انتشار مقاله یا چکیده مقاله؛ و

^۱ - ladannazzahedi@yahoo.com

نیز تعداد پژوهشگران در هر مقاله، و محل وابستگی پژوهشگر مورد بررسی قرار گرفت. در بعضی مقالات پژوهش مورد نظر با مشارکت چند مرکز انجام شده بود که در این آنالیز، فقط مرکز اصلی حمایت‌کننده دانشگاهی لحاظ شد.

یافته‌ها: به‌طور کلی، ۶۲ مقاله از ۲۳ مرکز دانشگاهی و علمی وابسته به آن‌ها در موتور جست‌وجو و پایگاه داده‌های ذکرشده در بالا درج شده بود. مراکز دانشگاهی که در پژوهش‌های اخلاق زیست-پزشکی مشارکت داشتند، به ترتیب، بیش‌ترین درصد مقالاتی که به هر یک از این مراکز تعلق داشت، عبارت بودند از: دانشگاه علوم پزشکی تهران (۵۶/۴ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۱۹/۳ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۸ درصد)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۴/۸ درصد)، دانشگاه تربیت مدرس، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، فرهنگستان علوم پزشکی و مرکز اخلاق پزشکی (هر یک ۱/۶ درصد). بیش‌ترین موضوعات مورد توجه پژوهشگران ایرانی عبارت بودند از: اعطای عضو پیوندی ۲۲/۵ درصد، اخلاق پزشکی ۱۱/۲ درصد، و آموزش اخلاق پزشکی، شأن بیماران، و انتشار مقالات علمی، هر یک ۸ درصد. توزیع نوع مقالات منتشرشده عبارت بودند از: مقاله بازنگری ۶۱/۳ درصد، مقاله دست اول (اورژینال) ۳۲/۲ درصد، خلاصه نگاری همراه با اظهارنظر ۳/۲ درصد، و نامه به سردبیر ۱/۶ درصد. انتشار مقالات از سال ۲۰۰۵ تاکنون نسبت به سال‌های قبل از آن ۷۰/۹ درصد در مقابل ۲۹ درصد

بود. درصد تعداد پژوهشگران انجام دهنده پژوهش برای هر مقاله به این شرح بود: ۴ نفر و کم‌تر ۹۰/۳ درصد و بیش از ۴ نفر ۹/۶ درصد.

نتیجه‌گیری: در سال‌های اخیر، توجه پزشکان و پژوهشگران ایرانی به موضوع اخلاق پزشکی بیش‌تر شده است و مراکز عمده دانشگاهی در کشور به این موضوع توجه بیش‌تری نشان داده‌اند. در واقع، بیش‌ترین موضوعات اخلاقی مورد توجه همان موضوعاتی بوده‌اند که در مجامع بین‌المللی بیش‌تر مطرح شده‌اند. مقالات دست‌اول در حدود یک سوم مقالات را تشکیل می‌دهند که لازم است توجه پژوهشگران به این مطلب جلب شود، زیرا این دسته از مقالات می‌توانند نیازهای آموزشی جامعه پزشکی و عموم مردم را بهتر تصویر نمایند. هم‌چنین، از آن‌جا که میانگین تعداد نویسندگان یک مقاله در نشریات BMJ و JAMA به ترتیب ۴/۵ و ۷ نفر است، پیشنهاد می‌شود به منظور ارتقاء کیفیت مقالات جهت انتشار در نشریات دارای کیفیت علمی بیش‌تر، نویسندگان ضمن تقسیم وظایف بیش‌تر با یکدیگر همکاری نمایند.

بررسی مقایسه‌ای دیدگاه‌های اسلام و

اخلاق پزشکی مدرن در مورد اتانازی

دکتر سید محمد جواد مرتضوی^۱، زهرا هاشمی^۲

۱- دانشیار فیزیک پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۲- روابط بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

در اسلام زندگی یک انسان به قدری ارزش دارد که قرآن کریم نجات جان یک انسان را با نجات جان تمامی انسان‌ها برابر می‌داند (من قتل نفس بغیر نفس او فساد فی الارض فکانما قتل الناس جمیعاً و من احیایها فکانما احیا الناس جمیعاً). از سوی دیگر در این مکتب الهی، زندگی افراد متعلق به آن‌ها نبوده و جان انسان امانتی الهی است که حفظ این امانت از واجبات غیر قابل انکار است (ان الله یأمرکم أن تؤدوا الامانات إلی اهلها). یکی از مسائل مشترک بین اخلاق پزشکی و فلسفه مسأله، زندگی و مرگ است. بدین ترتیب، از جمله مواردی که اخلاق پزشکی در دنیای مدرن با آن روبه‌رو شده است مسأله اتانازی (Euthanasia) یا همکاری تعمدی با بیمار در پایان بخشیدن به زندگی پر درد و رنج وی است. از دیدگاه مکاتب انسان‌محور و غیرالهی، تقاضای آگاهانه بیمار برای مرگ و رهایی از درد و رنج می‌تواند اخلاقی‌بودن اتانازی را توجیه نماید، اما از نقطه‌نظر قانون و ادیان حاکم در اکثر کشورها، اتانازی عملی مطرود است. انجمن جهانی پزشکی (WMA) در بیانیه خود بر اساس سوگندنامه بقراط، اتانازی را به هر شکلی

محکوم کرده است و آن را غیراخلاقی می‌شمارد، ولی در کشورهای اروپایی هم‌چون هلند و بلژیک و هم‌چنین ایالت اورگان آمریکا اتانازی قانونی است و بیماران می‌توانند مرگ سریع و راحت خود را درخواست نمایند. علاوه بر دین مبین اسلام، مسیحیت و یهودیت نیز اتانازی را مورد قبول نمی‌دانند، هر چند ادیان آسیایی چون بودیسم، شینتوئیسم و کنفوسیوسم این روش را مجاز دانسته‌اند. آیاتی نظیر (لا تلقوا با یدیکم الی التهلکه)، (و من یقتل مؤمناً متعمداً فجزاؤه جهنم خالداً فیها وغضب الله علیه ولعنه وأعدله عذاباً عظیماً)، (ولا تقتلوا النفس الّتی حرم الله إلاّ بالحقّ) و (ولا تقتلوا انفسکم ان الله کان بکم رحیماً) به‌خوبی دیدگاه اسلام را در مورد ارزش جان انسان‌ها نشان می‌دهد. نکته قابل تأملی که در این مورد مطرح می‌شود این است که با وجود دیدگاه صریح اسلام در مورد محکومیت اتانازی، پزشکانی وجود دارند که هر چند در اتانازی فعال همکاری نمی‌کنند، چندان اعتقادی به لزوم حفظ زندگی این بیماران ندارند و با کوتاهی در ارائه خدمات پزشکی به‌نحوی موجب تسریع مرگ بیمار (Passive Euthanasia) می‌شوند. هم‌چنین در ادیان الهی و به‌ویژه اسلام، نوعی باور و اعتقاد به وجود نیروهای فراطبیعی در زندگی و اعتقاد به معجزه و شفا وجود دارد که به مسأله اتانازی ابعاد وسیع‌تری می‌بخشد. این مقاله به بررسی مقایسه‌ای دیدگاه ادیان الهی به‌ویژه دین مبین اسلام و اخلاق پزشکی مدرن در خصوص اتانازی می‌پردازد.

واژگان کلیدی: اتانازی، اسلام، اخلاق پزشکی

رهنمودهای اسلامی در بهداشت فردی، پیشگیری و درمان

بیمارهای دهان و دندان از دیدگاه اسلام

محمد عباسی^۱

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم

جایگاه واقعی بهداشت و حفظ سلامتی در تعالیم انسان‌ساز مکتب اسلام، در قرآن و در راستای آن در بیانات گهربار مفسران واقعی قرآن (معصومین علیهم السلام) به‌طور واضح و کامل به جامعه بشریت ارائه شده است. خدایی که آفریننده انسان است بهتر از هر کسی به چگونگی حفظ صحت، دردها و درمان انسان آگاهی کامل دارد.

خداوند متعال در سرشت آدمی، خداپرستی، طلب خیر و پاکی، بیزاری از ناپاکی و میل به پاکیزگی را به ودیعت نهاده است، لذا برنامه‌های اسلام مطابق با شؤونات خلقت است. و آن‌چه از حلال و حرام و امر و نهی می‌بینیم، مصلحت انسان دقیقاً در آن‌ها رعایت گردیده است. بنابراین، دستوراتی که در باب بهداشت و تغذیه در تعالیم اسلامی می‌بینیم، دارای این خصوصیت است، چون نیاز به سلامت یک نیاز فطری و ضامن بقاء نسل آدمی است.

اهمیت اسلام به سلامت روح خیلی بالاتر از سلامت جسم است. حضرت امام خمینی (ره) در کتاب چهل حدیث می‌فرمایند: «در امراض جسمانیه گاهی ممکن است با ناپرهیزی جزئی باز دوا و طبیعت غالب آید و صحت عود کند. زیرا که طبیعت خود حافظ

^۱ - Mohamad_abbasi55@yahoo.com

صحت است و دوا معین آن؛ ولیکن در امراض روحیه امر خیلی دقیق است، زیرا که طبیعت بر نفس از اول چیره شده و وجهه نفس رو به فساد و منکوس است.»

قرآن کریم با تحریم خبائث و پلیدی‌ها (۱۵۷ سوره اعراف) و حلال نمودن پاکیزگی پاکیزه‌ها (۱۵۷ سوره اعراف) و قاعده حفظ اعتدال (۱۵۷ سوره اعراف) راه وصول به این مقصد را فراهم ساخته و با ارائه دستورات بهداشتی در زمینه‌های مختلف، شناسایی عوامل بیماری‌زا و طرق کنترل آن‌ها و آموختن آن‌ها به آحاد مردم زمینه تعالی روح و رشد و شکوفایی استعدادهای انسان را فراهم ساخته است.

اسلام دستورات بهداشتی و پزشکی را جزء جدایی‌ناپذیر برنامه‌های عملی و فقه اسلامی بلکه سرآغاز و مقدمه عبادات قرار می‌دهد. در تاریخ می‌خوانیم مسلمانان نخستین در اثر عمل به تعالیم فقهی - بهداشتی اسلام و پیروی از روش پیامبر اکرم (ص) در تمامی زمینه‌ها مخصوصاً از نظر بهداشت فردی و عمومی و همچنین مسائل سیاسی و اجتماعی به درجه‌ای رسیده بودند که پیشرفته‌ترین ملت‌ها در تمدن به آن حد نرسیده بودند.

در زمینه پاکی و پاکیزگی آیه و احادیث زیادی نقل شده است. در قرآن کریم خداوند می‌فرماید: «شست‌وشوی بسیار کن که خدا به عمرت بيفزاید.»

و یا از حضرت رضا (ع) روایات شده است: «که نظافت و پاکیزگی از روش‌های انبیاء است.»

امام صادق (ع) می‌فرماید: «نسان برای عمر طولانی آفریده شده است اما او با عدم رعایت بهداشت عمر خود را کوتاه می‌سازد.»

در اسلام پیش‌گیری مقدم بر درمان مطرح شده است و دستورات فراوان بهداشتی از ناحیه ائمه هدی (ع) نیز این مطلب را تأیید می‌کند. وجود دندان‌های سالم در جویدن

غذا، صحبت کردن و زیبایی از اهمیت بالایی برخوردار است. لذا از دست دادن هر دندان و بیماری در دهان ضایعه‌ای جبران‌ناپذیر خواهد بود. باید توجه داشت که خداوند متعال دندان‌ها را به شرط مراقبت صحیح برای تمام عمر در نظر گرفته است.

در این‌جا از میان بیش‌تر از ۴۰۰ حدیث در رابطه با بهداشت دهان و دندان به روایتی که بنیانگذار جمهوری اسلامی ایران در کتاب «چهل حدیث» به آن اشاره فرموده‌اند اشاره کنیم:

«بدان که مسواک نمودن، که در این حدیث شریف پیامبر اسلام فرموده‌اند یکی از آداب مستحبه شرعیه است مطلقاً و در مواقع خاصه موکد است مثل قبل از نماز و در وقت قرائت قرآن و در وقت سحر و وقت برخاستن از خواب.»

علمای بزرگ طب اسلام کنترل بهداشت دهان و اعمال دندان‌پزشکی را بر کشیدن دندان مقدم می‌دانستند.

محمد بن زکریای رازی پزشک مشهور اسلامی می‌گویند:

«باید قبل از کشیدن دندان به همه وسایل معالجه متوسل شد و فقط در صورتی که ناگزیر شدیم باید دست به کشیدن دندان بزنیم.»

امام رضا(ع) می‌فرمایند: «آشامیدن آب سرد بعد از چیزهای گرم و شیرینی دندان‌ها را از بین می‌برد» و نیز فرمودند: «قبل و بعد از شیرینی مقداری نان خشک بجوید.» یعنی شیرینی لقمه آخر شما نباشد.

پیامبر اکرم(ص) فرمودند: «از خوردن شیرینی‌ها پرهیز کنید که دشمن دندان‌های

شماست.»

آموزش بهداشت دهان و دندان از دیدگاه معصومین:

دستورات فراوانی از طرف معصومین در خصوص عنایت به بیماری‌ها و پیش‌گیری از آن‌ها و سلامت مشخص شده است.

حضرت علی (ع) می‌فرمایند: «کسی که زیان چیزی را نشناخت قادر به درک آن نخواهد بود.» و از همه مهم‌تر این که اسلام به تمام این تعالیم بهداشتی رنگ الهی داده است. مثلاً در مورد مسواک علی‌رغم اثرات و فواید آن، آن را جزئی از وضو دانسته‌اند.

دیدگاه معصومین در مورد مسواک زدن:

پیامبر اسلام (ص): «مسواک زدن از سنت‌های پیامبران است.»

«دهان‌های شما معبر قرآن است آن را با مسواک پاکیزه نگاه دارید.»

«مسواک پاک‌کننده دهان است.»

سهل‌انگاری در مسواک زدن منجر به سقوط از ارزش‌های انسانی می‌گردد.

پیامبر اسلام (ص) می‌فرمایند: «مسواک زدن نیمی از وضو است و از این طریق زمینه را

جهت اجرای این تعالیم ارزشمند فراهم شده است.»

امام صادق (ع) می‌فرمایند: «آیا همه مردم را جزء افراد با فضیلت و کمال به‌شمار

می‌آوری؟ کسانی را که مسواک نمی‌زنند مجزا کن.»

فواید و اثرات مسواک زدن:

پیامبر اسلام فرمودند:

«در مسواک زدن دوازده فایده است:

سنت پیامبران است.

پاک‌کننده دهان است

جلادهنده چشم است.

باعث خشنودی خداست.

بلغم را دفع می‌کند.

حافظه را زیاد می‌کند.

دندان‌ها را سفید می‌کند.

بوی دهان را از بین می‌برد.

لثه را محکم می‌کند.

اشتهای طعام را زیاد می‌کند.

حسنات را هفتاد برابر زیاد می‌کند.

ملائکه به آن خشنود می‌شوند.

در روایت دیگری از رسول اکرم (ص) نقل شده است که مسواک زدن باعث افزایش

فصاحت می‌شود.

فوائد مسواک زدن به‌طور مختصر در روایات پیشوایان معصوم (ص):

باعث نظافت دهان است.

بوی بد دهان را از بین می‌برد.

عقل را می‌افزاید.

غم و اندوه را از بین می‌برد.

مو را حفظ می‌کند.

به نشاط و شادی می‌افزاید.

معهده را سالم نگه می‌دارد.

زیبایی را حفظ و تأمین می‌کند.

اوقات مسواک زدن:

هنگام وضو

پیامبر اسلام (ص) فرمودند: «یا علی بر تو باد مسواک زدن هنگام وضو برای نماز»

پیامبر اسلام (ص) فرمودند: «مسواک زدن جزئی از وضو است.»

هنگام قرائت قرآن

رسول خدا فرمودند: راه قرآن را تمیز کنید. گفتند رسول خدا راه قرآن چیست؟

فرمود دهان‌های شما، گفتند با چه چیزی؟ فرمودند با مسواک زدن.

مسواک زدن هنگام خواب و بعد از خواب:

حضرت رسول خدا (ص) هر شب سه بار مسواک می‌زدند، یک بار قبل از خواب و

یک بار چنانچه از خواب برای دعا بیدار می‌شدند و یک بار دیگر قبل از خروج برای نماز

صبح.

رسول خدا اگر می‌خواستند به رختخواب بروند مسواک می‌زدند.

مسواک زدن برای روزه دار:

امام حسین (ع) فرمودند: «مومن هر ساعت خواست می‌تواند مسواک بزند.»

انتقاد رسول اکرم از مؤمنانی که مقید به مسواک زدن نیستند:

توجه اسلام نسبت به بهداشت دهان به حدی است که از هر موقعیت مناسب جهت

آموزش بهداشت و تاکید بر مسواک استفاده می‌نماید. و حتی به صورت امر به معروف به

مؤمنانی که از این سنت نبوی غفلت می‌ورزند هشدار می‌دهد. رسول خدا در برخورد با

عده‌ای که دندان‌های زرد و آلوده داشتند بلافاصله آن‌ها را مورد توبیخ قرار داده می‌فرمایند: «چرا دندان‌های شما را آلوده می‌بینم، چرا مسواک نمی‌زنید.» پایین‌ترین حدی که برای مسواک زدن بیان شده است این است که با انگشت خود لثه‌ها را ماساژ دهید.

در رابطه با چگونگی مسواک زدن پیامبر اسلام (ص) فرمودند:

به‌صورت عرضی مسواک بزنید نه به‌صورت طولی (دندان‌های فک بالایی را از بالا به پایین و فک پایینی را از پایین به بالا).

مشخص شده است که چهار عامل اصلی (میکروب‌ها، مواد قندی، کم شدن مقاومت شخص و دندان‌های وی، زمان) در پوسیدگی دندان‌ها رل اصلی را بازی می‌کنند که با رعایت کامل بهداشت دهان و دندان مخصوصاً مسواک زدن و استفاده از نخ دندان بعد از مصرف غذا علی‌الخصوص بعد از مصرف شیرینی‌جات از پوسیدگی دندان‌ها پیش‌گیری می‌شود.

نتیجه: از آن‌جا که قوانین اسلام و از جمله دستورات بهداشتی آن از سرچشمه زلال وحی نشأت می‌گیرد، لذا ضمانت اجرایی بسیار معتبری برای بشریت دارد و تا آن زمان که اسلام به‌عنوان مکتبی تمام‌عیار و نجات‌بخش در جامعه مطرح باشد بسیاری از بیماری‌ها به‌صورت دفعی و پایه‌ای قابل پیش‌گیری است. ولی متأسفانه ما ثروت عظیم فرهنگی خود را مدفون و به‌دست فراموشی سپرده‌ایم و به سراب دیگران متوسل شده‌ایم.

واژگان کلیدی: دیدگاه اسلام، بهداشت دهان و دندان، پیش‌گیری

اخلاق در مدیریت بهداشت عمومی از نگاه اسلام و غرب

دکتر فرهنگ بابا محمودی، دکتر عبدالرضا بابا محمودی

دانشگاه علوم پزشکی مازندران

میزان اختیار مدیران در مداخله در امور وابسته به سلامت مردم از دیر باز به‌عنوان سؤالی اساسی مطرح بوده است و در پاسخ به این سؤال که «دولت و مدیران بخش بهداشت و درمان تا چه اندازه‌ای می‌توانند در امور مردم مداخله نمایند؟» پاسخ واحدی وجود ندارد و این خود به چالشی در زمینه اخلاق مدیریت بهداشتی تبدیل شده است. در دنیای غرب که با نگرش لیبرالیسم و اومانیزم به این مقوله نگاه می‌کنند دو روش برخورد وجود دارد:

۱. بخش بهداشت عمومی باید به شکلی در امور افراد مداخله نماید که جامعه

دچار بیماری‌های ناشی از رفتار غلط بهداشتی نشود

۲. بخش بهداشت عمومی مسئولیتی در قبال رفتار خصوصی مردم از قبیل استفاده

از سیگار و مواد مخدر، مصرف الکل، نبستن کمربند ایمنی و رفتار جنسی ناسالم

تا حدی که باعث آسیب به خود فرد می‌شود ندارد.

تعیین مرز دقیقی برای حقوق فردی و اجتماعی گاهی بسیار دشوار است. مداخله در

زمینه‌های بهداشت فردی به‌خصوص در مواردی که به‌صورت درهم تنیده‌ای با بهداشت

عمومی ارتباط دارد این سؤال بزرگ را پیش می‌آورد که «آیا از نظر اخلاقی این نوع

مداخلات تجاوز به حقوق و محیط فردی انسان‌ها نیست؟» «آیا ما می‌توانیم تا این حد در مورد دیگران تصمیم بگیریم؟»

نگرش دین مبین اسلام به این قضیه فلسفه‌ای استوار و منطقی متین دارد. در جوامع غربی سه اصل آزادی، شادمانی و رفاه به‌عنوان سقف آمال بشر تعریف می‌شود اما در اسلام این سه، تنها کف خواسته‌های بشری است و در سطح بالاتری تعالی و تکامل معنوی بشر را هدف نهایی معرفی می‌نماید و اسلام در پی ایجاد جامعه‌ای با انسان‌هایی سالم در ابعاد جسمی و روحی و معنوی است.

اما در جوامع غربی تکامل معنوی بشر نادیده انگاشته شده و علت عمده تناقضات در تعیین حد دولت در مداخله در امور بهداشت فردی و اجتماعی ناشی از این امر است. در اسلام اگرچه حد و حریم خصوصی افراد محترم شمرده شده است، ولی با وضع قوانین و احکام شرعی شیوه زندگی خصوصی و اجتماعی را معین نموده و حکومت اسلامی را موظف نموده است تا بر این امور نظارت نماید. به‌عنوان مثال، در مواردی چون خوردن مواد سکرآور یا اعمال جنسی خاص که حتی در حیطه فردی انجام می‌شود حکومت اسلامی موظف به اعمال حدود و قوانین الهی است. در اسلام مدیریت صحیح در زمینه حکومت اسلامی، زمینه‌ساز تربیت اسلامی و ارتقاء سطح فرهنگ، آگاهی، رشد اجتماعی و سلامت مردم است و در نتیجه سبب ایجاد تمهیدات لازم برای تعالی معنوی و تکامل می‌شود. مردم با پیروی از مدیران کاردان و لایق و متفکر و خیرخواه خود در مسیر رشد و پویایی و فعالیت‌های خلاقانه قرار می‌گیرند.

در قرآن در سوره احزاب آیه ۳۶ چنین آمده است که:

«هیچ مرد و زن با ایمانی حق ندارد هنگامی که خدا و پیامبرش امری را لازم بدانند،
اختیاری در برابر فرمان خدا داشته باشد، و هرکس نافرمانی خدا و رسولش را کند، به گمراهی
آشکار گرفتار شده است.»

رسول خدا (ص) می‌فرماید: «الناس علی دین ملوکهم» یعنی «مردم پیرو دین حکمرانان
خود هستند»

و در جایی دیگر فرمودند: «الناس بامرائهم اشیه من آبائهم» یعنی «مردم در آداب و
شیوه زندگی به مدیران شباهت بیش‌تری دارند تا والدین خود.»

پس مدیریت دارای فلسفه عمیقی است که همه زیبایی‌های یک جامعه از جمله
سلامت به آن بستگی دارد.

سلامت در اسلام

دکتر محمدحسن قدیانی^۱، دکتر سید شهاب الدین صدر^۲

۱- متخصص بیماری‌های داخلی، استادیار و معاون پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور

۲- استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، رئیس سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

خداوند سبحان خود را طبیب، محیی و شافی معرفی می‌نماید. پیامبر گرامی اسلام (ص) علم طب را برابر با علم دین می‌داند و امیرمؤمنان علی (ع) از ایشان به‌عنوان طبیب دوار بطبه یاد می‌کند. در متون اسلامی و قرآنی تأکید فراوانی بر لزوم رعایت بهداشت جسمی و روحی و تن و جان شده و علاوه بر موضوع درمان به مقوله پیش‌گیری نیز توجه خاص شده است:

- کَلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا
 - یَسْتَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَ الْمَيْسِرِ، قُلْ فیهما اثم کبیر
 - صُومُوا تَصِحُّوا
 - النِّظَافَةُ مِنَ الْاِیْمَانِ
 - مَسْوَاکُ زَدَن
 - شَسْتَنَ ظُرُوفَ غَدَا بِهَ وَیُزِیْهَ پَسْ اَزْ صَرْفِ شَام
 - اِسْتِعْمَالِ عَطْرِ وَ سَاِیَرِ تَوْصِیَہِہائی کہ اِشارہ بہ ہمہ اَن‌ہا در اِینِ مَقَالِ نَمِی‌گَنجَد.
- امام جعفر صادق (ع) می‌فرماید: هیچ ملتی را از سه گروه بی‌نیاز نمی‌داند و یکی از آن سه گروه را طبیب دانای مورد وثوق و اعتماد می‌داند. خداوند متعال در سوره مائده

می‌فرماید: «من احياءها فكانما احياء الناس جميعاً». در آیات ۱۲ تا ۱۴ سوره مؤمنون به زیبایی به مراحل رشد جنین در رحم مادر اشاره شده است. مطالعات زیادی نشان داده‌اند بیماری‌های روانی و پسیکوسوماتیک (روان تنی) و اختلالات دیگری نظیر افسردگی و اضطراب در افرادی که به مبانی دینی و مذهبی معتقد و پای بند هستند کم‌تر دیده می‌شود (الا بذکر... تطمئن القلوب). در خصوص عیادت از بیمار سفارش‌های فراوانی به عمل آمده و ثواب و پاداش زیادی برای این کار در نظر گرفته شده است. در تعالیم و آموزه‌های اسلامی به هر دو بعد جسمی روحی و روانی توجه شده است و مولای متقیان امیرالمؤمنین علی (ع) نیز توجه به بهداشت روان را مهم‌تر از سلامت جسم و بدن می‌داند.

نکته حائز اهمیت در این میان تقدم تهذيب و تزكیه نفس بر تعلیم و تعلم است (یزكیهم و یعلمهم الكتاب و الحکمه). رسول اکرم (ص) علم غیر سودمند را حجاب اکبر می‌داند. در نصوص اسلامی «لجارثم الدار» مورد تأکید قرار گرفته و به رفتار و کردار و گفتار مناسب با همکاران و فواید محبت به بیماران و خوش‌برخورد بودن با دیگران تأکید فراوان شده است. شاگردانی از این مکتب نظیر رازی که به جالینوس عرب معروف بوده، کتاب الطب الروحانی را در برابر الطب المنصوری به نگارش درآورده‌اند. هم‌چنین شیخ الرئیس ابوعلی سینا پزشک و فیلسوف نامدار مشرق‌زمین در کنار قانون کتاب فی علم الاخلاق را به رشته تحریر درآورده است.

ابوعلی سینا طب را در کتاب قانون دانشی که به‌وسیله آن بتوان بر کیفیات تن آدمی آگاهی یافت تعریف و توصیف نموده و هدف آن را حفظ تندرستی در موقع سلامت و اعاده آن هنگام بیماری دانسته است.

علی (ع) می‌فرماید: «من تطیب فلیتق /... ولینصح ولیجتهد» یعنی «کسی که به طبابت اشتغال ورزد باید تقوای خدا پیشه کند و بیماران را راهنمایی کرده از تلاش و کوشش دریغ نورزد». پیامبر اکرم (ص) می‌فرماید: «العلم والدین توأمان، اذا افترقا احترقا» یعنی «علم و دین پیوسته با یکدیگرند و چنان‌چه از هم جدا شوند، آتش افروز خواهند بود.»

در نهایت، باید اذعان داشت احیای ارزش‌های اصیل اخلاقی و اسلامی و عمل به آن‌ها از ضروریات و مقدم بر سایر امور و علوم است و تمامی پیشرفت‌های علمی و مظاهر گوناگون تکنولوژی در صورتی که با اصلاح و تربیت درونی انسانی همراه نباشند به سر منزل مقصود نخواهند رسید. در تمدن اسلامی اخلاق پزشکی نظیر سایر شاخه‌های طب تحت تعالیم عالیه دین مبین اسلام از تلؤل و درخشش بیش‌تری برخوردار گردیده است.

کلیات و سر فصل‌های اخلاق پزشکی

دکتر محمدحسن قدیانی^۱، دکتر سید شهاب الدین صدر^۲

۱- متخصص بیماری‌های داخلی، استادیار و معاون پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور

۲- استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، رئیس سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

تعریف: اخلاق به صفات، افعال و ملکات زشت و زیبا اطلاق می‌گردد. تمامی ادیان و مذاهب الهی و در رأس آن‌ها دین مبین اسلام انسان را به سوی کمال حقیقی و معرفت واقعی راهنمایی و به تخلق به مکارم و فضایل عالی‌ه اخلاقی توصیه نموده‌اند و اساساً ایمان و عمل به فرامین الهی خودبه‌خود این زمینه را در فرد و جامعه فراهم می‌نماید. این موضوع نکته‌ای است که دنیای امروز با تمام پیچیدگی‌ها، پیشرفت‌ها و جلوه‌های گوناگون تکنولوژیک خود به آن رسیده و در برابر این خلأ عظیم که تمامی ابعاد مادی و معنوی و جسمی و روحی زندگی بشر را تحت تأثیر قرار داده سر تعظیم و تسلیم فرود آورده است.

رسالت علم اخلاق: شناسایی قوا و استعدادهای مختلف انسان و چگونگی ایجاد تعادل در

میان امیال گوناگون او و راهنمایی وی به کمال حقیقی خود

اخلاق پزشکی: علمی است که موضوع آن بررسی مجموعه آداب و رفتار پسندیده یا

ناپسندی است که صاحبان حرف پزشکی باید رعایت نمایند. اخلاق پزشکی مقوله‌ای جدا از

اخلاق فاضله انسانی و ارزش‌های عالی‌ه بشری نیست. قرآن کریم در سوره قلم خطاب به

پیامبر گرامی اسلام می‌فرماید: و انک لعلی خلق عظیم.

رسول اکرم(ص) هدف از بعثت خود را تتمیم و تکمیل مکارم اخلاق معرفی

می‌نمایند. هم‌چنین می‌فرمایند: «ثلاث من مکارم الأخلاق: تصل من قطعک و تعطی من حرمتک و تعفو عن ظلمک»

حضرت علی (ع) می‌فرمایند: «من تطب فلیتق الله و لینصح ولیجته»

امام سجاد (ع) در صحیفه سجادیه می‌فرمایند: «وهب لی معالی الأخلاق»

مقوله اخلاق در ادوار کهن و سایر ادیان نیز مورد توجه خاص و عام بوده است. هم‌چنین در ادب فارسی مورد تأکید فراوان قرار گرفته است از جمله:

گر طبیبانه بیایی به سر بالینم به دو عالم ندهم لذت بیماری را

تا توانی به جهان خدمت محتاجان کن به دمی یا درمی یا قلمی یا قدمی

سعدی علیه الرحمة

بنی آدم اعضای یکدیگرند که در آفرینش ز یک گوهرند

چو عضوی به درد آورد روزگار دگر عضوها را نماند قرار

تو کز محنت دیگران بی غمی نشاید که نامت نهند آدمی

شیخ الرئیس ابوعلی سینا کتاب «فی علم الأخلاق» و حکیم رازی کتاب «الطب

الروحانی» را در این زمینه به رشته تحریر درآورده‌اند.

از جمله موضوعات مهمی که همواره در مقوله اخلاق پزشکی مورد بحث و بررسی

بوده‌اند، عبارتند از:

سقط جنین، مرگ مغزی، تشریح، پیوند اعضا، رابطه پزشک با بیمار، رابطه پزشک

با همکاران، پزشک و اجتماع، همانندسازی، لقاح مصنوعی، تغییر جنسیت، سر حرفه‌ای

و رازداری، اتانازی، رضایت، خطاها و قصور پزشکی، گواهی‌نویسی، اخلاق در پژوهش

اخلاق پزشکی و دین

سید محمد حسن علم الهدی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

خداوند قرآن کریم را چنین معرفی می‌فرماید:

۱- و نزل من القرآن ما هو شفاء و رحمه للمؤمنین (اسراء/۸۲)

شفا و رحمت دو ویژگی این کتاب الهی است، چنان‌که خداوند شافی و رحمان و رحیم است.

۲- ... قل هو للذین امنوا هدی و شفاء ... (فصلت/۴۴)

... بگو (قرآن) هدایت و شفا است برای مؤمنان

خداوند دوبار واژه شفا را به قرآن نسبت می‌دهد. آیا این شفا نسبت به نیازهای جسمانی است یا نیازهای معنوی و روحی؟

اگر شفا در رابطه با جسم باشد، ممکن است اشاره به راهنمایی‌های بهداشتی قرآن باشد. با توجه به این‌که رسالت قرآن، سعادت‌مندی انسان در دنیا و آخرت است، یکی از مصادیق سعادت در دنیا، سلامتی جسم است. قرآن کریم، در آیات فراوان، دستوراتی دارد که زمینه سلامت جسم را فراهم می‌سازد. چند مورد از دستورات بهداشتی قرآن چنین است: بهداشت در رفتارهای جنسی، بهداشت در تغذیه (مانند: حرمت خوردن خون، گوشت خوک، حیوان مرده و حیواناتی که گوشت‌خوارند)، دستور روزه گرفتن و مانند آن.

دستورات بهداشتی قرآن، موضوعات سلامتی روان را نیز شامل می‌شود، مانند: تأکید بر امیدوار بودن، منع خشمگین شدن، منع یأس و ناامیدی و مانند آن. اما دستورات بهداشتی جسمی و روانی قرآن می‌تواند مسلمان و غیرمسلمان، با ایمان و بی‌ایمان را تحت پوشش قرار دهد و درباره آن‌ها هم مصداق عملی پیدا کند، در حالی که قرآن در دو آیه مورد گفت‌وگو تأکید دارد که قرآن برای مؤمنان شفا است. ممکن است منظور از شفا قرآن که اهل ایمان را شامل می‌شود، بهداشت و درمان مشکلات معنوی و روحانی باشد. در این صورت، قرآن کریم رسالت خودش را درمان مسائل معنوی از جمله اخلاق می‌شمارد.

می‌توانیم مفاهیم اخلاق پزشکی را از قرآن به‌دست آوریم، تا این حرفه مقدس در صراط مستقیم قرار گیرد و از یک‌سو سلامتی و بهداشت جامعه به نقطه مطلوب برسد و از سوی دیگر زحمت‌کشان جامعه پزشکی سعادت دنیا و آخرت خود را تضمین کنند. نکته جالب توجه این‌که، قرآن کریم، هر محور انسانی و اخلاقی را به شکل جامع‌نگر بررسی می‌کند و برای ایجاد و رشد هر فضیلت، ابعاد گوناگون وجود انسان را ملاحظه می‌کند و برای برطرف کردن هر زشتی نیز به‌صورت جامع آن را حل می‌کند.

بررسی میزان رعایت اخلاق مدیریت درمانی پزشکی در

دو مرکز آموزشی و درمانی پزشکی

مهرناز مردانی^۱، پریسا نبیئی، ندا مؤدب، زهرا هوشمند سروسستانی

تیم دانشجویان مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی کمیته تحقیقات دانشجویی گروه اخلاق

پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نظر به این‌که اخلاق سازمانی و مدیریتی (Management Ethics) در اثربخشی فرآیند فعالیت‌های سازمان و گروه تأثیر بسزا و چشمگیری را به خود اختصاص می‌دهد و شیوه ارتباط (Communication) و مدیریت‌های خرد و کلان در میزان رضایت‌بخشی ارباب‌رجوع نقش مهمی را ایفا می‌کند، بررسی چالش‌ها و آسیب‌های موجود در نظام و سازمان اخلاقی و رفتاری مدیران، آن‌هم در حیطه و حوزه خدمات درمانی و بهداشتی و ارائه راه‌کارهای شایسته و مناسب جهت بهینه‌سازی مدیریت اخلاق و ساماندهی آن، می‌تواند بستر مناسبی جهت اصلاح و بهبود هنجارها و رفتارها در مدیریت منابع انسانی در دامنه سلامت (Health) باشد.

بر این اساس، با تهیه و توزیع فرم‌های نظرسنجی در دو مرکز درمانی و آموزشی بیمارستانی به‌عنوان الگو به نتایج و آماری در زمینه «میزان رعایت اخلاق در مدیریت‌های مختلف» این دو مرکز دست یافته شد و پس از شناسایی نقاط ضعف و آسیب‌های جدی و مهم و ریشه‌یابی آن، به مسیرهای منتهی به تغییر و دگرگونی وضعیت و شرایط و مطلوب‌سازی رسیده و راه‌کارهای کاربردی در این مورد ارائه و مطرح شده است.

^۱ - ethics@sums.ac.ir

نشست

اخلاق پزشکی و حقوق



پنجشنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷

مسئولیت پزشکی

مرجان سهرابی^۱، دکتر غفور خویینی، دکتر علی عراقی‌زاده

پژوهشکده فلسفه و حقوق تطبیقی

مسئولیت پزشکی، به‌طور عام، به معنای پاسخگو بودن پزشک در قبال خساراتی است که به بیمار وارد می‌کند و این خسارات در نتیجه انجام وظایف پزشکی در طول دوره درمان یا عمل جراحی بوده است.

در این تحقیق به بازخوانی انواع مسئولیت پزشکی، موجبات مسئولیت پزشک، محدوده خطای پزشکی، جرائم ناشی از اقدامات پزشکی، تخلفات عمده پزشکی و در آخر، به بررسی شرایط لازم جهت مسؤول شناخته‌شدن پزشک از دیدگاه فقه و حقوق پرداخته شده است و پزشکان تحت سه عنوان کلی «متبحر ولی قاصر»، «ناآگاه و فاقد صلاحیت کافی» و «متبحر و ماهر» تقسیم شده‌اند و مسئولیت ایشان از دیدگاه فقها اعم از شیعه و سنی و حقوق‌دانان با مبانی خاص هر یک، بررسی شده است و از آن‌جا که بر مسئولیت پزشک جاهل و پزشک مقصر، همه علما و حقوق‌دانان اتفاق نظر دارند؛ به تحلیل مسئولیت پزشک متبحری که با رعایت قواعد فنی و احتیاط کامل منجر به نقص عضو یا مرگ بیمار شده، پرداخته شده است. در پایان نیز نگاهی اجمالی به شرایطی که سبب سقوط مسئولیت پزشک می‌شوند خواهیم داشت.

واژگان کلیدی: مسئولیت پزشکی، ضمان، اذن، ابراء، رضایت، اسقاط، تقصیر، تلف،

احسان، مسئولیت

^۱ - m_sohrabi_b@yahoo.com

رضایت بیمار و برائت پزشک

دکتر سید عباس سادات حسینی

استادیار پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

مقدمه: آگاهی نسبت به رابطه حقوقی (از نظر کیفری و مدنی و انتظامی) و اخلاقی پزشک و بیمار اولین گام هر پزشکی جهت دست یازیدن به درمان بیماران است. بحث: طبق قوانین موجود به‌ویژه قانون مجازات اسلامی و اصول کلی، به‌خصوص اصول اخلاقی، رضایت آگاهانه بیمار به درمان شرط لازم برای هر اقدام پزشکی است و اقدام به معالجه بدون رضایت به مفهوم ارتکاب جرم و مجازات است و حتماً لازم است که پزشک نسبت به عوارض احتمالی که جزء لاینفک هر اقدام پزشکی می‌تواند باشد از خود رفع مسئولیت کند (برائت) و الا ضامن است. خطا و تقصیر تنها موردی است که در صورت ارتکاب پزشک نمی‌تواند از طریق حقوقی خود را مبری سازد.

نتیجه‌گیری: رضایت و برائت موقعی در محاکم مسموع است که قابل دفاع باشد، لذا لازم است قبل از هر گونه اقدام پزشکی و به‌صورت کتبی اخذ گردد.

موارد قانونی مرتبط با رضایت‌نامه‌ها

لیلا قادری^۱، لیلا عبداللہی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

مقدمه: هر انسان زنده‌ای دارای حقوقی در حیات، سلامت و مرگ خود است. به عقیده فلاسفه، عدالت عبارت است از تأمین تمام حقوق بشر، تولد هر کس بستگی به اخذ تصمیم دیگران دارد، ولی ادامه حیات و انتخاب زندگی دلخواه حق مشروع او بوده و می‌تواند به‌عنوان یک انسان مسؤول، حق آزادی و انتخاب کردن داشته باشد. یکی از اساسی‌ترین حقوق بیماران، حق دادن رضایت به قبول یک روش معالجه است. منطق و قانون حکم می‌کند که هر فرد با عقل سالم حق دارد در مورد آنچه بر بدن وی انجام می‌پذیرد تصمیم بگیرد. هر گونه اقدام پزشکی، بایستی طبق قانون به‌وسیله بیمار و از طریق دادن رضایت آگاهانه اجازه داده شود. مهم‌ترین اصل در گرفتن رضایت آگاهانه‌بودن آن است. پزشک باید تمام ابعاد، اهداف، عوارض جانبی محتمل یا مسائل غیر مترقبه را با کلماتی که مردم عادی بفهمند، توضیح دهد و احتمال موفقیت یا شکست در درمان را کاملاً به بیمار تفهیم کند.

روش پژوهش: تحقیق از نوع کاربردی و مطالعه به‌صورت توصیفی و مقطعی است که ابزار گردآوری داده‌ها با استفاده از چک‌لیست بوده که توسط مسؤولان مدارک پزشکی مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تکمیل گردید.

^۱ - gadery17@yahoo.com

یافته‌ها: ۶۰ درصد از مسؤولان بیمارستان‌ها اعلام کردند که در زمینه رضایت آگاهانه قانون وجود دارد و ۸۰ درصد از مسؤولان اعلام کردند که در زمینه اخذ رضایت برای عمل جراحی و طبی و رضایت استفاده از اطلاعات پزشکی و قطع عضو قانون وجود دارد. ۲۰ درصد از مسؤولان اعلام کردند که در زمینه رضایت‌نامه اهدا عضو توسط خود بیمار و خانواده بیمار قانون وجود دارد و ۷۰ درصد از مسؤولان در زمینه ترخیص با میل شخصی قانون داشتند که شرایط لازم جهت این رضایت‌نامه از دید مسؤولان عبارتند از: اخذ رضایت از بیمار با ذکر عوارض ناشی از ترخیص. همچنین اکثر مسؤولان اعلام کردند که در زمینه افراد ذی‌صلاح جهت دادن رضایت‌نامه، محل گرفتن رضایت‌نامه، زمان و افراد ذی‌صلاح جهت اخذ رضایت و چگونگی اخذ رضایت قانونی ندارند.

نتیجه‌گیری: اخذ رضایت از بیمار یکی از مباحث اساسی جامعه پزشکی است و اکثر مؤسسات درمانی با این موضوع روبه‌رو هستند و گاهی موانعی بر سر راه درمان بیمار محسوب می‌شود. رضایت‌نامه‌ای که با اکراه و ترس یا اجبار و کلاهبرداری اخذ شود بی‌اعتبار است و هرگز عنوان رضایت‌نامه ندارد. بنابراین، کسب رضایت حقیقی آن چنان که همه قبول دارند بسیار مشکل است. بنابر آن‌چه گفته شد آگاهی مسؤولان مدارک پزشکی از قوانین و جنبه‌های قانونی رضایت‌نامه که در بدو ورود بیمار به مراکز درمانی از او رضایت می‌گیرند بسیار ضروری است و آگاهی آن‌ها از قوانین موجود در این زمینه از بلا تکلیفی آن‌ها در برخی موقعیت‌ها می‌کاهد و آن‌ها را در مقابل دعاوی قانونی حفظ می‌کند.

در تحقیقی که در سال ۱۹۹۴ در زمینه افشای اطلاعات حساس مانند بهداشت روانی، استفاده دارویی و الکلی صورت گرفته رضایت صریح بیمار را الزامی داشته است. این در صورتی است که در کشور ما در این موارد قانون خاصی وجود ندارد.

واژگان کلیدی: قانون، رضایت آگاهانه، رضایت‌نامه

بررسی عوارض جانبی درمان و مسئولیت پزشک

در نظام حقوقی ایران و فقه امامیه

فاطمه علی اکبری^۱، نجمه شاهین فرد

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه: گاهی پیش می‌آید که پزشک در سیر تشخیص یا درمان بیمار ناچار به زدن لطمه‌ای به او می‌شود، به‌عنوان مثال حین احیای قلبی - ریوی ممکن است چندین دنده از دنده‌های بیمار بشکند یا حین انجام آزمایش‌های تشخیصی موجب ایجاد خون‌مردگی یا درد یا سایر عوارض جانبی شود؛ به حکم فقهای امامیه «گر موجب ديه شود و مريض ابرا نکند طبيب ضامن است.»

هدف از این مطالعه تعیین عوارض جانبی درمان و مسئولیت پزشک در نظام حقوقی ایران و فقه امامیه است.

بحث و نتیجه‌گیری: ابرا یا برائت پزشک در معالجات و درمان یکی از الزامات حقوقی است که مختص نظام حقوقی ایران است و قانون‌گذار به تبع فقه امامیه آن را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های خاص نظام قانون‌گذاری پذیرفته است.

نیاز مردم به پزشک و خودداری پزشکان از معالجه در صورت مطالبه خسارت، ضرورتی است که توجیه‌کننده لزوم تشریح ابراء پزشک است، زیرا اگر امکان ابراء طبیب

^۱ -aliakbari_fa@yahoo.com

وجود نداشت، هیچ طبیبی از ترس ضمان و مسؤولیت بعدی کسی را معالجه نخواهد کرد.

اگر بیمار پزشک را بیش از اقدامات درمانی ابراء و بری اذمه کند این امر موجب عدم مسؤولیت پزشک خواهد شد.

ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی در این خصوص می‌گوید: «چنان‌چه طبیب قبل از شروع به درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او براءت حاصل نموده باشد، ضامن خسارت جانی یا نقص عضو نیست در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نیست طبیب ضامن نیست. از این رو، اگر بیمار عاقل و بالغ شخصاً، در مورد صغیر و مجنون اگر سرپرست قانونی او پزشک را پیش از درمان ابراء کند، پزشک در صورت رعایت موازین و داشتن مهارت‌های فنی در عملی مسؤولیت ندارد.» به همین علت است که در مراکز درمانی ما شاهد هستیم که بیمار و همراه او در ذیل ورقه‌ای که مطالب آن در برگیرنده براءت پزشک از مسؤولیت است امضا یا اثر انگشت گرفته می‌شود.

البته در مورد ختنه‌کردن حکم خاصی در قانون مجازات اسلامی آمده است که برگرفته از نظرات فقهی است.

قانون ۳۲۰ قانون مجازات اسلامی: «هرگاه ختنه‌کننده در اثر بریدن بیش از مقدار لازم موجب جنایت یا خسارت شود ضامن است هر چند ماهر بوده باشد.» در این جا پزشک نیاز به اخذ براءت از شخص یا سرپرست او ندارد زیرا آنچه موجب مسؤولیت او می‌شود اقدامات غیر متعارف و خارج از حد معمول و به اصطلاح همراه با تعدی و تفریط است. پزشک هنگام معالجه برای اجتناب از درگیر شدن با چنین مسائلی می‌تواند به ترتیب ذیل از خود رفع مسؤولیت نماید:

چنانچه پزشک به مریض یا ولی او بگوید اگر ضرری به مریض برسد ضامن نیست و مریض یا ولی او نیز قبول کرده باشد پزشک در قبال ضررهای احتمالی رفع مسؤولیت می‌شود و گرفتن رضایت از مریض یا ولی او مبنی بر عدم مسؤولیت پزشک در قبال ضررهای احتمالی در ابراء می‌نامند.

اقسام رفع مسؤولیت از پزشک: اگر مریض بالغ و عاقل نباشد، رضایت ولی بیمار معتبر است. اگر مریض بالغ و کامل العقل باشد، رضایت بیمار معتبر است، حتی اگر منجر به مرگش شود. اگر مریض بالغ و عاقل باشد، ولی کامل العقل نباشد، رضایت خودش تا حدی که منجر به مرگش نشود معتبر است. رضایت بایستی آگاهانه که دارای شرایطی مثل: تشریح وضعیت موجود، شرح مناسبی از فرایند متعاقب آن، شرح منافع مورد انتظار (نه مسلم)، پیشنهاد پاسخ به سؤالات بیمار، درک این مطلب که بیمار جبراً موافقت نکرده، هرگاه تصمیم خود را تغییر دهد از قبول معالجه امتناع خواهد کرد.

واژگان کلیدی: عوارض جانبی، مسؤولیت پزشک، نظام حقوقی

اخذ رضایت و برائت پزشک از بیمار از دیدگاه حقوق ایران

دکتر مسعود ربانی^۱

متخصص ارتودنسی و کارشناس حقوق

در این مقاله به بررسی اخذ رضایت و برائت پزشک از بیمار از دیدگاه حقوق ایران پرداخته شده است. بسیاری از حقوقدانان و پزشکان بر این تصورند که با اخذ رضایت مکتوب از بیماران قبل از درمان یا عمل جراحی پزشک از هرگونه مسؤولیتی بری خواهد بود، ولی ضرورتاً این چنین نیست، چون اقدامات پزشکی با آزادی تن آدمی ارتباط پیدا می‌کند. قانون‌گذار ایران شرایط ویژه‌ای را برای اخذ و صحت رضایت و برائت در نظر گرفته که از جمله رعایت شرایط عمومی قراردادها مانند قصد، رضا، اهلیت، مشروعیت و قانونی بودن را می‌توان اشاره نمود. علاوه بر آن، بایستی پزشک در انجام درمان‌ها قصور یا بی‌مبالاتی ننموده باشد و در محدوده اذن بیمار درمان را انجام داده باشد تا در صورت ورود خسارت به بیمار از مسؤولیت کیفری و انتظامی رهایی یابد. در برخی موارد درمانی به نظر می‌رسد اخذ رضایت همسر نیز لازم باشد. مسأله‌ای که در حقوق ایران وجود دارد، ولی به صراحت

۱ - masood_rabbani@yahoo.com

در حقوق سایر کشورها نمی‌توان مشاهده نمود، اخذ براءت است که در آن صورت پزشک را به‌طور کامل با رعایت سایر شرایط از مسؤولیت مدنی نیز بری می‌نماید که در این مورد نیز تحلیل به‌عمل آمده است.

واژگان کلیدی: رضایت، پزشک، ابراء ذمه، اهلیت، قصد، رضا، مشروعیت،

قوانین آمره

شرایط سقوط مسئولیت پزشک

مرجان سهرابی^۱، دکتر غفور خویینی، دکتر علی عراقی‌زاده،

پژوهشکده فلسفه و حقوق تطبیقی

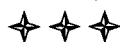
پزشک در شرایط عادی دارای وظایفی در برابر بیمار است و در صورت بروز مشکلی برای بیمار در قبال وی مسئول و ضامن جبران خسارت وارده است و در برخی موارد که نتیجه قصور یا اشتباه و خطای طبیب باشد، مشمول پرداخت دیه می‌گردد. با این وجود در شرایط خاصی، با وجود این‌که ارکان و شرایط مسئولیت پزشک فراهم می‌شود، این مسئولیت از وی سلب می‌شود. در این مقاله به بررسی مجموعه عواملی که در مجموع سبب سقوط مسئولیت پزشک می‌شوند و عبارتند از اجازه قانون‌گذار، مشروعیت اعمال پزشکی اعم از طبی و جراحی، رعایت موازین پزشکی، قصد درمان، رضایت بیمار، اخذ برائت می‌پردازیم.

واژگان کلیدی: مسئولیت، مشروعیت، رضایت، برائت

^۱ - m_sohrabi_b@yahoo.com

نشست

مبانی فلسفی و اخلاق پزشکی



پنجشنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷

مروری بر تفکرات فلسفی در اخلاق پزشکی

کاظم مسکنی

عضو هیأت علمی و مدیر درمان دانشکده علوم پزشکی سبزوار

تاریخ تأملات فلسفی در علم پزشکی به یونان باستان می‌رسد، اما تفکرات نظم یافته فلسفی از قرن نوزدهم آغاز شد. «فلسفه طب»، به عنوان یک انتظام معین در فلسفه، در دهه ۱۹۷۰، با تأسیس چند مجله مانند «فلسفه و پزشکی» تثبیت شد که به مباحث بنیادی علم طب می‌پرداخت.

هواداران این مفهوم معتقد بودند که علت نیاز به مباحث فلسفه طب، فاصله زیادی است که بین تکنولوژی و ارزش‌های انسانی به وجود آمده است. ادموند پلگرنیو یکی از بنیان‌گذاران فلسفه طب، بر این امید است که این انتظام فلسفی جدید بتواند مسؤولیت پزشکان را در قبال جامعه و بیمارانشان روشن‌تر سازد.

از همان آغاز، موضوع جدال میان فیلسوفان طب این بود که فلسفه طب حوزه‌ای مجزا در فلسفه است یا این که شاخه‌ای از فلسفه علم و به طور اخص شاخه‌ای از فلسفه بیولوژی. برخی از فیلسوفان مانند کاپلان و شافر معتقد بودند که پایه علم پزشکی، زیست‌شناسی است و فلسفه طب نیز شاخه‌ای از فلسفه بیولوژی است.

به رغم اعتقاد برخی فیلسوفان، که به جای واژه «فلسفه طب»، از «فلسفه و پزشکی» و یا «فلسفه در پزشکی» استفاده می‌کنند، در این دو دهه اخیر مباحثی که علم طب را هم چون یک موجود خارجی مورد بررسی قرار داده است، فلسفه طب را در ردیف «فلسفه

تاریخ»، «فلسفه قانون»، «فلسفه علم» و دیگر فلسفه‌های کاربردی به حساب آورده است.

فلسفه طب به مباحث «هستی‌شناسانه»، «شناخت‌شناسی»، «ارزش‌شناسی»،

«روشن‌شناسی» و «منطق» که به نوعی با پزشکی مرتبطند، می‌پردازد.

شاید بتوان گفت مباحث ارزش‌شناسی، به‌ویژه در اخلاق پزشکی، قسمت مهمی از

فلسفه طب را تحت تأثیر قرار داده است. فلسفه طب در سال‌های اخیر به‌طور عمده بر

چالش‌های اخلاقی، که مستلزم استفاده از وسایل تکنولوژی جدید است، مانند «تانازی»

و لقاح مصنوعی متمرکز شده است.

اخلاق پزشکی قلمروی است که چهار حوزه مهم یعنی، فلسفه، پزشکی، الهیات و

قانون در آن باید مدنظر قرار گیرد. همکاری پزشکان و فیلسوفان در این حوزه، برای

قانونی کردن مسائل اخلاقی مبتلا به، بهره‌فراوانی به بار خواهد آورد.

مباحث اخلاقی در سه حوزه مورد بحث قرار می‌گیرند: «فرا/اخلاق»، «اخلاق

هنجاری» و «اخلاق توصیفی». اخلاق توصیفی، مطالعه علمی اخلاق است که هدف آن

کسب شناخت تجربی اخلاق است

در اخلاق پزشکی نیز توجه به اخلاق هنجاری و فرا اخلاق به یک اندازه اهمیت دارد.

در حوزه اخلاق هنجاری، افتراق بین «اخلاق هنجاری کاربردی» و «اخلاق هنجاری کلی»

مهم است. رویکردهای اخلاق هنجاری کلی، توجیه و نشان‌دادن یک چارچوب اخلاقی

کلی است برای پاسخ کلی به این پرسش که «چه چیزی اخلاقاً درست و چه چیزی اخلاقاً

نادرست است؟»

پیشرفت دانش پزشکی و روش‌های نوین تحقیقات زیست‌شناختی، تعارضات اخلاقی

مختلفی را به وجود آورد که ضرورت توجه به اخلاق پزشکی را ایجاد کرد. تعهد پزشکان

و حقوق بیماران یکی از مسائلی است که در اخلاق پزشکی مورد بحث قرار می‌گیرد. در رابطه بین پزشک و بیمار دو مفهوم «پدرسالاری» و «خودمختاری بیمار»، مورد بررسی قرار می‌گیرد. مفهوم پدرسالاری اشاره بر این دارد که پزشک به مانند یک پدر برای بیمار (به مانند فرزند) تصمیم می‌گیرد که چه درمانی مناسب و چه درمانی نامناسب است. حق تصمیم‌گیری فقط با پزشک است.

اخلاق زیستی اسلامی به شکلی تنگاتنگ با آموزه‌های گسترده اخلاقی قرآن و سنت پیامبر (ص) و در نتیجه با [نوعی] تفسیر از شریعت اسلامی مرتبط است. تأملات اخلاق زیستی از خود دین جدایی‌ناپذیر است؛ دینی که بر پیوستگی بین جسم و روح و حوزه‌های مادی و روحانی و نیز اخلاق و حقوق تأکید دارد.

قرآن و سنت پیامبر حاوی اصول راهنمایی‌کننده مشروح و مشخصی درباره موضوعات مختلف پزشکی هستند. در خود قرآن، در حدی شگفت‌آور، جزئیات دقیقی درباره رشد جنینی انسان آمده است که گفتمان مربوط به مرتبه اخلاقی و قانونی رویان (پیش از دوماهگی بارداری) و جنین (پس از دوماهگی بارداری) انسان پیش از تولد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

گرچه استمداد از خدایان متعدد در نسخه ابتدایی این سوگندنامه و حذف کردن هر خدایی از نسخه‌های بعدی، مسلمانان را به انتخاب «سوگندنامه پزشک مسلمان» سوق داد، که در آن از نام «الله» استمداد جسته می‌شود. این سوگندنامه در «قواعد اسلامی اخلاق پزشکی»، در سال ۱۹۸۱، که به بسیاری از موضوعات نوین اخلاق زیستی مانند پیوند اعضا و تولید مثل آزمایشگاهی می‌پردازد، آمده است.

گرچه اسلام تفاوت‌هایی در آموزه‌های خود با یهودیت و مسیحیت دارد، اما مقررات اخلاقی آن در اصول با این ادیان مشابه است.

اگر اخلاق زیستی سکولار غربی را بتوان «حق محور» توصیف کرد، که تأکید شدیدی بر حقوق فردی دارد، مبنای اخلاق زیستی اسلامی، وظایف و تعهدات (مثلاً حفظ حیات و جست‌وجوی درمان) است. گرچه «حقوق» (حق الله، حق الناس، حق النفس) و نیز «مربّه/احسان» نیز در این اخلاق زیستی در شمار مفاهیم برجسته‌اند.

بنابراین، پزشک جامعه اسلامی باید متخلق به اخلاقی باشد که در خور شأن والای انسان در ادبیات الهی قرآن باشد و وقتی بناست ارزنده‌ترین گوهر یعنی جان آدمی را به مراقبت بایستد باید حداقل متصف به اوصاف ذیل باشد که خانم م. سیمون روح (۱۹۸۷) همه آن‌ها را با حرف C آغاز و چنین بر می‌شمرد:

- همدردی (compassion)
- توانایی (competence)
- اطمینان (confidence)
- وجدان (conscience)
- تعهد (commitment)

نوون (۱۹۸۲) می‌نویسد: «همدردی ما را وادار می‌دارد به جایی برویم که صدمه و آسیب وجود دارد. وارد جاهایی شویم که در آن‌جا رنج و درد موج می‌زند. همدردی به معنی غوطه‌ور شدن کامل در شرایط انسان بودن است که اتفاقاً نیاز به تجربه دارد و چندان آموختنی نیست!»

و توانایی حالت داشتن دانش قضاوت مهارت انرژی تجربه و انگیزه لازم برای پاسخ دادن به نیازهای مسؤولیت‌های حرفه‌ای است و توانایی عامل تمایز فرد حرفه‌ای از دانشجو است.

اطمینان کیفیتی است که اعتماد را بر می‌انگیزد. پزشک باید به داشته‌های خود اطمینان داشته باشد تا دیگران به وی اطمینان کنند و او نیز در سایه این اطمینان متقابل به کار بپردازد.

وجدان نیز حالتی از یک هوشیاری اخلاقی است و راهنمایی است که حرکت فرد را بر اساس صحت اخلاقی کنترل می‌کند و آیین‌های از عملکرد اخلاقی اوست که ندایش را در گوش جان آدمی طنین انداز می‌کند و تعهد آن پاسخ عاطفی پیچیده است که خصوصیتش همگرایی تمایلات و مسؤولیت‌های فرد و یک انتخاب اندیشمندانه و عمل بر اساس آن بدون دخالت احساسات است.

دنیای پر رمز و راز امروز، بشر را در معرض تصمیم‌گیری‌های اخلاقی فراوان قرار می‌دهد که پزشکان و سایر کارکنان گروه پزشکی با ظریف‌ترین و حساس‌ترین این گونه تصمیمات مواجه هستند.

پس برای مقابله با هرگونه کجروی در این مسیر مقدس راهی جز مسلح شدن به سلاح ایمان نیست و با توکل باید گفت:

خدایا چنان کن سرانجام کار تو خوشنود باشی و ما رستگار

مطالعات تطبیقی، رویکرد فلسفی به مباحث اخلاق پزشکی

اخلاق پزشکی از دیدگاه فلسفی

مهری صباغ زاده، جواد گنجلو

مقدمه: بهترین تعریف برای اخلاق توسط مکاتب الهی بیان شده است و آن تمایلاتی بالاتر از تمایلات فردی به منظور احسان به دیگری و ناشی از دوست داشتن دیگران است. با توجه به آیات و روایات، اخلاق امری اکتسابی است، لذا اجباری، الزامی و خارج از اختیار نیست.

اخلاق پزشکی پیچیده‌تر و فراتر از اخلاق عمومی است. شرایط خاص و بحرانی بیماران و درخواست کمک از پزشک، زمینه بسیار مناسب برای رشد اخلاقی پزشک است.

تاریخچه: سوگندنامه بقراط، پدر علم طب (۴۵۰-۳۸۰ ق-م)، در واقع یک تعهدنامه اخلاقی است. در ایران نیز، از گذشته‌های دور طبابت با دیانت توأم بوده است، کتاب‌های «طب روحانی» و «لحاوی» رازی و «هانون» ابن سینا شواهدی از پای‌بندی آنان به اخلاق پزشکی است. قاعده اخلاقی - حقوقی «لطیب ضامن» نیز مؤید این حقیقت است.

رویکردهای فلسفی: در سه دهه گذشته سه رویکرد به اخلاق پزشکی وجود داشته

است:

رویکرد اول: فلسفه پزشکی زیر شاخه‌ای از فلسفه علم بوده و اعتقادی به حوزه مشخص و نظام‌مند به نام فلسفه پزشکی ندارند (کاپلان).

رویکرد دوم: حوزه وسیعی از پژوهش را برای فلسفه پزشکی قائل است که یا توسط دانش پزشکی ایجاد می‌شوند و یا به آن مربوطند (روشن‌شناسی، معرفت‌شناسی، ارزش‌شناسی، منطق، متافیزیک و...)، (انگلهارت).

رویکرد سوم: رویکرد فلسفی و انتقادی به موضوعات پزشکی یعنی محتوا، مفاهیم و مفروضات مربوط به دانش پزشکی می‌داند (فلسفه پزشکی متفاوت از روش‌های مرسوم در دانش پزشکی یعنی مشاهده بالینی است)، در این رویکرد هدف و خواسته فلسفه پزشکی با خود پزشکی متفاوت است، موضوع دانش پزشکی شناخت و درمان بیماری‌هاست، ولی فلسفه پزشکی موضوعش خود علم پزشکی است (پلگرینو).

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی، اخلاق پزشکی از مهم‌ترین مباحث مطرح در عصر حاضر است. در زمان حاضر با توسعه و پیشرفت همه‌جانبه علوم و پیدایش شاخه‌های علمی جدید نظیر: ژنتیک و بیوتکنولوژی، روش‌های کمک‌باروری جدید، کلونینگ، پیوند اعضا، و... بررسی و کالبدشکافی فلسفه اخلاق پزشکی به‌وسیله صاحب‌نظران و به روز کردن اخلاق پزشکی و نهادینه کردن آن ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

تعامل پارادایم بایو سایکو سوشیال در فلسفه پزشکی با پارادایم عدالت

ترمیمی در جرم‌شناسی

مهدی خاقانی^۱

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه شیراز

کاربرد نظریه‌های فلسفه علم در فلسفه پزشکی در عصر مدرنیسم (مانند نظریه فیزیکیالیسم توماس کوهن)، رویکردی صرفاً بیولوژیک از پزشکی به‌دست می‌دهد و آن را در قالب یک هستی‌شناسی مبتنی بر دو دانش فیزیک و شیمی تبیین می‌کند. این پارادایم کلاسیک، فلسفه پزشکی را نسبت به اهداف عالی خود بی‌تفاوت می‌کند. عموم فیلسوفان پزشکی در دهه گذشته سرگرم بررسی هستی‌شناختی ظاهری پزشکی بوده‌اند، در صورتی که ریشه برخی چالش‌های طب را باید در لایه‌های عمیق‌تر هم‌چون روش‌شناسی علوم پایه پزشکی جست‌وجو نمود. ناکارآمدی رویکرد بایو، تلاش‌ها برای اصلاح پارادایم طب را سبب شد. مدل تلفیقی زیست روان اجتماعی (بایو سایکو سوشیال) که برای کمک به انسانی‌تر نمودن طب طراحی شده است، ثمره این تلاش است. پزشکی انسان‌گرا هنگامی متصور است که به همراه طبابت، پژوهش‌های بنیادی نیز متحول گردند. توجه به روش‌های درمانی کل‌نگر، شیوه زندگی، ابعاد معنوی و در نگاه کلان، هر آن‌چه بتواند جزئی از سه ضلع مثلث زیست، روان و اجتماع محسوب شود، پارادایم معاصر فلسفه پزشکی را تشکیل می‌دهد. سیستم‌های پسامدرن سلامت در

^۱ - khaghani1984@gmail.com

پی آنند که همه نیازهای بشر را در یک الگوی یکپارچه پوشش دهند. امروزه پزشکی جامع از محورهای تغییر پارادایم بهداشت در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته است.

این مقاله، الگوی عدالت ترمیمی - که نوین‌ترین دستاورد دانش جرم‌شناسی است - را تنها پارادایم کل‌نگر در میان جمیع تبیین‌های ارائه‌شده در موضوع عدالت کیفری می‌داند. قرائت ترمیمی از عدالت که برآیند رویکرد جامعه‌مدار سیاست جنایی در واکنش به پدیده مجرمانه است، فلسفه‌ای است که در پی شکست مانیفست توتالیتار عدالت کیفری کلاسیک مطرح گردیده و از رهگذر بازتعریف مفاهیم بنیادی عدالت جزایی، با نگاهی تیمی و چند رشته‌ای و با رفع نواقص تئوری‌های جرم‌شناختی پیش از خود، دادرسی عادلانه و منصفانه‌ای را با طراحی مکانیزم‌های غیر سرکوبگر و بلکه حمایتی و جبرانی نسبت به بزه‌دیده، مکانیزم‌های بازسازگارکننده نسبت به بزه‌کار و تاکتیک‌های افزایشنده سطح مشارکت جامعه محلی به جهان ارائه می‌دهد. کل‌نگری، از عدالت ترمیمی الگویی جامع و زیست - روان - اجتماع‌محور ساخته است.

نگارنده بر این باور است که از یک‌سو تضمین سلامت بزه‌دیدگان و بزه‌کاران، از دغدغه‌های سیاست جنایی ترمیمی است و این مهم جز با همیاری علمی چون پزشکی محقق نمی‌گردد. از سوی دیگر، وجود نظام عدالت کیفری عادلانه و منصفانه - عدالت ترمیمی، از جمله مؤلفه‌های سلامت عمومی در پارادایم کل‌نگر بایوسایکو سوشیال در حوزه فلسفه پزشکی است.

واژگان کلیدی: عدالت ترمیمی، پارادایم بایو سایکو سوشیال، فلسفه پزشکی، طب

کل‌نگر

فلسفه اخلاق پزشکی

دکتر جمال خانی جزنی^۱

سازمان پژوهش‌های علمی و صنعتی ایران

پس از ذکر مقدمه‌ای کوتاه و کلی درخصوص موقعیت و اهمیت کنونی اخلاق پزشکی به واژگان کلیدی و تعاریف آن‌ها پرداخته شده است. سپس گزارشی اجمالی از تئوری‌های مختلف مطرح درخصوص فلسفه اخلاق و ارتباط این تئوری‌ها با اخلاق پزشکی ارائه گردیده است و در مبحث پایانی از رابطه فلسفه اخلاق مورد نظر دین مقدس اسلام با پزشکی سخن رانده شده و بیان گردیده است که رفتار اخلاقی اطباء بر اساس اصول اخلاقی اسلامی، رفتاری درونی است و بنابراین اخلاق پزشکی بر پایه این اصول، می‌باید در درون اشخاص نهادینه شود، نه این که بخواهیم اخلاق حرفه‌ای پزشکی را با زور قانون و مجازات آن‌چنان که فلسفه سایر مکاتب تجویز می‌کنند حاکم کنیم.

^۱ - Jazani_t@yahoo.com

کرامت در کانت^۱

علی کاظمی سعید

دانشگاه تهران، مرکز قلب تهران

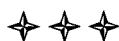
کانت، به‌عنوان فیلسوف اخلاق، فیلسوفی سنتی به‌شمار می‌رود. عقاید او در زمینه مابعدالطبیعه اخلاق بر زمینه‌ای از فلسفه و متافیزیک سنتی بنا می‌شود. اما کانت سعی دارد شالوده اخلاق را بر اصلی بدون اتکاء به اصول مابعدالطبیعی و حتی مذهبی پایه‌گذاری نماید. او نشان می‌دهد که اصول اخلاقی از استواری ذاتی برخوردارند که عقل هرگز به نقض آن‌ها فرمان نمی‌دهد و استدلال بر فسخ آن‌ها پیروز نمی‌شود. اصول اخلاقی کانتی از اطلاقی همه‌جانبه برخوردار هستند، اما کانت این همه‌جانبه بودن را با استدلال عقلی نشان می‌دهد که نقض اصول اخلاقی باعث انهدام آن‌ها می‌شود. لذا تکلیف اخلاقی برای حفظ این اصول وجود ندارد، بلکه این ضرورتی حیاتی است. بدین ترتیب، به نقطه‌ای می‌رسیم که باید کانت بگوید اتکاء اصول اخلاقی او برای حفظ روابط انسانی بر چه مبنایی استوار می‌شود. به‌عنوان مثال، در نظام اخلاقی کانت، خودکشی امری مذموم است و مذموم‌بودن خودکشی امری مطلق به‌شمار می‌رود. آیا خودکشی یک فرد نظام اخلاقی جهان را به هم می‌ریزد؟ اگر حتی در خلوت خودکشی انجام شود و خبر آن به جامعه تسری نیابد، باز هم اصول کانتی آن را محکوم می‌کنند. کانت می‌گوید بلی زیرا کرامت انسانی نقض شده است. از چشم کانت کرامت اساسی ذاتی

^۱ - Alikasaeid@yahoo.com

دارد که همراه انسان متولد می‌شود و نقض و بی‌احترامی به آن بی‌احترامی به انسان است. یا به عبارتی بهتر نقض کرامت، نقض جوهر راستین انسانیت است و انسان را از انسانیت دور می‌کند. بنابراین هدف اخلاق که حفظ وجود انسانی انسان است فقط با مراعات مختصات کرامت او به دست می‌آید. / از این دیدگاه کرامت (*dignity*) کانتی اصل اساسی ساختن کاخ اخلاق است. چون کرامت ذاتی انسان است و انسان بدون کرامت، انسان نیست، حذف کرامت انسانی به خروج انسان از دایره انسانیت می‌انجامد، لذا اخلاق بر پایه کرامت انسان پایه‌ریزی می‌شود. بدیهی است در بسیاری از نظام‌های اخلاقی جهان، اصول مشابهی برای تشکیل روابط انسانی وجود دارند، اما تلاش کانت این است که شالوده این نظام‌ها را خارج از ملاحظات اجتماعی، نژادی مذهبی و جغرافیایی و حتی فرهنگی قرار دهد. بدین ترتیب، او اساس اخلاق را به ذاتی بر می‌گرداند که جزء هویت انسان به‌شمار می‌رود. و در عین حال مانند نظام ارسطویی، محدودیت میانه برای کمال اخلاقی متصور نمی‌شود و مانند بنتام و میل از غایت آموزه اخلاقی نمی‌کاهد و آن را به سود نمی‌فروشد. با کانت می‌توان تشع فروغ کرامت انسانی را در صحنه اخلاق نظاره‌گر بود. برای کانت فعل اخلاقی که به کرامت انسانی نینجامد از حوزه اخلاق بیرون رانده می‌شود، بدون آن که تکیه‌ای بر اشراق نمودهای اخلاقی داشته باشد. اخلاق کانتی از جنس بوداست، نه نمود تفاوتی که او را از دیگران ممتاز می‌کند.

نشست

پیوند اعضا



جمعه ۳۰ فروردین ۱۳۸۷

پیوند اعضا، از منظر اخلاق و حقوق اسلامی

زهرا گواهی^۱

دکتری فقه و حقوق اسلامی و استادیار دانشگاه پیام نور مشهد

پدیده پیوند اعضا از فرد زنده به خود یا دیگری و نیز پیوند اعضای افراد فوت‌شده یا افرادی که دچار مرگ مغزی شده‌اند به دیگران از موضوعات نوین پزشکی است که در برخی کشورها به سامان رسیده و در برخی دیگر هم‌چنان مورد تردید یا ممنوعیت‌های قانونی واقع شده است. این بحث در کشور ما پس از عبور از چالش‌ها و تنگناهای قانونی و شرعی و نیز بایسته‌ها و نبایسته‌های اخلاقی سرانجام به تصویب رسید. و اکنون به‌طور فزاینده‌ای در حال اجرا و انجام است. مبنای اساسی نظریه مخالفان، تعارض داشتن این اقدام با کرامت و شخصیت انسانی و اهانت به جسد متوفی مسلمان است. به‌گونه‌ای که ضرورت آن بر نجات جان بیماران ترجیح دارد. گروهی کاملاً مخالف دارند و گروهی کاملاً موافق هستند و جمعی راه میانه را پیموده‌اند و تنها پیوند اعضا، افراد فوت‌شده را جایز شمرده‌اند ولی پیوند از فرد زنده را غیرمجاز دانسته‌اند و دلایل دیگری هم‌چون افزایش انگیزه سودجویی افراد و باندهای قاچاق اعضای انسان و ... را نیز بر آن افزوده‌اند. در این مقاله سعی شده این مباحث با نگاهی اخلاقی و حقوقی مورد بررسی قرار گیرد و دلایل مخالفان و موافقان واکاوی شود.

واژگان کلیدی: اخلاق، پیوند اعضا، کرامت انسانی

^۱ - zgovahi@yahoo.com

نشست

تعهد حرفه‌ای



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷

آسیب‌شناسی اخلاق حرفه‌ای و شغلی

در فارغ التحصیلان رشته بهداشت

آرزو فضلی^۱، اندیشه حامدی

تیم دانشجویان بهداشت کمیته تحقیقات دانشجویی گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

همواره هر یک از حرفه‌ها و شغل‌های مختلف اجتماعی مسائل اخلاقی خاصی را در حیطه فعالیت خود به همراه دارد و این امر موجب شده است تا بحث اخلاق حرفه‌ای و شغلی پا به عرصه بحث و گفت‌وگو بگذارد.

بر این اساس، در حرفه بهداشت و سلامت و مهندسی بهداشت با ابعاد و شاخه‌های مختلف آن با مسائل و مشکلات خاص اخلاقی روبه‌رو است که در این مقاله این موضوع دنبال شده و تلاش شده است با شناخت آسیب‌های اخلاقی این رشته و ریشه‌های علل و عوامل هر یک از این چالش‌های اخلاقی راه کارهای درمان و اصلاح آن معرفی گردد تا بتواند در زمینه اخلاق حرفه‌ای و کاربردی راه‌گشای فارغ‌التحصیلان و دست‌اندرکاران این حیطه اجتماعی گردد. نظر به این‌که رعایت بهداشت و پیش‌گیری از اهداف و استراتژی اصلی و پایه‌ای پزشکی به شمار می‌آید و از شعارهای مهم آن محسوب می‌گردد، لذا پرداختن به اخلاق بهداشتی می‌تواند به‌طور جدی از درمان و اخلاق پزشکی طبیبان ما نیز حمایت و پشتیبانی نماید و بسترها و زمینه‌های آن را تأمین

^۱ - ethics@sums.ac.ir

نماید. در این مقاله که ماحصل یک طرح تحقیقاتی و پژوهشی است با انتخاب جمعیت آماری مناسب از نقطه‌نظرات افراد مرتبط و آگاهی پرس‌وجو شده است و پس از جمع‌بندی و آنالیز اطلاعات به نتایج قابل توجهی دست یافته شده است. با توجه به این‌که رعایت بهداشت در مقوله‌های دینی و معرفتی به‌ویژه در تعلیم اسلامی ما جایگاه مهمی دارد و ابعاد مختلف آن از جمله مسائل اخلاقی آن نیز به ترتیبی مورد تأکید و توجه وافر بوده است؛ با بهره‌گیری از آموزه‌های دینی و همچنین بررسی متون اسلامی مثل قرآن و روایات نیز سعی شده است پیوند و ارتباط اعتقادی و دینی این موضوع نیز در تحقیق و مقاله دیده شود.

رهیافت اخلاقی حفظ و افشای بیماری مبتلایان

به ویروس HIV (ایدز) توسط پزشک

زینب خادم الحسینی، ساناز جوکار، مریم زاهدی

تیم دانشجویان پزشکی (ابن سینا) کمیته تحقیقات دانشجویی گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز^۱

حفظ اسرار دیگران، همواره به‌عنوان یکی از اصول مثبت اخلاقی در جوامع مختلف بشری امری لازم و بدیهی به شمار آمده است و افشای سرّ دیگران عملی زشت و قبیح و خارج از اصول اخلاق عقلانی در تاریخ زندگی انسان‌ها بوده است.

دین مبین اسلام نیز در کنار سایر فضایل اخلاقی به حفظ و نگهداری اسرار و مسائل شخصی دیگران تأکید وافر از سوی رهبران و پیشوایان دینی و همچنین منابع و متون دینی داشته است.

این ویژگی اخلاقی در حرفه پزشکی جایگاه و اهمیت خاصی به خود می‌گیرد. به دلیل این‌که پزشک با اسرار و مسائل بیمارانش روبه‌رو می‌گردد که بر اساس عقل و دین و کدهای اخلاقی حرفه و شغل خویش اجازه افشا و آشکار ساختن آن را ندارد، اما گاهی با یک چالش بزرگ روبه‌رو می‌گردد و آن این‌که در صورت حفظ و نگهداری و کتمان واقعیت بعضی از بیماری‌ها به‌خصوص ویروس HIV (ایدز)، باعث شیوع آن شده و آثار و آسیب‌های جبران‌ناپذیری در سطح جامعه از خود به جا می‌گذارد و این امر او را بر سر یک دو راهی قرار می‌دهد و در تشخیص وظیفه اخلاقی خود متحیر می‌ماند. در این

^۱ - ethics@sums.ac.ir

مقاله سعی شده است با بررسی مسائل و آثار اخلاقی این چالش حرفه‌ای و شغلی در حوزه طبابت و پزشکی و مطالعه ابعاد و زوایای آن به رهیافت‌ها و نکات کاربردی اشاره گردد و با نظرسنجی در حیطه مطالعات و پژوهش‌های میدانی از نظرات و دیدگاه‌های افراد مرتبط آگاه شد تا بتوان نگرش جدید و تازه‌ای در این زمینه، در اخلاق پزشکی نشان داد.

بررسی حق مصونیت از افشای راز در اخلاق پزشکی

دکتر عباسعلی سلطانی

استادیار دانشگاه فردوسی مشهد

چشمانم اسرار خانه‌هایی را که در آن‌ها وارد می‌شوم نخواهند دید و زبانم اسراری را که به من
بسیارند فاش نخواهد کرد. بقراط حکیم

آبرو، حیثیت و اعتبار اجتماعی انسان برخاسته از کرامت انسانی او است که هر فرد طی سال‌ها زندگی شرافتمندانه آن را تحصیل و حفظ می‌کند. حفظ آبرو و حرمت نهادن به این دارایی معنوی حق هر فرد انسان بر دیگر افراد و جامعه انسانی است. لذا آسیب زدن به آبرو و اعتبار فرد با هر وسیله‌ای از جمله افشای اسرار او، در واقع، تجاوز به شخصیت و تمامیت معنوی انسان بوده و در اخلاق نکوهیده و جرم محسوب می‌شود. فرد بیمار با تمام اعتماد و اطمینانی که به پزشک معالج دارد به امید بهبودی و سلامت، اسرار و رازهای خود را به وی بازگو می‌کند. حفظ راز بیمار و اعتماد وی به پزشک در رازداری، موجب اطمینان و آرامش روحی - روانی بیماران خاص مثل ایدز برای مراجعه به پزشک می‌شود، هم‌چنان‌که افشای راز بیمار موجب وارد شدن خسارات معنوی و مالی فراوان به بیمار و گسترش فضای بی‌اعتمادی در جامعه خواهد شد. در این نوشتار، رازداری پزشک در اخلاق، رازهای بیماران و همراهان آن‌ها، افشای راز، عناصر جرم و مجازات افشای راز با تأکید بر اخلاق و حقوق پزشکی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

واژگان کلیدی: راز، آبرو، اخلاق پزشکی، حق مصونیت از افشا، جرم و مجازات

افشای راز

اخلاق حرفه‌ای در بخش‌های ICU و CCU

یوسف مهدی پور^۱، حمیده زره کافی

دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

بخش‌های بیمارستانی بالاخص بخش‌های سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو به منظور پذیرش بیمارانی که زندگی آن‌ها در معرض خطر جدی قرار گرفته است، طراحی شده‌اند. این بخش‌ها غالباً با مسائل حقوقی و اخلاق پزشکی در مورد بیماران بدحال که احتمال احیاء و اعاده سلامت آن‌ها بسیار ضعیف است مواجه‌اند. با این حال، مسائلی از قبیل حقوق بیماران بدحال، رعایت حرمت بیماران حتی بیماران مشرف به مرگ، رعایت اصول اخلاق پزشکی با وابستگان، احتیاط در مواردی که دخالت‌های غیراصولی ممکن است موجب طرح شکایت از سوی وابستگان بیمار شود، مواردی که قطع مراقبت‌ها در مورد کاربرد تکنولوژی مانند ونتیلاسیون ریه، انتقال بدون رضایت خویشاوندان درجه اول و به‌طور کلی مسؤول و صاحب بیمار پیش می‌آید، می‌توانند از نظر حقوقی و اخلاق پزشکی مشکلاتی برای بیمارستان و کارکنان آن ایجاد کنند.

مواردی را که یک فرد شاغل در بخش‌های سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو بیمارستان باید رعایت نماید، به اصول ده‌گانه زیر قابل تقسیم است:

- رعایت، حفظ و مراقبت از حریم شرعی و مذهبی و شخصیت انسانی بیمار
- مراقبت روحی و روانی بیمار
- مراقبت جسمانی بیمار

^۱ - Yas532004@yahoo.com

- رعایت اصول و مسائل مالی بیمار
- رعایت اصول اخلاقی در امور پژوهشی
- حفظ احترام و رعایت مسائل اخلاقی در برخورد با همکاران
- رعایت مسائل حرفه‌ای در رابطه پزشکان و پرسنل درمانی بخش با دانشجویان و دستیاران
- برخورداری و رعایت فلسفه سرّ حرفه‌ای
- جلوگیری از قصور و خطاهای پزشکی
- رعایت سیاست‌ها و اصول نگارش در مستندات پزشکی

در مقاله حاضر به تفصیل موارد مذکور مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

نتیجه‌گیری: در هر شرایطی پرسنل شاغل در بخش‌های بیمارستانی به‌خصوص در بخش مراقبت ویژه بایستی در ارتباط با اخلاق حرفه‌ای و مسائل قانونی به ضرب‌المثل مشهور یونانی توجه داشته باشند که بیان می‌دارد:

Primo no Nocere «قبل از هر چیز زیان نرساندن»

کم‌ترین انتظار موجود از صاحبان حرف پزشکی در هر بخش یا مرکزی که فعالیت می‌کنند این است که عملکرد آن‌ها لااقل موجب زیان رساندن به بیمار نشود. به قول شاعر نغزسرای پارسی‌گوی حکیم نظامی:

می‌باش طبیب عیسوی هش اما نه طبیب آدمی کش

صاحبان حرف پزشکی بایستی با آگاهی کامل، مهارت کافی و با رعایت نظامات اخلاقی و قانونی در جهت خدمت و رضای خدا و خلق خدا گام بردارند.

«اللهم قو جوارحی علی خدمتک و علی خدمت خلقک»

واژگان کلیدی: سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو، بخش مراقبت ویژه، اخلاق حرفه‌ای، اخلاق پزشکی

سلامت الکترونیک از دیدگاه رازداری پزشکی

مهرناز مشعوفی^۱، سهیلا رفاهی، افروز مردی، عفت مظاهری

یکی از مباحث اخلاق پزشکی، رازداری و محرمانگی اطلاعات پزشکی است. امروزه تله‌مدیسین و سلامت الکترونیک تحولات عظیمی را در سیستم‌های بهداشتی - درمانی ایجاد نموده است. در این فناوری نوین ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در سطح جامعی صورت می‌گیرد. اما نگرانی‌های زیادی از نظر جوانب اخلاقی، حقوقی، امنیت و محرمانه‌بودن اطلاعات پزشکی وجود دارد که منجر به ایجاد یک‌سری مشکلات برای بیمار، گروه پزشکی و سیستم‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی - درمانی می‌گردد. از آن جمله افشا اطلاعات پزشکی که می‌تواند موجب انواع تبعیض‌ها، ایراد اتهام و نقض حقوق اساسی بیمار شود. در این مقاله سعی شده است به‌طور جامع برکاستی‌ها و ایرادهای تله‌مدیسین و سلامت الکترونیک در زمینه محرمانگی اطلاعات پزشکی پرداخته شود تا گامی مؤثر در جهت وضع قوانین و مقررات مربوط به بحث محرمانگی در سیستم فوق برداشته شود.

واژگان کلیدی: سلامت الکترونیک، رازداری پزشکی، تله‌مدیسین

^۱ - rosemashoufi@yahoo.com

رازداری و محرمانگی در اخلاق پزشکی

مهناز صمدبیک^۱، مرضیه خالدنوری^۲

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

۲- کارشناس مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

بیمارستان مکان نامأنوس و غریبی است که بیمار نگران از سلامتی خود پا به آن می‌گذارد و با تصویر متناقض با خانواده‌اش روبه‌رو می‌شود. بیماری به‌فرد احساس ناامنی می‌دهد. و بیمار از روی ناامیدی نظرش را متوجه گروه درمان می‌کند. متجاوز از دو دهه، خصوصاً در سال‌های اخیر، ملاحظات سیاسی، اخلاقی، اقتصادی و اجتماعی فراوانی در جهت حفظ حقوق بیماران مورد توجه قرار گرفته است. این تمایل را می‌توان در بازگشت به ارزش‌های بنیادی حقوق انسانی چون اندیشه احترام به خود که حقوق بیماران براساس آن بنا نهاده شده است، نسبت داد. امروزه بیماران آگاه مبادرت به ادعای حقوق خود در زمینه بهداشت کرده‌اند. لذا نظام‌های بهداشتی و درمانی بیش‌تر کشورها منشوری را با عنوان منشور حقوق بیماران تنظیم و به سطوح اجرایی ابلاغ کرده‌اند که آن‌ها را ملزم به رعایت آن حقوق می‌کند. این منشورها علاوه بر حمایت قانونی از بیماران، اطلاعات کارکنان را در مورد حقوق بیماران چه از نظر یک انسان و چه از نظر یک شهروند بالا برده و آن‌ها را به رعایت این حقوق ملزم می‌سازد. یکی از

^۱ - mahbeik@yahoo.com

اصول حقوق بیماران، حق محرمانه بودن اطلاعات و رازداری است. لذا بیمارستان‌ها باید سیاست تعریف‌شده‌ای از موارد استفاده از اطلاعات و افشا اطلاعات پزشکی جهت ایجاد تعادل صحیح بین حقوق بیمار از نظر رازداری شخصی و احتیاجات اطلاعات بیمارستان‌ها و کلاً جامعه داشته باشند. امروزه حق بیش‌تری به بیماران جهت کنترل واگذاری اطلاعاتشان به دیگران داده شده است. و حمایت از محرمانگی اطلاعات به‌عنوان قسمت مهمی از مراقبت بیمار تلقی می‌شود. حال با توجه به این‌که بخش عمده‌ای از رضایت‌مندی بیماران در مراکز درمانی مربوط به رعایت حقوق آن‌ها توسط کارکنان درمانی است و با در نظر گرفتن منشور حقوق بیمار می‌توان از بیماران مراقبت مؤثرتری به عمل آورد و رضایت آن‌ها را بیش‌تر جلب نمود. پس باید در تدوین منشور حقوق بیمار به محرمانگی و رازداری اهمیت بیش‌تری داده شود.

اخلاق پزشکی و رازداری نسبی یا مطلق مژگان مقامی^۱، شهلا فزونخواه، فریبا خدایی‌فر

مقدمه: در سده چهارم میلادی، بقراط در سوگندنامه خویش به اهمیت اصل رازداری در حیطه مراقبت سلامت تأکید نموده و از آن زمان به‌عنوان یک اصل در حیطه بالینی درآمده است. این اصل در مورد افرادی که قصد پژوهش دارند نیز صدق می‌کند و پژوهشگر و تیم تحقیق می‌بایست کلیه تمهیدات لازم به‌منظور اجتناب از نقض ناخواسته اصل رازداری را فراهم آورند. باید دانست که مهم‌ترین وظیفه اخلاقی پزشک، درمان بیماری توأم با حفظ کرامت انسانی و نجات جان بیمار با تکیه بر جلب اعتماد بیمار است که جز در سایه رازداری ممکن نیست؛

ولیکن نوع مطلق یا نسبی پذیرفته‌شده توسط جوامع مختلف به دلایل متفاوت و تحت شرایط خاص خود یکسان نبوده و هر جامعه‌ای به یکی از این دو نوع رازداری (مطلق، نسبی) گرایش داشته و آن را به عموم توصیه می‌کنند.

روش پژوهش: این مطالعه به روش بررسی نظام‌مند منابع (Systematic Review) و با استفاده از سایت‌ها و موتورهای جست‌وجوی معتبر و انجام جست‌وجوی دستی و استفاده از روش‌های Citation و Reference tracking به انجام رسیده است.

بحث: در مقاله حاضر پس از مرور اولیه جایگاه و نقش رازداری در مراقبت‌های

^۱ - magamim@tbzmed.ac.ir

بالینی و روابط بین پزشک و بیمار و نیز اهمیت رعایت و حفظ این اصل در طی اجرای مراحل مختلف طرح‌های پژوهشی به شرح اقدامات امنیتی جهت حفاظت از اصل رازداری و اجتناب از نقض این اصل پرداخته شده است. همچنین موضوع نسبی بودن و مطلق بودن رازداری در جوامع مختلف و دلایل گرایش این جوامع به یکی از دو نوع رازداری مورد بحث قرار گرفته و در پایان به نقش تصمیم‌گیری پزشک در مواجهه با شرایط مختلف مبنی بر حفظ اصل رازداری یا نقض آن با توجه به شرایط موجود اشاره شده است.

نتیجه‌گیری: اصل رازداری جزو سنگ‌های زیر بنایی اخلاق در پژوهش محسوب می‌شود. نوع بشر در خور احترام است و بهترین راه نشان دادن این احترام حفظ اسرار و مسائل خصوصی اوست. نقض رازداری در بسیاری از موارد به‌طور غیر عمد صورت می‌گیرد ولی این امر بدان معنا نیست که می‌توان از نقض رازداری‌هایی که در نتیجه رفتارهای غیر عمدی صورت می‌گیرد چشم پوشید. علی‌رغم گرایش بسیاری از جوامع به رازداری مطلق احتمال شرایط ویژه و موارد استثنایی همیشه وجود دارد که پزشکان را با باتکلیفی اخلاقی مواجه می‌سازد و لاجرم موضوع نسبی بودن رازداری را پیش می‌کشد؛ به عبارت دیگر، هیچ چیز مطلقاً در جهان وجود نداشته و در ارتباط با موضوع حفظ اصل یا نقض رازداری، تصمیمات در هر مورد بستگی به مفاهیم و شرایط افراد و آنالیز خطرات و منافع بالقوه هر عمل، به‌طور منحصر به‌فرد دارد.

واژگان کلیدی: رازداری، اخلاق پزشکی، نسبی، مطلق، نقض رازداری

بررسی وضعیت اخلاق حرفه‌ای در فعالیت‌های روزانه پرستاران گیلان ۱۳۸۶

محمد اسماعیل پور^۱، دکتر مهوش صلصالی^۲، رویا منصور قناعی^۳، زهرا طاهری^۴،

زهرا سلمیلیان^۵، فاطمه مسکینی جان‌اکبری^۶

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۴- کارشناس ارشد آموزش پرستاری اطفال و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۵- کارشناس ارشد آموزش بهداشت و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۶- کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی و سوپروایزر آموزشی

مقدمه: این باور همگانی وجود دارد که پرستاران در مراقبت‌های روزانه خود همواره با چالش‌های اخلاقی مواجه می‌شوند. ولیکن مطالعات اندکی در بررسی نوع و تکرار این چالش‌ها، عامل بروز آن، استراتژی پرستاران در هنگام بروز دیسترس‌های اخلاقی و نیز سرفصل‌ها و منابع آموزشی مورد نیاز جهت ارتقا اخلاق حرفه‌ای وجود دارد. بنابراین، اهداف این مطالعه شامل: (۱) تعیین مشخصات دموگرافیک پرستارانی که با چالش‌های اخلاق حرفه‌ای در مراقبت روزانه مواجه هستند (۲) بررسی آشنایی پرستاران گیلان با کدها و کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای (۳) تعیین مهم‌ترین منابع آموزشی اخلاق حرفه‌ای (۴) تعیین مهم‌ترین عامل بروز چالش‌های اخلاق حرفه‌ای (۵) بررسی استراتژی پرستاران در هنگام بروز تضادها یا دیسترس‌های اخلاقی و در نهایت (۶) تعیین سرفصل‌های آموزشی

اخلاق حرفه‌ای مورد نیاز پرستاران مورد بررسی قرار گرفته است.

متد: جهت دستیابی به اهداف شش‌گانه فوق پرسشنامه‌ای با یازده سؤال در قالب ۳۶ مورد براساس مطالعات قبلی محققان تهیه شد که مورد بازنگری ده نفر از صاحب‌نظران در اخلاق حرفه‌ای قرار گرفت که بعد از هماهنگی با مسؤولان ذی‌ربط دانشگاه در شش بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۶۰ نفر از همکاران پرستار توسط یکی از محققان مورد پرسشگری قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد ۹۴/۷ درصد از نمونه‌ها خانم با متوسط سنی و انحراف معیار (۳/۳۴) سال و متوسط سابقه کاری ۱۴ سال داشتند. ۸۰ درصد با سمت پرستار یا سرپرستار و دارای مدرک لیسانس پرستاری بودند. ۹۴/۹ درصد بیان کردند که در بیمارستان خود کمیته اخلاق حرفه‌ای ندارند، ۸۸/۳ درصد به‌نحوی آموزه‌های دینی و مذهبی را مهم‌ترین منبع می‌دانستند. در ارتباط با تکرر چالش‌های اخلاقی ۷۱/۷ درصد نمونه‌ها حداقل یک‌بار در روز با آن مواجه بوده‌اند. در ارتباط با عوامل بروز چالش‌های اخلاقی ۸۰/۱ درصد نمونه‌ها به‌نحوی کمبود پرستار را دخیل دانسته و در بقیه موارد به ترتیب عدم تقسیم درست وظایف همکاران، عدم هماهنگی تیم درمان و مراقبت، کمبود پزشک، کمبود وسایل مصرف و دارو، هزینه درمان و عدم پوشش بیمه‌ای و ... بیان کرده‌اند در مواقع بروز تضادها و دیسترس‌های اخلاقی ۳۸/۳ درصد نمونه‌ها به‌نحوی با همکاران با تجربه مشورت کرده، ۲۳ درصد به سرپرستار یا مترون منتقل کرده، ۱۱/۷ درصد با بیمار و خانواده او مشورت و در بقیه موارد به ترتیب سیستم ارجاع درستی را در دسترس ندارند و یا می‌بینند ولی ساکت می‌مانند. همکاران پرستاری که در این مطالعه مورد پرسش قرار گرفته‌اند سرفصل‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای مورد نیاز خود را

در ۴۶/۹ درصد موارد توزیع عادلانه منابع و در ۳۵/۱ درصد موارد آموزش ارزش‌های مذهبی و فرهنگی می‌دانستند. در بقیه موارد به ترتیب حقوق بیمار، تصمیم‌گیری اخلاقی، حفظ استقلال بیمار، وکالت بیمار و ... را بیان کرده‌اند.

کاربرد بالینی و پیشنهادات: پر واضح است پرستاران بالینی با توجه به تماس طولانی که با بیمار دارند بیش از سایر حرف مراقبت سلامتی درگیر چالش‌های اخلاق حرفه‌ای هستند. عدم آموزش اصول و کدهای اخلاق حرفه‌ای و نیز عدم وجود کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای به‌عنوان هدایت‌گر تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پرستاران در بالین سبب اعمال سلايق و بروز تضادهای اخلاقی است. و تضادهای اخلاقی همواره اختلالات عاطفی، عصبی و جسمی و فرسودگی شغلی ... را به‌دنبال دارند؛ بنابراین، برای استفاده بهینه از ذوق هنری پرستاران در ارائه خدمات انسان‌دوستانه با مددجویان، بازنگری در سر فصل آموزش درس اخلاق و مقررات پرستاری، تدوین اصول و کدهای اخلاقی مبتنی بر ارزش‌های مذهبی و فرهنگی جامعه، احیای کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای با وظایف مدون و متمایل ساختن برخی از کنفرانس‌ها و سخنرانی‌ها در دانشگاه و بیمارستان‌ها به مباحث اخلاقی در جهت ارتقاء کیفیت تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پیشنهاد می‌گردد.

رازداری و حقیقت‌گویی

غلامحسین مهدوی نژاد^۱

دانشگاه علوم پزشکی سمنان

بر اساس تعالیم اخلاقی، هرانسانی موظف است اسرار خود و دیگران را حفظ کند. دلالت آیات و روایات بر این آموزه به صورت کلی و عام، تمام است و تردیدی در آن راه ندارد؛ به‌ویژه در مورد پزشکان، زیرا این صنف علاوه بر ضرورت تخلیق به این فضیلت اخلاقی و سوگندی که یاد کرده‌اند، به‌عنوان یک شرط ضمن عقد در قراردادی که با مریض یا سازمانی که آن‌ها را به کار می‌گیرد، منعقد نموده‌اند، به این امر موظف شده‌اند و در صورت تخلف از باب «تعدد/سیاب» گناهشان نیز سنگین‌تر خواهد بود. هم‌چنین ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی افشای اسرار بیماران را جرم شمرده است. مسأله‌ای که سبب مشکل برای پزشکان می‌شود این است که گاهی ضرورت، پزشک را بر آن می‌دارد که حقیقت را بیان نماید و پرده از اسرار بیمار خود بردارد؛ زیرا کتمان او سبب بروز مشکلات برای فرد یا جامعه می‌گردد. در این حالت پزشک در انجام وظیفه دچار مشکل است، زیرا او با دو حکم الزامی «وجوب» و «حرمت» که بر یک موضوع وارد شده‌اند مواجه شده است (حرمت افشای اسرار بیمار و وجوب جلوگیری از مفاسد و حفظ منافع جامعه). از نگاه فقهی بین آن دو حکم «تزاحم» است و انجام هر دو مقدور نیست. لذا

^۱ - mahdavi31@yahoo.com

عقل حکم می‌کند هر کدام که دارای مصلحت بیش‌تر و ملاکی قوی‌تر باشند مقدم داشته شود و اگر قوت ملاک با دلیل عقلی یا شرعی یا دلیل دیگری که فقهای بزرگوار شمرده‌اند ثابت شد، همان تکلیف انجام می‌شود، والا باید به مقتضای اصل عمل شود. به این ترتیب، پزشک و دیگر افرادی که به اسرار مریض اطلاع یافته‌اند از تحیر نجات می‌یابند.

البته حقیقت‌گویی شاخه دیگری نیز دارد و آن عبارت است از بیان خصوصیت دقیق مرض به خود بیمار، یعنی پزشک نباید مریض را اغراء به جهل کرده حقیقت مریضی را از او مخفی نماید، بلکه با توضیح و زمینه‌سازی او را به حقیقت آگاه نماید. زیرا دلایل وجوب کتمان سرّ این مورد را شامل نمی‌گردد.

جایگاه اخلاق حرفه‌ای در آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی

دکتر ع. فتی، دکتر ف. برنجی، مجید گنج بخش

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه: علم اخلاق، همزاد زندگی بشر و سرشت بشر است و در دنیا و از جمله کشور ما ایران، تاریخچه و قدمت طولانی و بیش از سه هزار ساله دارد. و به تبع آن، رعایت اخلاق پزشکی و اخلاق حرفه‌ای توسط علماء اخلاق و پزشکان حاذق و خدایی که علاوه بر ابعاد علمی آراسته به سجایا و مکارم نیکوی اخلاقی و انسانی بوده‌اند، به‌طوری که مردم آن‌ها را طبیب و حتی شافی (از اسامی خداوند) می‌نامیدند و ویژگی‌هایی از قبیل رازداری، گشاده‌رویی و مهربانی، نظم و ترتیب، فرق نگذاشتن بین بیمار غنی و فقیر و بسیاری از ارزش‌های والای دیگری که از ضروریات و لازمه حرفه مقدس پزشکی بود و در سایه همین مکارم و بینش الهی بود که نوابغ، فلیسوفان و طبیبانی هم‌چون ابوعلی سینا و رازی و... تربیت و تقدیم جامعه گردیدند.

بحث و نتیجه‌گیری: اخلاق حرفه‌ای تأمل درباره ابعاد اخلاقی مسائل و موضوعاتی است که به مشاغل خاصی از جمله اخلاق پزشکی، اخلاق تجارت، اخلاق روزنامه‌نگاری و امثال آن مربوط شده و کاربرد و تطبیق استدلال‌ها، اصول، ارزش‌ها و ایده‌های اخلاقی درباره رفتارهای اخلاقی اعم از رفتارهای فردی، اجتماعی و کاری است. و مجموعه‌ای از باید و نبایدها، ارزش‌ها، درست و غلط بوده و حرفه‌های مختلف پزشکی بر حسب

وظیفه‌ای که در خدمت به جامعه دارند دارای معیارهای اخلاقی متفاوتی‌اند و از آن جایی که امروزه تشخیص، درمان و سلامت جامعه متکی به پاراکلینیک است و آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی از ارکان اساسی و نقش تعیین‌کننده و به‌عنوان خط مقدم خدمات بهداشتی و درمانی، آموزشی و پژوهشی کشور هستند و با زندگی و حیات و سلامت انسان‌ها سر و کار داشته و از طرفی با افزایش تعداد و تنوع آزمایشات، ایجاد تکنولوژی‌های نوین از جمله لقاح مصنوعی، پیوند اعضا، شبیه‌سازی و ... با معضلات و چالش‌هایی روبه‌رو هستیم. اگرچه اخیراً دلسوزان جامعه پزشکی و پیراپزشکی همچون دیگر اقشار جامعه، کمر همت بسته و تلاش‌های ارزنده‌ای نموده و می‌نمایند، معه‌ذا در بسیاری از جوانب با جایگاه واقعی ایرانی و اسلامی مورد انتظار، فاصله دارد و ضروری است که با همت و تلاش والای مدیران، برنامه‌ریزان و در سطوح بعدی یکایک کارکنان خدوم آزمایشگاه‌ها با هم‌فکری و همدلی در جهت برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی‌های مستمر و با تکیه بر پیشینه تاریخی ارزشمند و منابع غنی و بالقوه‌ای که در باورهای دینی، فرهنگی و اجتماعی خویش داریم، در راستای نهادینه نمودن اصول اخلاق حرفه‌ای خود بیش از پیش تلاش نماییم که به اهم آن‌ها در متن مقاله اشاره می‌گردد.

واژگان کلیدی: اخلاق، اخلاق پزشکی، اخلاق حرفه‌ای، آزمایشگاه تشخیص پزشکی

اصول اخلاق پزشکی زندانیان

مهدیه شجاعی باغینی^۱، فاطمه معارف دوست

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقدمه: قطعنامه ۳۱/۸۵ سازمان ملل در ۱۳ دسامبر ۱۹۷۶ با عنایت به نیاز مبرم به تهیه و تدوین موازین اخلاقی، سازمان جهانی بهداشت^۲ را مسؤول تهیه پیش‌نویس قانون اخلاق پزشکی به منظور حفاظت زندانیان از هر نوع درمان یا مجازات غیر انسانی نمود. لذا هیأت رئیسه WHO در سی‌وششمین نشست خود در ژانویه ۱۹۷۶ مجموعه اصول ملقب به «کدهای اخلاق پزشکی» را بررسی کرده و کنسولی برای سازمان‌های پزشکی اجتماعی بین‌المللی تشکیل داد و در نهایت پیش‌نویس اصول اخلاق حرفه‌ای مربوط به نقش پرسنل بهداشتی در حفاظت افراد بر علیه شکنجه، مجازات و درمان‌های غیر انسانی را تدوین نمود. پس از تهیه اصول مذکور و انجام نظرخواهی‌های موردنیاز، قطعنامه ۳۷/۱۹۴ انجمن عمومی سازمان ملل در ۱۸ دسامبر ۱۹۸۲ تصویب شد. کدهای مصوب حفاظت از زندانیان در ۶ اصل تدوین گردید.

روش پژوهش: این پژوهش به صورت مروری و با استفاده از بررسی منابع کتابخانه‌ای و متون اینترنتی انجام گرفته است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به کلی بودن اصول اخلاقی مذکور لازم است انجمن‌های حرفه‌ای هر کشور نسبت به تدوین جزئیات اصول اخلاقی مبادرت ورزند.

واژگان کلیدی: اصول اخلاق پزشکی، افراد زندانی

^۱ - shojaei_mahdieh@yahoo.com

^۲ - World Health Organization

تبیین مبانی فقهی و فلسفی اخلاق پزشکی اسلام

فرزاد محمودیان

عضو هیأت علمی گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه: همواره در فرهنگ تعالیم دین مبین اسلام آموزه‌های فراوانی در مورد اخلاق و رفتار حرفه‌ای (Professional Ethics) وجود داشته است و دستورات و توصیه‌های قابل ملاحظه‌ای در این خصوص ارائه شده است که به دلیل این اعتقاد که احکام اخلاقی و شرعی تابع مصالح و مفاسد است و از مبانی و فلسفه خاصی برخوردار است با کشف و تبیین و تفسیر و تشریح این مبانی پایبندی به مجموعه اخلاق پزشکی اسلام را اصولی و منطقی و علمی می‌نماید.

دستیابی به ریشه‌های قانون‌گذاری اخلاق و نهادینه کردن پایه‌های مبتنی بر آن می‌تواند مهارت تشخیص و انتخاب رفتار هنجاری مناسب را در شرایط مختلف به کارگزار اخلاق بدهد و توان رفتاری دینی در محدوده احکام الهی را در اختیار او بگذارد. در این مقاله سعی شده است با بیان اصولی‌ترین مبانی و پایه‌های فقهی و فلسفی احکام اخلاق پزشکی اسلام که برگرفته از متون دینی و اسلامی است و با عقل نیز محک خورده است، پایه‌های (Basics) اخلاق پزشکی اسلام آشکار و روشن گردد.

تجویز پلاسبو (دارونما) جهت تسکین درد و ملاحظات اخلاقی مرتبط با آن

حمیدرضا کوهستانی^۱، نیره باغچقی^۲، نرگس باغچقی^۳

۱ و ۲ - کارشناسان ارشد پرستاری، اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک

۳ - کارشناس پرستاری، بیمارستان امام حسین تهران

مقدمه: در دنیای پیچیده‌ای که ما زندگی می‌کنیم، با موضوعات اخلاقی متعددی در تمام ابعاد زندگی مان، احاطه شده‌ایم. معماهای پیچیده اخلاقی که پرستار ممکن است در عرصه مراقبت‌های داخلی - جراحی با آن‌ها مواجه شود، متعدد و گوناگون هستند. یکی از مسائلی که هر پرستار ممکن است در طی دوره خدمت خود با آن مواجه شود تجویز پلاسبو به بیماران است.

متن: پلاسبو یک کلمه لاتین به معنی «من خواهش می‌کنم» است. پلاسبو عبارت است از یک ماده غیرفعال که غالباً به منظور کسب رضایت فردی است که تقاضای دارو نموده است. فرد مذکور از واقعیت امر آگاه نیست و ممکن است آن را در تسکین علایم (مانند درد) مؤثر بداند، زیرا درک او این است که داروی تجویزی باید باعث ایجاد آسایش در او شود. وقتی شخصی به دارو یا درمان‌های دیگر به علت انتظاری که از آن‌ها دارد جواب می‌دهد و نه به دلیل تأثیر واقعی آن درمان، اثر پلاسبو (Placebo effect) اتفاق می‌افتد و در حقیقت تسکین درد ناشی از پلاسبو حاصل انتظاراتی است که از کار یک دارو می‌رود و نه تأثیرات واقعی خود آن ماده. اثر پلاسبو نتیجه ذاتی اندورفین‌ها در سیستم کنترل نزولی است. انتظارات مثبت یک بیمار از درمان ممکن است تأثیر دارو یا

هر مداخله دیگر را افزایش دهد. اغلب، اشاره بیش‌تری که بیمار به تأثیر مداخله می‌نماید، اثر واقعی آن را بیش‌تر می‌کند. شخصی که از تأثیر یک دارو در تسکین درد خود آگاه است، احتمالاً تسکین درد را بیش‌تر از شخصی تجربه می‌کند که از اثر دارو آگاهی ندارد. ارتباط مثبت بین پرستار و بیمار ممکن است نقش مهمی در افزایش اثر پلاسبو داشته باشد. با تمام این اوصاف، استفاده از پلاسبو سؤالات مهم اخلاقی را مطرح می‌کند. آیا دروغ گفتن به بیمار، صحیح است؟ چه‌طور می‌توان دروغ ناشی از تجویز پلاسبو را به بیمار توجیه نمود؟ پرستاری که پلاسبو را به بیمار تجویز می‌نماید باید منتظر لحظه‌ای باشد که بیمار از ریا و دورنگی او در مورد خودش باخبر گشته و دیگر نه به او و نه به هیچ‌یک از افراد گروه درمانی اعتماد نخواهد کرد. بیمارانی که درد دارند، به مسائل اطراف خود بسیار حساس هستند و اگر چنین بیماری پی به توطئه بر ضد خود ببرد و متوجه شود که قصد گول زدن او را داشته‌اند، بعید به نظر می‌رسد که دیگر او از نیت مثبت پزشکان و پرستاران قدردانی نماید و آن را محترم بشمارد.

در پانل انجمن آهکپر (AHCPR) در رابطه با درمان درد بیماران سرطانی به وضوح بیان شد که به هیچ‌وجه نباید جهت تسکین درد بیماران سرطانی از پلاسبو استفاده شود. هم‌چنین دو مرکز پرستاری، انجمن پرستاری انکولوژی و سازمان پرستاری آمریکا مخالفت خود را در رابطه با استفاده از پلاسبو اعلام کردند.

به‌طور کلی، به علت سوء تعبیرهای موجود در مورد پلاسبوها و اثر پلاسبو، اصول و راهنمایی‌های ذیل ارائه شده است:

- یک پرستار هم از لحاظ قانونی و هم از لحاظ اخلاقی مجاز است که از انجام دادن دستور تجویز پلاسبو خودداری کند.

- یک اثر پلاسبو نشان دهنده این نیست که بیمار درد ندارد، بلکه فقط یک عکس‌العمل فیزیولوژیک حقیقی است. به عبارتی، یک پاسخ مثبت به پلاسبو مثل کاهش درد هرگز نباید بدین شکل تعبیر گردد که بیمار واقعاً درد ندارد.
 - زدن بر چسب «متمارض» یا «بیمار روانی» به فردی که درد او در اثر پلاسبو تسکین یافته است، بی‌عدالتی محض است.
 - بیماران دریافت‌کننده پلاسبو ممکن است گزارش کنند که درد تسکین پیدا کرده است یا برای اجتناب از ناامید شدن پرستار، اظهار کنند که بهتر شده‌اند و در نهایت ممکن است هیچ‌گونه بهبودی را گزارش نکنند.
 - بیمار حق دارد بدون درد باشد، بنابراین اگرچه پلاسبو می‌تواند اثر ضد درد داشته باشد، ولی پرستار هرگز نباید در تسکین درد از پلاسبو استفاده کند.
 - پلاسبو هرگز نباید برای تست راستگویی افراد در مورد درد، مورد استفاده قرار بگیرد.
- نتیجه‌گیری: گفتن حقیقت یکی از اصول اساسی در اخلاق و فرهنگ ماست. این در حالی است که استفاده از پلاسبو با اصل حقیقت‌گرایی را در تضاد است و در واقع استفاده از پلاسبو، موضوع حقیقت‌گرایی که جزء ضروری در ارتباطات پرستار - بیمار است، تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است شدیداً رابطه بیمار و پرستار را تضعیف کند.
- واژگان کلیدی: اثر پلاسبو، درد، پرستار، ملاحظات اخلاقی

طاهره ناصری بوری آبادی^۱

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مباحث اخلاقی در زمینه‌هایی غیر از مراقبت بهداشتی می‌تواند ماهیت تئوری (نظری) داشته باشد و واکاوی و تحلیل یک مسأله یا مشکل لزوماً منجر به عمل نشود. به‌عنوان مثال، برخی افراد ممکن است بگویند که تمامی شهروندان یک جامعه باید ۱۰ ساعت در هفته را به وظایف شهروندی اختصاص دهند. فرد دیگری ممکن است این‌طور استدلال کند که تصمیم‌گیری بر طبق اصل اخلاقی احسان و نیکوکاری، راهنمای افراد برای انجام کارهای خوب و مفید برای دیگران است. در حالی که سایرین ممکن است دلیل بیاورند که همان تصمیم بر طبق اصل عدالت و انصاف این‌گونه است که همه شهروندان باید سهم عادلانه‌ای در نیکی و احسان داشته باشند. البته هیچ‌یک از این موارد کاملاً درست یا غلط نیستند، بلکه آن‌ها تنها با یکدیگر متفاوتند. چنین استدلال‌ها و تصمیماتی عملی را در پی نخواهند داشت، اما می‌توانند به تدوین چارچوبی برای توجیه اخلاقی عمل خاصی کمک کنند. در مقابل، اخلاق زیستی مسائل و مواردی در رابطه با مراقبت بالینی یا سیستم مراقبت بهداشتی که هرگز جنبه تئوری و نظری نداشته و همیشه باید منجر به تصمیمی شود در بر می‌گیرد. این مسأله به‌ویژه برای متخصصان اطلاعات بهداشتی که با اطلاعات محرمانه بیماران سروکار دارند، اهمیت

^۱ - mgt_naseri@yahoo.co.uk

بسیار زیادی دارد. متخصصان اطلاعات بهداشتی به تنهایی قادر به ارزیابی این مسأله نیستند که آیا می‌توان اطلاعات بیماران را افشا نمود یا خیر. آن‌ها باید ابتدا اصول اخلاقی را به کار بسته، سپس در مورد افشای اطلاعات درخواست شده و مورد نیاز یا عدم افشای آن تصمیم مقتضی را اتخاذ نمایند. به‌طور خلاصه، اصول اخلاقی مورد استفاده در محیط کار نمی‌تواند به‌صورت تئوری یا نظری باقی بماند و همیشه عملی را به‌دنبال خواهند داشت. علاوه بر این، متخصصان اطلاعات بهداشتی نباید تصمیمات اخلاقی را تنها بر اساس ابعاد یا ارزش‌های معنوی و اخلاقی شخصی اتخاذ نمایند. افراد در ارزش‌ها و ابعاد معنوی و اخلاقی با یکدیگر تفاوت دارند. چنان‌چه فردی تنها یک راه حل برای یک مسأله بیابد و سایر افراد راه حل‌های متفاوتی را برای آن جست‌وجو کنند. در این موارد اصول اخلاقی در تصمیم‌گیری مفید خواهد بود. در نهایت، باید اذعان نمود که تصمیم‌گیری اخلاقی یکی از مهم‌ترین و بحث‌انگیزترین موضوعات حرفه مدیریت اطلاعات بهداشتی قلمداد می‌شود. البته این کار مستلزم شجاعت و منطق است، زیرا برخی افراد گاهی راستگویی و درستی را نمی‌پذیرند. در رویارویی با مسائل، مشاوره با سایر همکاران و تبعیت از اصول مدون اخلاقی به کمک ماتریس تصمیم‌گیری اخلاقی به میزان قابل توجهی راهگشای ما خواهد بود. نویسنده در این مقاله به معرفی ماتریس تصمیم‌گیری اخلاقی و نحوه استفاده از آن در قالب نمونه‌های کاربردی پرداخته است.

ارائه راه‌کارهایی جهت حفظ محرمانگی

اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت

الهام مسرت، محمد امین پورحسین قلی، محمد رضا زالی

مرکز تحقیقات گوارش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقدمه: دولت‌ها و مدیران سازمان‌های مراقبت بهداشتی به نقش پرونده الکترونیک سلامت در کاهش خطاهای پزشکی و ارتقا کیفیت مراقبت از بیمار پی برده‌اند. شعار اصلی این پروژه دسترسی به اطلاعات سلامت بیمار به طریق آسان، هر جا و هر وقت است. یکی از محدودیت‌های این فناوری که از دغدغه‌های اصلی آن نیز محسوب می‌شود مشکلات مرتبط با حفظ حریم شخصی و محرمانگی اطلاعات است. بر این اساس، هدف از این مطالعه ارائه راه‌کارهایی جهت حفظ محرمانگی اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه توصیفی - تطبیقی است. در مرحله اول دیدگاه‌های کشورهای منتخب مورد بررسی قرار گرفت و در مرحله دوم ساختار کلی مطرح‌شده در این زمینه از طریق پرسشنامه‌ای مورد سنجش و ارزیابی متخصصان مجرب قرار گرفت.

یافته‌ها: بررسی دیدگاه‌ها و اصول انجمن پزشکی آمریکا، انجمن پزشکی انگلستان، انجمن روان‌پزشکی درمانت و توجه به اصول محرمانگی HIPAA نشان داد که وجه

اشتراک تمام دیدگاه‌ها و اصول در رضایت بیمار در ارائه اطلاعات، توجه به سیاست واگذاری اطلاعات، آموزش پرسنل پزشکی و توجه به اهداف قانونی سازمان‌های مراقبت بهداشتی در جمع‌آوری، نگهداری و واگذاری اطلاعات است. بر این اساس، ساختار کلی برای حفظ محرمانگی اطلاعات در پرونده الکترونیک سلامت بیان شد.

بحث و نتیجه‌گیری: امنیت هیچ مدرکی به اندازه پرونده بیماران و لزوم اعتماد در هیچ ارتباطی به اندازه ارتباط پزشک و بیمار حائز اهمیت نیست. توجه به این مورد که سهولت دسترسی به اطلاعات بیماران در شبکه‌های کامپیوتری دلیل موجهی بر این باور است که ارائه اطلاعات مراقبتی بیماران به این شبکه‌ها به مفهوم افشا اسرار آنان است، ارائه پیشنهادات کاربردی می‌تواند نقش بسزایی در محرمانه ماندن اطلاعات بیمار داشته باشد. به کار بستن راه‌کارهای مطرح‌شده نگرانی بیمار را نسبت به عواقب افشا اطلاعات که شامل ارتباطات فردی و اجتماعی نامناسب، عدم برخورداری از درمان و از دست دادن فرصت‌های استخدامی است برطرف نموده و ارتباط صادقانه بین بیمار و پزشک را تضمین می‌کند.

واژگان کلیدی: محرمانگی، پرونده الکترونیک بیمار، رضایت، سیاست واگذاری

اطلاعات

تعهدات اخلاقی و حرفه‌ای پزشک در درخواست

رادیوگرافی‌های غیر ضروری

مهندس حسن مرتاض هجری^۱، دکتر مجتبی صلوتی^۲، شهرام پرویزی^۳

۱. معاون مدیریت پاراکلینیک بیمارستان خاتم الانبیاء(ص) تهران

۲. متخصص فیزیک پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی زنجان

۳. کارشناس ارشد رادیولوژی، بیمارستان حضرت رسول

مقدمه: با کشف اشعه X توسط رونتگن می‌توان گفت رادیوگرافی‌های غیر لازم نیز با انجام رادیوگرافی‌های آزمایشی از بیماران و بدن همکاران رادیولوژیست شروع شد. امروزه نیز اغلب شاهد انجام رادیوگرافی‌های غیر ضروری برای بیماران در مراکز تصویربرداری پزشکی هستیم که می‌تواند عوارض و صدمات غیر قابل پیش‌بینی در درازمدت برای بیمار به همراه داشته باشد. با توجه به تاکید سازمان بین‌المللی حفاظت در برابر پرتوها^۱ (ICRP) مبنی بر دریافت اشعه تا حد ممکن کم موجه شدنی^۲ (ALARA)، رعایت موازین اخلاقی و حرفه‌ای پزشکی در درخواست رادیوگرافی‌ها بسیار ضروری می‌نماید. صرف نظر از عواملی مانند عدم همکاری بیمار، عدم انجام صحیح تکنیک‌های رادیوگرافی، به کارگیری نیروهای غیر متخصص در مراکز رادیولوژی، فرسوده بودن دستگاه‌های رادیوگرافی و ظهور و ثبوت فیلم، عدم استفاده از تجهیزات جدید

^۱ - ICRP= International Commission of Radiation Protection

^۲ - ALARA = As Low As Reasonably Achievable

رادیوگرافی و... که باعث افزایش دوز جذبی بیمار می‌گردند، عدم درخواست صحیح، به موقع و پس از معاینه بالینی دقیق بیمار جایگاه ویژه‌ای در افزایش دوز جذبی بیمار در تمامی مطالعات رادیولوژیک شامل رادیولوژی، سی‌تی‌اسکن، ماموگرافی، پزشکی هسته‌ای و... خواهد داشت. در تحقیق حاضر به احیای حق بیمار در دریافت حداقل اشعه از نظر اخلاق پزشکی پرداخته شده است.

روش‌ها: با توجه به این‌که درس رادیولوژی یکی از درس‌های انتخابی در دوران استیجری دانشجویان پزشکی است و بسیاری از دانشجویان با ترس غیرآگاهانه از گرفتن این واحد اختیاری اجتناب می‌کنند و از طرفی دیگر در بخش‌های تروما و اورژانس بسیاری از درخواست‌های رادیوگرافی با مهر رزیدنت‌ها و توسط اینترن‌ها انجام می‌گیرد، این موضوع باعث افزایش تعداد رادیوگرافی‌های غیر ضروری برای بیمار می‌گردد. در تحقیق انجام شده در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی مشخص گردید تعداد درخواست‌های سی‌تی‌اسکن و رادیولوژی در صورت حضور رزیدنت‌های ارشد نزدیک به ۴۰ درصد کاهش می‌یابد. بنابراین، با درخواست رادیوگرافی توسط رزیدنت‌ها و نه اینترن‌ها و ... (پرستار، منشی بخش و...) از تکرار و انجام رادیوگرافی‌های غیرضروری برای بیمار کاسته خواهد شد. این نکته نیز بسیار حایز اهمیت است که قوانین سخت و پیچیده Medico legal نیز باعث انجام رادیوگرافی‌های غیر ضروری برای بیمار می‌شود که نیاز به بحث خاص خود را دارد.

نتیجه‌گیری: اشعه X و دیگر تکنیک‌های تصویربرداری مانند شمشیر دولبه‌ای است که اگر با دقت استفاده نگردد می‌تواند صدمات غیر قابل جبرانی در ذخیره ژنی فرد ایجاد کند که به نسل‌های بعدی منتقل گردد. لذا پیشنهاد می‌گردد:

- معاینه بالینی بیمار به صورت دقیق پیش از درخواست رادیوگرافی
- حق درخواست‌های رادیوگرافی فقط توسط رزیدنت‌ها و فارغ التحصیلان پزشکی عمومی
- گذراندن اجباری دروس رادیوگرافی و حفاظت در برابر اشعه برای دانشجویان پزشکی

رازداری، اخلاق پزشکی در بیماران روانی،

خطاهای پزشکی، ارتباط پزشک و بیمار

نرگس غزنوی^۱ جهرمی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی فارس

داشتن اخلاق پزشکی مهم‌ترین ویژگی یک پزشک است و قدمت آن به ۲۵۰۰ سال پیش بر می‌گردد؛ بنابراین، از این‌جا می‌توان به اهمیت موضوع پی برد. برای مثال، رازداری یکی از ارکان مهم روابط پزشک و بیمار است که از سده ۴ پیش از میلاد مسیح در بخشی از سوگندنامه بقراط ذکر شده و به‌صورت قانون برای پزشکان در آمده است.

رازداری پزشکی یک اصل است که به‌موجب آن پزشک مجبور می‌شود رازهای گفتنی بیمار را که به‌خاطر حرفه‌اش به‌دست آورده نزد خود نگه دارد. (یا ای‌الذین امنو

لاتخونوا الله و الرسول و تخونوا اماناتکم و انتم تعلمون) (انفال ۲۷)

هرچه اطلاعات پزشک بیش‌تر و اطلاعات بدست آمده از سوی بیمار دقیق‌تر باشد، قدرت در قضاوت، پیش‌بینی، برنامه‌ریزی و قدرت در عمل وی بیش‌تر است. زیربنای همه این قدرت‌ها و توانایی‌ها علم و ایمان است و زیربنای این دو، اطلاعات مرتبط است. اما پزشک باید به‌خاطر داشته باشد که کوچک‌ترین اطلاعاتی که در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده جزء اسرار است و افشای آن، هم برای پزشک و هم برای بیمار عواقبی

^۱ - ghaznavin@sums.ac.ir

در پی دارد. (من سر علی مسلم سرالله علیه فی الدنيا والاخره)

رازداری مطلق نیست و افشاء راز در این موارد مجاز است:

رضایت بیمار، منفعت بیمار، احتمال صدمه به دیگران، الزام قانونی، تحقیقات پزشکی،

مصلح عمومی و دستور دادگاه

در صورت عدم رضایت بیمار پزشک مجاز به دادن اطلاعات به والدین و خویشان بیمار بالغ، همسر بیمار و شرکت‌های بیمه نیست. در صورت فسخ نکاح و طلاق نیز مجاز به این کار نیست.

در دو صورت اجازه نقض رازداری داده می‌شود: برای حفظ بیمار از خطر، برای حفظ

دیگران از خطر.

ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی - ایران: اطبا و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند، هرگاه غیر از موارد قانونی اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک‌روز تا یک‌سال حبس یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند.

اگر در دادگاه از پزشک به‌عنوان شاهد و مطلع در مورد اسرار بیمار سؤال شود، چون افشای آن با نظر حاکم شرع است، فقط جوابگویی در حد سؤالات طرح‌شده اشکالی ندارد.

در مواردی که برای پزشک معالج این بیم به‌وجود می‌آید که بی‌گناهی، گناهکار یا مجرمی برائت حاصل نماید، می‌تواند بدون سؤال قاضی حقیقت مطلب را بیان نماید.

یکی از جنبه‌های رازداری، رازداری در روان‌پزشکی است. رفتار روان‌پزشک باید به‌گونه‌ای باشد که بیمار به وی اعتماد کند، مثلاً به بیمارش احترام بگذارد و برای درمیان گذاشتن مشکل وی با خانواده یا تیم درمانی از وی اجازه بگیرد و...

در سه صورت، روان‌پزشک مجاز به افشای راز بیمار خود است: خودکشی، دگرکشی،

تهدید/امنیت عمومی.

برای اطمینان بیمار از حفظ اسرارش دو حق به وی داده شده:

اعطای حق ویژه، اجازه حق شکایت

هر پزشکی، هرچه‌قدر هم در تخصص خود مهارت داشته باشد، ممکن است مرتکب خطا شود. خطای پزشکی یعنی نقض وظیفه‌ای که پزشک مسلط به کار خود در آن مقطع زمانی، نسبت به بیمارش در انجام مراقبت از او داشته که منجر به درجاتی از ناتوانی جسمی، ذهنی یا مالی شده است. لازم به ذکر است که یک پزشک تعهد نداده که معالجه او حتماً نتیجه بدهد و عاری از هرگونه لغزش باشد، بلکه او متعهد است که در سطح و شرایطی اقدام به مداوای بیماران خود کند که معمول و جاری است. اگر پزشک مربوطه مهارت و دقت معمول در رشته خود را به خدمت گرفته باشد مرهون اجر و پاداش است، حتی اگر در مداوای بیمار شکست خورده باشد.

معیار خطای پزشکی:

- معیار شخصی یا واقعی: او را به احتیاط و عنایتی که بدان عادت کرده ملزم نماییم.
- معیار مجرد یا نوعی: او را با رفتار انسان معقول یا متعارفی که فرض می‌شود رفتاری هوشیارانه و محتاط دارد مقایسه نماییم.

درجه خطای پزشکی:

سنگین یا در حکم عمد، سبک، قابل اغماض (بسیار سبک)

بازخواست پزشکی که خطا کارشناخته شده ۲ شرط دارد:

خطای وی اثبات شود که بر عهده بیمار مدعی است، بیمار باید ضرر به خویش را اثبات کند.

ماده ۷۲۹ قانون ایین دادرسی مدنی: در صورتی دادگاه حکم به خسارت می‌دهد که مدعی خسارت ثابت کند ضرر به او وارد شده است.

مصادیق خطا در قانون مجازات اسلامی:

بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم مهارت، عدم رعایت نظامات دولتی (به دلیل محدودیت در تعداد کلمات از توضیح و ذکر مثال هریک معذورم)

تبصره ۳ ماده ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی: هرگاه بر اثر بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا عدم مهارت و عدم رعایت مقررات مربوط به امری قتل یا ضرب یا جرح واقع شود، به نحوی که اگر آن مقررات رعایت می‌شد حادثه‌ای اتفاق نمی‌افتاد، قتل یا ضرب یا جرح در حکم شبه عمد خواهد بود.

اگر چه میزان نارضایتی و شکایت بیماران به دلیل خطاهای پزشکی رو به افزایش است، ولی این امر ریشه در عدم موفقیت پزشکان در برقراری ارتباط با بیماران دارد.

ابعاد ارتباط پزشک و بیمار:

ابزاری، بیانی

روش‌های ایجاد ارتباط پزشک با بیمار:

فعال - نافع، هدایت - همکاری، مشارکت دوطرفه

خصوصیات یک پزشک خوب در برقراری ارتباط با بیمار:

همراه، مشاور و صمیمی، دارای اطلاعات کافی برای اطمینان دادن به بیمار و آشنا کردن او

با روش و مراحل درمان

دل‌نگران در عین حال خونسرد و تسلی‌دهنده

داشتن رفتار دوستانه با پیروی از اصول اخلاقی

وفادار یعنی باوجدان و وظیفه‌شناس

خوش‌اخلاق و خوش‌برخورد

و مهم‌تر از همه داشتن ایمان قوی است.

نهایتاً یکی از اساسی‌ترین ویژگی‌های یک پزشک خوب باور او به وجود قدرتی برتر است که همه را تحت نظر دارد که البته این هم از ایمان وی نشأت می‌گیرد. این اعتقاد باعث می‌شود هر کس از جمله پزشکان در انجام وظیفه خود به بهترین نحو بکوشد.

نشست

ارتباط پزشک و بیمار



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷

بررسی میزان احترام به محدوده قلمرو و حقوق بیماران

در بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد

فریده ملکشاهی^۱

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

مقدمه و هدف: مسأله حقوق بیماران در طی دو دهه اخیر به دلایلی از جمله آسیب‌پذیری و نیازمندی آنان از یک‌سو و توجه روزافزون جوامع بین‌المللی به حقوق بشر از سوی دیگر مورد توجه زیادی قرار گرفته است. تأکید بر حقوق اساسی انسان در مراقبت‌های بهداشتی به‌ویژه حفظ شأن بیمار به‌عنوان یک انسان زمانی اهمیت می‌یابد که آسیب‌پذیری بیمار، او را به آسانی در معرض تخلفات و نقاط ضعف سیستم بهداشتی و اجتماعی قرار دهد. به نظر می‌رسد در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی و مراقبتی به بیماران نیز اطلاعی از وضعیت حقوق خود در طول بستری و درمان ندارند و این امر موجب صدمات جبران‌ناپذیر از بعد تشخیصی و روحی و روانی می‌گردد. رضایت‌مندی بیماران یکی از مشخصه‌های اثربخشی خدمات بیمارستان محسوب می‌شود. لازمه دستیابی به رضایت‌مندی بیماران رعایت حقوق و قلمرو انسانی آن‌هاست. در این راستا، پژوهش فوق با هدف تعیین میزان رعایت قلمرو انسانی و فیزیکی بیماران بستری توسط پرستاران در بیمارستان آموزشی خرم‌آباد انجام گرفت.

مواد و روش: پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی است که ۲۰۰ بیمار به

^۱ - malekshahif@yahoo.com

روش تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه چند قسمتی شامل مشخصه‌های فردی نمونه‌ها و سؤالات رعایت قلمرو بود که از مقیاس لیکرت (اصلاً.....همیشه) برای سنجش استفاده گردید. اطلاعات در یک مرحله و به روش مصاحبه جمع‌آوری و از نرم افزار SPSS برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: نشان داد که ۵۹ درصد مونث که ۳۱ درصد تحصیلات زیر دیپلم داشتند. ۶ درصد بیش‌تر از ۱۵ روز در بخش بستری بودند. بررسی رعایت قلمرو نشان داد که تنها رعایت خلوت و حریم بیمار ۱۰ درصد، محترمانه بودن لحن صحبت با بیمار ۱۲ درصد، راهنمایی صحیح به بیمار به هنگام بستری و عمل جراحی ۹ درصد، سلام و احوالپرسی با بیمار ۱۶ درصد عدم حضور غیر ضروری کارکنان ۱۶ درصد، ملایمت در هنگام انجام تکنیک ۱۲ درصد مناسب بودن زمان ملاقات ۸۰ درصد به‌طور همیشه به‌دست آمد.

بحث: حفظ حریم و قلمرو بیمار یکی از جنبه‌های اساسی و مهم مراقبت است. از فاکتورهای اصلی مؤثر بر تهاجم به حریم بیمار می‌توان به مراقبت غیر هم‌جنس، لمس‌های غیرضروری، تجاوز به خلوت و تنهایی، عدم توجه به نیازهای جسمی و عاطفی بیمار و.... اشاره نمود. که در پژوهش فوق رعایت حریم و قلمرو بیمار توسط مراقبت‌دهندگان مناسب نبود. با توجه به نتایج، بایستی آموزش‌های کاربردی برای کادر پرستاری و دانشجویان گروه پزشکی ارائه شود و هم‌چنین در این راستا دانشکده‌های گروه پزشکی یک تعامل تنگاتنگ با کادر درمان داشته و در آموزش دانشجویان خود بر حقوق تأکید کنند و به اصل اصالت انسان توجه داشته باشند تا از به‌فراموشی سپردن حق مسلم بیماران برای حفظ حریم آنان جلوگیری نمود.

واژگان کلیدی: محدوده قلمرو روانی بیمار، محدوده قلمرو فیزیکی بیمار، حقوق بیمار

میزان رعایت خلوت بیماران در طی

مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران و بیماران

آزاد رحمانی^۱، اکرم قهرمانیان^۲

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب

داشتن خلوت یکی از نیازهای اساسی انسان است و ستون اصلی ارائه مراقبت‌های درمانی محسوب می‌گردد. پرستاران به دلیل ماهیت خاص حرفه‌ای خود نقش منحصر به‌فردی در برآورده شدن نیاز به خلوت بیماران دارند. هدف این مطالعه مقایسه دیدگاه پرستاران و بیماران در مورد میزان رعایت خلوت بیماران در طی مراقبت‌های پرستاری و عوامل مؤثر بر این دیدگاه‌هاست.

این مطالعه از نوع توصیفی - مقایسه‌ای است و کلیه پرستاران سه بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۱۰۹ نفر) و ۱۶۱ بیمار بستری در این بیمارستان‌ها در آن شرکت داشتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه هم‌ارز استفاده گردید. قسمت اول پرسشنامه‌ها دربرگیرنده اطلاعات فردی بیماران و پرستاران بوده و قسمت دوم، دیدگاه پرستاران و بیماران در مورد میزان رعایت خلوت بیماران را مورد بررسی قرار می‌داد.

نتایج نشان داد که بین دیدگاه پرستاران (میانگین ۳۳/۰۶) و بیماران (میانگین

۲۷/۰۵) در مورد رعایت خلوت بیماران تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p = ۰/۰۰۱$). به-علاوه، مشخص شد که رابطه قوی مثبتی بین تعداد روزهای بستری بیماران ($p = ۰/۰۰۱$) و نیاز بیماران به مداخلات پرستاری ($p = ۰/۰۱۹$) با دیدگاه آنان از میزان رعایت خلوتشان وجود دارد. همچنین، بین ادراک بیماران از وضعیت سلامتی‌شان ($p = ۰/۰۰۱$) با دیدگاه آنان از میزان رعایت خلوتشان رابطه قوی منفی وجود دارد.

نتایج پژوهش نشان‌دهنده تفاوت بین دیدگاه پرستاران و بیماران در مورد رعایت خلوت بیماران بود. همچنین، مشخص شد که هر چه بیمار نیاز بیشتری به مراقبت‌های پرستاری داشته است، سطح سلامتی وی پایین‌تر بوده و یا این‌که تعداد روزهای بیشتری در بیمارستان مانده باشد، گزارش بهتری از رعایت خلوت خود توسط پرستاران داشته است. این می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که هر چه تماس بیمار با پرستاران بیشتر شده دیدگاه‌های آنان به هم نزدیک‌تر شده است.

واژگان کلیدی: اخلاق پرستاری، خلوت، حقوق بیماران، مراقبت‌های پرستاری

مقایسه میزان رعایت خلوت بیماران از دیدگاه بیماران بستری

در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و بخش‌های داخلی-جراحی

آزاد رحمانی^۱، اکرم قهرمانیان^۲

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب

مقدمه: رعایت خلوت ستون اصلی ارائه مراقبت‌های درمانی محسوب می‌گردد و پرستاران به دلیل ماهیت خاص حرفه‌ای خود نقش منحصر به فردی در برآورده شدن نیاز به خلوت بیماران دارند. هدف این مطالعه مقایسه دیدگاه بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی با بیماران بستری در بخش‌های داخلی - جراحی در مورد میزان رعایت خلوت آنان در طی مراقبت‌های پرستاری و عوامل مؤثر در این دیدگاه‌هاست.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی - مقایسه‌ای بوده و ۸۹ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و ۱۳۰ بیمار بستری در بخش‌های داخلی-جراحی سه بیمارستان درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در آن شرکت داشتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای استفاده گردید که قسمت اول آن دربرگیرنده اطلاعات فردی بیماران بوده و قسمت دوم دیدگاه بیماران در مورد میزان رعایت خلوت آنان در طی مراقبت‌های پرستاری را مورد بررسی قرار می‌داد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دیدگاه بیماران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

(میانگین ۲۷/۹۳) و بیماران بخش‌های داخلی - جراحی (میانگین ۲۶/۹۵) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p = ۰/۰۰۱$). به‌علاوه، مشخص شد که رابطه قوی مثبتی بین تعداد روزهای بستری بیماران ($p = ۰/۰۰۱$) و نیاز بیماران به مداخلات پرستاری ($p = ۰/۰۳۶$) با دیدگاه آنان از میزان رعایت خلوتشان وجود دارد. همچنین، بین ادراک بیماران از وضعیت سلامتی‌شان ($p = ۰/۰۰۱$) با دیدگاه آنان از میزان رعایت خلوتشان رابطه قوی منفی وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیش از بیماران بستری در بخش‌های داخلی - جراحی از میزان رعایت خلوت خود رضایت داشتند. همچنین، مشخص شد که هر چه بیمار به مراقبت‌های پرستاری بیش‌تری نیاز داشته، از سلامتی پایین‌تری برخوردار بوده و یا این‌که تعداد روزهای بیش‌تری در بیمارستان مانده باشد گزارش بهتری از رعایت خلوت خود توسط اعضاء گروه پرستاری داشته است، هرچند این مسأله به بررسی بیش‌تری نیاز دارد.

واژگان کلیدی: اخلاق پرستاری، خلوت، حقوق بیماران، مراقبت‌های پرستاری

بررسی میزان رعایت حقوق بیمار در یک**مرکز آموزشی درمانی دندان پزشکی**

یاسمین قهرمانی، هاجر فرهادپور، نجمه محمدی، زینب آل یاسین

تیم دانشجویان دندان پزشکی کمیته تحقیقات دانشجویی

گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه: حقوق یک فرد مبتنی بر نیازهای اوست و حقوق بیمار عبارت است از وظایفی که تیم پزشکی در قبال او دارند. در گذشته، حقوق بیمار همان بود که پزشک برای او تعریف می‌کرد؛ در حالی که در تعاریف جدید از «حقوق بیمار» تغییر اساسی در برداشت عمومی از نقش بیمار، مراقبت‌های بهداشتی، حیطه اختیارات و تصمیم‌گیری بیماران ایجاد شده است. عدم رعایت حقوق بیماران از یک سو فشار روانی زیادی را به بیماران و خانواده‌های آنان وارد می‌کند و از سوی دیگر صدمات جبران‌ناپذیری به حیثیت اجتماعی سیستم ارائه خدمات بهداشتی وارد می‌کند. بر اساس تعالیم دین اسلام، ارتباط پزشک و بیمار یکی از اصول طبابت است و یک پزشک در طبابت باید از خدا بترسد و تقوی بورزد و با دوری از نگاه کاسب‌کارانه بر تکلیف خود و کسب رضایت خداوند تأکید کند.

مواد و روش‌ها: در این مقاله سعی شده است با بررسی میزان رعایت حقوق بیماران در یکی از دانشکده‌های دندان پزشکی کشور، به ضرورت رعایت کدهای اخلاقی و قانونی

در رشته دندان پزشکی در درمان بیماران تأکید شود. در این مطالعه توصیفی دو نوع پرسش نامه بر اساس «منشور حقوق بیماران ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، «کدهای اخلاقی ADA (American Dental Association) و "Nuremberg code" تدوین شد و در میان دو گروه دندان پزشک و بیمار توزیع شد و در نهایت اطلاعات پرسش نامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نقاط آسیب‌پذیر حقوق بیمار شناسایی و به دنبال آن ریشه‌یابی شده است و در نهایت به راه کارهای مناسب جهت راهبردی نمودن رعایت حقوق بیمار اشاره شده است.

بررسی دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی شهر قم نسبت به

رعایت اصول اخلاق پزشکی توسط پزشکان در سال ۱۳۸۵

هدی احمري طهران^۱، احمد کچویی، اشرف خرمی راد، عصمت جعفر بگلو

مقدمه: آموزش اخلاق پزشکی جزء لاینفک برنامه آموزشی در سراسر دنیا است. دانشکده‌های پزشکی می‌کوشند که به طرق مختلف برنامه آموزش اخلاق پزشکی و آموزش اصول ارتباطی صحیح را به دانشجویان بیاموزند، هرچند که در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ما نیز برنامه آموزش اخلاق از اهمیت خاصی برخوردار است که در این برنامه آموزش، در خصوص چهار اصل اساسی: اختیار و آزادی، مقیدبودن، مضرنبودن و رازداری، دانشجویان را تعلیم می‌دهند. اما مطالعات نشان می‌دهد در پاره‌ای از موارد کاستی‌ها و نارسایی‌هایی وجود دارد. هدف از مطالعه حاضر بررسی دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر قم پیرامون رعایت اصول اخلاق پزشکی توسط پزشکان است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی است که به کمک پرسشنامه محقق‌ساخته بر روی ۴۰۰ نفر از بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی شهر قم انجام گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از مقیاس لیکرت و آزمون کای دو استفاده شد و در نهایت به کمک نرم‌افزار spss داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

^۱ - ahmari9929@yahoo.com

یافته‌ها: در پژوهش حاضر ۵۶/۷ درصد از مراجعان را مردان و ۴۳/۳ درصد زنان شامل شدند. از نظر میزان تحصیلات اکثریت نمونه‌ها دارای تحصیلات ابتدایی بودند (۴۳/۴ درصد) و اکثریت برای دومین بار (۴۱/۶ درصد) مراجعه کرده بودند.

نتایج نشان داد که اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش (۸۱/۷ درصد) دیدگاه مساعدی نسبت به رعایت اخلاق پزشکی توسط پزشکان داشتند. در این خصوص نمونه‌های مورد پژوهش به ترتیب بیش‌ترین رضایت خود را از حفظ حریم بیمار توسط پزشک (۹۷/۷ درصد)، رازداری پزشک خود (۹۶/۲ درصد)، برخورد پزشک و خدمات ارائه‌شده توسط پزشک (۸۹/۷ درصد)، میزان اشتباهات پزشک در درمان و اعتراف به آن (۸۶/ ۷ درصد) و کم‌ترین رضایت در خصوص توجه به حالات روحی و آمادگی بیماران به هنگام درمان توسط پزشک (۵۶/۷ درصد) و دسترس بودن آنان در صورت نیاز (۴۲/۷ درصد) بود.

نتیجه‌گیری: گرچه اکثریت پاسخ‌ها نشان می‌دهد که بیماران از رعایت اخلاق پزشکی توسط پزشکان رضایت دارند، اما وجود برخی پاسخ‌های دیگر حتی با درصد کم جای تعمق دارد. این بررسی نشان داد که پزشکان نسبت به آموزش بیمار کم‌تر توجه نشان دادند که با توجه به اهمیت آن باید در کنار دیگر جنبه‌های اخلاق پزشکی مورد توجه قرار گیرد. لذا بازنگری در پاره‌ای از موارد آموزش اصول اخلاق پزشکی و آموزش دانشجویان لازم و ضروری است.

بررسی میزان رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل و بیماران بستری در

مراکز آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز سال ۱۳۸۳

رقیه ناصری^۱، کبری پرون، عفت مظاهری، راحله محمدی، ماهرخ جوانشیر

زمینه و اهداف: از جمله عوامل مهمی که در ایجاد آرامش خاطر بیماران بستری در بیمارستان‌ها مؤثر است، میزان توجه و احترامی است که کارکنان بخش درمان نسبت به حقوق بیماران قائل می‌شوند. محترم شمرده شدن حقوق مددجویان به‌عنوان افراد بشر توسط کسانی که در مراقبت بهداشتی و درمانی آنان سهیم هستند، امری منطقی است. تحقیقات نشان داده است که آگاه نمودن بیماران، سهیم کردن آنان در تصمیم‌گیری و محترم شمردن حقوقشان به بهبودی آن‌ها سرعت بخشیده و دوران بستری بودن در بیمارستان را کاهش می‌دهد، لذا هزینه بیمار و خانواده و همچنین مخارج بیمارستان کاهش می‌یابد. بنابراین، انجام پژوهش‌هایی در این زمینه همواره ضرورت دارد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع توصیفی - مقایسه‌ای است که به منظور تعیین میزان رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل و بیماران بستری در مراکز آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است. روش نمونه‌گیری پرستاران ($n=152$)، مبتنی بر هدف و در مورد بیماران ($n=200$)، تصادفی ساده و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه تنظیم‌شده در سه بخش شامل مشخصات فردی و اجتماعی

^۱ - rogaie nasery <rnasery58@yahoo.com

واحدهای مورد پژوهش، ۱۸ سؤال مربوط به میزان رعایت حقوق جسمی بیمار و ۳۶ سؤال مربوط به میزان رعایت حقوق روانی - اجتماعی بیمار بود که پاسخ‌ها توسط مقیاس لیکرت و به صورت همیشه، اغلب، گاهی، به ندرت، هرگز و موردی ندارد سنجیده شد. جهت تعیین روایی ابزار، از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین اعتماد علمی ابزار از آزمون مجدد استفاده شد هم‌چنین جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که از دیدگاه پرستاران شاغل، اکثر (۵۹/۹ درصد) موارد حقوق بیمار در سطح «خیلی خوب» و ۵/۳ درصد در سطح «متوسط» رعایت می‌شود. از دیدگاه بیماران بستری نیز، اکثر (۶۳ درصد) موارد حقوق بیمار در سطح «خوب» و کم‌ترین درصد (۲/۵ درصد) در سطح «ضعیف» رعایت می‌شود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های تحقیق نشان داد که بین دیدگاه پرستاران و بیماران در رابطه با میزان رعایت حقوق بیمار تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل بیانگر ضرورت توجه بیش‌تر مسؤولان در جهت برنامه‌ریزی اصولی برای رعایت حقوق بیمار در تمامی زمینه‌ها، به‌ویژه مدیریت، خدمات، آموزش و پژوهش پرستاری است.

واژگان کلیدی: حقوق بیمار، دیدگاه، پرستار، بیمار

میزان رعایت منشور حقوق بیمار توسط مراقبت‌دهندگان از

دیدگاه بیماران بیمارستان شهدای خرم آباد

فریده ملکشاهی^۱

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

مقدمه و هدف: از جمله وظایف مهم پرستار مراقبت است. روشن‌ترین نمود آن در رابطه بیمار و پرستار متبلور می‌یابد. در این رابطه بیمار حقوقی دارد که حقوق هر فرد مبتنی بر نیازهای اوست، حقوق یک فرد وظایف دیگری است که حقوق بیمار وظایف و مسئولیت‌های پرستار است که پرستار یک مسئول، موظف به اجراء و رعایت آن می‌باشد. در این راستا، پرستار از طریق دانش حرفه‌ای خود و تئوری‌های اخلاقی وظایف خود را در قبال بیمار به انجام رسانده و بیمار حق دارد که مراقبت‌های استاندارد را بر اساس ضوابط اخلاقی دریافت نماید. پس شناخت رعایت حقوق بیماران توسط پرستاران جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری و افزایش اعتماد و رضایت بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این راستا، پژوهش فوق با هدف تعیین رعایت حقوق بیماران بستری در بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد توسط کادر پزشکی و پرستاری انجام گرفت.

مواد و روش: پژوهش فوق توصیفی، تحلیلی، مقطعی است که ۲۴۰ بیمار به صورت

^۱ - malekshahif@yahoo.com

تصادفی از کلیه بخش‌های داخلی و جراحی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه ۲ قسمتی شامل مشخصه‌های فردی و سؤالات منشور حقوق بیمار بود که به‌روش مصاحبه تکمیل گردید. اطلاعات در یک مرحله جمع‌آوری و از نرم افزار SPSS ver11/5 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: نشان داد که ۷۰/۸ درصد نمونه‌ها مؤث با میانگین مدت زمان بستری ۵ روز که ۴۱/۶ درصد زیر دیپلم بودند. رعایت منشور حقوق بیمار ۵۶/۲ درصد موارد، اطلاع بیمار از تشخیص و درمان ۵۹/۳ درصد، رسیدگی به اعتراضات بیمار در مورد هزینه‌های درمانی ۲۸/۱ درصد، در اخذ رضایت از بیمار در هنگام معاینه برای حضور افراد غیرمرتبط با درمان در ۱۲/۵ درصد، رسیدگی به درخواست بیمار درخصوص درمان و ترخیص با میل شخصی در ۵۶/۲ درصد موارد رعایت شده بود. ۵۹/۶ درصد از حق تعویض پزشک، ۸۶/۶ درصد از منشور حقوق بیمار، ۵۹/۳ درصد در مورد هزینه‌های درمانی آگاهی نداشتند. ۷۵/۸ درصد اظهار نمودند که از آن‌ها رضایت آگاهانه در زمان پذیرش کسب می‌شود، ولی برای حضور دانشجویان بر بالین آن‌ها و انجام مراقبت از آن‌ها اجازه گرفته نمی‌شود. بین میزان رعایت منشور حقوق بیمار، جنس و تحصیلات اختلاف معناداری مشاهده گردید.

بحث: براساس یافته‌ها، از دیدگاه بیماران حقوق آن‌ها کاملاً رعایت نمی‌شود. به‌خصوص در مورد گرفتن اجازه حضور توسط افراد غیرمرتبط با درمان و دانشجویان در هنگام انجام معاینه وجود داشت، بیماران خود هم از حقوق خود آگاه نبودند که می‌تواند ناشی از ضعف سیستم اطلاع‌رسانی، عدم تعامل بین حقوق بیمار و پرستار، کمبود آگاهی و نگرش نامناسب پرستاران نسبت به قوانین و اصل اصالت انسان و.....باشد. لذا

پیشنهاد می‌شود جهت افزایش اعتماد و رضایت بیماران و ارتقا کیفی مراقبت‌های پرستاری تدابیر لازم (کارگاه‌های آموزشی، تعامل بین دانشکده‌ها با بیمارستان، تشکیل کمیته‌های حقوقی در بیمارستان و...) برای افزایش آگاهی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی و بیماران در هنگام پذیرش اتخاذ گردد.

واژگان کلیدی: رعایت، حقوق، بیمار، بیمارستان، میزان منشور، مراقبت‌دهندگان

بررسی عملکرد پرستاران در مورد چگونگی برقراری ارتباط و مراقبت از

بیمار بر اساس موازین شرعی

آذر مرادی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه: یکی از ارکان اقتدار و موفقیت هر نظام، ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در سطح مطلوب، در عین رعایت و التزام به ارزش‌های الهی و حقوقی انسانی است. حفظ حقوق بیماران و احترام به عقاید و محترم نگه داشتن ارزش‌های آن‌ها موجب بهبود وضعیت روحی و اجتماعی آن‌ها می‌شود و در نتیجه در بهبود وضعیت جسمی آنان تأثیر بسزایی دارد. چرا که سلامت جسم و روح و روان تنها در سایه سلامت دین و صحت اعتقادات و باورهای مردم حاصل می‌شود. انجام احکام شرعی نه تنها به‌عنوان واجب اجتناب‌ناپذیر دینی برای پرستار و بیمار محسوب می‌شود، بلکه راهگشای سلامت و آسایش اغلب بیماران است و کم‌توجهی به آن احساس عدم امنیت را به دنبال دارد.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر بررسی مقطعی از نوع توصیفی است که عملکرد واحدهای مورد پژوهش را در مورد ارتباط با بیمار و مراقبت از بیمار بر طبق موازین شرعی مورد بررسی قرار داده است. جامعه مورد پژوهش را کلیه پرستاران شاغل مرکز آموزشی - درمانی امام خمینی تبریز (۱۴۴ نفر) تشکیل می‌دهد. که با روش نمونه‌گیری به‌صورت غیر احتمالی (آسان) از تمامی بخش‌ها به استثنای اتاق عمل انتخاب شده‌اند.

ابزار گردآوری داده‌ها چک‌لیست ۲۹ موردی مربوط به رفتار پرستاران براساس موازین شرعی (۱۳ مورد در زمینه ارتباط با بیمار براساس موازین شرعی و ۲۶ مورد در زمینه مراقبت از بیمار براساس موازین شرعی) بود که توسط یک مشاهده‌گر آموزش‌دیده تکمیل می‌گردید و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار spss استفاده گردید.

یافته‌ها و نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد که از نظر عملکرد در زمینه ارتباط با بیمار براساس موازین شرعی ۵۵/۳ درصد پرستاران دارای عملکرد خوب و ۴۴/۷ درصد آنان از عملکرد متوسطی برخوردار بودند، در حالی که از نظر عملکرد در زمینه مراقبت از بیمار براساس موازین متوسطی برخوردار بودند در حالی که از نظر عملکرد در زمینه مراقبت از بیمار براساس موازین شرعی صددرصد افراد دارای عملکرد ضعیفی بودند. لذا نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که شرایط لازم توسط مسئولان امر باید فراهم شود تا عملکرد ارتباط متوسط و عملکرد مراقبتی ضعیف پرستاران را با برنامه‌های مدون ارتقا داده و مشکلات مربوط به موانع اجرای موازین شرعی را مرتفع سازند.

واژگان کلیدی: ارتباط، مراقبت، موازین شرعی، مددجو

تأثیر رفتار تیم پزشکی بر بی‌دردی زایمان

ناهید مهران^۱، محمد عباسی، عصمت جعفر بگلو

اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامائی قم

مقدمه: به دنبال افزایش اخیر میزان سزارین‌های انتخابی و به فکر واداشتن دولت جهت حل این مشکل، زایمان بی‌درد اپیدورال، رضایت‌مندی بسیاری از زنان باردار و پزشکان را به دنبال داشته است. اما در این میان رفتار پرسنل اعم از پزشک و ماما و رفتار دانشجویان با مادر مسأله‌ای است که رضایت‌مندی مادران را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد.

به دلیل وجود دیدگاه‌های متناقض مردم و جامعه در مورد اپیدورال به‌خصوص به دلیل نامشخص بودن نقش و جایگاه تیم پزشکی در این روش بی‌دردی، این پژوهش در جهت فهمیدن تجربه واقعی مادران و با هدف بررسی تأثیر رفتار تیم پزشکی بر بی‌دردی زایمان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه کیفی بوده و به روش پدیدارشناسی (فنونولوژی) انجام شده است. از بین خانم‌هایی که در زایشگاه شبیه‌خوانی کاشان با استفاده از بی‌حسی اپیدورال زایمان کرده بودند، به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و به منظور رسیدن به مرحله اشباع اطلاعات، ۱۲ خانم باردار که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب

^۱ - n_mehran59@yahoo.com

شدند. مصاحبه‌ها در محیطی آرام و خصوصی و به‌صورت سؤالات باز و به مدت حداکثر ۶۰ دقیقه انجام شده و بر روی نوار کاست ضبط می‌گردید و سپس مطالب ضبط‌شده به دقت شنیده و بر روی کاغذ نوشته می‌شد. پس از رسیدن تعداد نمونه‌ها به حد اشباع اطلاعات، تجزیه و تحلیل یافته‌ها از طریق روش هفت مرحله‌ای کلایزی انجام شد.

نتایج: پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات به روش کلایزی، از ۳۵ کد استخراجی، ۱۰

تم موضوعی به‌دست آمد؛ شامل: کمک در تصمیم‌گیری و انتخاب، اطلاع‌رسانی حین بی‌حسی، آموزش پس از بی‌حسی، حمایت‌های روحی روانی و مراقبت‌های جسمی.

در نهایت، این ۵ تم در ۲ دسته قرار داده شدند که مفاهیم اصلی این پژوهش را

تشکیل می‌دادند؛ شامل: نقش آموزشی تیم پزشکی، نقش حمایتی - مراقبتی تیم پزشکی

بحث: تجربه مثبت مادران از زایمان بی‌درد اپیدورال منجر به انتخاب این روش برای

زایمان بعدی خود و نیز پیشنهاد این روش به دیگران و در نتیجه کاهش میزان

سزارین‌های انتخابی و عوارض ناشی از آن خواهد شد. لذا نحوه برخورد و ارتباط مناسب

پرسنل مامایی و پزشکی و دانشجویان با مادر و آشنایی آنان با اپیدورال و فواید و

عوارض آن و برنامه‌ریزی مناسب در جهت انجام به‌موقع بی‌حسی می‌تواند به حصول

تجربه‌ای مثبت از اپیدورال توسط مادران باردار و در نتیجه ارتقا سطح سلامت آنان از

طریق کاهش میزان سزارین‌های انتخابی کمک کند.

واژگان کلیدی: تیم پزشکی، رفتار، بی‌دردی، زایمان

بررسی میزان رضایت بیماران از رعایت موازین شرعی در اقدامات همگن

در بیمارستان‌های کامکار و نکویی دانشگاه علوم پزشکی قم - ۱۳۸۵

معصومه صیدی^۱، دکتر اکرم حیدری^۲، اشرف خرمی راد^۳، محمد عباسی^۴

۱- مربی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم، دانشکده پرستاری و مامایی

۲- استادیار، عضو هیأت علمی، مدیر پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

۳، ۴- مربی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه: در مکتب متعالی اسلام، عنایت به موازین و احکام شرع مقدس و نیز توجه جدی به شؤون اخلاقی و رفتاری در عرصه سرویس‌دهی خدمات پزشکی و پرستاری، حافظ سلامت و ضامن قداست این شغل است؛ چرا که سلامت جسم جزء با سلامت روح و روان حاصل نمی‌شود و تنها در سایه سلامت دین و صحت اعتقادات و باورهای مردم است که صحت روح و آرامش و آسایش روانی فراهم می‌گردد. بازتاب نظر بیمار با توجه به این که بیماران یگانه علت وجودی برای بیمارستان به شمار می‌روند و از طرفی بیمارستان به منظور تامین نیازهای آنان ایجاد شده، لازم است.

روش کار: نوع مطالعه cross-sectional بود که در سال ۱۳۸۵ در بیمارستان‌های

کامکار و نکویی دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شد.

حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای شانس ۵ درصد، دقت ۵ درصد، ۴۰۰ بیمار

^۱ - manager 7228@ yahoo.com

بستری که ۲۰۰ زن و ۲۰۰ مرد انتخاب گردید. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گرفت، مشخصات واحد پژوهش، بیمار در بخش مورد نظر حداقل به مدت ۲۴ ساعت بستری بوده و اقدام مورد پرسش برای او انجام شده باشد. پرسشنامه در دو بخش تنظیم گردید: بخش اول شامل ویژگی‌های فردی و بخش دوم میزان رضایت از رعایت موازین شرعی در اقدامات همگن (معاینه، اقدامات پاراکلینیک، اقدامات پرستاری، اقدامات درمانی) بود. که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً راضی، راضی، نظری ندارم، ناراضی، کاملاً ناراضی) تنظیم شد. پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه، تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS 11.5 صورت گرفت. در مورد کلیه متغیرها آنالیز تک متغیره انجام شد و فراوانی مطلق و نسبی برای متغیرهای کیفی و محاسبه میانگین و شاخص‌های پراکندگی برای متغیرهای کمی محاسبه گردید.

نتایج: رضایت بیماران از رعایت موازین شرعی توسط پزشکان ۶۹/۱ درصد کاملاً راضی و ۲۵/۹ درصد راضی، کادر پرستاری ۶۶/۱ درصد کاملاً راضی و ۲۴ درصد راضی، نمونه‌گیری خون ۵۴ درصد کاملاً راضی و ۴۰ درصد راضی و ۳ درصد ناراضی، رادیولوژی ۴۲ درصد کاملاً راضی و ۳۹ درصد راضی، سونوگرافی ۵۷ درصد کاملاً راضی و ۲۴ درصد راضی، نوار قلب ۷۰ درصد کاملاً راضی و ۲۵ درصد راضی، بیماربر ۴۰ درصد کاملاً راضی و ۲۱ درصد راضی و ۱۲ درصد ناراضی، بودند. در موارد فوق از ۱۰۰ درصد بقیه نمونه‌ها بدون نظر بودند.

بحث: بیش‌ترین نارضایتی بیماران از بیماربر و خدمه و نمونه‌گیری خون بود. مدیران

و مسؤولان باید سعی کنند در صورت امکان در استفاده از نیروهای غیر از کادر درمان هم از پرسنل هم‌جنس در بخش‌ها استفاده کنند. به‌خصوص در شیفت شب جهت آسایش و استراحت بیماران این مسأله را در نظر بگیرند.

واژگان کلیدی: رضایت بیمار، موازین شرعی، اقدامات همگن

بررسی میزان آگاهی پرستاران استان مازندران

از موازین شرعی حرفه پرستاری

فاطمه سالمه، طاهره یعقوبی، محبوبه یعقوبیان

اعضاء هیأت علمی و عضو بسیج جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دین مبین اسلام به لحاظ جامعیت و کمال، برای تمامی نیازهای بشر برنامه‌ای دارد و برای هر موضوع و هر عرصه‌ای، دستورات و قوانینی وضع نموده است. انطباق با این موازین و قوانین الهی در تمامی ابعاد زندگی مسأله‌ای است که سعادت انسان‌ها در گرو آن است.

مقررات الهی در مکتب اسلام طوری تنظیم شده که هماهنگی با شرایط مختلف رعایت گردیده است. تطبیق علوم پزشکی و امور مربوطه به بهداشت - درمان و آموزش پزشکی به مسائل و احکام اسلام به دلیل برخورداری از ویژگی‌های خاص مسائل انسان‌ها دارای اهمیت ویژه است. پرستاران از اولین کسانی هستند که در ارتباط با بیمار می‌توانند با توجه به وضعیت موجود مسائل مختلف شرعی را رعایت نموده و نسبت به ادای فرایض بیماران مراقبت کامل نمایند. لذا همان‌گونه که پرستار از بیمار انتظار دارد که آموزش‌های داده شده را با کمال دقت مراعات کند، دین مقدس اسلام و جامعه اسلامی ما از پرستاران انتظار دارند که نسبت به احکام شرع مقدس اسلام نهایت تواضع و آشنایی را پیدا کنند و بیماران را در ادای تکلیف الهی کمک کنند.

این تحقیق مطالعه توصیفی - تحلیلی است. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بوده است. تعداد ۱۵۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های استان مازندران توسط پرسشنامه مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات کسب‌شده در ۲ قسمت اصلی تنظیم گردید. بخش اول، در ارتباط با مشخصات فردی، خانوادگی و بخش دوم، مربوط به میزان آگاهی در مورد موازین شرعی حرفه پرستاری بوده است. نتایج به‌دست آمده با کمک نرم‌افزار spss نشان می‌دهد که ۴۵/۳ درصد دارای آگاهی خوب و ۳۶/۸ درصد آگاهی متوسط و ۶ درصد افراد دارای آگاهی ضعیف بوده‌اند. بین آگاهی پرسنل و جنسیت با $P < 0.001$ ، بین آگاهی و سطح تحصیلات با خطای کم‌تر از ۰.۰۰۱/ و بین آگاهی و شرکت افراد در کلاس‌های احکام با خطای کم‌تر از ۰.۰۰۱/ ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

بررسی رابطه میان پزشک و بیمار از دیدگاه بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک

تخصصی مدرس وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

زهرا هاشمی^۱

روابط بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

اصول چهارگانه اخلاق پزشکی نوین بر چهار رکن اساسی احترام به خودمختاری بیمار، ارائه اقدامات مفید و سودمند، جلوگیری از آسیب و بالاخره رعایت حق و حقوق بیمار استوار است (۱). انجمن پزشکی جهان سنگ‌بنای حرفه پزشکی و در نهایت اخلاق پزشکی را رابطه میان بیمار و پزشک می‌داند. گفته می‌شود که در دنیای پزشکی جلوه‌گاه اخلاق در زمان برخورد پزشک و بیمار است. هر قدر این برخورد انسانی، اخلاقی، عاطفی و صمیمانه و همراه با احترام باشد، امنیت روانی و جسمی بیش‌تری را برای بیمار به‌دنبال خواهد داشت. در گذشته، این رابطه مبتنی بر دستور و اطاعت بود. بدین معنی که پزشک دستور می‌داد و بیمار ناگزیر از عمل کردن به این دستورات بدون دخیل شدن در تصمیمات پزشکی مربوط به خود بود. در سال‌های اخیر، این رابطه سنتی یا پدران به‌طور گسترده‌ای هم از نظر اخلاق و هم از نظر قانون مردود شده است (۲). امروزه، دنیای طب مبتنی بر احترام به استقلال بیمار و حرکت به‌سوی درک این استقلال به‌عنوان یک اصل اخلاقی از سوی پزشک است. رابطه پزشک با بیمار

^۱ - zhashemi2005@yahoo.com

هم‌چنین بر اساس نظر متخصصان اخلاق پزشکی رابطه‌ای است که قدرت شفابخشی قابل ملاحظه‌ای نیز دارد. اگرچه برقراری ارتباط با بیمار از اساس وظایف پزشک تلقی می‌شود، ولی مسائلی اساسی و اخلاقی جدیدی را در اخلاق پزشکی به‌وجود آورده است. در ایران به نظر می‌رسد که در بسیاری از موارد هنوز رابطه تحکم‌آمیز پدران به پزشکی حاکم باشد. گزارش شده است که اخلاق پزشکی در ایران به‌قدری بر اساس اقتدار پزشک استوار شده که حتی به قلمرو داروخانه‌ها کشیده است (۳). در ایران بر اثر اعتقادات عمیق مذهبی و فرهنگی، اکثر مردم معتقدند که بعد از خداوند نجات جان بیمار در دست پزشک است. از این رو، بیماران ایمان و اعتقاد کاملی به دستورات پزشک داشته و تا جایی که بتوانند از آن اطاعت می‌کنند. به نظر می‌رسد که به علت ناآگاهی بیماران از حق و حقوق خود نگرش قدیمی‌تر از دیدگاه بیماران ترجیح داده می‌شود. این مقاله به ابعاد مختلف رابطه بیمار با پزشک از دیدگاه بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی مدرس رفسنجان می‌پردازد.

واژگان کلیدی: بیمار، پزشک، ارتباط، رفسنجان

بررسی میزان رعایت حریم بیماران توسط تیم درمان و ارتباط آن با

رضایت‌مندی بیماران در بخش اورژانس

محمد آقاجانی^۱، دکتر ناهید دهقان نیری

مقدمه: یکی از مسائل اخلاقی اساسی مراقبت در هر بخشی به‌ویژه بخش‌های اورژانس، رعایت حریم بیماران است. این موضوع آن‌قدر حائز اهمیت است که به‌عنوان اصل اساسی انسانی و یکی از حقوق بنیادین و نیازی ضروری و مهم شمرده شده و به‌ویژه رعایت آن در سازمان‌های مراقبت بهداشتی الزامی شناخته شده است.

از نظر روان‌شناسان قلمرو و حریم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، به‌طوری‌که نمی‌توان هیچ چیز دیگری را جایگزین آن کرد. عدم رعایت این مسأله می‌تواند موجب مواردی چون افزایش اضطراب فردی، استرس، برانگیخته‌شدن رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت‌آمیز در افراد و عدم همکاری بیماران با پرسنل درمانی شود. هم‌چنین احتمال می‌رود این پدیده، رضایت‌مندی بیمار را نیز تحت تأثیر قرار دهد. رضایت بیمار نیز یکی از اهداف و مأموریت‌های اصلی نظام خدمات سلامتی است، زیرا که رفتار بیماران رضایت‌مند با بیماران ناراضی متفاوت است، به‌طوری‌که بیماران رضایت‌مند با مراقبان سلامتی همکاری بیش‌تری دارند، اطلاعات مهم خود را در اختیار آن‌ها قرار داده و از دستورات آن‌ها بیش‌تر تبعیت می‌کنند. رعایت حریم بیماران و رضایت بیمار از

¹ - aghajani1362@yahoo.com

شاخص‌های کیفیت مراقبت به‌شمار می‌روند و عوامل گوناگونی روی آن تأثیر می‌گذارد که ضرورت توجه به این امر را می‌رساند.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی و تحلیلی از نوع همبستگی است که با هدف تعیین میزان رعایت حریم شخصی بیماران توسط تیم درمان و ارتباط آن در ابعاد گوناگون با رضایت‌مندی بیماران در بخش اورژانس بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. روش نمونه‌گیری به در دسترس بوده و نمونه‌های پژوهش را ۳۸۴ بیمار بستری در بخش اورژانس یکی از بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل می‌دادند. ابزار این پژوهش پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک، میزان رعایت حریم و رضایت‌مندی بیماران در ابعاد مختلف شامل حریم اطلاعاتی، فیزیکی و روانی اجتماعی بود. پژوهشگران با مراجعه حضوری و ارائه توضیحات لازم پرسشنامه را تکمیل و سپس داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن هستند که رعایت حریم در ابعاد مختلف در طیف وسیعی قرار می‌گیرد. نتایج این پژوهش با برخی متغیرهای دموگرافیک نیز ارتباط معناداری را نشان می‌دهند. نتایج به تفصیل در مقاله ارائه می‌شوند.

نتیجه‌گیری: رعایت حریم در بیماران یکی از اصول اولیه و اصلی مراقبت از بیمار و از مسائل مهم اخلاقی است که باید مورد توجه مراقبان، پزشکان و کلیه پرسنل قرار گیرد.

واژگان کلیدی: حریم بیمار، رضایت‌مندی، تیم درمان، بخش اورژانس

بررسی مشکلات اخلاقی و قانونی در ختم

ارتباطی بیمار - ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی

لاله سلیمانی زاده^۱، مصطفی جوادی^۱، دکتر عباس عباس زاده^۲،

سکینه میری^۳، فرزانه سلیمانی زاده^۴

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۲- کارشناس ارشد پرستاری

۳- استادیار دانشکده پرستاری رازی کرمان، ۴- کارشناس وزارت بهداشت و درمان

مقدمه: هر پزشکی بدون در نظر گرفتن موانع باید سعی در حفظ ارتباط پرستار یا پزشک و بیمار داشته باشد. گاهی در طی درمان، موقعیت‌هایی پیش می‌آید که ختم ارتباطی بیمار - ارائه‌دهنده مراقبت ضروری است. البته باید موضوعات اخلاقی و همچنین قانونی بیمار نیز در این مورد در نظر گرفته شود تا از ادعای غفلت، یا کوتاهی در ارائه مراقبت اجتناب شود. هم‌چنین شاغلین درمانی باید خطرات و پیامدهای ختم ارتباطی را مورد توجه قرار دهند تا در آینده با مشکل روبه‌رو نشوند. هدف از این مقاله بررسی مشکلات اخلاقی و قانونی در ختم ارتباطی مراقبت از بیمار است.

متن: در طی نیمه دوم قرن بیستم، ارتباط بین بیمار - ارائه‌کننده خدمات به طرف مشارکت در تصمیم‌گیری سوق داده شد و بیماران به سمت استقلال و مسئولیت‌پذیری سوق داده شدند. این روند سبب تغییر در انتظارات و ناسازگاری شده است. هرچه قدر

¹ - lsolaimani@yahoo.com

پرستاران در مراقبت از بیمار مسؤولیت‌پذیرتر باشند باز ممکن است با موقعیت‌هایی روبه‌رو شوند که به ختم ارتباطی مراقبت از بیمار منجر شود. زمانی که ختم ارتباطی رخ می‌دهد، مهم است که ملاحظات اخلاقی را در ختم ارتباطی بیمار مورد توجه قرار دهند. اصول اخلاقی به‌عنوان راهنما و حلال مشکلات در سازمان‌های مراقبت بهداشتی به‌کار می‌رود. پرستار در هر موقعیتی مانند پیش‌گیری و درمان بیماری و کمک به بیمار در سازش با بیماری، ناتوانی یا مرگ باید همیشه رفاه و سلامت بیماران را در نظر داشته باشد. وظیفه اولیه هر فراهم‌کننده خدمات، نرساندن آسیب به بیمار است. در ارائه مراقبت باید بر ارتباط بین بیمار و ارائه‌دهنده و همچنین اصولی که این ارتباط را تعیین می‌کند، تأکید شود.

نتیجه‌گیری: پایه و اساس اکثر سوء عملکردها در ارتباط بین بیمار و ارائه‌دهنده خدمات، ختم ارتباط بدون تفکر و اندیشه و دلیل منطقی است که لازم است همه مراحل فرایند ارتباطی مستندسازی شده و همچنین تضادهای بالقوه قانونی در زمان تصمیم‌گیری بالینی مدنظر باشد و در صورت امکان قبل از ختم ارتباط، روش‌های مراقبتی دیگر باید مورد بررسی قرار گیرند.

واژگان کلیدی: قصور یا کوتاهی، منافع، موضوعات اخلاقی و قانونی، پرستار، ختم ارتباطی بیمار - ارائه‌دهنده مراقبت

بررسی دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر ارومیه

نسبت به رعایت حقوق خود

نادر آقاخانی^۱، آرام فیضی نرگس رهبر

دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه و اهداف: بیمارستان جزو لاینفک تشکیلات پزشکی و اجتماعی است که وظیفه تأمین مراقبت‌های کامل بهداشتی (پیش‌گیری، درمان و نوتوانی) را برای عموم به‌عهده داشته و مرکزی آموزشی برای کارکنان بهداشت و درمان و تحقیقات زیستی اجتماعی است. به منظور تأمین کیفیت خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، رعایت موازین اخلاق پزشکی و رعایت حقوق بیماران در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی اجتناب‌ناپذیر است. بیمار مانند هر انسان دیگری نیازهایی حیاتی دارد. او به علت بیماری نمی‌تواند برخی از نیازهایش را به‌طور کامل تأمین کند و به کمک اطرافیان نیاز دارد. با آگاهی درباره نیازهای بیماران می‌توان آن‌ها را بهتر شناخت و راه‌های مناسب‌تری برای کمک به این افراد انتخاب کرد. شناخت این نیازها چارچوب مفیدی برای ارائه مراقبت‌های لازم خواهد بود. بنابراین، گروه مراقبت و درمان باید درباره نیازها و چگونگی ارضای آن‌ها، دانش و آگاهی کافی داشته باشند و موقعیت‌هایی را که سبب ارضای این نیازها می‌شود، به‌خوبی بشناسند و در هنگام تأمین این نیازها، حقوق انسانی

^۱ - nader1453@umsu.ac.ir

بیماران را رعایت نمایند. رضایت بیمار از خدمات ارائه‌شده و رعایت حقوق او، از اهداف مهم فعالیت‌های گروه درمانی بشمار می‌آید که در ارتقای سلامتی بیمار تأثیر بسزایی خواهد داشت. واژه حقوق در تمام زبان‌ها به معنی آن‌چه راست و سزاوار است، تعریف می‌شود. بنابراین، حقوق بشر به معنی آن‌چه برای بشر راست و سزاوار است است. حقوق بیمار نیز به معنای آن‌چه برای بیمار بایسته و سزاوار است، تعریف می‌شود. با بررسی رعایت حقوق بیماران و توجه به مواردی که رعایت نمی‌شوند، می‌توان تلاش‌هایی در جهت رعایت تکریم بیماران و کسب رضایت آنان از اقدامات درمانی انجام داد و توجه مسئولین را به نقاط ضعف در این مورد جلب کرد. درک دیدگاه بیماران در مورد رعایت حقوق آنان کمک می‌کند تا عملاً از کاستی‌های مربوطه اطلاع حاصل و تدابیر مربوط به رعایت این موارد به‌وسیله پرسنل توسط مدیران انجام شود.

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

یافته‌های پژوهش: در این تحقیق در رابطه با بررسی دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر ارومیه نسبت به رعایت حقوق خود، اطلاعات به‌دست آمده

به‌شرح زیر بیان شدند:

۱۶۱ نفر از بیماران بستری (۵۲،۶ درصد) مذکر و ۱۴۵ نفر (۴۷،۴ درصد) مؤنث بودند. از نظر ترکیب سنی ۸۰ نفر (۲۶،۱ درصد) در گروه سنی ۶۰-۷۵ سال و (۲۵،۲ درصد) در گروه سنی ۴۵-۵۹ سال قرار داشتند که نشان‌دهنده میانسال بودن اکثر واحدهای پژوهش است. اکثریت این افراد یعنی ۲۶۴ نفر (۸۶،۳ درصد) متأهل بودند. از نظر تحصیلات ۹۵ نفر (۳۱ درصد) بی سواد و ۹۵ نفر (۳۱ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی بودند. میزان تحصیلات دانشگاهی این افراد فقط شامل (۴،۶ درصد) بود. از نظر مدت بستری ۱۶۱ نفر (۵۳،۱ درصد) به مدت ۵-۰ روز در بیمارستان بستری بودند و از نظر دفعات ۵۲ نفر (۳۷،۶ درصد) برای اولین بار بستری شده بودند. پژوهش حاضر ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات با دیدگاه بیماران نسبت به رعایت حقوق خود مشاهده می‌شود و به نظر می‌رسد بیماران با تحصیلات بالا بیش‌تر با حقوق خود آشنا باشند و عملاً نیز بتوانند از حقوق خود دفاع نمایند. ($\chi^2 = 19/5$ و $p = 0/012$).

بحث و نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر بیانگر این واقعیت است که دیدگاه بیماران نسبت به رعایت حقوق در حد متوسط است و اطلاع‌رسانی مناسب نیز در زمینه آشنایی با حقوق بیماران کم‌تر صورت می‌گیرد. ماهیت حاکم بر بیمارستان‌ها نیز می‌تواند منجر به این امر گردد که بیماران به خاطر عدم آگاهی نسبت به فرایند درمان و نحوه ارائه آن، کم‌تر در این زمینه مداخله نمایند و یا این‌که به‌دنبال آگاهی بیش‌تری باشند. این تفکر باید در بین مدیران بیمارستان‌ها تقویت شود که آگاهی بیماران از حقوق خودشان باید جزو اولویتهای سازمان باشد. آموزش حقوق بیماران به بیماران و کارکنان باید در رأس

برنامه مدیر بیمارستان قرار گیرد. این امر از طریق پمفلت، بروشور، پوستر و... امکان‌پذیر خواهد بود. در این صورت، بیمارستان به اهداف اصلی خود که ارائه خدمات اثربخش، کارآمد، عادلانه و با کیفیت بالا به بیماران است، خواهد رسید.

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

بررسی میزان آگاهی کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی فسا از

حقوق مددجویان مراجعه‌کننده به این مراکز. سال ۱۳۸۵

دکترسید حبیب اله کواری^۱

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه: حقوق بیمار به مجموع امتیاز و توانایی‌ها و یا مجوزهای خاص گفته می‌شود که قانون به بیمار اعطا کرده است. شاید مهم‌ترین علت برخوردی که بین بیماران و صاحبان حرف بهداشتی درمانی پیش آمده، به علت عدم آگاهی کادر بهداشتی - درمانی از حقوق بیمار است. هدف از انجام این پژوهش، تعیین میزان آگاهی دست‌اندرکاران مراقبت از بیماران از حقوق بیمار در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های آموزشی دانشکده علوم پزشکی فسا است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای با دو بخش و مطابق با منشور حقوق بیمار است. نمونه مورد مطالعه، اعم از ۳/۲ درصد پزشک، ۴۷/۶ درصد پرستار، ۳/۲ درصد پرسنل رادیولوژی و بهیار و کمک بهیار (۲۵/۴ درصد)، کارمندان (۹/۵ درصد)، دانشجویان پرستاری (۱۱/۱ درصد) بودند.

یافته‌ها: با بررسی‌های انجام‌شده مشخص گردید که بیش‌ترین میزان آگاهی، مربوط به حق بیمار در مورد آگاهی از روش درمانی خود که معادل ۹۱ درصد افراد کادر

^۱ - kavarih@sums.ac.ir

درمانی مورد مطالعه نسبت به این مطلب آگاهی کامل داشتند و کم‌ترین میزان آگاهی مربوط به حق بیمار در مورد آگاهی از زمان ترخیص خود که معادل ۵۳ درصد است.

نتیجه‌گیری: آشنا نمودن هر چه بیش‌تر کادر درمانی و مدیران بیمارستان‌ها با حقوق بیمار و وجود یک سازمان برای نظارت بر چگونگی رعایت حقوق بیمار در بیمارستان‌های مختلف می‌توانند بهترین پیشنهاد باشند.

واژگان کلیدی: حقوق بیمار

بررسی میزان به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی توسط ماماها و ارتباط آن با
میزان رضایت‌مندی مراجعان مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
زیبا تقی زاده^۱، رضایی پور، ع مهران، ز علیمردادی

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

زمینه پژوهش: شواهد روزافزون حاکی از آن است که کیفیت مهارت‌های ارتباطی
ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی تأثیر قابل توجهی بر نتایج درمانی مراجعان
دارد. هدف از این مطالعه تعیین میزان به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی توسط ماماها و
ارتباط آن با میزان رضایت‌مندی مراجعان بود.

روش پژوهش: در این مطالعه پیمایشی ارتباطی، ۵۰ ماما و ۴۰۰ مراجع مورد
بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل چک‌لیست مهارت‌های ارتباطی و
پرسشنامه رضایت‌مندی مراجعان بود که از طریق مشاهده و مصاحبه تکمیل گردید. از
آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون کای دو، آزمون دقیق فیشر و ضریب همبستگی
پیرسون با $p(0/05)$ استفاده شد.

یافته‌های پژوهش: نتایج پژوهش نشان داد که میزان به‌کارگیری مهارت‌های
ارتباطی (کلامی و غیر کلامی) توسط بیش‌ترین درصد ماماها (۶۲ درصد و ۵۶ درصد)
در حد نامطلوب بود. ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک ماماها با میزان به‌کارگیری

¹ - zibataghizadeh@yahoo.com

مهارت‌های ارتباطی وجود نداشت؛ تنها بین وضعیت تأهل و میزان به‌کارگیری مهارت ارتباط غیر کلامی ارتباط وجود داشت ($p=0/007$). میزان رضایت‌مندی اکثر مراجعان (۵۳/۴ درصد) در حد متوسط بود که ارتباط معنی‌داری با میزان به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی توسط ماماها داشت ($p=0/000$). ارتباط معنی‌دار بین سن، سطح تحصیلات و علت مراجعه مراجعان با میزان رضایت‌مندی آن‌ها وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان بالای به‌کارگیری نامطلوب مهارت‌های ارتباطی توسط ماماها، برگزاری دوره‌های ضمن خدمت آموزش مهارت‌های ارتباطی با تأکید بر نقاط ضعف ماماها و هم‌چنین آموزش مهارت‌های ارتباطی به‌عنوان جزئی از واحدهای درسی در برنامه آموزش مامایی توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: مهارت‌های ارتباطی، ارتباط کلامی، ارتباط غیر کلامی، رضایت‌مندی.

تبعیض در مراقبت پرستاری: بررسی دیدگاه‌ها و

تجارب مراقبتی پرستاران بخش نوزادان

زهرا سبزی^۱، دکتر لیلا جویباری، دکتر اکرم ثناگو

دانشگاه علوم پزشکی گلستان

مقدمه: اخلاق پزشکی دربرگیرنده اصول اخلاقی شناخته‌شده و معتبر در جامعه انسانی است که تعیین‌کننده چهارچوب‌های رفتاری و عملی برای پرستاران و کادر مراقبتی است. این گروه می‌باید دارای اخلاق شغلی ویژه‌ای باشند تا بتوانند بر طبق ارزش‌های والای انسانی که در سوگندنامه‌شان یاد کرده‌اند، بدون هیچ‌گونه تبعیضی، مسؤولیت مراقبتی خود را انجام دهند.

هدف: تبیین دیدگاه‌ها و تجربیات پرستاران بخش نوزادان استان گلستان در خصوص «تبعیض‌های مراقبتی» است.

روش کار: در این مطالعه کیفی که بخشی از پژوهش وسیع‌تری است، با ۲۰ پرستار شاغل در بخش‌های نوزادان مراکز درمانی استان گلستان، که حداقل دوسال سابقه کار در بخش نوزادان داشتند، مصاحبه‌های نیمه‌ساختار به عمل آمد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و کلمه به کلمه دست‌نویس و مطابق روش «تحلیل محتوا» شدند.

یافته‌ها: مضمون اصلی «تبعیض» و مضامین فرعی «نوزاد نامشروع، رتبه تولد، وضعیت

^۱ - zsgorgan@yahoo.com

سلامت نوزاد، قومیت، وضعیت اقتصادی/اجتماعی» بیانگر دیدگاه و تجربیات مراقبتی پرستاران بخش نوزادان در خصوص اعمال تبعیض در مراقبت از نوزادان است. یافته‌ها نشان داد پرستاران نسبت به مراقبت از نوزاد نامشروع اکراه دارند و چنان‌چه نوزاد متعلق به خانواده‌های آسیب‌پذیر باشد یا نوزادی با رتبه تولد بالا و یا از قومیت خاصی باشد، این نگرش منفی شدت بیش‌تری به خود می‌گیرد. در مجموع، پرستاران تمام توجه مراقبتی خود را معطوف به نوزادان با بیماری وخیم‌تر می‌نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری: پرستاران مسئولیت حرفه‌ای در قبال ارائه مراقبت‌های بهداشتی به افراد بدون در نظر گرفتن جنسیت، نژاد، رنگ، مذهب و وضعیت اقتصادی دارند. از این رو، ضروری است تا پرسنل پرستاری از نگرش‌های منفی که ممکن است بر چگونگی ارائه خدمات مراقبتی آن‌ها تأثیر سویی بگذارد اجتناب نمایند.

کلمات کلیدی: اخلاق پزشکی، تبعیض، مراقبت پرستاری، نوزادان، گلستان

**بررسی میزان عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی مددجویان مراجعه‌کننده به
درمانگاه‌های منتخب شهرستان فسا و پیدا کردن عوامل نارضایتی و بررسی
میزان عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی مددجویان در سال ۱۳۸۵**

دکترسید حبیب اله کواری^۱

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی مددجویان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های منتخب شهرستان فسا و پیدا کردن عوامل نارضایتی آنان انجام گردیده است.

تعداد ۴۸ نمونه از مددجویان که به مدت بیش از سه بار (مراجعه) به درمانگاه‌های منتخب شهرستان فسا مورد پژوهش قرار گرفتند و پرسشنامه‌ها به نسبت افراد توزیع گردید.

در این پژوهش متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد روزهای مراجعه علت مراجعه و فاصله محل سکونت بیماران از درمانگاه مورد سنجش واقع گردید و نتایج این پژوهش به شرح زیر است:

میزان رضایت‌مندی مددجویان از محورهای چهارگانه با متغیرهای سن، جنس، محل سکونت، وضعیت تأهل و تعداد روزهای مراجعه اختلاف معنی‌داری نشان نداد، اما بین رضایت‌مندی مددجویان و درجه تحصیلی آنان اختلاف معنی‌داری مشاهده گردید

^۱ - kavarih@sums.ac.ir

($P < 0/5$)، به‌طوری‌که با افزایش میزان تحصیلات میزان رضایت‌مندی کاهش می‌یابد. و این کاهش رضایت در گروه تحصیلی متوسطه و دانشگاهی چشم‌گیر است.

در مجموع بیش‌ترین علل رضایت مددجویان از مؤلفه رفتار پرسنل ($X = 3/53$) و کم‌ترین آن از مؤلفه‌های مدیریتی ($X = 2/869$) بوده است. مهم‌ترین مسأله قابل اهمیت برای مددجویان تشخیص به موقع و صحیح بیماری آنان بود که اغلب آنان از تأخیر در تشخیص بیماری شکایت داشتند و این مسأله را عامل مهمی در افزایش طول مدت اقامت در درمانگاه‌ها و افزایش هزینه‌های درمانی ناشی از آن اعلام داشتند.

هم‌چنین برخورد با مهر و عطف پرستاران و صبر و حوصله پرسنل نگهدارنده درمانگاه‌ها از درخواست‌های مکرر مددجویان بود. و مددجویان اتفاقات بیش‌ترین نارضایتی را از وضعیت تخت‌ها و البسه‌ها و رسیدگی و درمانی و مسائل رقاهی اعلام کردند.

ویژگی‌های اخلاق اسلامی

رفعت رضاپور^۱

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - دفتر پرستاری

اخلاق اسلامی اخلاقی دینی بوده و تمام ویژگی‌ها و امتیازات یک نظام اخلاقی دینی را داراست، احکام اخلاقی در حقیقت بیانگر راه‌های تحقق کمال انسان هستند که باید با آگاهی دقیق از آن‌ها در راستای طی طریق سعادت گام برداشت.

احکام اخلاقی در حقیقت بیانگر راه‌های تحقق کمال انسان هستند، به این معنا که هر دستور یا رهنمود اخلاقی در واقع بیان می‌کند که اگر فلان فعل را انجام دهیم به کمال وجودی خود نزدیک‌تر خواهیم شد.

یکی از ویژگی‌های اخلاق اسلامی، قابلیت تطبیق آن با شرایط زمانی و مکانی مختلف است. این ویژگی از برجسته‌ترین جنبه‌های اخلاق اسلامی است، چرا که هر نظام اخلاقی در صورتی پاینده و برقرار می‌ماند که به نیازهای اخلاقی انسان بهتر پاسخ دهد.

از آنجا که اخلاق اسلامی معطوف به نیازهای اخلاقی انسان است، ثابت و پایدار بوده و چون طی زمانی طولانی توسط معصومین با شرایط مختلف اجتماعی و تاریخی تطبیق شده است و وجه انعطاف‌پذیر ظواهر و مظاهر آن نیز شناسایی شده‌اند، به‌خوبی

^۱ - sebda50@yahoo.com

پاسخ‌گوی نیازهای انسان در همه زمان‌ها و جوامع خواهد بود.

اخلاق اسلامی تنها به بیان روابط اجتماعی انسان‌ها نمی‌پردازد، بلکه ارتباط آن‌ها با خدا و با خود را نیز تبیین کرده و انسان را به نگهداری و مراقبت از جسم و روح خود وا می‌دارد.

یکی از امتیازات انسان بر سایر موجودات ادراکی است که نسبت به شخصیت خود دارد. شخصیت هر فرد بستگی به نکات مثبت اخلاقی دارد که از طریق توارث و تربیت در روان او تثبیت شده است و در اعمال وی تجلی می‌کند.

اخلاق می‌تواند به زندگی انسان انضباط بخشد و انسان را از بی‌نظمی نجات بدهد. مکاتب مختلف نظرات متفاوتی در مورد اخلاق دارند. اسلام با برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی خود، ضمن پی‌ریزی نهضت همه‌جانبه، مکتبی اصیل و ارزنده دارای اصولی کاملاً نوین، خلاق و سازنده است.

رابطه حقوق بیمار و اخلاق

امروزه رابطه حقوق و اخلاق در همه عرصه‌ها، و از جمله در زمینه علوم پزشکی، از جمله موضوع‌هایی است که ذهن معماران زندگی اجتماعی بشر را به خود مشغول کرده است. گرچه به این پرسش، پاسخ‌های گوناگونی داده‌اند، اما آن‌چه، به دور از مناقشه‌های طولانی و پیچیده می‌توان گفت، نیاز آن دو به یکدیگر برای تکمیل کارکرد و تحقق اهداف هر یک از آن‌هاست.

حقوق یک فرد مبتنی بر نیازهای اوست و حقوق یک بیمار عبارت است از وظایفی که تیم پزشکی در قبال او دارند.

عدم رعایت حقوق بیمار از یک‌سو فشار روانی زیادی را به بیماران و خانواده‌های

آن‌ها وارد می‌کند. و از سوی دیگر صدمات جبران‌ناپذیری به حیثیت اجتماعی سیستم ارائه خدمات بهداشتی وارد می‌کند فرض اصلی بر این است که رعایت حقوق بیماران باعث خواهد شد که بیماران در هنگام دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمان توجه بیش‌تری به مسؤولیت‌هایشان داشته باشند.

بنابراین، اولین مسؤولیت تیم پزشکی، در رابطه با افرادی است که نیازمند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هستند. به‌طور مثال، پرستار حین ارائه مراقبت‌ها محیطی را پرورش می‌دهد که در آن به ارزش‌ها، آداب و رسوم و اعتقادات معنوی افراد احترام گذاشته می‌شود. پرستار اطلاعات کسب‌شده از بیمار را به‌طور محرمانه حفظ کرده و بنا به قضاوت و تشخیص خود اقدام به در میان گذاشتن این اطلاعات می‌نماید. پرستار باید از اصل برابری و انصاف برای کمک به بیماران استفاده کند و در جهت پیشبرد این اصول گام بردارد تا بتواند به آن‌ها جهت دریافت درمانی خارج از تعصبات و پیش‌داوری‌های شخص کمک کند و متناسب با نیازهایشان به ارائه منابع و سرویس‌های خدمات بهداشتی بپردازد.

پرستار سعی می‌نماید اعتماد بیمار نسبت به خود را حفظ کند و تنها با اجازه بیمار یا در صورت نیاز و به شکلی قانونی، اطلاعات به‌دست آمده از وی را خارج از تیم مراقبت بهداشتی مطرح نماید.

بررسی میزان رضایت‌مندی بیماران از پزشکان در یکی از مراکز آموزشی

درمانی دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۸۵

مریم گوزلیان^۱، ناهید کامکار^۲، سحر ولی مقدم^۳

۱- کارشناس ارشد پرستاری، سوپر وایزر آموزشی، ۲- کارشناس پرستاری، مدیر

خدمات پرستاری، ۳- کارشناس مدیریت خدمات درمانی

زمینه و هدف: ارتباط پزشک با بیمار از دیر زمان تا امروز همیشه پرسش‌آمیز، آمیخته با احترام، تردید و چشم‌داشت‌های دوسویه بوده است. این رابطه، رابطه‌ای است کیفی با کارایی زیاد. هدف از این مطالعه بررسی میزان رضایت بیماران از ابعاد مختلف این رابطه و نیز تعیین علل نارضایتی آنان بود که طی سال ۱۳۸۵ در یکی از مراکز آموزشی درمانی زنجان انجام گرفت.

روش پژوهش: پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی - مقطعی بود. جامعه پژوهش شامل ۲۰ درصد از بیماران ترخیصی از کلیه بخش‌های بیمارستان در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۸۵ بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای ۱۰ موردی بود که توسط پرسشگر تکمیل می‌شد. پس از دریافت اطلاعات دموگرافیک، میزان رضایت از ابعاد گوناگون رابطه که با استفاده از مقیاس لیکرت از کاملاً ناراضی تا کاملاً راضی طبقه‌بندی شده بود علامت زده می‌شد، ضمن آن که در هر بخش نظرات بیماران به‌صورت موردی هم اخذ و ثبت می‌شد.

^۱ - gozaleyan@yahoo.com

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد ۴۳ درصد آزمودنی‌ها مرد و ۵۷ درصد زن بودند. ۶۵ درصد آزمودنی‌ها ساکن شهر و ۳۵ درصد روستایی بودند. ۲۶ درصد از آزمودنی‌ها از نظر سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر و ۲۷ درصد زیر دیپلم بودند. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۷ سال بود. ۷۸ درصد از آزمودنی‌ها از نحوه برخورد پزشک رضایت کامل داشتند. بیش‌ترین میزان نارضایتی یعنی ۳۰ درصد از عدم مراجعه به موقع پزشکان برای ویزیت بیماران و محول کردن ویزیت به رزیدنت‌ها بود. عدم ارائه اطلاعات کافی به بیماران نیز با همان درصد از جمله علل نارضایتی بود. عدم رضایت از آموزش توسط پزشک به بیمار و عدم اهتمام کافی در این رابطه با ۲۸ درصد و عدم ارائه اطلاعات کافی در ارتباط با داروها (زمان، دوز، عوارض، تداخل اثر با سایر داروها و ...) با ۲۶ درصد، به‌ترتیب علل بعدی عدم رضایت بیماران را به خود اختصاص داده بود.

بحث و نتیجه‌گیری: رابطه پزشک و بیمار هم‌چون هر رابطه انسانی دیگر یک رابطه دوسویه است. در این رابطه بیمار در پی تندرستی از دست رفته خود است و ناچار نقش مطیع و فرمانبردار را دارد و پزشک در سایه توانایی خود نقش فرادست را دارد، اما با توجه به انفجار اطلاعاتی و دسترسی بلامانع همگانی به اطلاعات از جمله اطلاعات پزشکی، مردم به‌طور روزافزونی از داشتن یک نقش منفعل در رابطه با پزشک‌گریزان شده و علاقه فراوانی به دانستن بیش‌تر و کامل‌تر و حتی ایفای نقش در درمان خود پیدا کرده‌اند، لذا در همین راستا به نظر می‌رسد آموزش بیمارمداری در پزشکی لازم و ضروری است و در جهت رعایت این حق بیمار توسط گروه پزشکی نیاز به آموزش کافی بیماران و پزشکان در خصوص جنبه‌های مختلف آن احساس می‌شود.

انتظار بیمار از پزشک

محمدعلی جوادی^۱

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اخلاق پزشکی مقوله‌ای نیست که به‌عنوان یک واحد درسی در دوران تحصیل بتوان به آن پرداخت که دانشجو بتواند با دانستن مفاهیمی چند از مرحله‌ای به مرحله دیگری وارد شود، بلکه به‌عنوان یک ارزش متعالی باید در جامعه بشری و کلیه امور زندگی آحاد جامعه ساری و جاری باشد و این امر منحصر به جوامع خاصی نیست.

اخلاق یک اصطلاح کلی برای راه‌های فهم و درک امتحان نمودن زندگی همراه با مسؤولیت است. بر طبق این تعریف مسؤولیت اخلاقی (moral) عبارت است از معیارها و اصولی که جامعه به‌صورت کلی آن‌ها را قبول دارد و رفتار درست و غلط را براساس آن‌ها می‌سنجد.

کاهش اعتماد اجتماعی در پزشکی و در حالت کلی در جامعه باید مورد توجه خاص قرار بگیرد. علم پزشکی ادعا کرده است که پایه و اساس‌اش مبتنی بر اعتماد است و بدون چنین اعتمادی رشته پزشکی به راحتی به تجارت تبدیل خواهد شد و جامعه ارزش کمی برای آن قائل خواهد بود.

نتیجه یک مطالعه در بین دانشجویان پزشکی در سال ۱۹۶۷ میلادی در جواب به

^۱ - ma_javadi@yahoo.com

این سؤال که آیا شناخت یک فلسفه خوب و با معنی برای زندگی مهم‌تر است یا تأمین اقتصادی آن؟ جواب ۸۵٪ از پاسخ‌دهندگان، فلسفه خوب زندگی بوده است. در حالی که این رقم در سال ۲۰۰۳ میلادی به ۳۹٪ رسیده است. بنابراین، مسأله مهم این است که چنانچه ارزش‌هایی وجود دارند که پایه حرفه‌ای ما براساس آن‌هاست، باید دنبال راهی برای القاء هر چه بهتر آن‌ها به نسل‌های بعدی باشیم.

در جوامع غربی تا چند دهه قبل، طبابت و رابطه پزشک با بیمار، پزشک‌محور بود (physician centered)، ولی با توجه به تحولات حاصله در روابط اجتماعی و پیشرفت‌های تکنولوژیک در عرصه طبابت و افزایش تعداد پزشکان، این رابطه به‌صورت patient-centered تجلی کرده است که بر مبنای تشخیص و ارائه خدمات مناسب با توقعات بیمار شکل گرفته است و از سال ۱۹۹۰ میلادی فعالیت‌های پزشکی به سمت حرکتی جامعه‌نگر بر وجود بیمار به‌عنوان یک عضو فعال و سهیم معطوف شده که در مراقبت بهداشتی خود تأکید داشته و رضایت بیمار به‌عنوان نتیجه نهایی خدمات ارائه شده تلقی می‌شود. با وجود اصولی که در جهت احترام و حمایت بیماران رعایت می‌شود باز هم انتظاراتی است که برآورده نمی‌شود و گواه این مدعا دادخواست و ادعاهای فراوان است که مشکلات عملی در حفظ حقوق بیماران ایجاد می‌کند و دعوت مستمر جهت بهبود کیفیت رابطه پزشک و بیمار، علامتی از نیاز به مردمی‌شدن طب است. اما رضایت بیمار جز با برآورده شدن توقعات آن‌ها امکان‌پذیر نیست، ولی توقعات بیماران کدام است؟

دو نوع تعریف برای توقعات بیمار ذکر شده است:

توقعات احتمالی *probability expectation* توقعات ارزشی *value expectation*

توقعات احتمالی دلالت می‌کند بر مجموعه وقایعی که اتفاق خواهد افتاد و بیش‌تر

برای بررسی توقعات بیمار نسبت به نتایج کاربردی در رشته‌های جراحی به کار می‌رود. توقعات ارزشی اشاره به خواسته‌ها، امیدها یا آرزوهای بیماران در رابطه با حوادث بالینی دارد و این نوع توقعات را توقعات ایده‌آل نیز می‌نامند. در اکثر موارد پزشک باید نسبت به برآورده شدن هر دو نوع توقع اهمیت ورزد. روی هم رفته در حال حاضر وسیله استاندارد برای اندازه‌گیری میزان توقعات بیماران از پزشک وجود ندارد، ولی در یک بررسی انجام‌شده در سال ۱۹۸۶ میلادی بیش‌ترین توقع بیماران این جمله بود «می‌خواهم دکتر مرا معاینه کند» و «می‌خواهم دکتر به من بگوید که هنگامی که دچار مشکل می‌شوم چه کار باید بکنم» در این مقاله ۲۹ مورد در رابطه انتظار بیمار از پزشک بحث خواهد شد.

تهیه فرم کسب رضایت آگاهانه

حسن نکویی دستجردی^۱

انستیتو پاستور ایران

رضایت‌نامه یکی از ابتدایی‌ترین ضروریات اخلاقی در مطالعات انسانی است و نشان‌دهنده احترام بر افراد است. رضایت‌نامه این اطمینان را فراهم می‌کند که داوطلبان اهمیت تحقیق را درک کرده و می‌توانند آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت یا عدم شرکت در آن تصمیم بگیرند.

علم اخلاق بیش از ۲۶۰۰ سال سابقه دیرینه دارد که با تأثیر فرهنگ و تمدن ایرانیان در شرق و فرهنگ یونانی، در کشورهای غربی گسترش یافته است که فلاسفه و پزشکان هر دو در علم خود استفاده می‌نمودند. استفاده اخلاق در پزشکی بیش از همه در رفتار و اندیشه فلاسفه بزرگی چون سقراط و افلاطون و ارسطو در قرون چهارم و پنجم قبل از میلاد ثبت شده بود و مهم‌ترین نوشته موجود سوگندنامه بقراط است که اعتقاد این دانشمند به اصول اخلاق در فعالیت‌های پزشکی است. در سال ۱۹۴۸، انجمن پزشکی جهان (WMA) با انتشار اعلامیه‌ای در زمینه اخلاق پزشکی این سوگندنامه را روزآمد نمود.

گسترش علم پزشکی و ایجاد تکنولوژی‌های نوین و پیدایش موضوعات اخلاقی جدید

^۱ - h_nekouie@yahoo.com

باعث ایجاد تحولاتی ضروری در اخلاق پزشکی قبلی گردید. در حال حاضر، در بسیاری از کشورهای جهان اخلاق پزشکی نوین به صورت علمی و عملی با شیوه‌های جدید مبنی بر حل مسأله مطرح و به صورت علمی تدوین شده است.

تاکید جمهوری اسلامی ایران بر ارزش‌های دینی و معنوی بر اساس اقداماتی در جهت حفظ منزلت انسان به خصوص در امور پزشکی است. بر این اساس، برای انجام تحقیقات پزشکی بر روی گروه‌های مختلف بیماران، افراد سالم و یا حیوانات نیاز به داشتن فرم‌های خاص به عنوان رضایت‌نامه آگاهانه Consent form خواهد بود که فرد شرکت‌کننده با آگاهی کامل و رضایت واقعی و با خاطری آسوده در پژوهش شرکت نماید. در این فرم‌ها باید از آیین‌نامه‌های اصول اجرایی اخلاق پزشکی در پژوهش‌های علوم پزشکی استفاده گردد. در این مقاله اصول تهیه فرم‌های رضایت آگاهانه Standard consent form برای محققان علوم پزشکی ارائه می‌گردد که شامل فرم‌های مخصوص برای گروه‌های مختلف شرکت‌کننده در طرح‌های تحقیقاتی و هم‌چنین برای حیوانات مختلف و حیوانات آزمایشگاهی است.

بررسی میزان رعایت اخلاق پرستاری در عملکرد حرفه‌ای پرستاران شاغل در
بخش‌های بزرگسالان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران
ناصر دین محمدی^۱، علیرضا نیک‌بخت نصر آبادی، فرح ملکیان

زمینه: توجه به مسائل اخلاقی در حرفه پرستاری امروز جایگاه خاص خود را پیدا نموده است. لذا حرفه پرستاری باید بر دو پایه دانش و اخلاق استوار شود. با پیشرفت در پرستاری، اخلاق به‌عنوان یک موضوع جدی و اساسی برای عملکرد پرستاری تلقی می‌شود.

هدف: تعیین میزان رعایت اخلاق پرستاری در عملکرد حرفه‌ای پرستاران شاغل در بخش‌های بزرگسالان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، در سال ۱۳۸۲، در سه حیطه (فرآیند دادن دارو، برقراری ارتباط با بیماران و ارتباط با همکاران) مورد بررسی قرار گرفت.

روش پژوهش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است. نمونه‌های پژوهش را ۲۹۷ نفر پرستار با مدرک لیسانس و فوق‌لیسانس شاغل در بخش‌های بزرگسالان تشکیل می‌دادند. ابزار این پژوهش در دو بخش پرسشنامه و فهرست‌وارسی تهیه شده بود که در پرسشنامه سؤالاتی راجع به اطلاعات دموگرافیک و محل کار و مشخصه اشتباه دارویی و رضایت‌مندی کاری واحدهای مورد پژوهش قرار داده شده بود. بخش

^۱ - ndinmohamadi@razi.tums.ac.ir

دوم، فهرست واریسی شامل ۶۳ سؤال یا رفتار مورد نظر در سه بخش مربوط به اهداف ویژه بود. پژوهشگر با مراجعه به بخش‌های بزرگسالان و دسترسی به نمونه‌ها ابتدا پرسشنامه را تحویل واحدها داده و سپس چک‌لیست مربوطه به‌طور جداگانه برای دو مشاهده به فاصله حداقل ۱۵ روز و هربار به مدت یک شیفِت کامل کاری توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و نرم افزار SPSS11.5 و آزمون‌های آماری کای دو، تست دقیق فیشِر و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیش‌ترین درصد واحدها مربوط به سنین ۲۶ تا ۳۵ سال، زن و مجرد هستند و بیش‌ترین درصد درآمد ماهیانه بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار تومان را ذکر کرده و دوره آموزش ضمن خدمت اخلاق پرستاری را نگذرانده‌اند. هم‌چنین بیش‌ترین درصد (۴۹/۶ درصد) عملکرد نامطلوب در دادن دارو داشته و عواملی چون نوع بخش ($P=0/005$) و متوسط ضریب اشغال تخت در هفته ($P=0/00$)، تعداد همکاران پرستار و بهیار در یک شیفِت ($P=0/001$)، تحصیلات واحدهای مورد پژوهش ($P=0/037$)، میزان رضایت از بخش محل خدمت ($p=0/043$) و امکانات فنی بخش ($P=0/029$) با رعایت اخلاق پرستاری در دادن دارو ارتباط معنی‌دار داشته است. در زمینه برقراری ارتباط با بیماران اکثریت (۸۶/۷ درصد) عملکرد نامطلوب داشته اند و این عملکرد از نظر آماری با متوسط اشغال تخت در هفته ($P=0/00$)، تحصیلات ($p=0/033$)، میزان رضایت واحدهای پژوهش از شغل پرستاری ($p=0/045$)، امکانات فنی ($p=0/009$) و رفاهی ($p=0/007$) موجود در بخش ارتباط معنی‌دار داشته و هم‌چنین در زمینه رعایت اخلاق پرستاری در برقراری ارتباط با همکاران بیش‌ترین

درصد (۷۱/۱ درصد) واحدهای مورد پژوهش عملکرد نسبتاً مطلوب داشته و با متغیرهایی مانند نوع بخش ($P=0/032$) و تعداد متوسط اشغال تخت در هفته ($P=0/00$) و سن ($P=0/031$) و سابقه خدمت ($p=0/048$) و جنس واحدهای مورد پژوهش ($0/003$) $(p=)$ ارتباط معنی‌داری نشان داده است.

نتیجه‌گیری نهایی: بیش‌ترین درصد واحدهای مورد پژوهش در دادن دارو و برقراری ارتباط با بیماران عملکرد نامطلوب داشته‌اند. پیشنهاد می‌شود که مدیران، برنامه‌ریزان و مربیان پرستاری با برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و تدوین خط‌مشی‌های مورد نیاز توجه لازم را در زمینه رعایت اخلاق پرستاری در عملکرد حرفه‌ای پرستاران به‌عمل آورند.

واژگان کلیدی: اخلاق، پرستاری، عملکرد

بررسی تعهدات حرفه‌ای پرسنل پذیرش بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم

پزشکی شیراز در رابطه با رضایت‌مندی بیماران سال ۱۳۸۵

فروزنده احمدزاده^۱، فرزانه زندی، فاطمه رحیمی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه: رضایت مراجعان به مراکز بهداشتی - درمانی یک شاخص بسیار مهم جهت ارزیابی کیفیت و نحوه ارائه خدمات توسط کادر پزشکی و پرسنل وابسته بوده و نیز از دستاوردهای نهایی و مطلوب گسترش مراقبت‌های بهداشتی و خدمات درمانی در جامعه است.

رضایت‌مندی بیمار (Patient Satisfaction) مفهومی است که امروزه در مراقبت‌های پزشکی اهمیت بسیار ویژه‌ای یافته است. شروع توجه به این مفهوم به دهه ۱۹۵۰ برمی‌گردد. در آن زمان مؤسسات آمریکایی تصمیم گرفتند که تئوری‌هایی را در سازمان‌های خود پیاده کنند.

نکته کلیدی این تئوری‌ها که عامل موفقیت صنایع ژاپن بعد از جنگ دوم جهانی محسوب می‌شود، آن است که سازمانی که ارائه‌دهنده یک محصول یا یک خدمت به مردم است، می‌بایست به‌طور دائم نظرات مشتری‌های خود را به‌صورت بازخورد داشته باشد تا نقایص آن‌ها مشخص شده، برنامه‌های لازم برای اصلاحات براساس این نظرات تدوین گردد. این مفهوم که آن را مفهوم مشتری‌محور (Consumerism) نیز می‌نامند به‌تدریج وارد سیستم ارائه خدمات بهداشتی آمریکا و سایر کشورها گردید.

^۱ - ahmadzadeh@sums.ac.ir

باید در نظر داشت که بهبود شاخص رضایت بیماران به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه و جهان سوم، نمایانگر میزان سرعت نیل به اهداف بهداشتی - درمانی است. در هر مرکز درمانی بخش پذیرش (admission) یکی از بخش‌های استراتژیک است. این بخش به‌عنوان قلب بیمارستان خوانده می‌شود و در حالت‌های مختلف به‌عنوان انتظام‌دهنده اعزام بیمار و توزیع‌کننده امکانات بیمارستان عمل می‌کند. اهمیت این بخش صرف نظر از کار آن در پذیرش و ترخیص بیماران، با داشتن روابط عمومی مناسب با بیماران و رفع نیازهای آنان ارزیابی می‌شود.

اهداف: هدف از انجام این پژوهش تعیین میزان رضایت‌مندی بیماران از رفتار پرسنل، چگونگی اخذ رضایت‌نامه آگاهانه (informed consent)، ارائه خدمات مشاوره‌ای (مالی، حقوقی، درمانی و رفاهی) توسط کارکنان این واحد، رعایت اصل محرمانگی (confidentiality)، وضعیت نوبت‌دهی و رضایت بیماران از فضای پذیرش است.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی بوده و در دو بیمارستان عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (نمازی و شهید فقیهی) صورت گرفته است. جامعه پذیرش در برگیرنده بیماران مراجعه‌کننده به واحد پذیرش بستری دو بیمارستان فوق در طی ماه‌های مرداد و شهریور سال ۱۳۸۵ بوده است. نمونه مورد نظر با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برابر ۹۵ در نظر گرفته شده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بوده که روایی آن با روش content validity و پایایی آن با استفاده از اجرای آن به‌صورت پایلوت در دو بیمارستان مذکور سنجیده شده است.

نتایج: در رابطه با برخورد پرسنل پذیرش در زمینه پاسخ‌گویی به بیماران و ارائه

راهنمایی‌های لازم در بیمارستان نمازی ۳۵ درصد گزینه بسیار خوب و در بیمارستان فقیهی ۱۴ درصد گزینه بسیار خوب را برگزیده‌اند. در زمینه برخورد صمیمانه و احترام‌آمیز در بیمارستان نمازی ۴۶ درصد و در بیمارستان فقیهی ۵ درصد گزینه بسیار خوب را انتخاب نموده‌اند. در رابطه با رعایت اصل تنها محرمانگی ۳۳ درصد جامعه پژوهش در بیمارستان نمازی و ۲۵ درصد در بیمارستان فقیهی گزینه بسیار خوب را برگزیده‌اند. در زمینه اخذ رضایت آگاهانه در بیمارستان نمازی و فقیهی ۸۸ درصد گزینه بلی را برگزیده‌اند. در رابطه با ارائه خدمات مشاوره‌ای در بیمارستان نمازی ۴۳ درصد از بیماران هیچ نوع خدمات مشاوره‌ای را دریافت ننموده‌اند و تنها ۱۳ درصد بیماران مشاوره مالی و ۱۸ درصد مشاوره درمانی داشته‌اند اما در بیمارستان فقیهی ۶۸ درصد مشاوره درمانی و ۵ درصد مشاوره مالی دریافت نموده‌اند. رضایت بیماران از نحوه نوبت‌دهی در بیمارستان نمازی ۲۶ درصد و در بیمارستان فقیهی ۲۲ درصد بوده است. در رابطه با رضایت‌مندی بیماران از فضای فیزیکی واحد پذیرش در بیمارستان فقیهی ۶۲ درصد و در بیمارستان نمازی ۵۵ درصد گزینه بلی را انتخاب نموده‌اند.

بحث: با توجه با نتایج حاصله، اصلاح نظام پذیرش بیمار از لحاظ استفاده از پرسنل متخصص و آموزش‌دیده به منظور ارائه خدمات مشاوره‌ای در زمینه حقوقی و مالی بهتر و به اجرا در آوردن استانداردهای پذیرش پیشنهاد می‌گردد. همچنین استفاده از فضا و تجهیزات مناسب‌تر جهت تسریع در انجام امور نوبت‌دهی و جلوگیری از ازدحام بیماران مناسب به نظر می‌رسد.

در همین رابطه، انجام بازدیدهای دوره‌ای به منظور بررسی وضعیت موجود واحد پذیرش و تشویق کارکنان با روابط عمومی بهتر پیشنهاد می‌گردد.

بررسی فرآیند رضایت آگاهانه در بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی

گیلان سال ۱۳۸۶

محمد اسماعیل پور^۱، دکتر مهوش صلصالی^۲، رویا منصور قناعی^۳، زهرا طاهری^۴،

زهرا سلملیان^۵

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۴- کارشناس ارشد آموزش پرستاری اطفال و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۵- کارشناس ارشد آموزش بهداشت و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

در نیم قرن اخیر مسئولیت مراقبان سلامتی از دیدگاه پدر گرایانه به بیمارمحور تغییر یافته است؛ بنابراین، حفظ استقلال بیمار در خود مختاری بودن انتخاب درمان و مراقبت از اهمیت خاصی برخوردار است. قلب این استقلال را رضایت آگاهانه تشکیل می‌دهد. رضایت آگاهانه چیزی بیش‌تر از یک کاغذ امضاء شده است، فرآیندی است که در طی آن بیمار با توان (بلوغ، عقل، رشد) بتواند به دنبال دریافت اطلاعات و آگاهی لازم نسبت به قبول یا رد یک پروسیجر درمانی یا مراقبتی در هر لحظه و داوطلبانه تصمیم‌گیری نماید. هر چند پرستاری بتواند پروسیجر عمل جراحی را به‌طور کامل برای بیمار توضیح دهد، ولیکن مسئولیت قانونی این کار با پزشک است.

هدف: هدف از این مطالعه بررسی فرآیند رضایت آگاهانه در بیماران بستری در

بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان بوده است، برای این منظور اهداف ذیل دنبال شد:

- مشخصات دموگرافیک بیمارانی که رضایت آگاهانه را امضاء کرده‌اند کدام است؟
- امضا گیرنده و امضادهنده و منبع اطلاع‌رسانی بیمار چه کسانی هستند؟
- شناخت و درک بیمار از فرآیند رضایت آگاهانه چه قدر است؟
- نوع اطلاعات دریافت شده کدام است؟

متد: برای جمع‌آوری اطلاعات از شش بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی گیلان پرسشنامه هنجار شده‌ای بر اساس مطالعات قبلی محققین که مورد بازنگری ده نفر از اعضا محترم هیأت علمی قرار بود گرفته بود، تهیه شد. سؤالات در سه بخش مجزا شامل مشخصات دموگرافیک بیمار، شناخت و درک بیمار از فرآیند رضایت آگاهانه در ۹ مورد، میزان و نوع اطلاعات دریافت شده بیماران در ۱۲ مورد بود. تعداد نمونه ۶۴ نفر و از مشخصات واحد نمونه بیمار بالای ۱۸ سال بود که ۲-۱ روز بعد از عمل توسط یکی از محققان مورد پرسش قرار گرفته است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که اکثریت نمونه‌ها مرد (۶۴/۴ درصد) و گروه سنی غالب (۲۸/۹ درصد) در گروه ۲۵-۱۸ سال بود. تحصیلات اکثر آن‌ها (۴۲/۲ درصد) سیکل و ۶۴/۴ درصد آن‌ها سابقه عمل جراحی نداشتند. امضاکنده فرم رضایت در ۴۲/۲ درصد خود بیمار و در دیگر موارد به ترتیب همسر، پدر، پسر بزرگ و سایرین بوده است. در ۴۴/۴ درصد موارد امضاء گیرنده پذیرش بیمارستان بود. شناخت و درک بیماران از فرآیند رضایت آگاهانه در ۵۱/۱ درصد ضعیف و تنها در ۱۵/۶ درصد درک و شناخت خوبی داشتند. میزان اطلاعات دریافت شده فقط در ۱۱/۱ درصد خوب ارزشیابی شد. در

نوع اطلاعات دریافت‌شده از مجموعه اطلاعات مربوط به ماهیت بیماری و روش درمان - پزشک معالج، تجهیزات، امکانات، درمان‌های آلترنایتو، عوارض احتمالی احتمالی و محدودیت‌ها، بیش‌ترین اطلاعات (۴۸/۹ درصد) را در ارتباط با ماهیت بیماری و روش درمان دریافت کرده بودند.

کاربرد بالینی و پیشنهادات: با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد هر چند که در برخی شرایط نظیر اقدامات اورژانسی نیازی به رضایت نیست، سیاست‌گذاران امر مقدس بهداشت و درمان کشور برای حفظ شأن، آزادی انتخاب و حفظ استقلال بیمار فرآیند تعریف‌شده‌ای با ذکر جزئیات و مراحل کسب رضایت آگاهانه را در فرم‌های ثابت تهیه و به عموم مراکز بهداشتی و درمانی ابلاغ فرمایند. احراز با توان بودن بیمار در اخذ رضایت بسیار حائز اهمیت است، در غیر این صورت، ولی قهری یا قانونی اقدام به این کار خواهد کرد و به‌نظر می‌رسد درک مشترکی از نحوه اجرا و کارآیی رضایت شفاهی و رضایت ضمنی در بالین وجود نداشته باشد. در نهایت، امضای رضایت بدون دریافت اطلاعات کافی براساس اصول و کدهای اخلاق پرستاری و جاهت قانونی و اخلاقی ندارد.

حقوق بیمار در بخش‌های بیمارستانی

مرضیه حسینیان^۱

دانشگاه علوم پزشکی همدان

مقدمه: حقوق یک فرد مبتنی بر نیازهای او هستند. حکومت حقوق معینی را برای فرد تعیین می‌کند. یک سیستم انتظامی و قوانین جزایی و مدنی برای حفظ این حقوق دارای قدرت هستند. به‌طور کلی، حقوق یک فرد وظایف دیگری است. حقوق یک پرستار وظایف استخدام‌کننده او هستند. حقوق یک بیمار وظایف پرستار او هستند. حقوق بیمار حقوق انسانی افراد هستند: آزادی انتخاب، حق دانستن، باارزش تلقی‌شدن و حق تعیین سرنوشت خود.

متن: حقوق جمع حق است. کلمه حق و مشتقات آن در ۶۰ سوره از قرآن مجید ذکر شده و بیش‌ترین آن در سوره بقره (۲۴ بار) ذکر گردیده است. حقوق بیمار نیز همان نیازهای جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول وی در شرایط خاص است. موازین حق و ناحق و درستی و نادرستی یا به‌وسیله اجتماع یا به‌وسیله قانون‌گذاران و یا از طرف مذاهب اعمال می‌شوند تا سعادت و خوشی افراد جامعه تأمین گردد. اصول اخلاقی براساس نظریه ژان تیرو شامل ارزش حیات، خوبی یا درستی، عدالت یا انصاف، راستگویی یا صداقت و آزادی فردی است. این اصول مانند یک

^۱ - Hassanian1226@yahoo.com

جهت یاب عمل می‌کند. حقوق بیمار مثل آزادی انتخاب، حق دانستن، بالارزش تلقی شدن، و حق تعیین سرنوشت خود جزء حقوق انسانی افراد است. برخورداری از مراقبت دقیق و کافی به‌عنوان یک فرد مورد احترام بودن ترک هر چه سریع‌تر بیمارستان در وضعیتی که از وضعیت هنگام ورود بهتر باشد. صدمه ندیدن در اثر اشکالات ساختمان، تجهیزات یا مراقبت ناکافی از جمله حقوق بیمار است.

بحث و نتیجه‌گیری: در این مقاله حقوق بیمار در ابعاد مختلف دریافت مراقبت دقیق و کافی، مشارکت بیمار یا خانواده او در درمان، مطالعه و امضای آگاهانه رضایت‌نامه‌ها توسط بیمار یا خانواده او، امتناع بیمار از درمان یا درخواست تغییر در الگوی درمان، بعد آشنانمودن بیمار با محیط درمانی و پرسنل بخش، محرمانه‌ماندن برنامه مراقبتی- درمانی و مسائل شخصی بیمار و حقوق بیمار در پژوهش‌های انسانی با توجه به پاره‌ای از منابع اسلامی و پژوهش‌های صورت گرفته مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

بررسی مروری بر رابطه پزشک و بیمار

آزاده روح‌الامینی^۱، زینت روانگرد

مقدمه: جلوه‌گاه اخلاق در دنیای پزشکی در مرحله حساس و سرنوشت‌ساز برخورد پزشک با بیمار است. هر قدر این برخورد انسانی، اخلاقی، صمیمانه و احترام‌آمیز باشد، حصول آرمان‌های مقدس پزشکی و امنیت روانی و جسمی بیمار و رضایت‌خاطر او و اطرافیان‌ش قطعی‌تر خواهد بود. لازمه ارتباط بین پزشک و بیمار درک یکدیگر و مذاکره-ای است که طی آن نکات مورد اختلاف را به‌سوی جوی مملو از تفاهم برای گرفتن تصمیم در مورد مسائل بیمار هدایت می‌کند. علت اکثر شکایت‌ها و تخلفات پزشکی خطاهای ارتباطی است و برقراری ارتباط بین پزشک و بیمار می‌تواند محور تمامی اقدامات درمانی باشد. چگونگی برخورد پزشک با بیمار مؤلفه بسیار عمده‌ای در درمان بیماری است و اثرات مثبت یا منفی آن در بهبود بیمار غیرقابل انکار است. هدف مقاله این است که بتوانیم با توجه به مطالعاتی که در داخل و خارج از کشور در زمینه ارتباط پزشک و بیمار انجام شده است، عوامل مؤثر در برقراری ارتباطی بهتر بین پزشک و بیمار را بشناسیم و بتوانیم با توجه به نتایج، جهت بهبود این امر مهم در زمینه اخلاق پزشکی گام‌هایی مؤثر برداریم و زمینه‌ای را برای تحقیقات آتی فراهم سازیم.

روش کار: این مقاله به‌صورت کتابخانه‌ای تهیه شده است و در گردآوری مطالب از کتب و مجلات علمی معتبر و پایگاه‌های اینترنتی "irandoc و iranmedex و pubmed

^۱ - azi17163@gmail.com

و JAMA و science direct " استفاده شده است. که پس از جست‌وجو با کلیدواژه‌های ارتباط پزشک و بیمار؛ محدودشده به مطالعات ۱۰ سال اخیر، تعداد ۴۰ مقاله بازیابی گردید که با توجه به ارتباط با موضوع پژوهش تعداد ۳۰ مقاله مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به بررسی‌های انجام‌شده بر روی پزشکان و بیماران می‌توان در مجموع نتایج حاصل را از دو جنبه مورد بررسی قرار داد.

پزشکان:

- پزشک به صحبت‌های بیمار خوب گوش می‌دهد ولی خود کم‌تر صحبت می‌کند.
- توزیع نگرش کاربرد مهارت‌های ارتباطی در جنس و تخصص یکسان بوده ولی پزشکان در گروه سنی بالاتر و با سابقه کاری بیشتر، اهمیت بیش‌تری برای مهارت‌های ارتباطی قائل بودند.
- آموزش مهارت‌های ارتباطی پزشک با بیمار به دانشجویان به‌صورت یکی از دروس رسمی و مجزا ضروری است.
- پزشکان نسبت به آموزش و کاربرد مهارت‌های ارتباطی نگرش مثبت دارند.
- بهتر است بیماران به منظور تصورات درست و برداشت بجا از بیماری‌شان آموزش داده شوند.

بیمار:

- با افزایش سن و سواد بیماران توقع آن‌ها از مهارت‌های ارتباطی بیش‌تر می‌شود.
- بیش‌ترین نارضایتی بیمار مربوط به وقت کم برای توضیح بیماری، عوارض دارو، اقدامات پاراکلینیک توسط پزشک بود.
- بیش‌ترین انتظارات بیماران برخورد خوب و محترمانه، خوش رفتار بودن و معاینه دقیق است.

• بیماران خواستار بیان تمایلات خود قبل از شروع درمان هستند.

بالاخره یکی از اساسی‌ترین ویژگی‌های یک پزشک خوب، باور به وجود قدرتی برتر است که همه را تحت نظر دارد. این اعتقاد باعث می‌شود هر کسی در انجام وظیفه خود به بهترین نحو بکوشد و پزشکان متعهد نیز از این قاعده مستثنی نیستند.

واژگان کلیدی: رابطه، پزشک، بیمار

میزان رضایت مراجعه کنندگان به تخصص‌های مختلف پزشکی در درمانگاه فرهنگیان

شهرری

علی رضا ملازاده

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آشتیان. عضو نظام مشاوره و

روان‌شناسی ایران

مقدمه: قدرت برقراری ارتباط مناسب با بیماران و ارائه خدماتی که آن‌ها نیاز دارند، یکی از ضروریات پزشکی است. مشکل است شیوه‌هایی کلی برای برقراری ارتباط مناسب با بیمار تهیه نماییم، زیرا به دلیل منحصر به فرد بودن انسان‌ها، هر بیمار تحت شرایط خاص شخصیتی و بیماری خود قرار دارد. از این رو، هر بیمار نیازهای خاصی در برقراری ارتباط با پزشک خود دارد. در صورتی که پزشک بتواند به شیوه‌ای مناسب با بیمار ارتباط برقرار نماید، اضطراب، درد و ناراحتی ناشی از بیماری کاهش می‌یابد. دکتر هاری استاک سالیوان نخستین بار نظریه «بین فردی» را مطرح کرد. او معتقد بود در هر بیماری روانی یک اختلال اساسی در ارتباط بین فرد با دیگران وجود دارد. این ارتباطات مشکل‌دار به نوعی در سایر بیماری‌های پزشکی نیز ممکن است دیده شود.

هدف از برقراری ارتباط مناسب پزشک - بیمار افزایش احساساتی نظیر اعتماد، اطمینان، دادن اطلاعات، پذیرش بیمار، در دسترس بودن پزشک و تشویق پزشک به توصیف مشکل است. در بسیاری از موارد، دارو به‌عنوان مسکن نقش چندانی بازی

نمی‌کند و بیمار در صورتی که اطلاعات لازم در مورد بیماری‌اش را بداند و بتواند افکار منفی و هیجاناتی که دارد بازگو کند، نیازی به مصرف دارو ندارد.

بیان مسأله: اندازه‌گیری میزان رضایت افرادی که برای دریافت خدمات به جایی مراجعه می‌کنند، کاری دشوار است. مورد مشابه، نظرسنجی پیرامون رضایت از تدریس معلم و استاد است که نتایج آن می‌تواند تا حدودی مورد مقایسه در مورد رضایت بیمار از پزشک قرار گیرد. در مجموع، تحقیقات مختلف کوهن (۱۹۷۳)، سیف (۱۳۷۰) نشان می‌دهد دانشجویان از هر استاد نگرشی در طی دو تا سه هفته اول تدریس پیدا می‌کند، این نگرش صرف نظر از عملکرد بعدی استاد و نمره امتحان ثابت می‌ماند. مسائلی که در ایجاد نگرش استاد به دانشجویان اثر دارند شامل شهرت استاد، میزان سخت‌گیری و نحوه برخورد استاد است. به همین دلیل از اندازه‌گیری نگرش و رضایت دانشجویان نسبت به استاد نباید در ارتقاء شغلی اساتید استفاده کرد (سیف، ۱۳۸۰). به نظر می‌رسد در مورد اندازه‌گیری میزان رضایت بیمار از عملکرد پزشک نیز باید با احتیاط عمل کرد زیرا مشابه مورد قبل، عوامل مختلفی در احساس رضایت و نگرش مثبت بیمار به پزشک تأثیر دارند که لزوماً همراه با درمان بهتر نیست. در هر صورت، نگرش مثبت بیمار به پزشک اثرات مثبت درمانی خود را دارد و این مورد ارزش اندازه‌گیری و بررسی را دارد.

طرح تحقیق:

۱- تحقیق حاضر از نوع پیمایشی است. پیمایش یکی از روش‌های جمع‌آوری داده‌هاست که در آن اطلاعات از طریق افرادی که پاسخ‌گو نامیده می‌شوند و به سؤالات جواب می‌دهند، گردآوری می‌شود. این روش بیش از هر روش دیگری در مطالعات علوم

اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد (بیابانگرد، ۱۳۸۴).

۲- به منظور اندازه‌گیری میزان رضایت مراجعه‌کنندگان به تخصص‌های مختلف پزشکی، پرسشنامه‌ای به این منظور تهیه شد. این پرسشنامه روی نمونه ۱۰۰ نفری از بیماران مراجعه‌کننده به تخصص‌های مختلف پزشکی درمانگاه فرهنگیان شهر ری (منطقه ۲۰) تهران اجرا شد.

نتایج: بعد از پذیرش مقاله، تجزیه و تحلیل یافته‌ها و نتایج ارائه می‌شود.

اصول خاتمه بخشیدن به ارتباط پزشک - بیمار

فاطمه معارف دوست^۱، مهدیه شجاعی باغینی

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

با پذیرش بیمار در مؤسسات بهداشتی - درمانی، ارتباط پزشک و بیمار شروع می‌شود. پزشک تحت الزامات قانونی و اخلاقی، ملزم به ارائه خدمات مورد نیاز بیمار است. با این حال، ممکن است شرایطی پیش آید که پزشک قادر به ادامه مراقبت از بیمار نباشد، مثلاً به دلیل عدم رضایت بیمار، توقعات نامعقول وی، وجود خطر برای پزشک یا سایر پرسنل بهداشتی یا مواردی از قبیل انتقال یا بازنشستگی پزشک و شرایط غیر قابل پیش‌بینی دیگر.

بدون در نظر گرفتن شرایط و به منظور جلوگیری از ادعای رهاسازی بیمار، لازم است پزشک اقدامات مناسب برای خاتمه بخشیدن به ارتباط را انجام دهد. رهاسازی عبارت است از: «خاتمه بخشیدن به ارتباط تخصصی پزشک و بیمار در شرایط نامعقول و بدون دادن فرصت به بیمار برای یافتن جایگزین مناسب» به منظور اثبات رهاسازی، بیمار شاکی بایستی ثابت کند که پزشک در مرحله حساس مراقبت و بدون دلیل موجه و کافی، درمان بیمار را رها ساخته و منجر به صدمه وی شده است. معمولاً وجود شاهد خبره نیز الزامی است.

1 - f.maaref@yahoo.com

پزشکی که اصول اخلاقی خاتمه‌بخشیدن به ارتباط را رعایت نمی‌کند، منجر به سوءظن بیمار یا حتی اقامه دعوی می‌شود. از نظر کنسول قضایی و اخلاقی انجمن پزشکان آمریکا^۱ پزشک مجاز به قطع درمان بیمار، بدون دلیل معقول و دادن فرصت کافی به وی برای جایگزین‌سازی پزشک مناسب دیگر نیست. شایان ذکر است که عدم استطاعت مالی بیمار جهت بازپرداخت هزینه‌ها، دلیل موجهی بر اتمام درمان نیست. چراکه ارتباط پزشک - بیمار بر پایه مسئولیت (نه مسائل مالی) استوار است. ماده ۱۵ و ۸ قانون اخلاق پزشکی AMA تصریح می‌کند: «لازم است پزشک قبل از قطع درمان به سرپرست قانونی، اعضای خانواده یا دوست بیمار، اطلاع داده تا پزشک مناسب دیگری را انتخاب نمایند.»

اصول خاتمه‌بخشیدن به رابطه پزشک - بیمار عبارتند از:

- ارائه توضیحات کافی و دلیل قانع‌کننده به بیمار
- اطمینان از دسترسی بیمار به خدمات و ادامه درمان وی توسط پزشک دیگر، برای یک دوره زمانی مشخص
- ارائه اطلاعات، منابع یا پیشنهادات لازم به پزشک یا متخصص دیگر، به منظور کمک به بیمار
- ارائه مدارک پزشکی بیمار به پزشک جدید، البته با رضایت‌نامه کتبی بیمار

^۱ - American Medical Association's council on ethical and judicial affairs

ارزیابی میزان آگاهی بیماران از عملکرد پرسنل کادر درمانی بیمارستان

حضرت علی ابن ابیطالب (ع) نسبت به منشور حقوق بیمار و اصول اخلاقی

حرفه‌ای در سال ۱۳۸۶

اربابی، دستجردی، اندرزحبیبی، فرخفال، کرد^۱،

دکتر مینو یغمایی^۲، مهندس علیرضا داشی پور^۳

۱- کارشناسان مامایی شاغل در زایشگاه بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع)

۲- استاد راهنما متخصص زنان زایمان عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۳- استاد مشاور کارشناس ارشد عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

مقدمه: امروزه، این تفکر که تنها پزشک یا پرستار حق آگاهی به مسائلی را دارند که بسیار بالاتر از درک و فهم مردم عادی است منسوخ شده است. محترم‌شمردن حقوق اساسی بیماران به‌عنوان افراد بشر به‌وسیله تمام کسانی که در این مراقبت سهیم هستند انتظاری منطقی است و توجه به این مسأله ضروری است که بیماران باهوش‌تر از قبل هستند، ادعایشان بیش‌تر بوده و بیش‌تر از قبل درگیر مراقبت‌های بهداشتی خود هستند. با توجه به این واقعیت که گاهی به دلیل نا آگاهی، مشغله کاری و بی توجهی از سوی کادر درمانی حقوق بیمار نادیده گرفته می‌شود و هم‌چنین با توجه به این‌که بحث

رعایت حقوق بیمار در بیمارستان‌ها مدت‌هاست که مورد بررسی قرار نگرفته و با توجه به اهمیت موضوع پژوهشی در جهت بررسی میزان آگاهی بیماران از عملکرد پرسنل کادر درمانی بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان نسبت به منشور حقوق بیمار انجام گرفت تا بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهادها و راه‌کارهایی مطرح شوند.

روش تحقیق: برای انجام تحقیق از پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۱۰ سؤال که بر اساس منشور حقوق بیمار در ایران مورد تأیید وزارت بهداشت تنظیم شده بود استفاده گردید که ۳۰۰ بیمار به‌طور تصادفی در سه شیفت مختلف بیمارستانی و از بخش‌های مختلف که یا بیمار قادر به صحبت کردن بود یا همراه وی بر بالینش حضور داشت انتخاب شدند و پرسشگران ضمن مصاحبه حضوری که سؤالات برای آن‌ها توضیح داده می‌شد پرسشنامه‌ها را پر کردند و سپس اطلاعات حاصله با استفاده از نرم‌افزار آماری spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در این تحقیق ۵۰/۲ درصد افراد بی‌سواد بودند و ۳۷/۵ درصد در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال قرار داشتند و ۸۸/۷ درصد ایرانی و ۹۲/۸ درصد معتقد بودند که بدون در نظر گرفتن عوامل نژادی-فرهنگی-مذهبی در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب و مؤثر برای آنان انجام شده است. ۳۶/۴ درصد از بیماران پزشک معالج و گروه درمانی خود را نمی‌شناختند. ۴۰ درصد از بیماران معتقد بودند که اطلاعات لازم در مورد بیماری یا کارهای درمانی در اختیارشان قرار نمی‌گیرد. ۶۹/۴ درصد از بیماران از محرمانه ماندن

اطلاعات پزشکی خود اطمینان داشتند. ۵۷ درصد اظهار می‌کردند که پزشکان در خصوص حضور افراد غیر لازم از آن‌ها کسب اجازه می‌کنند. تنها ۲۸/۲ درصد از بیماران اظهار کرده بودند که پزشک معالج و پرسنل در خصوص انجام کارهای تحقیقاتی و آموزشی از آن‌ها کسب اجازه می‌کنند و ۱۸/۲ درصد اظهار داشتند در صورت نیاز به اعزام از مهارت تیم معالج و میزان تعرفه‌ها و پوشش خدمات بیمه توسط تیم معالج آگاه می‌گردند.

بحث: نتایج نشان می‌دهد که کار در بخش‌های اورژانس بیمارستان (عمومی - زنان) از کمیت و کیفیت بالایی برخوردار است و پرسنل شاغل شایسته تقدیر هستند. اما در امر آموزش بیمار دقت بیشتری باید بشود و تمامی پزشکان و پرستاران جهت انجام هر گونه کارهای تحقیقاتی و آموزشی از بیماران کسب اجازه کنند و هر گونه جابه‌جایی بیمار جهت انجام اقدامات تشخیصی هزینه‌ها و درمان به اطلاع بیمار رسانده شود و جهت بالا بردن میزان آگاهی بیماران از منشور حقوق بیمار پیشنهاد می‌گردد:

- برای ملکه شدن منشور در ذهن بیمار و عوامل درمان با عنوان، در کتب درسی یکی از مقاطع تحصیلی ترجیحاً مقطع متوسطه گنجانده شود.
- در رسانه‌های جمعی مخصوصاً صدا و سیما به مناسبت‌های خاص و به‌طور مستمر تبلیغ به‌عمل آید.
- فرم نظرسنجی از بیماران اخذ گردد.
- بیمارانی که فرم نظرسنجی را با صداقت تکمیل نمودند مورد تشویق و حمایت مسؤولین واقع شوند.

- در مراکز بهداشتی و درمانی در محل‌های تجمع بیمار و همراه به‌صورت قابل رویت

نصب العین واقع شود.

- اضافه کردن اصول ذیل به منشور حقوق بیمار:

الف - بیمار حق دارد رعایت موارد شرعی مخصوصاً اصل محرم و نامحرم را در روند

درمان خود از مرکز درمانی تقاضا نماید. ب- بیمار حق دارد چنانچه اصول یا اصلی از

منشور حقوقش عمل نشود مراتب را از مجامع قانونی پیگیری نماید.

واژگان کلیدی: میزان آگاهی بیماران، عملکرد، پرسنل، منشور حقوق بیمار

رعایت قلمروی بیماران در اتاق عمل یکی از ارکان مهم اخلاق پزشکی

نسرین گله دار^۱، ثریا ماسوری

دانشگاه علوم پزشکی لرستان

مقدمه: قلمروگرایی حق فرد و یک نیاز انسانی بوده و یکی از اصول اساسی در اخلاق پزشکی است و برای تداوم سلامت جسمی و روانی بایستی برآورده شود. نیاز به خلوت، امنیت، استقلال و هویت با رعایت قلمروگرایی بر آورده می‌شوند. این نیازها در زندگی به دفعات رخ می‌دهند، مثل بستن درب اتاق، علاقه به شناخته شدن و...

اسکات و لایمن برای قلمرو و انسانی محدوده‌هایی را معین نموده‌اند. در اقدامات پزشکی، درمانی و پرستاری رعایت این حدود الزامی است. تجاوز به قلمرو می‌تواند به‌صورت لمس، عینی، محاوره‌ای و... باشد. قلمرو بیماران بستری در بیمارستان و به‌خصوص مراجعان به اتاق عمل مکرراً در معرض تهاجم کادر درمانی قرار می‌گیرد. لذا پژوهشی با هدف کلی میزان رعایت قلمرو بیماران در اتاق عمل‌های استان لرستان انجام گردید.

روش پژوهش: در این مطالعه توصیفی برای دستیابی به اهداف پس از تهیه پرسشنامه‌ای دو قسمتی عناوین بررسی‌کننده امکانات و سپس میزان رعایت قلمرو بیماران در اتاق عمل، اطلاعات از ۱۶ بیمارستان دارای اتاق عمل عمومی در سطح

^۱ - galehdar_nas@yahoo.com

استان جمع‌آوری شدند. نمونه‌گیری ساده و مبتنی بر هدف بوده و جمع‌آوری اطلاعات در تمام شیفت‌ها و به‌خصوص صبح با رعایت نکات اخلاقی انجام گرفته و با استفاده از برنامه کامپیوتری EPI6 و SPSS تجزیه و تحلیل گردیدند.

نتایج: در ۴۹/۰۴ درصد موارد حقوق قلمروگرایی رعایت شده، ولی در ۵۰/۹۶ درصد مراکز این حقوق بیماران رعایت نمی‌شد. این موارد شامل استفاده از پاراوان، پرستار همگن و... بود که در اصل مقاله هر یک به تفکیک آورده شده‌اند.

بحث: نیاز قلمروگرایی از حقوق مسلم مددجو یا بیمار و یکی از مسؤولیت‌های مهم اخلاق پزشکی است، ولی همان‌طور که نتایج نشان داد در بسیاری از مراکز به این امر مهم توجه کافی نمی‌شود. آگاه نمودن پرسنل درمانی به این امر مهم و تهیه امکانات لازم است تا بتوان از تهاجم به قلمرو انسانی بیماران که از حقوق واقعی آن‌هاست اجتناب کرد. در اصل مقاله توصیه‌هایی برای حفظ قلمرو انسانی و رعایت حقوق آن‌ها آورده شده است.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، اتاق عمل، قلمرو، جراحی

بررسی مقایسه‌ای انگیزه نوع دوستی در دانشجویان سال اول و آخر پزشکی**دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران****دکتر فاطمه موسوی^۱**

هدف: نظر به اهمیت گرایش‌های هم‌نوع‌دوستانه و نگرش‌های انسان‌گرایانه در دانشجویان پزشکی فعلی دانشگاه‌ها و یا پزشکان آینده در کار درمان، ارتباط با بیماران و تأثیر آن در روند بهبودی بیماران مراجعه‌کننده به آنان برای درمان، در این بررسی، میزان پای‌بندی دانشجویان پزشکی نسبت به ارزش‌های نوع‌دوستانه و انسان‌گرایانه در کار پزشکی و چگونگی رعایت موازین و اصول حرفه‌ای درمانی مورد توجه قرار گرفته است.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی، آینده‌نگر بوده و در آن ۱۰۰ نفر دانشجوی سال اول و ۱۰۰ نفر دانشجوی سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران (۱۰۸ مرد و ۹۲ زن) که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۷۸ نفر از آزمودنی‌ها مجرد و ۲۲ نفر متاهل بودند. برای گردآوری داده‌ها، یک پرسش‌نامه دارای اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و برخی پرسش‌های نگرشی به کار برده شد. داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی و رسم نمودار ارائه گردیدند.

^۱ - Ati35983@yahoo.com

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که ۱۹ درصد دانشجویان سال اول و ۱۴ درصد دانشجویان سال آخر، بدون هیچ محدودیتی خود را آماده ارائه خدمات به‌صورت رایگان دانسته‌اند. ۹ درصد سال اولی‌ها و ۱۲ درصد سال آخری‌ها خود را ملزم به ابراز همدردی با بیمار دانستند. ۶۱ درصد سال اولی‌ها و ۴۲ درصد سال آخری‌ها خود را عمیقاً ملزم به رعایت مساوات در حقوق بیماران می‌دانسته‌اند. ۲۶ درصد سال اولی‌ها و ۱۷ درصد سال آخری‌ها خود را موظف به حضور بر بالین بیمار می‌دانستند و ۵۱ درصد سال اولی‌ها و ۴۹ درصد سال آخری‌ها علت انتخاب رشته پزشکی را کمک به هم‌نوعان گزارش نمودند.

نتیجه‌گیری: ضمن آن‌که احترام به ارزش‌های نوع‌دوستی و انسان‌گرایی در دانشجویان چشم‌گیر بود، میزان احترام به این ارزش‌ها در دانشجویان سال اول بیش‌تر از دانشجویان سال آخر است. به نظر می‌رسد با ادامه تحصیل در رشته پزشکی گرایش دانشجویان به ارزش‌های نوع‌دوستی و انسان‌گرایی کمتر شده و در آنان کاهش می‌یابد. برای افزایش توان تعمیم‌پذیری یافته‌ها، انجام بررسی‌های گسترده‌تر مشابه در سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و در بین دانشجویان پزشکی دیگر دانشگاه‌ها پیشنهاد شده است.

رضایت‌مندی بیماران از روابط پزشک و بیمار

دکتر بهشید گروسی^۱، دکتر حسین صافی زاده^۲، دکتر احمد امیر کافی^۳،

دکتر محسن حسینی^۴

۱- متخصص اعصاب و روان، استاد یار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۲- متخصص پزشکی اجتماعی، استاد یار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳- متخصص اعصاب و روان-مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۴- پزشک عمومی

رضایت از درمان نقش بسیار مهمی را در آرامش روحی و روانی بیمار و برگرداندن ثبات به بیمار ایفا می‌کند. بر اساس مطالعات مختلف دلیل اصلی عدم رضایت از خدمات پزشکی عمدتاً در عدم برقراری ارتباط صحیح و مناسب پزشک با بیمار است و در این زمینه کمبودهای حرفه‌ای کم‌تر مد نظر هستند. به عبارت دیگر، احساس رضایت بیمار از پزشک بیش از آن که تحت تأثیر قابلیت‌های فنی پزشک باشد، تحت تأثیر عوامل ارتباطی است. رضایت بیمار از پزشک سبب افزایش compliance و در نهایت اثربخشی سیستم‌های درمانی خواهد شد. این امر به‌خصوص در مدل‌های ارتباطی patient-conterred مد نظر است. بررسی ما نشان داده است که اکثریت موارد سوء درمان (malpractice) ناشی از اشکالات ارتباطی است تا اشکالات تکنیکی و مهارت عملی پزشکان. روش: ۴۰۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به پزشک عمومی و متخصص و

درمانگاه‌های عمومی و بیمارستان‌ها به روش qutta انتخاب شدند. پرسشنامه بر اساس متون معتبر در زمینه ارتباط پزشک و بیمار تهیه شد و جهت تأیید روایی از روش روایی محتوی استفاده شد. پایایی با $\alpha = 0/78$ مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج: میانگین سنی پاسخ‌گویان $31/98 \pm 13/15$ بود. بیماران جنبه‌های متفاوت ارتباط پزشک با بیمار را در مطب‌های خصوصی بهتر از درمانگاه‌های عمومی برآورد کردند. افراد مذکر روابط پزشک و بیمار را بهتر از زنان برآورد کردند ($p = 0/5$) جنس پزشک در میزان رضایت بیمار از ارتباط تأثیری نداشت ولی بیماران از رابطه پزشکان مسن‌تر بهتری رضایت بیشتری داشتند. رضایت بیماران ربطی به تخصص یا رشته پزشک نداشت.

بیماران مرد از این‌که پزشکان در مورد انجام معاینات به ایشان توضیح داده بودند رضایت بیشتری داشته ($p = 0/03$) و نسبت به پزشک اعتماد بیشتری داشتند. بیماران مسن‌تر از این‌که پزشک انجام معاینه را توضیح داده بود و عوارض احتمالی درمان‌ها توصیه شده را گوشزد نموده بود رضایت بیشتری داشتند.

در کل، تنها کم‌تر از ۵۰ درصد از بیماران از روش‌های ارتباطی پزشکان رضایت داشتند. بیش از ۶۰ درصد از بیماران اعتقاد داشتند برای پزشکان بیماری آن‌ها مهم‌تر از خود آن‌هاست.

بحث: آموزش مهارت‌های ارتباطی به پزشکان در حین تحصیل و تأکید بر آن در دوره‌های بازآموزی از مواردی است که سبب افزایش رضایت‌مندی بیماران می‌شود. وبالطبع از اثرات مثبت آن سیستم بهداشتی درمانی کشور بهره‌مند می‌شوند.

ارتباط پزشک با بیمار

زهره توانا^۱

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه: امر طبابت به مهارت‌های متعددی نیاز دارد، علاوه بر دانش پزشکی، پزشک باید واجد مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط با سایرین باشد تا بتواند بین خود و بیمار ارتباط و اعتماد متقابل را برقرار سازد. بیمار باید به‌عنوان «یک کل» مورد ارزیابی قرار گیرد و فقط بر روی وضعیت طبی عمومی وی تکیه نشود.

ارتباط: اولین اقدام برای هر پزشک جهت درمان بیماران خود برقراری یک ارتباط صحیح با آن‌ها است. رابطه پزشک و بیمار باید به‌صورت باز، صادقانه و دقیق باشد تا بتواند شرایط و مشکلات بیمار را به درستی درک کند.

برای یک ارتباط خوب و مناسب مهارت‌های زیر لازم است:

هم‌فکری، توانایی با دقت گوش کردن، دانش حرفه‌ای و برقرار کردن رابطه که کلیه این مهارت‌ها قابل یادگیری است.

بعد از ایجاد ارتباط با بیمار پزشک باید روش‌های مصاحبه پزشکی را هوشیارانه دنبال کند تا زمینه مساعدی را برای درک نگرانی اولیه بیمار فراهم آورد. اعتماد عامل اصلی است که بیمار را تشویق می‌کند تا احساسات و نگرانی‌های خود را صادقانه بازگو

^۱ - zotavana27@yahoo.com

کند و هیچ اطلاعاتی را از پزشک خود مخفی ننماید.

ارتباط پزشک با بیمار باید به‌گونه‌ای باشد که وی به ادامه مراقبت‌های پزشکی تشویق شود. نقش سنتی پزشک نقش پدرا نه بوده است. توقع بر این بوده است که پزشک درباره تمام مسائل بیمار دستورات مستقیم و راهنمایی‌های خاص را ارائه دهد، به‌نظر می‌رسد که در ارتباط بین پزشک و بیمار اگر حق تصمیم‌گیری بیش‌تری به بیمار داده شود، نتایج مطلوب‌تری حاصل خواهد شد. علاوه بر این، اگر بیمار حس کند در تصمیم‌گیری نقش دارد و تا حد امکان اطلاعات لازم به وی داده شده است، با اضطراب و افسردگی کم‌تری با درمان پیشنهادشده برخورد خواهد کرد و هم‌چنین در این حالت راه برای گفت‌وگوی بدون محدودیت بیمار با پزشک معالج در مورد مشکلاتش باز است و بیمار اطلاعات بیش‌تری را در مورد راه‌های مراقبت‌های بهداشتی فرا خواهد گرفت و این باعث ارتقاء سلامت وی خواهد گشت.

روش برقراری ارتباط صحیح با بیمار:

به‌طور کلی برقراری ارتباط و متقاعد کردن بر احترام متقابل و درک بیمار از شرایط حاکم بر سلامتی اش استوار است. روش‌های زیر برای کمک به برقراری ارتباط با بیماران مؤثر است:

- پزشک از کلام مثبت استفاده کند.
- بین خود و بیمار شراکتی برقرار کند مثلاً نشان دهد که مشکلات وی را می‌فهمد.
- سؤال خود را با استفاده از کلمات متفاوت تکرار کند.
- به سؤالات بیمار پاسخ کامل بدهد.

روش ارائه اطلاعات در میزان تأثیرگذاری آن حایز اهمیت است، پزشک باید

اطلاعات را کاملاً ساده و بدون استفاده از اصطلاحات پیچیده در اختیار بیمار قرار دهد و هم‌چنین طرز بیان پزشک باید کاملاً محترمانه و عاری از هرگونه تحقیر باشد. در ارتباط دوجانبه با بیمار ایما و اشارات نیز مهم هستند، پزشک نباید به حالتی بی‌تفاوت در مقابل بیمار بایستد، چون ممکن است احساس بی‌تفاوتی یا بی‌دقتی را به بیمار القاء کند، پزشک باید مستقیماً به بیمار نگاه کند و در حین صحبت کردن با وی ارتباط چشمی برقرار کند.

یکی از عوامل اصلی که موقعیت مصاحبه را تعیین می‌کند، کمبود وقت است. با این‌حال پزشک ماهر قادر است با تشویق بیمار به ارتباط بی‌پرده و باز، حتی در زمان کوتاه ارتباط دوجانبه موفق را با وی برقرار کند. اگر یافته‌های بالینی یا آزمایشات قویاً موید بیماری جدی مثل بدخیمی باشد، جدیت و فوریت این شرایط نباید طوری با بیمار مطرح شود که او را بی‌جهت نگران یا وحشتزده کند به هر سؤال خاصی که بیمار مطرح کند باید صادقانه پاسخ داده شود و لازم است برای سؤالات بیمار وقت کافی اختصاصی داده شود.

در آخر: ارتباط بین بیمار و پزشک نیز مثل سایر جنبه‌های روابط اجتماعی در حال تغییر است، هدف از گفت‌وگوی رودرویی بیمار و پزشک رسیدن به مؤثرترین تشخیص، درمان و آرامش خاطر برای تمام بیماران است.

بررسی نگرش دانشجویان یکی از دانشکده‌های

دندان پزشکی کشور نسبت به حقوق بیمار

یاسمین قهرمانی^۱، هاجر فرهادپور، نجمه محمدی، زینب آل یاسین

تیم دانشجویان دندان پزشکی کمیته تحقیقات دانشجویی

گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

حقوق یک فرد مبتنی بر نیازهای اوست و حقوق یک بیمار عبارت است از وظایفی که تیم پزشکی در قبال او دارند. در گذشته، نقش بیمار معرف عدم استقلال و محرومیت از تصمیم‌گیری بود و پزشک و دیگر افراد تیم بهداشتی-درمانی برای او تصمیم‌گیری می‌کردند و او نیز باید با اعتماد این تصمیم‌ها را می‌پذیرفت. در تعریف جدید حقوق بیمار همان نیازهای جسمی روانی و اجتماعی مشروع و معقول وی در شرایط خاصی است که فرد تحت درمان پزشک قرار می‌گیرد که شایسته است این نیازها توسط کلیه کارکنان مورد توجه قرار گرفته و رعایت شوند. حقوق بیمار در واقع انتظارات به حقی است که بیماران از موسسات خدمات بهداشتی و درمانی دارند. جایگاه بیمار در نظام فکری-ارزشی پزشک امر مهمی است که تأثیر زیادی بر رعایت اصول اخلاقی دارد. احترام به اختیار بیمار خودداری از پدرسالاری از سوی پزشک و استفاده از ظرفیت و توان جسمی و روحی بیمار برای تصمیم‌گیری‌های لازم فرایندی مهم در

^۱ - ethics@sums.ac.ir

حیطه طبابت است. محترم شمردن حقوق اساسی بیماران به‌عنوان افراد بشر به‌وسیله همه کسانی که در این مراقبت سهیم هستند انتظاری منطقی است. فشارهای اقتصادی و طب مدرن و انتظارات بیماران عامل مهمی است که بر شناسایی حقوق بیمار توسط پزشک و نگرش او نسبت به این حقوق تأثیر می‌گذارد.

مواد و روش‌ها: در این مقاله سعی شده است با بررسی نگرش دانشجویان یکی از دانشکده‌های دندان‌پزشکی کشور نسبت به حقوق بیمار، به ضرورت رعایت و آگاهی از کدهای اخلاقی و قانونی در رشته دندان‌پزشکی در درمان بیماران تأکید شود. در این مطالعه توصیفی دو نوع پرسش‌نامه بر اساس «منشور حقوق بیماران ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، «کدهای اخلاقی ADA (American Dental Association) و "Nuremberg code"» تدوین شد و در میان دانشجویان توزیع شد و در نهایت اطلاعات پرسش‌نامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نقاط آسیب‌پذیر حقوق بیمار شناسایی شده است و در نهایت به راه کارهای مناسب جهت راهبردی نمودن رعایت حقوق بیمار و افزایش آگاهی دانشجویان نسبت به حقوق بیماران اشاره شده است.

میزان رضایت بیماران از رعایت حقوق خود در یکی از دانشکده‌های

دندان پزشکی کشور

یاسمین قهرمانی^۱، هاجر فرهادپور، نجمه محمدی، زینب آل یاسین

تیم دانشجویان دندان پزشکی کمیته تحقیقات دانشجویی

گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

منشور حقوق بیمار بیان می‌دارد که این حق بیمار است که از مراقبت محرمانه برخوردار شود. از پزشکان و افراد دیگری که از او مراقبت می‌کنند در مورد نوع تشخیص و نوع درمان و پیش آگهی بیماری اطلاعات دقیقی را بخواهد و در مورد ادامه درمان یا رد کردن درمان توصیه شده تصمیم‌گیری کند و برنامه درمانی خود را محرمانه نگه دارد. متخصصان بهداشتی سعی بر این داشته‌اند که بیمار را از سؤال درباره معالجاتی که برای او انجام می‌شود باز دارند و او را وادار کنند که به ایشان اعتماد کند. اما شیوه‌های نوین مراقبت‌های بهداشتی درمانی فقط با تشریک مساعی پزشک و بیمار می‌تواند مؤثر واقع شود و آگاه نمودن بیماران و سهم کردن آن‌ها در تصمیم‌گیری و محترم شمردن حقوقشان به بهبودی آن‌ها سرعت می‌بخشد و دوران بستری بودن در بیمارستان را کاهش می‌دهد. در سال‌های اخیر جنبشی فعال و در حال رشد در میان مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات بهداشتی - درمانی به وجود آمده است. آگاهی

^۱ - ethics@sums.ac.ir

روزافزون جامعه نسبت به مباحث بهداشتی و مفاهیم تندرستی و بیماری از عوامل عمده بروز این جنبش است. عدم رعایت حقوق بیماران از یک‌سو فشار روانی زیادی را به بیماران و خانواده‌های آن‌ها و از سوی دیگر صدمات جبران‌ناپذیری به حیثیت اجتماعی سیستم ارائه خدمات بهداشتی وارد می‌کند.

مواد و روش‌ها: در این مقاله سعی شده است با بررسی میزان رضایت بیماران از رعایت حقوق خود در یکی از دانشکده‌های دندان پزشکی کشور، به ضرورت رعایت کدهای اخلاقی و قانونی در رشته دندان پزشکی در درمان بیماران تأکید شود. در این مطالعه توصیفی دو نوع پرسش‌نامه بر اساس «منشور حقوق بیماران ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، «کدهای اخلاقی ADA (American Dental Association) و "Nuremberg code"» تدوین شد و در میان بیماران توزیع شد و در نهایت اطلاعات پرسش‌نامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نقاط آسیب پذیر حقوق بیمار شناسایی و به دنبال آن ریشه یابی شده است و در نهایت به راه کارهای مناسب جهت راهبردی نمودن رعایت حقوق بیمار اشاره شده است.

بررسی میزان رعایت منشور بیماران از دیدگاه پرستاران شاغل در**بیمارستان‌های آموزشی شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۸۶****فاطمه علی اکبری^۱، فاطمه طاهری****۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**

مقدمه: منشور حقوق بیماران جهت دفاع از حقوق انسانی و به منظور حفظ عزت و حرمت بیمار و برای اطمینان از این که در مواقع بیماری و به‌ویژه در فوریت‌های پزشکی، بیمار بدون تبعیض مراقبت‌های کافی را دریافت نماید، ایجاد شده است. تأکید بر حقوق اساسی انسان در مراقبت‌های بهداشتی به‌خصوص حفظ شأن بیمار به‌عنوان یک انسان امری ضروری است. احترام به حقوق بیماران و تعیین چارچوب قانونی برای آن دارای سوابق ممتد در تاریخ مراقبت‌های بهداشتی درمانی کشور ماست. در کشور ما نیز این منشور شامل ۱۰ بند توسط وزارت بهداشت و درمان تدوین و منتشر شده است، لذا این مطالعه به منظور بررسی نظرات پرستاران در خصوص میزان رعایت این منشور انجام گرفته است.

روش کار: این مطالعه به روش مقطعی بر روی ۲۰۰ نفر از پرسنل پرستاری شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهرکرد صورت پذیرفت. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای که مطابق با بندهای ده‌گانه منشور حقوق بیماران تهیه شده بود، استفاده

^۱ - Aliakbari_fa@yahoo.com

گردید. پرسشنامه‌ها توسط پرستاران تکمیل گردید و سپس اطلاعات جمع‌آوری شده توسط آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج مطالعه نشان داد که ۷۸/۸ درصد از پرستاران معتقد بودند که منشور حقوق بیماران در بیمارستان‌ها رعایت می‌گردد که در این بین بیش‌ترین میزان مربوط به رعایت حق بیماران در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات پرونده (با ۹۳ درصد) و پایین‌ترین میزان مربوط به کسب رضایت از بیمار هنگام معاینه در حضور افراد غیر مرتبط با درمان بود. (۶۵درصد). بین نظرات پرستاران و سابقه کاری ارتباط معناداری دیده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: اگر چه اجرای منشور حقوق بیماران می‌تواند موجب ایجاد رابطه خوب بین بیماران و پرستاران ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی گردد و علی‌رغم اعتقاد پرستاران در خصوص رعایت این منشور مطالعات صورت‌گرفته نشان‌دهنده عدم رضایت بیماران از رعایت منشور حقوق بیماران در بیمارستان‌هاست، لذا بررسی‌های بیش‌تر به منظور بررسی علل وجود این اختلاف نظر ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: منشور حقوق بیماران، پرستاران، دیدگاه

ارتباط پزشک و بیمار کلیدی در جهت جلوگیری از تخلفات پزشکی

سمیه زیار^۱

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ارتباط بین پزشک و بیمار بر پایه مسائل اخلاقی و موافقت‌های ذهنی استوار است و بر اساس این اصل خدمات درمانی و تشخیصی برای بیمار اعمال می‌شود. بدون شک طبابت واقعی زمانی امکان‌پذیر خواهد بود که پزشک مهارت‌های لازم را در ارتباط با بیمار، مردم و جامعه آموخته باشد و با اخلاق اجتماعی و آداب و رسوم، سنت و فرهنگ جامعه خود آشنا باشد. با توجه به این‌که بسیاری از انتقادهایی که به پزشکان وارد می‌شود مربوط به دانش و مهارت آن‌ها نیست، به نظر می‌رسد این انتقادات در نارسایی‌هایی باشد که در برقراری ارتباط صحیح با بیماران، اشخاص یا جامعه دارند. به عبارت دیگر، می‌توان چنین نتیجه گرفت که علت غایی اکثر شکایت‌ها و تخلفات پزشکی خطاهای ارتباطی است که می‌توانند در نهایت بر درمان هم تأثیر بگذارند. از این‌رو، این مقاله به بررسی ارتباط پزشک و بیمار به‌عنوان کلیدی در جهت جلوگیری از تخلفات پزشکی می‌پردازد و نیاز به آموزش ارتباطی صحیح و مناسب بین پزشک و بیمار را به‌صورت شفاف بیان و الزامی می‌دارد.

^۱ - ziar_somayeh@yahoo.com

آیا تصمیمات والدین همواره به نفع کودک بستری است؟

اکرم السادات سادات حسینی^۱

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه: کودکان ارزشمندترین موجودات در زندگی والدین هستند و بیماری آنان برای والدین یکی از تأسف بارترین اخبار است، به‌خصوص زمانی که به والدین گفته شود هیچ امیدی به بهبودی کودک شما نیست. برخی از والدین در این مرحله به طرز غیر عادی امیدوار باقی می‌مانند و اصرار به ادامه درمان و حتی انجام تهاجمی‌ترین درمان‌ها برای کودکشان هستند. اگرچه داشتن امید برای خانواده دارای کودک بدحال بسیار ضروری است، اما در مواردی این امید بدون توجیه منطقی سبب مشکلات و سردرگمی‌های بغرنجی برای کادر درمانی می‌گردد. علاوه بر این، درمان‌های خواسته‌شده توسط والدین سبب ایجاد صدمه، درد و رنج در کودک می‌گردد که این امر به مشکلات کادر درمانی و مراقبتی می‌افزاید.

روش و شرح مطلب: شاید عمده‌ترین دلیل این امر این باشد که در اغلب موارد درمان و مراقبت مترادف یکدیگر می‌آیند و زمانی که به والدین گفته می‌شود جهت مشکل کودک شما دیگر درمانی وجود ندارد تصور می‌کنند دیگر از او مراقبتی نیز به عمل نخواهد آمد و این تصور ایجاد می‌شود که باید کودک خود را رها کنند تا بمیرد و در نتیجه آن‌ها والدین بدی خواهند بود.

گاهی والدین نگران این مطلب هستند که اگر با قطع درمان موافقت کنند،

^۱ - ashoseini@tums.ac.ir

دیگران چه تصویری دارند و ادامه دادن درمان را حتی اگر با درد و رنج همراه باشد مترادف با دوست داشتن کودک می‌دانند. گاهی خانواده می‌ترسند که دچار احساس گناه شوند که اگر درمان‌ها ادامه می‌یافت حتماً مؤثر می‌شد؟

اگر چه همواره توجه به مددجویان و حفظ استقلال آنان بسیار مهم است، اما باید توجه داشت که رعایت حقوق دسته‌ای از مددجویان سبب بی‌توجهی به حقوق عده‌ای دیگر نگردد.

والدین در مواردی با ترس‌ها، نگرانی‌ها و احساس گناه و امیدهای غیر منطقی خود به کودکانشان درد، رنج، تنهایی، تهوع، ناامیدی، زجر، بستری‌شدن‌های مکرر و تحمل رویه‌های بسیار تهاجمی را هدیه می‌دهند.

در این مواردی تصمیم‌گیری در موارد بسیار استثنایی تحت نظر کمیته‌های خاص انجام می‌گردد که آن هم با مشکلات خاص خود همراه است؛ از آن جمله:

- به سختی می‌توان صد درصد تصمیم گرفت که آیا می‌توان درمان را بدون رضایت والدین قطع کرد.

- تفاوت زیادی بین عدم موفقیت یک درمان یا اصلاً شروع نکردن آن وجود دارد.

لذا با توجه به موارد فوق کادر درمانی و مراقبتی وظیفه دارند تا با به‌کارگیری فنون برقراری ارتباط و آموزش و مشاوره با مددجویان موجبات راحتی کودک بیمار را فراهم نمایند تا خانواده بدون هیچ آسیبی آنچه را درست است برای کودک بپذیرد و حداقل آسیب و صدمه به کودک وارد آید. زیرا کودکان نیز حق دارند و باید حقوقشان مستقلاً دیده شود نه همیشه در ارتباط با والدینشان و برحسب نیاز آن‌ها.

واژگان کلیدی: حقوق کودک بیمار، صدمه به بیمار، تصمیمات والدین

بررسی نحوه اخذ رضایت از بیماران بستری

در بخش‌های جراحی بیمارستان شریعتی

اسداله یغمائی^۱، فخرالدین تقدسی نژاد، اردشیر شیخ آزادی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

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

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

یافته‌ها: تعداد بیماران شرکت‌کننده در این تحقیق ۲۵۴ نفر (۱۵۸ نفر مذکر و ۹۶ نفر مونث) و میانگین سنی آن‌ها $(48/01 \pm 19/04)$ سال) بود. فقط حدود نیمی از

^۱ - peimanyaghmaei@yahoo.com

بیماران اطلاعات لازم را از پزشکان خود کسب کرده بودند. میزان آگاه شدن بیماران در مورد درصد احتمال موفقیت عمل جراحی (قبل از عمل جراحی) ۴۴/۵ درصد، میزان آگاه شدن از عوارض احتمالی عمل جراحی ۵۴/۳ درصد، و میزان اطلاع بیماران در مورد سایر روش‌های درمانی جایگزین ۶۱/۴ درصد بود. ۶۷/۳ درصد بیماران اظهار کرده بودند که فرم رضایت‌نامه جراحی را آزادانه و با اختیار امضاء کرده‌اند و ۶۹/۷ درصد نیز اعلام کردند که پاسخ‌های آنان به سؤالات این تحقیق، قبل از عمل و بعد از عمل یکسان خواهد بود. میزان فراوانی بیمارانی که در صورت بروز عوارض، پزشکان خود را کاملاً مقصر می‌دانستند ۵/۹ درصد و فراوانی بیمارانی که در صورت بروز عوارض، پزشکان خود را به‌طور نسبی مقصر می‌دانستند ۵۷/۱ درصد بود.

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

واژگان کلیدی: رضایت آگاهانه، حقوق بیماران، قصور پزشکی

حقوق بیماران، حلقه گمشده بیمارستان‌ها

انیس عباسی^۱، آذر دخت ضیائی^۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی

۲- کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

زمینه و هدف: بیمارستان جزء لاینفک تشکیلات پزشکی و اجتماعی است که وظیفه تأمین مراقبت‌های کامل بهداشتی (پیش‌گیری، درمان و نوتوانی) را برای عموم بر عهده داشته و مرکز آموزشی برای کارکنان بهداشت و درمان و تحقیقات زیستی اجتماعی می‌باشد. به منظور تأمین کیفیت خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، رعایت موازین اخلاق پزشکی و رعایت حقوق بیماران و ارائه خدمات بهداشتی درمانی اجتناب ناپذیر است.

بیمار مانند هر انسان دیگری نیازهای حیاتی دارد. او به علت بیماری نمی‌تواند برخی از نیازهایش را به‌طور کامل تأمین کند و به کمک اطرافیان نیاز دارد. بنابراین، گروه مراقبت و درمان باید درباره نیازها و چگونگی ارضاء آن‌ها، دانش و آگاهی کافی داشته باشند. واژه حقوق در تمام زبان‌ها به معنی آن‌چه راست و سزاوار است، تعریف می‌شود. حقوق بیمار نیز به معنای آن‌چه برای بیمار بایسته و سزاوار است، تعریف می‌شود. نظام بهداشتی و درمانی بیش‌تر کشورها، منشوری را با عنوان منشور حقوق بیماران، در جهت

^۱ - anis1299@yahoo.com

دستیابی به رضایت‌مندی بیماران تدوین کرده و به سطوح اجرایی ابلاغ می‌کنند تا مفاد آن را اجرا نمایند. بیمارستان‌ها موظف هستند هنگام بستری بیمار در واحد پذیرش، این منشور را به وی تسلیم کنند تا با حقوق خود کاملاً آشنا شود.

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز منشور ده ماده‌ای حقوق بیمار را برای واحدهای اجرایی تابعه خود تدوین کرده است. متأسفانه، در کشور ما اکثر بیماران از حقوق خویش مطلع نیستند و پزشکان نیز این مهم را به فراموشی سپرده‌اند. بنابراین، این عدم آگاهی منجر به بروز مشکلاتی برای بیماران و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود. برخی از این حقوق عبارتند از: حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت بالا، حق برخورداری از اطلاعات، حق محرمانه بودن اطلاعات بیمار، حق رضایت آگاهانه، حق استقلال رأی، حق برخورداری از آموزش سلامت (بهداشت)، حق رعایت محیط خصوصی بیمار، حق داشتن آرامش و مرگ با عزت، حق ابراز اعتراض و شکایت، حق جبران خسارت و حقیقت‌جویی به بیمار.

روش پژوهش: این مقاله به‌صورت مروری - کتابخانه‌ای و با استفاده از مقالات متعدد فارسی و لاتین، مجلات و سایت‌های معتبر تنظیم شده است که در آن پس از مطالعه ضرورت اجرای منشور حقوق بیماران سعی دارد به توضیح مفاهیم مرتبط بپردازد.

نتیجه‌گیری و بحث: عدم رعایت منشور حقوق بیماران می‌تواند موجب به مخاطره افتادن سلامتی، جان و امنیت بیماران و همچنین تضعیف رابطه بین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و بیماران گردد، که در نهایت منجر به کاهش اثربخشی خدمات و مراقبت مؤثر از بیماران می‌شود.

مسلم این است که آگاه کردن بیماران، سهیم شدن آن‌ها در تصمیم‌گیری و محترم شمردن حقوقشان به بهبودی آن‌ها سرعت می‌بخشد، دوران بستری در بیمارستان را کاهش می‌دهد و سبب شرکت فعالانه آن‌ها در درمان خود می‌شود. هم‌چنین منشور حقوق بیمار به صورت ابلاغ صرف و بدون پیگیری لازم نمی‌تواند باعث تحول در خدمات بیمارستان‌ها شود و باید سیستم‌هایی برای کنترل، آموزش به پزشکان، پرستاران، و حتی رده‌های پایین‌تر گذاشته شود.

امید است با به‌کارگیری منشور حقوق بیمار در بیمارستان، بیمار نیز با حقوق خود آشنا شده و این امکان برای او فراهم گردد که در اسرع وقت از تشخیص درست و به‌دنبال آن از خدمات درمانی و مراقبتی مطلوب، مؤثر همراه با احترام کامل برخوردار شود.

واژگان کلیدی: حقوق، منشور، بیمار، بیمارستان

بررسی نتایج طرح تکریم ارباب رجوع در خصوص ارائه خدمات

بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان

انیس عباسی^۱، دکتر عباس بدخشان^۲، دکتر مهرداد نوئین اصفهانی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی

۲- پزشک عمومی، مدیر درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۳- پزشک عمومی، مسؤول اداره نظارت بر درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان

زمینه و هدف: نظام اداری کشور از آسیب‌ها و مشکلات اساسی که بیش‌تر آن در بخش نیروی انسانی قرار دارد، در رنج شدیدی است. یکی از شاخص‌های سنجش کارآمدی و رشد و توسعه از جمله در بخش بهداشت و درمان، رضایت مردم از خدمات دستگاه‌های دولتی است، و مؤلفه‌هایی از قبیل سرعت، صحت و دقت درکار مراجعان، چگونگی برخورد با آن‌ها و اطلاع‌رسانی مناسب، از جمله اهداف «قش طرح تکریم مردم و جلب رضایت ارباب رجوع در نظام اداری» و مهم‌ترین عواملی هستند که باعث دگرگونی و بهبود اوضاع اداری می‌شوند.

روش پژوهش: این مطالعه به صورت توصیفی و مقطعی در بهار ۸۶ به منظور بررسی نتایج طرح تکریم و جلب رضایت ارباب رجوع براساس پرسشنامه‌های سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در قالب ۴ محور ذیل انجام گردید: «محور اطلاع‌رسانی»، «محور

^۱ - anis1299@yahoo.com

سنجش اعتماد مردم به میزان تخصص و تعهد کارکنان»، «محور رضایت از رعایت ادب و احترام کارکنان و محور رضایت از فضا و تجهیزات موجود در فرایند ارزیابی این طرح». طی ۳ مرحله در خصوص چگونگی ارائه خدمات آن دستگاه و از ۲۲۲ نفر مراجعه‌کننده نظر سنجی به‌عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون کای دو استفاده گردید و سپس داده‌ها وارد نرم افزار آماری SPSS شده و تحلیل شد.

یافته‌ها: براساس محورهای مورد ارزیابی بهترین عملکرد آن دستگاه با کسب ۶۸/۴ و ۶۷/۶ درصد به‌ترتیب مربوط به محور رعایت ادب و احترام کارکنان و محور اطلاع‌رسانی بوده و محور میزان سنجش اعتماد مردم از عملکرد متوسطی برخوردار است. اما در محور ایجاد فضا و تجهیزات بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان با ۶۰/۱ امتیاز از عملکرد پایینی برخوردار است. برحسب نظرسنجی به عمل آمده کم‌ترین امتیاز مربوط به نحوه اطلاع‌رسانی مدت زمان انجام کار و بالاترین امتیاز مربوط به اطلاع‌رسانی محل مراجعه بوده است. در بعد تعداد دفعات مراجعه حدود ۱۷/۵ درصد از مراجعه‌کنندگان بیش از یک‌بار برای دریافت خدمات به واحد مورد نظر مراجعه نموده‌اند که علت عمده آن مربوط به ناقص بودن مدارک و گردش طولانی کار است. هم‌چنین نتایج نظرسنجی نشان می‌دهد که ۷۰/۳ درصد پرسش‌شوندگان به تأثیر مثبت این نظرسنجی در اصلاح فرایندهای کاری آن دستگاه اعتقاد دارند.

نتیجه‌گیری و بحث: با توجه به نتایج به‌دست آمده لازم است که دستگاه با برنامه‌ریزی صحیح و اصلاح و بازنگری فرایندها نسبت به کارسنجی و کوتاه کردن فرایندهای انجام کار و اطلاع‌رسانی صحیح اقدام نماید. هم‌چنین رویه‌ای مناسب به منظور رسیدگی به شکایات تا حصول نتیجه به عمل آید. با استفاده از روش‌های مختلف

نسبت به تقویت و افزایش انگیزش و تعهد کاری کارکنان اقدام نمود و برای اجرای موفقیت‌آمیز این طرح از طریق آموزش و بازآموزی اصولی آن‌ها و استفاده از شیوه‌های مؤثر انگیزشی، به‌کارگیری مدیریت علمی و کارآمد در عمل، به‌ویژه با تجدید نظر اصولی در انتصاب افراد به مشاغل مدیریتی و به‌کارگیری معیارهای علمی معتبر، تعهد رهبری سازمان و ایجاد فرهنگ سازمانی و بستر لازم برای اجرای طرح به‌عنوان راه‌کارهای اجرایی پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: طرح تکریم، ارباب رجوع، بیمارستان

بررسی رعایت حقوق بیماران توسط کادر درمان از دیدگاه بیماران در

بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر همدان

مرضیه حسینیان^۱

دانشگاه علوم پزشکی همدان

مقدمه: حقوق انسانی به‌طور مساوی به تمامی انسان‌ها تعلق دارد. رعایت حقوق بیماران مهم‌ترین قسمت مسائل اخلاقی در یک بیمارستان است که لازم است مورد نظر قرار گیرد. رعایت حقوق بیماران مسئولیت تمامی کارکنان هنگام ارائه درمان و مراقبت به بیماران است. این مطالعه با هدف رعایت حقوق بیماران توسط کادر درمان از دیدگاه بیماران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی همدان صورت گرفت.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است. داده‌ها از طریق پرسشنامه دو قسمتی معتبر علمی و پایا (با ضریب ۹۵ درصد) جمع‌آوری گردید. در قسمت اول، مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش و در قسمت دوم سؤالات مربوط به رعایت حقوق بیماران توسط کادر درمان از دیدگاه بیماران وجود داشت. جامعه پژوهش شامل ۸۰ بیمار بود که به‌طور تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها به‌وسیله نرم افزار Spss مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: از دیدگاه بیماران بیش‌ترین میزان رعایت حقوق بیماران از دیدگاه آنان

^۱ - Hassanian1226@yahoo.com

(۷۸/۸ درصد) در بعد محرمانه ماندن برنامه‌های مراقبتی و درمانی بیماران و مسائل شخصی بیماران بود و کم‌ترین میزان رعایت حقوق بیماران از دیدگاه آنان (۳۰ درصد) در بعد مشارکت بیمار و خانواده بیمار در درمان و سپس (۳۲/۴ درصد) در بعد آشنایی بیماران با محیط درمان و کارکنان بخش بود.

نتیجه‌گیری: حقوق بیماران در ابعاد مشارکت بیمار و خانواده بیمار در برنامه‌های درمان و مراقبت و همچنین آشنا نمودن بیمار با کادر درمان و محیط درمانی کم‌تر از سایر موارد رعایت می‌شد. پیشنهاد می‌گردد که این موارد توسط کارکنان بخش‌ها هنگام ارائه خدمات به بیماران مورد توجه قرار گیرد و مدیران بیمارستانی جهت رعایت این موارد برنامه‌ریزی و اجرای آن‌ها را کنترل نمایند. همچنین این موضوعات در برنامه‌های آموزشی دانشجویان گنجانده شود.

پزشک ایده‌آل از نگاه بیمار

مسعود رحیمی

عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی شاهرود

پزشک ایده‌آل بیمار فردی است که:

- بیمار را به‌عنوان یک انسان و با تمام ابعاد وجودی‌اش درک نماید و نه صرفاً به‌عنوان یک جسم و کالبد فیزیکی.
- با رفتار انسانی خویش با بیمار و اطرافیانش به‌گونه‌ای عمل نماید که آنان احساس وجود و شخصیت نمایند.
- خود را مشاور بیمار بداند و بیماران را در تصمیماتی که به سلامتی آنان منجر می‌شود سهیم گرداند و در واقع به جای ارتباط عمودی، با آنان ارتباطی از نوع افقی برقرار نماید.
- قبل از هرگونه درمان و تجویزی با مذاقه و بررسی همه‌جانبه و در صورت نیاز اخذ مشاوره‌های تخصصی از سایر همکاران، مناسب‌ترین، کم‌هزینه‌ترین، کم‌عارضه‌ترین و علمی‌ترین روش را برای درمان بیمار خود به کار گیرد.
- همواره تمهیداتی بیندیشد تا بیمار از لحظه ورود به محیط درمان (اتاق انتظار، اتاق معاینه، بخش بستری و...) خود را در یک محیط امن و صمیمی و راحت بیابد.
- در موقعیت‌های مختلف از آموزش و راهنمایی قابل درک و فهم به بیمار جهت

همکاری‌اش در مراقبت‌های درمانی از خود دریغ ننماید.

- احساس مسؤولیت حرفه‌ای وی در طول فرآیند تشخیص و درمان بیمار از رفتار و عملکرد مسؤولانه‌اش به عینیت قابل مشاهده است.
 - همواره احترام به اعتقادات مذهبی و فرهنگی بیمار را در تمام مراحل درمان مد نظر قرار می‌دهد، به‌نحوی که بیمار احساس امنیت، آرامش روانی و اجتماعی نماید.
 - به موازات معالجه بیمار، با برخورد انسانی و اخلاقی خویش، درس زندگی و انسانیت نیز به آنان بیاموزد.
- و نهایتاً این‌که، پزشک به‌نحوی عمل نماید که بیمار، معنی و مقصود واقعی زندگی را با مشاهده اوصاف و خصلت‌های ممتاز، الهی و ارزش‌مدار وی بیابد.

برائت و رضایت

دکتر سید خسرو قاسمپوری

متخصص پزشکی قانونی

رضایت و برائت از جمله مباحث علوم اخلاق پزشکی بوده و از جنبه‌های اخلاقی و قانونی رابطه بین پزشک و بیمار است. رضایت نامه راهی برای رعایت کلیه اصول پیش‌گیری از خطر و همکاری دوجانبه است. رضایت نامه یعنی بیمار قبل از تن دادن به اعمال تهاجمی یا هرگونه درمانی اجازه این کار را می‌دهد. بیمار تنها زمانی آگاهانه رضایت‌نامه را امضاء می‌کند که کلیه خطرات عمل، راه‌های درمانی جایگزین و خطرات آن‌ها را کاملاً فهمیده باشد.

به محض مراجعه بیمار به پزشک بین آن‌ها نوعی قرارداد ضمنی منعقد می‌شود که در این‌جا نیز مانند سایر قراردادها رضایت طرفین، شرط تحقق و صحت قرارداد است. در اغلب موارد، این رضایت ضمنی یا تلویحی است که گاهی کافی نبوده و نیاز به رضایت ابرازی یا اظهاری است که خود بر دو نوع شفاهی و کتبی است. یک رضایت‌نامه معتبر بایستی از شخص با اهلیت قانونی یا ولی، قیم یا سرپرستان قانونی وی اخذ شده و به موضوع رضایت آگاهی و اشراف کامل داشته و علاوه بر این هنگام رضایت، اراده و اختیار کامل داشته باشد. نکته مهم در مصدومان و بیماران اورژانس این است که تا هنگامی که نجات جان‌شان مطرح باشد، نیاز به اخذ رضایت نیست، ولی پس از اقدامات اولیه و رفع

موقعیت اورژانس برای اقدامات جراحی بعدی نیاز به اخذ رضایت است. قانون‌گذار در ماده ۶۰ مجازات اسلامی چنین آورده است؛ چنان‌چه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او براءت حاصل نموده باشد، ضامن خسارت مالی یا جانی یا نقص عضو نیست و در موارد فوق که اجازه گرفتن ممکن نباشد، طبیب ضامن نیست. می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که با اخذ رضایت، مسئولیت کیفری منتفی می‌شود و به عبارت دیگر فعل پزشک جرم محسوب نمی‌گردد، ولی اگر در نتیجه درمان ضرر و خسارتی به بیمار وارد شده باشد، پزشک موظف به جبران خسارت وارده خواهد بود، ولی در صورت اخذ براءت، پزشک مسؤول جبران خسارت حاصله نخواهد بود. البته در صورتی که پزشک در طی اقداماتی که به قصد درمان بیمار انجام می‌دهد، رعایت موازین فن و علمی و نظامات دولتی را نموده باشد، استناد به براءت اخذشده ممکن خواهد بود.

بررسی میزان رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل و بیماران بستری در

مراکز آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز سال ۱۳۸۳

رقيه ناصري^۱، كبرى پرون، عفت مظاهري، راحله محمدی، ماهرخ جوانشیر

زمینه و اهداف: از جمله عوامل مهمی که در ایجاد آرامش خاطر بیماران بستری در بیمارستان‌ها مؤثر است، میزان توجه و احترامی است که کارکنان بخش درمان نسبت به حقوق بیماران قائل می‌شوند. محترم شمرده شدن حقوق مددجویان به‌عنوان افراد بشر توسط کسانی که در مراقبت بهداشتی و درمانی آنان سهم هستند، امری منطقی است. تحقیقات نشان داده است که آگاه نمودن بیماران، سهم کردن آنان در تصمیم‌گیری و محترم شمردن حقوقشان به بهبودی آن‌ها سرعت بخشیده و دوران بستری بودن در بیمارستان را کاهش می‌دهد، لذا هزینه بیمار و خانواده و هم‌چنین مخارج بیمارستان کاهش می‌یابد. بنابراین، انجام پژوهش‌هایی در این زمینه همواره ضرورت دارد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع توصیفی - مقایسه‌ای است که به منظور تعیین میزان رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل و بیماران بستری در مراکز آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است. روش نمونه‌گیری پرستاران ($n=152$)، مبتنی بر هدف و در مورد بیماران ($n=200$)، تصادفی ساده و ابزار

^۱ - rogaie nasery <rnasery58@yahoo.com

گردآوری داده‌ها، پرسشنامه تنظیم‌شده در سه بخش شامل مشخصات فردی و اجتماعی واحدهای مورد پژوهش، ۱۸ سؤال مربوط به میزان رعایت حقوق جسمی بیمار و ۳۶ سؤال مربوط به میزان رعایت حقوق روانی - اجتماعی بیمار بود که پاسخ‌ها توسط مقیاس لیکرت و به صورت همیشه، اغلب، گاهی، به ندرت، هرگز و موردی ندارد سنجیده شد. جهت تعیین روایی ابزار، از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین اعتماد علمی ابزار از آزمون مجدد استفاده شد. همچنین جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که از دیدگاه پرستاران شاغل، اکثر (۵۹/۹ درصد) موارد حقوق بیمار در سطح «خیلی خوب» و ۵/۳ درصد در سطح «متوسط» رعایت می‌شود. از دیدگاه بیماران بستری نیز، اکثر (۶۳ درصد) موارد حقوق بیمار در سطح «خوب» و کم‌ترین درصد (۲/۵ درصد) در سطح «ضعیف» رعایت می‌شود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های تحقیق نشان داد که بین دیدگاه پرستاران و بیماران در رابطه با میزان رعایت حقوق بیمار تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل بیانگر ضرورت توجه بیش‌تر مسؤولان در جهت برنامه‌ریزی اصولی برای رعایت حقوق بیمار در تمامی زمینه‌ها، به‌ویژه مدیریت، خدمات، آموزش و پژوهش پرستاری است.

واژگان کلیدی: حقوق بیمار، دیدگاه، پرستار، بیمار

سوء استفاده روانی از سالمندان به وسیله مراقبت‌دهندگان و ارائه راهکارهایی

برای حل این مسأله توسط پرستاران

سمیه مولایی^۱

کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه: سوء استفاده روانی از سالمندان یک مشکل در حال رشد است که سیری مخفی دارد. جمعیت سالمند دارای سن بیش‌تر از ۶۵ سال هستند که پیش‌گویی می‌شود این جمعیت به ۱،۲ بیلیون نفر در سال ۲۰۲۵ برسد. این جمعیت سالمند رشد سریعی دارد، به‌طوری که در سال ۱۹۹۳، ۷/۰۹ درصد از کل جمعیت را به خود اختصاص می‌داده و در سال ۲۰۰۶، ۹/۷۵ درصد و در سال ۲۰۲۵، ۲۱ درصد از کل جمعیت را به خود اختصاص داده است. این افزایش قابل ملاحظه، نگرانی در رابطه با موضوعات اجتماعی مرتبط با پیری، از قبیل سوءاستفاده از سالمندان و استراتژی‌های مراقبت از این افراد است. سوءاستفاده معمولاً بسیار مخفی است مخصوصاً زمانی که از نوع روانی باشد. **هدف:** این مطالعه تلاش دارد تا سوء استفاده روانی از سالمندان و عواملی را که به این موضوع کمک می‌نماید مشخص و در نهایت راه‌حل‌هایی ارائه دهد.

روش: این یک مقاله مروری است که با جست‌وجو در اینترنت و ژورنال‌های منتشرشده بین سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۶ به گزارش نتایج برای گروه‌های یکسان شده

^۱ - smolaee@razi.tums.ac.ir

زنان و مردان می‌پردازد. ۱۲ مطالعه از این بین انتخاب و مرور شده که به گزارشی از زمینه و نتایج آن‌ها منجر شده است.

نتایج: در این مطالعه، نشان داده شد که بیش‌ترین رفتارهای سوء استفاده کننده از سالمندان توسط مراقبت‌دهندگان در رابطه با مواردی از قبیل: زدن حرف‌های شرم‌آور به این افراد، نادیده گرفتن درخواست‌ها و عقاید آن‌هاست که بیش‌ترین درصد را دارا بود. به صورت سنتی، جوانان در خانواده نوع برخورد با افراد سالمند را یاد می‌گرفتند، اما با تغییر ساختار خانواده و اجتماع این موضوع کم‌رنگ گردید و این پدیده اجتماعی به طور مکرر از رسانه‌ها نیز اعلام می‌گردد.

نتیجه: این مطالعه نشان داد که سطح سوء استفاده رفتاری، ارتباط مثبتی با جنس، سطح تحصیلات و مسئولیت‌های مراقبت‌دهنده دارد و ارتباط منفی با سن افراد دارد، به طوری که حدس زده می‌شود که مراقبت‌دهندگان خانم، با سطح بالای تحصیلات و مسئولیت بیش‌تر، سوء استفاده روانی بیش‌تری نسبت به سالمندان دارند. آنالیز این داده‌ها، اطلاعات مهمی را برای مداخلات پزشکی و اجتماعی و سیاسی، برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان تهیه می‌کند و بر لزوم آن پافشاری دارد و پرستاران با توجه به مهارت‌ها و دانشی که در اختیار دارند می‌توانند در این زمینه بسیار مؤثر باشند.

واژگان کلیدی: پرستار، سالمند، سوء استفاده روانی، راه کار مراقبتی

بررسی رعایت حریم بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان منتخب

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از دیدگاه خودشان در سال ۱۳۸۵

مریم شیرازی، معصومه رئیسی، هدایت الله گانی

استاد راهنما: خانم پروانه امینی عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری اصفهان

دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه و هدف: هر انسانی در طول زندگی خود نیاز به لحظاتی جهت خلوت کردن با خدا یا تنها بودن دارد که این نیاز در مواقع بیماری افزایش می‌یابد. از طرف دیگر، بیماران حق دارند درباره بیماری خود و نحوه درمان آن، انتخاب پزشک، شناختن پرستار خود، پروسیجرهایی نظیر پانسمان، رگ‌گیری، پونکسیون نخاعی، اطلاعاتی کسب نمایند. در حالی که بسیاری از بیمارانی که به دلیل بیماری خود مجبور به بستری شدن در بیمارستان می‌شوند، به دلیل شلوغ بودن بیمارستان‌ها و رفت‌وآمدهای مکرر پرسنل، پزشکان، همراهان دیگر بیماران آسایش و راحتی خود را تا حد زیادی از دست می‌دهند. متأسفانه، آسایش بیماران در بیمارستان‌های آموزشی که در آن‌ها رفت و آمدهای مکرر گروه‌های مختلف دانشجویی وجود دارد، بیش‌تر مخدوش می‌شود. بسیاری از بیماران علی‌رغم گذشتن چند روز از بستری شدنشان نمی‌دانند که پزشک یا پرستار آن‌ها کیست و چه پروسیجرهای تشخیصی یا درمانی قرار است برای آن‌ها انجام پذیرد و یا در مواقعی که نیاز به داشتن همراه در بیمارستان دارند از ورود همراه آن‌ها به

بخش جلوگیری می‌شود. لذا پژوهشگر که خود این محیط را طی کارآموزی‌های خود درک کرده است بر آن شد تا پژوهشی با عنوان: «بررسی رعایت حریم بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از دیدگاه خودشان در سال ۱۳۸۵» انجام دهد. هدف کلی تعیین رعایت حریم بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از دیدگاه خودشان در سال ۱۳۸۵ و اهداف ویژه شامل: تعیین نیاز به داشتن اطلاعات درباره روش‌های تشخیصی و درمانی، نیاز به داشتن محیطی خلوت برای عبادت و دعا، نیاز به داشتن همراه، شناختن پزشک و پرستار خود، صحبت با پزشک در خلوت و... است.

روش اجرا: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در آن پژوهشگر با طراحی پرسشنامه‌ای که اعتبار و روایی آن توسط چند تن از اعضای هیأت علمی و اساتید دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان تأیید شد و با مراجعه به بخش‌های مختلف داخلی و جراحی یکی از بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان و قرار دادن پرسش‌نامه در اختیار ۱۰۰ نفر از بیماران به جمع‌آوری اطلاعات پرداخته است و نتایج حاصله را با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل کرده است. معیارهای ورود به مطالعه شامل بالغ بودن، هوشیار بودن، بستری بودن در بخش‌های داخلی و یا جراحی است و معیارهای خروج شامل بیهوش بودن، بالغ نبودن از نظر سنی و عقلی، بستری بودن در بخش‌های اطفال است.

نتایج: پرسشنامه طراحی‌شده شامل سه بخش بود که بخش اول حاوی مشخصات دموگرافیک بیماران بود و نتایج این قسمت نشان داد که از بین افراد مورد پژوهش ۳۵ درصد زن و ۵۹ درصد مرد، ۷۶ درصد متأهل، ۲۲ درصد بیسواد و بیش‌تر افراد یعنی

۱۷ درصد بالای ۶۵ سال بودند. قسمت دوم پرسشنامه حاوی ۳۲ سؤال بود که در آن‌ها در مورد تمایلات بیماران در مورد رعایت حریم خلوتشان سؤال شده بود و قسمت سوم شامل یک سؤال باز بود که در آن از بیماران سؤال کرده بودیم با توجه به سؤالات قسمت دوم و ترجیحات بیماران آیا حریم آن‌ها در این بیمارستان رعایت می‌شود.

تأثیر طرح اصلاح ساختار اقتصادی- مدیریتی بیمارستان بر میزان رضایت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی یاسوج از خدمات پزشکان
شهلا نجفی دولت آباد، فرامرز احمدی جهان آباد،
دکتر جان محمد ملک زاده، زینت محبی نوپندگانی
دانشگاه علوم پزشکی یاسوج - دانشکده پرستاری و مامایی حضرت زینب (س)

مقدمه و هدف: نوعی از ارزشیابی که در سال‌های اخیر جهت مؤسسات بهداشتی - درمانی مورد توجه خاص قرار گرفته است ارزشیابی بر اساس رضایت است. جمع‌آوری اطلاعات در خصوص میزان رضایت بیماران جهت استفاده بیمارستان‌ها، برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و استفاده درمانگران مفید است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی است که بر روی ۱۱۶۰ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی یاسوج انجام گردیده است. روش نمونه‌گیری از نوع در دسترس مبتنی بر هدف بوده و میزان رضایت بیماران از خدمات ارائه‌شده توسط پزشکان در بیمارستان شهید بهشتی قبل و بعد از اجرای طرح اصلاح ساختار اقتصادی - مدیریتی بیمارستان ارزیابی و مقایسه گردیده است. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، t تست و کای دو استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که میانگین سنی نمونه‌های پژوهش، قبل و بعد از

اجرای طرح اصلاح ساختار اقتصادی- مدیریتی بیمارستان به ترتیب $13/77 \pm 28/15$ و $14/68 \pm 29/33$ بوده است. اکثریت نمونه‌های پژوهش در گروه قبل و بعد از مداخله (به ترتیب $55/57$ درصد) مرد بودند. از نظر میزان تحصیلات اکثریت نمونه‌ها قبل و بعد از اجرای طرح پایلوت (به ترتیب 57 و 56 درصد) تحصیلات زیر دیپلم داشته‌اند. همچنین بر اساس نتایج پژوهش بین سن و جنس نمونه‌ها با میزان رضایت آن‌ها قبل و بعد از طرح پایلوت ارتباط معنی‌دار آماری به‌دست نیامد، ولی میزان تحصیلات نمونه‌ها با رضایت کلی آن‌ها از خدمات ارائه‌شده ارتباط معنی‌دار آماری داشت. میزان رضایت گروه‌های قبل و بعد از مداخله از برخورد پزشکان، پاسخ‌گویی پزشکان به سؤالات، حضور به موقع، اختصاص دادن وقت کافی (پزشکان) جهت معاینه بیماران، مناسب بودن خدمات ارائه‌شده، آگاهی از میزان مهارت پزشکان، میزان اعتماد نسبت به عملکرد پزشکان، افزایش یافته بود.

نتیجه‌گیری: اجرای طرح اصلاح ساختار اقتصادی- مدیریتی بیمارستان می‌تواند یکی از شیوه‌های همراه با موفقیت مدیریتی باشد، ولی نیاز به تحقیقات بیش‌تر در این زمینه است.

واژگان کلیدی: میزان رضایت بیماران، بیمارستان، طرح اصلاح ساختار

مدیریتی-اقتصادی

جنبه‌های اخلاقی در بیماری ایدز

دکتر رعنا هاشمی

متخصص پزشکی قانونی و کارشناس سازمان پزشکی قانونی

زمینه و هدف: با توجه به ارتباطات وسیع بین المللی امروزه هیچ کشوری نیست که به نوعی گرفتار ایدز نباشد و کشور ما نیز از این قائده مستثنی نیست. اولین مورد ابتلا به ایدز در ایران در سال ۱۳۶۵ در یک کودک هموفیل گزارش شد. از آن پس تا سال ۱۳۷۵ موارد شناسایی شده در هر سال افزایش اندک و تدریجی رفته است، اما با شناسایی بیماری در برخی زندان‌ها تعداد مبتلایان شناخته شده یک‌باره افزایش چشم‌گیری یافت.

یکی از قوانین فیلیپین (RA8504) اکنون قانون کلی ایدز به حساب می‌آید که می‌گوید: «HIV نیز یک بیماری است و باید این گونه به حساب آید و برای آن راه‌های حفاظتی (اعم از پیش‌گیری تا درمان) در نظر بگیرند»؛ بنابراین، اصول اخلاقی در برخورد با این بیماری نیز اصول جداگانه‌ای نیستند.

روش بررسی: بررسی به روش کتابخانه‌ای و استفاده از اینترنت است.

یافته‌ها: برخورد با ایدز بر پایه اصول اخلاقی مورد قبول اکثر مکاتب چون «زیان نرساندن»، «نیکوکاری»، «اصل سود دهی»، «اصل عدالت توزیعی»، «اصل راز داری و اصل رضایت» و «برخوردی چون سایر بیماری‌ها» است. البته ایدز چون تبعات اجتماعی

اقتصادی و بعضاً سیاسی دارد می‌بایستی با وسواس بیش‌تری با آن برخورد نمود و خالهای قانونی موجود را پر کرد. تأمین درمان برای بیماران مبتلا به ایدز نه تنها با حقوق بشر مرتبط است، بلکه به بهداشت و سلامت جامعه نیز ارتباط پیدا می‌کند. در ایران استفاده مشترک از وسایل تزریق مهم‌ترین راه انتقال به شمار می‌رود، به‌طوری که تا اول مهر ماه ۱۳۸۵، ۸۸۴۹ مبتلا از این طریق در کشور شناسایی شده اند که ۴/۴ درصد از کل جمعیت مبتلایان را تشکیل می‌دهد. روابط جنسی با سهم ۷،۴ درصد (۱۰۱۱ مورد شناسایی) دومین علت عمده شیوع HIV شناخته شده است. تزریق خون و فرآورده‌های خونی موجب ۱/۸ درصد موارد ابتلا (۲۴۰ مورد) شده است. و انتقال از مادر آلوده به کودک کم‌ترین راه انتقال در ایران است که ۰/۵ درصد از کل موارد آلودگی را تشکیل می‌دهد (۶۷ نوزاد) و علت انتقال ۲۵/۸ درصد موارد ابتلا (۳۵۳۵ مورد) مشخص نیست.

آموزش و پیش‌گیری بیماری ایدز بسیار با صرفه‌تر از درمان بیماری است. در دنیای امروز ایدز به خاطر از کنترل خارج شدن روابط جنسی به‌صورت اپیدمی درآمده و ما باید در جهت حقوق خود (افراد سالم) بجنگیم. انجام تست اجباری و اخراج از کار، طرد شدن از خانواده و اجتماع، سبب رفتارهای زیرزمینی این افراد گردیده است.

نتیجه‌گیری: به جای تکذیب، بی‌ابرویی و تبعیض لازم است اطلاعات سودمندی به افراد مبتلا داد و به استقلال داخلی آنها احترام گذاشت. مهم است که فضایی ایجاد کنیم که اکثر مردم داوطلبانه به انجام تست HIV تمایل داشته باشند و با مشاوره‌های لازم باید به بیمار فهماند که شریک جنسی او حق دارد از بیماری او مطلع باشد و به جای افشاگری باید برنامه حمایتی مؤثر و واضح و روشنی برای این بیماران تهیه نمود.

دولت‌ها نیز باید اطمینان دهند که فیلد بیماری ایدز میدان نبرد سیاسی نیست. نتیجه این‌که برای کنترل و جلوگیری از گسترش HIV، هیچ راهی جز ترفیع حقوق افراد مبتلا و پرخطر وجود ندارد. حقوق انسانی افراد HIV مثبت در تضاد با هدف از بین بردن بیماری ایدز نیست.

واژگان کلیدی: ایدز، حقوق، اخلاق

جرم بیماران، اخلاق پزشکان

دکتر حسین حسینیان مقدم^۱، دکتر سعیده سرجمعی

۱- متخصص پزشکی قانونی و فلوشیپ سم شناسی بالینی و مسمومیت‌ها، استادیار دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی

جرایم زیادی ممکن است بیماران را به بخش‌های بالینی بکشاند. گاه بیماران قربانی این جرایم هستند و گاه خود مرتکب آن. شرب خمر، استعمال مواد افیونی، حمل بدنی مواد مخدر و محرک، ضرب و جرح، کودک آزاری و ... برخی از این موارد هستند. پزشک از یک‌سو اخلاقاً به رعایت امانت‌داری و دفاع از حقوق بیمار خود توصیه شده و از سوی دیگر ممکن است متهم به اختفای جرم و همکاری با جانی گردد. شاید تضاد میان اخلاق و قانون نوشته و یا نانوشته در اکثر بخش‌های بالینی وجود داشته باشد. اگر بیماری را با انبوه مواد مخدر همراه در وضعیت کاهش سطح هوشیاری به‌دست شما بپارند چه می‌کنید؟ اگر به پلیس اطلاع دهید حفظ اسرار بیمارتان چه می‌شود و اگر ندهید با مواد مخدر چه می‌کنید؟ اگر آن را معدوم نمایید از این نمی‌ترسید که فردا شمارا به‌خاطر اختفای جرم و کمک به یک قاچاقچی زندانی نمایند؟ شاید با خود

^۱ - Hassanian@sbmu.ac.ir

می‌اندیشید که یک چنین فردی ممکن است بسیاری از افراد دیگر را بیچاره و بدبخت نماید، پس بایستی او را تحویل پلیس دهید؟ در این صورت این که قسم خورده‌اید در درجه اول حافظ منافع بیمارتان باشید چه می‌شود؟

واقعیت آن است که ما بر اساس سلايق خود در این موارد تصمیم‌گیری می‌کنیم و عملاً جرایم کوچک و بزرگ بیماران را با خط‌کش خود می‌سنجیم. برخی از ما ممکن است شرب خمر را مغایر با منافع جامعه بدانیم و این گونه افراد را تهدیدی برای دیگر جوانان بدانیم، پس اقدام به معرفی آنان به مراجع قضایی نماییم. گروهی از ما نیز ممکن است حتی در مورد قاچاقچیان مواد مخدر نیز این دیدگاه را نداشته باشیم و صرفاً به آنان به چشم بیمار بنگریم. چه باید کرد و کار درست کدام است؟

هر یک از آحاد جامعه وظیفه‌ای داشته و این شغل افراد است که به این وظیفه معنا می‌بخشد. پزشکان در طول تاریخ و در تمامی مکاتب به‌عنوان محارم بیماران و قدیسان جامعه مطرح بوده و هستند. هیچ‌کس از این گروه انتظار ندارد که با مشاهده جرایم آن را به نیروهای مربوطه گزارش نماید. همان‌طور که دخالت افراد غیر در امور پزشکی مذموم است، دخالت گروه پزشکی نیز در اموری که با روح و رسالت شغلی آنان در تضاد است منافات دارد. این اصل شامل سایر گروه‌های تیم درمانی نیز می‌شود. فراموش نکنیم که حفظ اعتماد بیماران و آحاد جامعه از مهم‌ترین وظایف گروه‌های پزشکی است و این اعتماد را نبایستی به‌راحتی از دست داد. قانون نیز در این باره صراحت به حفظ اسرار بیماران از سوی گروه پزشکی دارد. ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی اشعار می‌دارد: «طباء و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه

خود محرم اسرار می‌شوند، هرگاه در غیر از موارد قانونی، اسرار بیماران را افشا کنند به سه ماه و یک‌روز تا یک‌سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند.»

هیچ ماده قانونی وجود ندارد که گروه‌های پزشکی و یا سایر افراد را به گزارش جرم بیماران ملزم نموده باشد. به نظر می‌رسد تأکید مجدد بر حفظ اسرار بیماران ولو جرایم آنان، گام مهمی بر روشن‌سازی روابط بیمار و پزشک خواهد بود.

بررسی میزان آگاهی پزشکان عمومی و کارورزان پزشکی استان یزد نسبت به

حقوق بیمار و رعایت آن در بیمارستان

دکتر هدایت آخوندی میبیدی^۱

باشگاه پژوهشگران جوان - دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد

مقدمه: به کارگیری اخلاق عملی و رضایت‌مندی بیماران، یکی از مشخصه‌های اثربخشی خدمات بیمارستان محسوب می‌شود. لازمه دستیابی به رضایت‌مندی بیماران، رعایت و احترام به حقوق آن‌هاست. این پژوهش با هدف بررسی میزان آگاهی پزشکان عمومی و کارورزان پزشکی استان یزد نسبت به حقوق بیمار و میزان رعایت این حقوق در بیمارستان در سال ۱۳۸۶ انجام شده است.

روش مطالعه: این پژوهش به صورت توصیفی - تحلیلی (cross-sectional) به وسیله پرسشنامه‌ای پژوهشگرساخته ۳۰ سؤالی انجام گردید. قسمت اول، شامل سؤالات دموگرافی و قسمت دوم، شامل میزان آگاهی از حقوق بیماران بود (نمره‌دهی از حداکثر ۱۰۰ و حداقل ۰)، قسمت سوم، شامل نمره‌دهی به میزان رعایت این حقوق در بیمارستان بود که با ضعیف-خوب-متوسط-عالی سنجیده می‌شد. پرسشنامه بین ۲۰۰ پزشک عمومی شاغل و ۱۰۰ کارورز مشغول به تحصیل استان یزد پخش شد. سپس اطلاعات استخراج و با نرم افزار SPSS و با آزمون‌های آماری Chi-square و آزمون‌های

^۱ - hamaybodi@yahoo.com

T و مجذور کای و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: میزان آگاهی پزشکان عمومی از حقوق بیمار در حد خوب (۷۰) و کارورزان در حد عالی (۹۱) بود. میزان آگاهی پزشکانی که در مراکز آموزشی کار می‌کردند، به‌طور معنی‌داری بالاتر از پزشکان دیگر بود ($Pvalue:0.000$). میزان رعایت این حقوق در بیمارستان توسط پزشکان عمومی و کارورزان اغلب در حد ضعیف (۶۸ درصد) سنجیده شد.

بحث: با این که آگاهی پزشکان از حقوق بیمار در سطح خوب و کارورزان در حد عالی بود، ولی کلاً در بیمارستان حقوق بیمار در سطح ضعیف رعایت می‌شود که این می‌تواند موجب نارضایتی بیماران و کاهش ضریب بهبود و اعتماد ایشان شود. آشنا نمودن و آموزش اخلاق عملی برای کادر پزشکی در جهت آشنا کردن ایشان به حقوق بیمار و بیش‌تر لزوم اجرای رعایت آن در مجموعه درمانی، ارتقاء شرایط کیفیت و رضایت‌مندی بیمار را به‌دنبال خواهد داشت.

واژگان کلیدی: میزان آگاهی، پزشکان عمومی، کارورزان پزشکی، حقوق بیمار

بررسی تطبیقی حقوق بیمار در چند کشور منتخب اسلامی براساس بیانیه

انجمن جهانی پزشکی و پیشنهاد منشور حقوق بیمار برای این کشورها

معصومه سرباز^۱، خلیل کیمیافر^۱، سمیه فضایی^۲

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۲- کارشناس آموزش گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه: تأکید بر حقوق اساسی انسان در مراقبت‌های بهداشتی درمانی و بهبود روابط انسانی بین بیمار و ارائه‌دهندگان مراقبت، باید با شیوه‌هایی از جمله به رسمیت شناختن حقوق بیماران در سطح ملی و بین‌المللی مورد حمایت قرار گیرد. از طرفی حق سلامت در منشور بین‌المللی حقوق بشر تحت عنوان «حق بالاترین استاندارد قابل حصول از سلامت جسمانی و روانی» بیان شده است که این حق در جهت حمایت و ارتقاء سلامت افراد و جامعه بر عهده دولت‌ها گذارده شده است. با این وجود به نظر می‌رسد در ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتی به بیماران مسأله حفظ قلمرو منشور حقوق بیماران فراموش شده است، تا حدی که بیماران اطلاعی از وضعیت حقوقی خود در طول بستری و درمان ندارند.

دین اسلام رعایت حق‌الناس را از وظایف اصلی حکومت‌های اسلامی می‌داند. نظر به این‌که انسان بیمار به علت آسیب‌پذیری، به آسانی در معرض تخلفات و نقاط ضعف سیستم بهداشتی و اجتماعی قرار دارد، توجه به حقوق بیمار باید در اولویت‌های سیستم

بهداشت و درمان کشورهای اسلامی قرار گیرد.

پژوهشگران در این تحقیق به بررسی تطبیقی حقوق بیمار در چند کشور منتخب اسلامی و ارائه پیشنهاداتی برای این کشورها پرداختند.

روش پژوهش: روش پژوهش در این مطالعه از نوع توصیفی، تطبیقی و موردی بود. کشورهای مالزی، قبرس، ترکیه و ایران جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند. بررسی و مقایسه حقوق بیمار در این کشورها بر مبنای بیانیه انجمن جهانی پزشکی در زمینه حقوق بیمار صورت گرفت. گردآوری داده‌ها با استفاده از اطلاعات موجود در کشورهای مختلف از طریق اینترنت و تماس به‌وسیله پست الکترونیکی صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که حقوق بیمار در کشور مالزی ۵۹ درصد، قبرس ۷۰ درصد، ترکیه ۵۳ درصد و ایران ۴۱ درصد با مفاد بیانیه انجمن جهانی پزشکی مطابقت داشت. در این میان مواردی مانند حق داشتن توصیه‌نامه‌های قبلی (وصیت‌نامه و وکالت‌نامه)، حق دریافت یا امتناع کمک‌های مذهبی و حق خودمختاری در هیچ‌کدام از کشورهای مورد مطالعه وجود نداشت. حق شکایت، حق اطلاع از وضعیت مؤسسه دیگر قبل از انتقال، حق شناخت ارائه‌دهندگان مراقبت، حق مشارکت در ارزیابی مراقبت موجود در بیانیه حقوق بیمار کشورهای منتخب در بیانیه انجمن جهانی پزشکی وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، بیانیه حقوق بیمار در کشورهای مورد مطالعه، به‌خصوص ایران فاقد جزئیات لازم است. بنابراین در این پژوهش با توجه به اهمیت این موضوع و با استفاده از تجارب سایر کشورها و تکیه بر مردم‌سالاری، به این

مهم پرداخته شده است و انتظار می‌رود تدوین منشور حقوق بیمار به صورت همه‌جانبه و جامع حداقل روابط بین بیمار و گروه درمان را یک گام به پیش ببرد. بر این اساس به منظور تدوین منشور جامعی در مورد حقوق بیمار در کشورهای اسلامی، نتایج تحقیق حاضر و مطالعات قبلی در زمینه بررسی منشور حقوق بیمار در کشورهای پیشرفته، سازمان‌ها و انجمن‌های بین‌المللی مورد توجه قرار گرفت. با توجه به تأکید دین مبین اسلام در زمینه رعایت حقوق افراد در جنبه‌های مختلف، پیشنهاد می‌گردد کشورهای اسلامی به‌طور مشترک به استخراج موازین دینی مرتبط با حقوق بیمار پرداخته و منشوری تحت عنوان حقوق بیمار در کشورهای اسلامی تهیه و تدوین گردد.

واژگان کلیدی: حقوق بیمار، منشور، کشورهای اسلامی

نشست

خطاهای پزشکی



پنجشنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷

درک پرستاران در مورد علل خطاهای دارویی و موانع گزارش‌دهی آن در

بیمارستان کودکان دانشگاه علوم پزشکی قم

معصومه صیدی^۱، هدی احمري طهرانی^۲، عصمت جعفر بگلو^۳،

مریم کرد زاده^۴، زهراسعادتمند^۵

۱- مربی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی

۲،۳- مربی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

۴،۵- کارشناس پرستاری

مقدمه: یک خطای دارویی حتی اگر جزئی باشد، می‌تواند از نظر روانی برای پرستار مخرب و برای بیمار مضر باشد. مطالعات نشان می‌دهند که تنها وقایع جدی و مضر ناشی از خطاهای دارویی گزارش می‌شوند، در حالی که خطاهایی که زیانی برای بیمار نداشته‌اند، گزارش نشده‌اند.

روش کار: مطالعه توصیفی است. حجم نمونه کلیه پرستاران که روزانه برای بیمار دارو تجویز نموده و در بخش کودکان کار می‌کنند، انتخاب شدند. ابزار گردآوری از پرسشنامه استفاده گردید. ابزار ۴ قسمت دارد.

قسمت اول، شامل اطلاعات دموگرافیک، قسمت دوم، از پرستار درخواست شد که از لیست ارائه شده ۱۰ علت احتمالی خطای دارویی را براساس کثرت وقوع طبقه‌بندی کند، به‌طوری که مهم‌ترین علت در شماره ۱ و کم‌اهمیت‌ترین در شماره ۱۰ قرار گیرد.

^۱ - manager 7228@yahoo.com

قسمت سوم، از پرستار سؤال شد که به نظر او چند درصد از خطاهای دارویی به سرپرستار گزارش می‌شود که پاسخ می‌تواند از ۱ درصد تا ۱۰۰ درصد تغییر نماید. قسمت چهارم، شامل پرسش‌هایی در مورد دیدگاه پرستار در مورد عدم گزارش خطاهاست.

یافته‌ها: ۹۳ درصد پرستاران زن بودند. بیش‌تر پرستاران ۳۵ تا ۲۵ سال سن داشتند. ۸۴ درصد شیفت در گردش بودند. بیش‌ترین علت خطایی دارویی ناخوانا بودن خط پزشک (۳۷ درصد) و آشفته شدن پرستار توسط بیمار، کارکنان و وقایع واحد (۱۹ درصد) نشان داده شد. پرستاران معتقدند که نزدیک به ۳۳ درصد از خطاهای دارویی به سرپرستار در گزارشات تکمیلی گزارش می‌شود، پرستاران معتقدند که تعدادی از خطاهای دارویی به علت ترس از واکنش سرپرستار (۴۱ درصد) و یا همکاری‌ناشان (۳۲ درصد) و شلوغ بودن بخش‌ها و عدم وقت کافی برای گزارش (۲۷ درصد)، گزارش نمی‌شوند.

نتیجه‌گیری: درصد کمی (۳۳ درصد) از خطاهای دارویی تخمین زده‌شده، به سرپرستار گزارش می‌گردد. عکس‌العمل سرپرستاران و همکاران به‌عنوان علتی که باعث کوتاهی پرستاران جهت گزارش خطاهای دارویی می‌شود، به‌دست آمده است.

واژگان کلیدی: اشتباهات دارویی، موانع گزارش‌دهی، پرستاران، کودکان

بررسی موانع گزارش اشتباهات دارویی از دیدگاه پرستاران

سیمین جهانی

عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی اهواز

مقدمه: اشتباهات دارویی اغلب به دلیل شیوع بالا و خطرات احتمالی برای بیماران، به عنوان معیار ایمنی بیمار استفاده می‌گردند. پرستاران در بروز ۸۶ درصد از اشتباهات دارویی ایجاد شده در فرایند دارو درمانی، به خصوص در مراحل تجویز دارو و توسط پزشک، رونوشت دستورات، و دادن دارو به بیمار دخالت دارند. گزارش اشتباهات دارویی به اندازه تهیه اطلاعات با ارزش جهت مدیریت خطاهای ایجاد شده و پیش‌گیری از بروز آن‌ها در آینده اهمیت دارد. به هر حال، فقط ۶ درصد از اشتباهات دارویی توسط گزارشات مربوط به وقایع و ۵/۵ درصد از طریق گزارشات پرستاران و داروشناسان اعلام می‌گردند. از آنجایی که پی بردن به موانع گزارش خطاهای دارویی اولین قدم برای قوت بخشیدن به ایمنی دارویی است، این تحقیق با هدف تعیین موانع گزارش اشتباهات دارویی از دیدگاه پرستاران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک بررسی توصیفی از نوع مقطعی است. پاسخ‌های قابل استفاده از ۲۲۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز جمع‌آوری شد. در این مطالعه از یک پرسشنامه ۱۶ آیتمی گزارش اشتباهات دارویی بر اساس مقیاس لیکرت ۶ موردی (۱=کاملاً مخالف، تا ۶=کاملاً موافق) استفاده گردید. این مقیاس از ۳

بخش ترس (۶ مورد)، فرآیند گزارش کردن (۶مورد)، و موانع اجرایی (۴مورد) تشکیل شده است.

نتایج: مقایسه میانگین‌های ۳ بخش پرسشنامه نشان داد که ترس با میانگین $=3/95$ به‌عنوان مانع اصلی گزارش اشتباهات است. در بخش ترس، آیتم‌های شماره ۱۱ (ترس از نتایج نامطلوب گزارش کردن) و شماره ۸ (ترس از سرزنش شدن به خاطر نتایج اشتباهات دارویی) با میانگین بالاتر از ۴ مهم‌ترین موارد بودند. سایر آیتم‌های مربوط به ترس که از اهمیت کم‌تری برخوردار بودند، عبارتند از: ترس از شناخته شدن به‌عنوان فردی بی‌کفایت (آیتم ۷)، ترس از ایجاد نگرش منفی در بیماران (آیتم ۱۰)، ترس از مشخص نبودن اتفاق ناشی از اشتباه دارویی (آیتم ۱)، و ترس از سرکوفت پزشکان (آیتم ۳). دومین مانع گزارش اشتباهات دارویی بامیانگین $=3/58$ ، موانع اجرایی است. مهم‌ترین موانع اجرایی عبارتند از: تمرکز روی فرد اشتباه‌کننده بدون توجه به مشکلات سیستم (آیتم ۱۶، میانگین $=3/80$)، و عدم بازخورد مثبت از طرف مدیران (آیتم ۱۳، میانگین $=3/62$). ضعیف‌ترین مانع از دیدگاه پرستاران، فرایند گزارش کردن بامیانگین $=2/85$ بود.

بحث: پی بردن به موانع گزارش اشتباهات دارویی از دیدگاه پرستاران، اولین قدم جهت قوت بخشیدن به ایمنی دارویی است. مسؤولین بخش‌ها و مدیران اجرایی نقش مهمی در این فرایند دارند. پرستارانی که با نتایج نامطلوب درازای گزارش اشتباهات خود برخورد می‌کنند، نمی‌توانند اطلاعات صحیحی در اختیار مدیران بیمارستانی جهت حل مشکلات موجود قرار دهند.

واژگان کلیدی: اشتباهات دارویی، گزارش اشتباهات دارویی

قصور پزشکی

محمد حسن قدیانی

متخصص بیماری‌های داخلی، معاون پژوهشی و استادیار سازمان پزشکی قانونی کشور

راه‌های ارتباط پزشک با قانون عبارتند از:

- ۱- پزشک قانونی ۲- کارشناس ۳- مطلع یا شاهد ۴- متهم ۵- شاکی یا مشتکی عنه
- متهم کسی است که فاعل جرمی تلقی می‌شود ولی هنوز جرم او اثبات نشده است. ارتکاب عمل ممنوع یا ترک عمل لازم منجر به قصور می‌شود.

شرایط تحقق قصور عبارتند از:

- ۱- وجود خطا ۲- تحقق خسارت ۳- رابطه سببیت بین خطای ارتكابی و خسارت وارده

شرایط اطلاق قصور به عمل پزشک عبارتند از:

- ۱- مسئولیت درمان بیمار با او باشد ۲- در تشخیص یا درمان بیمار موازین علمی و پزشکی رعایت نشده باشد.

- ۳- به دنبال این سهل انگاری ضرر و زیان مادی یا معنوی، جسمی یا روانی به بیمار رسیده باشد.

تحقیقی در انگلیس نشان می‌دهد به ازای هر شکایت کتبی یکصد شکایت شفاهی و به ازای هر شکایت شفاهی چهار بیمار ناراضی وجود دارد؛ بنابراین، ملاحظه می‌شود هر شکایت مکتوب حدود چهارصد بیمار ناراضی در پی داشته است.

انواع قصور پزشکی عبارتند از:

- ۱- بی‌مبالاتی ۲- بی‌احتیاطی ۳- عدم مهارت ۴- عدم رعایت نظامات دولتی ۵- مرکب

بی‌مبالاتی ترک فعل لازم است. مصادیق آن عبارتند از:

ندادن اکسیژن یا اسپری سالبوتامول به بیمار آسماتیکی که به‌طور اورژانس به مرکز

درمانی مراجعه کرده است.

عدم تزریق پنی‌سیلین یا عدم تجویز اریترومايسين به بیمار دچار حساسیت به پنی‌سیلین مبتلا به فارنژیت چرکی استرپتوکوکی که بعداً به تب روماتیسمی مبتلا گردد. نگرفتن نوار قلب در بیماری که با درد قفسه سینه مراجعه کرده و مشکوک به بیماری ایسکمیک قلبی است.

بی‌احتیاطی ارتکاب فعل اشتباه و بدون دقت لازم است. به‌عنوان مثال:

به جای اکسیژن اشتبهاً گاز دیگری به بیمار داده شود.

مسئول فنی داروخانه اشتبهاً به جای آمپول پروژسترون به خانم باردار با لکه‌بینی،

آمپول پروستاگلاندین (پروستادین) تحویل داده و منجر به سقط جنین شده است.

در جریان هیستریکتومی اشتبهاً به جای شریان رحمی، حالب بسته شود.

عدم مهارت بر دو نوع است: علمی و عملی

آتل‌گیری غلط که منجر به نکروز عضوی شود یا بستن شریان به جای ورید از

مصادیق عدم مهارت عملی است.

نظامات دولتی عبارتند از: مجموعه قوانین و مقررات، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌هایی که

عدم رعایت آن‌ها مستوجب کیفر است. تزریق عضلانی آمپول دیکلوفناک به کودک دو

ساله که منجر به فلج پای او شده است.

دادن بسیاری از داروها توسط داروخانه‌ها بدون نسخه پزشک، برخی اعمال جراحی

که در مطب‌ها نباید انجام شود، همگی از مصادیق عدم رعایت نظامات دولتی است.

بررسی‌ها نشان می‌دهد قصور پزشکان مسن اغلب از نوع بی‌مبالاتی و عدم رعایت

نظامات دولتی و قصور پزشکان جوان اغلب از نوع بی‌احتیاطی و عدم مهارت است.

آیا افشای خطای پزشکی به بیمار ضروری است؟

لیلا والی^۱، امین روانگرد

دانشگاه تهران

علی‌رغم تلاش‌های فراوان پزشکان، خطاهای پزشکی غیرقابل اجتناب هستند. بروز خطاها در کار پزشکی متداول، مورد انتظار و طبیعی هستند. در حقیقت، همه پزشکان اشتباه می‌کنند اما آن‌ها غالباً به بیماران یا خانواده آن‌ها در مورد اشتباهی که مرتکب شدند، چیزی نمی‌گویند. حتی زمانی که یک اشتباه کوچک منجر به صدمه جدی به بیمار شود، مطلبی به وی گفته نمی‌شود. این امر از نظر اخلاق پزشکی قابل قبول نیست. خطاهای پزشکی با توجه به سرمنشأ آن‌ها به دو دسته تقسیم می‌شوند: خطاهای سیستم که معمولاً به‌عنوان خطاهای پنهان شناخته می‌شوند و عمدتاً ناشی از مشکلات بالقوه در سیستم کار پزشکی هستند. در چنین اشتباهی، سیستم، افراد را برای اشتباه کردن از طریق عدم دسترسی به مدارک پزشکی و برچسب‌گذاری غلط داروها و... آماده می‌کند. زمانی که در چنین شرایطی اشتباهی رخ دهد، پزشک، مسؤولیت را با دیگر کارکنان سیستم ارائه مراقبت بهداشتی تقسیم می‌کند. برعکس، خطاهای فردی، عمدتاً ناشی از نقاط ضعف در دانش، مهارت و دقت پزشک هستند. در این گونه خطاها، پزشک مسؤول اصلی است. علاوه بر این، طبقه‌بندی دیگری از خطاهای پزشکی وجود دارد که

^۱ - val1386@gmail.com

عبارتند از خطاهایی که قابل درمان هستند و آن‌هایی که قابل درمان نیستند. ملاحظات در افشای خطاهای پنهان متفاوت از افشای خطای فردی است. به‌عنوان مثال، در خطاهای پنهان، غالباً پزشک به‌عنوان یک حلقه زنجیره ایجاد خطا است.

کالج اخلاق پزشکان آمریکا عنوان می‌کند که پزشکان باید به بیماران اطلاعاتی را در خصوص خطاهای تشخیص و روش کار که در دوره مراقبت به وجود آمده است ارائه کنند. این امر زمانی رخ می‌دهد که بیمار از عوارض پزشکی قابل ملاحظه که ناشی از اشتباه یا تشخیص پزشک بوده است، رنج ببرد. در چنین موقعیتی، نیاز است که پزشک از نظر اخلاقی، کلیه حقایق مهم را اطلاع دهد تا بیمار از آن‌چه رخ داده است مطلع شود.

انجمن پزشکی آمریکا بیان می‌کند که پزشک باید حوادث، صدمات یا نتایج نامطلوب ناشی از درمان را گزارش کند. با این حال، بسیاری از پزشکان بر این باورند که باید سوانح و خطاهای پزشکی را به سرپرستان یا کمیته تضمین کیفیت یا کمیته مدیریت بحران گزارش کنند تا بیماران.

پزشک تنها در موارد اندکی می‌تواند اشتباهی را که منجر به آسیب بیمار شده بیان نکند. این امر در صورتی محقق می‌شود که پزشک دلیل خوبی داشته باشد یا بیمار به پزشک خود بگوید که نمی‌خواهد در مورد خطای پزشکی چیزی بداند.

ارتقای کیفیت، نیازمند سیستم افشاسازی است و می‌تواند اعتماد بیمار به پزشک را ارتقا دهد، چون بیماران این پیش‌فرض را پیدا می‌کنند که پزشک، حقیقت را به آن‌ها خواهد گفت. بنابراین، بیماری که حقیقت به او گفته نمی‌شود، احساس عصبانیت و یأس می‌کند. از سوی دیگر، افشای خطاها ممکن است به آموزش و ارتقای عملکرد پزشکان

کمک کند اما بیان خطای پزشکی به بیمار برای پزشک سخت و دردناک است، چون بیمار ممکن است عصبانی و نگران شود و چنین واکنشی می‌تواند استرس بالایی را به پزشک وارد کند.

در این مقاله بر آنیم تا از دیدگاه اخلاق پزشکی به بیان مزایا و خطرات بیان خطای پزشکی از نقطه‌نظر پزشکان و بیماران پرداخته و شرایطی را که برای بیان خطای پزشکی به وقوع پیوسته ضروری است عنوان نماییم.

واژگان کلیدی: خطای پزشکی، اخلاق پزشکی، افشاسازی

بررسی سیستم CPOE و اثرات مثبت و منفی آن بر خطاهای پزشکی

ملیحه حقیرمددی^۱، حمید احمدپور

دانشگاه علوم پزشکی تبریز / دانشکده پزشکی

هدف: بررسی مزایا و نواقص سیستم CPOE به منظور توصیه احتمالی برای به‌کارگیری سیستم

مقدمه: با توجه به افزایش روزافزون خطاهای پزشکی و هزینه‌های صرف‌شده برای جبران خسارات جانی و مالی ناشی از آن نیاز اساسی به بررسی دقیق این اشتباهات و به‌کارگیری یک روش نوین برای کاهش خطرات آن‌ها احساس می‌شود. درک این مطلب لزوم برنامه‌ریزی نوین را متذکر می‌شود تا در جهت کاهش خطاها علاوه بر رضایت بیمار، کاهش هزینه‌ها و افزایش کیفیت درمان را در برداشته باشد. با توجه به به‌کارگیری سیستم جدید در جهان پزشکی به نام [COMPUTERIZED PHYSICIAN ORDER ENTRY (CPOE)] در این مقاله مروری به بررسی اجمالی آن می‌پردازیم.

اساس سیستم CPOE فرمولیزه کردن دستورات تجویزی و هشدارهای مفید و به‌موقع است که با همکاری گروهی از پرسنل مجرب بیمارستان‌ها سیستم‌های CPOE به روزرسانی می‌شوند: با بهره‌گیری از منابع سرشار اینترنتی، دست‌یافته‌های اخیر علمی

^۱ - pajen_rhd@yahoo.com

- پزشکی سراسر جهان و هم‌چنین آنالیز تجربی موارد قبلی خطاها.

سیستم CPOE به دو نوع رایج در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های سیار اجرا می‌شود: ابتدایی و پیشرفته.

CPOE ابتدایی شامل کنترل آلرژی‌زایی داروهای تجویزی، تداخلات دارویی خطرناک و ارائه دوز پایه‌ای و رایج برای انواع داروها... است.

CPOE پیشرفته برای نارسایی کلیوی و بیماری‌های ناشی از پیری، مراحل مختلف بارداری و نیز بررسی داروهایی که بر یک بیماری اثرات مشابه دارند (به‌منظور ترجیح تجویز) به کار می‌رود.

ترکیب این سیستم با سیستم CDS به‌خصوص در تجویز دارو برای کودکان خطر اشتباهات تجویزی را کاهش می‌دهند و باعث کاهش استفاده از منابع انتقال و تزریق به هر عنوان در بیماری‌های وخیم می‌شود و هم‌چنین تحت نظر یک داروساز بالینی در بخش‌های مختلف یک بیمارستان مجهز به CPOE، به‌کارگیری این سیستم اشتباهات رایج و تداخلات دارویی در بیماران تحت عمل جراحی یا بستری در بیمارستان کاهش می‌یابد. هم‌چنین CPOE باعث کاهش وقت صرف‌شده پزشکان و پرستاران بر بالین بیمار می‌شود، ولی خود مشکلات ناخوشایند و جدیدی را ایجاد می‌کند.

برخی از مشکلات شایع مرتبط با کار جدید یا کار بیش‌ترند، یا روند متداول کار، نیازهای سیستم، ارتباطات، مشکلات وابسته به تکنولوژی و فرسودگی تدریجی دستگاه‌ها هستند. شناسایی و مدیریت اساسی پیامدهای ناخوشایند CPOE برای موفقیت این سیستم حیاتی است. ولی هنوز مدیران بیمارستان‌ها درباره تعویض در ساختار و قدرت و روش اجرای CPOE به‌عنوان یک منبع جدید خطاها اطمینان

کم‌تری دارند، این مدیران ابراز می‌دارند توقعات از ویژگی‌های سیستم CPOE در سطح متوسط به بالا بر آورده شده است.

نتیجه: با بررسی تحقیقات انجام گرفته در موارد به کارگیری سیستم CPOE که منجر به کاهش چشم‌گیر در خطای تشخیص و رفع اشتباهات تجویزات دارویی گشته، پیشرفت روز به روز این روش و رفع نواقص غیر عمدی و ناخوشایند آن تا حد امکان توصیه می‌شود. در مراکز درمانی به خصوص بیمارستان‌های اصلی شهرها با به کارگیری این سیستم ارائه خدمات بهداشتی بهتر و با میزان اشتباهات کم‌تر میسر خواهد شد.

واژگان کلیدی: CPOE، خطاهای پزشکی، تجویزات دارویی

خطای پزشکی

مرجان سهرابی بجزگردی^۱، دکتر خویینی غفور

برای تحقق مسؤولیت پزشک وجود سه عنصر ضروری است که تحت عنوان ارکان مسؤولیت پزشک بحث و بررسی می‌شود که عبارتند از: فعل مجرمانه یا خطای پزشکی، نتیجه جرم یا صدمه وارده و رابطه سببیت بین فعل مجرمانه و صدمه وارده.

خطای پزشکی یا همان فعل مجرمانه مد نظر قانون، طبق یک تعریف عبارت است از نقص وظیفه‌ای که پزشک مسلط به کار خود در آن مقطع زمانی نسبت به بیمارارش در انجام مراقبت از او داشته که منجر به درجاتی از ناتوانی جسمی، ذهنی یا مالی شده است.

در ق.م.ا تعریفی از فعل مجرمانه نشده است. بلکه فقط به مصادیق آن اشاره شده است. تبصره ۳ ماده ۲۹۵ ق.م.ا و ۳۳۶ همان قانون به‌طور کلی مصادیق خطا را معین می‌کند که برحسب آن، در مجموع بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی و عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی حالات مختلف خطا هستند که طبق قانون موجب مسؤولیت پزشک می‌شوند. در این بین در حالی که قانون مجازات اسلامی تنها مصادیقی خاص از خطا را ذکر کرده و موجب مسؤولیت دانسته و این مصادیق را در چهار مورد فوق محصور کرده است؛ ظاهر تبصره ۳ ماده ۲۹۵ ق.م.ا کلیه صور ممکن خطا را شامل می‌شود و مدلول

^۱ - m_sohrabi_b@yahoo.com

آن کاملاً وسیع است، مثلاً لفظ بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی می‌تواند بر هر خطایی اطلاق شود.

با این‌که در حقوق جزا، مجازات فقط در انحصار موارد ذکر شده در قانون است و اگر مصداقی از خطا یافت شود که در قانون جزا ذکر نشده، قاضی حق صدور حکم بر مسؤولیت کیفری را در آن مورد ندارد و تفسیر مضیق و تفسیر به نفع متهم از جمله اصولی است که آزادی افراد شبیه به اعمال این گونه قواعد است اما این در تناقض با صورت تبصره ۳ ماده ۲۹۵ ق.م.ا است که مدلول آن کاملاً وسیع است و می‌توان به استناد آن هرگونه خطا را در مشمول مجازات مقرر در این ماده دانست.

با توجه به وجود این تناقض، این تحقیق بر آن است تا با استناد به مصوبات سازمان نظام پزشکی در این زمینه‌ها، و با توسل به اصل «حصری بودن مفاد قانون در حقوق جزا» با بررسی این مواد و تطبیق با موارد خطاهای رایج پزشکی در این حیطه، به بررسی مشکلات حاصل از این تعارض در حرفه پزشکی پرداخته و با توجه به آن‌ها ضمن تأکید بر لزوم منحصرشدن خطای پزشکی به مصادیق مندرج در تبصره ۳ ماده ۲۹۵ ق.م.ا و تبصره ۳۳۶ همان قانون، به ارائه مستندات خود در این زمینه بپردازد.

واژگان کلیدی: مسؤولیت پزشکی، خطای پزشکی، قانون مجازات اسلامی

مسئولیت کیفری پزشک

مرجان سهرابی بجگردی^۱

مسئولیت پزشکی، به‌طور عام به معنای پاسخ‌گو بودن پزشک در قبال خساراتی است که به بیمار وارد می‌کند و این خسارات، در نتیجه انجام وظایف پزشکی در طول دوره درمان یا عمل جراحی است و مسئولیت کیفری پزشک عبارت است از محکومیت جزایی پزشک و الزام به پرداخت دیه به بیمار در مقابل صدمه و آسیب جسمی یا روحی که به وی وارد کرده یا منجر به فوت او شده است.

با توجه به وجود ابهامات متعددی که در زمینه مسئولیت کیفری پزشک در برابر بیمار وجود دارد، بررسی شرایط گوناگون مسئولیت پزشک و تبیین حالات مختلفی که سبب ورود ضرر یا حتی تلف بیمار می‌شود و نحوه مسئولیت وی از دیدگاه فقه و حقوق حائز اهمیت است.

در میان فقها در باب مسئولیت کیفری پزشک در زمینه‌ای که درمان وی منجر به صدمه جانی، نقص عضو یا فوت بیمار شود، اقوال متعددی با ادله متفاوت و مختلفی مطرح شده است.

برخی معتقدند پزشک در مقابل نقص و صدمه یا فوتی که بر اثر فعل او حاصل شده مسئولیت کیفری داشته و محکوم به پرداخت دیه در ازای آن می‌شود. عده‌ای نیز

^۱ - m_sohrabi_b@yahoo.com

پزشک را مبرای از مسؤولیت کیفری می‌دانند و با ادله خاص خود معتقدند پزشک از مسؤولیت جزایی برخوردار نیست.

در همین راستا و جهت به نتیجه رساندن این مبحث، مسؤولیت کیفری پزشکان را تحت سه عنوان کلی: «پزشک متبحر و قاصر»، «پزشک ناآگاه و فاقد صلاحیت کافی» و «پزشک متبحر و ماهر»، بررسی می‌کنیم؛ که مسؤولیت هریک از آن‌ها، از دیدگاه فقها اعم از شیعه و سنی و حقوق‌دانان با مبانی خاص خود، متفاوت است. البته بر مسؤولیت کیفری پزشک جاهل و پزشک مقصر، همه علما و حقوق‌دانان اتفاق نظر دارند، اما در زمینه مسؤولیت پزشک متبحری که با رعایت قواعد فنی و احتیاط کامل منجر به نقص عضو یا مرگ بیمار شده، اختلاف نظر وجود دارد.

در این تحقیق با این رویکرد که مسؤول شناختن پزشک درباره زیان ناشی از اقدامی که او در چارچوب دانش زمان خود داده است، قدرت ابتکار و شکوفایی استعداد را از او می‌گیرد و دانش پزشکی را در مرز درمان‌های مرسوم و بی‌ضرر متوقف می‌سازد. دیگر این‌که از بعد اخلاقی، نمی‌توان جزای احسان و نیکی را با بدی داد و از انسانی که همه کوشش و دانش پزشکی خود را در راه درمان بیمار به کار برده است خسارت گرفت و این درست برخلاف حکم عقل عملی «هل جزاء الاحسان الا الاحسان» است و با استناد به حکم «ما علی المحسنین من سبیل» نتیجه می‌گیرد پزشک ضامن نیست، زیرا مشمول حکم محسن است، و محسن به‌طور کلی ضامن نیست، پس پزشک ضامن نیست.

واژگان کلیدی: پزشک، مسؤولیت کیفری، ضرر

آگاهی پرستاران شهر رشت از حق و حقوق خود در موقع بروز حادثه غیر

عمدی (یک تحقیق کیفی)

فرحناز جوکار^۱، زهرا طاخری از برمی، سکینه پرستش، فاطمه مسکینی جان

اکبری، ملوک پور علیزاده، منیژه احمد شعربافی

مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد گیلان

مقدمه: اصولاً کادر درمانی در صورتی که به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم با بیمار در ارتباط باشند مسؤول خطاهای خود خواهند بود. بنابراین، در صورتی که غفلت، عدم مهارت و سهل‌انگاری آنان در درمان و عدم رعایت نظامات دولتی و موازین پزشکی موجب کسب خسارات و ضرر بیماران گردد، باید به جبران آن پردازند. مسلم است که پرستاران باید با قوانین و مراحل قانون کار آشنا باشند. در این صورت است که هوشیارتر به امر خطیر مراقبت از بیمار و دفاع از خود در موقع بروز خطا می‌پردازند. لذا تحقیق حاضر با هدف میزان آگاهی پرستاران از حق و حقوق خود در موقع بروز حادثه غیر عمدی انجام شد.

روش کار: در سال ۸۶ در یک تحقیق کیفی از طریق مصاحبه ۷ سؤال باز و یک سؤال بسته از ۱۰۰ نفر از پرسنل پرستاری (پرستار، تکنسین اتاق عمل، هوشبری)

^۱ - farajov@gmail.com

شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر رشت پرسیده شد. داده‌ها تا مرحله اشباع اطلاعات در ۵ بیمارستان آموزشی - درمانی شهر رشت جمع‌آوری گردید.

نتایج: سؤال مورد نظر این بود که «گر بیماری داشته باشید و در اثر اشتباه غیر عمد شما، دچار حادثه‌ای شد (بدتر شدن وضعیت یا مرگ)، خانواده بیمار قادرند چه اقدامی انجام دهند؟» اکثریت نمونه‌ها پاسخ دادند که آن‌ها می‌توانند شکایت کنند و تعداد خیلی کم نظر بر بخشش داشتند.

در رابطه با این که «انتظار دارید بیمارستان محل کارتان چه اقدامی انجام دهد؟» اکثریت خواستار حمایت بودند و پاسخ‌هایی مانند بهتر است شرایط را در نظر بگیرند نیز همراه با ذکر حمایت وجود داشت. ضمن آن که پاسخ‌گویان به توبیخ و تذکر (شفاهی، کتبی، درج در پرونده، تغییر محل کار و تبعید) و بررسی علت نیز بیش‌ترین اشاره را داشتند.

«در رابطه با این که چه سازمان یا مرجعی در این مواقع از شما حمایت خواهد کرد؟» اکثریت به سازمان نظام پرستاری و در مرحله بعد به هیچ سازمان حمایتی اشاره کردند. از بین افرادی که به نظام پرستاری اشاره کردند، اکثریت بیان کردند که نمی‌دانند نحوه حمایت این سازمان چگونه خواهد بود، ضمن آن که عده کمی به گرفتن وکیل از طرف سازمان اشاره نمودند. در رابطه با راه‌کارهای مناسب برای این گونه موارد بیش‌تر نمونه‌ها به داشتن بیمه مسئولیت اشاره کردند، ضمن آن که تنها ۱۵ نفر بیمه مسئولیت داشتند و اکثریت هم راجع به این بیمه چیزی نمی‌دانستند.

در رابطه با پاسخ به این سؤال «گر کسی متوجه اشتباه شما نشد چه می‌کنید؟»

بیش‌ترین افراد اطلاع به مافوق را بیان کردند و گروهی نیز جبران اشتباه توسط خود و مسکوت گذاشتن ماجرا به دلیل عدم حمایت مسؤولان اشاره نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری: با این‌که پرستاران همواره با مخاطرات شغلی مواجه هستند، اما بیش‌تر آن‌ها از نحوه حمایت شدن در موقع بروز خطا و احقاق حق قانونی خود بی‌اطلاع بودند یا عملکرد مناسبی نداشتند، لذا پیشنهاد می‌گردد کارگاه‌ها و دوره‌های بازآموزی در این رابطه برگزار گردد.

قصورات و خطاهای پزشکی در سیستم‌های بهداشتی و درمانی

محمد کریم بهادری^۱، انیس عباسی^۱، نگار یزدانی^۲

۱- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

خطاهای پزشکی بیانگر مسائل جدی در بهداشت و درمان و تهدیدی برای ایمنی بیماران است. همه بیماران به‌طور بالقوه در معرض آسیب هستند و خطاهای پزشکی از نقطه‌نظر اجتماعی، اقتصادی و انسانی بسیار پرهزینه هستند. مسأله خطاهای پزشکی بنا بر تحقیق مؤسسه آکادمی ملی علوم، جلودار بحث‌های ملی در سال ۱۹۹۹ بوده است. مطالعات نشان می‌دهد که بین ۴۴۰۰۰ تا ۹۹۰۰۰ نفر، سالانه به‌واسطه خطاهای پزشکی می‌میرند که بیش از نیمی از آن‌ها قابل پیش‌گیری هستند. خطا و قصور پزشکی عبارت است از هر چیزی که اتفاق می‌افتد در صورتی که نمی‌بایست اتفاق بیفتد و سازمان نمی‌خواهد که آن مسأله دوباره رخ دهد. و از بعد عملی به معنای انحراف از عمل برنامه‌ریزی شده و یا استفاده از برنامه اشتباه برای دستیابی به هدف است. خطاها می‌تواند بر اساس برون‌داد آن‌ها طبقه‌بندی شوند، جایی که رخ می‌دهد (بستری، سرپایی) یا احتمال اتفاق (کم‌تر، بیش‌تر)، دسته‌بندی خطاها با توجه به بروز، اجتناب و عوامل مرتبط با کشف و شناسایی خطاهای پزشکی صورت می‌پذیرد. گزارش اتفاق و

¹ - anis1299@yahoo.com

مستندسازی به‌عنوان منبع مفید اطلاعات، تحلیل اثر نقص یا شکست (FMEA) و تحلیل علت و معلول (RCA) به‌عنوان ابزارهای قوی برای تحلیل فرآیند شناخته شده‌اند. رویکردهای جدید در حوزه خطاها و قصورات پزشکی به‌منظور به حداقل رساندن وقوع‌های دوباره با میزان خطاهای بیش‌تر است.

علاوه بر این، استفاده از ترمینولوژی، دسترسی اطلاعات، ارتباطات، همکاری بیماران و کار گروهی، استراتژی‌های موفقی برای دستیابی به هدف ایمنی بیماران در سازمان‌های بهداشتی و درمانی است.

در مورد خطاهای پزشکی می‌بایست به ۴ نکته توجه کرد:

- تا زمانی که خطا مورد انتظار است، بایستی سیستم‌هایی برای پیش‌گیری از آن‌ها طراحی شود.
 - خطا با سهل‌انگاری مترادف نیست.
 - خطاپذیر بودن انسان منجر به فرهنگی می‌شود که در آن فرهنگ، اشتباهات به‌عنوان مسائل فردی دیده می‌شوند و به جای جست‌وجو برای یافتن علل به سرزنش و تنبیه افراد می‌پردازند.
 - ایجاد فرهنگ حمایتی گزارش خطاها، نقطه شروع در کاهش خطاهای پزشکی آینده است.
- خطاهای پزشکی بخشی از هر فعالیت روزانه هستند، برخی از خطاها نتیجه مستقیم فرآیندهای پیچیده بوده و قابل پیش‌گیری هستند. اگر هر مرحله از فرآیندهای ۱۰ مرحله‌ای با ۹۹ درصد اطمینان انجام شود، سیستم در حدود ۹۰ درصد زمان، عاری از خطا خواهد بود. فرآیند مشابه با ۵۰ مرحله، فقط ۶۰ درصد زمان عاری از خطاست.
- خطاهای پزشکی به دو علت اتفاق می‌افتند: ۱. کوتاهی و سهل‌انگاری فعال ۲. وضعیت پنهان سهل‌انگاری فعال به‌واسطه فعالیت‌های فردی در پزشکی رخ می‌دهند و می‌تواند به

خاطر کوتاهی در انجام دادن یک عمل یا انجام به شیوه‌های اشتباه باشد.

وضعیت پنهان، ویژگی‌های سیستمیک یا علل ریشه‌ای هستند که منجر به خطا می‌شوند و ممکن است شامل رابط‌های سیستم، نگه‌داری ضعیف یا فعالیت‌های مدیریت باشند.

مهم‌ترین خطاهای پزشکی در رابطه با عوامل زیر است:

- مسائل ارتباطات (پرستاری، بیماران) ۲۴ درصد
- قطع مراقبت (شامل ارجاع بیماران موجود و گردش بیماران جدید) ۲۰ درصد
- نتایج آزمایشگاه ۱۹ درصد
- ارزش‌های از دست رفته ۱۲ درصد
- اشتباهات کلینیکی (دانش، مهارت) ۸ درصد
- خطاهای تجویزی (دوز، انتخاب، آلرژی یا برهم کنش) ۸ درصد
- سایر موارد ۸ درصد

خطاهای پزشکی بخشی از هر فعالیت روزانه هستند، برخی از خطاها نتیجه مستقیم فرآیندهای پیچیده بوده و قابل پیش‌گیری هستند.

بهترین روش پیش‌گیری از خطاهای پزشکی فعالیت هماهنگ تیم پزشکی در یک سیستم درمانی از جمله پزشک، پرستار، ماما و... است.

در نهایت، هنگامی که یک رخداد نامطلوب اتفاق می‌افتد مهم این نیست که دریابیم چه کسی مرتکب اشتباه شده است، بلکه باید بررسی کنیم علت شکست مکانیسم‌های دفاعی در برابر پیدایش خطا چه بوده است.

واژگان کلیدی: خطای پزشکی، بهداشت و درمان

اهمیت آگاهی و لزوم هوشیاری پرستاران اورژانس در بررسی، ثبت و حفاظت

از شواهد برای پیش‌گیری از قصورهای احتمالی در بخش‌های اورژانس

مرضیه پاکیان^۱، علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۲

۱- دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری از دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲- دکتری پرستاری، دانشیار

دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه: اهمیت نقش و جایگاه پرستاران اورژانس در شناسایی و جمع‌آوری مدارک مربوط به بررسی‌های قانونی اکنون بیش از پیش مورد توجه و تأکید قرار گرفته شده است. نقش پرستاران اورژانس به‌عنوان اولین افرادی که در بخش‌های اورژانس با موارد متعدد و مشکوک مواجه می‌شوند در بررسی، جمع‌آوری و حفظ همه شواهد مرتبط با آسیب‌های احتمالی، معرفی این موارد و شناسایی فعالیت‌های مرتبط با مسائل حقوقی و قانونی رو به افزایش است. در نتیجه این مهم است که همه پرستاران به‌خصوص پرستاران اورژانس و دیگر حرفه‌های بهداشتی-روانی بایستی برای جمع‌آوری و حفاظت از مدارک مستند آموزش دیده باشند، زیرا پرستاران بخش‌های اورژانس جزء اولین کسانی هستند که بیمار را بررسی می‌نمایند، با خانواده بیمار صحبت می‌کنند و اولین کسانی هستند که با بیمار به‌طور خصوصی سروکار دارند و اولین کسانی هستند که عهده‌دار نمونه‌گیری‌های متعدد از بیماران هستند، پس ضروری است که پرستاران اورژانس اهمیت فعال شدن در شناسایی بیمارانی که ممکن است بالقوه احتیاج به جمع‌آوری شواهد و مدارک مورد نیاز داشته باشند را درک کنند. اولین قدم در این راه شناسایی

^۱ - MarziehPazookian@yahoo.com

و حمایت از خود بیماران و خصوصاً بیماران آسیب‌پذیر (سالمندان، کودکان، زنان، معلولین و...) است. از سوی دیگر، آزمایشات برای تأیید سوء استفاده‌های جسمی، خشونت‌های خانوادگی، سوء استفاده‌های فیزیولوژیکی و تمامی موارد مشکوک باید از طریق آزمایشات تصدیق شود. شناسایی این بیماران به دلیل این که اکثر این موارد گزارش نمی‌شوند، ضروری است. بنابراین، از مهم‌ترین مهارت‌های یک پرستار اورژانس هوشیاری، حساسیت، شناسایی و جمع‌آوری مدارک مستند در ابتدای برخورد با این موارد است. تذکر این نکته نیز حائز اهمیت است که جمع‌آوری ناکامل یا نادرست شواهد ممکن است بررسی آن‌ها را دچار مشکل کند و خود عاملی ضربه‌زننده در این فرآیند قلمداد می‌شود.

روش بررسی: این مقاله در واقع حاصل یک بررسی تحلیلی است که با مرور متون، جست‌وجوی اینترنتی و مطالعات کتابخانه‌ای انجام و ارائه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: مقالات بر این نکته تأکید دارند که نقش پرستاران اورژانس این نیست که مسؤول انجام بررسی‌های جنایی شوند، ولی باید از همان موقعیت نخست در شناسایی، جمع‌آوری و حفاظت مدارک که ممکن است برای بررسی‌های قانونی بعدی و بازسازی احتمالی جنایی ضروری باشد، آگاهی داشته باشند.

یادآوری این نکته حائز اهمیت است که اکثر بیماران مانند قربانیان خشونت در وهله اول نیاز به دریافت خدمات بهداشتی - درمانی اورژانس دارند، بنابراین، پرستاران درحالی که سعی می‌کنند بیمار را مراقبت و درمان نمایند، باید با حفظ هوشیاری و دقت به بررسی و حفظ شواهد مشکوک در همان لحظات ابتدایی اقدام نمایند. پرستار اورژانس یک شخص در موقعیت بی‌نظیر برای جمع‌آوری مدارک معتبر است. حفاظت از مدارک از لحظه جمع‌آوری تا لحظه احتمالی ارائه آن‌ها در دادگاه نیز مهم است. ضروری است پرستاران از نکات فنی و تکنیکی کار، مانند جمع‌آوری مدارک با استفاده از دستکش، جمع‌آوری نمونه‌ها در ظروف استریل جداگانه و

نگهداری آن‌ها دور از دسترس دیگران نیز آگاهی داشته باشد. بنابراین، آموزش این موارد ضروری است زیرا که این مدارک برای قضاوت مهم هستند و دستکاری در این مدارک می‌تواند روی قضاوت نهایی تأثیرگذار باشد که هرگونه سهل انگاری یا اشتباه ممکن است گاهی اوقات جبران‌ناپذیر باشد.

واژگان کلیدی: شواهد، قصور، پرستار اورژانس

تقصیر پزشک و اثبات نقض تعهد وی در حقوق ایران و فرانسه

دکتر علیرضا یزدانیان^۱

استادیار گروه حقوق دانشگاه اصفهان

یکی از مسؤولیت‌های پزشک مسؤولیت مدنی او است. این مسؤولیت زمانی پدید می‌آید که پزشک با ارتکاب تقصیر سبب زیان شخصی گردد. از قرن ۱۸ به بعد مفهوم سنتی تقصیر به مفهوم نوعی تغییر یافته و به تبع آن مسؤولیت پزشک نیز دچار تحول گشته است. ضابطه احراز تقصیر پزشک نیز تغییر یافته و برای احراز تقصیر پزشک باید ماهیت تعهدات وی را تعیین نمود که آیا تعهد وی، تعهد به وسیله است یا تعهد به نتیجه؟ تعهد به نتیجه تعهدی است که در آن متعهد نیل به نتیجه خاص و تحقق امری را به عهده گرفته است و تعهد به وسیله تعهدی است که در آن متعهد فقط تعهد به کوشش متعارفی را پذیرفته است. در خصوص موضوع بحث یعنی مسؤولیت پزشک نیز این سؤال مطرح گردیده است که آیا تعهد وی درمان و بهبودی بیمار است یا تعهد وی محدود به سعی و کوشش متعارف برای بهبودی او است. در حقوق فرانسه از نظر همه حقوق‌دانان تعهد پزشک تعهد به وسیله است اما در حقوق ایران بیش‌تر به نظر می‌رسد که تعهد به نتیجه است. ثمره عملی تفکیک بین این دو دسته از تعهدات این است که در صورتی که تعهد پزشک تعهد به نتیجه باشد، در تعهدات به نتیجه که انجام کاری

^۱ - Dr.alireza_yazdsanian@yahoo.com

مانند درمان بر عهده گرفته شده است اثبات نقض تعهد بر دوش زیان‌دیده یعنی بیمار نیست و صرف عدم حصول نتیجه تقصیر پزشک را محرز می‌دارد و این پزشک است که برای رهایی از بار مسئولیت باید دلایلی ارائه نماید. اما در صورتی که تعهد پزشک تعهد به‌وسیله باشد، در تعهدات به‌وسیله اثبات تعدی و تفریط متعهد و احراز خطای وی با زیان‌دیده یعنی بیمار است.

با توجه به این امر که نحوه و بار اثباتی تقصیر در این دو نوع تعهد متفاوت است، بررسی این امر در حقوق ایران نشان می‌دهد که برخلاف حقوق فرانسه که اثبات تقصیر پزشک با زیان‌دیده یعنی بیمار است در حقوق ایران پزشک برای رهایی از مسئولیت باید کسب براءت نموده باشد و این گرایش حقوق ایران را به این سمت نشان می‌دهد که آن را تعهد به نتیجه دانسته است. با این وجود علی‌رغم کسب براءت می‌توان مواردی را تصور نمود که پزشک مرتکب خطا شده و می‌تواند مسئولیت مدنی داشته باشد که در این مقاله به آن پرداخته می‌شود.

بررسی شیوع تقلب در دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

سید ضیاء الدین تابعی^۱، شجاع شکراللهی^۲،

احسان شمس‌پور^۳، نعمت‌الله پورشمسی^۴

گروه اخلاق پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه: تقلب در مفهوم کلی یعنی پاداش گرفتن برای عملی که از راه غیراخلاقی حاصل شده باشد. این تعریف شامل هر شرایطی از جمله رشوه‌خواری، کلاهبرداری و... می‌شود که به افراد برتری استفاده نامناسب از موضوعی را بدهد. در بحث ما تقلب حول و حوش آموزش و مسائل مرتبط با آن است. امروزه، تقلب در بین دانشجویان به‌طور شگفت‌آوری زیاد است و حتی در برخی مراکز آموزشی به ۸۹ درصد می‌رسد. به عقیده صاحب‌نظران مهم‌ترین نتیجه تقلب، فارغ‌التحصیل شدن دانشجویانی است که با طی راه میان‌بر، بدون به‌دست‌آوردن دانش و مهارت لازم، مجاز به درمان بیماران می‌شوند. هم‌چنین متقلبان در دانشکده‌های دندان‌پزشکی بیش‌تر از سایرین در آینده، کار غیراخلاقی خود را، به‌خصوص در ارتباط با بیماران، همکاران، بیمه‌گران و دولت ادامه می‌دهند. بنابراین، تحقیق در این زمینه و علت‌یابی و برخورد با این موضوع امری ضروری به نظر می‌رسد.

روش کار: پس از حضور در کلاس درس هر ورودی در دانشکده دندان‌پزشکی،

^۱ - ethics@sums.ac.ir

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز، و توضیح در مورد مسأله تقلب و نحوه پرکردن پرسشنامه تعدادی از دانشجویانی که خود نیز تمایل داشتند انتخاب شدند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط ۲۰۵ نفر دانشجو از ورودی‌های مختلف ۸۰ تا ۸۵ داده‌ها به SPSS وارد شد و آنالیز آماری صورت گرفت.

نتایج: ۹۱/۷ درصد از دانشجویان معتقد بودند که تقلب در دانشکده‌های دندان‌پزشکی وجود دارد و ۵۶/۱ درصد ابراز داشتند که سعی در انجام تقلب داشته‌اند: میزان تقلب با وضعیت اسکان و تأهل دانشجو ارتباط معنی‌داری نداشت ولی در آقایان بیش‌تر از خانم‌ها بود. شیوع تقلب با افزایش سنوات تحصیلی افزایش پیدا می‌کرد. به‌گونه‌ای که در دانشجویان بالینی نسبت به دانشجویان علوم پایه این افزایش قابل توجه است. شایع‌ترین علت تقلب از دیدگاه دانشجویان به ترتیب نزولی شامل: پاس کردن درس مربوطه، گرفتن نمره بالاتر، پذیرفته و عادی بودن تقلب بین دانشجویان، فشارهای وارده به دانشجو به دلیل سختی دروس و توقعات اساتید و خانواده، چشم‌پوشی اساتید و بی‌تفاوتی آن‌ها نسبت به تقلب، غیر مؤثر بودن تنبیهات موجود و کسب وجه بهتری بین دانشجویان.

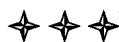
دو فرم شایع‌تر تقلب شامل این موارد بود: نگاه کردن از روی برگه امتحانی نفر بغل دستی، دادن و گرفتن جواب از طریق اشاره دست. عمده تقلبات در سؤالات چهارگزینه‌ای بوده است. راه پیشنهادی اکثر دانشجویان در جهت جلوگیری از تقلب آموزش اخلاق پزشکی و تغییر نگرش‌ها بود.

بحث و نتیجه‌گیری: تمایل بالای دانشجویان به انجام تقلب (۵۶/۱ درصد) و شانس

بالای موفقیت انجام آن (۷۷/۷ درصد) از یک طرف و تعداد کم گزارشات رسیده به کمیته انضباطی دانشگاه در مورد تقلب از سوی دیگر دلیل بر غفلت مسؤولین از معضل تقلب در دانشکده است. هم‌چنین دیدگاه دانشجویان در مورد تقلب و عدم اعتقاد به اشتباه بودن نفس تقلب باید زنگ خطری برای متولیان آموزش باشد. مهم‌ترین عامل بازدارنده از تقلب نیز آموزش اخلاق پزشکی است؛ البته به‌گونه‌ای که تغییر و درون‌گرایی را در زندگی شغلی و حرفه‌ای دانشجویان دندانپزشکی ایجاد نماید.

نشست

اخلاق در روان‌پزشکی



پنج‌شنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷

حقوق بیماران روانی

ندیمه ذاکری افشار

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

روش: این مقاله یک مقاله مروری است. در این مقاله با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی به بررسی حقوق بیماران روانی پرداخته شده است.

بحث: در روان‌پزشکی چند چالش ویژه در مقایسه با دیگر تخصص‌های پزشکی وجود دارد. بدن‌امی رغبت بیماران را برای آمدن به مراکز بهداشت روانی و انجام درمان تحت تأثیر قرار داده است. بیماران روانی نیز همانند سایر بیماران حقوقی دارند که شامل رضایت جهت پذیرش در بیمارستان و درمان، ترخیص، استفاده از بیمار یا اطلاعات پزشکی وی در تحقیقات، محرمانگی اطلاعات بیمار و ... است.

جراحی، الکتروشوک، درمان‌های دارویی، اقدامات آزمایشی حتی اگر بیمار زیر ۱۸ سال داشته باشد یا طبق نظر قاضی فاقد توانایی رضایت برای درمان باشد تنها با اجازه بیمار امکان‌پذیر است.

بیمار تنها در صورتی می‌تواند در یک تحقیق شرکت کند که با طرح درمانی شخص او تضاد نداشته باشد. موافقت یا رد شرکت در تحقیق هیچ‌کدام از حقوق یا امتیازات بیمار را سلب نمی‌کند.

در روان‌پزشکی حفظ محرمانگی نیاز به دقت بیش‌تری دارد. استفاده از اطلاعات

پزشکی بیماران جهت تحقیقات با رضایت بیمار و رعایت کامل محرمانگی امکان‌پذیر است. تنها در سه صورت روان‌پزشک می‌تواند اطلاعات محرمانه را افشا کند:

۱- با اجازه بیمار؛ اما روان‌پزشک باید بداند وظیفه او تأمین رفاه بیمار است. رضایت بیمار باید کتبی باشد و مواردی که می‌تواند افشا شود مشخص شده باشد.

۲- بدون اجازه بیمار، تنها در پاسخ به درخواست مراجع قانونی

۳- وقتی به عقیده روان‌پزشک لازم است به منظور حفاظت از رفاه بیمار یا جامعه، اطلاعات محرمانه افشا شود.

اصول اخلاقی بهداشت روان

مهديه شجاعی باغینی^۱، فاطمه معارف دوست

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

هیچ یک از شاخه‌های مراقبت بهداشتی به اندازه بهداشت روان نیازمند قانون و قانون‌گذاری نیست. از طرفی قوانین بهداشت روان بسیار پیچیده است و سالانه موارد قضایی متعددی را به خود اختصاص می‌دهد. زیرا لازم است قوانینی به منظور پیش‌گیری از خطر افزایش بدنامی بیماران روانی و همچنین خطراتی که این بیماران برای خود و عموم جامعه ایجاد می‌کنند، تدوین گردد. از طرف دیگر، محروم‌سازی بیماران از آزادی‌شان و تحمیل درمان اجباری، مخالف اصول اخلاقی و قوانین انسانی است.

بین سال‌های ۱۸۰۸ تا ۱۹۸۱، ۲۰ قانون پارلمانی در زمینه بهداشت روان تدوین شد. اما جامع‌ترین قانون بهداشت روان در سال ۱۹۵۹ توسط کمیسیون سلطنتی به ریاست لرد اوستاس پرسی^۲ پیشنهاد شد و در سال ۱۹۸۳ ویرایش گردید. با پیشرفت علوم و تکنولوژی و با توجه به نیاز به قوانین جدید تحقیقات گسترده‌ای بر روی قوانین بهداشت روان انجام شد. پارلمان وست مینستر^۳ در ژوئن ۲۰۰۲ پیش‌نویس قانون بهداشت روان

^۱ - shojaei_mahdieh@yahoo.com

^۲ - Lord Eustace Percy

^۳ Westminster parliament

را مطرح نمود که البته با اعتراضات بسیاری در رابطه با پیشنهاد حبس و توقیف بیماران با اختلال شخصیتی شدید (حتی اگر مرتکب خلاف نشده باشند) به منظور درمان اجباری آنان مواجه شد.

سرانجام در سال ۲۰۰۳، پارلمان اسکاتلند^۱، قانون درمان و مراقبت بهداشت روان اسکاتلند را مطرح نمود. از آنجایی که قانون ۱۹۸۳ بهداشت روان شالوده و پایه قوانین امروزی است، در این مقاله ۱۰ بخش آن به تفصیل شرح داده خواهد شد.

^۱ Scottish parliament

اخلاق در مشاوره‌های پزشکی

حسین حسینیان مقدم^۱، سعیده سرجمعی

۱- متخصص پزشکی قانونی و فلوشیپ سم‌شناسی بالینی و مسمومیت‌ها،

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان،

مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مشاوره‌ها عبارتند از خدماتی که به توصیه یا درخواست پزشک توسط پزشک دیگری به صورت اظهار نظر یا پیشنهاد به منظور ارزیابی بیش‌تر یا درمان بهتر بیمار ارائه می‌گردد. صرف نظر از سطح مشاوره که معمولاً به حداقل، مختصر، محدود، وسیع یا جامع تقسیم می‌گردد، معمولاً اهداف مختلفی در درخواست مشاوره‌های پزشکی دنبال می‌گردد که بسته به نوع سیستم درمانی (دولتی و یا خصوصی) این هدف‌ها ممکن است متفاوت باشند. اما آنچه مسلم است این است که بر اساس بند هفتم منشور حقوق بیمار که می‌گوید: «بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج بر خوردار باشد، لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به کسب اجازه بیمار خواهد بود»، حداقل در زمان درخواست هر گونه مشاوره غیر اورژانس بایستی بیمار یا بستگان او در جریان موضوع درخواستی قرار گرفته و با آن موافقت داشته باشند. معمولاً در بیمارستان‌های آموزشی اهداف مشاوره‌ها از بیمارستان‌های خصوصی

^۱ - Hassanian@sbmu.ac.ir

متفاوت است. جدای از نیاز واقعی به انجام مشاوره در این گونه موارد که برای کسب نظر دیگر همکاران صورت می‌گیرد ممکن است اهداف دیگری نظیر تقسیم مسؤولیت در بیماران بدحال یا پیچیده یا درخواست انتقال بیمار برای پذیرش مسؤولیت کم‌تر علی‌رغم امکان سرویس‌دهی در بخش مربوطه نیز مد نظر مشاوره‌دهنده باشد.

در بیمارستان‌های خصوصی نیز با وجود مشاوره‌های مورد لزوم امکان انجام مشاوره‌های کاذب با عنوان بررسی بیش‌تر سیستم‌های مختلف بیش‌تر است. هم‌چنین گاه مشاوره جهت انتقال بیمار تحت نظر متخصص مربوطه به تأخیر افتاده یا انجام نمی‌گیرد که خود امکان سرویس‌دهی مناسب را از بیمار سلب کرده و با منشور حقوق بیمار که درمان و مراقبت مطلوب و مؤثر را نوید می‌دهد در تضاد است.

آن‌چه در مواردی در پزشکان جوان و بعضاً مغرور اتفاق می‌افتد و در مکاتبات مشاوره‌دهنده و مشاوره‌گیرنده دیده می‌شود و با اخلاق پزشکی منافات دارد استفاده از جملات ناشایست در ادبیات مشاوره است. بایستی به خاطر داشت که مسؤولیت بیمار در نهایت به‌عهده پزشک معالج است و اوست که باید در نهایت روند و نقشه درمانی را تأیید یا رد کند. چنان‌چه کار معالجه بیمار به شکل گروهی انجام می‌گیرد باز سرپرستی این گروه بر عهده پزشک معالج خواهد بود. اختلاف در نحوه معالجات امری طبیعی است، اما این ناهماهنگی عقاید نبایستی منجر به دلخوری یا توهین در ارتباطات گروه پزشکی چه به شکل مکتوب و چه به شکل رفتاری گردد. بدیهی است که در این گونه موارد قربانی اصلی بیمار خواهد بود. توصیه می‌شود راهنمایی‌های اخلاقی بالینی در مشاوره‌های گروه پزشکی تدوین و تأکید گردد.

اخلاق پزشکی و اعتیاد بیماران

دکتر حسین حسینیان مقدم^۱، دکتر سعیده سرجمعی

۱- متخصص پزشکی قانونی و فلوشیپ سم شناسی بالینی و مسمومیت‌ها،

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان،

مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

متأسفانه اعتیاد گروه بزرگی از بیماران و خانواده‌های آنان را قربانی خود کرده است. آمار مختلف درگیری بیش از چهار میلیون نفر از جمعیت فعال کشور را به این ماده خانمان‌سوز نشان داده و سازمان بهداشت جهانی ایران بیش‌ترین درصد مصرف‌کنندگان مواد مخدر را مربوط به ایران می‌داند. طبیعی است که این افراد بیش‌تر از سایر افراد جامعه بیمار شده و یا حادثه می‌بینند و نیاز به بستری پیدا می‌کنند.

فرد معتاد انتظار دارد که در طول مدت بستری بتواند از مواد افیونی مورد نیاز خود استفاده نماید و چنان‌چه از آن دور بماند سندروم محرومیت ایجاد می‌تواند برای خود او و اطرافیان دردسرزا باشد. از طرفی اجازه به مصرف مواد مخدر در طول بستری می‌تواند مشکلات جدید دیگری را برای پرسنل و بیماران دیگر به‌وجود آورد. طبق ضوابط وزارت بهداشت ما برای درمان نگه‌دارنده اعتیاد بیماران مجاز به استفاده از مخدر در بیمارستان‌ها نیستیم و به زبان ساده‌تر برگه مواد مخدري که در آن تشخیص اعتیاد

^۱ - Hassanian@sbmu.ac.ir

برای بیمار درج شده باشد ناکارآمد خواهد بود. لذا پزشک مجبور است یا از همراهان بخواهد که از بیرون برای بیمارشان مواد مخدر تهیه نمایند یا به دروغ تشخیص دیگری را برای استفاده از مواد مخدر بیمارستانی در برگه درخواست مخدر ذکر نماید. در هر حالت، اقدام پزشک یک اقدام غیراخلاقی و غیرحرفه‌ای به نظر رسیده و ممکن است عواقب زیادی داشته باشد.

هر یک از ما ممکن است یک روش خاص را برای مبارزه با این مشکل برگزینیم اما راه اخلاقی کدام است؟ متأسفانه، خلأهای قانونی موجود امکان استفاده از یک راه منطقی را دشوار می‌سازد. به نظر می‌رسد که استفاده از مواد مخدر کنترل‌شده و استاندارد تحت نظارت پزشک و با تشخیص اعتیاد در بیمار بهترین گزینه موجود باشد. تشویق بیماران به ترک یا حداقل کنترل اعتیاد در این مواد بسیار عملی‌تر و منطقی‌تر از حالات مفروض دیگر خواهد بود. بازنگری در قوانین وزارت بهداشت برای کاهش تنش میان اخلاق و قانون توصیه می‌گردد.

روابط چند گانه در مشاوره و روان‌درمانی

خدابخش احمدی^۱

دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) - مرکز تحقیقات علوم رفتاری

مقدمه: در مشاوره و روان‌درمانی روابط دوتایی یا چند تایی به این معنی است که مشاور و مراجع به‌طور هم‌زمان یا مجزا وارد نقش‌های مختلفی شوند. نمونه‌های مختلفی را در این رابطه می‌توان ذکر کرد، از جمله نقش‌های معلم و درمانگر، سوپروایزر و درمانگر، داد و ستد و خدمات درمانی، ارتباط مالی با مراجع، ارائه درمان به یک دوست یا فامیل نزدیک، استخدام مراجع، داشتن ارتباط خصوصی با مراجع، داشتن ارتباط عاطفی و صمیمی با مراجع پیشین و رفتن به تجارت با یک مراجع. در این مقاله ابعاد روابط چندگانه مطرح و مورد بحث قرار می‌گیرد.

روش: تحقیق به روش مروری (کتابخانه‌ای) انجام شده است. اطلاعات حاصل با استفاده از پژوهش‌های انجام یافته و مطالب مکتوب جمع‌آوری و تدوین شده است. عمده‌ترین مراجع مورد استفاده در پژوهش ضوابط و استانداردهای اخلاقی و حرفه‌ای انجمن‌ها و مراکز مشاوره و روان‌درمانی در کشورهای مختلف جهان بود.

نتایج: تقریباً تمامی سازمان‌های مربوط به مشاوره و روان‌درمانی درباره روابط دوگانه ضوابط اخلاقی دارند. برخی از جنبه‌های مشکل‌زا و مسأله‌آفرین در ارتباطات چندگانه

^۱ - kh_ahmady@yahoo.com

عبارتند از:

۱- ارتباط شخصی با مراجع: آمیختگی ارتباطات اجتماعی با ارتباطات. اگر چه ارتباطات دوستی می‌تواند اثرات درمانی داشته باشد ولی از نظر اخلاقی مشکل است که مشاور و درمانگر در خارج از جلسه درمانی یک ارتباط شخصی با مراجع خود برقرار کند.

۲- تماس بدنی در ارتباط بین مراجع و درمانگر: تماس بدنی ضرورتاً به‌عنوان بخشی از رابطه چندگانه بین درمانگر و مراجع نیست. برخی از تماس‌های بدنی می‌تواند مفهوم جنسی داشته باشد و افراد را به‌سوی یک ارتباط جنسی سوق دهد. به هر حال جایی که تماس بدنی غیردرمانی است پس غیراخلاقی هم هست.

۳- روابط صمیمی با مراجع: تقریباً تمامی ضوابط اخلاقی سازمان‌های حرفه‌ای مشاوره و روان‌شناسی به‌وضوح بیان کرده‌اند که وجود رابطه جنسی یا هر گونه روابط عاشقانه با مراجع غیراخلاقی است. تحقیقات نشان داده است که سوء رفتار جنسی یکی از علل عمده عملکرد بد در شاغلان بهداشت روانی است. صمیمیت جنسی بین مراجع و مشاور برای هر دوی آن‌ها غیر اخلاقی بوده و به دلایل گوناگون مناسب نیست. در چنین صمیمیت‌هایی معمولاً مراجع نسبت به درمانگر آسیب‌پذیرتر است.

۴- روابط صمیمی با مراجع قبلی: در موضوع ممنوعیت رابطه جنسی با مراجعان فعلی این نکته قابل توجه است که از نظر اخلاقی درمانگر نمی‌تواند خدمات مشاوره‌ای خود را در اختیار کسانی قرار دهد که با آن‌ها رابطه جنسی داشته است.

بحث: در بسیاری از موقعیت‌ها شاید دلیلی وجود نداشته باشد که یک مشاور یا روان‌درمانگر از روابط اجتماعی و غیر حرفه‌ای با دیگران پرهیز کند. آن‌ها می‌توانند با مراجعان، بیماران، دانشجویان، سوپروایزر یا همکار پژوهشی‌شان روابط اجتماعی داشته

باشند. با این حال، مشاور و روان‌شناس باید نسبت به اثرات سوئی که این ارتباط ممکن است در کارشان ایجاد کند حساس باشند. آن‌ها باید از وارد شدن در قراردادهای علمی، حرفه‌ای، مالی و تجاری با مراجعان خود که به نوعی عینیت یا نقش او را به‌عنوان متخصص کم‌رنگ می‌کند یا احتمال داشته باشد که به روابط حرفه‌ای آن‌ها زیان برساند یا موضوع بهره‌برداری از مراجع مطرح شود پرهیز نماید و درباره هر نوع خطرات احتمالی رابطه اطلاعات و آگاهی‌های کامل به مراجعان ارائه دهند.

واژگان کلیدی: مباحث اخلاقی، مشاوره، روان‌درمانی، روابط چندگانه

بررسی میزان آگاهی روان‌شناسان از ضوابط اخلاقی حرفه

مشاوره و روان‌درمانی

خدابخش احمدی^۱، زهرا اخوی، مهدی رحیمی، علی ملازمانی

دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) - مرکز تحقیقات علوم رفتاری

مقدمه: مشاوران و روان‌درمانگران باید از معیارهای موجود در کار حرفه‌ای خود آگاه باشند و از آن‌ها پیروی کنند. آن‌ها الگوی مراجعان هستند و انتظار رعایت ملاک‌های حرفه‌ای و اخلاقی از آن‌ها بیش‌تر است، ضمن این‌که عدم رعایت این ملاک‌ها موجب ضرر و زیان‌هایی برای مراجع و سایر افراد جامعه خواهد بود. به تمام کسانی که در حوزه مشاوره و روان‌درمانی کار می‌کنند، توصیه می‌شود که به‌طور دائم با قوانین حرفه خود آشنا باشند، مباحث حرفه‌ای و اخلاقی را مورد توجه قرار دهند و در مورد موضوعات قانونی و اخلاقی با یکدیگر به مشورت بپردازند. آگاهی از مسؤولیت‌ها و حقوق قانونی نه تنها باعث کمک به رابطه‌ی یاورانه می‌شود، بلکه متخصصان را از دادخواهی به‌خاطر غفلت و ناآگاهی بی‌نیاز می‌سازد. بر این اساس، تحقیق حاضر درصدد بر آمده است تا میزان آگاهی مشاوران و روان‌شناسان را از معیارهای اخلاقی حرفه مشاوره و روان‌درمانگری مورد بررسی قرار دهد و موارد قوت و ضعف آن‌ها را در این زمینه شناسایی کند.

^۱ - kh_ahmady@yahoo.com

روش: تحقیق حاضر به روش توصیفی-زمینه‌یابی انجام شده است و در آن تعداد ۱۵۰ نفر از مشاوران و روان‌شناسان فوق لیسانس و دکتری و روان‌پزشکان شاغل در این حرفه مورد بررسی قرار گرفته‌اند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه ۳۶ سؤالی بود که با استفاده از سازه‌های تعریف شده در مباحث اخلاق حرفه‌ای تنظیم شده بود. پرسشنامه پس از تدوین اولیه با استفاده از روش بررسی محتوایی و سازه‌ای و همچنین با بهره‌گیری از روش آماری همسانی درونی مورد اعتباریابی قرار گرفت که پس از تأیید مورد استفاده واقع شد.

نتایج: از مجموع ۱۵۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش ۴۰ درصد زن و ۶۰ درصد مرد بودند. نتایج به‌دست آمده نشان داد که بیش‌ترین آگاهی افراد مورد مطالعه در ابعاد اخلاقی پژوهش، تشکیل پرونده، میزان تعهد به مراجع و جامعه، عدم وابستگی مراجع و ضرورت کسب اجازه از مراجع برای ضبط جلسات بود و کم‌ترین آگاهی افراد در زمینه‌های محدودیت‌های رازداری، مشارکت مراجع در انتخاب تست، دسترسی مراجع به پرونده خود، حدود معیارهای اخلاقی، اولویت نیازهای مراجع، و تماس بدنی با مراجع بود. در ادامه نتایج میزان آگاهی افراد شرکت‌کننده در پژوهش بر حسب نوع جنس، مقطع تحصیلی، وضع تأهل، رشته و گرایش تحصیلی، دانشگاه محل تحصیل، سابقه کار و وضعیت اشتغال مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است.

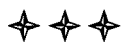
بحث: علی‌رغم پیشرفت‌هایی که در جامعه ایران، در زمینه مشاوره و روان‌درمانی به‌وجود آمده است، هنوز موضوعات اخلاقی به‌عنوان یک ماده درسی در برنامه‌های

تربیت روان‌درمانگر در دانشگاه‌ها وارد نشده است. تربیت درمانگران به آموزش فنون حرفه‌ای محدود است و هنوز انجمن‌های علمی مشاوره و روان‌شناسی در جهت رشد حرفه‌ای و اخلاقی شاغلان فعال نشده‌اند و جای موضوعات اخلاقی در بین مباحث رشته‌های مشاوره و روان‌درمانی خالی است. با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت که آموزش متخصصان مشاوره و روان‌درمانی در زمینه مباحث اخلاقی یک ضرورت فعلی است.

واژگان کلیدی: اخلاق حرفه‌ای، مشاوره، روان‌درمانی

نشست

اخلاق در پژوهش



پنج‌شنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷

مقتضیات اخلاقی در انجام پژوهش‌های زیست پزشکی

«بر روی آزمودنی‌های انسانی»

مجید حاجی فرجی^۱

انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور،

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

پژوهش انسانی بایستی پاسخ‌گوی نیازهای بهداشتی جمعیت یا جامعه‌ای باشد که در آن انجام می‌گیرد. صرفاً با توجه به این که یک بیماری یا مشکل بهداشتی یا شرایط ویژه در جامعه مورد نظر شایع است، لزوم تکرار یا نو بودن موضوع پژوهش کفایت نمی‌کند.

مقتضیات اخلاقی فقط زمانی برآورده می‌شود که مداخلات موفقیت‌آمیز یا دیگر منافع حاصله از چنین پژوهش‌هایی در اختیار جامعه قرار گیرد. لذا به‌منظور تامین مقتضیات اخلاقی، یک فرایند برنامه‌ریزی و مدیریتی، باید قبل از آغاز پژوهش، انجام و تا پایان مراحل اجرایی و حتی در دسترس قرار دادن نتایج حاصله به مراجع ذی صلاح و جمعیت مورد مطالعه مورد پایش و ارزشیابی قرار گیرد. صلاحیت و مهارت محققان متخصص و شرایط ایمن محیط پژوهش بایستی پیش از اجرا مورد تأیید کمیته‌های اخلاق واقع گردد و در حین اجرا نیز به محض برخورد با موارد خلاف تعهد و اصول

^۱ - m.hajifaraji@nnftri.ac.ir

انسانی از ادامه آن جلوگیری به عمل آید. در برخورد با آزمودنی‌ها رعایت حقوق فردی در هر سطح سنی _ اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی الزامی است و پژوهشگر نایستی به هیچ عنوان از موقعیت‌های خاص از جمله عدم درک کافی آزمودنی به لحاظ سنی، زبانی، قومیتی، نواقص و معلولیت‌های جسمی و ذهنی آن‌ها و یا حتی ارتباطات شغلی در محیط پژوهش با فشار، القاء، ارعاب، تشویق بی مورد یا تطمیع جهت تسهیل و تسریع در انجام امور مربوطه بهره برداری نماید. لذا کسب رضایت آگاهانه آزمودنی و دادن اطمینان از خروج اختیاری و بدون قید و شرط او از پژوهش جزء لاینفک تعهدات پژوهشگر محسوب می‌گردد. از جمله معضلاتی که گاهاً در مورد انجام پژوهش‌های حمایت شده از سوی پشتیبانان رخ می‌نماید، سوگیری در اجرا و ارائه نتایج حاصله از تحقیق است. لذا پژوهشگر موظف به انجام تعهدات خویش فارغ از ارتباطات خاص به‌ویژه اقتصادی _ اجتماعی با پشتیبانان است و در صورت بروز تضاد منافع بالقوه باید آن را برای کمیته‌های اخلاقی و حتی در انتشار آشکار سازد. التزام اخلاقی در تجزیه و تحلیل داده‌ها و انتشارات نتایج جزئی یا کلی پژوهش به‌ویژه در کارآزمایی‌های وسیع چندمرکزی از مباحثی است که پژوهشگر، پشتیبانان پژوهش و کمیته‌های اخلاقی را درگیر می‌نماید.

واژگان کلیدی: اخلاق، پژوهش، زیست پزشکی، آزمودنی انسانی

اخلاق در نوشتن مقالات پزشکی

دکتر صالح زاهدی اصل

پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

در حال حاضر تعداد مقالاتی که در مورد علوم بالینی و پایه پزشکی منتشر می‌شوند بسیار زیاد بوده و در حال گسترش نیز است. یک ارزیابی تقریبی تعداد مجلات چاپ شده در دنیای پزشکی را حدود ۲۰۰۰۰ و تعداد مقالات را ۱/۵ میلیون در سال تخمین می‌زنند. در کشور جمهوری اسلامی ایران نیز حدود ۹۰ مجله تأیید شده وجود دارند که به‌طور متوسط در سال حدود سه هزار مقاله در عرصه‌های مختلف پزشکی را چاپ می‌کنند. آن‌چه مسلم است با توجه به ماهیت، روند عرضه و چگونگی انتشار این نوشتجات، کنترل ماهیت تمام آن‌ها امری تقریباً ناممکن است. بنابراین، تنها عاملی که می‌تواند تا حدودی در این عرصه نقش نظارتی داشته باشد اخلاق در تدوین و انتشار این گونه اطلاعات است. اخلاق در تعریف عبارت است از بحث ارزش‌ها و رسوم. در تدوین بحث اخلاق در هر عرصه سه جنبه حایز اهمیت است؛ «کنته‌های مورد نظر اخلاقی»، «تعیین معیارهای اخلاق» و «چگونگی کاربرد و پایش آن». در عرصه نوشتن مقالات پزشکی نیز این جنبه‌ها بایستی مدنظر قرار گیرند، اگرچه تعیین ملاک‌های اخلاق در این عرصه نیز مشکلات خاص خود را دارد. مواردی را که در اخلاق نوشتن مقالات پزشکی بایستی مدنظر قرار گیرد می‌توان زیر عناوین اخلاق در اجرای پژوهش،

اخلاق در جمع‌آوری اطلاعات، اخلاق آنالیز و تفسیر اطلاعات، رعایت حقوق شرکت‌کنندگان در پژوهش، رعایت حقوق مادی و معنوی همکاران و در نظر گرفتن حقوق تأمین‌کننده‌های مالی و نیز نشریات مورد بحث و بررسی قرار داد. ادبیات نوشتن مقاله به‌خصوص در مورد نمونه‌های انسان نیز از مواردی است که اخلاق در نوشتن مقالات را طلب می‌کند.

مراحلی که یک طرح تحقیقاتی با موضوع انسان از نظر اخلاقی در دانشگاه‌های

انگلستان طی می‌کند

دکتر محمدرضا قندفروش ستاری، دکتر سیمین مشایخی

دانشگاه علوم پزشکی تبریز- دانشکده داروسازی

مطابق قوانین NHS در انگلستان تمامی پروژه‌های تحقیقاتی که شامل آزمودنی‌های انسانی، نمونه‌های انسانی، یا اطلاعات مربوط به انسان باشد بایستی قبل از اجرا مجوز لازم را از کمیته‌های اخلاقی، دانشکده، دانشگاه یا منطقه‌ای دریافت نمایند. بدین منظور لازم است که شخص مجری طرح تحقیقاتی اطلاعات لازم درمورد طرح کلی تحقیق، اندازه‌گیری‌ها، مطالعات آماری، تعداد و نوع شرکت‌کنندگان در تحقیق و نحوه پذیرش آن‌ها، عوارض و خطرات احتمالی، منبع مالی، اهداف تحقیق و غیره را به کمیته اخلاق دانشکده گزارش نماید. پژوهش‌های بالینی بایستی توسط پزشک یا زیر نظر پزشک متخصص مربوطه صورت گیرد. یک نسخه از پروپوزال تحقیقاتی بایستی به همراه برگه اطلاع‌رسانی و برگه رضایت‌نامه آگاهانه، مجوز اداره R&D و مجوز کمیته RAC به کمیته اخلاق ارسال گردد. کل پروسه فوق معمولاً ۶-۳ ماه طول می‌کشد. اگر در جلسه اول کمیته برای بررسی یک طرح تحقیقاتی مدارک ارسالی کافی برای اتخاذ تصمیم نبود، از مجری طرح دعوت می‌شود که در جلسه بعدی کمیته شخصاً حاضر شده و به سؤالات اعضا کمیته پاسخ دهد. معیار اصلی برای تصمیم‌گیری درمورد طرح‌های

تحقیقی بیانیه هلسینکی است. اعضا کمیته از یک نفر هماهنگ‌کننده و ۶ نفر عضو هیأت علمی باتجربه در رشته‌های مختلف علمی تشکیل شده است که ماهی یک‌بار در یک روز تعیین شده از قبل تشکیل جلسه می‌دهند. کمیته اخلاق حق نظارت بر نحوه اجرای پروژه و درخواست اصلاح یا توقف آن را دارد.

واژگان کلیدی: پژوهش و توسعه، کمیته‌های اخلاقی، پژوهش بالینی، مجوز اخلاقی،

انگلستان

اخلاق در پژوهش

مریم فرهمند

کارشناس ارشد مامایی

توجه به اخلاقیات در پژوهش از آن‌جا نشأت می‌گیرد که صرف‌نظر از قدرت بالقوه علم، حفظ احترام به شأن انسان یک ضرورت است و به همین دلیل تلاش برای کاهش خطرات ناشی از فناوری‌ها به یک ضرورت اخلاقی تبدیل شده است.

اگر اخلاق عملی را، که بر پایه زندگی کردن با اوصاف پسندیده است، تعمیم دهیم به شاخه‌هایی مانند اخلاق در آموزش، اخلاق حرفه‌ای و غیره تقسیم می‌شود که در این بین می‌توان به شاخه‌ای تحت عنوان اخلاق در پژوهش برسیم که خود از جایگاه خاصی برخوردار است.

لازمه نیل به این مقصود غائی این است که فرد پژوهشگر ضمن استفاده بهینه، دقیق، منطقی و بجا از متون علمی و دیگر پژوهش‌ها، نکاتی را همواره به‌عنوان اصول اخلاقی خود مورد نظر قرار داده و به تمامی آن‌ها عمل نماید که در مقاله حاضر به آن پرداخته شده است.

از آن‌جایی که انجام پژوهش‌های مداوم به‌خصوص در علوم پزشکی پاسخ به نیاز اساسی انسان یعنی تأمین، حفظ و برگرداندن سلامتی است، لذا داشتن آگاهی کافی و رعایت این قوانین اخلاقی جهت انجام این مهم، توجه ویژه‌ای را می‌طلبد.

واژگان کلیدی: اخلاق، پژوهش، علوم پزشکی

اخلاق در پژوهش‌های سلامت و ایمنی غذا

دکتر سید هدایت حسینی^۱، آزاده داوری^۱، سالومه آرمین^۱

۱- انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی شهید بهشتی

۲- مرکز تحقیقات آزمایشگاهی غذا و دارو - معاونت غذا و دارو، وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی

قدمت تاریخی مسائل اخلاقی مرتبط با غذا به ابتدای پیدایش علم اخلاق باز می‌گردد. مسائل اخلاقی مرتبط با غذا در یونان باستان به اعتدال در خوردن تأکید داشته است. کلیمیان از زمان‌های بسیار دور به تفکیک مواد غذایی به دو گروه حلال و حرام (مشروع و نامشروع) اقدام نمودند؛ همچنین از ایام بسیار دور تا امروز غذا به‌عنوان یک عامل تمرین برای تقویت اخلاقیات در ادیان مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. روزه گرفتن در دین اسلام یکی از این مصادیق است که با اعمال محدودیت در خوردن غذا به تقویت اخلاقیات و تمرین تسلط به نفس افراد کمک می‌نماید. در قرون هفده و هجده میلادی مسائل اخلاقی مرتبط با غذا بیش‌تر به سمت علاقه‌مندی به مسائل علمی در ارتباط با مصرف غذا معطوف گردید و از قرن نوزدهم تا عصر حاضر ابعاد اجتماعی اخلاق در مواد غذایی و مسائل اخلاقی در ارتباط با تولید و توزیع فراورده‌های غذایی مورد توجه قرار گرفت.

مهم‌ترین اصل اخلاقی در ابعاد حرفه‌ای و پژوهشی علوم و صنایع غذایی توجه به

موضوع «غذای سالم برای همه» است که بر اصل «عدالت» از اصول اخلاقی پژوهش منطبق است و هر عملی بر خلاف نظریه فوق غیر اخلاقی محسوب می‌شود.

اهمیت اصول اخلاقی در بحث غذا از دو جنبه مورد توجه است: یکی تأثیر مستقیم مصرف مواد غذایی توسط انسان از نظر سلامت، ایمنی و کیفیت غذای مورد استفاده و از نظر شناخت و پیش‌گیری بیماری‌های ناشی از غذا و تأثیر عوامل شیمیایی بر سلامت انسان است و دیگری از این نقطه نظر که صنعت غذا می‌تواند از طریق آلاینده‌های شیمیایی و صنعتی به محیط زیست آسیب‌های جدی برساند. لذا اطمینان از سیر مسؤولانه پژوهش در حوزه غذا به دلیل ارتباط و تأثیر مستقیم بر انسان، سلامت و بهداشت جامعه و محیط زیست بسیار حائز اهمیت است.

یکی از مهم‌ترین موارد اخلاقی مورد توجه در علوم و صنایع غذایی موضوع کنترل کیفیت غذاست که طبق تعریف عبارت است از فعالیت قانونی اجباری که توسط مراجع قانونی محلی یا ملی برای حمایت از مصرف‌کنندگان و اطمینان از سلامت مواد غذایی در طی تولید، حمل و نقل، عرضه، نگهداری، فراوری و مصرف یا به عبارتی همان زنجیره مزرعه تا میز غذا اجرا می‌شود و انطباق آن با الزامات کیفیت و ایمنی و استانداردهای تدوین شده ملی و بین‌المللی، برچسب‌گذاری صادقانه و دقیق که لازم است عاری از هرگونه تضاد منافع باشد، را تأیید می‌کند. در این مقاله به اصول اخلاقی قابل توجه در پژوهش‌های علوم و صنایع غذایی جهت تأمین غذای سالم و ایمن و دستیابی جامعه به سلامتی و رفاه اجتماعی توسط متخصصان و محققان و سیاست‌گذاران بخش غذا اشاره شده است.

واژگان کلیدی: اخلاق، علوم و صنایع غذایی - سلامت و ایمنی غذا، پژوهش

بررسی اصول اخلاقی مطرح در پژوهش‌های پزشکی

فرزانه امین پور، پیام کبیری

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

«مسائل اخلاقی که یک پژوهشگر در جریان مطالعه علمی خود بر روی انسان و جوامع انسانی با آن رویاروی می‌شود» جامع‌ترین تعریفی است که تا کنون در زمینه اخلاق در پژوهش ارائه شده است. مسائل اخلاقی ممکن است در هر مرحله‌ای از پژوهش از طرح‌ریزی مطالعه تا جمع‌آوری داده‌ها و انتشار نتایج تحقیق مطرح شود. با توجه به این واقعیت که موضوعات مطرح در زمینه اخلاق در پژوهش بسیار متعدد و متنوع هستند، بخش عمده‌ای از کار پژوهشگر به تصمیم‌گیری در خصوص ارتباط این موارد با جامعه مورد نظر پژوهش اختصاص می‌یابد. از آن‌جا که مسائل اخلاقی نه تنها در رفتار پژوهشگران بلکه در پیشبرد، تکمیل، تحلیل و اشاعه نتایج مطالعات نیز حائز اهمیت است، آگاهی از اصول اخلاقی مطرح در پژوهش می‌تواند چارچوبی در زمینه تصمیم‌گیری‌های ضروری در جریان انجام تحقیقات علمی برای پژوهشگران ترسیم کند. از این رو، کلیه پژوهشگران بالاخص پژوهشگرانی که جامعه هدف مطالعه ایشان را انسان تشکیل می‌دهد می‌بایست از مخاطرات بالقوه‌ای که پژوهش‌های آنان می‌تواند برای انسان و جوامع انسانی به ارمغان آورد، کاملاً آگاهی داشته باشند.

پرسش‌های زیر نمونه‌ای از پرسش‌های متعددی است که این دسته از پژوهشگران اغلب در زمینه‌های اخلاقی با آن‌ها روبه‌رو می‌شوند:

- استانداردهای اخلاقی مورد نظر در پژوهش‌های پزشکی کدامند؟
- پژوهش در جوامع انسانی باید ناظر به چه اصول اخلاقی باشد؟
- مسائل و وضعیت‌های دشواری که یک پژوهشگر در مطالعه خود ممکن با آن‌ها روبه‌رو شود، کدامند؟

• به‌طور کلی رعایت اصول اخلاقی در پژوهش به چه معناست؟

طرح این مسائل و مسائلی دیگر از این دست، پژوهشگران را ملزم می‌سازد تا نسبت به مباحث اخلاقی مطرح در پژوهش‌های پزشکی آگاهی داشته و دستورالعمل‌های ضروری مربوط به پژوهش در جوامع انسانی را رعایت نمایند. این مقاله به بررسی مهم‌ترین مسائل اخلاقی می‌پردازد که لازم است پژوهشگران در جریان انجام پژوهش‌های علمی در جوامع انسانی مورد توجه قرار دهند.

واژگان کلیدی: اصول اخلاقی، اخلاق پزشکی، پژوهش‌های پزشکی، اخلاق پژوهشی

جنبه‌های اخلاقی در پژوهش‌های بالینی

دکتر علی‌احسان حیدری^۱، دکتر حسین کشاورز ولیان^۲

۱- عضو هیأت علمی گروه علوم پزشکی بنیاد دانشنامه بزرگ فارسی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

۲- عضو هیأت علمی گروه انگل‌شناسی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

رعایت اصول اخلاقی در تحقیقاتی که بر روی انسان انجام می‌شود، ضروری است و این تحقیقات باید در کمیته اخلاق نیز تأیید شود. آگاهی از روش‌های غیرانسانی مورد استفاده در تحقیقات پزشکی در نورنبرگ، منجر به تنظیم «ولین منشور اخلاق پزشکی بین‌المللی» پس از جنگ جهانی دوم شد.

آیین‌نامه نورنبرگ بر حفظ رعایت جنبه‌های اخلاقی در مورد نمونه‌های پژوهش به‌ویژه خروج اخلاقی و به موقع فرد در هر زمانی از مطالعه، تأکید دارد.

در تحقیقات بهداشتی و پزشکی نمونه‌های پژوهش باید در معرض کم‌ترین میزان خطر قرار گیرند و یا آن خطرات تحت‌الشعاع مزیتی قرار گیرند که آن‌ها دریافت می‌کنند. به این افراد باید اطلاعات کافی در مورد تحقیق داده و از آن‌ها رضایت‌نامه نیز دریافت شود.

در پژوهش‌های بالینی تصادفی از دو گروه مورد و کنترل استفاده می‌شود که در تحقیقات درمانی خطرات متوجه افراد گروه مورد است و در صورتی که فوایدی از پژوهش حاصل شود، بیماران آتی از آن درمان جدید بهره‌مند خواهند شد. اما می‌توان

در این گروه از تحقیقات، تدابیری اندیشید که خطرهای کم‌تری متوجه نمونه‌های پژوهش شود. در تحقیقی که هدف آن حصول به اثربخشی و بی‌خطر بودن داروست، لازم است عامل انتخاب‌شده برای مقایسه (داروی جدید) در گروه مورد و داروی فعال قبلی در گروه کنترل تجویز شود. رعایت مواردی نظیر یکسان‌سازی متغیرهایی از قبیل سن، جنس، شرایط فیزیولوژیکی در دو گروه مورد و کنترل و فقط سنجش متغیر دارو، کاهش افراد گروه مورد تا حدی که به اصل تحقیق خدشه وارد نکند، به منظور کاهش افراد در معرض خطر پژوهش بالینی و اثر برابر یا بیش‌تر داروی جدید در بررسی‌های اولیه و داروشناسی در مقایسه با داروی قبلی در کاهش میزان خطر وارده به نمونه‌های پژوهش مؤثر است. با توجه به این‌که هدف اصلی تحقیق تولید دانش است، انجام تحقیق باید منجر به پیشرفت‌هایی ولو اندک در کنترل وضعیت بالینی یا دانش پزشکی شود.

در تحقیقاتی که از دارونما (Placebo) استفاده می‌شود، گروه کنترل در دوره پژوهش بدون درمان باقی می‌ماند که این موضوع از نظر اخلاقی دهه‌هاست مورد مناقشه است و این گروه ممکن است با خطر بدتر شدن بیماری در دوره پژوهش، مواجه شوند؛ بنابراین، در مواردی که درمان صحیح و قطعی برای بیماری وجود ندارد، می‌توان از دارونما استفاده کرد و اثربخشی داروی جدید را سنجید یا در مواردی که درمان قطعی وجود دارد، اما همیشه تجویز نمی‌شود استفاده از این نوع تحقیق مفید خواهد بود.

در این گونه تحقیقات علی‌رغم این‌که رعایت آیین‌نامه‌ها، سیاست‌ها و اصول اخلاقی

بسیار مهم است، اما ممکن است در حین تحقیق موقعیت‌هایی پیش آید که نیاز به تفسیر دارند و محقق باید آمادگی لازم را برای اتخاذ تصمیم صحیح و اخلاقی در این شرایط داشته باشد.

به هر حال، نمونه‌های پژوهش را نباید از درمان شناخته‌شده و قطعی محروم کرد. این مقاله به بحث در مورد راه‌کارهای کاهش میزان خطر وارده به نمونه‌های پژوهش در طی پژوهش‌های بالینی می‌پردازد.

اخلاق در پژوهش‌های پزشکی

افسانه قنبری^۱

کارشناس ارشد حقوق بین‌الملل

تحقیقات کلینیکی ریسک بالقوه‌ای از آسیب دارند. لذا وجود استانداردهای اخلاقی به‌خصوص در موضوعات انسانی ضروری است. همکاری مشترک آفریقا و اروپا جهت ارتقای اخلاق در تحقیقات پزشکی ۴ کشور آفریقایی، در همکاری با INSERM, WHO MRC, از اقدامات جهانی با هدف اصلی افزایش دانش مباحث اخلاقی در این مناطق، آموزش‌های گروهی مردم و درک نیازهای واقعی آن‌ها بوده است.

همچنین سیاست‌های بیان شده در ۳ مجمع جهانی CIHR, NSERC, SSHRC (۱۹۹۸) در بحث اخلاق پژوهشی با موضوعات انسانی قابل ذکر است.

دو مدل اخلاقی در تحقیقات پزشکی کاربرد دارند. مدل «همکاری» به‌عنوان مدلی در کشورهای پیشرفته که التزامات اخلاقی را در جهت ایجاد فواید مثبت در جامعه مد نظر قرار می‌دهد و مدل «قانونی» که عمده قوانین تدبیر شده جهت منع استثمار حقوق شرکت‌کنندگان در تحقیق است.

به اعتقاد SAEM حفظ موضوعات انسانی در تحقیقات طب اورژانس حیاتی است و رضایت آگاهانه رأس آن است. گرچه محدودیت‌هایی در اخذ رضایت به دلیل چهارچوب

^۱ - afsaneh_ghanbari@YAHOO.COM

زمانی در امر تحقیقات وجود دارد. حفاظت از این بیماران، جزو مسؤولیت‌های اصلی محقق است.

درک وسیع‌تر از فاکتورهای اخلاقی خطر و حفاظت در پژوهش‌های پزشکی، ما را به توسعه استراتژی‌های پیش‌گیری و درمان قشر آسیب‌پذیر در بیماری‌های روانی به‌خصوص شیزوفرنیا سوق می‌دهد.

در طب فیزیکی، منشور قوانین انجمن فیزیوتراپ‌ها (۱۹۹۵) دو عامل «رازداری» و «منیت‌اطلاعات» را مطابق صلاحیت حرفه‌ای برای انجام تحقیقات ضروری می‌داند و به عدم دسترسی اطلاعات بیماران در کلینیک توسط تیم تحقیق، تأکید دارد مگر با توافق قبلی بیمار و تصویب کمیته اخلاق. ژورنال‌های فیزیک درمانی بایستی مستند به حفاظت‌های اخلاقی استاندارد شده باشند که شامل ارزش‌های اجتماعی، صلاحیت‌های علمی، نسبت متعادل سود و زیان، موضوع مناسب، رضایت آگاهانه و رازداری باشند و به تصویب REC رسیده باشند. به‌علاوه، ویراستارهای کمیته‌های بین‌المللی ژورنال‌ها، نویسندگان را به مستندسازی مقالات مطابق با استانداردهای معتبر اخلاقی، ملزم نمایند.

در حوزه دارویی، تحقیقات نیاز به اخذ مجوز از کمیته‌های اجرایی اخلاق و نیز تصویب REC دارد. و در تجهیزات پزشکی علاوه بر موارد بالا، ارجاع پروژه به آژانس تجهیزات پزشکی نیز الزامی است.

در شش سال گذشته بیش از ۲۰۰۰ پروتکل در زمینه تحقیقات با موضوعات انسانی بوده که ۱۲۰ مورد آن مربوط به طب باروری است. برخی از آن‌ها غیر اخلاقی بوده است.

برای حذر از مسائل جدی و خطرات اجتماعی معیارهای اخلاقی در تحقیقات

پزشکی هر رشته بایستی به‌طور کامل معرفی شده و کمیته‌های بازرسی اخلاق به تعداد و مهارت کافی وجود داشته باشند.

چهارچوب کارگروهی جهت ارزیابی اخلاق در پژوهش‌های کلینیکی و پزشکی شامل افزایش دانش و سلامتی، اعتبار علمی، ضوابط مشخص برای انتخاب موضوع مناسب، رعایت نسبت سود و زیان، بازرسی مستقل و پیوسته، رضایت آگاهانه و رازداری است. این الزامات عام الشمولند، اگر چه بایستی با شرایط بهداشتی - اقتصادی - فرهنگی و تکنولوژی مکان تحقیق، سازگار باشند.

و در نهایت ارزش و سود و زیان تحقیقات پزشکی به کیفیت کار محقق، به کارگیری پروتکل‌های کافی و کنترل مناسب سیستم کمیته‌های بازرسی اخلاق، بستگی دارد.

واژگان کلیدی: اخلاق، پژوهش، پزشکی

اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی، ارزش‌های اخلاقی

در تحقیقات از نظر بزرگان

سیما کاهنی، شهناز تابعی، زهرا فرج‌زاده، مریم نخعی

دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

- يرفع الله الذين آمنوا و الذين اوتوا العلم و درجات (قرآن کریم)

- معصیت از هر که ظاهر شود ناپسندیده است و از علماء ناخوب‌تر که علم سلاح به دست

شیطان است. (سعدی در قرن هفتم)

- دانشمندان به انگیزه شهرت و کسب قدرت و منفعت، دوراندیشی و خویشتن‌داری و

حسن تشخیص خود را از دست می‌دهند. (ابن خلدون قرن هشتم)

مقدمه و هدف: اخلاق معرفت و علمی است که همه آدمیان در راستای سعادت و

آرامش روحی و روانی خود به آن محتاج و نیازمندند، زیرا خودسازی روحی و خلقی در

مرحله اول برای آسایش، آرامش و تعادل روحی و روانی خود انسان‌ها لازم و مفید است

و در مرحله دوم برای ایجاد نظم و ثبات و امنیت اجتماعی افراد یک جامعه لازم است. با

توجه به فلسفه والای پزشکی و پرستاری که متضمن تأمین و تدارک زندگی جسمی و

روانی سالم و به دور از رنج و درد است، نیاز جوامع بشری به امر تحقیق به‌ویژه در علوم

پزشکی با هدف غائی بهزیستی غیر قابل انکار است. امروزه رعایت موازین اخلاقی در

پژوهش‌ها و از جمله محافظت از آزمودنی انسانی، در کانون توجه کلیه محققان و

صاحب نظران اخلاقی در کشورهای مختلف قرار گرفته است. با عنایت به موارد فوق بر

آن شدیم مروری بر موازین اخلاقی در پژوهش‌های علوم پزشکی داشته باشیم.

محتوی: دسترسی به دستاوردهای موفق و حیات‌بخش علوم پزشکی در پیش‌گیری (از قبیل واکسیناسیون)، در تشخیص (از قبیل پیشرفت‌های فناوری) و درمان (از قبیل روش‌ها و داروهای جدید و مؤثر) مدیون مطالعات و تحقیقات است که در روند کشف و اثبات آن‌ها انسان به‌گونه‌ای به‌عنوان ابزار و موضوع تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است. تحقیقات علمی هم‌چنان که ثمرات اجتماعی زیادی به بار آورده، مسائل اخلاقی فراوانی را نیز مطرح نموده است. امروزه رعایت موازین اخلاقی در پژوهش‌ها و از جمله محافظت از آزمودنی انسانی در کانون توجه کلیه محققان و صاحب‌نظران اخلاقی در کشورهای مختلف قرار گرفته و تا آن‌جا مطمع نظر مجامع علمی واقع شده که عدم به‌کارگیری معیارهای اخلاقی در مسیر تحقیقات به اصطلاح با اعمال حق «و تو» از جانب داوران طرح‌های پژوهشی روبه‌رو می‌گردد و تا زمان اطمینان از تحقق معیارهای مذکور اجازه انجام پژوهش اعلام نمی‌شود. روح کلی حاکم بر بیانیه‌های بین‌المللی و نیز ویژگی‌های شرع مقدس و فرهنگ جامعه اسلامی ما بر رعایت موازین اخلاقی از جمله: احترام به استقلال و اختیار انسان، حفظ کرامت، حقوق و رفاه وی، احتراز از تحمیل زیان‌های احتمالی بر افراد مورد تحقیق، برخورد صادقانه با آزمودنی، تعهد پژوهشگران نسبت به رازداری در قبال اطلاعاتی که در آغاز و یا در حین تحقیق در مورد آزمودنی کسب می‌نمایند صحه می‌گذارد. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با عنایت ویژه به نیاز مبرم به تهیه و تدوین موازین اخلاقی در پژوهش‌های علوم پزشکی، پس از انجام یک طرح پژوهشی تحت عنوان: «

تدوین موازین اخلاقی و حقوقی جهت محافظت از آزمودنی در پژوهش‌های علوم پزشکی»،
کدهایی را جهت حفاظت از آزمودنی در پژوهش‌های علوم پزشکی تصویب و ارائه نمود
که به تعداد معدودی از آن ضرورت اشاره می‌گردد، شامل:

۱- کسب رضایت آگاهانه

۲- قرار ندادن آزمودنی در معرض ضرر و زیان غیر معقول

۳- ضرورت کسب رضایت آگاهانه بدون اجبار، تهدید، تطمیع و اغوا

۴- تأیید انتخاب آزمودنی در شرایط خاص توسط کمیته اخلاق در پژوهش

۵- قرار دادن اطلاعات و آگاهی‌های لازم در ارتباط با تحقیق در اختیار آزمودنی در

حد ارتباط

۶- فراهم کردن تمهیدات لازم جهت پیش‌گیری از خسارت به آزمودنی

۷- رعایت حقوق مادی و معنوی آزمودنی، پژوهشگر، پژوهش و سازمان مربوط و...

نتیجه‌گیری: در خاتمه، شایان ذکر است که تضمین‌کننده رعایت اصول و مرزهای

اخلاقی در پژوهش‌های علوم پزشکی رعایت تقوا، احساس مسئولیت و تعهد اخلاقی در

محققان محترم است.

ملاحظات اخلاقی در پژوهش

محبوبه کریمی

کارشناس ارشد پرستاری، انستیتو کانسر

مقدمه: پیشرفت‌های سریع و چشم‌گیر دانش پزشکی طی نیم قرن اخیر و کشف روش‌های جدید پیش‌گیری، تشخیص و درمان مرهون اجرای پژوهش‌های علمی است که در زمینه‌های پزشکی انجام شده است. بی‌شبهه همه روش‌های جدید علمی خالی از خطر نیست و در بیش‌تر موارد آزمایش روی حیوانات و اثبات بی‌خطر بودن آن‌ها نمی‌تواند تضمینی در جهت بی‌خطر بودن این آزمایش برای انسان باشد. این پژوهش به روش مروری با مطالعه کتابخانه‌ای و مقالات مرتبط در زمینه اخلاق در پژوهش صورت گرفته است.

محتوی: رعایت اصول اخلاقی در موارد پژوهش به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم بر روی انسان‌ها ضروری است. رعایت صداقت و امانت علمی، در نظر گرفتن باورها، رفتار و نظام‌های اجتماعی، صداقت هنگام بررسی نتایج پژوهش، دقت در حسن استفاده از بودجه و وسایل، توجه به رفاه اعضای گروه تحقیق و بسیاری از مسائل اخلاقی دیگر باید در کلیه تحقیقات مد نظر پژوهندگان قرار گیرد. پس از جنگ جهانی دوم پس از کار آزمایشی‌های بالینی بر اساس مقالات نورمبرگ کدهای اخلاقی محافظت از حقوق افراد شرکت‌کننده در تحقیق ایجاد گردید و به‌دنبال آن بیانیه هلسینکی در سال ۱۹۶۴

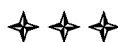
تدوین گردید. ایجاد این کدها تا امروز نیز ادامه دارد. هدف کمیته‌های بررسی تحقیق در مراکز مراقبتی - بهداشتی بررسی رضایت، نیکوکاری و احترام به هویت و حریم افراد مورد تحقیق است و دو کار عمده در انجام تحقیق بر روی انسان‌ها گرفتن رضایت نامه و مطلع نمودن آن‌ها از آسیب احتمالی است.

نتیجه‌گیری: حفاظت از افراد انسانی شرکت‌کننده در تحقیق مسأله بی‌نهایت مهم در انجام هر کار تحقیقاتی است که در هر دو نوع پژوهش کمی و کیفی باید مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، پژوهش

نشست

کاربردی کردن اخلاق پزشکی



جمعه ۳۰ فروردین ۱۳۸۷

اخلاق در پاتولوژی

اسماعیل ابراهیمی

دستیار گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

گروه اخلاق پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه: پاتولوژی به مانند دیگر تخصص‌های پزشکی، یک فعالیت گروهی و منسجم و سازمان یافته است و دارای ویژگی‌های درونی و بیرونی است.

ویژگی‌های بیرونی پاتولوژی ارتباطی با ماهیت درونی آن ندارد و همه موضوعاتی اعتباری، موقت و متغیر هستند، از آن جمله می‌توان به امکانات مالی، پول، پرستیز و جایگاه اجتماعی و طبقاتی اشاره کرد. اما ویژگی‌های درونی پاتولوژی فقط در قلمرو فعالیت فعال در پاتولوژی حاصل می‌شود و در نهایت منجر به رسیدن به هدف غایی و نهایی پاتولوژی که ارتقاء سلامتی بیماران است می‌گردد.

ویژگی‌های درونی پاتولوژی در سه اصل اساسی و بنیادین دسته بندی می‌شود:

- ۱- شایستگی‌های تکنیکی: که همانا آشنایی و تسلط کامل و جامع پاتولوژیست با تکنیک‌ها و تکنولوژی‌های جدید و رو به پیشرفت است.
- ۲- ارتباط پاتولوژیست و بیماران: به دلیل ارتباط اندک و غیرمستقیم پاتولوژیست با بیماران، متأسفانه خدمات و تلاش‌های آنان از سوی بیماران ناشناخته می‌ماند.
- ۳- ارتباط پاتولوژیست و پزشکان: وظیفه اصلی و بنیادین پاتولوژیست دادن مشاوره

صحیح به پزشکان و همکاری مستقیم و مؤثر در روند درمان بیماران است و آگاهی و اطلاع کامل از شرایط بالینی بیمار و ایفای نقش مؤثر در تشخیص و درمان بیماری‌ها و ارتباط تنگاتنگ با پزشکان بالینی سبب تقویت موضع و جایگاه پاتولوژیست‌ها در پروسه درمان بیماران می‌گردد.

از بعد ویژگی‌های اخلاقی یک کلینیکال پاتولوژیست، می‌توان این ویژگی‌ها را حول سه محور اساسی دسته بندی نمود:

- ۱- ضرورت درخواست آزمایش‌های لازم برای بیماران به صورت مناسب و شایسته بدون سوگیری از اراده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیمار
- ۲- انجام نمونه‌گیری ایمن و بی‌خطر و بدون ایجاد زیان و ناراحتی برای بیماران
- ۳- حفظ کامل اطلاعات و نتایج آزمایشگاهی بیماران و عدم افشای آن به دیگران به منزله اسرار و موضوعات خصوصی بیمار در نهایت درستکاری و امانت مطالب فوق به‌خصوص در مورد حفظ اسرار توسط پاتولوژیست‌ها که گزارش مکتوب به بیمار می‌دهند بر حسب شرایط جهانی و اسلامی بحث خواهد شد.

آشنایی با کد بین‌المللی اخلاق مامایی

فریده مصطفی زاده

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل - دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه و هدف: مامایی یکی از رشته‌های گروه پزشکی است که در این رشته ماماها در ارتباط مستقیم با زنان و کودکان (نوزادان) و در کل جامعه هستند. برای برقرار کردن یک ارتباط سالم و پرمحتوا مراقبت‌های مامایی باید به صورت علمی و یکنواخت در کل دنیا به اجرا در آیند. برای رسیدن به این هدف جامعه مامایی که متشکل از ماما‌های ۷۲ کشور دنیا بودند در سال ۱۹۹۶ گرد هم آمدند و با هدف ارتقا سطح مراقبت‌های مامایی به تدوین کد بین‌المللی اخلاق مامایی پرداختند. این کد شامل ۴ بخش کلی است که هر بخش به تعدادی زیر مجموعه تقسیم می‌شود. که مشروح هر بخش در اصل مقاله موجود است. هدف از این مقاله آشنا کردن قشر مامایی با این کد و عمل کردن به محتویات آن و رسیدن به یک جامعه سالم است.

۴ بخش کد اخلاق مامایی شامل موارد زیر است:

1. MIDWIFERY RELATIONSHIPS
2. PRACTICE OF MIDWIFERY
3. THE PROFESSIONAL RESPONSIBILITIES OF MIDWIVES
4. ADVANCEMENY OF MIDWIFERY KNOWLEDGMENT AND practice

واژگان کلیدی: کد بین‌المللی مامایی - مامایی

ضرورت تدوین منشور حقوق بیماران در رشته بیهوشی

محسن سوايي^۱، عبدالحمید چوهدری، شهربانو شهبازی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

در بحث اخلاق پزشکی توجه به حقوق بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در رشته بیهوشی با توجه به ویژگی‌های آن توجه به حقوق بیماران اهمیت بیش‌تری دارد. از جمله این ویژگی‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- بیمار در اتاق عمل خواسته یا ناخواسته سلامت خود را به دست پرسنل بیهوشی و جراحی می‌سپارد.
- بیمار در حالت بیهوشی تبدیل به موجودی کاملاً بی دفاع می‌گردد که حتی قادر به نفس کشیدن خودبه‌خود هم نیست؛ در اتاق عمل ممکن است اسرار پزشکی بیمار فاش گردد.
- محیط اتاق عمل محیطی پر استرس برای بیمار است؛ روش‌های بیهوشی از نظر هزینه بسیار متفاوتند.
- هر عمل جراحی با درجاتی از درد همراه است؛ بیمار بیهوش نیازمند مراقبت لحظه به لحظه می‌باشد.
- احتمال انتقال عفونت‌ها در رشته بیهوشی زیاد است؛ در رشته بیهوشی تحقیقات بالینی زیادی قابل انجام است.
- جایگاه بیمار در فرایند تصمیم‌گیری درمانی خود تعریف نشده است.

^۱ - savaie@sums.ac.ir

این ویژگی‌ها ضرورت تدوین منشور حقوق بیمار را در این رشته روشن می‌سازد. مهم‌ترین سرفصل‌های پیشنهادی برای تدوین منشور حقوق بیماران در رشته بیهوشی از این قرار است:

حق بیمار برای برخورد انسانی و محترمانه با وی، حق بیمار برای اطلاع از نام و درجه علمی پزشکان و پرسنل بیهوشی خود؛ حق بیمار برای اطلاع از اقداماتی که قرار است برای وی انجام گردد، حق بیمار برای حفظ پوشش اسلامی وی، حق بیمار برای افشا نشدن اسرار پزشکی وی، حق بیمار در توجه نمودن به اضطراب وی و سعی در کاهش اضطراب، حق بیمار در استفاده از کم‌هزینه‌ترین روش‌های ممکن بیهوشی، حق بیمار برای بهره‌مندی از بهترین، علمی‌ترین و ایمن‌ترین روش بیهوشی، حق بیمار برای مراقبت لحظه به لحظه از وی، حق بیمار برای محافظت از ارگان‌های حیاتی وی، حق بیمار برای داشتن کم‌ترین درد عمل جراحی، حق بیمار در انتخاب روش بیهوشی، حق بیمار برای جلوگیری از انتقال عفونت‌ها به وی، حق بیمار برای اطلاع و رضایت از شرکت در طرح‌های تحقیقاتی، حق بیمار و خانواده وی در تصمیم‌گیری برای صدور دستور عدم انجام احیا، حق بیمار برای دریافت کلیه مراقبت‌های پزشکی لازم تا آخرین لحظه حیات.

بدیهی است تدوین منشور حقوق بیماران در هر رشته تخصصی به‌صورت جداگانه ضمن ارائه مصادیق عینی و عملی رعایت حقوق بیمار در آن رشته زمینه را برای تحقق هرچه بیش‌تر دستیابی بیماران به حقوق خود فراهم می‌آورد. بنابراین، تدوین منشور حقوق بیماران در گروه‌های مختلف پزشکی پیشنهاد می‌گردد.

استفاده کاربردی از آئین نامه‌ها و کدهای اخلاق پزشکی

محمد مظفرپور

آئین نامه اخلاقی مرکز جراحی چشم آمادگاه اصفهان، یکی از مهم‌ترین کاربردهای اخلاق پزشکی به صورت استفاده از کدهای اخلاق پزشکی در سوگند نامه‌ها و آئین نامه‌های اخلاقی مراکز پزشکی است، به همین منظور جهت ارتقای اخلاق پزشکی و اصلاح کیفیت سلامتی در مراکز پزشکی، آئین نامه اخلاقی مرکز جراحی آمادگاه اصفهان تنظیم شده است.

آئین نامه فوق در برگرفته اصول اخلاق پزشکی سنتی (شرقی-اسلامی) و موازین اخلاق غربی است که در چهارده اصل خلاصه شده و تقریباً تمامی کدهای (مدرن) که با چالش‌های موجود مناسبت دارد در آن وارد شده است.

مؤلف از کنگره بین‌المللی اول- که در آن موضوع تعرفه‌های پزشکی را ارائه نمود- تا کنون مشغول تدوین این آئین نامه بوده که به دو زبان انگلیسی و فارسی تنظیم شده است.

آموزش و کاربردی کردن اخلاق پزشکی با ارائه مدلی پیشنهادی در جهت

کاهش خطاهای پزشکی و دارویی

سمیه زیار^۱

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

آموزش و کاربردی کردن اخلاق پزشکی با ارائه مدلی پیشنهادی در جهت کاهش خطاهای پزشکی و دارویی زندگی حرفه‌ای با مجموعه‌ای از مقررات و قوانین مهم آمیخته است، در هر یک از شغل‌های پذیرفته‌شده اجتماعی توفیق یار و همراه افرادی است که علم و آگاهی بیش‌تری نسبت به مقررات، قوانین و اخلاق حاکم بر حرفه و تخصص خود دارند و در پرتو این آگاهی می‌توانند با مسائل مطرح‌شده در محیط شغلی و اجتماعی صحیح برخورد کنند. از این‌رو، این مقاله با توجه به مقررات، قوانین و اخلاق حاکم بر حرفه پزشکی با ارائه مدل پیشنهادی سیستم کامپیوتری در جهت آموزش، کاربردی کردن اخلاق پزشکی و کاهش خطاهای پزشکی و دارویی می‌پردازد.

^۱ - ziar_somayeh@yahoo.com

اخلاق پرستاری در هزاره سوم

مریم رحمتی^۱

دانشگاه علوم پزشکی تهران-دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه: بهداشت تعریفی است جهانی و بهداشت جهانی (رفاه مطلوب برای همه افراد) حقوق اساسی انسان‌هاست که باید در دسترس تمامی بشریت قرار گیرد.

علم اخلاق پرستاری در عصر جهانی شدن، صاحبان اندیشه و تئوری‌پردازان را بر آن داشته است که با مرور و تفسیری مجدد تئوری‌های ارزنده‌تر ارائه دهند.

مرور مطالعات: انجمن پرستاران کانادا (CAN) برای پیش‌گیری از بیماری‌ها و با هدف گستره بهداشت، حداقل مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) که تمام جوامع آن را پذیرفته و با سطح درآمد و امکانات اجتماعی آن جوامع مطابقت داشته باشد، تصویب و به امضاء رسانده است. تحقیقات در زمینه بهداشت جهانی و ارتباط آن با برابری (equity) و عدالت (justice)، درک و اهمیت نقش پرستاران را در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی و بهداشت جوامع بیش از پیش روشن می‌سازد.

در عصر حاضر که وابستگی و ارتباطات به‌صورت آشکار در حال توسعه است، و تکنولوژی ارتباطات و انتقال آن همراه با توسعه بهداشت جهانی، مخاطرات امنیتی و زیست محیطی، و اقتصاد جهانی مبتنی بر همکاری‌های فراملی، بشریت را به راهی نوین

^۱ - marianaugust@hotmail.com

مرتبط می‌سازد، گفت‌وگو در باره نیل به اخلاق در علوم بهداشتی سه راه کلیدی پیش رو قرار می‌دهد: توجه به پیشرفت‌های شگرف بخش بیوتکنولوژی و مسائل مرتبط با آن، تأکید بر برابری و عدالت در تقسیم منابع جهانی و نهایتاً تبادل و رویارویی اندیشه‌ها در زمینه کاربرد اخلاق در علم، که ما را برای رسیدن به راهی مشخص و پر معنا راهنمایی می‌کند.

نتیجه: انجام این مطالعه برای پاسخ‌گویی بدین سؤال ضروری به نظر رسید که «وقتی جهانی شدن به صورت قالب حاکم در می‌آید، اخلاقیات پرستاری با چه تغییراتی روبه‌رو است؟»

اخلاق در جراحی

دکتر مرجان لعل^۱

متخصص جراحی عمومی، مرکز تحقیقات جراحی و ترومای سینا

در هر فرهنگ و تمدنی اصول اخلاقی وجود دارد که پزشک نسبت به بیمار، جامعه و همکار دیگر موظف به رعایت آن‌ها بوده و از آن جمله می‌توان سوگند بقراط را که از مشهورترین و قدیمی‌ترین سوگندها به‌شمار می‌آید، نام برد. امروزه با پیشرفت علم و دانش و فراگیری فنون جدید، پزشکان بیش از گذشته با مسائل اخلاقی روبه‌رو هستند. در این میان جراحان که بیش‌تر با روش‌ها و تکنیک‌های جدید درگیر بوده و با بیماران بدحال و آسیب‌دیده سر و کار دارند مستثنی نبوده و آشنایی با این اصول ضروری به‌نظر می‌رسد.

مواد و روش‌ها: با تحقیق و جست‌وجو در مقالات و کتب مربوط به اخلاق پزشکی و اخلاق جراحی از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۳ با کلمات کلیدی تحت عنوان surgical ethics, medical ethics تعداد ۹ مقاله و کتاب از بین آن‌ها انتخاب شده و مقاله مورد نظر فراهم شده است.

یافته‌ها: تشکیلات جراحی علاقه کم‌تری به بحث اخلاق نشان داده‌اند. هدف جراح معالجه و کنترل بیماری است و این نیاز به اعتماد و اطمینان بیمار دارد. جراحان برای

^۱ - laal.marjan@gmail.com

نجات جان بیمار، ضمن نزدیکی به او با انجام کار سخت جراحی و به عهده گرفتن عواقب پس از عمل و حضور مداوم بر بالین بیمار مبادرت به درمان می‌کنند. در این راستا آشنایی با اصول اخلاقی و حقوق بیماران ضروری است.

نتایج: شناخت و احترام به حق آزادی و حق انتخاب بیماران موجب می‌شود که ارتباط بین پزشک و بیمار در خور مقام انسان باشد. جراحان بایستی ضمن شناخت اصول اخلاقی، با رعایت و احترام به حق و حقوق بیماران، ضمن حفظ تقدم منفعت آنان بر منافع شخصی با جلب اعتماد بیمار اقدام به معالجه کنند.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، اخلاق جراحی

ارائه مدلی جهت هدایت مشاوران اخلاقی در بخش‌های ویژه

فرزانه سلیمانی زاده^۱، نیلوفر ظفرنیا^۲، لاله سلیمانی زاده^۱دکتر عباس عباس زاده^۳، مصطفی جوادی^۴

۱- کارشناس وزارت بهداشت و درمان، ۲- کارشناس ارشد پرستاری

۳- استادیار دانشکده پرستاری رازی کرمان، ۴- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقدمه: طب بالینی، با چالش‌های اخلاقی فراوانی همراه است. علی‌رغم در دسترس بودن مشاوران اخلاق پزشکی، ۹۵ درصد از پزشکان با تضاد اخلاقی در چالش هستند. اکثر پزشکان نه تنها تجربه‌ای از مشاوره اخلاقی ندارند، بلکه از وجود چنین کمیته‌هایی آگاهی نداشته و تمایلی به استفاده از آن‌ها ندارند. شاید یکی از علل عدم رغبت آن‌ها به استفاده از مشاوره‌های اخلاقی نبودن ملاک‌هایی جهت تعیین بهترین افراد برای این کار و مشکوک بودن متخصصان به صلاحیت آن‌هاست. هدف از این مقاله، مروری بر اصول عملکرد مشاوران اخلاقی و توصیف بهترین مدل برای ارائه مشاوره اخلاقی در بیمارستان‌ها و مشارکت کمیته اخلاق زیستی در جهت ارتقا کیفیت مراقبت بیمار در بخش‌های ویژه است.

متن: مشکلات مطرح شده توسط خانواده‌ها می‌تواند باعث عدم ارتباط مؤثر با پزشکان معالج در بخش ویژه شود. یکی از مهم‌ترین اقدامات کمیته‌های اخلاق پزشکی،

1 - lsolaimani@yahoo.com

کمک به حل تضادهای اخلاقی در بخش‌های ویژه است. بهبود ارتباطات می‌تواند منجر به کاهش تضاد و افزایش رضایت بیمار و خانواده و تیم مراقبتی شود.

مراحل پیشنهادی برای بهبود ارتباطات میان بیمار و خانواده‌اش و اعضای تیم مراقبتی و حل تضاد شامل ۷ مرحله زیر است:

آمادگی برای بحث، آگاهی به قوانین مربوط به بیمار و خانواده، تعیین چگونگی جمع‌آوری اطلاعات، ارائه اطلاعات، پاسخ به عواطف، تعیین اهداف و اولویت‌بندی درمان و طرح یک برنامه مراقبتی.

موانع استفاده از مشاوران اخلاقی فقدان استقلال برای بیمار و تیم مراقبت است. به همین دلیل مشاوران اخلاقی موظف به ایجاد شرایطی برای مکالمه آزاد بین بیمار و پزشک هستند تا اطلاعات صحیح به بیمار داده شود و از درک غلط وی از اطلاعات نیز جلوگیری شود. یکی از مزایای مدل مشاوره اخلاقی تسهیل در حل تضاد اخلاقی است که بر خلاف مدل‌های مستبدانه، افراد را به تفکر وامی‌دارد و تصمیم‌گیری بالینی را تحمیل نمی‌کند.

نتیجه‌گیری: کمیته‌های اخلاقی بیمارستان با داشتن مهارت‌های خاص می‌تواند تضادها را حل نماید و سبب بهبود نتایج بالینی و افزایش رضایت بیمار شود.

واژگان کلیدی: مشاوران اخلاقی، تضاد، پزشک، بیمار، ارتباطات

اخلاق در فوریت‌های پزشکی

زرین تاج کریمی، محمد صمدی نهاد

(۱) کاردان اتاق عمل، (۲) کاردان هوشبری

مرکز فوریت‌های پزشکی شهرستان رزن

در مقاله ارائه شده بعد از مقدمه در مورد اخلاق در فوریت‌های پزشکی به آشنایی مختصر با خدمات طبی اورژانس و اهمیت ایجاد مرکز حوادث و فوریت‌های پزشکی پرداختیم.

از آن جایی که پاسخ طبیعی به استرس و نگرش و برخورد با آن از مسائل مهمی است که اگر برخورد صحیح با آن نشود دیوار حرفه‌گری را فرو ریخته و قدرت تفکر را خواهد گرفت، به اجمال به این موضوع پرداختیم. جنبه‌های احساسی مراقبت‌های اورژانس و مراحل مختلف آن، اهمیت حفظ سلامت فردی در مراقبت‌های اورژانس، شرایط پراسترس و مدیریت استرس در موارد خاص از جمله صدمه یا مرگ همکار و ... از اهم مواردی است که به‌عنوان یک EMT امدادگر باید به آن توجه کرد.

به مسائل طبی، قانونی، اخلاقی و مسؤولیت‌های اخلاقی و هم‌چنین به مسائلی در مورد رضایت و امتناع مریض و اخلاقیات در مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی پیشرفته اشاره شده است.

رابطه اخلاقیات با قانون و مذهب و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی بر مبنای اصول اساسی

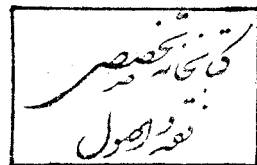
از جمله اخلاقیات و احیای بیمار توجه و بحث شده است. اخلاقیات و محرمانه‌بودن اسرار بیمار و همچنین اخلاقیات در روابط حرفه‌ای جایگاه ویژه‌ای در این شغل دارد. ارزیابی بیمار و حفاظت از بیمار، حفاظت از حاضران و استفاده از تکنیک‌های ویژه جهت کاهش نگرانی بیمار توجه شده است.

در بخش‌هایی از متن به مواردی از جمله حفظ راه هوایی و اکسیژن‌درمانی و نقش کلیدی آموخته‌ها در عمل اشاره شده است و توجه یک EMT به بیماران سالمند و نحوه برخورد با آن‌ها و در نهایت اورژانس قلب صدمات سر و ستون فقرات با توجهات خاص رفتاری، اخلاقی و وجدانی از جمله مطالبی بودند که در این مقاله مورد بحث قرار گرفته‌اند.

طب و اخلاق پزشکی

ناهید مهران، محمد عباسی^۱، عصمت جعفریگلو

اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم



مقدمه: طب در لغت نظیر واژه دکترا به معنی: مهارت و تخصص و کسب حذاقت در علوم است و چنانچه در طب النبوی آمده است از آن جهت آن را طبیب می‌گویند که دارای مهارت و تخصص و بهره‌افری در رشته پزشکی است. در جای دیگر طبیب به معنی مزکی یعنی پاکیزه‌کننده جان‌ها و صفا بخش روان‌ها آمده است. و در بعضی متون اسلامی از پزشک یا طبیب به‌عنوان رفیق یاد شده است. در روایتی از حضرت علی (ع) ذکر شده است: «هو رفیق هستی و خداوند طبیب است» و در روایتی دیگر از آن حضرت نقل شده است که «مثل طبیب رفیق و نرم‌خو باش».

حضرت امام خمینی (ره) نیز در این رابطه می‌فرمایند: «از جمله شغل‌های بسیار مقدس شغل پزشکی است. شغلی که اگر پزشک به تکالیف خود؛ تکالیف انسانی خودشان عمل نکنند، این شغل بسیار شریف و عبادتی است... که در فراز عبادت‌های درجه اول است. البته مسؤولیت‌هایی هم دارد».

از ضروریات علم پزشکی آشنایی به مسائل معنوی و روحانی و سعی در تزکیه و تعالی این بعد روحانی خود و دیگران است. اسلام به معالجه روح و روان‌شناسی بیمار اهتمام زیادی دارد و تلاش و سعی در معالجه جسم بیمار را در مرتبه دوم قرار

^۱ - Mohamad_abbasi55@yahoo.com

داده است.

حضرت امام خمینی (ره) نیز در این رابطه می‌فرمایند: «یکی از اموری که کمک می‌کند به خوب شدن مریض‌ها و اعاده صحت برای آن‌ها این است که پزشک آن‌ها به آن‌ها تقویت روانی بدهد.»

مسئولیت پزشک بسیار زیاد و همه‌جانبه است، از جمله آن‌ها مسئولیت وی در برابر: خداوند، استاد و موضوع تعلیم و تعلم، وجدان، بیمار و جامعه است. اهم وظایف پزشک نسبت به بیمار عبارت است از: مدارا و خوشرفتاری، اهتمام جدی نسبت به امور بیمار، عدم تمایز نسبت به فقیر و غنی، تمایز بین طبابت و تجارت، توجه به بیمار و جلب اعتماد وی، ارتقاء توان علمی و کسب مهارت، امانت، رعایت تقوی و چشم‌پوشی از محارم، دقت در اوامر و نواهی به بیمار در حدود احکام الهی، رازداری، حدود استفاده از دارو و توصیه به پیش‌گیری.

تجویز دارو برای موارد غیر اندیکاسیونی در کودکان

دکتر سیمین عذار مشایخی^۱، دکتر محمدرضا قندفروش ستاری^۲

۱. دکترای تخصصی فارماکولوژی بالینی، دانشکده داروسازی تبریز و مرکز تحقیقات

هماتولوژی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۲. دکترای تخصصی توکسیکولوژی بالینی، دانشکده داروسازی تبریز و مرکز تحقیقات

هماتولوژی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

برای این‌که بتوان بی‌خطری و مؤثر بودن یک داروی جدید در درمان یک بیماری خاص یا در یک گروه خاص بیمار نشان داد، این دارو باید بر روی افراد داوطلب سالم تست شود و این گروه از افراد داوطلب سالم باید مشابه گروه هدف بیمار باشند. تقریباً تمام اطلاعات موجود پره- کلینیکال ارائه شده توسط صنایع داروسازی از مطالعات انجام شده بر روی افراد بزرگسال به‌دست آمده است و کمبود اطلاعات موجود در مورد مصرف داروها در کودکان عامل نگرانی است. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که افراد در مشاغل پزشکی مجبور به تجویز داروها برای موارد بدون مجوز در کودکان بوده یا مجبور به تجویز دوزهایی بر اساس مطالعات انجام شده در افراد بزرگسال، اندیکاسیون‌های متفاوت یا روش‌های تجویزی متفاوت از روش توصیه شده هستند.

عدم تست یک دارو بر کودکان به معنی آن است که آن دارو برای مصرف در کودکان مجوز مصرف ندارد. به‌علاوه، داروهای مجوزدار برای مواردی خارج از محدوده

اندیکاسیون‌های توصیه شده برای آن دارو در رابطه با سن، اندیکاسیون، دوزاژ، دفعات تجویز و روش تجویز یا شکل دارویی (off label) به صورت شایعی تجویز می‌شوند. این نحوه مصرف دارو در کودکان می‌تواند موجب بروز مشکلات عدیده از جمله عوارض جانبی مرگ‌بار شود. از جمله مثال چنین مواردی می‌توان داروی پروپافان را نام برد که بی‌خطری آن در کودکان به طور کامل مطالعه نشده و تجویز off-label آن در کودکان موجب بروز عوارض جانبی شدیدی در این گروه شده است. تجویز یک دارو برای مواردی خارج از محدوده اندیکاسیون‌های آن دارو مسأله‌ای است که می‌تواند موجب نگرانی پزشک، کودک و خانواده کودک شود.

مطالعه انجام شده در پنج کشور اروپایی بریتانیا، سوئد، آلمان، ایتالیا و هلند نشان داد که حدود نیمی از موارد تجویز دارو در بخش‌های کودکان یا برای موارد بدون مجوز بوده یا خارج از اندیکاسیون‌های توصیه شده بود است مطالعه دیگری نشان داد که حدود ۹۰ درصد نوزادان دارویی برای موارد بدون مجوز یا خارج از اندیکاسیون‌های توصیه شده دریافت کرده بودند.

در نهایت، باید گفت زمانی که تجویز یک داروی بدون مجوز یا یک داروی مجوزدار برای موارد توصیه نشده ضروری است، لازم است که یک قدم فراتر برداشته شده و قبل از تجویز دارو رضایت کودک و والدین کودک اخذ شود.

بررسی مسائل و چالش‌های اخلاقی نانوفناوری،**نگاهی به پیشنهادات موجود****دکتر فتانه سادات بطحایی**

نانوفناوری به سرعت در حال رشد و توسعه است. به نظر می‌رسد که این حوزه متنوع و ناهمگن از علوم و فناوری‌های مختلف می‌تواند سر منشأ پیشرفت‌های عظیم در زندگی بشر شود و یا کابوس‌ها و وقایع آخرالزمانی برای انسان رقم زند که منجر به حذف بشر از کره خاکی شود.

به نظر می‌رسد که دو نوع ارزیابی افراطی از نانوفناوری - که طی سال‌های اولیه رشد نانوفناوری بسیار هم به آن‌ها پرداخته می‌شد - وجود دارد که در عین حال، پایه‌های مشترک زیادی در منشأشان (نانوفناوری) ندارند. نتیجه چنین رویکردهای افراطی چیزی جز مناقشه محض و یا حذف و پس زدن نانوفناوری نمی‌تواند باشد. نگاهی به تاریخ نشان می‌دهد که ملاحظات اخلاقی در مورد فناوری‌های جدید قدمتی طولانی دارند و همواره پیدایش یک فناوری نوین با پیدایش ملاحظات اخلاقی خاص آن ملازم است.

آن‌چه که مشخص است، این است که همان‌قدر که منافع حاصل از نانوفناوری بزرگ و وسیع هستند، عوارض بالقوه و مضرات اتفاقات غیر مترقبه احتمالی آن نیز بزرگ و کشنده می‌توانند باشند. باید در نظر داشت که همان خصوصیات بدیع و شگرف ماده در مقیاس نانو - که سر منشأ تمامی تحولات وابسته به نانوفناوری است - باعث می‌شود

نگرانی‌های زیادی در باب این که چگونه این مواد با بدن انسان و سایر سیستم‌های زنده وارد کنش خواهند شد، ایجاد شود.

امروزه تلاش محافل علمی و اخلاقی و یا سازمان‌های جهانی به سمت یک رویکرد معتدل‌تر و در عین حال دقیق‌تر به نانوفناوری است و بحث‌های متدولوژیک ارزیابی خطر (Risk Assessment) و بررسی‌های دقیق مسائل اخلاق علم و پیشنهادهای مختلف برای رفع چالش‌های اخلاقی در مرکز توجه قرار گرفته‌اند.

در این مقاله سعی خواهد شد تا ضمن مروری اجمالی بر مخاطرات بالقوه و بالفعل نانوفناوری و مطرح کردن مسائل اخلاقی خاص آن، راه حل‌ها و پیشنهادات مطرح شده در این حوزه معرفی شده مورد بحث قرار گیرند. خلاصه‌ای از عناوین موارد مورد بحث را در این جا ذکر کرده‌ایم:

(۱) نیاز به انجام پژوهش‌های هدفمند در حوزه‌های خاص مورد چالش:

از آن جایی که به‌رغم معرفی محصولات نسل اول نانوفناوری به بازار، هنوز داده‌ها در مورد خطرات بالقوه سلامت، محیط زیستی و ایمنی این مواد ناکافی است انجام پژوهش‌ها و تأیید و یا رد مسائل مطرح شده در گروه‌های زیر از اولویت بالایی برخوردار است:

مخاطرات سلامت انسانی، خطرات زیست محیطی، مشکلات ایمنی شغلی، مشکلات

سیاسی و امنیتی

(۲) بررسی مسائل کلی‌تر نانوفناوری:

- مسائل مربوط به تبعات اقتصادی خرد و کلان نانوفناوری و تأثیر آن بر جوامع

- مسائل اخلاقی مربوط به کاربرد نانوفناوری روی افزایش توانایی‌ها و هویت انسانی

- مسائل اخلاقی که کاربرد نانوفناوری می‌تواند برای ارزش‌های اجتماعی، حریم خصوصی و عملکرد فردی انسان ایجاد کند.

- مسائل اخلاقی مربوط به کاربرد نانوفناوری در پزشکی و سیستم‌های درمانی و نحوه هدایت تحقیقات در این زمینه

۳) بررسی راه‌حل‌های ارائه‌شده توسط کشورهای مختلف و نهادهای بین‌المللی مسؤول در مورد چالش‌های ذکر شده

۴) جمع‌آوری آرای صاحب‌نظران داخلی در زمینه‌های اخلاق اسلامی و فقه و تطابق و بررسی آن‌ها با سایر منابع موجود در این زمینه

۵) جمع‌بندی و ارائه پروتکل پیشنهادی اجرایی اخلاقی و پروتکل پیشنهادی راهبردی مطالعات در زمینه چالش‌های پیش رو

نشست

اخلاق و سلامت عمومی



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷

اخلاق پزشکی در توسعه سلامت جامعه از دیدگاه مدیران و رؤسای

بیمارستان‌های دولتی

سمیه زیار^۱

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

زمانی که صحبت از اخلاق پزشکی پیش می‌آید اغلب چنین تصور می‌کنند که این موضوع به مراقبت‌های درمانی و تشخیصی محدود می‌شود و موارد پیش‌گیری و کنترل بیماری‌ها و توسعه سلامت در جامعه را در بر نمی‌گیرد، ولی هدف از اخلاق پزشکی شامل تمام موارد تشخیصی - درمانی و پیش‌گیری از بیماری‌هاست. از این‌رو، این مقاله به بررسی اخلاق پزشکی در توسعه سلامت جامعه از دیدگاه مدیران و رؤسای بیمارستان‌های دولتی منتخب در شهر تهران می‌پردازد.

^۱ - ziar_somayeh@yahoo.com

بررسی نقش و قوانین کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی

نقی شبان یامچی^۱، مائده شجرات

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

به‌منظور دستیابی به اهداف والا و ارزش‌های انسانی و حفظ شأن و کرامت انسانی در انجام پژوهش‌های پزشکی و تأکید بر رعایت جنبه‌های شرعی، حقوقی و اخلاقی در پژوهش‌های علوم پزشکی، کمیته‌هایی در سراسر کشور تشکیل شده است. هدف از تشکیل «کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی» در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی و مراکز تحقیقاتی، در سراسر کشور، «رعایت موازین شرعی، حقوقی و اخلاقی در تمام پژوهش‌های اپیدمیولوژیک و بالینی»، «مراقبت از انسان‌ها در برابر خطرات احتمالی ناشی از تحقیق»، «ترویج فرهنگ استفاده از مشاوران اخلاقی و تخصصی در برنامه‌های تحقیقاتی» و «پیش‌گیری از اجرای طرح‌های تحقیقاتی مغایر با موازین اخلاق اسلامی و اخلاق ملی» است.

در این مقاله سعی بر آن است که با توجه به رویکرد همه‌جانبه و روزافزون دست اندرکاران به ارتقاء پیوند در کشور و با در نظر گرفتن پیشرفت‌های علمی و فنی اخیر در پیوند اعضاء و بافت‌ها و نیز تأکید بر ضرورت انجام پژوهش‌های علمی در این حیطه، الزامات اصول اخلاقی را در این زمینه بررسی نماییم و چگونگی استفاده از بافت‌ها و اعضای انسانی را برای اهداف درمانی، آموزشی و پژوهشی مطرح سازیم.

واژگان کلیدی: اخلاق، پژوهش، پیوند اعضاء، انسان

^۱ - yamchy_kab@yahoo.com

اخلاق پزشکی در پزشکی سنتی و مکمل

آزاده محبی^۱

دانشگاه علوم پزشکی تهران (موزه ملی تاریخ پزشکی)

رواج پزشکی سنتی و مکمل در ایران و جوامع امروز:

همیشه صحبت درباره طب سنتی، مکمل و جایگزین طیف وسیعی از واکنش‌ها را برمی‌انگیزد که از یک گرایش افراطی و انتقادناپذیر تا یک انکار بی‌دلیل و ناآگاهانه را در بر می‌گیرد. با این وجود، طب سنتی و مکمل در کشورهای توسعه‌یافته از مدتی قبل و در کشورهای در حال توسعه به‌صورت روزافزونی در حال گسترش است. در کشورهایی که دارای طب سنتی یا به عبارتی پزشکی بومی و فرهنگی هستند، ممکن است به علت تغییر ساختارهای اجتماعی جامعه رواج طب سنتی کم‌تر شده باشد، ولی به علت رسوخ در فرهنگ مردم و قدمت طولانی هرگز از بین نرفته است. با رویکرد مجدد جهانی به پزشکی سنتی که به اشکال گوناگون طب مکمل خود را نشان می‌دهد، رونق این رشته از پزشکی دوباره برقرار شده است. پزشکی سنتی ایران نیز، با توجه به قدمت و سابقه‌ای که دارد، از این مقوله مستثنی نیست، به‌خصوص که با تأسیس مراکز دانشگاهی و علمی معتبر گسترش فرهنگی و علمی پزشکی سنتی ایران بیش‌تر می‌شود.

^۱ - mohebbi_azadeh@yahoo.com

علت رواج و موارد کاربرد پزشکی سنتی و مکمل :

علت رواج پزشکی مکمل یا به عبارتی دیگر پزشکی سنتی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه متفاوت است.

در کشورهای توسعه‌یافته، پزشکی سنتی بومی آن کشور، در واقع، بخشی از خدمات بهداشتی - درمانی غیررسمی آن کشور را تشکیل می‌دهند. دسترسی آسان و هزینه کم در این کشورها علت اصلی مراجعه مردم به پزشکی سنتی است و طبیعتاً این درمان‌ها بیش‌تر شامل گروه‌های کم‌درآمد می‌شود.

در حالی که در کشورهای در حال توسعه‌ای که دارای مکتب پزشکی سنتی کهنی هستند، این علت را به تنهایی نمی‌توان دلیل رویکرد به پزشکی سنتی دانست. در این کشورها اعتقاد، باور و کاربردی بودن این پزشکی در نزد مردم در کنار دسترسی آسان و هزینه کم، علت اصلی مراجعه بیماران در همه گروه‌های فرهنگی و اقتصادی به این بخش پزشکی است.

عواملی هم‌چون عدم پاسخگویی درمانی مناسب توسط طب رایج به‌خصوص در بیماری‌های مزمن، هماهنگ‌بودن درمان‌های پزشکی مکمل با طبیعت و وجود خود بیمار، هزینه کم‌تر و شیوه درمان ساده‌تر را از علل گرایش مردم کشورهای توسعه‌یافته به پزشکی مکمل دانسته‌اند.

رویکرد مناسب به این پزشکی:

در مقابل گرایش افراطی و انتقادناپذیر از این بخش از پزشکی یا انکار بی‌دلیل و ناآگاهانه علیه آن، استفاده منطقی و پایه‌ریزی اقدامات صحیح در زمینه پزشکی سنتی و مکمل می‌تواند راهبردی علمی و کارساز باشد. «سیاست‌گذاری صحیح و علمی» و

«ایمنی، کارآیی و کیفیت، روش‌ها و درمان‌های به‌کار رفته» می‌تواند از پایه‌های اساسی و علمی برنامه‌ریزی در این رشته باشد.

تمامی این موارد به نوعی در بحث اخلاق پزشکی مطرح می‌شود و شرایط و قوانین توجه به این موارد در آن آمده است، بدین معنی که با توجه به تمایل فرهنگی جامعه و رواج این پزشکی در بین مردم نباید از رویکرد علمی به آن غافل بود و برای جلوگیری از سوءاستفاده‌ها و کاربردهای غلط و نادرست باید با نگرش و شیوه منطقی و علمی در گسترش آن تلاش نمود.

بخش مهمی از این برنامه‌ریزی، توجه به قوانین اخلاق پزشکی در زمینه پزشکی سنتی و پزشکی مکمل است و برخی از این قوانین مربوط به ارگان‌های دولتی است؛ مانند:

- ۱- وجود واحد یا دپارتمان TM/CAM در وزارت بهداشت
 - ۲- مقررات تولیدات گیاهی و صنایع تولیدات گیاهی
 - ۳- اعمال TM CAM در همه سطوح شامل بیمارستان‌های عمومی
 - ۴- پوشش بیمه درمانی برای درمان و محصولات
 - ۵- مؤسسه تحقیقاتی در سطح ملی یا دانشگاهی
 - ۶- آموزش ملی در سطح دانشگاهی برای پزشکان، داروسازان و پرستاران
- علت این‌که مسائل فوق در بحث اخلاق پزشکی مطرح می‌شوند، تأثیر مستقیم این موارد در نحوه ارائه درمان به بیمار است.

به نظر می‌رسد وجود قوانین مدون (Code of Ethics) در سیستم بهداشتی - درمانی که حقوق بیمار و وظایف پزشک را به‌طور دقیق بیان نماید در سامان‌دهی و استفاده درست از این شاخه از پزشکی بسیار مؤثر خواهد بود.

به‌طور مثال، لیست قوانین اخلاقی (راهنما و دستورالعمل درمان‌ها)

Code of Ethics (Code of conduct & disciplinary procedures)
European herbal practitioners

که توسط اتحادیه پزشکان گیاهی اروپا تهیه شده است، به‌طور مفصل به شرح حقوق بیمار در تمامی رده‌های سنی و شرایط جسمی و فکری (مانند معلولان ذهنی و جسمی) و وظایف پزشک پرداخته است.

باید توجه دقیق داشت که اگرچه درمان‌های پزشکی سنتی و مکمل اکثراً تهاجمی و شدیداً مداخله‌گر نیستند، ولی به‌طور مثال در زمانی که بیماری حاد است و هنوز هیچ تشخیص دقیقی ندارد، درمان اولیه طب مکمل نه تنها نمی‌تواند مؤثر باشد، بلکه در مواردی حتی می‌تواند بسیار خطرناک و مسأله‌ساز باشد.

از آن گذشته، ضروری است که این آگاهی ایجاد شود که داروهای گیاهی علی‌رغم ضرر کم دارای دوز معین هستند و به دلیل اثرات درمانی قوی می‌توانند با یکدیگر یا با داروهای شیمیایی تداخل ایجاد کنند و در موارد زیادی دارای عوارض جانبی و در موارد خاصی دارای عوارض بسیار خطرناک در برخی از بیماران باشند.

از این رو، با توجه به گسترش پزشکی سنتی و مکمل، برای جلوگیری از استفاده ناآگاهانه و غلط از این رشته پزشکی توجه به مبحث اخلاق پزشکی در پزشکی سنتی و پزشکی مکمل هرچه سریع‌تر الزامی و ضروری است.

اخلاق در مدیریت بهداشتی

مهديه شجاعی باغینی^۱، فاطمه معارف دوست

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

اخلاق، صرفاً یک تئوری یا یک صحبت نیست و بایستی به‌طور منظم در مؤسسات مراقبت بهداشتی به کار گرفته شود. تأثیر اخلاق در سازمان به حدی است که فرهنگ سازمانی از آن تأسی پذیرفته و البته به نحو متقابل فرهنگ سازمانی نیز روی تصمیمات اخلاقی تأثیرگذار است.

به‌طور کلی، عوامل اثرگذار بر اخلاق در یک مؤسسه مراقبت بهداشتی، به دو دسته عوامل خارجی و داخلی تقسیم می‌شوند.

عوامل خارجی عبارتند از:

- استانداردهای سازمان‌های اعتباربخشی مانند کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت بهداشتی^۲
- بازار و مشتریان مراقبت بهداشتی بر اخلاق که خود شامل تکنولوژی و میانگین سنی جمعیت می‌شود.
- مسؤولیت اجتماعی و تأثیر آن بر اخلاق که دربرگیرنده عوامل پیش‌گیری و تضمین کیفیت می‌شود.

^۱ - shojaei_mahdieh@yahoo.com

^۲ - Joint Commission Accreditation of Health Organization(JCAHO)

- تأثیر تکنولوژی بر اخلاق که در این مورد هم باید به دو نکته هزینه و کمبود امکانات توجه گردد.

و عوامل تأثیرگذار داخل سازمانی عبارتند از:

- مسائل مالی سازمان
- فرهنگ سازمان
- خود ارزیابی
- مسأله بیمار که شامل تجربه مراقبت بهداشتی بیمار و مراقبت بیمار محور می‌شود.

در این مقاله عوامل تأثیرگذار داخلی و خارجی به تفصیل شرح داده خواهد شد.

جایگاه اخلاق پزشکی در توسعه گردشگری سلامت
علیرضا جباری^۱، سید جمال‌الدین طبیبی، بهرام دلگشایی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

گردشگری سلامت به مسافرت مصرف‌کنندگان (خدمات سلامت) به کشوری که خدمات تشخیصی و درمانی ارائه می‌دهد، اطلاق می‌شود. ترکیبی از عوامل مختلف نظیر «هزینه‌های سرسام‌آور مراقبت‌های سلامت در کشورهای صنعتی»، «افزایش سهولت مسافرت‌های بین‌المللی»، «سرخ‌های مطلوب تبدیل ارز در اقتصاد جهانی»، «پیشرفت‌های سریع تکنولوژی پزشکی» و «standards مراقبت» در بیش‌تر کشورها از یک جانب و از جانب دیگر وجود «اینترنت» منجر به افزایش و عمومیت یافتن این نوع گردشگری در سال‌های اخیر شده است.

هدف از این پژوهش بررسی جایگاه اخلاق پزشکی در توسعه گردشگری سلامت است. اطلاعات مورد نیاز این پژوهش که از نوع پژوهش‌های تطبیقی، مقطعی و توصیفی است، از طریق کتابخانه، مراجعه به سایت‌های اینترنتی معتبر و پایگاه‌های معتبر داده، گردآوری می‌گردد. تجارب کشورهای پیشرو گردشگری سلامت در این زمینه ارائه می‌گردد و در پایان اهمیت اخلاق پزشکی در توسعه گردشگری سلامت با استفاده از یافته‌های پژوهش مورد تحلیل قرار می‌گیرد.

واژگان کلیدی: گردشگری سلامت، اخلاق پزشکی

^۱ - drjabbaria@gmail.com

چالش‌های اخلاق پزشکی در جوامع اطلاعاتی

فرزانه امین‌پور

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

پیشرفت‌های علمی عصر حاضر در زمینه دسترسی، پردازش، ذخیره و انتقال اطلاعات به‌طور چشم‌گیری موجب توسعه فناوری‌های گوناگون اطلاعاتی شده و اطلاعات را به سبیل عصر حاضر مبدل کرده است. کاربرد گسترده فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات در زندگی اجتماعی بشر به شکل‌گیری جوامع اطلاعاتی منجر گشته که در آن تأکید اصلی بر روی سیستم‌های کامپیوتری و شبکه‌های اطلاعاتی است. در حال حاضر، فناوری‌های گوناگون اطلاع‌رسانی پزشکی بخش مهمی از زیرساختار سلامت جامعه را تشکیل می‌دهند. این فناوری‌ها بر ایجاد و کاربرد روش‌ها و سیستم‌هایی برای گردآوری، پردازش و تفسیر داده‌های بیمار به کمک اطلاعات حاصل از پژوهش‌های علمی می‌پردازند و از طریق کاهش محدودیت‌های زمانی و مکانی امکان دسترسی مردم به خدمات پزشکی، ارتقا کیفیت مراقبت از بیمار و کاهش هزینه‌های این خدمات را افزایش می‌دهند. از دیگر سو، رعایت اصول اخلاقی در پزشکی موضوع مهمی است که از دیرباز مورد توجه خاص مدیران سیستم‌های بهداشتی و درمانی بوده است. توسعه روزافزون فناوری‌های دیجیتال و کاربرد آن‌ها در حوزه علوم پزشکی با وجود دارا بودن مزایای بی‌شمار، مدیران این سیستم‌ها، را که در جوامع اطلاعاتی با فناوری‌های گوناگون

اطلاع‌رسانی پزشکی و همچنین اطلاعات و سوابق بیماران سروکار دارند، با چالش‌های جدیدی روبه‌رو می‌سازند که اغلب در نتیجه تقابل یا عدم رعایت اصول اخلاقی در پزشکی نوین ایجاد می‌شود.

رعایت اخلاق پزشکی در جوامع اطلاعاتی و توجه به چهار اصل مهم مطرح در آن یعنی سودمندی، اختیار، صداقت و عدالت در جریان کاربرد فناوری‌های اطلاع‌رسانی پزشکی برای مقابله با این چالش‌ها کاملاً ضروری است.

طرح و بررسی چالش‌های اخلاقی در زمینه تولید، دسترسی، اشاعه، ذخیره‌سازی و استفاده از اطلاعات بیمار در محیط‌های الکترونیکی و تدوین راهکارهای مناسب و عملی می‌تواند به رعایت اخلاق پزشکی و حمایت از اصول سودمندی، مساوات، عدالت، اختیار و احترام به آزادی‌های فردی در جوامع اطلاعاتی رو به رشد کمک نماید.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، اخلاق اطلاعاتی، اطلاع‌رسانی پزشکی، مدیریت اطلاعات سلامت، فناوری اطلاعات و ارتباطات

رعایت اصول اخلاقی در کارآزمایی‌های بالینی

دکتر سیمین عذار مشایخی^۱، دکتر محمدرضا قندفروش ستاری^۲

۱. دکترای تخصصی فارماکولوژی بالینی، دانشکده داروسازی تبریز و مرکز تحقیقات

هماتولوژی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۲. دکترای تخصصی توکسیکولوژی بالینی، دانشکده داروسازی تبریز و مرکز تحقیقات

هماتولوژی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

یک کارآزمایی بالینی یا clinical trial یک‌سری آزمایش برای یافتن اثربخشی یک رژیم درمانی در مقایسه با درمان‌های موجود است. علاوه بر مطالعات انجام‌شده بر روی «داروهای جدید، مصارف جدید یا مصرف توأم داروهای موجود»، این‌گونه مطالعات «روش‌های جدید تجویز» و «تغییرات ناشی از نحوه زندگی» را نیز بررسی می‌کنند. «بررسی عوارض جانبی داروها» هم جزء مهمی از کارآزمایی‌های بالینی را شامل می‌شود.

کارآزمایی‌های بالینی مهم‌ترین و صحیح‌ترین روش‌های بررسی اثربخشی یک درمان جدید هستند. قبل از انجام درمان بر روی بیمار، یک روش درمانی جدید به دقت در آزمایشگاه و بر روی حیوانات آزمایشگاهی امتحان می‌شود. البته باید توجه داشت که این تحقیقات به هیچ عنوان نمی‌توانند پاسخ انسان و عوارض جانبی را به‌صورت کامل مشخص نمایند. برای مشخص شدن این مسائل لازم است که درمان تحت شرایط کنترل‌شده بر روی بیمار انجام و پاسخ بیمار به‌صورت کامل ثبت گردد. این روش

ارزیابی برای مطمئن شدن از بی‌خطری و مؤثر بودن درمان در زمان تجویز به افراد جامعه ضروری است.

افرادی که در مطالعات بالینی شرکت می‌کنند ممکن است درمان‌هایی را دریافت نکنند که هنوز در دسترس عموم نیست، منتها دریافت درمان جدید هم همیشه به معنی دریافت درمان بهتر از درمان استاندارد نیست. به‌علاوه، درمان جدید ممکن است عوارض جانبی خارج از انتظار محققان را داشته باشد. مسأله مهم دیگر این است که شرکت‌کننده باید آگاه باشد که او ممکن است داروی جدید را دریافت نکند (به‌خصوص در مطالعات یک‌سو یا دوسو کور) و حتی ممکن است که پزشک هم تا پایان مطالعه از این موضوع آگاه نباشد (مطالعات دوسو کور). افراد داوطلب شرکت در یک مطالعه بالینی باید دارای شرایط خاص لازم برای آن مطالعه از نظر سابقه پزشکی، سلامتی فیزیکی و مایل به اجرای رژیم درمانی و انجام مراجعات مکرر باشند.

با توجه به مسائل فوق، فرد داوطلب برای شرکت در یک کارآزمایی بالینی باید موضوع شرکت خود در این کارآزمایی بالینی را با یک نفر آگاه ولی مستقل در میان بگذارد و منافع و مضرات احتمالی آن را در نظر داشته باشد. این اطلاعات را می‌توان با پرسیدن سؤالات زیر به دست آورد:

- ۱- هدف اصلی کارآزمایی بالینی چیست؟
- ۲- مدت زمان کارآزمایی بالینی چیست؟
- ۳- محل انجام کارآزمایی بالینی کجاست؟
- ۴- چه درمانی استفاده خواهد شد و چگونه؟
- ۵- فواید احتمالی آن چیست؟

- ۶- آیا احتمال بروز خطرانی وجود دارد؟
- ۷- سلامتی داوطلب چگونه تحت نظر خواهد بود؟
- ۸- درمان‌های جانبی موجود (علاوه بر درمان ارائه‌شده در کارآزمایی بالینی) چیست؟
- ۹- فرد مسئول کارآزمایی بالینی کیست؟
- ۱۰- آیا نیازی به پرداخت پول برای شرکت در کارآزمایی بالینی وجود دارد؟
- ۱۱- در صورت بروز ضرر و زیان جسمی، چه کسی مسئولیت پرداخت هزینه‌های درمانی ممکن را بر عهده خواهد داشت؟

حق امتناع از درمان و سلامت بیمار: چالش‌ها

خدیجه نصیریانی، سهیلا نظریان

همیشه این سؤالات مطرح بوده است که «آیا انسان قادر به محروم‌سازی خود از مزایای درمان و مراقبت و به مخاطره انداختن زندگی خود یا حق مردن است؟»، «آیا تیمم بهداشتی - درمانی می‌تواند در خودکشی بیمار معاونت داشته باشد؟» و «در مقابل آیا بیمار حق ندارند آن‌چه را که قرار است روی بدنش انجام شود تعیین کند؟»

اولین نکته که در پاسخ به سؤالات فوق به ذهن می‌رسد این است که بیش‌ترین مشکلات مربوط به حقوق بیماران در رابطه با موضوعات رد درمان و مراقبت است. در پاسخ به سؤالات فوق باید گفت که هر فردی که به سن قانونی رسیده است حق دارد: ۱- درمان خود را قبول یا رد کند. ۲- درمان فرزندانش را در اغلب موارد قبول یا رد کند. حتی اگر شخص در صورت امتناع از درمان فوت کند، باز هم رد درمان حق اوست، به شرط این که کاملاً درباره وضعیت پزشکی خویش و عواقب رد درمان آگاه باشد. قوانین دادگاه‌ها تقریباً به کلیه بیماران حق امتناع از قبول درمان را داده‌اند. معمولاً بیش‌تر موارد دادگاهی مربوط به حق رد درمان بیماران صعب‌العلاج یا خانواده‌های آن‌ها در مورد درخواست قطع درمان‌های حمایتی است. قبل از رد درمان ابتدا باید خطرات و عواقب ناشی از عدم انجام روش‌های درمانی برای وی توضیح داد و سعی در متقاعد کردن بیمار به فواید درمان شود. اما از آزار و تهدید یا دادن اطلاعات غلط باید خودداری

کرد و نباید بیمار را از بقیه درمان‌ها محروم ساخت. اگر بیمار با درک خطرات باز هم رضایت ندهد، باید به تصمیم وی احترام گذاشته شود. البته بیمار باید فرم رد درمان را امضاء کند، این فرم نشان می‌دهد که وی از قبول درمان امتناع کرده است. نگاه‌داری این فرم در پرونده جهت حمایت از پزشک، پرستار و مرکز درمانی در موارد قانونی و دادگاهی لازم است. اگر بیمار حاضر به امضاء این فرم نیست، این نکته باید در پرونده یادداشت شود. به‌منظور حصول اطمینان از رعایت مقررات، از همسر یا بزرگ‌ترین خویشاوند خواسته می‌شود فرم دیگری را مبنی بر رد درمان امضاء کند. هم‌چنین در مورد افراد مسنی که از گرفتن دارو امتناع ورزیده‌اند و افرادی که کاملاً هوشیار نبوده‌اند یا آمادگی کافی جهت شنیدن دلایل را نداشته‌اند، باید با تهیه یادداشتی نظرات و نهایتاً تصمیم خود را اعم از این که «صلاحیت بیمار و تمایلات او مورد قبول است یا خیر و آیا بیمار هوشیار بوده یا موقعیت اورژانسی است یا خیر؟» ثبت کرد و باید یقین داشت که یادداشت‌ها معقول بودن تصمیم را نشان می‌دهد که این در اکثر موارد کفایت می‌کند. در مورد کودکان، والدین حق قبول یا رد درمان فرزندانشان را دارند. اما در بعضی موارد این حق از آن‌ها سلب می‌شود و آن درمان‌هایی است که کودک را از مرگ یا معلولیت نجات می‌دهد. اما بیماران بزرگسال باصلاحیت حق دارند که براساس اعتقادات مذهبی خود از قبول درمان سر باز زنند. از دیگر مشکلات شایع، ترک بیمارستان علی‌رغم وجود توصیه‌های پزشکی است. از آن‌جا که برای نگاه‌داشتن بیمار در بیمارستان نیاز به رضایت اوست، باید اجازه خروج به بیمار بالغ باصلاحیت تصمیم‌گیری داده شود. در اکثر بیمارستان‌ها بیماران با امضاء فرمی مسؤولیت عواقب ناشی از این کار خود را به عهده می‌گیرند و در این صورت بیمارستان هیچ مسؤولیتی در قبال بیماران ندارد.

بنابراین، اگر بیماری تصمیم به ترک بیمارستان داشته باشد، ابتدا باید به حرف‌های او توجه کرد و سعی در برطرف کردن مشکل وی شود، اما اگر باز پافشاری کرد، اقدامات زیر انجام شود:

۱- با خانواده بیمار تماس گرفته و تصمیم بیمار به اطلاع آن‌ها رسانده شود. در صورتی‌که انجام این کار میسر نبوده با فردی که به‌عنوان مسئول بیمار در پرونده معرفی شده است تماس گرفته شود.

۲- بیمار باید فرم مخصوص را امضاء کند. تصمیم به ترک بیمارستان مساوی با رد درمان بوده و پرستار باید شاهد امضاء بیمار باشد.

۳- بیمار باید از خطرات ناشی از ترک بیمارستان آگاه شود.

۴- در مورد مراقبت‌های بعد از ترخیص به بیماران آموزش داده شود.

یکی دیگر از موارد رد درمان، «حق عدم شرکت در تحقیقات» است. قبل از شروع پروژه‌های تحقیقاتی باید اهداف، روش‌ها، فواید احتمالی، خطرات و عوارض بالقوه و هرگونه پیامد دیگری برای بیمار شرح داده شود و به آن‌ها یادآوری شود در هر زمان قادر به ترک شرکت در تحقیق هستند. بنابراین، برای شرکت در تحقیق باید یک رضایت آگاهانه و آزادانه و ترجیحاً کتبی گرفته شود. در این مورد اعلامیه‌های مختلفی توسط بعضی از سازمان‌ها منتشر شده است، از جمله انجمن پرستاران آمریکا قوانینی را تحت عنوان رهنمودهای حقوق انسان برای پرستار در تحقیق بالینی و غیره مطرح کرده که در سال‌های ۱۹۷۵ و ۱۹۸۵ مورد بازنگری قرار گرفته است. پزشکان آلمانی نیز در نورمبرگ کد استاندارد ده ماده‌ای را مرتبط با حقوق انسان‌ها در تحقیقات تنظیم کرده‌اند. اعلامیه هلسینکی نیز، که توسط مجمع جهانی طب فنلاند در سال ۱۹۶۴

تدوین و در سال‌های ۱۹۸۱ و ۱۹۸۴ و ۱۹۸۹ مورد بازنگری قرار گرفته است، پیشنهادات خود را براساس کد نورمبرگ در مورد اهداف تحقیقات زیستی - طبی بر روی انسان‌ها ارائه داده است. در این اعلامیه حقوق افراد شرکت‌کننده در تحقیقات و اهداف آن به‌طور کامل شرح داده شده است.

چهارچوب مفهومی کنترل برابری در سلامت و مراقبت‌های سلامتی

سید پوریا هدایتی ناصرکیاده

مقدمه: اهداف این مقاله، بیان چهارچوب مفهومی در خصوص پایش عدالت در سلامت و مراقبت بهداشتی است. این مقاله بر ۴ سوال اصلی متمرکز است: عدالت در سلامت چیست؟ پایش چیست؟ اجزای ضروری یک سیستم برای پایش عدالت سلامت چه چیز است؟ و چرا عدالت در سلامت باید مورد پایش قرار گیرد؟

پایش عدالت در سلامت و مراقبت بهداشتی، نیازمند مقایسه شاخص‌های سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی آن در بین گروه‌های اجتماعی با سطوح مختلف منافع اجتماعی است، نظیر گروه‌هایی که وضعیت‌های متفاوتی را در سلسله مراتب اجتماعی ایفا می‌کنند. چهارچوبی که برای شکل‌گیری سؤالات کلیدی ارائه شده است، گروه‌های اجتماعی را جهت مقایسه تعریف می‌کند و شاخص‌های سلامت را انتخاب می‌کند و اختلافی که به‌صورت اساسی و پایه‌ای در پایش عدالت در سلامت حاصل شده است، اندازه‌گیری می‌کند. اگر چه پایش عدالت در سلامت یک کوشش علمی است ولی هدف اصلی آن هدایت به ارزش‌ها است، چالش‌های فنی موجود باید به‌عنوان بخشی از استراتژی وسیع، جهت مواجهه با موانع سیاسی به دسترسی بیشتر به عدالت مورد توجه قرار گیرد.

روش پژوهش: این مطالعه از نوع مطالعات مروری بوده که از طریق مطالعاتی و جست‌وجوی اینترنتی انجام گرفته است.

یافته‌ها: یافته‌های این مقاله، گام‌های ضروری طراحی یک سیستم برای پایش عدالت در سلامت و مراقبت بهداشتی را مطرح می‌کند که شامل ۸ گام است که به ترتیب عبارتند از تعریف گروه‌های اجتماعی دارای اولویت، تعریف نیازهای اطلاعاتی مرتبط با عدالت در سلامت و تعیین‌کننده‌های آن، تعریف منابع اطلاعاتی گروه‌ها، تعریف شاخص‌های وضعیت سلامت و تعیین‌کننده‌های اصلی وضعیت سلامت به‌عنوان بخشی از مراقبت بهداشتی و خود مراقبت بهداشتی، توصیف الگوهای رایج در زمینه نابرابری‌های اجتماعی در سلامت و تعیین‌کننده‌های آن، توصیف گرایش‌های این الگوها بر روی زمان، ایجاد یک فرایند عمومی و قابل شمول از بررسی مفاهیم سیاسی الگوها و گرایش‌ها. در نهایت، توسعه و طرح‌ریزی در حرکت به برنامه استراتژیک برای اجرا، پایش و پژوهش در خصوص موانع فنی و سیاسی مرتبط.

نتیجه‌گیری: این مقاله نشان می‌دهد در صورت کافی نبودن فعالیت مؤثر، جهت دسترسی بیش‌تر به عدالت در سلامت، نظام اطلاعاتی می‌تواند نقش مهمی را در این زمینه بازی کند. حرکت به سمت عدالت، بیش‌تر نیازمند توجه خاص به نیازهای گروه‌های عدم برخوردار از امتیاز و گروه‌های قدرتمندتر به منظور پایداری چنین تلاش‌هایی است. در نهایت این‌که پایش عدالت در سلامت یک تلاش علمی است اما هدف اساسی آن هدایت به ارزش‌ها- اصول اخلاقی عدالت توزیعی و توجه به حقوق انسانی شامل نبود تبعیض و حق سلامت می‌باشد که بهترین متد و اطلاعات مورد نیاز برای پایش عدالت در هر کشور مجازی در جهان- حتی فقیرترین ملل با محدودترین

اطلاعات- با استفاده از اطلاعات موجود و متدهای ساده و ارائه روشنی از مفهوم آن چه که ما می‌خواهیم پایش کنیم و چرا می‌خواهیم پایش کنیم، تکمیل می‌گردد.

واژگان کلیدی: عدالت در سلامت، بی‌عدالتی، پایش، سلامت، مراقبت بهداشتی، شاخص‌های سلامت، وضعیت سلامت

پیشنهاد تشکیل کمیته‌های اخلاق پزشکی منطقه‌ای

دکتر ناهید جوکار^۱

واحد آموزش و پژوهش بهداشت و درمان صنعت نفت فارس

طی سال‌های اخیر روند رشد تولید علم در ایران، با نرخ‌ی بیش از ۲۳ درصد در سال، بیش از تمام کشورهای منطقه بوده است. با افزایش کمی و کیفی پژوهش در کشور، رعایت اصول اخلاقی در پژوهش به‌ویژه در پژوهش‌هایی که موضوع مورد مطالعه انسان است، بسیار حائز اهمیت است. در این راستا، انطباق اصول اخلاقی مورد تأیید مجامع بین‌المللی با الگوهای فرهنگی، آداب و رسوم و مسائل مذهبی - منطقه‌ای در هر کشور از جمله واجباتی است که بی‌شک سبب کاهش بروز بسیاری از مشکلات در امر پژوهش خواهد شد. با عنایت به نکات ذکرشده در این مقاله، پیشنهاد ساختار یک کمیته اخلاق پزشکی و ترکیب اعضاء این کمیته مطرح خواهد شد. حضور چند محقق، یک نفر عالم مذهبی و یک فرد عادی در این کمیته لازم به‌نظر می‌رسد. تدوین اساسنامه و مقررات حاکم بر پژوهش در ممالک اسلامی منطقه از دیگر محورهای مورد بحث در این مقاله خواهد بود. معضلات پیش روی این کمیته و رویکردهای پیشنهادی مختلفی که این کمیته باید به مسائل مختلف داشته باشد مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت.

^۱ - n_jowkar@yahoo.com

ملاحظات اخلاق پزشکی در طب مکمل و جایگزین

دلارام صدرایی شاملو^۱، حمیدرضا ادهمی

امروزه طب مکمل و جایگزین به‌عنوان بخش مهمی از مراقبت‌های بهداشتی-درمانی مطرح است و میزان بالای پذیرش آن در میان عموم سبب مطرح‌شدن چالش‌هایی برای متخصصان بهداشتی-درمانی با هر نوع عقیده گردیده و همچنین دسته‌ای از نکات اخلاقی را به‌وجود آورده است. با در نظر گرفتن مزایا و خطرات طب رایج در برابر طب مکمل و جایگزین مانند وخامت و حاد بودن بیماری و درمان‌پذیر بودن بیماری با روش‌های درمانی رایج، میزان تهاجمی‌بودن، مسمومیت‌ها و عوارض جانبی همراه با درمان‌های رایج، در مقابل در دسترس بودن و کیفیت شواهد مبنی بر کارایی و ایمنی درمان‌های مکمل و جایگزین مورد نظر، به همراه آگاهی بیمار و پذیرش داوطلبانه خطرات و تأکید بیمار بر استفاده از روش‌های درمانی مکمل و جایگزین، ارائه‌دهندگان خدمات مکمل و جایگزین را بر آن داشته است که یک طرح بالینی منطقی و مناسب از نظر اخلاق پزشکی در راستای شرایط منحصر به فرد هر بیمار ارائه نمایند. پزشکان تشویق می‌شوند که در حل مشکلات بیمارانشان دخیل باشند و در هنگام مشاوره درباره درمان‌های مکمل و جایگزین سعی بر شفاف‌کردن ارزش‌های

^۱ - hradhami@yahoo.com

بنیادی و باورهای بیمار داشته باشند. این مقاله تلاشی است برای دستیابی به برخی از نکات اخلاقی آشکار و کاربردی طب مکمل و جایگزین.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، طب مکمل و جایگزین، مراقبت‌های بهداشتی-درمانی، ایمنی، ارزش‌های بنیادی

نشست

اخلاق پزشکی، ملاحظات آغاز حیات



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷

بررسی قوانین و حقوق پزشکی اخلاقی ایران در درمان ناباروری

شیرین فتاح پور، شهره فتاح پور، سعید رضا شیخی،

مریم میرزایی، مریم صدقی

امروزه یکی از مشکلاتی که گریبان‌گیر سلامت روحی و روانی و به دنبال آن سلامت جسمی گروهی از افراد جامعه بشری است، مسائل مربوط به باروری و ناباروری زوجین است. پیشرفت‌های چشم‌گیر و ظهور روش‌های جدید در علم ژنتیک و تعامل آن با پزشکی که هدفی جز یاری رساندن و ایجاد شرایط مناسب برای داشتن یک زندگی بهتر را دنبال نمی‌کند، آینده‌ای نویدبخش را در درمان این مشکلات به همراه خواهد داشت. روش‌هایی از جمله: «اهدای تخمک و اسپرم»، «مادر جانشین»، «آزمایشات پیشرفته تشخیص بیماری پیش از تولد» و در صورت لزوم «سقط جنین» از این جمله‌اند. بدون شک این روش‌های جدید مشکلات ناخواسته‌ای را به همراه دارد که وقتی از مرحله آزمایشگاهی به مرحله کلینیکی وارد می‌شود نمود پیدا می‌کند. خصوصاً ساختار و عرف جامعه دینی ما شرایط کاملاً متفاوتی را نسبت به سایر کشورهای جهان در این باره ایجاب می‌کند. در این میان، مسائل انسانی مرتبط از جمله مشکلات اخلاقی، فقهی و حقوقی این مبحث بسیار مطرح است.

در این مجال ما به بررسی مسائل اخلاقی فقهی و حقوقی حاکم بر جامعه ایران می‌پردازیم و در نهایت سعی در شناخت ضعف‌های موجود در این مباحث که مانع پیشرفت پژوهشگران متدین و مقید است می‌کنیم و امکان ارتباط بین مباحث علمی و حقوقی، طریقه اطلاع‌رسانی محافل قانون‌گذار و کمبود قوانین کارا و شفاف را بررسی می‌کنیم.

حقوق نوزاد تازه متولد شده

اشرف محمدزاده^۱، احمدشاه فرهت^۱

۱- دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۲- مرکز تحقیقات نوزادان، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان امام رضا (ع)

نوزاد در زندگی داخل رحمی معمولاً از هر گونه محرک عفونی اجتماعی و مبرا است، لذا بعد از تولد در برخورد با این محرک‌ها نیاز به حمایت دارد. نوزاد در داخل رحم مادر در یک محل گرم و ایمن از طریق بند ناف خون و مواد غذایی دریافت می‌کند و رشد و تکامل می‌یابد. پس از تولد برای این که رشد و تکامل به‌خوبی ادامه یابد و تطابق نوزاد با محرک‌های خارج رحمی به‌خوبی صورت گیرد، بایستی از حقوق زیر برخوردار باشد:

۱. برقراری تماس پوست به پوست و چشم به چشم نوزاد با مادر بلافاصله پس از تولد

۲. شروع تغذیه از پستان مادر در ساعت اول تولد

۳. انجام مراقبت‌های درمانی، پیش‌گیری و معاینه نوزاد در حالی باید صورت گیرد که نوزاد در اتاق مادر و در تخت وی قرار دارد

(Rooming in , Bedding in)

1 - Mohammadzadeh_ashraf@yahoo.com

۴. انجام مراقبت نوزاد نارس به روش هم‌آغوشی مادرانه (KMC).
 ۵. انجام روش‌های درمانی برای نوزاد بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه با حضور شبانه‌روزی مادر
 ۶. حضور آزادانه مادر در محل مراقبت از نوزاد، دادن امکانات رفاهی و آموزشی به مادر در مراقبت از نوزاد
 ۷. ملاقات آزاد پدر، مادر بزرگان و کسانی که در آینده در مراقبت نوزاد نقش دارند.
 ۸. انجام مراقبت‌های روتین شیرخوار مانند (واکسیناسیون و تزریق ویتامین کا)
 ۹. کمک گرفتن از مددکار اجتماعی برای حمایت والدین نوزاد بیمار و یا نوزادان نارس
- ساعات اولیه تولد به‌خصوص ۱۲ ساعت اول و بالاحص نیم‌ساعت اول یک دوره بحرانی برای نوزاد است که در آن بایستی نوزاد در کنار مادر باشد و ارتباط چشم به چشم و پوست به پوست بین آن‌ها برقرار گردد. این ارتباط باعث برقراری پیوند عاطفی محکم بین مادر و نوزاد می‌شود که ماحصل آن تطابق اجتماعی بهتر این کودکان در آینده و افزایش درک و فهم آن‌هاست. لذا برای بستن بند ناف بایستی نوزاد بر شکم و سینه مادر قرار گیرد و بند ناف بسته شود.
- شروع تغذیه در ساعت اول تولد، سالانه جان یک میلیون کودک را از مرگ نجات می‌دهد (شعار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷). شیر مادر به علت خواص تغذیه‌ای و ایمنولوژی بالا از مرگ و میر نوزادان جلوگیری می‌کند.
- معاینه فیزیکی اولیه و مراقبت‌های پیش‌گیرانه‌ای، که نوزادان در بدو تولد دریافت می‌کنند، باید در کنار مادر و در حالی که نوزاد در تخت مادر قرار دارد انجام شود. در

این روش مراقبت، نوزاد آرام‌تر است و گریه نمی‌کند و از مزایای تداوم شیردهی بهره می‌برد و مشکلات پستانی مادر کم‌تر است و برای مادر فرصتی است که اطلاعات مورد نیازش را از پزشک دریافت نماید. ورود و خروج پدر و مادر در واحدی که نوزاد قرار دارد بایستی در تمام ساعات شبانه‌روز آزاد باشد. امکانات رفاهی برای اقامت ۲۴ ساعته مادر بایستی مهیا گردد. آگاهی دادن به والدین در مورد مراقبت از نوزاد و آموزش‌های مستقیم چهره به چهره و غیر مستقیم الزامی است. از مددکار اجتماعی برای والدینی که نوزاد بیمار بستری در واحد مراقبت‌های ویژه دارند و همچنین نوزادانی که با نقایص مادرزادی به دنیا می‌آیند بایستی در تمام این واحدها استفاده شود.

تمامی حقوق نوزاد تازه متولدشده به روش مراقبت هم‌آغوشی مادرانه (Kangaroo mother care KMC) برای نوزاد احقاق می‌شود.

این روش مراقبت توسط سازمان بهداشت جهانی و Unicef برای نوزادان نارس در سراسر جهان تأیید شده و آن را قابل اجرا بیان کرده و همچنین اعلام نموده است که از این روش می‌توان برای نوزادان رسیده هم سود جست. همه‌ساله حدود ۲۰ میلیون نوزاد با وزن پایین متولد می‌شوند. آمار تولد نوزاد نارس یا دارای اختلال رشد، در کشورهای کم‌تر توسعه‌یافته بسیار بالاست. اساساً این کشورها درصد بالایی از مرگ و میر نوزادان را به خود اختصاص می‌دهند که تناوب و چگونگی توزیع آن با فقر این کشورها در ارتباط است. بنابراین، مراقبت از چنین نوزادی، باری بر سیستم‌های اجتماعی و بهداشتی جامعه است. برای بسیاری از نوزادان نارس مراقبت‌های پزشکی خاص مورد نیاز است. مراقبت مادرانه آغوشی (KMC) روش مؤثری برای برآوردن نیازهای گوناگون

این نوزادان از قبیل حفظ درجه حرارت، تغذیه، محافظت از عفونت، ایمنی، عطوفت و تطابق بهتر و زودتر عمل بلع و ساکینگ و تنفس است.

مراقبت هم‌آغوشی مادرانه دارای سه جزء است:

۱. تماس پوست به پوست که در آن نوزاد در تمام مدت شبانه‌روز بر روی سینه مادر و بین پستان‌های او قرار داده می‌شود.

۲. تغذیه انحصاری با شیر مادر

۳. حمایت از ارتباط عاطفی نوزاد و مادر

فواید هم‌آغوشی مادرانه برای نوزادان:

۱. تمام نوزادان در تماس پوست به پوست، زودتر از انکوباتور به وضعیت ثبات می‌رسند.
۲. تنفس منظم‌تری دارند و کمتر مستعد ابتلا به آپنه هستند و حملات کاهش اشباع اکسیژن شریانی در آن‌ها کمتر است.
۳. نوزاد در این روش از عفونت‌های بیمارستانی مصون می‌ماند.
۴. تماس پوست به پوست طولانی بین مادر و نوزاد نارس و یا کم‌وزن، کنترل دمایی مؤثری را با احتمال کاهش خطر هیپوترمی ایجاد می‌نماید. درجه حرارت پوست بین دو سینه مادر به‌طور خودتنظیمی متناسب با کاهش یا افزایش درجه حرارت بدن نوزاد تغییر می‌کند تا درجه حرارت نوزاد ثابت و طبیعی بماند. درجه حرارت پوست قفسه سینه مادران شیرده نسبت به مادران غیر شیرده و مردان بیش‌تر است.
۵. ضربان قلب نوزاد دارای ریتم و سرعت منظمی است.
۶. تغذیه انحصاری از پستان و استفاده از تمامی فواید شیر مادر برقرار می‌شود.
۷. این بچه‌ها روزانه ۳۰ گرم رشد می‌کنند که سه برابر رشد در انکوباتور است.
۸. در این روش نوزاد کمتر گریه می‌کند و استرس کم‌تری دارد که این امر باعث افزایش

هورمون سوماتواستاتین می‌شود که موجب می‌شود خونریزی مغزی (که در نوزادان نارس امری شایع است) کمتر روی دهد.

۹. پیوند عاطفی بین مادر و نوزاد زودتر برقرار می‌شود. یعنی بچه از پایداری خلقی درازمدت برخوردار می‌شود.

۱۰. رشد و تکامل مغز به بهترین نحو صورت می‌گیرد.

۱۱. منظم شدن ریتم خواب و بیداری نوزاد

۱۲. ۱۲-KMC باعث می‌شود هورمون‌هایی شبیه مرفین در مغز این نوزادان ترشح می‌شود که باعث تسکین دردهای شدید در شیرخوار می‌شود.

۱۳. در این روش قند خون نوزاد بیش‌تر است.

۱۴. در KMC سطح کورتیزول سرم کمتر، سطح اندورفین کمتر و محور سمپاتوآدرنال کمتر فعال است که همه این‌ها دال بر کاهش استرس در نوزاد در این روش مراقبتی است. به علاوه، این روش به عنوان مسکن عمل می‌کند و پاسخ به درد را کمتر می‌کند.

۱۵. مدت بستری در بیمارستان کمتر است.

فواید هم‌آغوشی مادرانه برای مادر:

۱. تماس پوست به پوست در موقع تولد به مادر کمک می‌کند که بلافاصله با فرزندش مأنوس گردد.

۲. در این مادران اکسی‌توسین بیش‌تر ترشح می‌گردد که خود باعث آرامش مادر و کمک به ترشح تولید شیر می‌گردد.

۳. شیردهی باعث آزادشدن هورمون‌هایی می‌شود که موجب انقباض رحم و کاهش خونریزی ناشی از زایمان می‌گردد.

۴. در زایمان‌های زودرس مادر احساس گناه و هیجان می‌کند و مستعد افسردگی بعد از

زایمان است. گرفتن بچه در تماس با قفسه سینه‌اش به او کمک می‌کند که بتواند ادامه

سن حاملگی فرزندش را کامل کند و امکان مراقبت بهتری به او بدهد. هم‌چنین باعث

~~افزایش اعتماد به نفس و رضایت عمیق در مادر می‌شود.~~

۵. در این روش مادر قادر است زودتر حرکت کند و هر چه سریع‌تر به زندگی عادی و روزمره خود باز گردد.

۶. مادر وکالت فرزندش را به عهده می‌گیرد و وی در رأس تیم مراقبت‌کننده نوزادش قرار می‌گیرد.

۷. مادر از دوره‌های خواب عمیق‌تر و منظم‌تری برخوردار می‌شود.

قابل ذکر است که در این روش پدر هم می‌تواند مشارکت داشته باشد (به‌خصوص در موارد چند قلوایی) و با انجام مراقبت کانگورویی بیش‌تر احساس آرامش و راحتی کند و ارتباط عاطفی بهتری با فرزندش برقرار خواهد نمود.

این روش مراقبت مادرانه آغوشی هم‌اکنون در بخش NICU مرکز تحقیقات نوزادان دانشگاه علوم پزشکی مشهد در بیمارستان امام رضا (ع) انجام می‌شود.

اخلاق پزشکی قبل از تولد انسان از نقطه‌نظر پرتوگیری دوران بارداری در

سیستم‌های تصویربرداری

سهیلا رفاهی^۱، یاسر تیرائی، مهرناز مشعوفی، میهن‌دخت سعادت‌مند

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

رعایت اخلاق پزشکی در سیستم‌های تصویربرداری مخصوصاً در دوران باروری و بارداری یکی از مباحث بسیار مهم اخلاق پزشکی قبل از تولد انسان است. پرتوگیری جنین به‌ویژه در مراحل اولیه تولید و رشد آن، چه از طریق آزمایش‌های پرتو پزشکی و چه از طریق پزشکی هسته‌ای، در صورت عدم رعایت مقررات ویژه حفاظت در برابر اشعه می‌تواند اثرات زاینباری را بر جنین و نوزاد داشته باشد؛ از جمله: مرگ زودرس جنین در دوران کوتاهی پس از پرتوگیری، نوزاد ناقص پس از تولد و رشد ناقص مغز و در نتیجه عقب‌ماندگی ذهنی.

هدف از این مقاله این است که اطلاعات و توصیه‌هایی را در رابطه با چگونگی جلوگیری از پرتوگیری جنین در بانوان در سنین باروری به‌ویژه در دوران بارداری، در رابطه با آزمایش‌های پرتو پزشکی و پزشکی هسته‌ای، در اختیار عموم قرار دهد تا بتوان با آگاه نمودن آحاد مردم گامی مؤثر در جهت ریشه‌کن کردن پرتوگیری‌های ناخواسته جنین در سطح کشور برداشت.

^۱ - Soheil52@ yahoo.com

سقط جنین: قتل نفس یا حق مادر

سمیه زیار^۱

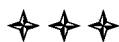
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مسأله سقط جنین همواره نزد دانشمندان حقوق جزا به‌عنوان یکی از موضوع‌های اساسی حقوق کیفری مطرح بوده است. برخی از فمینیست‌ها این پدیده اجتماعی را به‌طور مطلق پذیرفته‌اند و معتقد به آزادی بی قید و شرط آن هستند. در مقابل، بعضی بر اساس آموزه‌های دینی، سقط جنین را تحت هیچ شرایطی مجاز نمی‌دانند. فقهای امامیه قائل به آزادی نسبی سقط جنین شده‌اند و در موارد محدودی سقط جنین را جایز می‌دانند. در نظام حقوقی ایران که قوانین و مقررات آن برگرفته از فقه امامیه است، برخلاف نظام‌های حقوقی جوامع غربی که سقط جنین را نشانه افتخارآمیز شخصیت و آزادی زن می‌دانند، سقط جنین حرام و مطابق قانون مجازات اسلامی دارای مجازات است. در این مقاله پس از تعریف سقط جنین، انواع سقط جنین و عوامل مؤثر در آن مورد بررسی قرار گرفته است. و در ادامه، دلایل موافقان و مخالفان فقهای امامیه درباره قبل و نیز بعد از دمیده شدن روح و دلایل فمینیست‌های موافق و مخالف آزادی سقط جنین بیان و بررسی شده و سرانجام قانون سقط جنین در قبل و بعد از انقلاب اسلامی مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفته و در پایان خلأهای قانونی و راه‌های رفع آن پیشنهاد گردیده است.

^۱ - ziar_somayeh@yahoo.com

نشست

آموزش اخلاق پزشکی



پنج‌شنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷

بررسی تغییر نگرش دانشجویان پزشکی قبل و بعد از گذراندن برنامه
آموزشی مهارت‌های ارتباطی طی دوره سمیولوژی در دانشکده پزشکی دانشگاه
علوم پزشکی تهران

فرزانه شیرانی^۱، فرهاد شاهی، سیروس جعفری، عظیم میرزازاده

دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه: رابطه پزشک و بیمار تأثیر قابل توجهی بر کیفیت مراقبت از بیماران و پیامدهای بهداشتی دارد. در سال‌های اخیر، مسؤولان امر آموزش پزشکی اهمیت این موضوع را دریافته‌اند و درصدد آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط به دانشجویان پزشکی از طریق گنجانیدن دوره‌های مربوطه در برنامه درسی دانشجویان هستند. این مطالعه با استفاده از پرسشنامه (Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS به ارزیابی یک برنامه دوهفته‌ای آموزش مهارت‌های ارتباطی (براساس دستورالعمل کالگری کمبریج) که به واحد نشانه‌شناسی (سمیولوژی) دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران تلفیق شده بود، می‌پردازد.

روش‌ها: ما نگرش دانشجویان نسبت به مراقبت «بیمارمحور» و «پزشک‌محور» را با استفاده از پرسشنامه PPOS که روایی آن به اثبات رسیده است، مورد ارزشیابی قرار داده‌ایم. این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال است که به منظور ارزیابی نگرش فرد نسبت به ارتباط پزشک - بیمار طراحی شده است.

^۱ - f_shirani@razi.tums.ac.ir

سؤالات پرسشنامه در دو زیرگروه caring و sharing طبقه‌بندی می‌شود. ۹ سؤال sharing بیانگر این مطلب است که تا چه اندازه پزشکان معتقدند باید قدرت، کنترل و اطلاعات را با بیمار خود تسهیم نمایند و ۹ سؤال caring میزان تمایل پزشک در توجه به احساسات، انتظارات، شرایط زندگی و ترجیحات بیمار را نشان می‌دهد. ۱۰۹ دانشجوی پزشکی سال سوم پرسشنامه PPOS را قبل و بعد از گذراندن دوره نشانه‌شناسی تکمیل نمودند. سایر اطلاعات دموگرافیک شامل جنس، سن، رشته تخصصی مورد علاقه و پرداختن به فعالیت‌های فوق برنامه نیز ثبت شد.

یافته‌ها: اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره کلی PPOS و سؤالات sharing قبل و بعد از دوره نشانه‌شناسی مشاهده نشد، (به ترتیب ۳،۱۵ در مقابل ۳،۰۷، $p=0.21$ و ۳،۰۶ در مقابل ۲،۹۸، $p=0.303$)، ولی در مورد سؤالات caring تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (۳،۰۶ در مقابل ۳،۳، $p=0.003$). در مقایسه نمرات کلی دانشجویان بر اساس جنسیت، تفاوت معنی‌داری قبل از دوره وجود نداشت، ولی پس از گذراندن دوره تفاوت نمره کلی و سؤالات sharing معنی‌دار بود (۳،۱۵ در خانم‌ها در مقابل ۳،۰۲ در آقایان، $p=0.043$). در بررسی سؤالات sharing پس از دوره میان خانم‌ها و آقایان تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت (۳،۰۵ در خانم‌ها در مقابل ۲،۸۶ در آقایان، $p=0.018$).

نتیجه‌گیری: علی‌رغم تأکید بر لزوم برنامه‌های آموزشی که نگرش «بیمارمحور» را در میان دانشجویان پزشکی ارتقا می‌بخشند، یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر آن است که هر چند نگرش کلی دانشجویان نسبت به رابطه پزشک - بیمار، به دنبال گذراندن دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی در قالب واحد نشانه‌شناسی دستخوش تغییر نشده است،

ولی نگرش کلی و نگرش نسبت به محق دانستن بیماران در سهم داشتن درباره قدرت و کنترل مرتبط با جنبه‌های مختلف بیماری (sharing)، در خانم‌ها نسبت به آقایان تغییر یافته است. نگرش دانشجویان صرف‌نظر از جنس نسبت به توجه به احساسات، شرایط زندگی و اولویت‌های بیماران (caring) نیز تغییر یافته است. این یافته را می‌توان به طول نسبتاً کوتاه این دوره آموزشی یا نارسایی‌های احتمالی در محتوای آموزشی این برنامه نسبت داد. امید است این مطالعه، زمینه‌ساز تحقیقات بیش‌تری به‌منظور شناخت بهتر کارآیی روش‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی گردد.

پرستاری و روش‌های کاربردی آموزش اخلاق

حسین سحرخیز^۱

دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: امروزه آموزش اخلاق به دانشجویان موضوع بسیار مهمی در دانشکده‌های پرستاری محسوب می‌شود. مروری بر مطالعات نشان می‌دهد که اخلاق از سال ۱۹۰۰ جزء دروس پرستاری بوده است. یافته‌های بسیاری از تحقیقات نشان می‌دهد که رویکردهای سنتی تدریس اخلاق، دیگر کارایی لازم برای پاسخ‌گویی به موضوعات اخلاقی جاری در سیستم‌های بهداشتی را ندارد و مدرسان و متخصصان اخلاق باید از رویکردهای تازه‌تر و خلاقانه‌تری برای نسل جدید دانشجویان استفاده کنند. با این‌که تاکنون روش‌های آموزش فعال مختلفی که باعث افزایش قدرت تفکر و اندیشیدن در دانشجویان می‌شود برای آموزش اخلاق مورد بررسی قرار گرفته است و برتری آن‌ها ثابت شده است، هنوز روش متداول آموزش اخلاق، آموزش سنتی است که در آن بیش از حد بر انباشتن ذهن و تقویت حافظه و نیز بر انتقال اطلاعات و معلومات به ذهن یادگیرندگان تأکید می‌شود.

در حالی که در روش‌های تعاملی دانشجو از تقویت انگیزه، افزایش اعتماد به نفس، روح پرسشگری، استدلال منطقی، بازخورد و آشنایی با نظرات دیگران برخوردار است.

^۱ - hosein_581989@yahoo.com

از روش‌های تعاملی می‌توان به بحث گروهی، الگوی نقش، دادگاه صوری، بحث در مورد فیلم و مطالعه موردی اشاره نمود.

در این مقاله پس از مرور اهمیت اخلاق و آموزش آن در پرستاری به بررسی روش‌های تعاملی آموزش اخلاق پرداخته شده است.

نتیجه‌گیری: به علت نیاز اکید به اخلاق در حرفه پرستاری با ماهیت بالینی و مسئولیت‌های متعاقب آن بایستی روش‌های تعاملی نوین جایگزین روش سنتی شود. استفاده از این روش‌ها نهایتاً باعث افزایش کیفیت عملکرد پرستاران خواهد شد.

واژگان کلیدی: آموزش اخلاق، پرستاری

ضوابط اخلاقی برای آموزش‌دهندگان سلامت

دکتر محسن شمس^۱، یلدا سلیمان اختیاری^۲

۱- پزشک عمومی و دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه: نتایج ارزشمند برنامه‌های سلامت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور، در چند دهه اخیر، تا حدود زیادی مدیون ایفای نقش مؤثر آموزش‌دهندگان سلامت است. اکنون که بروز تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیک، سبب تغییر در الگوی سلامت غلبه بیماری‌های غیرواگیر شده است و بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی سلامت جامعه را به شدت تهدید می‌کنند، نقش آموزش در برنامه‌های ارتقاء سلامت با هدف اصلاح سبک زندگی غیر سالم پررنگ‌تر از قبل خواهد شد. در این جاست که توجه به ضوابط اخلاقی و رعایت آن‌ها توسط آموزش‌دهندگان سلامت به اندازه اثربخشی آموزش‌ها، اهمیت پیدا می‌کند. در این مقاله با مرور مستندات مربوط به ضوابط اخلاقی تدوین‌شده برای آموزش‌دهندگان سلامت که مورد توجه مؤسسات و انجمن‌های معتبر آموزش سلامت دنیا قرار دارد، نتایجی به دست آمده است.

متن: انجمن آموزش سلامت عمومی (SOPHE)^۲، به‌عنوان مرجع معتبر آموزش سلامت، ضوابط اخلاقی^۱ را برای آموزش‌دهندگان سلامت تنظیم کرده است. این انجمن،

^۱ - moshaisf@yahoo.com

^۲ Society for Public Health Education (SOPHE)

در سال ۱۹۹۳، خلاصه بازبینی‌شده‌ای از این ضوابط اخلاقی را منتشر کرد که بیان می‌کرد «آموزش‌دهندگان سلامت مسؤولیت کامل استفاده از فرآیندهای آموزشی را برای ارتقاء سلامت و تأثیرگذاری بر رفاه انسان قبول می‌کنند. احکام اخلاقی که راهنمای این فرآیندهاست، باید به حقوق افراد و جوامع برای این که تصمیم بگیرند تا بر زندگی شان تأثیر گذارند، توجه داشته باشد.»

در این راستا، مؤسسه ملی آموزش سلامت^۲ نیز با گردآوری «گروه مشترکی از ارزش‌ها که طراحی شده‌اند تا آموزش‌دهندگان سلامت را در حل بسیاری از مسائل اخلاقی در زندگی حرفه‌ای راهنمایی کنند.» ضوابط اخلاقی آموزش سلامت را تدوین کرد. این ضوابط اخلاقی که در سال ۱۹۹۹ مورد بازبینی قرار گرفت، دستورالعمل‌های رفتار حرفه‌ای آموزش‌دهندگان سلامت است که از آن‌ها می‌خواهد تا اخلاقی رفتار نمایند و رفتار اخلاقی دیگران را تشویق و حمایت کنند.

در آخرین بازبینی انجام‌شده برای این ضوابط اخلاقی، ۵ حوزه مسؤولیت و ۳۴ بخش مشخص شده است. مسؤولیت در قبال جامعه (Public)، حرفه (Profession)، کارفرمایان (Employers)، ارائه آموزش سلامت (Delivery of Health Education) و پژوهش و ارزشیابی (Research and Evaluation) پنج حوزه مسؤولیت کلی در این ضوابط اخلاقی است که در گام اول اطلاع از آن‌ها و در قدم بعد یافتن نگرش مطلوب نسبت به آن‌ها، برای عمل به آن‌ها ضروری است.

^۱ Code of Ethics

^۲ American Association for Health Education (AAHE)

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش سلامت بر مبنای حقوق انسانی و دموکراسی بنا شده است و اساس آن کمک به افراد، گروه‌ها و جوامع برای اتخاذ مختارانه رفتارهای سالم است. هر آموزش‌دهنده سلامت بایستی در موقعیت‌های آموزشی و برخورد با گروه‌های مخاطب، ضمن توجه به فرآیند فنی و نتایج آن، ضوابط اخلاقی تعریف‌شده را نیز مورد توجه ویژه قرار دهد. اطلاع‌رسانی در زمینه این ضوابط و الزامات اخلاقی و نظارت بر حسن اجرای آن در برنامه‌های آموزش سلامت، ضامن موفقیت فنی و اخلاقی برنامه‌های ارتقاء سلامت خواهد بود.

واژگان کلیدی: آموزش سلامت، ارتقاء سلامت، ضوابط اخلاقی، مؤسسه ملی آموزش

سلامت

کدهای اخلاقی در آموزش معاینه واژینال

در بیماران در حال زایمان به دانشجویان پزشکی

زهره توانا^۱

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

یکی از خطرترین تشخیص‌های مامایی، تشخیص صحیح زایمان است. لذا کلیه افراد اعم از ماما یا پزشک که به‌نحوی با این پروسه سروکار دارند، باید با کلیه جوانب مربوط به زایمان و مراحل زایمانی آشنا باشند؛ از جمله تشخیص وضعیت دهانه رحم، وضعیت قرارگیری جنین، موقعیت جنین، پارگی یا عدم پارگی کیسه آب و غیره. لذا آموزش کلیه این موارد به‌طور کامل برای یک دانشجوی پزشکی کاملاً ضروری است، چرا که عدم تشخیص صحیح پزشک در هر کدام از موارد ذکرشده می‌تواند با به‌مخاطره‌انداختن جنین یا مادر همراه باشد. اما از آنجایی که در شرایط حساس زایمان با توجه به درد بسیار زیادی که مادر در آن لحظه در حال تجربه کردن آن است و همچنین اضطرابی که بیمار در آن شرایط از جهت وضعیت سلامت جنین خود دارد، رعایت نکات اخلاق حرفه‌ای در حین آموزش دادن به دانشجویان پزشکی بسیار حائز اهمیت است.

مسائل اخلاقی در خصوص معاینه واژینال در بیماران در حال زایمان:

۱. بیماران این فیلد تماماً خانم‌ها هستند.

^۱ - zotavana27@yahoo.com

۲. گروهی از بیماران مایل نیستند که به‌عنوان مدل آموزشی استفاده شوند.
۳. رعایت کامل اصول استریلیزه در انجام معاینات واژینال در حین زایمان بسیار حائز اهمیت است.
۴. در بیماران با پارگی کیسه آب انجام معاینات متعدد می‌تواند ریسک عفونت مادر و جنین را افزایش دهد.
۵. انجام معاینات متعدد در خانم‌های با دردهای زودرس می‌تواند خطر تولد قبل از موعد جنین را افزایش دهد.
۶. در زایمان‌هایی که جنین در وضعیت بریچ قرار گرفته باشد، معاینات ناشیانه می‌تواند سلامت جنسی جنین، دختر یا پسر را به مخاطره اندازد.
۷. در بیمارانی که دچار مخاطره جنینی هستند، ختم سریع زایمان بدون فوت وقت لازم و ضروری است و انجام معاینات مکرر می‌تواند باعث اتلاف وقت در این بیماران و در نتیجه مخاطره بیش‌تر جنین شود.
۸. در مادرانی که به‌علت مشکلات مامایی یا غیرمامایی در وضعیت اورژانسی به‌سر می‌برند، انجام معاینات متعدد و وقت‌گیر می‌تواند وضعیت او را با مخاطره بیش‌تری همراه سازد.

کدهای اخلاقی:

- با در نظر گرفتن مسائل اخلاقی ذکر شده، رعایت کدهای اخلاقی ذیل در زمان آموزش معاینه واژینال در بیماران در حال زایمان ضروری است:
۱. آموزش‌گیرنده باید به بیمار به‌عنوان یک انسان و دارای شأن والای انسانی و نه یک ماکت آموزشی توجه داشته باشد.

۲. معاینه در حالی در بیماران انجام شود که بیمار از پوشش کاملاً مناسبی برخوردار باشد و فقط ناحیه مورد معاینه از پوشش مستثنی باشد.
۳. رعایت کامل اصول استریلیزه در معاینات واژینال خانم‌های در حال زایمان انجام گردد.
۴. آموزش باید در حضور استاد مربوطه و با رعایت اصول علمی صورت گیرد.
۵. آموزش در بیمارانی که مایل نیستند به عنوان مدل آموزشی مورد استفاده قرار گیرند صورت نگیرد.
۶. اقدام به آموزش با رضایت آگاهانه بیمار و کسب اطمینان وی از عدم هرگونه آسیب ناشی از آموزش صورت گیرد.
۷. آموزش در بیماران با پارگی زودرس کیسه آب انجام نگیرد.
۸. آموزش در بیماران با دردهای زودرس انجام نگیرد.
۹. آموزش در بیمارانی که جنین یا مادر دچار مخاطره هستند انجام نگیرد.
۱۰. اجازه انجام معاینه در نمایش جنینی غیر سفالیک تنها پس از کسب تجربه کافی در معاینات واژینال از نوع سفالیک داده شود.

آموزش کدهای اخلاقی حرفه دندان پزشکی

در جهت کاهش خطاهای دندان پزشکی

زینب کدخدا^۱

دانشگاه علوم پزشکی تهران

کدهای اخلاقی حرفه‌ای دندان پزشکی در سال‌های اخیر مورد توجه کمیته‌های اخلاق پزشکی و نیز کمیسیون‌های حقوقی قضایی قرار گرفته است. زمینه‌های جست‌وجوی خطاهای دندان پزشکی نشان می‌دهد آموزش ناکافی درس اخلاق پزشکی در دوران تحصیل و کمبود اطلاعات فارغ التحصیلان حرفه دندان پزشکی از کدهای اخلاقی و قوانین حقوقی مربوطه در این حرفه و نیز گاهی سودجویی بعضی از افراد از روابط حقوقی بیمار و دندان‌پزشک باعث به‌وجود آمدن شکایات و پرونده‌هایی حاکی از قصور حرفه‌ای در حوزه حقوقی حرفه دندان پزشکی شده است. جست‌وجو در آموزه‌های اخلاقی دین اسلام، تاریخ کهن اخلاق پزشکی در ایران و بررسی کدهای اخلاقی مورد پذیرش مراکز معتبر دندان پزشکی در دنیا منابع خوبی برای تهیه فهرست پیشنهادی از کدهای اخلاقی است که می‌تواند جهت تدریس در دانشکده‌های دندان پزشکی در کاهش قصورات مفید باشد. این پیشنهادات در محور مسئولیت دندان پزشکی که در یک تیم دندان پزشکی همکاری می‌کند در قبال بیمار، صدور گواهی‌ها، کاربرد انواع درمان‌ها و اخذ اجازه از بیمار، خطاهای ناشی از درمان، کاربرد داروها و غیره است.

^۱ - zkadkhoda@sina.tums.ac.ir

روش‌های تدریس اخلاق پزشکی برای دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی

دکتر منیره انوشه

استادیار، دانشگاه تربیت مدرس

روان‌شناسان تربیتی اهداف آموزشی را با توجه به ویژگی‌هایشان به شکل‌های مختلف طبقه‌بندی کرده‌اند. در طبقه‌بندی بلوم که معروف‌ترین طبقه‌بندی است، اهداف آموزشی در سه حیطه شناختی، عاطفی، و روانی - حرکتی قرار می‌گیرند. اهداف حیطه عاطفی بر نگرش‌ها، عواطف، و ارزش‌ها مبتنی است. آموختن و کسب اخلاق یکی از اهداف آموزشی در حیطه عاطفی است. دامنه رفتار (اخلاق) در حیطه عاطفی به حدی وسیع است که ارزشیابی درجه تحقق هدف‌های آموزشی عینی در آنان بسیار مشکل است؛ زیرا آموزش، یاگیری و سنجش میزان اخلاق و عمق ارزش‌های کسب‌شده در این حیطه کاری لحظه‌ای نیست و در بسیاری از موارد نیاز به مراقبت، مشاهده مستمر و تجربه طولانی دارد.

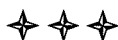
نیاز به علم اخلاق و تهذیب نفس و تصفیه روح و روان برای تمام کسانی که دانش می‌آموزند، ضروری است و از جمله دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی نیاز مبرمی به آموزش اخلاق پزشکی دارند. متأسفانه، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در این زمینه به دو صورت عمل کرده‌اند: ۱ - یا اخلاق پزشکی را تدریس نکرده‌اند ۲ - یا شیوه و فرایند تدریس اخلاق پزشکی را بر اساس موازین علمی و روش‌های نوین تدریس اجرا نکرده‌اند.

البته برای تدریس اخلاق پزشکی هیچ شیوه تضمین‌شده‌ای وجود ندارد. مدرسان باید بدانند که تمام تجاربی که دانشجویان دارند، ممکن است اخلاق و باورهای آن‌ها را تغییر دهد. اما هیچ تجربه‌ای به تنهایی نمی‌تواند روی تمام اخلاق افراد تأثیر داشته باشد. صاحب‌نظران پنج روش را برای تدریس ارزش‌ها، نگرش‌ها و باورهای اخلاقی پیشنهاد کرده‌اند که عبارتند از:

«سخنرانی»، «ارائه و مشاهده الگو»، «بحث گروهی»، «ایفای نقش»، «ارائه و مشاهده تجارب عینی» و «بررسی نوار ویدئویی».

نشست

تخصیص منابع و عدالت



پنجشنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷

اهدای عضو پس از مرگ

شاهرخ ابروانی^۱

استادیار و رئیس دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارتش

روح و جسم از لحظه تولد تا مرگ جدانشدنی هستند. در زمان مرگ روح از بدن جدا می‌شود و ما نمی‌دانیم که در آن لحظه دقیقاً چه اتفاقی می‌افتد و روح به کجا می‌رود، ولی آن‌چه مسلم است این‌که کالبد بدون روح دیگر یک انسان نیست. کالبد از عناصر شیمیایی پیچیده‌ای که بافت‌ها و دستگاه‌ها را شکل می‌دهند تشکیل شده و همراه با روح، انسان را می‌سازد. بدون روح بدن همان عناصر شیمیایی است. علم پزشکی بدن انسان را از زمان تشکیل نطفه از طریق تمایز، رشد، بلوغ و بیماری و مرگ بررسی می‌کند. اما مرگ پایان روح نیست. در تعالیم اسلامی آمده است که پاداش و کیفر اعمال دنیوی انسان به روح او وارد می‌شود نه به جسمش. بنابراین، آن‌چه از انسان مهم است روح اوست نه کالبدش. با این وجود، هنوز بسیاری از مردم اهدای عضو عزیز از دست‌رفته خود را نمی‌پذیرند. چرا؟ پاسخ این است: در حوزه اخلاق و قانون هنوز قوانین جامعی در این زمینه نداریم، زیرا این قوانین سال‌ها قبل از انجام پیوند اعضا نوشته شده‌اند. تا چند سال قبل جسد انسان کاملاً بی‌ارزش بود و تنها مورد استفاده آن در سالن تشریح بود ولی امروزه به یمن کشف داروهای سرکوبگر ایمنی و انقلابی که در

^۱ - irvani-1336@yahoo.com

پیوند اعضا ایجاد شده است جسد منبعی از بافت‌های زنده انسانی است. در زمان حاضر، تعداد کمی از مردم جسد را دیده‌اند و تعداد کم‌تری نیز آن را لمس کرده‌اند. امروزه مرگ اکثر مردم در محلی خارج از خانه و عمدتاً در مراکز درمانی اتفاق می‌افتد. به‌عنوان یک پزشک با سال‌ها سابقه درمان، معاینه جسدی که در زمان حیات او را می‌شناختم برایم آسان نیست، ولی همواره اعتقاد دارم که برای فردی که با دریافت عضوی از این جسد حیات دوباره می‌یابد، جسد منبع زندگی است.

ما باید مرگ را به‌عنوان یک پروسه بپذیریم نه یک اتفاق، مرگ حقیقتی است که به‌تدریج می‌آید و می‌تواند سال‌ها طول بکشد. با این دیدگاه، کالبد لباسی است که در طی حیات به تن روح پوشانده شده و پس از مرگ چون آن فرد دیگر نیازی به این لباس ندارد به چوب‌لباسی آویخته شده و یادآور خاطراتی برای اطرافیان است. اگر این لباس می‌تواند فرد دیگری را گرم کند، چرا از آن استفاده نشود؟

تخصیص منابع محدود

سعید متولی زاده^۱، شعله زکیانی^۲

۱- MPH با گرایش اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، دانشگاه تربیت مدرس

سابقه و هدف: افزایش تعداد بیماری‌های شناخته‌شده قابل درمان و نیز در دسترس بودن تکنولوژی‌های درمانی نوین و پرهزینه، هم‌چنین بالا رفتن سطح انتظارات جامعه از یک‌سو و محدودیت منابع در دسترس از سوی دیگر لزوم تصمیم‌گیری دقیق در هنگام تخصیص منابع محدود را انکارناپذیر می‌سازد. لذا اصول لازم‌الرعايه برای این مهم در این مقاله مورد بحث قرار خواهد گرفت.

مواد و روش‌ها: در این بررسی با استفاده از برخی مقالات و منابع داخلی و خارجی عمده‌ترین موضوعات مرتبط با تخصیص منابع مورد بحث قرار گرفته است.

یافته‌ها: بررسی منابع داخلی و خارجی نشانگر آن است که تصمیم‌گیری در سطح خرد باید با توجه به نیازها، خواسته‌ها و حقوق افراد و عدالت در توزیع منابع صورت پذیرد. و در سطح کلان فاکتورهای مهمی مانند نیازهای سلامتی و بار بیماری‌ها، عدم

^۱ - Drmoteralli @ yahoo.CO.UK

ارجحیت نژاد و جنس و مذهب و توان مالی افراد، توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر، رعایت اصول اتونومی و سودمندی و عدالت را مد نظر قرار داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به محدودیت منابع و تنوع خدمات در عرصه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی، تنوع نیازهای دریافت‌کنندگان خدمات، تصمیم‌گیری جهت تخصیص منابع باید براساس چارچوب مشخصی که در یافته‌ها ذکر گردیده انجام شود. **واژگان کلیدی:** نیاز، حقوق، عدالت، خواسته، تخصیص منابع در سطح خرد، تخصیص منابع در سطح کلان

گوناگونی فرهنگی در سازمان‌های بهداشتی و ارائه مراقبت بهداشتی

بین فرهنگی با تمرکز بر اصل عدالت و انصاف

راضیه امینی^۱

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد

مقدمه: گوناگونی در سازمان‌ها می‌تواند بر اساس قوم، نژاد، مذهب، طبقه اجتماعی، اقتصادی، محیط و... باشد. این عوامل در سازمان بهداشتی بایستی به‌خوبی اداره و مانعی برای ارائه خدمات نباشد. به عبارتی، با توجه به فلسفه اصلی علم پزشکی مدیریت باید بتواند با در نظر گرفتن راه‌کارهای مناسب درصدد ارائه خدمات به همه گروه‌ها با توجه به اصل عدالت باشد.

روش کار: این مطالعه از نوع مروری با هدف توجه بر رعایت اصل عدالت در سازمان‌های بهداشتی با توجه به گوناگونی فرهنگی در جوامع امروزی و ارائه مراقبت بهداشتی بین فرهنگی انجام گرفته است. اطلاعات مورد نیاز از مطالعه مقالات موجود و جست‌وجوی اینترنتی جمع‌آوری و نتایج به‌صورت یک گزارش ارائه می‌گردد.

نتایج: امروزه یکی از مباحث چالش‌برانگیز برای کارکنان سلامت «آشنایی و توسعه صلاحیت بین فرهنگی و توجه به گوناگونی در محیط کار است». که بایستی از طریق شناسایی این مفاهیم بتوانند رفتارهایشان را با عملکرد فرهنگی افراد و گیرندگان خدمات

^۱ -raziyehamini@yahoo.com

منطبق نمایند و در نتیجه منجر به رعایت عدالت در ارائه مراقبت گردند. در حقیقت، سیستم‌های بهداشتی و سلامت امروزه به دنبال یافتن یک راه کار و فرهنگ خاص هستند تا بتوانند از طریق آن فرهنگ واحد با تمامی گروه‌های فرهنگی گیرنده خدمات در سازمان ارتباط پیدا کنند و در حقیقت این فرهنگ خاص بتواند به طور عام کل واریانس جامعه را پوشش دهد. برای ایجاد یک فضای سازمانی سرشار از اعتماد، حمایت و توانمندی بایستی فرهنگ محیط کار تغییر نماید. به عبارتی با توجه به مهاجرت‌ها، وجود قومیت و نژادهای متفاوت در هر منطقه و نیاز همه این گروه‌ها به دریافت مراقبت به شکل یکسان، لازم است که سازمان‌های بهداشتی نیز هم‌سو با این تغییرات دچار گوناگونی گردند تا بتوانند به این گروه‌های مختلف خدمات ارائه نمایند.

ارائه یک مراقبت مناسب با رعایت عدالت در گرو آشنایی با سنت‌های فرهنگی و درگیری‌های اجتماعی مددجویان است. با توجه به وجود گوناگونی، داشتن کارکنانی با مهارت‌های بین فردی و شباهت‌های فرهنگی با گیرندگان این خدمات ضروری است. در چنین محیط‌هایی کارکنان برای حرکت به سوی چیزی متفاوت از تجربیات روزمره و عقاید شخصی برای ارائه مراقبت به دیگران با توجه به اصل مساوات آماده می‌شوند.

جمعی از محققان مراقبت بین فرهنگی را در قالب مدل ACCESS بیان کردند.

A. Assessment: تمرکز بر جنبه‌های فرهنگی زندگی مددجویان، عقاید و

عملکردهای بهداشتی

C. Communication: آگاهی از پاسخ‌های کلامی و غیر کلامی.

Cultural negotiation: مذاکره فرهنگی و آگاهی از سایر جنبه‌های فرهنگی مثل:

فهم دیدگاه مددجویان از مشکلاتشان.

Sensivity.S: توجه به حساسیت‌های فرهنگی مراقبتی متفاوت در گروه‌های

متفاوت

Safety.S: کمک به بیماران برای ایجاد احساس امنیت فرهنگی

بحث: در مجموع، می‌توان به نکات کلیدی زیر برای ارائه مراقبت بهداشتی بین

فرهنگی مناسب اشاره نمود:

- برداشتن موانع زبانی و پیشرفت مهارت‌های ارتباطی با بیمار و خانواده
- گسترش دانش فرهنگی و حذف نژاد پرستی
- دادن اطلاعات در زمینه خدماتی که برای مددجویان ارائه می‌شود
- توسعه عملکردهای خلاق
- درگیر کردن کارکنان از گروه‌های قومیتی مختلف برای بهبود ارائه خدمات

عدالت در تخصیص منابع و حقوق بیمار

آزیتا سالاریان^۱

طرح مسأله: مقاله حاضر با هدف تبیین چارچوب مفهومی عدالت توزیعی در خدمات بهداشتی - درمانی و جایگاه آن در منشور حقوق بیمار با مراجعه به مستندات و مطالعات موجود در این حوزه به بررسی موضوع پرداخته است.

روش: مطالعه از طریق مراجعه به تحقیقات و مستندات موجود در این حوزه و به‌صورت کتابخانه‌ای انجام شده است.

یافته‌ها و نتایج: به‌طور کلی، عدالت در بخش بهداشت و درمان از اصول عمده به شمار می‌رود که از اجزای اساسی حقوق بیمار به‌شمار می‌رود و تحقیقات متعدد انجام‌شده در دنیا بر این مهم تأکید دارد. لذا «تأکید بر قرار دادن اصول اندازه‌گیری عدالت در حوزه سلامت و به‌کارگیری آن در عمل» باید در اولویت اول برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در حوزه سلامت قرار گیرد. در حوزه حقوق بیمار عدم توجه به این اصل نخستین توجه به سایر عوامل را از ارزش واقعی خود دور می‌سازد.

بخش بهداشت و درمان با تأکید بر پنج اصل زیر می‌توانند جهت غلبه بر فقر و برقراری عدالت و حقوق بیمار عمل نمایند:

- کاربرد منظم و سیستماتیک اصول عدالت و حقوق بیمار در تمامی عملکردهای بخش

سلامت

^۱ - azita_salarian@yahoo.com

- تقویت و گسترش اعمال عمومی بهداشتی - درمانی در جهت بسط فضای لازم برای ایجاد سلامتی
 - اجرای امور مالی عادلانه در خدمات - بهداشتی درمانی که با افزایش امکان دسترسی افراد ضعیف جامعه به خدمات بهداشتی درمانی فقر را در جامعه کاهش می‌دهد.
 - اطمینان از مؤثر بودن خدمات بهداشتی - درمانی در بیماری‌های قابل پیش‌گیری برای اکثریت بیماران فقیر و محروم
 - اجرا و پایش سیاست‌های اجرای حقوق بیمار و برقراری عدالت در تمام بخش‌های مرتبط با سلامت و نه فقط در خود بخش بهداشت و درمان
- واژگان کلیدی: عدالت، برابری، حقوق بیمار، برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی

نشست

مسائل اخلاقی در مراقبت‌های پایان حیات



پنج‌شنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷

بررسی دیدگاه‌های مخالف و موافق اتانازی در جهت پذیرش یا رد آن

حسین یوسفی منش^۱، مهدی بهنام

مقدمه: علم و عالم به‌خصوص طبیب دارای ارزشی ذاتی هستند که در همه مکاتب به آن توجه شده است. حیات انسان از آغاز تاکنون در معرض تهدیدهای گوناگونی قرار داشته است. از آن‌جا که انسان خود به نیکی و ارزش والای حیات خود آگاه بوده، بیش‌ترین و بزرگ‌ترین دغدغه‌ها و دل‌مشغولی‌های خود را بر محور حیات و عناصر تهدیدکننده آن از جمله مرگ متمرکز ساخته است. یکی از اموری که اگر به مسائل و ملاحظات اخلاقی و انسانی آن توجه نشود، به ارزش و اعتبار پزشک لطمه وارد می‌نماید، «تانازی» است. اصطلاحی که به‌عنوان مرگ آسان و راحت به‌کار برده می‌شود. بحث و گفت‌وگو پیرامون اتانازی در دانش پزشکی امروز نیز معطوف به همان دغدغه بزرگی است که آدمیان با آن دست به‌گریباندند.

در این مطالعه بر آن شدیم تا دیدگاه‌های مختلفی که اتانازی را قابل قبول دانسته‌اند یا آن را به‌عنوان یک ارزش منفی تلقی می‌کنند بررسی نماییم تا چرایی اتانازی با توجه به برداشتی جامع از دیدگاه‌های مطرح‌شده بیان گردد.

^۱ - ethics@sums.ac.ir

بررسی نگرش پزشکان شاغل در مراکز بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی قم

نسبت به اتانازی در سال ۱۳۸۵

هدی احمري طهران، احمد کچویی، اشرف خرمی راد، عصمت جعفر بگلو، منصوره وامق

مقدمه: یک پزشک اندیشمند با تفکری عمیق، شناخت هستی را تنها نگه‌داری زندگی تا مرز مرگ نمی‌داند، بلکه از افق مرگ دورتر رفته و زندگی عالی را تشخیص می‌دهد. در نهاد انسان دو بعد غریزه و فطرت وجود دارد که برای هیچ‌یک حد و مرزی نیست. می‌توان از ملاتک بالاتر یا از حیوانات پست‌تر شد و در قالب ترحم به حیات دیگران تجاوز کرد که امروزه به آن اتانازی گویند. یکی از مباحث جنجالی موجود در پزشکی نوین اتانازی است که انواع مختلفی از جمله مستقیم (فعال و غیرفعال) و غیرمستقیم دارد. امروزه در دنیا پزشکان زیادی هر روز با بیماران صعب‌العلاج و با بیماری‌های خاص غیرقابل درمان سروکار دارند که از یک‌طرف علم هنوز هیچ راهی برای درمان آن‌ها نیافته است و از طرفی بیماران با شدیدترین آلام ناشی از این بیماری‌ها دست و پنجه نرم می‌کنند و به تناسب مشکلاتشان درخواست‌های متفاوتی دارند. اتانازی در برخی کشورها ممنوع است و جرم محسوب می‌شود و در برخی از کشورهای دیگر کاملاً قانونی است. در این مواقع پزشکان و مراجع قانونی برای تصمیم‌گیری ادامه درمان بر سر دوراهی قرار می‌گیرند. هدف از این بررسی تعیین

نگرش پزشکان شاغل در مراکز بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی قم نسبت به اتانازی بوده است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی است که به کمک پرسشنامه محقق ساخته در دو قسمت مشخصات فردی و سؤالات در خصوص اتانازی مستقیم (فعال و غیر فعال) و غیرمستقیم بر روی ۱۰۰ نفر از پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر قم انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از جداول فراوانی و آزمون کای دو استفاده شد و در نهایت به کمک نرم‌افزار SPSS داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نمونه‌های مورد پژوهش در مورد اتانازی مستقیم فعال: ۸ درصد کاملاً موافق، ۱۷ درصد در شرایطی موافق و ۷۵ درصد مخالف بودند. در مورد اتانازی مستقیم غیرفعال: ۱۷ درصد کاملاً موافق، ۳۵ درصد در شرایطی موافق و ۴۸ درصد مخالف بودند. برای اتانازی غیرمستقیم هیچ‌یک از افراد موافق نبودند و تنها ۳ درصد در شرایطی خاص موافق بودند. در این راستا مهم‌ترین علت رد اتانازی در میان پزشکان، دستورات الهی (۶۳ درصد)، حق فرد برای زندگی (۲۴ درصد)، کرامت انسانی (۱۲ درصد) و سایر (۱ درصد) بود. در این راستا بهترین تصمیم‌گیرنده جهت اتانازی در بیمار، به ترتیب: خود بیمار (۴۳ درصد)، پزشکان (۲۶ درصد)، مراجع قانونی (۲۳ درصد) و متولیان بیمار (۸ درصد) بود. نمونه‌های مورد پژوهش در پاسخ به این که «بیش‌ترین سوء استفاده از تصویب قانون اتانازی از جانب چه کسانی ممکن است اتفاق بیفتد؟»، اقوام بیمار (۸۱ درصد)، پزشکان (۱۰ درصد)، کادر بیمارستانی (۹ درصد) را ذکر کردند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این تحقیق نشان داد که اکثریت پزشکان با اتانازی چه مستقیم و چه غیر مستقیم مخالف هستند و بیش‌ترین موافقت با اتانازی نوع مستقیم غیر فعال با در نظر گرفتن شرایط است. یعنی حذف یا عدم به‌کارگیری دستگاه‌های کمک‌درمانی برای بیماران صعب‌العلاج آن‌هم در موقعی که دیگر این وسایل سوددهی ندارند. به هر حال، این تحقیق و تحقیقات مشابه در داخل و خارج کشور با جمع‌بندی نظرات آیات عظام و دیدگاه اسلام می‌تواند روند قانونمند کردن این عمل را تسریع و جامعه پزشکی و متولیان بیماران را از سردرگمی نجات بخشد.

مباحث اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه

خدیجه نصیریانی، علیرضا حبیبی، ملوکه هادوی، سیما برزگر

پیشرفت سریع و روزافزون تکنولوژی با تغییرات وسیعی در عملکرد بالینی حرف علوم پزشکی همراه بوده که بدین ترتیب ناتوانایی‌ها و محدودیت‌های پزشکی در نظر عموم و کارکنان درمانی تغییر پیدا کرده است. این پیشرفت‌ها موجب بهبودی بسیاری از بیماران با بیماری‌های حاد و شدید شده است که قبلاً امکان ادامه درمان آن‌ها نبود. اما حتی این تکنولوژی پیشرفته نیز محدودیت‌ها و عواقبی را به دنبال دارد؛ از جمله: مداخلات مراقبتی و درمانی نجات‌دهنده زندگی در ICU موجب طولانی‌تر شدن زندگی و فرایند مرگ می‌گردد که در نظر بعضی از بیماران و خانواده‌های آن‌ها سودمند نیست و ارائه‌دهندگان مراقبت نه فقط لازم است که بدانند چه‌طور و چگونه از مداخلات نجات‌دهنده زندگی استفاده کنند، بلکه باید بدانند در چه مواردی از نظر اخلاقی خاتمه این درمان‌های نگه‌دارنده صحیح است. و بدین ترتیب، خاتمه دادن مراقبت در ICU از موارد و منابع مورد بحث و اختلاف از نظر اخلاقی است که حل آن نیازمند توجه به مباحث و مفاهیم اخلاقی همراه با در نظر گرفتن اولویت‌های بیماران، نظرات قیم و تصمیم‌گیرنده، وظایف پزشکان و کادر درمانی و نظرات اجتماع در مورد مضر و مفید بودن منابع پزشکی اختصاص داده‌شده در این زمینه است.

آن‌چه مسلم است در نظر داشتن اصول اولیه اخلاق زیستی و کاربرد آن در تصمیم‌گیری‌های پایان‌بخشیدن زندگی به تکنسین‌های ICU در تحلیل و حل این ابهامات اخلاقی و دیگر تضادها کمک می‌کند و این اصول عبارتند از: احترام به استقلال بیمار و قضاوت صحیح. بنابراین، در کل، با توجه به «فزایش هزینه‌های درمانی»، «تعداد بیماران بدحال پذیرش‌شده در بخش‌های ویژه» و «رتباط پرستار و بیمار و کیفیت زندگی» لازم است که کادر درمان با مباحث اخلاقی آشنا باشند و آن را در تصمیم‌گیری‌های بالینی به کار گیرند.

اتانازی، مرگ سخت!

فرامرز لشنی

در شروع این مقاله، با محور قرار دادن «اراده بیمار» و بدون استناد به هرگونه دلیل ساجکتیو (مذهبی)، اتانازی (با تعاریف و نگرش‌های جاری) به‌عنوان عملی ضد انسانی و ناعادلانه معرفی شده است. البته دو حالت استثنا نیز معرفی شده و درباره آن‌ها بحث شده است: یکی، حالتی که بیمار از درد شدید و مقاوم به هر گونه درمانی رنج می‌برد و دوم، حالتی که درخواست اتانازی نتیجه بن‌بست عمیق فلسفی است، بن‌بستی که به هرگونه مشاوره و روان‌کاوی مقاوم است و کیفیت زندگی فرد را عمیقاً متاثر کرده است.

برخی دیگر از موارد مطرح شده در این مقاله عبارتند از:

- advance directive به لحاظ فلسفی، عملی بی معنی است و مثل قائل شدن حق عدم پذیرش درمان، اغلب یک فریب اقتصادی است.
- تصمیم‌گیری در مورد best interests ارتباط بسیار اندکی با بیمار و خانواده دارد.
- پرتکل‌های پیشنهادی در مورد بیماران کماتوز و PVS
- terminal sedation و قائل شدن افتراق اخلاقی و قانونی میان اتانازی و assisted suicide به‌عنوان نگرش‌هایی دون شأن جامعه پزشکی، محکوم گردیده‌اند.

- طرح موضوع «کیفیت هوشیاری و حیات»، و ورود به بحث افراد سایکوتیک و

عقب‌مانده و نوزادان معلول

در این مقاله با رد نمودن مباحثی مثل افتراق میان اقدامات عادی و فوق عادی و یا قائل شدن حقی مثل حق عدم پذیرش درمان، با نگاهی انتقادی موضوع فلسفه طب و کار پزشک و شأن پزشک بررسی شده و در ادامه به برخی واقعیت‌ها اشاره گردیده است. سطور زیر قسمتی از این مقاله ۷۰ صفحه‌ای است که در قسمت «نوزادان بیمار» و بعد از طرح مسأله حق نوشته شده است:

«...در واقع، اصلاً چیزی به نام «حق» زنده بودن یا نبودن وجود ندارد. نه فقط در مورد نوزاد، بلکه درباره هر آدمی. زنده بودن بستر اساسی و ظرف اصلی همه بحث‌های ماست. «حق» در زنده بودن اتفاق می‌افتد و شکل می‌گیرد، «زنده بودن» از متعلقات حق نیست. همان‌طور که در بحث اتانازی نیز از حق بیمار برای زنده بودن صحبت نکردیم بلکه از حق بیمار برای برخورداری از امکانات درمانی صحبت کردیم؛ هیچ‌کس نمی‌تواند به بهانه قوی‌تر شدن جامعه، اصلاح نژاد، سریع‌تر شدن آهنگ پیشرفت یا هر دلیل پول‌مدارانه و رقابت‌محورانه دیگری از کشتن یا اجازه به مردن در هیچ نوزاد یا هیچ بیمار یا هیچ معلولی حرف بزند. مسأله انتقال ژن‌های بیمار به نسل‌های بعد و جلوگیری از آن، مسأله مستقل و جداگانه‌ای است... اما با واقعیت‌ها چه باید کرد؟!...»

این مقاله در واقع فصل چهارم پایان‌نامه دکترای عمومی من است که موضوع تحقیق آن «بررسی نگرش پزشکان دانشگاه علوم پزشکی همدان نسبت به اتانازی» بود. این تحقیق در زمستان ۸۴ انجام شد و آنالیز آن هم در همان سال صورت گرفت ولی به دلایلی هنوز به مرحله دفاع نرسیده است. احتمالاً ظرف هفته‌های آینده، این اتفاق نیز

روی خواهد داد. در بحث این پایان نامه که کلاً شامل دیدگاه‌های فردی این‌جانب است، به تحلیل نتایج این تحقیق نیز پرداخته شده است. در فصل اول این پایان نامه نیز خلاصه جامعی از تمامی بحث‌های اخلاقی مرتبط با موضوع، از کتاب‌های Harison, Avery, Fanaroff, Rudolf, Oski, Nelson, Merrit, Miller, Kaplan و نیز مطالبی از کتب ترجمه‌شده گردآوری شده است.

از اتانازی چه می‌دانیم؟

دکتر غلامعلی ملاصادقی رکن آبادی^۱

دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه: مرگ یک واقعیت انکارناپذیر و در عین حال ناخوشایند و گریزناپذیر است. در شرایطی ویژه برای بعضی استقبال از مرگ فرار از دردهایی است که در نهایت بیمار را از پای در می‌آورد. در قلبی از کشورهای دنیا اتانازی قانونی شده است. در ایران قانونی وجود ندارد ولی از نظر شرعی رد شده است. ما تلاش کردیم صرف نظر از دیدگاه شرعی، نظرخواهی علمی از دانشجویان سال‌های آخر آموزش پزشکی به‌عمل آوریم که در مجموع ۴۹۶ در شرایط برابر مورد پرسش قرار گرفتند که سه نفر جواب ندادند و ۴۹۳ نفر به پرسش پاسخ دادند.

متد و مواد: دانشجویان و پزشکان یکی از گروه‌هایی هستند که باید میزان اطلاع و نوع نگرش آن‌ها نسبت به مسائل پزشکی ارزیابی گردد. برای این ارزیابی بدون ذکر نام از آنان خواسته شد که به این سؤال پاسخ دهند که «یا به‌نظر شما می‌توان اتانازی را انجام داد؟» البته قبل از پاسخ به سؤال در مورد تعریف و انواع اتانازی و مواردی که ممکن است انجام شود توضیحاتی داده شده بود. پاسخ به‌صورت توصیفی بود. این توصیف‌ها

^۱ - malekipour@rhc.ac.ir

بعداً به صورت «آری» و «نه» استخراج گردید. همه سؤال‌شوندگان پاسخ منفی داشتند. عده‌ای برای تأکید توضیح بیش‌تری دادند.

بحث: در میان جوامع هر پدیده‌ای و یا عملی چند وجه دارد. اتانازی هم یکی از مباحثی است که در هر حال امروزه مطرح است. هم‌چنان که خدمات پزشکی توانسته است بسیاری از بیماران را دارای طول عمر بیش‌تر با کیفیت زندگی بهتر بنماید، در کنار این فواید، بیماران صعب‌العلاجی هم هستند که می‌توان با روش‌هایی آن‌ها را زنده نگه‌داشت ولی زندگی توأم با زحمت خواهند داشت. در این جا و در جاهای دیگر هم با سوء استفاده از این توجیه به اقدام «کشتن بیمار/ز روی ترحم» دست می‌زنند که در شرایطی که ما زندگی می‌کنیم، گرفتن حق حیات چه از طرف خودش یا دیگری غیرمجاز است.

نتیجه‌گیری: در صورتی که اطلاعات لازم ایجاد شود، در جامعه اسلامی ما تقریباً همه شرایط اتانازی را می‌فهمند و نظر آن‌ها روشن خواهد بود. باید اطلاع‌رسانی کافی برای همه دست‌اندرکاران امور پزشکی انجام شود تا امکان استفاده نابجا یا اغوای کسی باقی نماند. زیر زمینه اجتماعی کاملاً آماده است فقط آگاهی و توانمندی‌های شاغلان ضروری است. فقط طولانی کردن احتضار است که محل «بحث» است.

واژگان کلیدی: اتانازی، اطلاعات عمومی، درد شدید، پایان زندگی

«مراقبت پرستاری در بیمار محتضر(در حال مرگ)»

از دیدگاه احکام شرعی اسلام»

حسین رضایی حاجی آبادی^۱، حسین رضایی حاجی آبادی، مینو اسد زندی،

محمد مهدی سالاری، عباس عبادی

دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) - دانشکده پرستاری

اگرچه مرگ تنها پدیده مسلم زندگی و تنها اتفاقی است که همه ما از وقوع آن در آینده مطمئن هستیم و می‌دانیم که «هرکسی طعم مرگ را خواهد چشید»، اما همیشه در اندیشه‌های خود آن را واپس زده و برای گفت‌وگو در مورد آن دچار تردید و دودلی هستیم، به گونه‌ای که در طب به جای کلمه «مردن» (Die) از لغت «در گذشته» (Expired) استفاده می‌شود. بحث درباره مرگ همیشه اضطراب‌انگیز است. قرآن کریم می‌فرماید: «هر کس و هر چیزی که روی زمین است دستخوش مرگ و فناست و تنها ذات خداوند بزرگ و با عظمت است که زنده و جاودان می‌ماند.» امام سجاد (ع) می‌فرماید: «مرگ برای مؤمن هم‌چون گذشتن از تیره‌روزی‌ها و زیان‌ها، به سوی بهشت پهناور و نعمت‌های جاودان است.» در حرفه پزشکی و پرستاری مرگ جزء لاینفک مواردی است که همواره در پیش روی کارکنان این حرفه قرار دارد. شاغلان این حرفه در خط مرز حیات و مرگ بیمار در تلاشند تا موجب بقای حیات وی شوند و بر این باورند که: «هرکس که جان یک نفر را نجات دهد، گویی جان تمام انسان‌ها را نجات داده است.» با این وجود، در

^۱ - h_r_student@yahoo.com

بخش‌های مختلف درمانی مشاهده می‌شود که علی‌رغم تلاش فراوان تیم پزشکی و گروه احیاء بسیاری از بیماران جان به جان‌آفرین تسلیم می‌نمایند و این وعده الهی است که: «زمانی که مرگ فرا رسد، لحظه‌ای دیر یا زود نخواهد بود.»

به نظر می‌رسد که پرستاران علاوه بر ایفاء نقش مراقبتی- درمانی خود به‌عنوان یکی از اعضاء تیم درمان، (با توجه به این که بیش از سایر افراد تیم درمان در مواجهه با بیمار هستند)، می‌باید در رعایت حقوق بیماران، به‌ویژه بیماران محتضر (در حال مرگ) تلاشی وافر و خستگی‌ناپذیر از خود نشان دهند. برخی از این حقوق، رعایت احکام و آداب بیمار محتضر است که حکم وجوب برخی از آنان از طرف مراجع بزرگ تقلید شیعه صادر شده است و بعضاً مشاهده می‌شود که این احکام به دلایل مختلف، آن‌گونه که باید اجرا نمی‌شود. قاسمی در پژوهشی توصیفی که در برخی مراکز درمانی شهر زنجان انجام داده است، بیان می‌دارد: «علی‌رغم حکم وجوب برخی از احکام محتضر، ۵۰/۱ درصد پرستاران مورد پژوهش اعلام نمودند که این احکام در بخش درمانی محل کار آن‌ها اجرا نمی‌شود و ۱۵/۵۱ درصد علت عدم اجرای احکام فوق را کمبود اطلاعات و ۱۳/۷۹ درصد کمبود امکانات بخش بیان نمودند.»

با توجه به اهمیت موضوع حقوق فرد محتضر و رعایت احکام و دستورات دین مبین اسلام و هم‌چنین فراهم کردن شرایطی برای مرگ راحت همراه با حفظ شخصیت و احترام بیمار محتضر، این مقاله با هدف ارتقاء آگاهی پرستاران و کلیه کادر درمانی و با استفاده از نظرات مراجع عظام تقلید شیعه تهیه شده است که در اصل مقاله به‌صورت مبسوط شرح داده خواهد شد.

اتانازی، انتخاب و حقوق بشر

امیر مقامی

پژوهشگر و دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، دانشگاه پیام نور، تهران

اتانازی داوطلبانه اعم از فعال و انفعالی با حق بر درمان و حق حیات در اسناد حقوقی مرتبط است و به‌علاوه، آزادی انتخاب مسأله‌ای اساسی در بررسی اخلاقی اتانازی داوطلبانه است. لذا این پرسش اساسی مطرح است که «یا حقوق بشر، توسط خود انسان قابل سلب خواهد بود؟» که این پرسش، بحثی در ماهیت حقوق بشر می‌طلبد.

در اسناد حقوقی بین‌المللی تصریحی بر جواز اتانازی وجود ندارد، اما می‌توان به کلیت موضوع حق حیات اشاره و این پرسش را مطرح نمود که «یا حق حیات با حق مرگ ملازمه دارد؟» دیوان اروپایی حقوق بشر هم‌چنین معتقد است ممنوعیت مندرج در ماده ۲ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر به روابط میان افراد با یکدیگر (علاوه بر دولت) نیز تسری می‌یابد. اما پرسش بی‌پاسخ این است که آیا دارنده حق می‌تواند از حقش اعراض نماید؟! با تعهد مثبت دولت‌ها برای حمایت از حقوق بنیادین بشر، این انتخاب برای یک دولت مسؤول قابل استناد برای دفاع نخواهد بود. قواعد حقوق بشری نیز قواعدی امری هستند؛ به‌عنوان مثال، ماده ۹۵۹ قانون مدنی ایران اشعار می‌دارد هیچ‌کس نمی‌تواند حقوق مدنی را از خود سلب نماید. به‌علاوه، از نظر مذهبی نیز خودکشی ممنوع است و اصولاً «کمیت» زیستن بر «کیفیت» آن ترجیح دارد.

در نتیجه، با توجه به امری بودن قواعد حقوق بشر و حکم عقلی مبنی بر درمان بیماری و حتی برخی اسناد، که استفاده از توان انسان را وظیفه قلمداد کرده‌اند، می‌توان مدعی شد حقوق بشر، اتانازی داوطلبانه را تجویز نکرده و چه بسا منع نموده است. بنابراین، مبنای حقوقی یا واقعی برای حق انسان نسبت به خود به‌عنوان لایه سوم حقوق بشر وجود ندارد؛ به ویژه در مواردی که استفاده از سایر حقوق به حق بنیادینی چون حق حیات بستگی دارد. باوجود این، پرسش تازه این است که «رابطه حقوق بشر (به‌ویژه حق حیات) با آزادی اراده و انتخاب چیست؟»

بهمرگی بهتر است یا مرگ سخت؟

راحیل فراهانی^۱

دانشگاه تهران

این فقط یک مقاله ساده است؛ لطفاً با سادگی به آن نگاه کنید.

اگر در فرهنگ پزشکی پاکت دوردوز نگاهی بیندازیم واژه Euthausia را این‌گونه تعریف کرده است: بهمرگی؛ بهکشی: مرگ از روی ترحم و شفقت برای بیماری که هیچ اقدام دارویی و درمانی در مورد وی نمی‌تواند صورت بگیرد.

شاید یکی از مهم‌ترین مسائلی که در حیطه کاربرد اخلاق و تا حدی فلسفه در پزشکی مطرح می‌شود، همین مسأله اتانازی باشد. هیچ‌کس و هیچ مرجعی به پزشک یاد نمی‌دهد که بیمار خود را، حتی اگر از او قطع امید شده است، بکشد. ولی مسأله وقتی ابعاد وسیع‌تری به خود می‌گیرد که پزشک نتواند رنج و درد بیمار خود را تحمل کند و شاید بیمار هم دیگر نخواهد که زندگی پر از سختی و رنج و درد داشته باشد! سؤالی که در این‌جا مطرح می‌شود این است که «یا فقط کشتن یک بیمار صعب‌العلاج اتانازی محسوب می‌شود یا اتانازی ابعاد وسیع‌تری هم دارد؟» اگر بخواهیم با نگاهی پرسش‌گرایانه به قضیه نگاه کنیم، علاوه بر قتل پزشکی بیماری که هیچ اقدام دارویی و درمانی در مورد وی نمی‌تواند صورت بگیرد، شاید اهدای اعضای فردی که به مرگ مغزی دچار شده است نیز خود نوعی قتل محسوب بشود. علاوه بر این مورد، طبق نظر

^۱ - rahil_farahani@yahoo.com

مراجع تقلید «گر پزشک بداند جنینی که در رحم مادر است، اگر به دنیا بیاید دچار نقصی مادرزاد خواهد بود که موجب حرج و سختی برای آن جنین است، می‌تواند آن جنین را سقط کند» آیا این اتانازی نیست؟ اگر واقع‌گرایانه به این قضیه نگاه کنیم و دو مثال فوق را کنار بگذاریم، متوجه می‌شویم چیزی که امروزه و در واقع طبق نظر شورای اخلاق پزشکی در آمریکا به آن اتانازی می‌گوییم، از مدت‌ها پیش رواج داشته است، منتها به آن اتانازی نمی‌گفته‌اند. به‌طور مثال، اگر کتب طب در مصر قدیم را مطالعه کنیم متوجه می‌شویم که یک پزشک مصری چندین سال پیش از میلاد مسیح اتانازی می‌کرده ولی اسم این عمل را اتانازی نمی‌گذاشته است. آن جایی که یک پزشک مصری با بیماری صعب‌العلاج روبه‌رو می‌شده که هیچ اقدامی درمورد وی نمی‌توانسته انجام دهد جمجمه سرش را می‌شکافته تا به اصطلاح خودش بخارهای موزی از سرش خارج شود؛ ولی آن پزشک می‌دانسته که با شکافتن سر شانس زنده‌ماندن آن مریض نه تنها افزایش نمی‌یابد، بلکه مرگ آن بیمار قطعی است! پس می‌توان نتیجه گرفت اتانازی یک پدیده جدید در علم پزشکی نیست که با پیشرفت تکنولوژی آن هم پا به عرصه وجود گذاشته است؛ درست است که شاید در زمان اخیر یکی از مهم‌ترین اتانازی‌ها مربوط به یک بیمار استرالیایی در سال ۱۹۹۶ باشد، ولی پزشکی جهان تا به حال چندین‌هزار اتانازی دیده است که شاید فقط چندین مورد از آن‌ها به ثبت رسیده است. علاوه بر این‌ها، شاید هنگامی که پزشک با روحیه‌ای ضعیف نمی‌تواند بیمار خود را قانع کند و بیمار هم اصلاً ظرفیت پذیرش و دریافت دارو را ندارد آن هنگام است که پزشک به ظاهر اتانازی نکرده است، ولی باطناً عملی را مرتکب شده است که خیلی بدتر از یک اتانازی ساده است؛ چرا که لااقل در قتل یک بیمار صعب‌العلاج هیچ امیدی به بهبودی وی نیست،

ولی در این‌جا شاید شانس زنده‌ماندن وجود داشته باشد.

نکته دیگری که لازم است در این‌جا مطرح شود این است که شاید اطلاق لفظ اتانازی به یک تزریق ساده دارویی آن را وحشتناک‌تر از قبل می‌کند. هنگامی که بیمار، عوام و شاید حتی جامعه پزشکی این لفظ را می‌بیند اخم‌ها را درهم کرده و احساس گناه و سرزنش در قلب همه آن‌ها مالا مال شود. این یک روی قضیه است ولی اگر بیمار خود از پزشک بخواهد که به زندگی‌اش پایان دهد آن وقت چه؟ آیا این یک وصیت‌نامه نیست که باید تحت هر شرایطی به آن عمل شود؟ آیا این یک تعهد و یک راز میان پزشک و بیمارش نیست که نباید هرگز فاش و شکسته شود! این‌جا بهتر است که کمی منصفانه‌تر به قضیه نگاه کنیم. درست است که اتانازی به دلیل داشتن شرایط حاد، هرگز نمی‌تواند در حیطه قوانین مدنی گنجانده شود، چرا که اگر آن را در کنار خودکشی بگذاریم، اعتراض عده‌ای بلند می‌شود که در خودکشی مگر خود فرد سهیم نیست، پس پزشک در این‌جا به‌عنوان یک ناظر چه نقشی دارد؟ و حتی اگر آن را در حیطه الفاظ قتل بگذاریم اعتراض جامعه پزشکی بلند می‌شود و می‌گویند اولاً این کار با نظر مستقیم خود بیمار صورت گرفته است که در قتل به هیچ وجه این موضوع دیده نمی‌شود، ثانیاً این فرد صعب‌العلاج بوده است و هر اقدامی برای درمان وی توسط پزشک انجام‌نشده بوده است. پس بهتر است آن را در حوزه اخلاق بررسی کنیم، همان حوزه‌ای که از آن نشئت می‌گیرد.

دین اسلام با اتانازی مخالف است، چرا که علماء اعتقاد دارند بدن انسان و نعمت زنده‌بودن همگی از جانب خداوند آمده است و هیچ فردی مجاز نیست که حتی تحت شرایط بسیار بد آن را از بین ببرد. علاوه بر نظر علماء اسلام، عقیده پیروان مسیحیت و

در رأس آن پاپ نیز بسیار حائز اهمیت است، چرا که پاپ حتی سقط جنینی را که می‌دانند در صورت به دنیا آمدن دچار نقصی خواهد بود نیز رد می‌کند و اظهار می‌دارد که فرزند هدیه‌ای از جانب خداست و هیچ‌کس نمی‌تواند چنین موهبتی را از بین ببرد. شایان ذکر است که تمامی مکاتب و ادیان با قتل پزشکی مخالف هستند و شاید فقط تنها مکاتبی که با این کار موافق باشند بودائیسیم و سایر مذاهب آسیای شرقی باشند؛ این در حالی است که کشورهای جهان نیز اتفاق نظر جامعی بر نفی کامل اتانازی ندارند و عده‌ای با آن مخالف هستند، نظیر بریتانیا و ایتالیا و عده‌ای موافق هستند نظیر سوئیس و هلند و همین مسأله کار تصمیم‌گیری را درباره صحیح بودن یا صحیح نبودن اتانازی مشکل‌تر می‌کند.

موضوعی که به عنوان آخرین نکته مطرح می‌شود این است که برای رسیدن به یک تصمیم واحد بهتر است علماء پزشکی با علماء شرعی اتفاق نظر پیدا کنند و در عین حال واقعیت‌گرایی را نتیجه‌گیری خود قرار دهند؛ چرا که همان‌طور که اهداء اعضا جوانی که دچار مرگ مغزی شده است با وصیت یا اجازه اولیاء دم مجاز است، می‌شود که به خواسته یک بیمار که خود زنده است و می‌داند آخرین لحظات زندگی‌اش جز رنج و سختی چیز دیگری نیست با دیدی بهتر نگاه کرد.

اتانازی و عواقب آن در حرفه پزشکی

حمیده مظفری، فریبا امامی

دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده پیراپزشکی، گروه هوشبری

به عمل عمدی در جهت مرگ بیمار از طریق تجویز مستقیم دارو یا هر روش دیگری قتل از روی ترحم (مرگ راحت) گویند. در این رابطه، انجمن پزشکی جهان اعلام کرده است که قتل از روی ترحم برای خاتمه زندگی بیمار حتی اگر به خواست خود بیمار یا بستگان نزدیکش باشد، یک عمل غیر اخلاقی است. این امر مانع از این نیست که پزشکی به خواست بیمار مبنی بر این که فرایند طبیعی مرگ در مرحله انتهایی بیماری سیر خود را طی کند و اقدامی نشود احترام گذارد، این خلاف تعهدات انسانی است از این رو فرد حق انتخاب مردن را ندارد.

طرفداران کشتن از روی ترحم و دلسوزی (Euthanasia) چنین استدلال می‌کنند که علی‌رغم این که عمل غیرعقلانی است ولی برای فرد درمانده و فقیر، فرد داری زندگی نباتی یا مرگ غیرقابل اجتناب این عمل را برای بیمار، خانواده‌ها و جامعه مفید می‌دانند و آن را یک اقدام مثبت اخلاقی بر می‌شمارند. هر چند بسیاری از کشورها قانون «حق امتناع از درمان پزشکی» را به رسمیت شناخته‌اند ولی تنها در هلند، بلژیک، سوئیس و ایالت آرگون امریکا یاری رساندن به بیماری برای طولانی نشدن عمر همراه با درد و رنج طاقت‌فرسا را تصویب کرده‌اند.

مخالفتان اتانازی معتقدند که زندگی موهبتی است الهی و هیچ‌کس حق تصرف در آن را ندارد و این عمل زیر پا گذاشتن ارزش‌های انسانی است، احتمال برگشت همیشه هست. خودکشی و کمک به خودکشی (قراردادن امکانات و وسایل جهت خودکشی) جرم است؛ در واقع، معتقدند عدم نجات برابر قتل است، از این رو، نمی‌توان فرد را رها ساخت شاید با حفظ شرایط درمان جدیدی فراهم شود.

اسلام اتانازی را به هر شکل جرم می‌داند. و طبق سوره اعراف آیه ۳۴ و سوره مائده آیه ۳۲ مجوز چنین کاری به پزشک داده نشده است. زیرا وظیفه پزشک حفظ جان آدمی است، نه گرفتن جان از او. در هر صورت، قانونی کردن، اتانازی اختیاری موجب از بین رفتن اعتماد و مسؤولیت در حرفه پزشکی می‌شود و عواقب وخیمی به دنبال خواهد داشت.

در ادیان آسمانی قبل از هر اقدامی در گام نخست به بیمارانی که مبتلا به مرض‌های سخت و لاعلاج هستند توصیه می‌شود با تقویت روح و روان خویش ضریب تحمل وجودی‌شان را بالا ببرند تا رنج و تعب کم‌تری احساس نمایند، از این گذشته تأکید می‌شود که تحمل رنج و درد فرصتی برای تقرب به خداوند، پالایش روح و تزکیه نفس آدمی است.

واژگان کلیدی: ترحم، مرض لاعلاج، ضریب تحمل، رنج و تعب، پالایش روح،

تزکیه نفس

آیا اتانازی و خود کشی از طریق پزشک از نظر بالینی ضروری است؟

مهدیه شجاعی باغینی^۱، فاطمه معارف‌دوست

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقدمه: اتانازی عبارت است از مداخله حساب‌شده پزشک به منظور خاتمه‌بخشیدن به حیات بیماران لاعلاج، و در صورتی که با درخواست یا رضایت بیمار انجام شود، داوطلبانه و در غیر این صورت، غیرداوطلبانه نامیده می‌شود.

در شیوه خودکشی با کمک پزشک، پزشک اطلاعات، تجهیزات و داروهای لازم را فراهم می‌کند، اما اقدام نهایی توسط بیمار انجام می‌شود. آن نیز یک روش حساب‌شده برای خاتمه‌بخشیدن به حیات بیماران لاعلاج است، ولی از نظر اخلاقی از اتانازی متمایز نیست.

در مستندسازی اتانازی نباید به اثرات مبهم و انصراف یا امتناع از درمان‌های بیهوده اشاره کرد. بلکه لازم است هدف خاتمه‌بخشیدن به حیات بیمار را مشخص نمود. برای مثال، از عبارت «پزشک اقدام نهایی را برای مرگ بیمار انجام داد» برداشت غلط می‌شود و لازم است جزئیات آن نیز ثبت شود، مثلاً «پزشک به منظور خاتمه‌بخشیدن به حیات بیمار، دوز کشنده دارو را تزریق نمود».

^۱ - shojaei_mahdieh@yahoo.com

در مستندسازی خودکشی توسط پزشک نیز بایستی اذعان نمود که اقدام با رضایت کامل بیمار انجام شده است. فرضاً عبارت «پزشک دوز کشنده مواد مخدر را در اختیار بیمار قرار داده است.» منجر به سوءبرداشت می‌شود و لازم است عبارت به صورت دقیق ثبت شود، مثلاً «بیمار می‌داند استفاده از داروی تجویزی منجر به مرگ وی می‌شود.»

قوانین و دستورالعمل‌های اخلاقی اتانازی و خودکشی توسط پزشک

- درخواست‌های اتانازی و خودکشی توسط پزشک فقط باید از طریق بیمار و با رضایت آزادانه و آگاهانه وی صورت گیرد.
- درخواست بیمار باید به عنوان سند رسمی برای همیشه بایگانی گردد.
- لازم است بیمار درد و رنج طاقت‌فرسا داشته باشد و سایر اقدامات به منظور تسکین درد و رنج وی ناکافی و نامناسب شناخته شده باشد.
- اتانازی صرفاً بایستی توسط پزشک انجام شود.
- لازم است پزشک، قبل از انجام اتانازی با یک همکار مجرب مشورت نموده باشد.
- ضروری است که پزشک گزارش کتبی اتانازی را به مقامات ذی صلاح ارائه دهد.

هم‌چنین لازم است به این نکات توجه گردد:

- افشای دقیق جزئیات وضعیت پزشکی بیمار ضروری است.
- از آن‌جا که درد و رنج قابل اندازه‌گیری و مقایسه نیست، لذا توجیه قابل قبولی برای انجام اتانازی نیست.
- به منظور پیش‌گیری از رخداد قتل عمد حضور شخص ثالث الزامی است.
- درخواست اتانازی هرگز مبین رضایت آگاهانه و داوطلبانه نیست.

- حتی در مورد بیماران محتضر نیز، درخواست مکرر مرگ، غیر قابل توجیه است. زیرا تشخیص اختلالات روانی زمینه‌ای آنان مشکل است، ضمن این‌که معمولاً، این‌گونه اختلالات، در مراقبت پزشکی، نادیده گرفته می‌شوند.
- تمیز اتانازی اختیاری^۱ از غیراختیاری^۲ از لحاظ منطقی دشوار است.

روش پژوهش: پژوهش حاضر به صورت مروری و با بررسی منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی صورت گرفته است.

بحث و نتیجه‌گیری: هیچ موقعیت بالینی و هیچ قانونی اتانازی و خودکشی توسط پزشک را ضروری نمی‌داند. از طرفی، مراقبت آرام‌بخش جامع می‌تواند به نحو مطلوبی، بسیاری از درد و رنج‌های بیماران نهایی را، که توجیه مناسبی برای اتانازی و خودکشی توسط پزشک هستند، تسکین دهد. لذا با توجه به اهمیت مراقبت آرام‌بخش، آموزش تخصصی جنبه‌های مختلف آن الزامی است.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، اتانازی، خودکشی توسط پزشک

^۱ Voluntary Eutanasia (VE)

^۲ Non voluntary euthanasia (NVE)

اتانازی

بهزاد ایمنی^۱، آرزو کریمپوریان^۲

۱- کارشناس ارشد تأمین اجتماعی، ۲- کارشناس ارشد پرستاری

مقدمه: نظرات مختلف درباره اتانازی ضرورتاً وابسته به نظرات متفاوت در زمینه اخلاق است. مباحث پیرامون اتانازی، مباحثی درباره ارزش‌هاست. برخی اعتقاد دارند که حیات حد اعلای خوبی است و دیگر خوبی‌ها با وجود حیات و زندگی معنا می‌یابند و بدون زندگی و حیات، هیچ خوبی یا ارزشی وجود ندارد (یعنی نمی‌تواند وجود داشته باشد) و حیات شرط لازم برای تحقق دیگر ارزش‌هاست.

مباحث اتانازی، عمدتاً بحث درباره این است که چه چیزی اخلاقی است. «یا حقی برای ارتکاب خودکشی وجود دارد؟»، «آیا حقی وجود دارد که براساس خواسته کسی یا اعضای خانواده‌اش ایجاد مرگ را در او تسهیل کنیم؟» و «آیا اخلاقی هست برای نجات جان فردی، زندگی فرد دیگری را که امیدی به زنده ماندنش نیست خاتمه دهیم؟» تمام مباحث پیرامون اتانازی درصدد پاسخگویی به سؤالاتی این چنینی هستند. اتانازی بحث بسیار مهمی در اخلاق پزشکی است، چون تمام حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی را دربرمی‌گیرد.

تعریف: اتانازی (Euthanasia) از واژگان یونانی «EU» به معنای راحت و خوب و واژه «THANASIA» به معنای «مرگ» مشتق شده است. واژه Thanasia خود از «Thanatos» که الهه مرگ در یونان بوده، گرفته شده است و به صورت تحت اللفظی

«مرگ خوب یا راحت» معنا می‌دهد. این واژه برای اولین بار توسط فرانسیس بیکن که مرگ بدون رنج را تبلیغ می‌کرد وارد فرهنگ پزشکی شد. شورای حقوقی و قضایی پزشکی آمریکا اتانازی را این گونه تعریف می‌کند: «*اتانازی عمل ایجاد مرگ با روشی نسبتاً سریع و بدون درد به دلایل ترحم/نگیز در فردی است که از بیماری لاعلاجی رنج می‌کشد.*» البته اتانازی واژه‌ای کلی است و برای دقیق‌تر کردن موضوع و مخصوصاً از جنبه‌های حقوقی به انواع مختلفی تقسیم می‌شود.

انواع اتانازی: اتانازی فعال، غیرفعال، داوطلبانه، غیرداوطلبانه و اجباری

دیدگاه‌های مختلف در مورد اتانازی: اتانازی عمل ایجاد مرگ در فردی صاحب صلاحیت به لحاظ حقوقی و پزشکی براساس درخواست آگاهانه او است. بنابراین، اگر بیماری درخواستی صریح، آزادانه و آگاهانه برای اتانازی داشته باشد و البته از بیماری لاعلاجی که با هیچ درمانی قابل بهبودی نیست، رنج می‌برد، پزشک بایستی بر مبنای اصل احترام برای خودمختاری بیمار (که از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی است) عمل اتانازی را انجام دهد. (چنین عملی البته با قید این دو شرط در هلند و برخی کشورها قانونی شده است). بر طبق این دیدگاه دیگر قضاوت پزشک در این زمینه جایگاهی ندارد. موافقان اصل خودمختاری بیمار استدلال می‌کنند که هیچ‌کس نمی‌خواهد به خاطر هیچ بمیرد، اتانازی قطعاً بر مبنای دلایلی درخواست می‌شود، اما درستی یا نادرستی این دلایل بی‌معنی است. اما این استدلال غیرمعتبری است، چرا که فردی که درخواست اتانازی می‌کند (بنا به هر دلیلی) قطعاً فکر می‌کند که عمل او درست است و اگر اعتقادی به درستی کارش نداشته باشد، قید اول یعنی «صاحب صلاحیت بودن» زیر

سؤال می‌رود. بنابراین، درخواست بیمار مبتنی بر این باور است که مرگ نفعی برای او دارد و به این دلیل قابل توجیه است.

درخواست بیمار وقتی ملاکی برای مجاز بودن اتانازی است که او باور به درستی درخواستش داشته باشد. اما دلایل بیمار برای درستی عملش چیست؟

برخی استدلال کرده‌اند که اتانازی توجه جامعه نسبت به زندگی را از بین می‌برد، رایج‌شدن اتانازی در عمل پزشکی حساسیت جامعه نسبت به مرگ را کاهش می‌دهد و در نتیجه زندگی امر ارزشمندی به حساب نمی‌آید. این حالت باعث از بین رفتن انسانیت و به‌وجود آمدن تنوعی از بیماری‌های اجتماعی می‌شود. در جامعه‌ای که حیات غیر ارزشمند به حساب آید، افراد ابایی از کشتن افراد دیگر و ارتکاب جنایت ندارند. مخالفان اتانازی معتقدند هرگاه اتانازی قانونی شود، پتانسیلی برای سوء استفاده در دستان مراقبان سلامتی خواهد بود. اولین قدم برای انجام اتانازی در جامعه‌ای که قانونی شده است، باعث می‌شود قدم‌های بعدی آسان‌تر برداشته شود. به این استدلال، «شیب لغزنده» (Slippery slope) گفته می‌شود. یکی از صریح‌ترین مخالفان اتانازی، یال کامیسار، پروفسور حقوق دانشگاه میشیگان است. موافقان نظریه شیب لغزنده استدلال می‌کنند هنگامی که کیفیت زندگی کاهش یافته باشد، جامعه پایان دادن به حیات را می‌تواند بپذیرد و هیچ روش عقلانی برای محدود کردن اتانازی و جلوگیری از سوء استفاده آن وجود ندارد. کامیسار نتیجه می‌گیرد قانونی کردن اتانازی ارادی ناچاراً منجر به قانونی شدن اتانازی اجباری می‌شود، چون تمایز عقلانی بین آن کسانی که می‌خواهند بمیرند (چرا که خودشان را سربار جامعه می‌دانند) و آن کسانی که می‌خواهند

بکشند (چون این افراد را سرباری برای جامعه می‌دانند) غیرممکن است. اکثر کسانی که از استدلال شیب لغزنده استفاده کرده‌اند، تجربه آلمان نازی را مثال تجربی این فرایند در عمل ذکر کرده‌اند. آن‌ها استدلال می‌کنند سیاست عمومی کشتن، از یک قدم اولیه محدود آغاز می‌شود، یعنی اتخاذ برنامه اتانازی دقیقاً تعریف‌شده و خلاص شدن از شر کسانی که زندگی‌های بی‌ارزشی دارند، سریعاً به «هولوکاست» (اقدام حزب نازی در کشتن افراد یهودی) منجر می‌شود.

موافقان اتانازی تلاش می‌کنند تا استدلال شیب لغزنده را به‌صورت مختلف رد کنند. آن‌ها معتقدند مکانیسم‌های رایجی که توسط دادگاه‌ها به‌کار گرفته شده است از «تانازی اجباری» جلوگیری می‌کند. در صورت قانونی شدن اتانازی غیرفعال، شیب تماماً لغزنده نیست، چون هیچ برنامه کشتن وسیعی مد نظر نیست.

جایگاه اتانازی (قتل از روی ترحم) در شرع:

بحث را با یک سؤال آغاز می‌کنیم: شخصی از بیماری لاعلاجی رنج می‌برد و مرگش هم نزدیک نیست و ادراک و حرکت و نطق اختیاری نیز دارد، یعنی دارای حیات مستقر است ولی از شدت رنج از پزشک یا فرد دیگری می‌خواهد که با تزریق یک ماده سمی کشنده سریعاً به حیات وی پایان دهد تا از سختی و رنج بیماری رهایی یابد. آیا درخواست او می‌تواند مجوز قتل باشد؟ و آیا رضایت مقتول جرم‌بودن این قتل را از بین می‌برد؟ همان‌گونه که از خود سؤال پیدا است جواب را باید از دو جهت حکم تکلیفی و حکم وضعی پی‌گیری کرد.

حکم تکلیفی: منظور از حکم تکلیفی جواز و عدم جواز است، یعنی آیا چنین قتلی جایز است و یا جایز نیست؟ آن‌چه از کلمات فقیهان فهمیده می‌شود این است که این فعل چون به حیات یک انسان پایان می‌دهد، به هردلیلی که باشد، حرام است و مشمول

عمومات و اطلاعات حرمت قتل نفس می‌شود و مخصصی برای خروج از آن‌ها (عمومات و اطلاعات) وجود ندارد، و صرف اذن مقتول نمی‌تواند سبب تقیید اطلاعات و تخصیص عمومات مذکور شود. علاوه بر این که قصاص و دیه هر دو از «حق الناس» هستند که می‌توان آن‌ها را اسقاط کرد، اما حرمت یک حکم است و حکم قابل اسقاط نیست.

حکم وضعی: منظور از حکم وضعی حق قصاص و دیه است، یعنی آیا با اذن مقتول قصاص و پرداخت دیه از قاتل ساقط می‌شود یا خیر؟ در پاسخ باید گفت: خود این مسأله کم‌تر مطرح شده است، ولی مسأله مشابهی در منابع فقهی وجود دارد که از نظر ملاک با این مسأله فرقی ندارد و از این رو می‌توانند در حکم یک مسأله باشند.

مسأله مطرح‌شده این است که اگر کسی به دیگری بگوید: «مرا بکش و آلا تو را می‌کشم» آیا جایز است او را بکشد یا خیر؟ و اگر کشت آیا قصاص می‌شود یا خیر؟ گویا فقیهان از نظر حکم تکلیفی یک نظر دارند و می‌گویند: جایز نیست، اگرچه بر این کار اکراه شده باشد، زیرا اکراه حرمت قتل را از بین نمی‌برد.

لذا نتیجه می‌گیریم اگر پزشکی بیماری را معالجه نکند و در نتیجه بیمار بمیرد، پزشک ضامن نخواهد بود، یعنی وارث متوفی حق قصاص یا دیه ندارد، گرچه پزشک با این کار مرتکب گناه بزرگی شده است، چون واجب مهمی را ترک کرده است.

شاید سؤال شود که «اگر پزشک از روی ترحم/این کار را انجام بدهد، یعنی معالجه را ترک کند مثلاً سرم یا اکسیژن را وصل نکند تا مریض زودتر بمیرد و از رنج بیماری خلاص شود آیا باز هم گناه کرده است؟» در جواب بایستی گفت که تاکنون دلیلی بر جواز این کار به واسطه عنوان تحریم یافت نشده است.

در خاتمه این مبحث لازم است اشاره کنیم که در اسلام سعی شده است اشخاص مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج یا به‌طور کلی کسانی که مریض می‌شوند، از نظر روحی و روانی تقویت شوند تا قدرت تحمل آن‌ها بیش‌تر شود و کم‌تر احساس درد و رنج کنند، از این رو، باید قبل از تجربه راه‌های دیگر به این شیوه نیز توجه کرد.

اتانازی و اخلاق هنجاری: مباحث پیرامون اتانازی، مباحثی درباره ارزش‌هاست. برخی اعتقاد دارند که حیات حد اعلای خوبی است و دیگر خوبی‌ها با وجود حیات و زندگی معنا می‌یابند. بدون زندگی و حیات، هیچ ارزشی یا خوبی‌ای وجود ندارد (یعنی نمی‌تواند وجود داشته باشد) و حیات شرط لازم برای تحقق دیگر ارزش‌هاست. موافقان اتانازی ارزشی مافوق دیگر ارزش‌ها برای حیات قائل نیستند، بلکه معتقدند که حقوق فردی ارزش برتر است و برخی دیگر از آن‌ها کیفیت حیات را مهم‌تر از خود حیات می‌دانند و منطق آن‌ها این است که اگر چه زندگی خود به‌گونه‌ای واضح یک ارزش مهم است، اما ممکن است زمان‌هایی به‌وجود آید که زندگی ارزش زیستن و بودن نداشته باشد. افرادی که حقوق فردی و کیفیت زندگی را ارزش برین می‌دانند، در حالت‌هایی که قدرت و توان آن‌ها کاهش می‌یابد نظام ارزشی خود را در معرض تهدید می‌بینند؛ چون در یک نظام ارزشی، فرد ردیفی از ارزش‌ها را براساس اهمیت آن‌ها طبقه‌بندی می‌کند. حال اگر این نظام ارزشی به خطر افتد فرد ممکن است زندگی خود را خاتمه دهد، چون دیگر ارزش زیستن طولانی و یک زندگی خوب وجود ندارد. یکی از مهم‌ترین دلایلی که بحث درباره اتانازی این‌قدر مورد اعتراض قرار گرفته به این علت است که نظام ارزشی انسان را به چالش می‌خواند. یکی از راه‌های ارزیابی ارزش‌ها برای آن‌که دریابیم آن‌ها واقعاً ارزشی اخلاقی دارند، استفاده از نظریه‌های مختلف در اخلاق هنجاری است.

در بررسی هر کدام از نظریه‌های اخلاق هنجاری باید حتماً چهار سطح فرد، خانواده، پزشک و جامعه را در نظر گرفت. در سطح فردی شخص باید تصمیم بگیرد که می‌خواهد به زندگی‌اش خاتمه دهد یا نه.

مثلاً از منظر «خودگرایی/اخلاقی» اگر شخص براساس منفعت و نفع خود به نتیجه برسد که بمیرد، این اخلاقی است. از طرف دیگر، فرد ممکن است به این نتیجه برسد که می‌خواهد زنده بماند و استدلال کند که تمام تکنولوژی پزشکی باید به کار گرفته شود تا زندگی‌اش را حفظ کنند.

اعضای خانواده نیز یک وضعیت دشوار اخلاقی را پیش رو دارند و این دشواری بیش‌تر مربوط به مواردی است که فرد لاعلاج فاقد صلاحیت لازم برای تصمیم‌گیری درباره مرگ خودش است. مثلاً از دیدگاه «سودگرایی/اخلاقی» خانواده ممکن است متمایل باشد بیمارشان زنده بماند به این دلیل که از بین بردن ارزش زندگی به حال جامعه مضر است و در هر حالی امکان نجات بیمار وجود دارد و این به هر حال خیر جمعی را در پی دارد. ولی از طرف دیگر ممکن است خانواده تمایل به مردن بیمارشان داشته باشند به علت این که مراقبت‌های پزشکی بیهوده هزینه زیادی بر دوش جامعه وارد می‌کند، در نتیجه مرگ او بیش‌ترین خیر جمعی را دارد.

پزشک نیز در یک چالش اخلاقی قرار دارد. نگاه جهانی به پزشکان این است که آن‌ها وظیفه دارند به هر قیمتی زندگی بیمار را حفظ کنند. در مقابل این نگاه جهانی، آموزه خودمختاری و حق بیمار قرار دارد. بر طبق این آموزه پزشکان در قبال امیال و آرزوهای بیمارانشان مسؤول هستند. براساس اصل «خودمختاری» توجیه اتانازی تنها بر مبنای اصل احترام برای تصمیم بیمار است و ارتباطی با این موضوع، که اتانازی به سود

بیمار است یا نه، ندارد. بر طبق این دیدگاه وقتی بیمار مختارانه تصمیم به مرگ می‌گیرد، پزشک باید از داوری درباره «کیفیت زندگی» بیمار خود امتناع کند. یعنی پزشک باید به درخواست منطقی و حتی غیرمنطقی بیمار برای انجام اتانازی رضایت دهد. اما پزشک از سوی دیگر متعهد است که عملی بر خلاف سود و منفعت بیمار انجام ندهد. یعنی پزشک باید تصمیم بگیرد که این عمل به سود و منفعت بیمار هست یا نیست، که این مسأله هم وابسته به ملاحظات درباره کیفیت زندگی بیمار است. اما در این جا بحثی معرفت‌شناسانه پیش می‌آید که: «آیا پزشک امکان این را دارد کیفیت زندگی بیمار را ارزیابی کند؟» و «این ارزیابی بر چه ملاک‌هایی استوار است؟» یا «درستی این ملاک‌ها را چگونه می‌توان تعیین کرد؟» آنالیز نظریه‌های اخلاق هنجاری جوابی روشن پیش روی ما نمی‌گشاید چون هیچ اجماعی از خوبی وجود ندارد و چون در چهارسطح باید بررسی شوند تناقضات بسیاری حاصل می‌شود، ولی آن‌چه واضح است بیش‌تر استدلال‌های اخلاقی علیه یا له اتانازی برگرفته از همین نظریه‌های اخلاقی است، ولی هیچ‌کدام نمی‌توانند نشان دهند کدام سازوکار برای گرفتن تصمیم در قبول یا رد اتانازی بهترین است. البته اکثر جوامع اتانازی فعال و ارادی را رد کرده‌اند (به جز چند کشور مانند هلند و اخیراً بلژیک که آن هم شرایط خاص خودش را دارد) و بحث بیش‌تر بر انواع دیگر اتانازی یعنی نوع غیرفعال و غیرارادی آن است.

نتیجه: به‌طور کلی، مردم دلایل متفاوتی برای خودکشی و خاتمه دادن به زندگی و ارتکاب خودکشی دارند. برخی دچار افسردگی شدید در یک دوره طولانی هستند. این عده خودکشی را مناسب‌ترین راه برای غلبه بر مشکلات زودگذرشان می‌دانند. نظر عمومی این است که بهترین راه حل برای درمان بیماران مبتلا به افسردگی استفاده از

مشاوره یا دارو است و این بیماران پس از درمان می‌توانند از زندگی‌ای که می‌خواستند با خودکشی خود را از آن محروم سازند لذت ببرند. برخی دچار دردهای مزمن و حاد هستند و به علت فقر و تهیدستی از عهده تهیه داروها بر نمی‌آیند و برخی به پزشکان و سواد و دانش آن‌ها اعتقاد ندارند، یا عقاید خاص دیگری دارند؛ به هر حال، نظری وجود دارد که خودکشی در این روش راه حل ترجیح‌داده‌شده نیست. برخی دچار اختلال حواس شده‌اند و بیماری آثار نامطلوب بر روی کیفیت زندگی آن‌ها ایجاد می‌کند، بیماری‌هایی چون M.S، ایدز و آلزایمر و ... این بیماران احساس می‌کنند که این بیماری باعث از دست رفتن استقلال آن‌ها خواهد شد و همواره باید تحت مراقبت قرار گیرند. برخی نیز تصور می‌کنند که ارزش‌های شخصیتی و مقام اجتماعی خود را از دست خواهند داد و به‌خوبی می‌دانند که در آینده نزدیکی خواهند مرد و تمایل دارند که کنترل کاملی بر این مراحل داشته باشند. بسیاری از بیماران که توانایی این کار را ندارند نیازمند کمک پزشکان هستند. البته از دیدگاه اسلام، از آن جایی که ما خودمان را خلق نکرده‌ایم، اختیاری هم نسبت به وجودمان نداریم و موظف به مراقبت از آن هستیم و خداوند تنها مالک و گیرنده زندگی است. این استدلال که کشتن انسان برای رهایی او از درد و رنج کشنده است از نظر اسلام قابل قبول نیست. در اسلام شکیبایی و تحمل قویاً مورد توجه قرار گرفته است و بسیاری از گروه‌های مذهبی اعتقاد دارند که رنج و درد انسان می‌تواند فرصت خوبی برای خداشناسی و تزکیه نفس باشد.

حقیقتاً قضاوت درست اخلاقی در مورد اتانازی داوطلبانه بسیار سخت است. شاید این‌که در برخی کشورها این عمل قانونی باشد، به لحاظ اخلاقی محل تردید است. چون

این عمل فردی نیست (یعنی پزشک عمل ایجاد مرگ را انجام می‌دهد) و در نتیجه نظرات طرف مقابل هم مهم است که در این جا چالش اصلی متوجه اصل احترام برای خودمختاری بیمار است.

در کشور ما، ایران، به دلیل نوع نگاه فقه‌ای قانون‌گذار به کلیه گرایش‌ها از جمله پزشکی یا بهتر بگوییم اخلاق پزشکی از یک سو و هم‌چنین بافت مذهبی لایه‌های میانی اجتماع و اعتقادات غیر قابل استدلال در مورد مقوله مرگ و زندگی از سوی دیگر، طرح موضوع جنجال‌برانگیزی مانند قتل از روی ترحم که حتی در خود اروپا بالاخص واتیکان هنوز با آن کنار نیامده‌اند چیزی بیش‌تر از یک مزاح علمی نمی‌تواند تلقی شود. هرچند در مواردی دیده شده که حتی متعصب‌ترین خانواده‌ها از نظر اعتقادی با در نظر گرفتن رنجی که بیمارشان از یک بیماری می‌برد از یک طرف و بی‌تابی و تألم و تعب روحی اطرافیان وی که نظاره‌گر خاموشی تدریجی شمع زندگانی وی بوده‌اند، از طرف دیگر، ابراز رضایت کرده‌اند که در صورت امکان و صدور مجوز قضایی - پزشکی، حیات وی را قطع نمایند. اما به هر حال اگر زمانی بستر طرح موضوع اتانازی در کشور فراهم شد مستلزم کار کارشناسی و دقیق علمی است، چراکه همیشه تشریفات و پروسه و آیین دادرسی این‌چنین مواردی از ماهیت خود عمل مهم‌تر بوده است.

لذا پیشنهادات ذیل به‌عنوان شروط عالی شروع به انجام اتانازی، در این‌جا، مطرح می‌گردد:

- پزشک باید یقین حاصل کند که بیمار به‌طور ارادی درخواست اتانازی می‌کند و خود همه چیز را در نظر گرفته است، بیمار باید آزاد باشد و بتواند هر سؤالی را که می‌خواهد از پزشک بپرسد.

- بیمار باید بر درخواست خود اصرار و تداوم داشته باشد.
- بیمار درمان‌ناپذیر و رنج و درد ناشی از آن غیرقابل تحمل باشد.
- بیمار از وضعیت و دورنمای زندگی خود آگاه باشد.
- بیمار باید با حداقل یک پزشک دیگر هم مشورت کند.
- بیمار باید از نظر فکری و روانی در وضعیت سالم و طبیعی قرار داشته باشد.
- بیمار باید رضایت کتبی و درخواست صریح خود را برای اتانازی اعلام نماید.
- بیمار باید در تقاضای اتانازی پیش قدم شود و پزشک نیز از سوی اطرافیان تحت فشار قرار گرفته باشد.

به نظر می‌رسد که وقت آن رسیده که قانون خاصی در مورد اتانازی (همانند قانون سقط درمانی) در اختیار داشته باشیم تا بر اساس آن و با رعایت کامل عدالت و انصاف هم پزشکان ما تکلیف خود را بدانند و هم قضات بتوانند با وجدانی آسوده به قضاوت بنشینند.

میزان آگاهی و نگرش پرستاران در مورد

مراقبت‌های قبل و بعد از مرگ بیمار

سیده فاطمه واثق رحیم‌پرور، فاطمه نوغانی، جیران زبردست

مقدمه: مرگ بیمار مرحله‌ای جدایی‌ناپذیر از حرف گروه پزشکی و به‌خصوص پرستاری است و در بسیاری از موارد پرستار تنها فردی است که در هنگام مرگ مراقب بیمار است. کمک به بیمار محتضر که لحظات مرگ را به شیوه‌ای آرام و راحت سپری سازد، از با ارزش‌ترین مواردی است که منجر به تأمین آسایش بیمار و خانواده وی می‌شود. پرستار باید برای کمک به بیمار و خانواده او، موقعیت بیمار را نسبت به مراحل مختلف مرگ تشخیص دهد و بر اساس وضع روحی بیمار او را حمایت کند و پس از مرگ نیز نقش مراقبتی خویش را ادامه دهد. یک پرستار باتجربه و مقید خود را ملزم می‌سازد که اصول مراقبت از بیمار و خانواده وی را قبل و پس از مرگ به‌نحوی مطلوب اجرا نماید و لازمه این امر داشتن آگاهی از این گونه مراقبت‌هاست. هدف از این پژوهش تعیین میزان آگاهی و نگرش پرستاران مجتمع بیمارستانی امام خمینی شهر تهران در مورد مراقبت‌های قبل و پس از مرگ بیمار است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است. نمونه‌های این مطالعه ۲۲۱ پرستار شاغل در مجتمع بیمارستانی امام خمینی (شامل بیمارستان‌های امام خمینی، ولیعصر و معراج) است که تعداد نمونه‌های هر بیمارستان متناسب با تعداد پرستاران آن بیمارستان تعیین گردید. سپس با استفاده از روش تصادفی ساده نمونه‌های هر بیمارستان انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که اعتبار آن به روش اعتبار محتوا و اعتماد علمی آن توسط روش آزمون مجدد تعیین و تأیید گردید. برای توصیف یافته‌ها از آمار توصیفی استفاده و محاسبات آماری، توسط نرم‌افزار کامپیوتری انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که میزان آگاهی اکثریت واحدهای پژوهش نسبت به مراقبت‌های قبل از مرگ در سطح متوسط و نسبت به مراقبت‌های پس از مرگ در سطح ضعیف بود. هم‌چنین اکثریت واحدهای پژوهش در مورد مراقبت‌های قبل از مرگ نگرش مثبت و در مورد مراقبت‌های پس از مرگ نگرش تا حدودی مثبت داشتند و هیچ نگرش منفی نسبت به مراقبت‌های قبل و پس از مرگ وجود نداشت. بیش‌ترین نگرش مثبت در مراقبت‌های قبل و بعد از مرگ بیمار مربوط به عباراتی بوده که پرستار را موظف می‌کرده به آیین و رسوم و اعتقادات فرد محتضر یا متوفی و خانواده او احترام بگذارد. در واقع، احترام به اعتقادات فرد محتضر و خانواده او باعث آرامش و رضایت خاطر آنان می‌شود و اگر خانواده متوفی مشاهده نمایند که با جسد عزیزشان با ارزش و احترام و طبق آیین و مقررات آنان برخورد می‌شود، در تسکین غم و اندوه آنان مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نامطلوب بودن میزان آگاهی و مثبت‌بودن نگرش پرستاران مورد مطالعه نسبت به مراقبت‌های قبل و پس از مرگ بیمار، با در نظر داشتن این موضوع که لازمه بهبود دانش، آموزش است، لذا نتایج این پژوهش می‌تواند به مسئولین آموزش کمک کند تا برنامه‌های آموزشی لازم را برای ارتقاء دانش پرستاران در مورد مراقبت‌های قبل و پس از مرگ تدوین نمایند.

واژگان کلیدی: آگاهی، نگرش، مرگ، مراقبت‌های پرستاری

بررسی جنبه‌های اخلاقی احیا بیمار سرطانی در مراحل پایانی بیماری

بهزاد صابری^۱، محمود منجمی

دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد واحد نجف آباد

مقدمه: بیماران مبتلا به سرطان‌های پیشرونده در مراحل انتهایی بیماری خود معمولاً دچار حملات ایست قلبی - عروقی یا شوک می‌شوند. این مسأله که آیا احیا یک بیمار سرطانی با سرطان پیشرفته در مراحل آخر درست است و آیا این عمل کمکی به بیمار و خانواده وی می‌کند یا نه و این که پس از احیا بیمار آیا وی یک زندگی مناسب خواهد داشت یا نه تنها به وضعیت مناسب برنمی‌گردد، بلکه وضعیت وخیم تری پیدا می‌کند یا ... و بسیاری از پرسش‌های دیگر در این زمینه همه و همه مسؤولیت و وظیفه پزشک و کادر درمانی را چندین برابر می‌کند.

بدیهی است که تصمیم‌گیری در مورد احیا بیمار را نمی‌توان در مواقع اورژانس و در زمان کوتاه انجام داد، بلکه این مسأله نیازمند مشورت قبلی با اطرافیان بیمار، پزشکان و کادر درمانی مجرب (مانند پرستاران با تجربه و ...) و یا در صورت وجود سلامت ذهنی و توانایی درک صحیح با خود بیمار است. در حقیقت، مناسب‌ترین راه حل آن است تا حوادث احتمالی را از قبل پیش‌بینی نموده و تصمیم درست از قبل اتخاذ شود تا در مراحل اورژانسی بتوان بهترین و منطقی‌ترین اقدام را به‌عمل آورد.

^۱ - sab64b@yahoo.com

بحث: در این پژوهش سعی بر آن است تا با بررسی چند مورد از بیماران سرطانی، لزوم مشورت و تصمیم‌گیری قبلی در مورد بیماران و اهمیت این مسأله را بررسی نماییم.

روش: در یک مطالعه موردی ۳۰ بیمار سرطانی را مورد بررسی قرار دادیم.

از کل بیماران:

۱۲ نفر مبتلا به سرطان پانکراس، ۸ نفر مبتلا به سرطان خون، ۵ نفر مبتلا به سرطان سیستم اعصاب مرکزی و ۵ نفر مبتلا به سرطان معده بودند.

پس از طرح مسأله از اطرافیان بیماران و در ۴ مورد از خود بیماران خواسته شد تا نظرشان را در مورد مسأله احیا در مراحل انتهایی بیماری بیان کنند.

نتایج حاصله: از میان کل بیماران خانواده ۲۶ بیمار و ۲ بیمار به صراحت بیان نمودند که آن‌ها خواستار انجام عمل احیا در هر شرایط و به هر شکل هستند و تنها ۲ بیمار (که هر دو پزشک بودند) رضایت دادند که پزشکان معالج در مورد آن‌ها تصمیم بگیرند.

بدیهی است که این مسأله لزوم ایجاد آگاهی بیش‌تر در میان بیماران و خانواده آن‌ها را بیش از پیش مشخص می‌نماید.

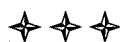
نتیجه‌گیری: امروزه احیا بیماران سرطانی در مراحل انتهایی بیماری یک مسأله بسیار مهم به‌شمار می‌رود و لزوم آگاه‌سازی جامعه از اهمیت آن بر کسی پوشیده نیست. خصوصاً این که در بحث پزشکی، اخلاق پزشکی و وظایف پزشک در مقابل بیمار هنوز این مسأله به کلی حل نشده که چه موقع نجات جان بیمار واقعاً به صلاح وی است؟

همان‌گونه که در این مطالعه مشاهده نمودیم، یکی از وظایف مهم و عمده پزشک و کادر درمانی «ایجاد آگاهی در بیماران و اطرافیان آن‌ها» است که با تشکیل جلسات گفت‌وگو و مشورت گروهی می‌توان به نتایج مفیدی دست یافت.

واژگان کلیدی: احیا بیمار سرطانی و جنبه‌های اخلاقی آن، مسئولیت و وظیفه پزشک و کادر درمانی، ایجاد آگاهی در بیماران و اطرافیان آن‌ها، تشکیل جلسات گفت‌وگو و مشورت گروهی

نشست

ژنتیک و فناوری‌های نوین



جمعه ۳۰ فروردین ۱۳۸۷

یک سو، تفاهم: شبیه‌سازی انسان، هویت و جاودانگی

علی محمدی

رئیس اداره مطالعات اسلام و طب، نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها،

کارشناس ارشد میکروبیولوژی، گروه زیست‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی (ره)

اندکی پس از تولد «دالی» روزنامه گاردین خبری را منتشر نمود که در آن مردی ادعا نموده بود:

«با کلونینگ می‌توان به جاودانگی دست یافت، چرا که پس از کلونینگ فردی متولد می‌شود که از نظر خصوصیات ژنتیکی و رفتاری عین فرد اول است. پس می‌توان با این تکنیک مردگان را بار دیگر به این دنیا بازگردانید و ما فقط به یک سلول فرد مرده نیازمندیم.»

این نظر و نظرات دیگری از این قبیل که گهگاهی در مقالات به چشم می‌خورد حاکی از عدم درک صحیح از کلونینگ است. این افراد با استناد به این‌که فرد کلون شده چون الگوی ژنتیکی یکسانی با فرد اصل (دهنده سلول) دارد، پس لزوماً باید عین او باشد، چه از نظر رفتاری و چه از نظر ظاهری. حال آن‌که رفتار انسان تنها متأثر از ژن‌ها نیست. شکل‌گیری شخصیت و در پی آن چگونگی رفتار انسان فرایند پیچیده‌ای است که علاوه بر عوامل ژنتیکی عوامل محیطی و اپی‌ژنتیکی اعم از محیط سلولی طبیعی اجتماعی و ... در آن تأثیرگذار است. لذا دوقلوهای همسان علی‌رغم این‌که از نظر الگوی ژنتیکی صددرصد یکسان هستند، اما با توجه به این‌که در دو محیط مختلف رشد

نموده‌اند دو شخصیت متفاوت دارند. نکته قابل توجه این که این دو قلوها حتی در محیط رحم یکسانی رشد نموده‌اند که این حالت در تکنیک کلونینگ قابل تجربه نیست.

نتیجه این که چون دو فرد کلون و اصل در دو محیط متفاوت سلولی و رحمی و اجتماعی و ... رشد نموده‌اند، عین هم نیستند، بلکه دو فرد مجزا از نظر رفتاری و حتی ظاهری هستند، پس با کلونینگ نمی‌توان به جاودانگی دست یافت.

واژگان کلیدی: کلونینگ انسان، کژفهمی‌های شبیه‌سازی، شخصیت، جاودانگی

بررسی میزان آگاهی و نگرش پزشکان و پرستاران در خصوص منشور حقوق بیماران در بیمارستان‌های تابعه دانشکده علوم پزشکی شاهرود در سال ۱۳۸۵
 محمد امیری^۱، حسن باقری^۱، سمیرا ارشادی پور^۳، ربابه داورزنی^۲
 ۱- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی

۲- دانشجوی ترم ۷ پرستاری

زمینه: احترام به حقوق بیمار و تعیین چارچوب قانونی برای آن دارای سوابق ممتد در تاریخ مراقبت‌های بهداشتی - درمانی کشورهاست که رعایت آن رضایتمندی بیماران را سبب می‌شود.

هدف: مطالعه حاضر به منظور تعیین میزان آگاهی و نگرش پزشکان و پرستاران از منشور حقوق بیماران در بیمارستان‌های تابعه دانشکده علوم پزشکی شاهرود در سال ۱۳۸۵ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی- مقطعی (cross-sectional) کاربردی است. با توجه به محدود بودن جامعه پژوهش و نیاز به اطلاعات دقیق، نیمی از افراد جامعه پژوهش به طریق نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای سیستماتیک مورد مطالعه قرار گرفتند و پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۶ سؤال عمومی و ۳۲ سؤال اختصاصی در خصوص آگاهی و نگرش پزشکان و پرستاران از منشور حقوق بیمار

تهیه شد که جهت تکمیل در اختیار آنان قرار گرفت و برای پردازش داده‌ها از نرم افزار SPSS و INSTAT استفاده شد و نتایج به صورت جداول و نمودار نمایش داده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها حاکی از آن است که ۲۴/۲ درصد از مصاحبه‌شدگان را مرد و ۷۵/۸ درصد از آنان را زنان تشکیل می‌دهند. از مجموع مصاحبه‌شدگان ۷۷/۴ درصد دارای مدارک تحصیلی لیسانس و بالاتر و ۲۲/۶ درصد دارای مدارک تحصیلی پایین‌تر هستند. ۱۸/۱ درصد از مصاحبه‌شدگان را بهیار، ۶۰/۴ درصد پرستار، ۱۰/۴ درصد پزشک و بقیه را سایر رشته‌ها مانند اتاق عمل، مامایی و... تشکیل می‌دهند. ۵۳/۳ درصد مصاحبه‌شدگان اعلام نموده‌اند که با منشور حقوق بیمار به طور کامل آشنایی دارند. تنها ۱۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه اطلاعات خود را از طرق طریق کارگاه‌ها و سمینارهای آموزشی به دست آورده‌اند و مابقی اطلاعات خود را از طرق دیگر به دست آورده‌اند که بالاترین رقم مربوط به آموزش‌های فراگرفته حین تحصیل بوده است. برای ۱۵/۹ درصد از افراد تاکنون دوره آموزشی‌ای از سوی بیمارستان در این زمینه برگزار گردیده است و ۸۴/۱ درصد افراد هیچ‌گونه دوره‌ای ندیده‌اند. میانگین نمرات آگاهی برابر ۱۶/۳۸ از ۲۰ است که حاکی از نمره آگاهی خوب در جامعه مورد مطالعه است. میانگین نمرات نگرش برابر ۱۷/۰۹ از ۲۰ است که حاکی از نمره نگرش مثبت در جامعه مورد مطالعه است. با آزمون پیرسون بین میانگین نمرات آگاهی و نگرش ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید ($P.v=0/0001$) که با آزمون اسپیرمن نیز این موضوع تأیید شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه و مطالعات مشابه در تعیین میزان آگاهی پزشکان و بیماران نسبت به حقوق بیماران و رعایت این حقوق در واحدهای درمانی، می‌تواند

به‌عنوان معیاری مناسب برای ارزیابی واحدهای درمانی در زمینه رعایت حقوق بیماران مورد استفاده قرار گیرد. آموزش پرسنل و بیماران در زمینه حقوق بیماران، می‌تواند رضایتمندی بیش‌تر و بقای سازمانی را تضمین نماید.

واژگان کلیدی: منشور حقوق بیمار، پرستار، پزشک، آگاهی، نگرش، دانشکده علوم

پزشکی شاهرود

حق دانستن در مورد مواد غذایی مهندسی‌شده ژنتیکی

دکتر عبدالحسن کاظمی^۱ (PhD)، دکتر لاله حقیقی (MD)^۲

- ۱- دانشیار و عضو شورای پژوهشی مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی، مرکز تحقیقات اندوکراین و بیماری‌های متابولیک، مرکز تحقیقات انکولوژی و هماتولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری و مرکز تحقیقات علوم تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۲- دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

یک «حق» به سادگی استحقاق چیزی را داشتن است و این تعهدی اخلاقی براساس تصور حقوق فردی است. اگر عموم حقی در مورد لزوم علامت‌گذاری مواد غذایی مهندسی‌شده ژنتیکی (GM) داشته باشند، باید درک شود که منظور از مصرف‌کننده و حقوق مصرف‌کننده چیست. یک مصرف‌کننده کسی است که کالای اقتصادی را به‌کار می‌برد و در بازار عمومی شرکت می‌کند. حقوق مشخص مصرف‌کننده به‌طور جهانی: سلامت، اطلاعات، انتخاب، عرضه، پرداخت خسارت، تعلیم، برآوردن نیازهای اصلی و محیط تشخیص و تمیز است. فهمیدن حقوق مصرف‌کننده موضوع استقلال را پیش می‌کشد. استقلال توانایی نشان‌دادن خود یک فرد با حفظ هویت خودش از طریق انتخاب و تصمیم‌گیری در محدوده رفتارهای خودش است. استقلال با پدرمآبی متضاد است که در آن شخصی یا نهادی در محل قدرت است تا برای مصلحت دیگری عمل

^۱ - Hassan5628@yahoo.com

کند، بدون این‌که رضایت طرف را داشته باشد. بنابراین، در شرایط فعلی دنیای تولید و تجارت و اقتصاد، آیا مصرف‌کنندگان توانایی تصمیم‌گیری برای دفاع حق خودشان برای یک GMO مارک‌دار را دارند؟

هنوز لازم است تحقیقات بیش‌تری درباره تأثیرات بلندمدت غذاهای GM انجام شود. دسترسی آسان به اطلاعات حقیقی بی‌طرف و آموزش مناسب مصرف‌کننده در رابطه با GMOS ابزار ارزشمندی برای کاهش بی‌اعتمادی مصرف‌کننده خواهد بود و توجه به نگرانی‌های عموم و پرداختن به آن‌ها ضروری است. اطلاع از GM بودن مواد غذایی حق است که عموم مردم استحقاق آن را دارند، اما حقوق مصرف‌کننده در فقدان برچسب غذای GM زیر پا گذاشته می‌شود.

واژگان کلیدی: مواد غذایی GM، حق دانستن، مصرف‌کنندگان

شبیه‌سازی انسان و چالشی نوین در هویت روانی

علی محمدی

رئیس اداره مطالعات اسلام و طب، نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها

کارشناس ارشد میکروبیولوژی، گروه زیست‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی (ره)

چشم‌انداز ساخت کودکان از طریق تکنیک «تقال هسته سلول سوماتیک» (SCNT) یا «شبیه‌سازی انسان» نگرانی‌ها و دغدغه‌های گسترده‌ای را در میان کارشناسان و اقشار مختلف مردم ایجاد نموده است. قسمت عمده این نگرانی‌ها مربوط به کودکانی است که ممکن است از این طریق به دنیا آیند، چرا که دست‌کاری تخمدان، سلول‌های تخمک و رویان‌ها که بخشی از این فناوری هستند، می‌توانند مخاطرات به‌خصوصی را متوجه آنان نمایند. شاهد این مدعی ناایمن بودن به‌کارگیری این تکنیک در شبیه‌سازی حیوانات است.

مسئله با در دسترس قرارگیری این فناوری والدین می‌خواهند بر ویژگی‌ها و مشخصات کودکان آینده خود کنترل بیش‌تری داشته باشند و بدین طریق آن‌ها را بر اساس امیال و خواسته‌های خود بسازند که این خود موجب کم‌رنگ شدن و حتی بی‌ارزش شدن کیفیت زندگی خانوادگی و جایگاه والد و فرزند بودن می‌گردد. افزون بر این، بسیاری از کارشناسان و متخصصان اخلاق نسبت به ایجاد آسیب‌های روحی و روانی افراد شبیه‌سازی‌شده نگرانند؛ چرا که ممکن است احساس «یکانگی» و «منحصر به فرد بودن» آنان کم‌رنگ گردد یا احساس خاصی از خود داشته باشند که هنوز تجربه

نشده است. هر چند فرضیه «جبرگرایی ژنتیک» سال‌هاست که باطل اعلام شده است، لیکن عده‌ای مردد هستند که «آیا این فناوری می‌تواند مشکلات خاصی را در رابطه با «هویت» و «فردیت»؛ به‌خصوص «هویت روانی» ایجاد نماید؟» «آیا بایستی بار دیگر خودمان و هویت‌مان را تعریف نماییم و مشخص کنیم که ساختار ژنتیکی چه تأثیری در شکل‌گیری این هویت دارد؟» و

ما در این نوشتار ضمن تأیید برخی از این دغدغه‌ها، آن‌ها را مورد بررسی قرار داده‌ایم و در انتها متذکر شده‌ایم که به دلیل برخی از این مشکلات نبایستی در حال حاضر این فناوری را جهت ساخت آدمی به کار بندیم.

واژگان کلیدی: شبیه‌سازی انسان. هویت، فردیت

پیشرفت کاربردی علم شبیه‌سازی و بایدها و نبایدها

ماریا زهیری^۱، حسن کشاورز، پرویز بزی، صفر قاسمی

دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

مقدمه: یکی از پیشرفته‌ترین دستاوردهای بشر در علم پزشکی شبیه‌سازی است که به معنای تولید مثل به روش غیرجنسی از افراد انتخاب‌شده است، به‌گونه‌ای که نسل ایجادشده از آن‌ها از نظر محتوای ژنتیکی کاملاً شبیه همتای خود باشند.

کاربردهای وسیع بالقوه همانندسازی، چالش‌های اخلاقی زیادی را نه تنها در دنیای علم، بلکه در میان تمام اقشار جامعه مطرح نموده است. این دانش با تمام یافته‌های کنونی بشر متفاوت است و کوچک‌ترین سهل‌انگاری در شناخت همه‌جانبه و کاربرد آن می‌تواند عواقب بسیار خطرناکی را برای بشریت به دنبال داشته باشد.

در پیش روی انسان چشم‌انداز قریب‌الوقوع شبیه‌سازی انسان ترسیم شده است و شاید نخستین باری است که آدمی در مسیر تعیین سرنوشت خود گام برمی‌دارد.

همراه با مطرح شدن شبیه‌سازی بحث‌های مهم و جدی هم‌چون «منشأ حیات و چگونگی پیدایش آن»، «شخصیت و عوامل سازنده آن»، «رزش و شأن رویان انسانی» و «صدمات و عوارض احتمالی آن بر سلامت انسان» مورد سؤال واقع شده‌اند. در شبیه‌سازی استفاده از سلول‌های بنیادی مستلزم رفع مسائل اخلاقی موجود است. بحث در مورد وضعیت اخلاقی و قانونی جنین انسان در موضوع سلول‌های بنیادی بسیار بحرانی است.

^۱ - maria_zahiri@yahoo.com

روش کار: مقاله حاضر بر اساس مرور مطالب موجود در سایت‌های اینترنتی و کتب مرجع تدوین شده است.

نتایج: در این مقاله ابتدا به کلیات علمی موضوع پرداخته شده و سپس به مباحث اخلاقی مطرح در این مورد که هم‌راستا با مسائل مذهبی جوامع مختلف است، می‌پردازیم.

در بسیاری از مذاهب، از جمله اسلام، جنین انسان از موجودیتی مشابه سایر انسان‌ها برخوردار است و دخل و تصرف در آن مردود شمرده می‌شود. البته تحقیقات سلول‌های بنیادی با پذیرش بیش‌تری روبه‌رو است.

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد استفاده از علم نوین و در حال پیشرفت شبیه‌سازی به‌منظور اهداف درمانی، مورد پسند و پذیرش بیش‌تری واقع گردیده است. نکته حائز اهمیت در این مورد آن است که برای جلوگیری از سوء استفاده‌های احتمالی باید قوانین و چارچوب‌های اخلاقی تعیین گردد.

اخلاق پزشکی و اهمیت بررسی پلی مورفیسم‌های تک نوکلئوتیدی

(SNPs) در صنعت داروسازی ایران

دکتر فیروزه بیرامی^۱ جمال

انستیتو ملی مهندسی ژنتیک و بیوتکنولوژی

پس از کشف پلی مورفیسم‌ها در ماکرومولکول DNA، دانشمندان مطالعه بر روی این پلی مورفیسم‌ها را در جهت شناسایی چگونگی استعداد ابتلا به بیماری‌ها آغاز کردند. تغییرات یادشده غالباً به شکل پلی مورفیسم‌های تک نوکلئوتیدی (Single Nucleotide Polymorphisms, SNPs) در ژنوم انسان تظاهر می‌کنند. به‌طور کلی، می‌توان گفت که تفاوت‌های فنوتیپی در دو فرد غیروابسته فامیلی به علت حضور تعداد ۳ میلیون SNP است. تفاوت‌های فنوتیپی در دو فرد می‌تواند شامل چگونگی استعداد ابتلا به بیماری‌ها و فرآیند پاسخ به دارو و درمان باشد. از این‌رو، محققان بر آن شدند که مطالعات گسترده‌ای در تعیین رابطه بین حضور پلی مورفیسم‌های تک نوکلئوتیدی و تعیین تفاوت‌های پاسخ به دارو در قومیت‌های مختلف انجام دهند. بدین ترتیب، با شناسایی افراد مستعد ابتلا به بیماری‌های مختلف، تجویز دارو بر اساس یافته‌های ژنتیکی صورت خواهد گرفت که هم کاهش عوارض ناشی از تجویز دارو و هم تأثیرگذاری بیش‌تر روند درمان را به‌دنبال خواهد داشت. لذا پیشنهاد شد تا شرکت‌های

^۱ - f.birami@nrcgeb.ac.ir

تولید دارو، به همراه نتایج حاصل از تأثیرات داروی تولیدی خود در درمان بیماری‌ها، چگونگی تأثیرگذاری محصول خود را در اقوام مختلف روشن سازند. این روند علاوه بر آن که از لحاظ اخلاق پزشکی، سبب دقت بیش‌تر در انتخاب روش درمانی مناسب و نحوه تجویز دارو برای یک بیمار خواهد شد، به کشف روش‌های سریع در تشخیص تفاوت‌های ژنتیکی افراد و گستردگی دانش فارماکوژنتیک می‌انجامد. با عنایت به تفاوت‌های ژنتیکی یا پلی مورفیسم‌های تک نوکلئوتیدی (SNPs) در جوامع مختلف ایرانی، لزوم بررسی‌های بیش‌تر در گستره فارماکوژنتیک به جهت شناسایی تأثیرگذاری داروهای مختلف در اقوام ایرانی محرز است و از این لحاظ، توجه بیش‌تر شرکت‌های دارویی ایران را به انجام چنین تحقیقاتی در میان اقوام ایرانی جلب می‌کند.

شبیه‌سازی انسان و انتخاب صفات ژنتیکی برای کلون

دکتر عبدالحسن کاظمی^۱ (PhD)،

۱- دانشیار و عضو شورای پژوهشی مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی، مرکز تحقیقات اندوکراین و بیماری‌های متابولیک، مرکز تحقیقات انکولوژی و هماتولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری و مرکز تحقیقات علوم تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

توانایی‌های تکنیکی برای دستکاری صفات توارثی با شیوه‌های مهندسی ژنتیک مباحث گسترده‌ای را در زمینه انتخاب و حذف صفات ژنتیکی در زیگوت یا سلول تخم مطرح نموده است که موجه‌ترین و قابل دفاع‌ترین وجه این موضوع به حذف و انتخاب صفات ژنتیکی بر پایه دلایل و مستندات پزشکی جهت جلوگیری از بروز بیماری‌های ژنتیکی تأکید دارد، در حالی که گستره باز این موضوع، امکان بهسازی ژنتیکی گروه‌ها یا نژادهای خاصی از انسان و پیدایش «ما فوق انسان» را به وجود می‌آورد و در این میان اصل صلاحیت و اهلیت انسان (دانشمندان، پدر، مادر، حکومت بر پایه توجیه موضوع به عنوان مصالح عمومی) برای دستکاری ژنوم انسان به ویژه ژنوم سلول‌های ژرمینال، موضوع مناقشه‌ای جدی و پایان‌ناپذیر به نظر می‌رسد.

- آیا اجازه انتخاب صفات برای فرزندان و هم‌چنین انسان‌های حاصل از شبیه‌سازی در نهایت به تولید کودکان دارای صفات ژنتیکی سفارشی نخواهید انجامید؟

^۱ - Hassan5628@yahoo.com

- آیا افق موضوع به عدم تمایز محدوده‌های متصور برای رفع یا اصلاح عیوب ژنتیکی با بهسازی ژنتیکی گروه‌ها یا نژادهای خاص انسانی منتهی نخواهد شد؟
 - چه فرقی ما بین حق دخالت انسان‌ها برای دستکاری ژنتیکی جهت جلوگیری از بروز بیماری‌های نایتگتون، فیبروز سیستیک، Spina bifida و... با دخالت حکومت یا پدر و مادر برای تولید و تولد انسانی با قامت رشید، بدنی عضلانی و چهارشانه وجود دارد؟
 - و تازه اگر دخالت و دستکاری ژنتیکی برای جلوگیری از وجود استعداد ابتلا به مثلاً سرطان روده بزرگ مجاز باشد، چرا برای دخالت ژنتیکی جهت اصلاح نقایص ژنتیکی ساده‌تری مانند استعداد ابتلا به نزدیک‌بینی مجاز نیست؟
- در این میان، بحث «تولدهای غیر عادلانه» و توجه به مسؤولیت‌های والدینی و حکومتی برای استفاده از امکانات تکنیکی و آزمایشگاهی برای جلوگیری از تولد کودکان ناقص‌الخلقه یا دارای عیوب ژنتیکی نیز بر صعوبت اخلاقی مباحث می‌افزاید. هم‌چنین مواردی مانند «تقویت ژنتیکی» انسان در مرحله زیگوت یا جنینی، موضوعات اخلاقی خاص خود را به‌دنبال می‌آورد.
- آیا اساساً دانشمندان بیولوژی مولکولی و صاحبان تخصصی مهندسی ژنتیک مجاز به تحقیق در مورد شیوه‌های نافذتر دستکاری ژن‌ها و حذف و اصلاح آن‌ها در نوع انسان یا هدف بهسازی نژاد انسان هستند؟
 - آیا مجاز به طراحی یک آینده ژنتیکی جدید برای نوع بشر با مکانیسمی غیر از مکانیسم موجود و حاکم بر طبیعت و خلقت هستیم؟

- اگر نوع انسان را مجاز به دخالت در جرح و تعدیل و حک و اصلاح صفات ژنتیکی بشماریم، آیا قادر به کنترل پیامدهای موضوع و مدیریت صحیح محدوده‌های مجاز و منطقی از مآجراجویی‌های بی‌پایان و جنون‌آسای دانشمندانی بی‌مسئولیت خواهیم بود؟

اخلاق در مشاوره ژنتیک: گزارش خطای پزشکی

سید محمد اکرمی^۱

دانشگاه علوم پزشکی تهران

مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج، قبل و حین بارداری با توجه به شرایط زوج از ظرافت‌های خاص خود برخوردار است. به‌دست آوردن اطلاعات دقیق و کامل از سه نسل در این راستا بسیار کمک‌کننده است. از نکات اصلی اخلاقی در مشاوره ژنتیک، برخورد غیرمستقیم (non directive) و غیرقضاوت‌گونه (non judgmental) است. براساس احکام و قوانین شرعی، امکان سقط جنین و ختم حاملگی پس از ولوج روح، حتی در صورت تشخیص قطعی بیماری جدی جنین وجود ندارد. در این گزارش، ضمن معرفی یک مورد واقعی به خطاهای پزشکی در این راستا اشاره خواهد شد. معیارهای تشخیص قبل از تولد (PND) بیماری‌های ژنتیکی به‌شرح ذیل هستند:

- بیماری به حدی جدی است که ضرورت ختم حاملگی را داشته باشد.
- درمانی برای بیماری مترتب نباشد.
- ختم حاملگی از نظر زوج قابل قبول باشد.
- تست تشخیص قبل از تولد دقیق در دسترس باشد.

با توجه به افزایش سن ازدواج و بارداری و نیز تمایل بیش‌تر به ازدواج فامیلی در ایران، جلب توجه همکاران پزشک و متخصصان به‌ویژه متخصصان زنان و زایمان، داخلی، کودکان و ماماها در این راستا ضروری به‌نظر می‌رسد.

^۱ - akramism@tums.ac.ir

آیا Cloning یا همانندسازی یک امر اخلاقی است ؟

حسین رضایی

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیروان

همانندسازی (شبيه‌سازی) پستانداران تکثیر غیرجنسی است که از روی یک سلول بالغ یک موجود زنده توسط فرایند همانندسازی نسخه‌ای مانند آن موجود زنده ساخته می‌شود. نخستین موفقیت در همانندسازی گوسفندی به نام دالی، در سال ۱۹۹۶، توسط یان ویلموت انگلیسی و همکاران در مؤسسه راسلین در ادینبورگ اسکاتلند است؛ پس از آن کلون‌سازی در شمار دیگری از موجودات (مانند موش، گوساله، میمون) انجام گرفت و در سال ۲۰۰۲ مؤسسه Clonaid خبر تولد نخستین نوزاد کلون‌شده به نام حوا Eve با استفاده از ژنوم یاخته پوست بدن یک خانم ۳۱ ساله آمریکایی را اعلام کرد.

همانندسازی دارای مزایا و معایبی است، عده‌ای همانندسازی را برای زوج‌های فاقد بچه یا آن‌هایی که فرزند خود را در حادثه‌ای از دست داده‌اند بسیار معقول می‌دانند. اما معایب همانندسازی را می‌توان به شرح ذیل توضیح داد:

۱- ناهنجاری‌های حاصل از تغییرات ژنتیکی:

در حال حاضر، تکنیک‌های به‌کار رفته با درجه بالایی از احتمال تغییرات ژنتیکی همراه است و کابوس تولد کودکی با ناهنجاری‌های غیرقابل درمان را به‌یاد می‌آورد. یک نگرانی در همانندسازی و استفاده از سلول انسان بالغ پیری زودرس در نوزاد متولدشده است. گاهی اوقات مانند دالی در بدو تولد فاقد هر گونه علایم یا ناهنجاری است، ولی

پس از گذشت زمان ناهنجاری بروز می‌کند که حاصل تغییرات ژنتیکی و پیری زودرس است.

۲- ناهنجاری‌های روانی و احساسی:

احساس یک کودک یا نوجوان زمانی که متوجه شود که مادر او خواهرش و مادر بزرگ او مادرش است چه خواهد بود؟ این بی‌هویتی خانوادگی باعث اثرات سوء روانی در کودک خواهد شد.

اگر این باب مفتوح شود که از شبیه‌سازی فرزندانی متولد شوند، در این صورت، مسأله نکاح و ازدواج که یک امر طبیعی است، تدریجاً برچیده خواهد شد و نظام خانوادگی مختل خواهد شد و بسیاری از زنان بی‌شوهر باردار می‌شوند و یا زنی از وجود خودش باردار خواهد شد که ظاهراً مادر و فرزند ولی به یک معنی دوقلو هستند.

۳- سوء استفاده‌های علمی:

در این زمینه می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

الف: قدرتمندان یا سیاستمداران با شبیه‌سازی یک نسخه ژنتیکی از خویش تهیه می‌کنند (نسخه بدل) و در مواقع ضروری وی را قربانی می‌کنند.

ب: تولید یک نژاد زیردست برای مقاصد اقتصادی، سیاسی و نظامی

ج: استفاده از افراد همانندسازی شده برای اهداء کنندگان بافت‌ها یا اعضاء بدن

د: انجام انواع پژوهش‌های غیرقانونی بر روی انسان‌های شبیه شده مانند آزمایش

انواع داروهای غیر مجاز و سلاح‌های جنگی غیرمتعارف

ه: اقدام به بقاء نسل در میان افراد خبیث و شرور

به همین خاطر است که مخالفان همانندسازی اکثریت عظیمی را تشکیل می‌دهند و سازمان یونسکو نیز در بیانیه رسمی خود هرگونه آزمایش ژنتیکی از جمله شبیه‌سازی انسان را که حقوق و شؤون انسانی را زیرپای می‌گذارد ممنوع کرده است.

واژگان کلیدی: همانندسازی، تغییر ژنتیکی، گوسفند دالی

تحلیل محتوای مطالب منتشر شده در جراید کشور درباره همسانه‌سازی مولد

و درمانی در سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۹

علی احمدی^۱، آتوسا علی احمدی

موضوع سلول‌های بنیادی و همسانه‌سازی از مباحث علمی و فناوری نسبتاً جدیدی هستند. جدید بودن توجه به این علم و تکنولوژی در ایران و به‌ویژه عمومی نشدن و تخصصی بودن موضوع، اهمیت آگاهی یافتن از میزان دانش عمومی درباره این مقوله را دوچندان می‌کند. بدون شناخت و جهت دادن و متناسب کردن دانش عموم مردم و ایجاد بستر لازم برای ورود و پیشرفت در عرصه تحقیقات همسانه‌سازی مولد و درمانی و سلول‌های بنیادی، حتی اگر تحقیق در این زمینه میسر باشد، به‌کارگیری نتایج تحقیقات غیرممکن خواهد بود.

در تحقیق حاضر به‌منظور بررسی غیر مستقیم میزان آگاهی مردم از مقوله ذکر شده تمامی مقالات و مطالبی که به نحوی به موضوعات همسانه‌سازی و سلول‌های بنیادی پرداخته‌اند و در خلال سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ به زبان فارسی، در روزنامه‌ها، هفته‌نامه‌ها، فصلنامه‌های علمی - ترویجی و علمی - پژوهشی ایندکس‌شده در لوح‌های فشرده نمایه، چاپ شده‌اند مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

به‌منظور تجزیه و تحلیل مطالب، ضمن استفاده از پرسشنامه معکوس جهت کد

^۱ - aliahmadiomid@yahoo.com

دادن به اطلاعات، داده‌ها از طریق برنامه SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و از جداول یک‌سویه و دوسویه و شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف استفاده شد. در جداول دوسویه برای ایجاد امکان مقایسه، با توجه به آن که حجم مطالب از طریق برآورد تعداد کلمات انجام شد، از آماره Means برای مقایسه نظرات گروه‌های مختلف و نشریات دارای گرایش‌های مختلف و به‌طور کلی مقایسه کمی استفاده گردید.

نتایج: در فاصله سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۹، ۶۰ مطلب در ۲۹ نشریه به چاپ رسیده است. عموم این مقالات در روزنامه‌ها و عمدتاً در گروه نشریات سیاسی-اجتماعی-فرهنگی-اقتصادی منتشر شده‌اند و بیش‌تر آن‌ها ترجمه و تنها ۳۵ درصد مربوط به نوشته‌های تالیفی بوده‌اند. همسازسازی مولد به تنهایی یا همراه با سایر موضوعات بیش‌ترین درصد مطالب را به خود اختصاص داده بود و تنها ۳/۴ درصد مطالب مشخصاً به موضوع سلول‌های بنیادی پرداخته‌اند. درباره موضع‌گیری مقالات و مطالب منتشرشده، درباره مجازبودن یا مجازنبودن همسازسازی مولد و درمانی، به عقیده تهیه‌کنندگان مطالب، این موضوعات می‌توانند به شکل مشروط مجاز باشند. اگرچه این نوع تحقیقات بالاترین فرصت‌ها را در حوزه اقتصادی فراهم می‌کند و بزرگ‌ترین مسائل آن نیز بعد دینی، اخلاقی و بین‌المللی آن است، اما در مقالات به این ابعاد کم‌تر توجه شده است. در عین حال، در نسبت قابل توجهی (۸۵/۳ درصد) از مقالات به این نکته اشاره شده است که به لحاظ اجتماعی این نوع تحقیقات یک فرصت است.

روی هم رفته می‌توان گفت که اطلاع‌رسانی در این زمینه ضعیف بوده و مطالب چاپ‌شده در روزنامه‌ها بیش از مطالب چاپ‌شده در مجلات علمی بوده است. در میان

روحانیان و حوزویان گرایش مثبت در مورد این دسته از تحقیقات به میزان قابل توجهی بالا بوده و بیش‌ترین نظرات منفی در نشریات (روزنامه‌ها) چاپ شده است.

بحث: با توجه به نتایج تحلیل محتوای آمده از مطالب منتشرشده در نشریه‌های ایرانی، به‌نظر می‌رسد که تنوع بخشیدن، تدفیق، آگاهی‌بخشی، توجه به نیازهای اطلاعاتی مخاطبان و اعمال تفکیک در مباحث مرتبط با سلول‌های بنیادی و شبیه‌سازی مولد لازم باشد.

Health institutions can deal with poverty and health within a framework encompassing equity and human rights concerns in five general ways: (1) institutionalizing the systematic and routine application of equity and human rights perspectives to all health sector actions; (2) strengthening and extending the public health functions, other than health care, that create the conditions necessary for health; (3) implementing equitable health care financing, which should help reduce poverty while increasing access for the poor; (4) ensuring that health services respond effectively to the major causes of preventable ill-health among the poor and disadvantaged; and (5) monitoring, advocating and taking action to address the potential health equity and human rights implications of policies in all sectors affecting health, not only the health sector.

Equity in Allocating Resources in Health Care and Human Rights

Azita Salarian¹

Dept of Health Care Administration

Objectives: equity in distribution of health care is necessary and should be recognized and measured. It is concerned with human rights. This article identifies a context to determine what equity is and what ought to be done to achieve equity in health sector.

Methods: the methodology that implied in this research is a librarian method. It is based on documents and information that produced and accessible in this area from different resources.

Conclusion: the purpose of this research is to offer a brief overview of equity in health care and distribution of health resources. Equity in health sector is an important issue and especially in human rights it is a major key factor that all of the researches in the world inferred to it. So it is more important in human rights the role of equity is recognized and equity principles are used in policy making and planning in health sector.

¹ - azita_salarian@yahoo.com

Conclusion: Regarding to limitation of resources and multiplicity in health services, variety of service receivers needs, resource allocation should be established based on identified frame which mentioned in results.

Key words: Need. Rights, justice, desire , Macro allocation, micro allocation

Scarce Resource Allocation

Motevali Zaadeh¹, Sholeh Zakiani²

1. Tehran Univ medical science .

2. Tarbiat Modares University.

Background and Objective: With increase number of recognized curable diseases and availability of modern treatment procedure technologies beside. And also the more expectation of population and limitation of available resources on the other side need to have more fair and attention of dedication of those scarce resources. So, this article emphasis on explanation of principle rules for this issue.

Methodology: This study is base on the review articles which used from Internal and external main scientific resources.

Results: With assess mat of Internal and external resources show that decision making in micro level must consider the needs , desires, individual rights and justice in disseminations of resources, In macro level the important factors as health needs and Burden of disease value , equal for race , gender and religious and financial Condi fin, attention to sensitive groups.

Respect to autonomy, justice and beneficence.

¹ - Drmoteralli @ yahoo.CO.UK

IMF, became impatient with what were regarded as authoritarian developing country states.

Given the central role of International aid organizations in debt rescheduling and new loan agreements, these agencies were able to introduce significant conditions in the form of economic structural adjustment programmes (ESAP) which required political reforms as well as economic reforms (such as trade liberalization and removal of subsidies). This affected justice in the health sector through cuts in budgets, the introduction of user fees for public services and the growth of out-of-pocket expenses for private services – the combination of these leads to a situation characterized as ‘medical poverty trap’. Providing some evidences of such a trap, this paper argues that the economic strategies taken by the international aid institutions were inadequate in developing countries, and attempts to find a way to prevent a worsening of the situation.

**ESAP and its Impacts on Health Injustice in Developing
Countries**

Hossein Godazgar¹

University of York

In the 1950s and 1960s, the intellectual climate of the time was assigned to state-directed development. It was based on economic analysis that recognized market mechanisms as being inadequate in developing countries, legitimizing governments' role in intervening to correct market imperfections through public sector investment. Therefore, in this period, which is characterized as the episode of 'consensus', international aid expanded to support the state.

In the late 1980s and 1990s, many elites and social agencies became discontented with the state, which was represented as the symbol of 'instability', 'indebtedness' and, more importantly, 'inefficiency', and was therefore taken as a key factor in the failure of economic policy. This is characterized as the return to classical economic theory and neo-liberalism. In this period, which is characterized as the episode of 'conflict', the international financial institutions, such as the World Bank and

¹ - hg11@york.ac.uk

Results: Results showed that knowledge was moderate in majority of the samples about pre-death cares and it was insufficient in majority of the samples about post-death cares. The majority of the samples had a positive attitude about pre-death cares and a medium attitude about post-death cares. There was not any sample with negative attitude about pre-death and post-death cares. The highest positive attitude in pre-death and post-death cares was related to the statements which obliged the nurse to respect the customs and traditions the dying person and his/her family, causes relaxation and their spiritual calmness. After death also, if the family of the death observe that the body of their beloved one is valued, respected and is cared according to customs and rules then it'd be effective in calming their grief.

Conclusion: Regarding the undesirable level of knowledge and positive attitude of the nurses under study, concerning pre-and post-death cares and regarding the fact that the necessity for improving the knowledge is training and education, therefore the results of this research can help authorities to provide training and educational programs and plans for enhancing nurses' knowledge regarding pre-and post-death cares.

Keyword: Knowledge, Attitude, Death, Nursing cares

**The Knowledge and the Attitude of the Nurses about Pre-Death
and Post-Death Cares**

S. Fatemeh Vasegh Rahimparvar, F. Noughani, J. Zebardast

Introduction: Death of a patient is an unavoidable stage of nursing. In many cases, the nurse is the only person who takes care of the patient at the time of death. An experienced and committed nurse obliges her/himself to perform and carry out the principles of caring the patient before and after death, in the best way possible and the necessity for that, is to be informed of such cares. This research carried out in order to assess the knowledge and the attitude of the nurses in Imam khomeyni complex Hospital about pre-death and post-death cares.

Materials and Methods: This research is a descriptive study. The samples was 227 nurses of Imam khomeyni complex hospital (includes Imam khomeyni, Vali-e-Asr and Meraj hospital). The number of subjects was determined from each hospital proportional to the number of nurses of that hospital. Then the samples selected randomly.

Data collected by a questionnaire. Validity of it was confirmed by Content Validity and Reliability of it was confirmed by Test-retest method. Data were analyzed with descriptive statistics.

2. Pain and suffering cannot safely be made the basis for taking life because they cannot be measured or compared.

3. A right to involve another person in one's intentional killing does not exist.

4. It would never be certain that a request to be killed was voluntary and informed.

5. Even in terminally ill patients, a persistent wish to die is abnormal, while the diagnosis of the underlying psychological disturbance is hard to make and is often missed in those already under medical care.

6. Progression from voluntary to non-voluntary euthanasia would be simply logical.

Conclusion: There are no clinical situations necessitating the legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide.

Comprehensive and multidisciplinary palliative care can effectively relieve much of the suffering of the terminally ill that is presently cited as justification for euthanasia or physician-assisted suicide.

There is urgent need for professional education about the management of patients with advanced disease including acknowledgement of the vital role of the multidisciplinary aspects of palliative care.

Key Words: Euthanasia, physician, assisted suicide, Medical Ethics

specific. The definition of physician-assisted suicide should acknowledge patients' intent as well as the physician's knowledge of that intent... e.g. 'a physician providing a sufficient dose of narcotics to enable a patient to kill himself' is open to misinterpretation. e.g. 'prescribed drugs to a patient knowing the patient intended to use them to end his or her life' is more specific. The guidelines for the practice of euthanasia and physician-assisted suicide:

- (a) The request for euthanasia must come only from the patient and must be entirely free and voluntary.
- (b) The patient's request must be well considered, durable and persistent.
- (c) The patient must be experiencing intolerable suffering with no prospect of improvement.
- (d) Other alternatives to alleviate the patient's suffering must have been considered and found wanting.
- (e) Euthanasia must be performed by a doctor.
- (f) The doctor must consult an independent colleague, before performing euthanasia.
- (g) The doctor must submit a written report to the appropriate authority.

The following points are important in this case:

- 1. Necessity for adequate disclosure of medical detail.

**Is Euthanasia and Physician Assisted Suicide Necessary
Inclinal Situation**

Mahdieh Shojaei Bagheini¹, Fatemeh Maaref Dust

Kerman University of Medical Sciences

Euthanasia is defined as "a deliberate intervention undertaken with the express intention of ending a life so as to relieve intractable suffering". If performed at the dying person's request or with that person's consent, it is voluntary; otherwise it is non-voluntary. In physician-assisted suicide, the physician provides the knowledge and means (equipment, drugs) necessary but the act is completed by the patient. It is similarly a deliberate act with the express intention of ending life and is not ethically or morally distinguishable from euthanasia. The definition of euthanasia must exclude double effects and the withholding/withdrawing of therapy considered futile. It must also specify the intention to end the life of the patient.. e.g. 'allowing the physician to take the final action that brings on a patient's death' is easily misinterpreted.. e.g. 'the practice of injecting a patient with a lethal dose of medication with the primary intention of ending the patient's life' would appear

¹ - shojaei_mahdieh@yahoo.com

extensively prohibited also in Islam and another religions. From this point of view, the "quantity" of life is preferred to its "quality".

As the result in return to imperative human rights and logical idea of cure and other documents on the issue, use of human abilities as a duty, we can say euthanasia is rejected. Therefore, there is no legal or real meaning of right to-self as third generation of human rights. Especially in which situations using and enjoying fundamental rights depends on right to life. But the new question is the relation between human rights (right to life) and freedom of will and choice.

Euthanasia, Choice and Human Rights

Amir Maghami

International Law, Payam-e-Noor University, Tehran

In this paper we are having a special kind of Euthanasia called "Voluntary Euthanasia". In international documents, this term refers both to the "right to cure" and the "right to life". The question we are looking an answer to is whether or not these rights can be rejected by the right holder himself/herself? There is no international instrument on "Voluntary Euthanasia". However, one may ask a question if the right to life is against the right to death? When States must protect fundamental human rights, we can't easily accept that one has the right to die by himself.

The European Court of Human Rights respects the idea that prohibitions mentioned in article 2 of European Convention of Human Rights actually exist in relations between mankind, but the question still remains unanswered is whether the right holder can nullify his right?!

Because of the positive obligation of States on human rights, they can't rely on nullifying the rights. In fact human rights rules are imperative. Article 959 of Iranian Civil Code, for example says no one can take out of himself his civil rights. Suicide is

can live longer and better beside use medical sciences and technology. On the other hand there are some diseases that non curable and painful and accompany illness and life is trouble. But, maluse from "euthanasia" ca be a danger, therefore we have to be careful that life is a for fortune for anyone and no body cannot get form him. Especially it is not allowed in our religious.

Conclusion: If general knowledge is comple and everybody understands euthanasia, the idea is clear. We have to say everything about it and all the responceble person who contribute this important niatter.

Key words: Euthanasia, General Knowledge, Sever Pain, End Stage.

What do You Know about Euthanasia?

Golam Ali Molla Sadegh Roknabadi

Introduction: Death is real and nobody can deny it? This real phenomena, is unpleasure. In some conditions acceptance of death is better than live accompany with severe pain and uncomfortable condition. The pain that lead to death. In a few countries there are laws about euthanasia but, almost all countries believe it isn't acceptable. There is no law about euthanasia, in Iran, but we are not allowed religiously. We tried to know the ideas of medical students about this. Totally 493 persons (from 496) answered our question.

Methods and Materials: physicians and medical students are one of groups that their knowledge is very important about euthanasia. In this research they answered this question "Can you do euthanasia for anyone who wanted?" Before answering we explained everything about euthanasia. The answers after explaining were "yes" and "no". Some explained more.

Discussion: In general there are many facts for any phenomenon in every society. Euthanasia is one of materials that is interest for anyone. Medicine can help many patients and cure them and do better quality of life of many patients. The patients

principles of ethic and ethical intellection in relation with the real world problems would completely to be acceptable. Students at the classroom, hospital wards, and in community will correlate the said principles with ethical intellection to that extend which their experiences lead to cause ethical maturity in them.

The university must be a place beyond the exposure of such experiences. The university must be counted a supplementary element inside this process. Values, Prophetic Missions, and Functions of Universities, must be reflected within the university ethical topics like honor, loyalty, liberty of speech, cooperation & commitment and accountability against the community problems. Only and that time which affections and concerns encircle the students as a natural university program the proper opportunity is happened for ethical development.

Keywords: Education, Ethics, University.

benefit the community. Therefore, the indecent behavior is immoral in the society and respect to law has become a social etiquette. The law is set out for liberty of all and contrary to imaginations, is not created for individual personal liberty. Bertold Bresht, the German Author, suggests in his book, that, those who say yes and those who say no, put two different morals against each other and whatever is moral today may be immoral tomorrow! Why?

Human will earn capacity by work; he produces tools and forms his phases of development. Perspicacity and ideology which rules on that system, is a dependent of the type of tool and production research. Production has an infrastructures nature, ethic is part of insights and ideology is an outwardly formation. Therefore, in case a cause or matters was good and holly yesterday, today, by an upheaval in its technology it would turn into a bad or unsacred. Ethic at least suffered from eminent standing in three domain of university life:

- 1- In education of students and their individual development.
- 2- In taking care of community.
- 3- Corporation if universities in social growth of communities.

While these three domains have a perfect coordination with university compass, student's ability in formation of a general ethic structure must not be consigned to oblivion. In the whole,

Education of Ethics in UniversityFereshteh Farzianpour¹, Daryoush Farhood²,Ahmad Fayazbakhsh³

1- Health & Care Services, Faculty of Public Health, Tehran

University of Medical Sciences.

2- Dept of Genetics Tehran University of Medical Sciences.

3- Health & Care Services, Faculty of Public Health, Tehran

University of Medical Sciences.

Education of ethics (morality) is a process in which the trainees are assisted to learn about his/her educational needs and will help him/her to behave according to socially desirable dignity and norms. "Ethics" origin, this phrase is derived from Greece word "ethos" which means personality. Ethical Principles derives from Latin "Moralis" that means tradition, temperament or method. The meaning of the both is tradition; to wit the fundamental methods of behavior that not only are customary but also are correct. To be ethical means that an individual lives in a specific of personal frame of beliefs. On the other part, the ethic mostly has a relation to responsibility and community. Ethic in fact is common sense of people. The ethical matters in community are set out on the basis of the forms of culture, etiquette, customs, and regulations, whose obedience by all shall

American Association for Health Education (AAHE) also developed health education ethics, laying out a:” common set of values designed to guide health educators in resolving many of the ethical dilemmas experienced in professional life” Code of ethics of AAHE was further revised in 1999. These guidelines provide a commitment for health educators to behave ethically and to encourage and support the ethical behaviors of others. There are five responsibilities and 34 sections. These five responsibilities include responsibility to the public, profession, employers, in delivery of health education and in research and evaluation.

Discussion and conclusion: Health education has been built on humanitarian and democracy bases and its main mission is helping to individuals, groups and communities for adoption the healthy behaviors voluntarily. Health educations should pay attention not only to the technical processes of health education, but also to the code of ethics. Informing about this guidelines and supervising for implementing them, will be guarantors for succession in health programs.

Key words: Health Education, Health Promotion, Code of Ethics, American Association for Health Education (AAHE)

Code of Ethics for Health EducatorsMohsen Shams¹, Yalda Soleiman Ekhtiari

School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences

Introduction: The role of health education in designing and implementing of health programs in Primary Health Care System of Iran has been prominent., Demographic and epidemiological transient followed by health transient in recent decades show that non-communicable and life style related diseases have been dominant and therefore this role has become more important and effective.

In this condition, paying attention and engaging to code of ethics will be a main concern for health educators. In this article, I have reviewed the different documents related to code of ethics for health educators which have been developed by the health education associations and institutes.

Text: Society for Public Health Education (SOPHE) as a valid reference for health education has developed the code of ethics for health educators. In 1993 SOPHE published a revised summary code of ethics noting that: “health educators take on profound responsibility in using educational processes must reflect the right of individuals and communities to make the decisions affecting their lives.”

¹ - moshaisf@yahoo.com

methods ethic education to nursing student and importance of ethic in them.

conclugen: Nursing as a clinical profession and responabile position require to effective educational ways. In attention to traditional method demonestrated as uneffective method in ethic education by literature, it should be replace by new and interactive methods. Finali this replacement can be source of quality performance.

Key word: ethic education, nursing

Nursing and Implicational Methods in Ethic EducationHoussein Saharkhiz¹

Tarbiat Moddares University

To day nursing student ethic education is an important subject in nursing schools. Literature reviews indicate that the ethic in nursing was educated since 1900. As a result of many studies, traditional method of nursing ethic education has not acceptable efficiency to accountability to delivery health system current ethical problem, so ethic educator should apply new and interactive method more than traditional method in ethic education. Despite interactive method is better for contribute critical thinking than traditional method but traditional method is common yet.

Interactive method cause motivation, enhances in inquiry, increase reasoning, promote self steam, awareness of other opinion and feedback.

Various ways was used for this subject include: Group discussion, Role modeling, Moot court, Film discussion and Case study. This article is a review of new and interactive

¹ - hosein_581989@yahoo.com

medical school filled out the PPOS questionnaire before and after taking semiology course. Additional demographic data including gender, age, specialty choice and extracurricular activity were collected as well.

Results: We found no significant difference in mean overall PPOS score before and after taking semiology course (3.15 vs. 3.07, $p=0.21$) as well as sharing sub-scale score (3.06 vs. 2.98, $p=0.303$); however, there was a significant difference in mean caring sub-scale score (3.06 vs. 3.3, $p=0.003$) before and after the course. Mean overall PPOS score of male students before taking the course was not significantly different from that of females. After taking the course, mean overall PPOS score was higher in female students compared with males (3.15 vs. 3.02, $p=0.043$). Sharing sub-scale score of females was also higher than that of males after taking the course (3.05 vs. 2., $p=0.018$).

Conclusions: Our findings indicate that although overall attitudes of students have not been significantly influenced by taking a communication skills program integrated into semiology course, overall attitudes and attitudes toward sharing has changed in females compared with males. Regardless of gender, students' attitudes toward caring changed in our study. Our hope is that this study will drive further research in the dynamics of communication skills education.

**The Assessment of Changes in Medical Students Attitudes
before & after Passing Communication skills Educational
Program During Semiology Course in Medical Faculty, Tehran
University of Medical Sciences**

Farzaneh Shirani¹, Farhad Shahi, Sirous Jafari, Azim Mirzazadeh
Tehran University of Medical Sciences

Introduction: The physician-patient relationship has a significant effect on quality of care and health outcomes. In recent years, medical educators have recognized the importance of this issue by instituting various curricula to teach communication skills to medical students. This study examined the effect of a two-week communication skills program (based on Calgary Cambridge Guide) integrated into semiology course at Faculty of Medicine of Tehran University of Medical Sciences using the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS).

Methods: We measured students' attitudes toward patient-centered and physician-

centered care using PPOS questionnaire, an 18-item validated questionnaire that measures attitudes toward the physician-patient relationship. One hundred nine students in third year of

¹ - f_shirani@razi.tums.ac.ir

2 – Psychological and Emotional Abnormalities: What will be the feeling of a child or young when he understands that his mother is his sister or grandmother. This family alienation will cause bad psychological effect on him.

If birth of colonised children becomes common then marriage issue that is a normal process will be abolished gradually and family organisation will be disordered, and many of women become pregnant without husband. Also a lady may become pregnant by herself, therefore the mother and child are twin.

3 – Scientific Misuse: In this field we could point out to the following items:

a – The powerful and politicians could produce a genetics copy of themselves and sacrifice it at necessary time

b–Production of an Inferior race for economical or military purposes .

c – Use of colonised people for donation .

d – Performation of illegal researches on colonised people like test of forbidden drugs or abnormal weapons.

E – Effort for generation eternity in malicious people.

For the above reasons , majority of people are against cloning, also UNESCO organisation has forbidden any genetics test similar cloning that ignore human dignity in an official statement.

Key Words: Cloning, Genetice modifications, Dolly sheep

Is Cloning an Ethical Phenomenon?

Hussain Rezai

Islamic Azad University – Shirvan

Cloning is an asexual reproduction, so an animal is produced by cloning process from a mature cell similar the origin. The first successful achievement was cloning of a sheep as name Dolly in 1996 by Ian Willmut in Rosline institute in Edinburgh. Afterthat cloning was done in another animals (mouse, calf, monkey) and in 2002 Clonaid institute announced the birth of the first colonised child as name Eve by using of a 31 years old lady skin cell genome in USA.

Cloning has advantages and disadvantages, some believe it is benefit for non-fertile couples or those who have lost their child in an accident, but its disadvantages are as follow:

1 – Appearance of abnormalities due to genetic modifications:

Nowadays used techinques meet with genetic modifications and reminds a nightmare of birth a child with untreatable abnormalities.

An anxiety in cloning and use of human cell is early age in newborn child. Sometime similar Dolly , there is not any sign of disease at the time of birth, but in course of time abnormalities appear which are the result of genetics modifications and early age.

education focuses on teaching young people that abstaining from sex until marriage is the best way to avoid infection with HIV. These days, there are above one thousand abstinence-until-marriage programs around the United States, and one-third of public middle and high schools say both that abstinence is "the main message in their sex education" and that abstinence is taught as "the only option for young people". So, It is time for us to get serious attention about this problem not to be allowed too late ,paying attention that ethical and religion issues must be considered as issue that could the best way to improve the all aspect of life even against HIV.

The Roll of Ethic in Challenge and Future of HIV Prevention**Khadigeh Mirzaiinajmabadi¹**

Less than a decade ago, the biggest problem in global health seemed to be emerged, HIV. "HIV is one of the world's most urgent health priorities," UNAIDS Executive Director Peter Piot said (Associated Press, 7/24).

Prevention and reduction of HIV is one the most important millennium development goals. According to many scientists HIV will promote to be one of the first killers of people specialty young people in future rapidly. There is a lot of concern about the HIV disease which is not treatment able yet. Iran has the lower rate of HIV compared to other countries and this point of view Iran could be could be a leader and model for all country through the world. The main reason for this great achievement is importance and emphases Islam to limit sexual relationship and abstains pre marriage in Iranian people. Unfortunately, Prevention and education efforts have usually paying attention on just about knowledge, attitudes about HIV and have ignored sexual need fulfillment related to partner selection and risk behavior. However, an abstinence-based approach to sex

¹ - K.mirzaii@gmail.com

Ethics in Genetic Consultation: Reporting Medical Errors

Sayyed Mohammad Akrami¹

Tehran University of Medical Sciences

Premarital and preconception genetic counseling need careful consideration. Complete detailed family history of three generations is very helpful. Being non directive and non judgmental are the main ethical points in genetic counseling. According to Islamic rules and law, it is not possible to terminate pregnancy after fetus ensoulment even there is a major abnormality. In this report, a real case will be discussed to emphasize medical errors in this issue. The criteria to do prenatal diagnosis are; a major congenital abnormality in fetus which needs therapeutic abortion, there is no treatment available, couple both are happy with pregnancy termination, and availability of specific prenatal test.

Since the age of marriage and pregnancy and trend of consanguineous marriage are all increasing in Iran, more attention of clinicians are necessary especially Ob/Gynes, internists, pediatricians and midwives.

¹ - akramism@tums.ac.ir

showed that forty nine out of 61 (80%) samples (20 type I, 21 type II, and 8 type III) were found to have homozygous deletion of at least exon 7 of the SMN1 gene. Twelve patients (20%) (7 type I, 4 type II, 1 type III) showed the presence of the SMN1 gene. More expensive tests were required to detect the mutation in the remaining 12 patients.

In this presentation, we discuss the limitations of genetic testing, taking SMA as an example and the ethical issues related to this testing including patients consent, limitations, costs, the lack of definitive treatment and our approach in dealing with these issues.

**Ethical Issues Relating to Molecular Genetic Testing of Spinal
Muscular Atrophy**

Fateme Hayati¹, Watihayatihayati Mohd Dhamshudin¹,
Marini Marzuki¹, Atif Amin Blag¹, Che Badariah², Bt Ab Azizi¹,
Bin Alwizilfalil¹

1- Human Genome Centre, School of Medical Sciences¹,

2- Department of Physiology, Universiti Sains Malaysia,
16150 Kubang Kerian, Kota Bharu, Kelantan

Molecular genetic testing has catapulted into mainstream medicine during the past decade. Despite of increasing in number of genetic tests the treatment for genetic disease is still not definite. Spinal Muscular Atrophy (SMA) is one example of the most common genetic causes of childhood fatality and classified into three groups based on age of onset and achieved motor milestone. Survival Motor Neuron (SMN) gene has been identified as responsible for SMA. 61 out of 93 samples that we received from August 2003 until Feb 2007 were included in our study. The 61 samples were subjected to SMN1 gene deletion analysis according to the method described by van der Steege et al, 1995. Each genetic test costs about US\$200. Our result

¹ - bluesea_1982_22@yahoo.com

harm most frequently mentioned is the possible loss of a sense of uniqueness. Although the myth of genetic determinism is dispelled, but some doubts about cloning and identity remain that I am going to argue that somatic cell nuclear transfer cloning creates serious issues of identity and individuality especially in the Psychological identity and forces us to reconsider how we define ourselves because Cloned children each will be genetically virtually identical to a human being who has already lived and also the expectations for their lives may be shadowed by constant comparisons to the life of the “original.” Moreover, comment on the importance of genetic uniqueness not only for individuals but also in the eyes of their parents.

Key words: Human cloning, Personality, Identity

Human Cloning & Problem of Psychological Identity

Ali Mohammadi

Department of biology Shahid Beheshti University,

“Islam & Medicine” group, In Institute of Culture & knowledges

The prospect of creating children through somatic cell nuclear transfer has elicited widespread concern, much of it in the form of fears about harms to the children who may be born as a result. There are concerns about possible physical harms from the manipulations of ova, nuclei, and embryos, which are parts of the technology, and about possible psychological harms, such as a diminished sense of individuality and personal autonomy. There are ethical concerns as well about a degradation of the quality of parenting and family life if parents are tempted to seek excessive control over their children's characteristics, to value children according to how well they meet overly detailed parental expectations, and to undermine the acceptance and openness that typify loving families. Virtually all people agree that the current risks of physical harm to children associated with somatic cell nuclear transplantation cloning might justify a prohibition at this time on such experimentation. In addition to physical harms, many worry about psychological harms associated with such cloning. One of the forms of psychological

are man and 75.8% of them are woman. 77.5% of them work in Imam Hossein hospital and 22.5% work in Fatemie hospital. 77.4% of interviewees are bachelor and upper, 22.6% of them are lower in point of view of degrees. 18.1% of them are aidnurs, 60.4% are nurse , 10.4% are doctors, rest are include of other fields. 53.3% of them are present that know about patient's prism rights. 18.1% of them attain to their knowledge by means of educational seminars and conferences and rest in other ways almost all in their study period. hospital held education term for 15.9% of people and 84.1% doesn't have any educational term. Knowledge grade average was 16.38/20 that shows good knowledge in research nation. Theory grade average was 17.09/20 that shows positive theory between them. by means of Pierson test proof meaningful relation between knowledge and theory that Speerman test confirm it either. $P.v = 0.0001$

Result: this research finding and other similar researches about rhythm of knowledge and theory of doctors about patient right and respect to this right in the hospital can be adequate criteria to evaluate the medical unit. in addition personnel and patients education can guarantee patient satisfaction and organization perpetuity.

Keywords: patient's prism rights, nurse, Doctor, knowledge, attitude, medical faculty of shahrood

Study of Rhythm of Knowledge and Attitude of Doctors and Nurses about Patient Right's Prism in Dependent Hospitals of Medical Faculty of Shahrood: 1385

Mohamad Amiri¹, Hhasan Bagheri¹, Samira Ershadipoor,
Robabe Davarzany

1- Shahrood Medical Science University

Background: respect to patient rights and appointing a structure for it , has continious background in history of countries hygienic ovservation, that its observance follows patient satisfaction.

Goals: this study accomplished withthis purpose; survey rhythm of doctor's and nurse's knowledge and theory about patient right's prism in dependent hospitals of medical faculty of shahrood in1385

Method and material: this research is kind of cross-sectional and applical studies.paying attention to limitation of research nation and need to accurate information, all samples has studied in the way of census and a questionnaire made include of 6 general question and 32 professional question about knowledge and theory of doctors and nurses about patient right's prism that gave to all to complete .to analyze data used of Spss and INSTAT and result showd in tables and figures.

Findings: result of research shows that 24.2% of interviewees

choice we make causes our life path to branch out in different ways making an impact on our identity.

The naivety of genetic determinism is emphasized by the fact that genetic identity does not even constitute biological identity. Even cloned cells with identical sets of genes vary somewhat in shape and coloration. The variations are so subtle they can usually be ignored. However when cells are combined to form organisms, the differences becomes marked and individuality is born.

Key words: Human cloning, Immortality, identity, Personality

woman who wanted a copy of her father. Her father was approaching death, and she felt that if Wilmut could produce a clone of him, she could prevent his death. This belief also fuelled a heart-wrenching letter sent to the Sunday Times by a man who had just lost his son in a car accident. He objected to the furor surrounding cloning, appealing that if this technology was made available, his son could be brought back to life. The reason that some people believe that they can resurrect dead relatives, or live forever by cloning is that they are misconceiving what human cloning actually can produce. One thing that they are overlooking is that the person produced by cloning will actually be born as a baby. However, we cannot literally photocopy people. My clone would not be an instant carbon copy of me at age twenty-one. She would gestate for nine months inside a woman's womb, (perhaps even mine), and be born as a baby. Moreover, even when she reaches twenty-one, she will not be identical to me at age twenty-one. The problem here is that people are mixing up genetic identity with personal identity. They are subscribing to genetic determinism; the idea that, genes are sufficient to make us who we are. However, monozygotic (identical) twins are illustrative of the implausibility of this view. Furthermore, environmental influences play a huge role in making us who we are. Every

Misunderstanding: Human Cloning, Identity and Immortality

Ali Mohammadi

Department of biology Shahid Beheshti University, Institute
of Culture & knowledges, The "Islam & Medicine" group

Shortly after Dolly the Sheep was cloned, the Guardian ran an article featuring a man who claimed that cloning might be able to provide a route to immortality. His opinion was that since in cloning, the genetic blueprint of one individual is used to make another individual with the same genetic make-up, the new individual will be an exact copy of the original; and an exact copy is as good as the original. The suggestion is that we can bring back the dead by cloning them; all we need is a few cells removed from the body before death. These cells will enable us to make an exact copy of the dead person, which if the man featured in the article is to be believed, is equivalent to resurrecting them. If the process is continued time after time, the "dead" person will have achieved immortality. The man featured in the article is by no means exceptional for holding this view. The belief that we can bring back the dead by cloning them was the motivation behind a request sent to the Roslin Institute by a

cloning; to prevent the creation of cloned subjects(for providing transplantable organs) we should restrict the domain of human smugglers; contradiction with principle of variety in creation; creation of a society without identity; and creation of psychological problems for the cloned.

Finally, it should be mentioned that various ideas are being discussed and it needs further studies from various specialized in view points; therefore, it seems that judging about these viewpoints requires much more time and research on pros and cons of this issue.

Keywords: Gastrointestinal, Ethanol, GERD

a certain chemical in its milk. He chose to alter adult cells, which held up well in laboratory conditions, and then clone them, producing animals with the altered gene all throughout their bodies. He began the paperwork in 1987, and began research in 1990. More work was done, and on July 5, 1996, a lamb was born, cloned from a frozen mammary cell from another adult sheep. In regard to pros and cons of this project, we point to the following merits and defects:

(1)Merits: Organ transplantation of cloned human being to one who is cloned from him/her in order to prolong the lifetime of original person; association and making image for relatives of original deceased person; the barren parents can be having children; with proper application of cloning technology we can renew the activity of damaged cells with reproduction of them; creation of healthy persons for remedy of hazards resulting from recessive hereditary diseases in some sexual components; regulation of children and human beings gender in future; prevention of rare creature distinction and finally therapeutic objectives.

(2)Defects: Prevalence of slavery; contradiction with marriage law; abuse of cloning techniques to create criminals and soldiers; gender imbalance; increasing of population; recognizing cloned person as a second rate citizen; the spread of smuggling and buying and selling of body organs with spreading of human

Cloning

M. H. Ghadiani, S. Sh. Sadr², M. Toushieh, M. Damabi, N. Baligh

1-Internal Medicine specialist Assistant Professor

2- Tehran University of Medical Sciences

The Islamic Organization of Forensic Medicine, President of Medical
Council of I.R.Iran

Simulation or transcription which is called cloning derived from Greek word "clone" that means cutting, budding and proliferating. Cloning is the asexual process of creating an identical copy of an original organism. Reproductive cloning is a technology used for generating an animal that has the same nuclear DNA as another currently or previously existing animal. Dolly the sheep, was created by reproductive cloning technology. In a process called "somatic cell nuclear transfer" (SCNT), scientists transfer genetic material from the nucleus of a donor adult cell to an egg whose nucleus and thus its genetic material, has been removed. A clone is simply one living thing made from another leading to two organisms with the same set of genes. Sometimes, plants are self-pollinated producing seeds and eventually producing more plants with the same genetic code. Ian Wilmut at the Roslin Institute in Scotland was assigned to a project in 1986. His goal was to create a sheep that produced

4. the impact of prenatal screening and counseling on the rate of disability. Conclusion: Iranian scholars were willing to consider prenatal screening to prevent transmission of diseases to the next generation. This goal is attained through the autonomous choice of the couple to participating the screening as well as prenatal counseling.

Keywords: Prenatal screening, Counseling, ethical dilemmas, Four-principle approach, Decision-Making

Prenatal Screening & Counselling in Iran

Mansoorah Saniei¹, Elnaz Jafari Mehr, Saeed Shahraz, Ladan

Naz Zahedi, Ala Melati Rad, Saye Sayar, Roya Sherafat

Kazemzade, Ahmad Shekarchi, Mohammad Reza Zali

Department: Centre for Biomedical Ethics and Law of Shahid

Beheshti University

Objective: Prenatal screening has become an increasingly common procedure all around the world. It offers couples useful information relating to the health of their fetus, although it gives us serious ethical dilemmas as well. This was conducted about Iranian scholars' attitudes towards prenatal screening and counseling with respect of ethical issues. **Methods:** Two hundred-one physicians, genetic and religious scholars were interviewed with regard to demographics and attitudes towards the ethical dilemmas in prenatal screening and counseling. Interviews were analysed using the four-principle approach. **Results:** Findings showed scholars' attitudes towards: 1. the right of couples to choose prenatal screening; 2. the role of prenatal screening and counseling concerning termination of an affected fetus; 3. screening results and emotional distress in couple, and

¹ - saniee50@yahoo.com

insemination and establishment of pregnancy. Donors may become aware that they are at risk of a familial condition after they have donated gametes. An incurable adult onset disorder is a good example of such a condition. How can a donor who is later diagnosed to have disease inform the gamete recipients? At present each case is managed on the basis of individual clinical judgment almost without a geneticist involved. If appropriate and necessary, information could be conveyed to the recipient of the gametes or embryo without the need to identify the donor. It could be argued that further changes in regulations would have a negative impact on donor recruitment. We believe that this is unlikely if donors and recipients are fully counselled at the outset, made aware of such possibilities, reassured of anonymity.

The pace of advances in the science of genetics is such that the genetic bases of many diseases are defined every year. The information needed today will not be the same as the information needed tomorrow. In addition, collecting a complex pedigree of all the information that might conceivably be needed would be an impossible task. It is suggested that guidance from the professional bodies producing guidelines for good practice regarding the ownership of genetic information needs to be amended to take account of these points.

Ethical Problems of Oocyte and Embryo Donation

Nasrin Ghasemi, Abbas Aflatoonian

Research and Clinical Centre for Infertility, Yazd Shahid

Sadoughi Medical Sciences University

Advances in reproductive medicine have allowed many thousands of infertile couples to have children. These developments have raised the level of expectation of successful treatment in many others, including those who require treatment with donated oocytes or embryos. The main indication for treatment by donor insemination is after a diagnosis of azoospermia or oligozoospermia in men. Oocyte donation may be indicated when a woman is affected by serious genetic disorder or her ovaries are absent, non-functioning, or are unlikely to respond to ovulation induction. There is growing concern that current screening protocols regarding gamete donation are ill-suited to meet the issues raised, especially in relation to genetic disease. If a genetic disease is highlighted during the process of recruitment, then appropriate investigations and counselling can be undertaken. However, there are no guidelines, either in law or practice, which address the issues of confidentiality that might arise if a disease emerges after

2- Release of oxytocin get more rest and breast milk production in mother .

3- Release of oxytocin results in uterine contraction and less blood loss at delivery .

4- This reduces dramatically the guilt , depression anxiety , which is offer associated with having a premature baby .

5- Mum can leave the hospital earlier and return to normal daily life sooner .

6- The mum to be part of caring team and becomes central to the caring team .

7- KMC helps the mum and baby to settle in to a rhythm of sleeping and waking called " sleep synchrony " so the mother gets more sleep .

Fathers and other family members can use the KMC to relieve the especially in a multiple birth situation common with premature babies .

KMC is now done in neonatal research center in Emamreza Hospital belong to Mashad University of medical scenes

The mother's body is the only natural , healthy environment for a new baby .

7- More weight gaining (15 to 20 yr / kg / day) than in incubator .

8- Less crying and stress results in somatostatin release and therefore preventing of intraventricular hemorrhage (one of the most common cause of death in premature babies) .

9- The KMC enables early bonding between mother and baby so the baby will receive better long term care and emotional problems .

10- Better development and brain growth in appropriate ways not in way by stress .

11- Regularity in sleep and awake state .

12- Powerful pain relief second to release of morfin in brain .

13- Blood sager in KMC is higher , a dangerous condition for intact survival and future neurological development .

14- Skin to skin contact stress hormones in the babies such as cortisol , endorphin and decreasing sympatoadrenal activity says reduction of stress in these babes .

15- Decrease of hospital stay

Benefits of mother:

1- It provide security and mother knows that her baby is with her and safe .

future .Beginning of breast feeding in the first hours save one million babies (Who 2007) .

Kangaroo mother care (KMC) supports all legal and ethical problems of newborns . Low birth weight (LBW) is a world wide problem. Its frequency and distribution closely parallel those of poverty. Low birth weight is associated with high neonatal and infant mortality and morbidity. care of LBW infants represents a burden for the health and social systems everywhere. KMC provides all needs of these babies. KMC has 3 components: Skin to skin contact , Exclusive breastfeeding and support to the mother infant dyad .

Benefits for newborns :

- 1- in KMC babies stabilize faster than incubator .
- 2- Improvement in oxygenation , respiration and decreasing apnea of prematurity .
- 3- Reduction in nosocomial infection rate .
- 4- The baby's temperature stabilizes much better in mothers chest than in incubator.
- 5- Heart rate stable faster .
- 6- Exclusive breast milk production is stimulated by skin to skin care so baby gets all the breast milk including the correct milk for humans .

Newborn Rights

Ashraf Mohammad zadeh

In uterus, the fetus depends on the placenta for growth and development and lack of any stimulation. Therefore after birth he or she has insufficient defense for extra uterine stimulation and needs supports. Newborn Rights include:

1- Early skin to skin and eye to eye contact between mother and newborn immediately after birth

2- Beginning of breast feeding in first hour of life

3- Routine care in bedding in

4- Preterm baby care as kangaroo mother care

5- Twenty four hour presence of mother in NICU admission babies

6- Facilitation and educational support to mother for caring of baby.

7- Free entrance of father and other family who will be participated in care of baby (grand mother , ...)

8- Routine care (Vaccination , Vitamin K ,Physical exam , ...)

First 12 hour of life (Specially first 30 minuets) is a critical period for newborns. Early skin to skin and eye to eye contact build up power full bonding between mother and her newborn that results better infant social correspondence and cognition in

determinants of health status apart from health care, describe current patterns of avoidable social inequalities in health and its determinants, describe trends in those patterns over time, general an inclusive and public process of considering the policy implications of the patterns and trends and develop and set in motion a strategic plan for implementation, monitoring, and research , considering political and technical obstacles.

Conclusion: this paper presents a conceptual framework to guide the development of approaches to monitoring equity in health and healthcare. while not sufficient for effective action to achieve greater equity in health, information can play an important role. Moving towards greater equity requires selective attention to the needs of disenfranchised groups, and more powerful groups are likely to resist such efforts. To meet this resistance , information on health equity must be scientifically sound and technical strategies for monitoring equity must be placed in the context of a boarder strategy to address formidable political obstacles. Efforts to obtain analyze and disseminate information on equity must consider where how and who to involve to intervene most effectively against the tide of prevailing forces. On an

Key words: health equity, inequalities, monitoring, health, healthcare, health indicators, health status

Conceptual Framework of Monitoring Equity in Health and Health Care

Sayyed Pourya Hedayati Naser Kiyadeh

Background: This paper aims at articulating a Conceptual framework for monitoring equity in health and healthcare. The focus is on four main questions: what is health equity? What is monitoring? What are the essential components of a system for monitoring health equity?

A framework is presented for formulating the key questions, defining the social groups to be compared, and selecting the health indicators and measures of disparity that are fundamental to monitoring health equity.

Although monitoring health equity is a scientific Endeavour, its fundamental objective is guided by values; technical challenges should be addressed as part of a broader strategy to confront the political obstacles to greater equity.

Material & Methods: this study was been reviewed studies that were fulfilled through librarian studies and internet search.

Findings: findings of this research is eight steps in order to the requirements of any system for monitoring that is include: identify the social groups of a prior concern, identify general concerns and information needs relating to equiy in health and its determinants, identify sources of information on the groups and issues of concern, identify indicators of health status major

and clarify the patient's core values and beliefs when counseling about CAM therapies.

This article is an attempt to explore some of the more obvious or practical ethical aspects of complementary and alternative medicine.

Key words: Complementary and alternative medicine, Ethical considerations, Conventional Medicine, safety, effectiveness.

Complementary and Alternative Medicine and Ethical Considerations

S.Shamloo, H.A.Adhami

Complementary and alternative medicine has become an important section of healthcare. Its high level of acceptance among the general population represents a challenge to healthcare professionals of all disciplines and raises a host of ethical issues.

By considering the risk-benefit issues such as the severity and acuteness of illness; the curability of the illness by conventional forms of treatment; the degree of invasiveness, associated toxicities, and side effects of the conventional treatment; the availability and quality of evidence of utility and safety of the desired CAM treatment; the level of understanding of risks and benefits of the CAM treatment combined with the patient's knowing and voluntary acceptance of those risks; and the patient's persistence of intention to use CAM therapies providers can formulate a plan that is clinically sound, ethically appropriate, and targeted to the unique circumstances of individual patients. Physicians are encouraged to remain engaged in problem-solving with their patients and to attempt to elucidate

Medical Ethics in Health Tourism DevelopmentAlireza Jabbari¹, Sayyed Jamaloddin Tabibi,

Bahram Delgoshaei

Iran University of Medical Sciences

Health tourism refers to movement of consumers to the country providing services for diagnosis and treatment. A combination of various factors, such as exorbitant costs of healthcare in industrialised countries, the increased ease and affordability of international travel, favourable currency exchange rates in the global economy, rapidly improving medical technology and standards of care in many countries as well as the ubiquitous internet, have led to the recent increase in its popularity. The purpose of this study is to determine the role of medical ethics in health tourism development. Data collection will be carried out through an expensive library and internet search. The experiences of pioneer countries in health tourism will be explored. Finally, the importance of medical ethics in health tourism development will be analyzed.

Key words: Health tourism, Medical ethics

¹ - drjabbaria@gmail.com

- Organization's culture
- Self-evaluation
- And patient issues, includes Paternalism and experience of hospitalization

In this paper, will been define this factors.

Ethics in Health Administration

Mahdiyeh Shojaei Baghini¹, Fatemeh Maarefdoost

Kerman University of Medical Sciences

Ethics is not just theory or talk. It must be practiced daily in health care organizations. Organizational culture will greatly influence the application of ethics. In turn, your ethics decisions can have an impact on your organization's culture. The impact factors on ethics in health care organizations are: Organizational and External.

The external influences on ethics are:

- Standards of external agencies such as the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
- Market forces. It includes technology and average aging of population
- Social responsibility: prevention and quality assurance
- And technology

The organizational influences on ethics are:

- Fiscal responsibility

¹ - shojaei_mahdieh@yahoo.com

of knowledge and skills.. The interdisciplinary study of professional ethics in the medical schools is excellent preparation for the role of newly graduated doctors to be good citizens in our global human cultures.

process of answering a question, solving a problem, or addressing a problem that is so broad or complex that it cannot be addressed through a single discipline or field. In higher education, The goal of most interdisciplinary studies is to integrate the contributions of different academic disciplines or fields of study so that topics, problems, and phenomena under study are better understood, additionally the interdisciplinary education process seek holistic understandings of the social and natural worlds because the real-world problems are complex, hard to define, challenging to solve, and often have more than one right answer. Such problems require that individuals (students, doctors, teaching staff and other professions) know what kinds of information are needed and where to find that information, but also require a sound sense of social responsibility, strong ethical foundations and the skills of ethically evaluating a problem and the synthesis of morally and socially acceptable solutions. Incorporating professional ethics will encourage tolerance and respect for the perspectives of others; expand students', researcher and academic staff horizons and their capacity to question assumptions about the world and about themselves. Interdisciplinary ethical evaluation is a way to build bridges between pure science and humanities; it can improve faculty morale by revitalizing interests and collaborating with colleagues and thereby expand their repertoire

Teaching inter Disciplinary Professional Ethics**Mohamad Abid Bakhotmah¹**

There has been a dramatic increase in the ethical expectations of businesses and professions over the past ten years. The need for special ethical principles in a scientific society is the same as the need for ethical principles in society as a whole. They are mutually beneficial, the ethical principles help make our relationships mutually pleasant and productive. Ethical behaviors are instruments for persuasion, both of members of any given profession and the public in a given society, and on the global human cultures, and the global environment. They enhance the sense of community among members belonging to a group with common values and common mission ,a profession's ethical standards must be compatible with our common morality, but they go beyond our common morality, and become a global code of professional ethical conduct. The reasons to have code of professional ethics include(Defining acceptable/ unacceptable behaviors, Promoting high standards of practice; Providing a benchmark for self-evaluation; Establishing a framework for professional responsibilities; Gives occupational identity; and lead to occupational maturity). Interdisciplinary studies, is the

¹ - bakhotmah@hotmail.com

At the field of Medicines in addition to REC approval, they have to take license from ethical committees. At the field of Medical Devices, the project must be referred to the

Medical Devices Agency after ethical approval has been obtained.

During the past six years, Ethic Review Committee for Research involved human subjects has evaluated over 2,000 protocols of research and about 120 protocols were on reproductive medicine. Some protocols were considered to be unethical. To avoid

These serious problems and social risks to human subjects, ethical criteria in medical research should be introduced into the medical school curriculum. Capable and adequate number of Ethic Review Committee members must be trained.

A framework for evaluating the ethics of clinical research studies enhancements of health or knowledge, scientific validity, fair subject selection, favorable risk-benefit ratio, independent review—unaffiliated individuals must review the research and approve informed consent and privacy protected. Fulfilling all requirements is universal, although they must be adapted to the health, economic, cultural, and technological conditions in which clinical research is conducted.

Key words: Ethics- Research –Medical

emergency medicine research and informed consent is the head of it. Also there are barriers to take informed consent because of the time frame. Protecting from these patients is the main responsibility for researcher.

About research at the field of mental disease especially Schizophrenia, A greater understanding of both risk and protective factors can lead to improved prevention and treatment strategies in this vulnerable population.

The Chartered Society of Physiotherapy's Rules of Professional

Conduct state that "Chartered physiotherapists shall ensure the confidentiality and security of information acquired in a professional capacity." Information that is available in clinical work cannot be made available to the research team unless it has been previously agreed with the patient and approved by the ethical committee.

Physical therapy journals should standardize ethical protections and make documentation of international ethical standards, which include social value, scientific merit, a favorable risk-benefit ratio, fair subject selection, informed consent, confidentiality, and approval by an impartial REC. In addition, international committees of journal editors should require authors to document compliance with certain ethical standards in manuscripts submitted for publication.

Ethics in Medical ResearchesAfsaneh Ghanbari¹

Master in International Law

Clinical research has a potential risk to harm. So the ethical standards are essential especially in human subjects.

African and European partners unite to promote ethics in medical research. Four African countries in collaboration with INSERM, MRC, and WHO have set up a project aimed at encouraging the formation of ethics committees for medical research in Africa. The principal objective will be to raise awareness of ethical issues in these regions, identify people working in this field and understand their real needs.

Also tri-Council Policy Statement on the Ethical Conduct of Research Involving Human Subjects (1998) is most important policy.

There are 2 ethical models for medical research. "Partnership" model, which actively involves all partners during ethical review. "Regulatory" model consists primarily of regulations designed to prevent exploitation of participants.

SAEM believes that protection of human subjects is vital in

¹ - afsaneh_ghanbari@YAHOO.COM

Ethics and Alternatives in Research

Parvin Zakeri-Milani, Hadi Valizadeh

Ethics in research is hard to separate from the political, economic, administrative, and legal considerations. Most assuredly, there's a philosophical basis to research ethics, but instead, we'll focus on the practical considerations. A point to remember, however, is that there's no such thing as perfectly ethical research. The use of animals in research, teaching and testing is an important ethical and political issue. Much of the discussion about this issue revolves around the relative value, often referred to as 'moral value', of humans and animals. When the needs of animals and humans come into conflict, which takes precedence? Today there exists a wide spectrum of views on this subject, ranging from those concerned with animal 'rights' to those who view animals only as a resource to be exploited. All of these viewpoints have contributed to the development of ethical principles of animal use. These in turn have shaped animal use promulgated regulations. These regulations will be discussed in this article.

necessary requirement during the research.

In this communication, we contribute to enlighten the perspectives of the ethical research monitoring and we propose mechanisms to their application.

**The Role of Ethic's Committees in Monitoring Research
Protocol**

Majed Zemni¹, Safia Jellali Zemni²

1- Forensic medicine department, F.Hached University
Hospital, 4000, Sousse, Tunisia

Technical Section of

Tunisian National Committee of Medical Ethics

2- Obstetric and Gynecology Clinic, 2 Boulevard M.Maarouf,
4000, Sousse, Tunisia

The role of the committees of ethics, which lack means and prerogatives of control, often limits its role to the simple check of the ethical character of the research protocol during its submission. It is about an ethical visa to begin research.

Ethic's committees do not have to limit their investigations to the simple check of the ethical character of the protocol. It has also to check all ethical aspects surrounding the research.

The committees of ethics have to be the keystone of a monitoring protocol implying human subjects. They must be organically independent and have defined prerogatives with the power to criticize, to revise or to reject the research protocol.

To protect the person's subjects throughout the research protocol, it is important to consider the ethical monitoring as a

not be in any harm or risk as a result of enrolling in clinical trials. Some of these protective measures are:

d) A registry system for all pediatrics trials from all countries would be a great help.

e) Trained investigators with experience of working on clinical trials in children should be employed for working in clinical trials with children subjects.

f) Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice: many people involved in treating young people believe that the child or adolescent should play a role in the decision-making in entering a research study but the age in which a child can give consent differs from country to country. The consent or assent provided by parents or children should be presumed after receiving enough information and understanding the potential risks and benefits as well as the child's rights and responsibilities. This guide will explain what to expect during the informed consent process, explain its importance to clinical research participants, and describe how it fits into a larger system that protects the welfare of people who take part in clinical trials.

Clinical Studies in Children

Simin Ozar Mashayekhi¹,

Mohammadreza Ghandforoush-sattari²

1) PhD in clinical Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Hematology and
Oncology Research Center, Tabriz University of Medical Sciences

2) PhD in clinical Toxicology, Faculty of Pharmacy, Hematology and
Oncology Research Center, Tabriz University of Medical Sciences

There are practical difficulties in organizing clinical trials in children such as problems with developing an appropriate formulation, or difficulties in recruiting medical center, and children because of the well justified concerns of their parents or legal guardians and health professionals.

For new drugs, little is known about the drug's dosage or side effects in children. The available data from adult studies could not provide us with the information regarding the safe dosage for children. Assuming children as small adults who need smaller doses is a dangerous misconception. Another problem in conducting clinical trials in children is the cost which is greater than studies in adult.

Although in order to ensure that children receive effective, safe and high quality medicines, these medications need to be tested scientifically in children within controlled clinical trials, but there are issues that need to be addressed so a child would

general principles outlined in the Declaration of Helsinki. It consists of a convenor and six members, expert in different fields of sciences. They meet monthly in a specific date. The ethics committee has own right to control the conduct of a research and request for amendment or stop it.

Key Words: research and development, ethics committees, clinical research, ethical approval, UK

**The Process of Getting an Ethical Approval for the Research
Involving Human in the Universities of the UK**

Mohammadreza Ghandforoush-Sattari, Simin Mashayekhi

Faculty of Pharmacy, Tabriz University of Medical Sciences

According to the rules of NHS in the UK, all research involving human participants or human material or human data must be approved by the school or university or local ethics committee before commencement of the study. In this regard, the main researcher should submit the proposal of research including; all measurements, statistical issues, number and sort of participants, risks and probable adverse events, source of funding, aims of the research, etc. Clinical research must be performed by a clinician or clinical staffs or under consideration of them. In addition to the research proposal and application form, the ethics committee might need the approvals from R&D (Research and Development) office and REC (Risk and Assessment Committee). The above process takes 3-6 months to get through. In the event that the committee is unable to form an opinion on the basis of the application form and protocol submitted, a decision on approval may be deferred and the applicant invited to attend the next meeting of the committee to discuss the proposed research. The committee is guided by the

Respecting the individual rights of subjects is necessary at any age, socio-economic and cultural levels, and the investigator is not allowed to take the advantage of any circumstances such as lack of subject's knowledge related to his/her age, language, ethnicity, physical and/or mental disability and even occupational relations in the research environment, using pressure, induction, intimidation, irrelevant incentives to facilitate the study process. Therefore obtaining the voluntary informed consent of the prospective subject and make them assured that they would have the right of unconditional withdraw from the study, is considered as part of the investigators' commitments. Such an intricate, which would be occurred along conducting the research supported by sponsors, is bias distortion in performing and communicating the study results. Thus the investigator is obligated with his/her commitments, free from exclusive relations particularly socio-economic relations to the sponsors and in case of conflict of interests he/she must disclose it to the ethical review committees and even when communicating the study results. Ethical obligation in data analysis and publishing the partial or general results of study particularly the extensive multi-central trials are the issues which involve the investigators, research sponsors and ethical review committees.

Keywords: Research ethics, Biomedical, human subject

Ethical Expedients in Biomedical Research

Involving Human Subjects

M Hajifaraji¹

National Nutrition and Food Technology Research Institute,
Shaheed Beheshti University of Medical Sciences

Research involving human subjects should deal with health issues of the population or community in which the research is carried out. Only since a disease or health problem or specific circumstances is prevalent at the community, repeatability or newfound issue of research won't be sufficient.

Ethical expedients, would be achieved only when the successful interventions or other beneficences be provided to the society as a results of such research. Thus, to supply ethical expedients, a planning and management process must be established prior to implementation of the research and monitor and evaluate along the study to the end and even communicate the results to the authorities and also the population in which the research is carried out. Investigators' commitment and skills should be approved by ethical review committees prior to study and its process must be ceased whenever any violation or infringement of the protocol or human right is observed.

¹ - m.hajifaraji@nnftri.ac.ir

- 1) Need to target oriented researches in fields of possible hazardous effects of nanomaterials on human body and other bio-systems and echo-systems.
- 2) Economic issues in small and large scale and effect of possible cheap nanotechnology products on economy and society.
- 3) Ethical issues of nanotechnology in fields of possible increase in human mind and physical abilities and issues about privacy and identity.
- 4) Ethical issues in nano-medicine: research ethics and treatment protocols.
- 5) Review of solutions proposed for those problems mentioned above.
- 6) Review of Iranian experts' opinions in fields of nanotechnology, ethics, and Islam for local specific problems and adaptation to religious guidelines.
- 7) Discussion and conclusion, proposing a pragmatic protocol for Nanoethics and nano-regulations in Iran.

**A survey on Nanotechnology Ethical Issues,
a Look on Proposed Solutions**

Fattaneh Saddat Bathaei

Nanotechnology is a growing field. It seems that, this heterogeneous field of science and technology could cause great evolutions or in contrast make apocalyptic nightmares for human kind future.

There are two kinds of extremist approaches to nanotechnology in past years, those who believed in future utopia and those feared of apocalyptic nightmares. Indeed, the same novel properties of materials in nano-scale that leads to great evolutions, may be have very aggressive effects on human body and other bio-systems. Nowadays, scientists try to make a moderate and more precise approach to nanotechnology, and methodological discussions have been made on topics such as risk assessment, nano-regulation and prefer to consider pure ethical issues, such as human identity in future, with those technologies that could change the way of thinking by brain implants.

In this article we reviewed nanotechnology possible risks and ethical issues, and discuss proposed solutions. List of titles that might be discussed are:

administration, or formulation. Off label use of medication in children, could have caused serious, life-threatening postmarketing adverse events. Such an example is propofol which showed that off-label use of agents whose pediatric safety profile is incomplete could cause significant harm. Prescribing outside a product's license could create concern for the prescriber, the child and the family.

A survey showed that almost half of all drug prescriptions in pediatric unit of five European countries including UK, Sweden, Germany, Italy, and the Netherlands were either unlicensed or off label 1. Another study showed that 90% neonates were given a drug that was either unlicensed or used in an off label way 2.

In conclusion when there is a case of use of unlicensed medicines or licensed medicines for unlicensed applications is necessary in paediatric practice, it is necessary to take additional steps, beyond those taken when prescribing licensed medicines, to obtain the consents of parents, carers and child patients to prescribe or administer unlicensed medicines or licensed medicines for unlicensed applications.

The Use of off Label Medicines in Children

Simin Ozar Mashayekhi¹,

Mohammadreza Ghandforoush-sattari²

- 1) Faculty of Pharmacy, Hematology and Oncology Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Iran
- 2) Faculty of Pharmacy, Hematology and Oncology Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Iran

In order to prove that a new drug or treatment is safe and effective for a certain disease or in a certain group of patients, it has to be tested on human volunteers similar to the recipient group of patients. Most of the pre-clinical data provided by the pharmaceutical industry is almost invariably conducted in adults and the lack of scientific data on the use of medicines in children has been a major concern. Studies have shown that health professionals have to use medicines that are not licensed for use in children or prescribe doses according to adults' studies, different indications, or alternative routes from that recommended.

When a drug is not tested in children, it means that it is not specifically licensed for use in children. Beside, licensed drugs are often prescribed outside the terms of the product license (off label) in relation to age, indication, dose, frequency, route of

Is Anatomy Forbidden or not?

Alireza Ismailabadi, Hamideh Yazdimoghaddam

Anatomy is a necessary science to learn and teach whether its purpose is to understand the human body and limbs and its function or to understand cause of crimes or diagnosis of the disease and its kind. On the other hand, human body especially Moslems bodies have rights that ignore it, is illegal and in some cases ignorance it result in punishment and will punishable. Then how we can combine these interests (i.e. human body interest and anatomy) and can we in this combination consider the newly necessities and interests or we must respect to human body?

To answer these questions, we do not issue an order as a general rule.

In other word, when the purpose of anatomy is to teach, respect to human body is preferred but when its purpose is to diagnosis the disease and to understand the cause of the crime, the anatomy is avoidable.

Keywords: Anatomy, Interest, Forbidden (Hormat), Moslem body.

improved communication between patient and family and members of team care and resolution of conflict are seven step-approach include of prepare for the discussion ,establish what the patient and family knows , determine how information is to be handled, deliver the information, respond to emotions, establish goals for care and treatment priorities, establish a plan care. Barriers the utilization of ethics consultations are lack of autonomy for the patient and team care. due to ,duty of ethics consultations should develop open dialogue between physician and patient until deliver correct information to patient and misunderstand prevented. One of the benefits model ethics consultations is satisfaction in resolving ethical conflicts that as opposed, authoritarian model, indivudal thoughtful and medical decision-making not imposed.

Conclusion: hospital ethics committees possess with specific skills can resolve conflicts and cause improve clinical outcomes and increase patient satisfaction.

Keywords: ethics consultation, conflict, physician,patient,communication

The Model for Conducting Ethics Consultation in the Intensive Care Units

F Solaimanizadeh¹, N Zafarnia, L Solaimanizadeh,
A Abasszadeh, M Javadi

Introduction: clinical medicine is along with more ethical challenges or conflicts. Despite availability medical ethics consultations nevertheless, 95% of physicians with ethical conflict are challenged. The majority of physicians not only, no experience of a hospital ethics committee (H.E.C) and have not tendency the utilization of ethics consultation, lack of criteria for the determine the best individual for this action and un certainty clinicians to their qualification. The purpose of this article, reviews core principle relevant to the practice of clinical medical ethic and describes models for conducting hospital based ethics consultations and the contribution of bioethics committees to high quality practice patient care in ICU.

Theme: family problems can cause lack of effective communication with the physicians in ICU. One of the attempts medical ethics committees, help resolving ethical conflicts in ICU. Improved communication can reduce conflict and increase patient and family and team care satisfaction. Suggestion for

¹ - lsolaimani@yahoo.com

Results: Surgical organizations have traditionally had less interest in ethics discussion than their medical colleagues. The surgeons' aim is to treat and control disease and in this way they need patient's trust. Surgeons treat with the sense of rescue, the feeling of relational proximity, the ordeal and the aftermath of surgery by presence to the patients.

Introducing the rights of the patient and ethics are essential for proper treatment.

Conclusions: Recognition and respect to the right of autonomy and choice for the patient result in proper communication between the patient and surgeon.

Surgeons should cure the patients by introducing the ethics with the respect to the rights of them and that his or her health and well-being more highly valued than the surgeon's own economic interest.

Keywords: medical ethics, surgical ethics

Ethics in Surgery

Marjan Laal¹

Sina urgery & Trauma Research Center

Ethics codes and guidelines developed by the medical practitioners of each era and culture, codes bound new physicians to the profession through agreement with the principles of conduct toward patients, colleagues, and society. The Hippocratic Oath, is one of the most famous and ancient oaths.

The ethical issues faced by physicians have been more challenging, today.

New technologies and techniques have put increased ethical pressure on practicing physicians.. For surgeons, the need to be aware of ethical questions is perhaps even greater than for other physicians. Surgeons are often those who introduce new techniques or technologies. They often treat critically ill and traumatized patients.

Methods: With the research of articles and books from 1995 to 2003, by the keywords as medical surgical ethics, this article provided.

¹ - laal.marjan@gmail.com

**Application of Ethical Guidelines and Codes in the Form of
Code of Ethics of Amadegah Eye Surgery Center of Esfahan**

Mohammad Mozaffarpour

The Founder's Oath

One of most important applications of medical ethics is the use of Ethical Codes in the ethical guidelines of medical centers.

For this purpose, Code of Ethics of Amadegah Surgery Center of Esfahan is presented hope for enhancement the quality of health care and ethical principles in medical centers.

This fourteen (principle 12 is open) principles guideline is a multiplication of traditional(Eastern- Islamic) with modern bioethical perceptions and accords with contemporary challenges.

concerned field, so that patients should get the rights.

For this, it is recommended that charter of patient's rights should be conducted in any fields of medicine.

the patient's rights is necessary in this field.

The most important topics which are proposed for designing of such convention are:

patient has right to be treated as human and respectfully ; patient has right to know the name and degree of his doctors and other medical staff ; patient has right to know what is going to be done for him ; patient has right to has Islamic coverage ; patient has right that his medical secrets should not be exposed to others ; patient has right that his anxiety should be considered and medical team try to reduce his anxiety and treat it ; patient has right to be treated by possible minimal cost ; patient has right to achieve the best, most scientific and safest anesthesia procedure ; patient has right to be monitored constantly ; patient has right that his vital organs should be be protected ; patient has right that has minimal and tolerable pain ; patient has right that he should not be exposed to the infections in the operating room ; patient has right to have information about research programs and accept or deny it ; patient and his family have right to ask for "do not resuscitate" (DNR order) ; patient has right to received full medical care up till the end of life.

It is clear that when designing of the patient's rights convention, every field of medicine should be treated separately, it presents obvious and practical points of patient's rights on

Necessity of Designing Convention on the Rights of Patients in the Field of Anesthesiology

Mohsen Savaei¹, Abdolhamid Chohdari, Shahrbanoo Shahbazi

Shiraz University of Medical Sciences

In medical ethics the rights of patients have significant importance. Considerably in anesthesiology, due to specific features of this field, patients need more attention to their rights.

For this purpose, following points should be kept in mind:

The patient in operation room is on the mercy of anesthetist and surgeon, intentionally or unintentionally ; Anesthetized patient is completely defenseless, he even has not spontaneous respiration ; It is possible that reveal patient's medical secrets ; The atmosphere of the operation room is very stressful for the patients ; the techniques of anesthesia are very variable regarding cost ; Patients experience different intensity of pain due to surgical procedures ; patients under anesthesia are required constant and close monitoring ; transmission of infections is more prevalent during anesthesia ; the possibility of clinical research is more in anesthesiology field ; the patient's position in therapeutic decision making process remained undefined.

In view of the mentioned points, the design of convention on

¹ - savaie@sums.ac.ir

International Code of Ethics for Midwives

F. Mostafazadeh

lecturere in midwifery, Ardabil University of Medical
Sciences, Ardabil, Iran

Midwifery is a one of medical professional jobs that midwives care relationships to women and babies and family health (community). The intrnational confederation midwives (ICM)is a fedration of midwifery associations representing in 72 nations of the word. The ICM code stes foth stage that include:

1. midwifery relationships
2. practice of midwifery
3. the professional responsibilities of midwives
4. advanced ofmidwifery knowledgent and practice

Keywords: international code of ethics - midwifery

issued a white paper in December 2000 entitled reforming The mental Health Act that sets out its proposals for new legislation. The Westminster parliament put forward draft mental Health Act in June 2002. This met with criticism in respect of its proposed detention of patients with severe personality disorders even if proposed extension of compulsory treatment to those living in the community.

The Scottish parliament recently passed the Scottish Mental Health Care and Treatment Act in 2003

The mental Health Act 1983 is a complex piece of legislation, and is divided into 10 parts (149 sections).

A summary of the important section of the act is described in this paper.

Legislation of Mental Health

Fatemeh Maaref doust¹, Mahdiyeh Shojaei Bagheini

Kerman University of Medical Sciences

No other aspect of health care is so affected by the law on a daily basis as mental health.

Mental health legislation is complex, and gives rise to numerous cases for judicial Review every year. Because there were also concerns about safeguarding patients, rights and the risk of increasing the public stigma attaching to mental illness and the risks psychiatric patients posed to the public to deprive patients of their freedom and impose compulsory treatment raises profound ethical questions and human rights issues.

There were about 20 acts of parliament between 1808 and 1981 dealing with mentally disorder patients. However, the first comprehensive piece of mental health legislation was the 1959 mental health act, based upon the recommendations of the Royal Commission chaired by Lord Eustace, Percy. this act was amended and updated in the Mental Health Act1983. The Mental Health Act1983 is seen as falling short of what is now needed for the care of the mentally ill in a modern context ,the government

¹ - f.maaref@yahoo.com

**Medical Errors in Saudi Arabia: The Legal System,
Litigations, and Professional Liabilities**

Jamal Saleh Al Jarallah¹

Family and Community Medicine King Saud University

Over the last few decades, there has been an extensive expansion in the medical field in Saudi Arabia. This expansion is evident through the expansion in medical centers, the increasing numbers and varieties of health care professionals, and the ever increasing number of medical interventions, with a rapid and continuous introduction of new technologies. This expansion brought with it some problems, of these, is medical errors.

Medical errors are common worldwide and Saudi Arabia is not an exception. Although there are few published studies on medical errors in the Kingdom, there are reports that showing that medical errors is a real problem in Saudi Arabia, with an increasing professional and social concerns.

The aim of this presentation is to discuss issues related to medical errors, litigations and professional liability in Saudi Arabia , with more emphasis on the legal system, the levels at which litigations can be processed and how professional liability is decided upon.

¹ - jjarallah@hotmail.com

disagree, to 6=strongly agree) was used in study. This scale consisted of the three subscales of fear (six items), reporting process (six items), and administrative barriers (four items).

Results: Compared to the standardized mean of subscale, fear (standardized mean=3.95) was considered as a major barrier. Items of the fear subscale with item means greater than 4.0 were items 11 (i.e., adverse consequences from reporting) and 8 (i.e., being blamed for MAE results). The other minor fear items were being recognized as incompetent (item 7), patient's negative attitudes (item 10), not recognizing MAEs occurred (item 1), and physician's reprimand (item 3). The next strongest perceived barriers were administrative barriers (standardized mean=3.58). The primary administrative barrier was focus on individual rather than system factors to MAEs (item 16, item mean=3.80), and no positive feedback for giving medication correctly (item 14, item mean=3.62). The weakest perceived barrier was overall reporting process (standardized mean=2.85).

Conclusion: Understanding of nurse's perceived barriers to MAE reporting is a primary step to strengthen medication safety. Unit managers and administrators have important roles in this process. Nurses who perceive adverse consequences for reporting errors will not provide hospital administrators with accurate data to solve problem.

Key words: medication errors, Reporting medication errors.

**Survey of Barriers to Nurse's Reporting of Medication
Administration Errors**

Simin Jahani

Nursing and Midwifery Faculty, Ahwaz Jundishapur
University of Medical Sciences.

Introduction: Medication administration errors are often used as indicators of patient safety in hospitals because of their common occurrence and potential risk to patients. Nurses intercepted 86% of medication errors originating in the medication treatment process, especially during ordering, transcription, and administration stages. Reporting MAEs is as important as intercepting for providing valuable information to manage existing errors and prevent future errors. However, only 6% of medication errors were documented by incident reports and 5.5% of adverse drug events were self-reported by nurses and pharmacists. Because understanding of nurse's perceived barriers to MAE reporting is a primary step to strengthen medication safety, therefore this study was performed to describe nurse's perceptions of barriers to MAE reporting.

Materials and Methods: This study had a cross-sectional design. Useable responses were received from 220 nurses in Ahwaz educational hospitals. A 16-item barriers to MAE reporting questionnaire with 6-point Likert type scale (1=strongly

from nurse managers and peers continue to contribute to nurses failure to report medication errors

Key words: medication errors , barriers to reporting , Nurses , paediatric

medication errors, with #1 being the most frequent cause and #10 being the least cause of medication errors. part 3 asks the nurses perception of what percentage of all medication errors are reported to the nurse manager by the completion of an incident report.responses can range from 1% to 100%. part 4 contains questions that ask about the nurses views on reporting medication errors.

Findings: Eighty -one percent of the nurses were female ,most of the nurses were 25 to 35 years old. Eighty –four percent worked days & evenings &night shift.

Cause of medication errors identified in the study was physicians writing is illegible (37%). the number 2 perceived cause of medication errors was nurse distracted by patients , coworkers, and events in the unit (19%)

The nurses believed that nearly (mean 33%) of medication errors were reported to the nurse manager by the completion of an incident report.

The nurses believed that some medication errors were not reported because of fear of the reaction they would receive from the nurse manager (41%) and their peers (32%) and busy units and not enough time to report a medication error (27%)

Conclusions: The low percentage of estimated medication errors reported to the nurse manager is of concern. Reactions

Nurses Perceptions of Causes of Medication Errors and Barriers to Reporting in Paediatric Hospital University of Medical Sciences Qom

M Seidi¹, Hoda Ahmary Tehran², A Jafarbglo³,

M Kordzadh⁴, Z Sadatmant⁵

1- Faculty of nursing , Qom university of medical sciences

2,3 - School of nursing , Qom university of medical sciences

4,5 - Bachelor of nursing

Background: Making a medication error ,even if only minor ,can be psychologically devastating to the nurse and harmful to the patient. studies have revealed that only serious or adverse events resulting from medication errors are being reported while medication errors that have not harmed the patient go unreported.

Methods: The study had a descriptive design.the convenience sample included 48 registered nurses who were working in paediatric units and routinely administered medications to patients.

A modified Gladstone questionnaire used.Gladstone instrument has 4 parts. part 1 collects demographic information. part 2 asks the nurse to rank a list of 10 possible causes of

¹ - manager7228@yahoo.com

was related to patient's rights on the awareness of the releasing it is equal to %53.

Conclusion: Familiarizing the hospital staff and hospital's managers with patient's rights and having organization foe supervision on the quality of paying attention to patient's rights in different hospitals can be the best suggestion.

**An Investigation on Medical Staff Awareness of Patient's
Rights in Hospitals and Medical Centers in Fasa**

Sayyed Habibollah Kovari

Shiraz University of Medical Sciences

Introduction: The patient's rights refer to all points and abilities or certain certificates that law has given to patient. Perhaps the most important challenge that happens between patients and related staff is due to lack of staff knowledge concerning patient's rights. The objective of the existing study is to determine the awareness degree of these in charge of taking care of patients on patient's rights in Fasa hospitals and medical centers.

Instrument and Procedures: In this project the instrument for data collection is a questionnaire consists of two parts according to fir man patient's rights.

The participants in this study were included %3/2 physician, %47/6 nurse, %3/2 radiology staff and %25/4 auxiliary nurse, %9/5 employee, %11/1 nursing student.

Findings: The finding show that the most degree of awareness related to patient's rights is about being aware of the treatment method of self. That is equal to %91. All the staff was totally aware of the subject and the least degree of awareness

elderly care recipients, such as “Blame him or her verbally,” “Ignore his or her requests,” and “Refuse to accept his/her opinion” had the highest mean scores. Traditionally, youth were taught Confucian doctrine, which stated that they were obligated to respect their elders. However, the values and attitudes of the younger generation have changed as a result of recent revolutions in social and family structures, resulting in inappropriate verbal expressions, such as shouting, yelling, and cursing at elderly people and creating decision-making obstacles for them. These social phenomena are frequently reported in the media.

Conclusion: The level of abusive behavior was positively associated with gender, education level, and caregiver’s burden and negatively correlated with age, suggesting that female caregivers, caregivers with higher levels of education, and caregivers with high burdens demonstrated more severe psychologically abusive behavior. This study provides preliminary data estimating caregiver psychologically abusive behavior and its related risk factors. Analytical results provide important information for medical and social interventions and policies for improving the quality of life of elderly people.

Keyword : nurse , Psychologically Abusive Behavior , Elder.

Psychologically Abusive Behavior**by Those Caring for the Elderly****Somayeh Molaei¹**

Introduction: Psychological abuse of elders is a growing but hidden problem. The worldwide population of individuals aged over 65 years is predicted to reach 1.2 billion by 2025, this geriatric population is the fastest-growing group, comprising 7.09% in 1993 and 9.75% in 2006; by 2050, it is expected to comprise 21% of the total population. This considerable increase has engendered public concern about social issues associated with aging, such as elder abuse and long-term care strategies. Abuse, regardless of its form, is largely hidden, especially when such abuse is psychological.

Aim: This study attempted to determine whether caregivers psychologically abuse their elderly care recipients and identify risk factors.

Method: Internet and journals were searched for studies published between 2001 and 2006 reporting outcomes for homogeneous groups of male and females. 12 studies were selected and reviewed and used for background and report of result.

Result: In this study, psychologically abusive behaviors of

¹ - smolaei@razi.tums.ac.ir

validity, content validity was used and for determining scientific reliability was used test-retest method. Also for data analyses, t-test and one way ANOVA were used.

Result: The findings of research showed that the most of nurses (%59/9) consider the patient's right at "very good" level and %5/3 at "moderate" level. Also the most of patients (%63) consider the patient's right at "good" level and %2/5 at "low". Also the result of research indicate that correlation between demographic data and respect patient's rights in point of view of nurses, indicate that there was significant correlation statistic between different hospital and ward with respect of patient's rights and the other case was no significant correlation statistic. On the other hand correlation between demographic data and respect patient's rights in point of view of patient, reveals that just there was significant correlation statistic between hospital and knowledge of the patient's rights with their point of view.

Discussion: The results showed a there were significant differences between nurses and patients point of view of the respect of patient's rights ($p < 0/05$). Ultimately, the research findings can have some uses for basic planning patient's rights respect especially for management, services, education and nursing research.

Key words: Patient's rights, view of point, nurse, patient

**Patients and Nurses Views of Level of Patient's Rights Respect
in Tabriz Training – Treatment Centers in 2004.**

R Nasery, K Parvan, E Mazahery, R Mohammady, M Javanshir

Introduction: Among significant factors which, cause the satisfaction of hospitalized patients are the care and respect which should be regarded within confines of the patient's rights by the therapeutically staff. Respecting to patient's rights by health care providers is necessary. Researches showed that informing the patients, participating them in decision-making and respecting patient's rights, promotes patient's health state and decrease long hospitalization period, patient and family costs and also in this field hospitalization costs. Therefore doing some researches are necessary.

Methods and Materials: This survey is a descriptive-comparative study that in order to determining on hospitalized patiens and nurses point of view about rate of patient's rights respect in Tabriz educational-treatment centers. The sampling method of the nurses (n=152), is goal directed and number of patients (n=200), is simple random. The tool of data gathering were questionnaire that divided to three section (demographic characteristics, 18 question of related to respect patient physical rights and 36 question to respect patient psychosocial rights) that was answered by likert scale and include: always, often, occasionally, rarely, never and no occasion. For determining tool

comprehensibly for cooperating in therapeutic successes.

- His professional responsibility is visible in his revenue during the diagnosis and remedy process.
- Respects religious and cultural believes of the patient all the time so the patient feels safe and tranquilized.
- With his ethical and humanely behavior ,teaches the humanity and life lessons to the patient during the remedy.
- and finally:

Acts in a way that patient find out the real meaning of the life with observing the privilege, divine and valuable characteristics of his doctor.

Ideal Physician from Patient View Point

Masoud Rahimi

Shahroud Faculty of Medical Sciences

Ideal physician is the one who:

- Understands the patient as a human and with all of his humane dimensions, not just as a physical body.
- Behaves humanely to the patient and his associates so that they feel respected.
- Knows himself as a counselor for patient and shares the decisions which have roles in patient's health with him. In fact he communicates with patient horizontally instead of vertically.
- Before any remedy and prescription, chooses the most appropriate, cheapest, the least risky and the most scientific method for the patient with precision and versatile analysis and if needed getting technical consulting from other physicians.
- Provides the situation so that patient find himself in a friendly, convenience and safe place, from the time of entrance to the end (waiting room, doctor office, hospital,...)
- In different situations educates patient and guide him

care – treatment plans and their personal complications. And amount lesser (30) percent in patients' assessment was related to patients' right to participation in treatment and then knowing of clinical personnel and clinical environment was (32.4) percent. .

Conclusion: patients' rights observance in categories patient right to participation in treatment and knowing of clinical personnel and clinical environment should be educated to clinical students and hospital manager should be planned and controlled these two categories.

**Considering Patient's Right by Health Care Professionals in
Hospitals of Hamedan University of Medical Sciences, the
Viewpoints of Patients**

Marzieh Hassanyan¹

Hamedan University of Medical Sciences

Introduction: Patient right is the most important ethical right in the hospital, which is equally, belongs to every human kind. Observance of patient right is responsibility of all treatment staff, when they offer treatment and care for patient. This research is a descriptive study that has performed with goal appointment of patients' rights observance, intermediation treatment staff from patients' sight in Hamedan city universal hospital.

Methods: Information gathering from the valid and reliable tool was 2-part questionnaire, in the first part, questions were posed, the collect information on the personal characteristics, second part related to patients right that includes questions which investigate patients sight..The population of this study is having selected 80 samples through patients in the form of random.

Results: Amount most (78.8) percent of patients in assessment of patients' opinions was related to confidentiality of patients

¹ - Hassanian1226@yahoo.com

Result: the average of nurses was 31 ± 6.9 and the average of their awareness was 43.6 ± 6.2 . the highest score was about 9th question that was about taking agreement from couple before rendering abortive 3.53 and the lowest score in 2th question that has been about treatment or transfer without patient disagreement(2.22)

Conclution: (Discussion) contrary to expectation, awareness of legal matters did not increase with age increasing, record or service and education of nurses, necessary of getting familiar with defined duties in each group on the basis of ministry direction and also propowned regulations in judicial system of country

**Studing the Nurse Knowledge about Patient Right and
Professional Responsibilities in Shahrekord Hospital (1386)**

Fateme Aliakbari¹, Fateme Taheri

Introduction: unfortunately nowadays. In spite of effort of medical society, health and treatment staff and development of technology, treatment and special sanctity of this field, disagreement and complaint of patients from medical staff increase and quality of medical crimes cases show that one of the reasons of complaints from legal matters and regulations ruling on medical profession and responsibility of physicians in face of patients. Offences and treatment and supervision mistakes cause patient disagreement and complaint, and for this reason, having information about legal matters of country is necessary. The purpose of this article is determining the nursing knowledge about patient right and professional responsibilities.

Method: A descriptive study was done on 100 nurses of educational hospital in shahrekord. The data were gathered through questionnaires and direct interview based on nurses professional duties. Individuals score were estimated between 16-24 and information analysed by SPSS software.

¹ - Aliakbari_fa@yahoo.com

practitioners in hospitals and clinics were chosen according to quitta method. Questionnaires were prepared according to the relevant literature about the communication of physician and patient. Content validity was used to confirm it and stability was confirmed by $\alpha = 0.78$.

Results: The age average of subjects was 31.98 ± 13.15 . The patients were more satisfied with their communications with physicians in their offices than general clinics. Male patients assessed this communication better than females ($p=0.5$). Physician's gender and specialty didn't affect the satisfaction; however, patients were more satisfied with older physicians. Male patients were satisfied as physicians explained about their examinations ($p=0.03$). Older patients were satisfied as physicians explained about their examinations and mentioned the probable effects of treatments. Totally, less than %50 were satisfied with the communication methods of the physicians. More than %60 believed that their diseases were more important than themselves.

Discussion: Teaching and emphasizing communication skills to the medical students makes patients more satisfied and the health system can benefit from its positive effects.

Perception of Patients Regarding Doctors' Communication Skills

Garrusi Behshid¹, Safizadeh Hossein², Amirkafi Ahmad³,
Hosseina Mohsen⁴

1- Dep of Community Medicine Medical school Kerman Medical
Sciences University IR Iran

2- Dep of Community Medicine Medical school Kerman Medical
Sciences University IR Iran

3- Neurosciences research center Kerman Medical Sciences University IR Iran

4- MD, Kerman Medical Sciences University

Treatment satisfaction plays an important role in the spiritual relief of the patients and their steadiness. According to studies, the main reason of dissatisfaction with the health services is the lack of proper relation of the physician and patient but not the lack of proficiency. Patient's satisfaction may cause more compliance and as a result effectiveness of treatment systems. This is mostly viewed in patient-centered relation patterns. The studies show that malpractice is mostly due to the relational problem but not technical deficit.

According to the broadness of the subject, we study the satisfaction of the patients based on the communication between physician-patient in this research.

Method: 400 patients who visited specialists and general

prepared. Information was collected from 16 hospitals with general operating room in the province. Sampling was according to aim and information collection was performed in all shift

Especially morning shifts regarding ethical aspects and by using computer programs EPI6 and HG in formations were analyzed.

Results: In 49.04% of cases territoriality rights were regarded but in 50.96% of centers this right of patients was not regarded. those option are: use of paravan , care of pation with woman nuase for woman patient and reverse , ...

Discussion: The need for territoriality is the obvious right of help client or patient and, but as the results show considered. Informing therapeutic personnel of this important matter and providing facilities is necessary to avoid violating human territory patients which is their true right. in the article recommendations to maintain human territory and regarding their rights are given.

Key words: operating room –surgery - medical ethics - territoriality

**Regarding Patient's Territory in Operating Rooms –One
Important Base in Medical Ethics**

N Galehdar , s Masori

Health college.Lorestan Medical Scs.University Khoramabad

Introduction: Territoriality is an individual's right and a humanitarian need, and it has to be obtained in order to maintain psychological and physical health. The need for privacy, safety, independence and identity are provided by regarding territoriality. These needs are repeated by regarding territoriality. These needs are repeated many times in life, for example closing room's door, the interest to be known and etc. Scott and Laiman have determined limitations for human territory. In therapeutics and nursing regarding these limits are necessary. Violating the territory can be by touch, vision, conversation and etc.

Territory of hospitalized patients and specially those referred to operating room is repeatedly exposed to violation by therapeutic personnel; therefore a research was performed with the aim of rates of regarding patient's territory in operating rooms of Lorestan province.

Method of research: In this descriptive study in order to obtain the aims a questionnaire in two sections titled survey of facilities and rates of regarding patient territory in operating room was

terminating the relationship (this should be a valid reason, for instance non-compliance, failure to keep appointments.)

2. Agreeing to continue to provide treatment and access to services for a reasonable period of time, such as 30 days, to allow a patient to secure care from another physician (a physician may want to extend the period for emergency services);
3. Providing resources and/or recommendations to help a patient locate another physician of like specialty; and
4. Offering to transfer records to a newly-designated physician upon signed patient authorization to do so.

simple termination of a patient-physician relationship. The plaintiff must prove that the physician ended the relationship at a critical stage of the patient's treatment without good reason or sufficient notice to allow the patient to find another physician, and the patient was injured as a result. Usually, expert evidence is required to establish whether termination in fact happened at a critical stage of treatment.

A physician who does not terminate the patient-physician relationship properly may also run afoul of ethical requirements. According to the AMA's Council on Ethical and Judicial Affairs, a physician may not discontinue treatment of a patient as long as further treatment is medically indicated, without giving the patient reasonable notice and sufficient opportunity to make alternative arrangements for care. Further, the patient's failure to pay a bill does not end the relationship, as the relationship is based on a fiduciary, rather than a financial, responsibility. According to the AMA's Code of Medical Ethics, Opinion 8.115, physicians have the option of terminating the patient-physician relationship, but they must give sufficient notice of withdrawal to the relatives, or responsible friends and guardians to allow another physician to be secured.

Appropriate steps to terminate the patient-physician relationship typically include:

1. Providing the patient with a brief explanation for

Legislation of Ending the Patient-Physician RelationshipFatemeh Maarefdoost¹, Mahdiyeh Shojaei Bagheini

Kerman University of Medical Sciences

Once a patient-physician relationship is begun, a physician generally is under both an ethical and legal obligation to provide services as long as the patient needs them. There may be times, however, when you may no longer be able to provide care. It may be that the patient is noncompliant, unreasonably demanding, threatening to you and/or your staff, or otherwise contributing to a breakdown in the patient-physician relationship. Or, it may be necessary to end the relationship simply due to relocation, retirement, or unanticipated termination by a managed care plan and/or employer.

Regardless of the situation, to avoid a claim of "patient abandonment," a physician must follow appropriate steps to terminate the patient-physician relationship. Abandonment is defined as the termination of a professional relationship between physician and patient at an unreasonable time and without giving the patient the chance to find an equally qualified replacement. To prove abandonment, the patient must show more than a

¹ - f.maaref@yahoo.com

performance has had a statistics significant correlation with the average of bed occupation in a week($P=0.000$), educating($P=0.033$) and, the amount of satisfaction in nursing job($P=0.045$), technical possibilities($p=0.009$) and convenience instruments in the unit($P=0.007$). In regards to the relations with co-workers, the most percent (71/1%) of searching units have had a quite desirable performance and variables like kind of unit($P=0.032$), the average numbers of bed occupation in week($P=0.000$), the age($P=0.031$) and record of service($P=0.048$) and kind of searching units($P=0.003$) had a significant correlation with the performance.

Conclusion: According to the results, the most percent of searching units have an undesirable performance in taking drug and relations with patients, so it is suggested that managers, program planners and nursing teachers pay much attention in order to enhancing of the nurses performance in the field of observing nursing Ethics.

Key words: Ethics, Nursing and performance.

questions about demographic

Data, the place of working, drug errors and job satisfaction. Section 2, checklist, includes 63 questions or behaviors regarded into special goals that are collected in 3 sections. The researcher by referring to adult units and accessing to the samples, at first, he delivers the questionnaire to the units and then the checklist was completed separately for 2 observations after spending at least 15 days and also each time it was done for a complete shift.

After collecting datas by using descriptive and analytic statistics, chi -square statistics exams, Fisher exact test and Peirson corre lation coefficients have been analyzed.

Results: The majority of the units were about 26-35 years old, they were female and single and also their income was from 1000,000RS to 1500000RS. They were with no continue education in ethics during their working. The most percent (49.6%) of undesirable performance is in taking the drug and it has a significant correlation with type of section ($P=0.005$), the average of bed occupation in a week ($P=0.000$), numbers of co-workers and L.P.Ns in the one shift (0.001), educating of searching untis ($P=0.037$), the amount of satisfaction in service parts ($P=0.0043$) and technical possibilities ($P=0.029$).

In producing relation with patients, the most numbers of nurses (86.7%) have had an undesirable performance. This

**Investigation of Nursing Ethics in
Professional Performance among Nurses Employed in Selected
Hospitals Related to Tums, 2004**

Naser Din Mohammadi¹, Alireza Nikbakht Nasr Abadi, Farah

Malekiyan

Background: concerning to the ethics problems in nursing profession has found a special place, today. So nursing profession must be included two bases: Knowledge and Ethics. By developing in nursing, Ethics is received as a basic and serious subject for nursing performance.

Goals: The purpose of this research is to determine the amount of nursing ethics in professional performance among nurses in selected hospitals related to Tums (2004), it has been investigated in 3 sections: (process of taking the drug, producing the relationship with patients and the relation with co-workers)

Methodology: the study is a descriptive-analytic. Samples of the study were 297 nurses with M.S and B.S degrees employed in adults units.

The research tools had been provided in two sections: Checklist and questionnaires. In questionnaire, there were

¹ - ndinmohamadi@razi.tums.ac.ir

related to patient's rights is about being aware of the treatment method of self. That is equal to %91. All the staff was totally aware of the subject and the least degree of awareness was related to patient's rights on the awareness of the releasing it is equal to %53.

Conclusion: Familiarizing the hospital staff and hospital's managers with patient's rights and having organization foe supervision on the quality of paying attention to patient's rights in different hospitals can be the best suggestion.

**An Investigation on Medical Staff Awareness of Patient's
Rights**

In Hospitals and Medical Centers in Fasa

Sayyed Habibollah Kovari¹

Shiraz University of Medical Sciences

Introduction: The patient's rights refer to all points and abilities or certain certificates that law has given to patient. Perhaps the most important challenge that happens between patients and related staff is due to lack of staff knowledge concerning patient's rights. The objective of the existing study is to determine the awareness degree of these in charge of taking care of patients on patient's rights in Fasa hospitals and medical centers.

Instrument and Procedures: In this project the instrument for data collection is a questionnaire consists of two parts according to fir man patient's rights.

The participants in this study were included %3/2 physician, %47/6 nurse, %3/2 radiology staff and %25/4 auxiliary nurse, %9/5 employee, %11/1 nursing student.

Findings: The finding show that the most degree of awareness

¹ - kavarih@sums.ac.ir

Results: The study patients ranged in age from 15 years to 75 years. At the time of the study, 264 patients (86.3 percent) were married; the marital status of two patients was unknown. For 38 patients (37.6 percent), this was their first time of hospitalization. Duration of hospitalizations was 0-5 days for 161 patients (53.1 percent). Only, 4.6% of patients had completed university education. There was a significant relationship between high education and knowledge about patients' rights. ($p=0.012$)

Conclusion: The patients' attitudes about their rights during hospitalization are average. Lack of knowledge is in relation to the restriction of rights. Manager and staff must be aware about patients' rights and the patients must be taught about their rights by pamphlets, posters and... for receiving an appropriate and qualities service in hospitals.

Key words: Hospitalized Patients, Attitude, Rights Consideration, Urmia

**Study of Hospitalized Patients' Attitude towards Their Rights
Consideration in Urmia Educational Hospitals in 1385.**

Nader Aghakhani, Aram Feizi, Narges Rahbar

Urmia University of Medical Sciences

Hospital is a medical and social system for supplying prevention, treatment and rehabilitation. As a vital matter, the right of hospitalized patients has been a topic of increasing interest and controversy. Despite important legal, clinical, and ethical advances in this area, little research has been conducted, and no study has directly assessed and compared the attitudes of patients about their rights. With knowledge about their needs and rights and their meeting, medical personnel can promote their rights. Have a knowledge about patients rights and their attitudes can show deficiencies and managers and staff can do something for solving problems.

Methods and Materials: A total of 116 patients who were hospitalized in 3 public hospitals in Urmia were studied during 2006. This group of patients comprised almost all the hospitalized patients at the time who were able to fill out the consent form and complete the assessment instrument. The questionnaire studied demographic chrematistics (age; gender and educational level); hospitalization times, and duration.

ethics of patient termination. Ethical principles provide guidance and resolution in health care organizations. nurse in the each situation such as preventing and treating illness and helping a patient cope with an illness, disability or death, the providers primary commitment must always be to the patients welfare and health. the primary duty of provider to do not harm to patients. Central to the delivery of care should be the patient-provider relationship and also the principles that govern this relationship.

Conclusion: the cornerstone of every medical malpractice action is the provider-patient relationship; termination is without thought and reason. It is imperative that the provider documents all steps of the communication process and also potential conflicts legal, when making clinical decisions is considered and before termination of the provider-patient relationship, alternative care methods must be assessed.

Keywords: negligence, beneficence, ethical and legal issues, nurse, termination provider-patient relationship

**The assessment of Ethical and Legal issues in Termination of a
Provider-Patient Relationship**

L. Solaimanizadeh, M. Javadi, A. Abass zadeh, S Miri, F.
Solaimanizadeh

Introduction: physician maintained a provider-patient relationship regardless of the obstacles. Sometimes during treatment that arise a difficult situation for the provider, termination of a provider-patient relationship is necessary. of course, legal issues, as well as ethical issues must be considered to avoid claims of abandonment and negligence. Also NPs consider the risks and consequences of patient termination, until in the future faced with problems. The purpose of this article, the assessment of the ethical and legal issues in termination of a provider-patient relationship.

Theme: during the second half of the 20th century, the provider-patient relationship evolved toward shared decision-making, which gave the patient more autonomy and responsibility. This evolution in the provider-patient relationship led to a change in expectations and discord, as NPs assume more responsibility in the care of patients; they will be faced with situations of ending a patient care relationship. When considering patient termination, it is important to consider the

Conclusion: Communication learning skills may cause a satisfied impact on the patient, patient's family and relatives, medical professionals and also other people giving and receiving the "bad news". In order to facilitate this problematic duty, a problem base solving and dynamic 6-step procedure (S- P -I- K- E- S) can be useful for this frequently occurred task on medical environments. Transferring the "bad news" with the use of this protocol can build and provide hope and optimism for the patients about their recovery/healing.

Key words: Bad news, Medical environment, Patient, Medical Ethics

Medical Environment, Patient, Bad news and**Ethical Aspects of Bad News**

Abdolhassan Kazemi¹, Salamon Alikom , A. Kazemi

Background: The patients have the right to be informed about their own health condition and the physicians/health and medical professionals must provide this information including "bad news" timely. "Bad news" is recognized as any news that significantly and negatively alters the patient's views and imagination of his/her present and future life. Breaking "bad news" is one of the physician's and many health professionals routine, but most difficult duties. Yet medical faculties typically offer little formal preparation for this daunting task for physicians during their official medical education. It is clear that, without proper, enough, applied and practical training, the discomfort and uncertainty associated with breaking "bad news" will lead physicians to be emotionally disengaged from their patients. The factors that make communicating "bad news" difficult and problematic may be a result of sociocultural setting of the patient or the doctors, certain diseases, family position of patient and so on.

¹ - Hassan5628@yahoo.com

This article reports on the section of the study concerning health care providers and patients about the necessary contributions of the patient rights.

The research was conducted in a central teaching hospital in Tehran, Iran.

Semi-structured interviews with probing questions were used. The interviews were tape-recorded and transcribed verbatim.

Data were analyzed using thematic analysis as a way of seeking to identify and formulate themes (Benner 1994).

Findings: The emerging themes were categorized into 3 main clusters labeled as: sufficient resources, overall accountability of the health care system and the interrelatedness of health care providers and patients' rights.

Conclusion: Health care professionals' lived experiences are important sources of data if managers and policy makers are to make changes and establish legislations for protecting and promoting patients' rights. In fact the health care policy makers and managers have a duty to listen to the voices of those who are maintaining and receiving these rights to be able to find realistic ways for promoting and protecting them.

Key words: Qualitative Research, Phenomenology, patients' rights necessary conditions, Iran

**Necessary Conditions of Patients' Bill of Right in Iran: a
Phenomenological Study**

Nikbakht Nasrabadi A., Parsayekta Z., Joolaie S.

Medical-Surgical Group, School of Nursing and Midwifery,
Medical Sciences/University of Tehran

Introduction: WHO research group on patients' rights and citizens' empowerment (1999) suggested that each country should find its concerns and priorities according to its own cultural and social needs to promote and protect patients' rights. Protecting patients' rights is the responsibility of the whole health care delivery system. It is a social concept that requires the full intention and commitment of every country, as well as a concerted international approach, for without this, no major system can continue to function in our global world.

Aim: The aim of this large study was to gain insight into the perception and practice of patients' rights in Iran. This article reports a part of the original study on the contributing factors for patients' rights practice in Iran from the health care providers and patients' perceptions and their lived experiences.

Method: A large qualitative study was undertaken, using a phenomenological approach, in the hope of yielding the most relevant data to understanding patients' rights experiences.

physician- patient relationship has a drastic impact on the patient's well being. Although ensuring this relationship is among the duties of the physician, but following it has brought about many new and unexpected problems in the medical ethics. It seems like in Iran in many cases the traditional paternal relationship is still governing the medical society. It has been reported that the medical ethics in Iran is so much physician based that even the pharmacies have been affected. In Iran, based on the deep traditional cultural and religious beliefs most people believe that after the almighty God, the patient's life is in the hands of the physicians. For this reason, patients have a deep belief in the physicians orders and obey them; it also seems that because of the patients' ignorance of their own rights, the old paternal relationship is preferred by the patients. This paper examines the different perspectives of the physician-patient relationship from the perspective of the patients' referring to Modaress Clinic affiliated with Rafsanjan University of Medical Sciences.

Keywords: patients, physicians, relationship, Rafsanjan

**Evaluation of the Physician-Patient Relationship from the
Perspective of the Patients Referring to Modares Clinic in Rafsanjan**

Zahra Hashemi

International relations office Rafsanjan University of Medical Sciences

The four founding principles of the modern medical ethics are based on the respect for patients' autonomy, providing adequate and beneficial care, prevention of injury and respect for the patient's rights (1). The world medical association (WMA) states that the physician – patient relationship is the cornerstone of medical practice and therefore medical ethics. In the medical fields, physician –patient relationship is the reflection of ethics. The more humane, ethical, friendly, and respectful this relationship is, the higher the physical and psychological security for the patient. In the past times, this relationship was based on order and obeys type of relationship, which meant that the physicians ordered and the patients had to obey the orders without being involved in the decisions about their own health. In the last few years, this paternal relationship has been questioned by both law and ethics. In the modern days medical world is based on the respect for the patient's autonomy and a move toward the realization of this autonomy as an ethical principle by the physicians. According to new studies, the

method.

Results: we obtained of findings of these interviews 35 codes and 10 themes consist of: helping to dicision and choosing , informing during painlessing , training after painlessing , psychosocial supports and physical care.finally , these 10 themes were classified in 2 group: 1- training role of medical team , 2-supporting – caring role of medical team.

Discussion: Mother's good experience of epidural painless delivery leads to choosing of this kind of painlessing for next delivery and suggesting it to others and will result in decreasing of elective cesarean rates.So manner of meeting and suitable behaviour of medical team and students with mother and their knowing with epidural and it's advantages and disadvantages and suitable programming for doing the anesthesia on time can have positive experience of epidural for pregnant women and in result , increasing of their health level through decreasing of elective cesarean sections.

Key words: medical team, behaviour, Painlessing, delivery

Effect of Medical Team Behaviour on Delivery Painlessing

Nahid Mehran, Mohammad Abbasi, Esmat Jafarbegloo,

Faculty members of medical science of Qom

Introduction: with recent increasing of elective cesarean and making the government to solve this problem.epidural painless delivery has satisfied pregnant women and physicians.but personnel behaviour consist of physician , midwife and students behaviour with mother is the problem that affects mother,s satisfaction. Because of opposite viewes of people and society about epidural.specially because of being ----the role and location of medical team in this kind of painlessing , this Study was done to find the real experiences of people with the aim of study of effect of medical team behaviour on delivery painlessing.

Methods: This is a qualitative. phenomenological study. We selected 12 pregnant women that they went under epidural painless in Shabihkhani Hospital.We used based on object sampling method and continued until reaching saturation of information. We used depth interview for collection of information. Data analysis was done via collaizzi seven - stage

Results: The results showed that 70/8% female with average inpatient 5 days that were 41/6% under diploma. the patients' bill of right observed in 55/2% of cases. Patients' knowledge regarding diagnosis and treatment procedure 59/3%, considering patients' objection to their treatment & expenses in 28/1%, receiving consent for presence of non-relative persons in time of examination in 12/5% and considering patients willing to be treated and discharged willingly in 56/2%. 53/1% didn't have awareness about physicians changing, 86/6% from self rights advice, 59/1% about treatment cost. 75% told that to get to informal satisfaction in admit but to ward student don't permit. Statistically significant differences were found between sex and education ($P < 0.003$). **Conclusion:** Based on this research results, the patients' right did not completely observed in the viewpoint of patients. Therefore giving more information about patients' right to physicians and patients such as patients don't have information adequate about self rights. that can causing will be failure information system to patient weakness in relationship between nurse and patient and deficit knowledge and unsuitable attitude toward laws and human genuiness is recommended.:

Key Words: patient, privacy, right, inpatient, observance, respect

**Observance Patients' Bill of Rights by Nurses and Physicians
from View Patients in Koramabad Governmental Hospital**

F Malekshahi

Introduction & Goal: The purpose of patients' bill of right is to protect patient's rights and make sure that enough care is provided. It makes a good relationship between patients and cares providers as well as improves care quality. The most important nurse's duty is care. that will be grow with intraction between patient and nurses. In this intraction have patient right. That based on is her need. right on person is duty oneother. therefore patient's right is nurse duty and respasibilitives. that must be informed. then, will be cared nurse to patient Based on ethical , professional. Then must be recived treatment without hurt. therefore study done with goal determine patients' bill of rights' observation by nurses and physicans.

Method: Materials and a descriptive-analytical study was performed on 240 patients selected by simple random sampling. The data were gathered through questionnaires and direct interview based on US patient's bill of rights, which is equally applicable to Iranian society. we used likert to measuer question. data analysis performrd spss software. statistical test was chi square.

validity, content validity was used and for determining scientific reliability was used test-retest method. Also for data analyses, t-test and one way ANOVA were used.

Result: The findings of research showed that the most of nurses (%59/9) consider the patient's right at "very good" level and %5/3 at "moderate" level. Also the most of patients (%63) consider the patient's right at "good" level and %2/5 at "low". Also the result of research indicate that correlation between demographic data and respect patient's rights in point of view of nurses, indicate that there was significant correlation statistic between different hospital and ward with respect of patient's rights and the other case was no significant correlation statistic. On the other hand correlation between demographic data and respect patient's rights in point of view of patient reveals that just there was significant correlation statistic between hospital and knowledge of the patient's rights with their point of view.

Discussion: The results showed a there were significant differences between nurses and patients point of view of the respect of patient's rights ($p < 0/05$). Ultimately, the research findings can have some uses for basic planning patient's rights respect especially for management, services, education and nursing research.

Key words: Patient's rights, view of point, nurse, patient

**Patients and Nurses Views of Level of Patient's Rights Respect
in Tabriz Training – Treatment Centers in 2004.**

R Nasery, K Parvan, E Mazahery, R Mohammady, M Javanshir

Introduction: Among significant factors which, cause the satisfaction of hospitalized patients are the care and respect which should be regarded within confines of the patient's rights by the therapeutically staff. Respecting to patient's rights by health care providers is necessary. Researches showed that informing the patients, participating them in decision-making and respecting patient's rights, promotes patient's health state and decrease long hospitalization period, patient and family costs and also in this field hospitalization costs. Therefore doing some researches are necessary.

Methods and Materials: This survey is a descriptive-comparative study that in order to determining on hospitalized patiens and nurses point of view about rate of patient's rights respect in Tabriz educational-treatment centers. The sampling method of the nurses (n=152), is goal directed and number of patients (n=200), is simple random. The tool of data gathering were questionnaire that divided to three section (demographic characteristics, 18 question of related to respect patient physical rights and 36 question to respect patient psychosocial rights) that was answered by likert scale and include: always, often, occasionally, rarely, never and no occasion. For determining tool

surgical's patients (Mean = 26.95) viewpoint regarding respecting to patient's privacy ($p = 0.001$). Furthermore, there is positive powerful correlation between number of days after hospitalization ($p = 0.001$) and needs of patients for nursing care ($p = 0.036$) with patients viewpoint of respecting to their privacy during nursing care. So, there was negative powerful correlation between perception of patients regarding their health ($p = 0.001$) with patients viewpoint of respecting to their privacy during nursing care.

Conclusion: This research shows CCU's patients have better perception regarding respectation to their privacy than medical – surgical patients. Furthermore, results show whatever patients need further nursing care, had worse health status or increase in hospitalization day, the patient's viewpoint regarding the respecting to their privacy during nursing care increase.

Key words: Nursing ethics/ Privacy/ Patients right/ Nursing care

**Comparison of Respecting to Patient's Privacy in the
Viewpoint of Coronary Care and Medical – Surgical Patients**

Azad Rahmani¹, Akram Gahramanian²

1- Academic member of Tabriz University of medical science

(corresponding and presenter author)

2- Academic member of Bonab Islamic university

Background and objectives: Privacy is a cornerstone of medical care. Nurses, because of the specific nature of their profession, have a specific role in fulfill privacy need of their patients. The aim of this study was to compare viewpoints of patients hospitalized in Coronary Care Unit (CCU) and medical – surgical wards regarding respecting to patient's privacy during nursing care.

Materials and methods: This study has a descriptive comparative design. 89 patients in CCU ward and 130 patients from medical – surgical wards participated in the study. For data gathering, a questionnaire was used. First section of questionnaire consist of demographic data of patients and second section measure viewpoints of patients regarding respecting to patients privacy during nursing care.

Results: Results show that there is statistical differences between CCU's patients (Mean = 27.93) and medical –

viewpoints regarding respecting to patient's privacy. Furthermore, there is positive powerful correlation between number of days after hospitalization ($p = 0.001$) and needs of patients for nursing care ($p = 0.019$) with patients viewpoint of respecting to their privacy during nursing care. So, there was negative powerful correlation between perception of patients regarding their health ($p = 0.001$) with patients viewpoint of respecting to their privacy during nursing care.

Conclusion: This research shows there were statistical differences between nurses and patients viewpoint regarding patients privacy. Furthermore, results show whatever patients need further nursing care, had worse health status or increase in hospitalization day, the patient's viewpoint regarding the respecting to their privacy during nursing care increase. This may indicate whatever the contact of patient with nursing stuff increase the viewpoint of patient closes to nurse's viewpoint.

Key words: Nursing ethics, Privacy, Patients right, nursing care

**Respecting Patients Privacy during Nursing Care in the
Viewpoint of
Patients and Nurses**

Azad Rahmani¹, Akram Gahramanian²

1- Academic member of Tabriz University of medical science

2- Academic member of Bonab Islamic university

Background and objectives: Privacy is a major human need and is a cornerstone of medical care. Nurses, because of the specific nature of their profession, have a specific role in fulfill privacy need of their patients. The aim of this study was to compare viewpoints of patients and nurses regarding respecting to patient's privacy during nursing care.

Materials and methods: This study was a descriptive comparative. All nurses in three hospital related to Tabriz university of medical science (n= 109) and 161 patients from these hospitals participated in the study. For data gathering, two parallel questionnaires used. First section of questionnaires consist of demographic data of nurses and patients and second section measure viewpoints of patients and nurses regarding respecting to patients privacy during nursing care.

Results: Results show that there is statistical differences between nurse's (Mean = 33.06) and patient's (Mean = 27.05)

test was chi square.

Results: The finding showed that were 59% female, 6% had inpatient over 15 days only 10% samples had privacy observance and 12% was guidance, also 9% samples receive explanation about treatment, ill and et al by nurses.

Discussion: the finding showed that they expectation for equality and justice in receiving health care service, human respect and privacy, need to be informed regarding their diagnosis and having essential facilities in the hospital. the recommend that by education increase nurses' concept, practice and attitude toward patients rights and privacy.

Key Words: patient, privacy, right, inpatient, observance, respect

**A Survey to Respect Patient's Rights and Privacy and Physical
& Emotional Area by Nurses in Shohada Hospital Khoramabad**

F Malekshahi

Khoramabad, Goldashat, Nursing Midwifery University

Introduction & Goal: Patient's right have been center of attention in recent decades because of patient's vulnerability and worldwide sensitivity to human rights. the concept of privacy which is used in many disciplines is a basic human need and also is recognized as an important concept in nursing.

The emphasis on human's basic rights in health cares especially keeping patient dignity like a human when will be important that patient injurable and easily resolve in exposed to danger. the like look that have been forgotten patient's realm in when to take health care . such as patient don't have information ,knowledge from yourself rights in hospitalization ,that causing to be injured them. therefore this study done with goal determine respect rate patient's rights and privacy and physical & emotional area by nurses in shohada hospital khoramabad.

Method: This is descriptive analytical study ,that was done on 200 patients .sampling was randomly. data was gathered by questionnaire (demographic, right questions) we used likert to measure question. data analysis performed spss software. statistical

tested scientifically in children within controlled clinical trials, but there are issues that need to be addressed so a child would not be in any harm or risk as a result of enrolling in clinical trials. Some of these protective measures are:

a) A registry system for all pediatrics trials from all countries would be a great help.

b) Trained investigators with experience of working on clinical trials in children should be employed for working in clinical trials with children subjects.

c) Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice: many people involved in treating young people believe that the child or adolescent should play a role in the decision-making in entering a research study but the age in which a child can give consent differs from country to country. The consent or assent provided by parents or children should be presumed after receiving enough information and understanding the potential risks and benefits as well as the child's rights and responsibilities. This guide will explain what to expect during the informed consent process, explain its importance to clinical research participants, and describe how it fits into a larger system that protects the welfare of people who take part in clinical trials.

Clinical Trials of Medicines in Children

Simin Ozar Mashayekhi¹,

Mohammadreza Ghandforoush Sattari²

1- Faculty of Pharmacy, Hematology and Oncology Research
Center, Tabriz University of Medical Sciences, Iran

2- Faculty of Pharmacy, Hematology and Oncology Research
Center, Tabriz University of Medical Sciences, Iran

There are practical difficulties in organizing clinical trials in children such as problems with developing an appropriate formulation, or difficulties in recruiting medical center, and children because of the well justified concerns of their parents or legal guardians and health professionals.

For new drugs, little is known about the drug's dosage or side effects in children. The available data from adult studies could not provide us with the information regarding the safe dosage for children. Assuming children as small adults who need smaller doses is a dangerous misconception. Another problem in conducting clinical trials in children is the cost which is greater than studies in adult.

Although in order to ensure that children receive effective, safe and high quality medicines, these medications need to be

of medical ethics relevant to the Protection of principles against torture was assigned in 6 principles.

Method: This research was made by literature review (library and internet).

Discussion: where as, this principles are brief, points of detail should be taken by countries and by professional associations.

Key Words: principles of medical ethics-prisoners

**Principles of Medical EthicsR elevant to the Protection of
Prisoners Against Torture**

Mahdieh Shojaei Baghini¹, Fatemeh Maarefdoost

Kerman University of Medical Sciences

The resolution 31/85 of 13 December 1976,) was proposed by the United Nations, in which it invited the World Health Organization to prepare a draft code of medical ethics relevant to the protection of persons subjected to any form of detention or imprisonment against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. The Executive Board of the World Health Organization which, at its sixty-third session, in January 1979, decided to endorse the principles set forth in a report entitled " codes of medical ethics review, a draft body of principles prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences and entitled "Principles of medical ethics relevant to the role of health personnel in the protection of persons against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment". Finally Resolution 37/194 (Principles of Medical Ethics) was proposed by the United Nations General Assembly on 18 December 1982, and the codes

¹ - shojaei_mahdieh@yahoo.com

relationship, moreover we studied the importance of preserving this principle during a research project performance and then we mentioned to some precautions recommended to enhance confidentiality. It also has been discussed that why in some countries implicit confidentiality has been accepted and explicit one in other ones. At the end we referred to the doctor's role on decision-making process in preserving or breaking confidentiality, according to the conditions.

Conclusion: confidentiality has been a cornerstone of medical ethics, since the time of Hippocrates. Human beings deserve respect and one important way of showing the respect is by preserving their privacy. Most times breaking confidentiality done inadvertently but it doesn't mean that abuses of confidentiality by inadvertence can be condoned. In spite of this fact that more countries believe in implicit confidentiality this is a fact that there are always some situations in which doctors have discretion to breach confidentiality. Surely nothing can be completely absolute in the world, in other words, individual cases will be adjudicated in the light of each situation and by the analysis of each case benefits & disadvantages, considering its own conditions.

Keywords: Confidentiality, Medical ethics, explicit, implicit, breaking confidentiality

Medical Ethics and Implicit or Explicit Confidentiality

Mojhgan Magami, Shahla Foozonkhah, Fariba Khodaiefar

Introduction: Hippocrate oath put emphasis on the importance of confidentiality in clinical care issues in the 4th century & from that time forth, regarding confidentiality become as a principle and a basic rule in clinical subjects.

Preserving the confidentiality of patients or volunteers is important in research as in standard clinical care, researcher and the research team should make all preparations to avoid inadvertent breaches of confidentiality. It is important to know that the physicians' main ethical duty is to save patients' lives, according to preserving human respectability and this might be possible only by trust, because a patient will only reveal sensitive, personal details that are essential for diagnosis & treatment, if confident that they will not be passed on to others. But in some societies implicit confidentiality is being accepted, in others explicit one. There are different reasons for these acceptances.

Methods: This study has been done in systematic review and by the means of citation and reference tracking methods.

Discussion: In this paper, at first we investigated the main role of confidentiality in the clinical care & patient –physician

law and personality of patient.

7. Mental and psychic care of patient.
8. Physical care of patient.
9. Observance of financial problems of patient.
10. Observance principals of medical ethics in research.
11. Observance of respect and ethics to fellow-workman.
12. Observance of respect at relationship between physicians and medical staff and, students, and assistants.
13. Observance of confidentially and secrets information of patient.
14. To prevent of medical omissions.
15. Observance principles of documentation in medical records.

Result: In any conditions, medical staff in CCU &ICU must be considered to a Greek proverb related to professional ethics and legal problems:

Primo No Nocere

The medical staff must pace with complete aware, adequate skills, and with observance legal and ethics pricipals in side god and people consent.

Key Words: CCU, ICU, Critical Care Unit, Professional Ethics or Medical Ethics.

Professional Ethics & Legal Problems in CCU & ICU

Yousef Mahdipour¹, Hamideh Zereh-kafi

Zahedan University of Medical Sciences

The critical care units (CCU & ICU) designed to admission of patients that their life is at danger. Very often, this units encountered to medical ethics and legal problems related to very ill persons that restoring and health to life is very low. unquestionable, medical staff make an effort at increase health and cure patients in all times and positions. Therefore, the problems in following at CCU & ICU can make legal and medical ethics problems for facilities and hospitals and staff:

1. Non-observance rights of very ill patients.
2. Non-observance respect of patients. Even patients near to death.
3. Non-observance medical ethics with others and patient relatives.
4. Transfer of patient without taking relatives consent.
5. The cases which must be observance medical and nonmedical staff in CCU & ICU, divided to ten bases in fellow:
6. The maintain and care of respect to religion and religious

¹ - Yas532004@yahoo.com

**The Donation and Sale of Human Organs in View Point of
Islamic Jurisprudence and Ethics**

Zahra Govahi¹

Assistant professor in Payam Noor University

The phenomena of donation, sale and, unbequeathed possession of human organs is important subject for medical ethics. This matter has accepted completely in certain of countries and unlawful in others. In Islamic Republic of Iran, at first there were many questions and challenges among jurists and scholars of ethics and medicines, but finally it was accepted by them and became lawful. The opposition to this matter was based on the main principles such as:

1 -Man's body is an edifice built by Allah honored and elevated above sale and purchase, so the sale of free man and organs of his body is lawfully invalid.

2-This act is insult and disgracing to a Muslim dead. and so on. This article attempts to show the reasons of them and basic ethical principles should be observed in these medical activities.

Key words: donation and sale of organs, ethics, Islam

¹ - zgovahi@yahoo.com:

2333 allograft (11.9%) had been lost. The source of the kidney in 2556 (13%) subjects was a living related donor (LRD), in 16234 (83%) a living unrelated donor (LURD), and in 831 (4%) cadaveric. During the study decades we noted an increase in the number of kidney transplantations (from 22 to 3690), age of recipients (from 30 to 40), male-to-female ratio of recipients (from 0.58 to 0.67), male-to-female ratio of donors (from 0.48 to 0.52), diabetes mellitus (from 0% to 27%), and hypertension (from 4% to 15%), as causes of ESRD, as well as the use of cadaveric kidneys (0% to 11%).

Conclusion: Analyzing renal transplantation data not only helps to evaluate the effectiveness of transplantation activities in a country, but also provides information to estimate future costs in the health care system.

Renal Transplantation in Iran Over the Past Two Decades: A Trend Analysis

Saeid Baharloo¹, Babak Kordvani, Mohammad Houssein

NourBala, Shervin Asari

Background: In this study, we have reported updated statistics of the Iranian Transplantation Registry, the status of the recipients and grafts, and a detailed time trend with respect to patient characteristics.

Methods: We retrospectively reviewed the Iranian Renal Transplantation Registry and information from the Dialysis and Transplant Patients Public Association, to obtain data on all kidney transplantations performed in Iran between 1986 and 2005. Data were gathered regarding the total number of transplantations, graft loss, recipient death, and donor and recipient characteristics, including demographic data, cause of end-stage renal disease (ESRD), and source of kidney. We assessed changes in variables on a biannual basis.

Results: A total of 19521 transplantations were registered over the study period, of which, 761 recipients (3.9%) had died and

¹ - cru.commone@gmail.com

hyperacute rejection and the risk of transmitting microorganisms of animal to human beings; limit the clinical use considerably.

The aim of this study is to discuss some considerable points that are mentioned such as problems that patient might face , Islamic opinion on this controversial issue... and to express some expert's opinions about this therapy.

Ethic Aspects of Xenotransplantation

Fatemeh Ghorban Nejad, Molod-o-ssadat Vakili Nejad

Medical Ethics Group¹, Shiraz University of Medical Sciences

In response to the increasing organ and tissue shortage that make great number of patients waiting for transplant and dramatically some of them died while waiting; researchers and scientists forced to process alternative therapies; like Xenotransplantation.

Xenotransplantation, a Greek-based word, is the transplantation of organs and cells from one species to another. In this article this term refers to a procedure in which an organ from an animal are transplanted or grafted into a human patient.

The reasons usually given for this are solution to human organ shortage; unlimited supply of animal organs; potential to aid patients with hemophilia, diabetes, Parkinson Alzheimer, ...

Despite these benefits ; it raises many moral and ethical dilemmas and there are some points to consider (e.g. animal rights, patient acceptance, community health, religious objection, ethical aspects, quality of life,...); however, the problem of

¹ - ethics@sums.ac.ir

Islamic Medical Ethics on Organ Transplantation

Ibrahim B. Syed

Clinical Professor of Medicine, University of Louisville,
Louisville,

Islamic Research Foundation International, Inc.

1. Seeking cure is an obligation.
2. Saving of life or improving Quality of life is a must.
3. Using the forbidden for Necessity is allowed.
4. Choosing the lesser of the two evils is preferred.
5. Whatever is forbidden is specifically mentioned by Allah in the Qur'an.
6. We are warned not to forbid the Things Allah has permitted.
7. Haraam must be proven by an authentic command.
8. Almighty Allah has not directly or indirectly prohibited organ donation

or transplantation. In fact, He has encouraged the saving of life at any cost.

immunosuppression therapy in the first year, 22.2% (\$2048) to the transplantation procedure, and 12% (\$1100) to organ procurement. The details of donor nephrectomy were as follows: personnel, \$183; accommodations, \$107; drugs, \$39; paraclinics, \$23; and other, \$22. These values for kidney recipient were personnel, \$331; drugs, \$367; paraclinics, \$278; accommodations, \$475; and other, \$222.

Conclusion: Compared with other countries, the kidney transplantation cost is low in Iran. The health system also pays for all the expenses. These, along with full medical insurance coverage of kidney recipients, make kidney transplantation available for every patient, regardless of the socioeconomic status due to its low cost. It is expected that a higher number of transplantation candidates with a low socioeconomic status will select transplantation

The Cost of Kidney Transplantation in Iran

Saeid Baharloo¹, Babak Kordvani, Mohammad Houssein

NourBala, Shervin Asari

Background: Kidney transplantation has gained widespread popularity by improving the outcome of end-stage renal disease (ESRD) patients. However, this is a highly complicated and expensive procedure that puts much pressure on the health system in developing countries. We report the costs in Iran model of kidney transplantation.

Materials and Methods: We reviewed the regulations for kidney transplantation using Dialysis and Transplant Patients Association (DATPA) information, 2005. All data regarding the cost of transplantation procedure, immunosuppression, and the money given to donors were included. The cost of transplantation procedure was categorized into personnel, drugs, paraclinics, hospital bed, and other expenses. To achieve more comprehensive results, all costs were converted into US dollars (1 USD _ 9000 Rials).

Results: The total cost of kidney transplantation procedure was \$9224. Of this, 65.8% (\$6076) was related to the

¹ - cru.commone@gmail.com

The Concept of Awrah in Surgical Practice

Mohamad Abid Bakhotmah¹

Awrah is a term in Islamic Ethics , which means the strictly private ,others are not allowed to intrude without proper permission. It is of two types:

1. Physical, 2. Conceptual

The physical Awrah is the body privacy; it includes the right of modesty of exposure in the presence of others. The applicable example is the exposure of surgical patients under general anesthesia. Giving the patient the benefit of modern antibacterial preparation while maintaining human dignity and not to expose him/ here unnecessary is a patient right and needs to be addressed properly. The patient must be sure and confident only the required personnel are present during the time of necessary body exposures and to put a code of conduct for all those working in operating rooms. The 10 years experience in the university hospital in Jeddah will be presented.

The conceptual Awrah is the information privacy. It includes all the medical file content which include personal, social, medical data, who should have access to patient's information and how

Both concepts will be discussed from the Islamic religion point of view,

¹ - bakhotmah@hotmail.com

Medical Ethics Phylosophy

Jamal Khani Jazani¹

After a short introduction about the situation and the present importance of medical ethics, key words and definitions have been preceded.

Then a brief report on different theories raised in ethics philosophy and relation of these theories with medical ethics have been presented. At the concluding part, the relation between ethics philosophy of holy Islam with medical has been discussed and explained that ethics behavior of physicians have become internal behavior on the basis of Islamic ethics principles, so regarding these principles medical ethics should be internalized in people insides not in the way that medical professional ethics carry out under the enforcement of law and punishment as prescribe in the philosophy of other schools.

¹ - Jazani_t@yahoo.com

Defining Futility

Mohamad Abid Bakhotmah¹

Dep of Surgery University Hospital

It is a futility if the medical profession keeps ignoring the rule of religion in medical practice! ; No matter how hard it is for some to accept the fact of the profound effect of religion on the daily clinical practice; like it or not ,the patient ideologies and hence their choices is actually influencing treatment decisions and therefore management plans.

In Islamic religion, there are five necessities in order of importance they have to be fulfilled in everything in those who chose Islam as religion and the author is trying to apply it on clinical practice. These are:

1. maintaining the religion
2. maintaining the soul and body
3. maintaining the mind
4. maintaining the dignity
5. maintaining the wealth

The presentation will discuss the effect of the concept on futility from the Islamic ethical perspective.

¹ - bakhotmah@hotmail.com

view has made a comprehensive and bio-social-psychological solution for the concept of justice.

The author believes that one of the concerns of restorative criminal policy is certainty of health of the offender and the victim and this paramount objective can not be met unless with the support of sciences like medical science. On the other hand, the existence of a just and fair criminal justice system-restorative justice-is one of the elements in integrative bio psycho social paradigm in the domain of medical philosophy.

Keywords: restorative justice, bio psycho social paradigm, medical philosophy, integrative medicine.

are being modified. Attention toward the holistic medication approaches; life style, spiritual faucets in grand general view and everything that can be part of the life, mind and society triangle creates the paradigm of contemporary medication philosophy. Post modernism health systems are in pursuit of meeting all of the humanity demands in an integrated solution. In present time the integrative medicine has been culminated from the modifications in patterns of hygiene paradigm in many countries of the world.

This paper considers the restorative justice solution, which is the most recent achievement of criminology, to be the only holistic and integrative paradigm amongst all of the other concepts in field of criminal justice. The restorative approach toward justice, which is the result of socialistic view of criminal policy toward the phenomenon of crime, is a philosophy which came into existence after the failure of totalistic manifest of classical criminal justice and in redefinition of the fundamental concepts of community based justice, with a generalized team, multidisciplinary approach and by eliminating the shortcomings of previous criminological theories, provides the world with a just and fair trial by devising a non suppressive mechanism and even supportive and compensative solutions toward the victim, rehabilitation mechanism toward the offender and various methods to increase the participation of community. Integrative

**Interaction between Bio Psycho Social Paradigm in Medical
Philosophy and Restorative Justice Paradigm in Criminology**

Mehdi Khaghani¹

Graduate Student of Criminal Law and Criminology at
University of Shiraz.

The employment of science philosophy theories in medical philosophy in the modernism era (like physicalism theory by Thomas Cohen), provides us with a pure biologic approach toward medical science and introduces it as an ontology based on concepts of physics and chemistry. The classical paradigm leads to the negligence of medical philosophy toward its valuable objectives. The majority of medical philosophers in the past decade have been focusing on superficial ontology while the root of some medical challenges are going down in deeper layers like the methodology of base sciences of medical studies. The inefficiency of bio approach led to efforts to amend the paradigm. The compound model of bio psycho social, which was developed to make the medical sciences more human friendly, is the fruition of these efforts. Humanistic medication can only be perceived if, in addition to medication, fundamental researches

¹ - khaghani1984@gmail.com

Patient Consent in Iran Law

Masoud Rabbani¹

In this article we discuss about the patient consent when he or she is treated by a physician or a medical team. Most of physicians realize that when they take a written consent form from their patients they are free to do any medical treatment or operation for him and if every complication he or she cant complain against them.

Since the operator is doing such a actions that interfere with human wrights and body integrity other conditions such as legal acts and medical and ethical laws should be considered. We would discuss about this matters according to Iran law.

¹ - masood_rabbani@yahoo.com

causes crime or damage because of cutting more than necessary amount he(he) will be guarantor in spite of his(her) skill.

Satisfaction must be based on awareness and response to patient disagree by force and if change their decision, they will not accept treatment.

Keywords: side effects- physician responsibility- religious jurisprudence

**Studying a bout Side Effects of Treatment and Physician
Responsibility in Regulation of Iran and Imamiye Religious
Jurisprudence**

Fateme Aliakbari, Najme Shahinfard¹

Introduction: some times, physicians damage to patient during diagnosis or treatment for examples several ribs of patient may be broken during cardio pulmonary resuscitation or ecchymosis, pain or other side effects may be occurred during performance of diagnosis tests. The purpose of this article is to determining side effects of treatment and physician responsibility in regulations of Iran and Imamiye religious jurisprudence.

Conclusion: Acquittance of physician in treatment is one of the legal necessities this matter allocates regulation of Iran. Legislator has accepted it according to Imamiye religious jurisprudence as one of the special elements in Legislation. If a patient exempt doctor before treatment this case will cause non responsibility for physician. Article 60 of Islamic penal law says: if the physician gain acquittance from patient or her guardian , he(she) will not become guaranter of life damage or limb deficiency. Article 320 of Islamic punishment: " if circumciser

¹ - aliakbari_fa@yahoo.com

"If anyone killed a person, unless it is for murder or spreading mischief on earth, it would be as if he killed all of mankind. And if anyone saved a life it would be as if he saved the lives of all mankind". (Quran 5: 35)

Conclusion: in western views to public health ethics there are controversies in appropriate limits of the state in regulating but in Islam there are clear rules about public health management. Will and determination of all creatures is in hands of God and it is lord's order that we can not harm us or any other and the government should execute this rule.

The differences between Islamic and western views in public health management

Are due to the way of looking to aims of life of human being. In liberalism and humanism that are dominant ideology of western countries the zenith of aims of life are convenience, freedom and happiness but in Islam these are only base or floor of aims and zenith point is spiritual perfection.

The purpose of the hygienic regime in Islam is to create a community which is healthy and immune against diseases, and the healthy individual (in body and mind) who is capable of understanding and applying God's message and carrying it away to the whole world.

In Islam correct management in context of Islamic government has very important role in education, knowledge increasing, rising cultural level, social development and health of society and people with obedience of religious, wise and skillful managers will place in the way toward perfection in all aspects.

If we live in true religious government we should not appose rules of this society:

if we appose we will punish and if we do the laws we will encourage "It is not fitting for believer, man or woman, when a matter has been decided by God and His Prophet, to have any option about the decision. If anyone disobeys God and His Apostle, he is indeed on a clearly wrong path." (Quran 33:36)

**Ethics in Public Health Management – Comparison of Islamic
and Western View**

Farhang Babamahmoodi¹, A.reza Babamahmoodi

1- Mazandaran University of Medical Sciences, Infectious Diseases
Department

There is now widespread agreement in western countries among both the general population and health

professionals that What are the appropriate limits of the state in a liberal society in regulating, restricting or prohibiting behaviors that lead to premature morbidity and mortality; in shaping, molding or influencing the preferences and desires of its citizens; in protecting citizens from commercial influences that may encourage or sustain patterns of behavior that are antithetical to the goals of public health?

The scope and significance of the challenge posed by these public documents can most forcefully captured by the clash that emerged between those who saw in this new perspective a call for vigorous and legitimate governmental intervention and those who believed that represented the public health version of victim blaming.

such a comprehensive collection of ideas that it's possible to find justification "from above" to almost any affirmation. For example, there are researchers who say that according to Islam, a 4-month human fetus is considered a human being, as at that moment an angel breathes immortal soul in a human fetus. Others follow Koran saying that the creation of a human being from clotting blood. All depends on a person who perceives the Holy Scripture, as well as on their beliefs, purposes and needs. But in any way researchers must remember that it is important to take into account the cultural and national visions on ethics and social behavior.

the Islamic philosophy. On the other hand, Government is stimulating using contraceptives in between couples via medical service system, and moreover, sometimes forces them to do that.

Politics for control over birth brought its results. There is decrease in numbers of abortions, and birth as well. Nowadays population growth is 1,5 compared to 1,8, which was several years ago (2, 8 in Soviet period). Though it is not accepted to talk about a "family planning" in the official speeches, the decrease in the population growth and number of abortions is caused by implementing the Governmental programs on population health, as well as reproductive health, strengthening.

It has also established the system of ante nuptial medical examination (couples have to get the necessary permission of doctors for registration of their marriage status). A medical secrecy decreases the benefit of antenuptial medical examination despite its obligatory character. It's important to emphasize that doctors do not prohibit to get married. An antenuptial medical examination can be considered as a form of preventive activity and medical enlightenment of our Health Care system. But such activity cannot have force of law.

One of the reasons of such situation is that Central Asia lacks sufficient ethics training for researchers while there does exist a high level of interest in field. Central Asian countries Philosophy or Ethics have not gone far from religion. The sacred texts are

**The Values of Other Cultures Cannot Simply be Imported into
Central Asia**

Feruza Zagirtidinova¹

Doctor of Sciences, Tashkent Medical Academy and National
University, Uzbekistan

Uzbekistan started carrying out the society modernization. The case studies of their population attitude to new biomedical techniques show that there is going the Westernisation of the newly independent Central Asian countries, including in the field of ethics. The easiest way to see this tendency is reproductive behaviour of our men and women.

Uzbekistan has a complicated demographic situation. Presently, population of Uzbekistan is nearly 26 million people. A One out of two woman is of a fertile age. 400 thousand children are born annually. The proportion of children till 16 years old in the structure of population is more than 40 %.

On the one hand the fertility and tradition of having as many children as you want are announced as genuine and time tested value of the Uzbek culture. As President of the Republic of Uzbekistan explains, the term "family planning" contradicts to

¹ - z-fb@mail.ru

being not in lieu of another human being or because of mischief on earth is it as if he has killed all mankind; and whoever saves the life of a human being, it is as if he has saved the life of all mankind." Islamic medical ethics draw their essence from Islamic teachings, which call for honesty, sound performance, and consciousness of God in every act. They are based on the principles of the sanctity of human life, body, the soul and safeguarding its privacy.

The Muslim physicians Al-Razi (841-926A.D.) and Avicenna (980-1036A.D.) defined medicine as the art concerned with the preservation of good health, combating of disease, and restoration to health.

An Islamic response to AIDS is directed, firstly, to prevent the disease by having a sexual lifestyle prescribed by God. In those cases where AIDS is acquired without sexual contact, all measures should be taken to protect the individual. Muslim physicians have an obligation to continue caring for AIDS patients while taking the necessary precautions for themselves. They should also participate in preventive measures and education. Regulations governing the practice of the medical profession stipulate that a physician must practice his profession for the benefit of the individual and the community within the framework of respecting patients' right to life, safety and dignity.

**Ethical, Religious and Historical Perspectives in
Dealing with AIDS**

Faisal Alnasir

College of medicine, Gulf University

Family Medicine College of Medicine, Gulf University
faisal.alnasir@gmail.com

Although Acquired Immunodeficiency Syndrome has become plague of the century, in many parts of the world the subject of AIDS is considered as a taboo and HIV-positive people are mistreated. Such factors contribute to the fact that the number of AIDS cases may be underreported.

Although, ethics have long been recognized as an essential requirement in the making of a physician, there are particular ethical issues in dealing with AIDS patients. However, even though AIDS has only recently been recognized, Islamic writings offered clear ethical guidance in dealing with similar problems. The ancient physician Ishaq ibn Ali al-luhawi wrote extensively about ethics in his book, *Adab al-Tabib* (Ethics of a Physician). It proofs the fact that issues of responsibility, ethical dilemmas, and the needs of the society are not new to medicine. Such ethical issues are routed in principles that are guided in the holy Quran. It is quoted in Quran“”... Whoever kills a human

(8%, each). Published articles were of these types: review article (61.3%), original article (32.2%), commented summaries (3.2%), and a letter to editor (1.6%). Number of the articles published in the year 2005 up to now versus the years before 2005, was 70.9% vs. 29%. The percentages of the authors involved in each article were as follows: four authors or less 90.3%, and more than four authors 9.6%.

Conclusion: In recent years, Iranian physicians and researches have become more interested in the topic of Medical Ethics and main university centers in the country have considered this issue. In fact, the most considered issues were those that were the most presented issues internationally. Original articles comprised about one third of the articles which necessitate the researchers to take it into account, because this type of articles could better reflect public and medical society needs of education. On the other hand, it is known that the mean number of authors for an article in the BMJ and JAMA journals is 4.5 and 7, respectively; so, we suggest more collaboration and distinction of duties among the authors in order to improve the quality of the articles for being published in a higher quality scientific journal.

and number of articles about bioethics whose authors were Iranian researchers, subject of the research, year of publication and where it had been published, and also, number of authors of each article, and affiliation of the author/s, were sought. In some articles the project was conducted by cooperation of two or more centers, which only the main supportive university center was considered in the analysis.

Results: On the whole, 62 articles had been published, using the above-mentioned motor engine search and databases, which were performed in 23 Iranian university and related scientific centers. The following centers were involved in the writing articles, in the order of the most articles produced: Tehran University of Medical Sciences (56.4%), Shaheed Beheshti University of Medical Sciences (19.3%), Shiraz University of Medical Sciences (8%), Ministry of Health and Medical Education (4.8%), and University of Tarbiat-E Modarress, Kerman University of Medical Sciences, Zanjan University of Medical Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Yazd Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences, Ahwaz Jondi-Shapour University of Medical Sciences, Iranian Academy of Medical Sciences, and Medical Ethics Center, (1.6%, each). Iranian researchers were most interested in these subjects: transplant organ donation (22.5%); medical ethics (11.2%); ethics education, patient dignity, and scientific article writing,

**A Survey of Characteristics of Scientific Articles in the Field of
Bioethics: Search in Internet**

Dr Ladan Naz Zahedi¹

Background: policy-makers at the country level or university level need to know the characteristics of the relevant society including that of the public or that of the scientific society, to provide a comprehensive program based on the needs of the considered society. Since introduction of a society in the terms of statistics provides a tool to facilitate understanding those characteristics by an individual, studies which have been conducted "in the field", may reflect the characteristics of that society with a good approximation. So, it is necessary to investigate recent articles about biomedical ethics published in English journals or presented in conferences, from different aspects.

Materials and method: Using motor engine search of Google and databases of medline and pubmed, and using word-searches of "Iran, bioethics/ethics" permanently and "confidentiality, consent, decision-making, privacy, disclosure, patient-doctor relationship, healthcare, medical documents" intermittently, type

¹ - ladannazzahedi@yahoo.com

that comprehend all of the questions in philosophy ,even can solve secondary questions subsequently.

We know other than “ancient Intuition method and Peripatetics method and Gnosticism(Erfan) ”Molasadra’s method is only comprehensive and responsive fashion throught the world.Such we can understand the basis of the name “ Transcendent Philosophy” or Perfereble Philosophy and the name of Molasadra’s book “Transcendent Philosophy in four travels”

Gnostics says acquaintance or Philosophy is recognition of the world and passage from material and obvious world toward self and nonobvious world , that is intellectual world or arrival in Adjectival and Concrete Monotheism that is named “Four travels”.The first step of travels is passage from creations toward God (Monotheism),the second is travelling in (Adjectives and Genuine of)God with God,third stage is return to creature with God for help and guidance.The fourth travel is in creations with God for driving them toward God.

This article is about doctor’s passage and it’s circumstance in “Four travels”,for example in second stage doctor arrive a high position that become“ Liven” that is the great name of God and

Keywords: doctor - Four Travels -Transcendent Philosophy - Molasadra

**The Doctor's Passage in Four Travels
(Transcendent Philosophy)**

Reyhaneh Abolghasemi

Department of Community Medicine

Tehran University of Medical Science

On the basis of Religious narratives and histories, the mankind has never been without Prophet and always directions or cultures after previous Prophets remains for human's living. One of the important religious educations is Thinking, thinking about world, thinking about man and his communications with world and thinking about wonderful creatures. Prophets directed this thinkings and also learned him Ethics and Laws in social relations. Philosophy – or with precision – Theology is result of this learning.

In 979-1045 Hegira (1571-1635 AD) a philosopher lived that named Sadredin Mohammad, known as Molasadra and afterwards entitled Sadrolmotaallehin.

Molasadra innovated the method for solving thought problems that accompanied by Philosophy and Gnosticism (Erfan). Molasadra's fashion is independent method with specific regulation. He has created a Philosophical system

Khoonhayegane and abortion; and have low level of knowledge (0-3 scores from 9) regarding religious duties of in-vitro-fertilization. The majority of midwifery teachers were completely satisfied (or Satisfied) with all of the questions about the necessary education of Khoonhayegane, abortion and in-vitro-fertilization; and they reported that training of these duties are very important in midwifery.

Conclusion: According to the finding of this research, volunteer midwifery teachers can be educated of women's religious duties by workshop method; and then these educated teachers can be used for training midwifery students.

**The Need for Education of Women's Religious Duties to
Midwifery Students**

Fatemeh Vaegh Rahimparvar¹,

Fatemeh Noghani, Abbas Mehran

Tehran University of Medical Science

Backgrounn and aim: It seems that answering to the simple questions of the women who are devoted to their religious duties, can have an effective role in their psychological healthy. The aim of this study was to determine the necessary of religious duties education regarding Khoonhayeh-segane (Heyz, Estehaze and Nefas), abortion and in-vitro-fertiliation to midwifery students and teachers in subjects' opinion.

Methods and Materials: In this descriptive (cross sectional) study the questionnaires were sent to all of the midwifery teachers of Iran universities of medical sciences (272 individuals) by mail. After returning half of the questionnaires, descriptive analysis and SPSS software was used for analysis of the data.

Results: The majority of the subjects had moderate level of knowledge (4-6 scores from 9) regarding religious duties of

¹ - vaseghrh@tums.ac.ir

biotechnology of the biotechnology research institution and national biotechnology center have been used in this study.

Results and Discussion: The study of historical bases of bioethics and biomedicine indicates certain convergence among all nations. In this paper, with emphasizing on Universal Convergence , we are going to prove that how to gain a new strategy on bioethics and biomedicine as worldwide. The aim of this study was to illustrate the restrictions and complicated problem in bioethics procedure.

In this article we tried to focus on the triple axes of religion legal, and medical considerations in bioethis and interating them to illuminate bright horizons for this proccedure in Iran, and pressented issues and challenges that require more considerations.

Key words: Bioethics, strategies, Islamic Countries, Universal Convergence.

**A Study of New Convergence Strategies of Islamic Countries
Physicians in Bioethic**

Nourizadeh¹, Fethi²

1. Department of Biology, University of Mohaghegh
Ardebili, Ardabil, IRAN

2. Department of Islamic Science, Mohaghegh Ardabili

Introduction: Unification of the Islamic scientists to provide a complete life rule system seen is to be inevitable. As the human being has a valuable position and was selected as God representative in Islam. Consideration of humanity dignity is one of divine religious distinctions specially in great religion of Islam significance of human creation has been mentioned in some Koran verses. Bioethics in a relatively new field in Biotechnology science which is flourishing as an important achievement of medical science and indication of power for high- level Islamic countries medical centers. It has been both welcomed and rejected by different Islamic countries.

Methods: The tools of collecting the information have been the results of researches and studies of professors in the fields of bioethics and the results of seminars and congresses of Legal Medicine. Also the results of the studies of national

¹ - nourizade @ yahoo. com

Euthanasia, Choice and Human Rights 181*Amir Maghami***Is Euthanasia and Physician Assisted Suicide Necessary
Inclinal Situation 183***Mahdieh Shojaei Bagheini, Fatemeh Maaref Dust***The Knowledge and the Attitude of the Nurses about Pre-
Death and Post-Death Cares***S. Fatemeh Vasegh Rahimparvar, F. Noughani, J. Zebardast***ESAP and it Impacts on Health Injustice in Developing
Countries 188***Hossein Godazgar***Scarce Resource Allocation 190***Motevali Zaadeh, Sholeh Zakiani***Equity in Allocating Resources in Health Care and Human
Rights 192***Azita Salarian*

Ethics in Genetic Consultation: Reporting Medical Errors.....	165

Sayyed Mohammad Akrami

The Roll of Ethic in Challenge and Future of HIV Prevention	166

Khadigeh Mirzaiinajmabadi

Is Cloning an Ethical Phenomenon?	168

Hussain Rezai

The Assessment of Changes in Medical Students Attitudes before & after Passing Communication skills Educational Program During Semiology Course in Medical Faculty, Tehran University of Medical Sciences	170

Farzaneh Shirani, Farhad Shahi, Sirous Jafari, Azim Mirzazadeh

Nursing and Implicational Methods in Ethic Education.....	172

Houssein Saharkhiz

Code of Ethics for Health Educators	174

Mohsen Shams, Yalda Soleiman Ekhtiari

Education of Ethics in University.....	176

Fereshteh Farzianpour, Daryoush Farhood, Ahmad Fayazbakhsh

What do You Know about Euthanasia?	179

Golam Ali Molla Sadegh Roknabadi

Prenatal Screening & Counselling in Iran.....151

Mansooreh Saniei, Elnaz Jafari Mehr, Saeed Shahraz, Ladan Naz Zahedi, Ala Melati Rad, Saye Sayar, Roya Sherafat Kazemzade, Ahmad Shekarchi, Mohammad Reza Zali

Cloning 153

M. H. Ghadiani, S. Sh. Sadr, M. Toushih, M. Damabi, N. Baligh

Misunderstanding: Human Cloning, Identity and Immortality.....156

Ali Mohammadi

Study of Rhythm of Knowledge and Attitude of Doctors and Nurses about Patient Right's Prism in Dependent Hospitals of Medical Faculty of Shahrood: 1385.....159

Mohamad Amiri, Hhasan Bagheri, Samira Ershadipoor, Robabe Davarzany

Human Cloning & Problem of Psychological Identity.....161

Ali Mohammadi

Ethical Issues Relating to Molecular Genetic Testing of Spinal Muscular Atrophy.....163

Fateme Hayati, Watihayatihayati Mohd Dhamshudin, Marini Marzuki, Atif Amin Blag, Che Badariah, Bt Ab Azizi, Bin Alwizilfalil

Ethics and Alternatives in Research	131
<i>Parvin Zakeri-Milani, Hadi Valizadeh</i>	
Ethics in Medical Researches	132
<i>Afsaneh Ghanbari</i>	
Teaching inter Disciplinary Professional Ethics	135
<i>Mohamad Abid Bakhotmah</i>	
Ethics in Health Administration	138
<i>Mahdiyeh Shojaei Baghini, Fatemeh Maarefdoost</i>	
Medical Ethics in Health Tourism Development	140
<i>Alireza Jabbari, Sayyed Jamaloddin Tabibi, Bahram Delgoshaei</i>	
Complementary and Alternative Medicine and Ethical Considerations	141
<i>S.Shamloo, H.A.Adhami</i>	
Conceptual Framework of Monitoring Equity in Health and Health Care	143
<i>Sayyed Pourya Hedayati Naser Kiyadeh</i>	
Newborn Rights	145
<i>Ashraf Mohammad zadeh</i>	
Ethical Problems of Oocyte and Embryo Donation	149
<i>Nasrin Ghasemi, Abbas Aflatoonian</i>	

The Model for Conducting Ethics Consultation in the Intensive Care Units	116
<i>F Solaimanizadeh, N Zafarnia, L Solaimanizadeh, A Abasszadeh, M Javadi</i>	
Is Anatomy Forbidden or not?	118
<i>Alireza Ismailabadi, Hamideh Yazdimoghaddam</i>	
The Use of off Label Medicines in Children.....	119
<i>Simin Ozar Mashayekhi, Mohammadreza Ghandforoush-sattari</i>	
A survey on Nanotechnology Ethical Issues a Look on Proposed Solutions	121
<i>Fattaneh Saddat Bathaei</i>	
Ethical Expedients in Biomedical Research Involving Human Subjects	123
<i>M Hajifaraji</i>	
The Process of Getting an Ethical Approval for the Research Involving Human in the Universities of the UK	125
<i>Mohammadreza Ghandforoush-Sattari, Simin Mashayekhi</i>	
Clinical Studies in Children	127
<i>Simin Ozar Mashayekhi, Mohammadreza Ghandforoush-sattari</i>	
The Role of Ethic's Committees in Monitoring Research Protocol	129
<i>Majed Zemni, Safia Jellali Zemni</i>	

Nurses Perceptions of Causes of Medication Errors and Barriers to Reporting in Paediatric Hospital University of Medical Sciences Qom.....101

M Seidi, Hoda Ahmary Tehran, A Jafarbglo, M Kordzadh, Z Sadatmant

Survey of Barriers to Nurse's Reporting of Medication Administration Errors.....104

Simin Jahani

Medical Errors in Saudi Arabia: The Legal System, Litigations, and Professional Liabilities.....106

Jamal Saleh Al Jarallah

Legislation of Mental Health.....107

Fatemeh Maaref doust, Mahdiyeh Shojaei Bagheini

International Code of Ethics for Midwives 109

F. Mostafazadeh

Necessity of Designing Convention on the Rights of Patients in the Field of Anesthesiology 110

Mohsen Savaei, Abdolhamid Chohdari, Shahrbanoo Shahbazi

Application of Ethical Guidelines and Codes in the Form of Code of Ethics of Amadegah Eye Surgery Center of Esfahan 113

Mohammad Mozaffarpour

Ethics in Surgery 114

Marjan Laal

Perception of Patients Regarding Doctors' Communication Skills 87

Garrusi Behshid, Safizadeh Hossein, Amirkafi Ahmad, Hosseina Mohsen

Studing the Nurse Knowledge about Patient Right and Professional Responsibilities in Shahrekord Hospital (1386) 89

Fateme Aliakbari, Fateme Taheri

Considering Pateint's Right by Health Care Professionals in Hospitals of Hamedan University of Medical Sciences, the Viewpoints of Patients 91

Marzieh Hassanyan

Ideal Physician from Patient View Point.....93

Masoud Rahimi

Patients and Nurses Views of Level of Patient's Rights Respect in Tabriz Training – Treatment Centers in 2004....95

R Nasery, K Parvan, E Mazahery, R Mohammady, M Javanshir

Psychologically Abusive Behavior by Those Caring for the Elderly 97

Somayeh Molaee

An Investigation on Medical Staff Awareness of Patient's Rights in Hospitals and Medical Centers in Fasa 99

Sayyed Habibollah Kovari

Medical Environment, Patient, Bad news and Ethical Aspects of Bad News.....71

Abdolhassan Kazemi, Salamon Alikom , A. Kazemi

The assessment of Ethical and Legal issues in Termination of a Provider-Patient Relationship 73

L. Solaimanizadeh, M. Javadi, A. Abass zadeh, S. Miri, F. Solaimanizadeh

Study of Hospitalized Patients' Atitude towards Their Rights Consideration in Urmia Educational Hospitals in 1385. 75

Nader Aghakhani, Aram Feizi, Narges Rahbar

An Investigation on Medical Staff Awareness of Patient's Rights 77

Sayyed Habibollah Kovari

Investigation of Nursing Ethics in Professional Performance among Nurses Employed in Selected Hospitals Related to Tums, 2004 79

Naser Din Mohammadi, Alireza Nikbakht Nasr Abadi, Farah Malekiyan

Legislation of Ending the Patient-Physician Relationship....82

Fatemeh Maarefdoost, Mahdiyeh Shojaei Bagheini

Regarding Patient's Territory in Operating Rooms –One Important Base in Medical Ethics.....85

N Galehdar , s Masori

Respecting Patients Privacy during Nursing Care in the Viewpoint of Patients and Nurses 57

Azad Rahmani, Akram Gahramanian

Comparison of Respecting to Patient's Privacy in the Viewpoint of Coronary Care and Medical – Surgical Patients 59

Azad Rahmani, Akram Gahramanian

Patients and Nurses Views of Level of Patient's Rights Respect in Tabriz Training – Treatment Centers in 2004....61

R Nasery, K Parvan, E Mazahery, R Mohammady, M Javanshir

Observance Patients' Bill of Rights by Nurses and Physicans from View Patients in Koramabad Governmental Hospital 63

F Malekshahi

Effect of Medical Team Behaviour on Delivery Painlessing 65

Nahid Mehran, Mohammad Abbasi, Esmat Jafarbegloo

Evaluation of the Physician-Patient Relationship from the Perspective of the Patients Referring to Modares Clinic in Rafsanjan.....67

Zahra Hashemi

Necessary Conditions of Patients' Bill of Right in Iran: a Phenomenological Study 69

Nikbakht Nasrabadi A., Parsayekta Z., Joolaie S.

Ethic Aspects of Xenotransplantation 42

Fatemeh Ghorban Nejad, Molod-o-ssadat Vakili Nejad

Renal Transplantation in Iran Over the Past Two Decades:

A Trend Analysis 44

*Saeid Baharloo, Babak Kordvani, Mohammad Houssein
NourBala, Shervin Asari*

**The Donation and Sale of Human Organs in View Point of
Islamic Jurisprudence and Ethics 46**

Zahra Govahi

Professional Ethics & Legal Problems in CCU & ICU 47

Yousef Mahdipour, Hamideh Zereh-kafi

Medical Ethics and Implicit or Explicit Confidentiality 49

Mojhgan Magami, Shahla Foozonkhah, Fariba Khodaiefar

**Principles of Medical Ethics Relevant to the Protection of
Prisoners Against Torture 51**

Mahdieh Shojaei Baghini, Fatemeh Maarefdoost

Clinical Trials of Medicines in Children 53

*Simin Ozar Mashayekhi, Mohammadreza Ghandforoush
Sattari*

**A Survey to Respect Patient's Rights and Privacy and
Physical & Emotional Area by Nurses in Shohada Hospital
Khoramabad 55**

F Malekshahi

Ethics in Public Health Management – Comparison of Islamic and Western View 27

Farhang Babamahmoodi, A.reza Babamahmoodi

Studying a bout Side Effects of Treatment and Physician Responsibility in Regulation of Iran and Imamiye Religious Jurisprudence 30

Fateme Aliakbari, Najme Shahinfard

Patient Consent in Iran Law 32

Masoud Rabbani

Interaction between Bio Psycho Social Paradigm in Medical Philosophy and Restorative Justice Paradigm in Criminology 33

Mehdi Khaghani

Defining Futility 36

Mohamad Abid Bakhotmah

Medical Ethics Phylosophy 37

Jamal Khani Jazani

The Concept of Awrahin Surgical Practice 38

Mohamad Abid Bakhotmah

The Cost of Kidney Transplantation in Iran 39

Saeid Baharloo, Babak Kordvani, Mohammad Houssein NourBala, Shervin Asari

Islamic Medical Ethics on Organ Transplantation 41

Ibrahim B. Syed

Table of Content:

**A Study of New Convergence Strategies of Islamic Countries
Physicians in Bioethic 13**

Nourizadeh, Fethi

**The Need for Education of Women's Religious Duties to
Midwifery Students 15**

*Fatemeh Vaegh Rahimparvar, Fatemeh Noghani, Abbas
Mehran*

**The Doctor's Passage in Four Travels (Transcendent
Philosophy) 17**

Reyhaneh Abolghasemi

**A Survey of Characteristics of Scientific Articles in the Field
of Bioethics: Search in Internet.....19**

Dr Ladan Naz Zahedi

**Ethical, Religious and Historical Perspectives in Dealing with
AIDS 22**

Faisal Alnasir

**The Values of Other Cultures Cannot Simply be Imported
into Central Asia 24**

Feruza Zagirtidnova

Abstracts

The International Congress of Medical Ethics in Iran ——— O

among those steps which have helped to promote medical ethics in Iran.

Now, the Second International Congress of Medical Ethics in Iran intends to provide a platform to introduce what have been achieved so far, promote ethical discussions and awareness, and pave the way for our future developments.

I hope the congress, with the Almighty God's blessing, will be a step forward towards promotion of medical ethics, in theory and practice in our Islamic country.

At the end, I would like to appreciate my colleagues in the scientific and executive committees, students, researchers and scholars from Iran and our guests from abroad who have contributed and attended the congress as well as different national and international organizations who helped us to organize such international congress.

Bagher Larijani

Congress Chairman

Chancellor; Tehran University of Medical Sciences

hand human sciences experience their presence and involvement in practical challenges in the society.

The dependency of medical ethics in socio-cultural and religious issues has urged policymakers to take such differences into account. It indicates that each society and culture has to find its own innovative way to address ethical dilemmas posed by new biotechnology. And of course any dynamic society needs to establish a dialogue and exchange of ideas with other cultures and societies. Such innovation and generation is a sign of lively and flourishing society and culture, whereas, a blind imitation and non-critical acceptance of ethical standards of other cultures suggest death and degeneration of that culture.

The rich Iranian-Islamic culture has such a capacity and potential to address ethical issues raised in biomedicine. This will not come true without cooperation, dialogue among scholars from different disciplines.

The first international congress of medical ethics in Iran held in 1994 was a step forward towards promoting ethical discussions.

That followed by establishing research centers, especially the Medical Ethics and History of Medicine Research Center, in Tehran University of Medical Sciences, and other progresses in this field. The establishment of the departments of medical ethics, research ethics committees, in national and regional levels, book publications, and also establishing related bioethics associations and committees at university and national levels are

Foreword

Medical ethics, having an old history, due to advancement in sciences and technology as required by contemporary societies has been evolved dramatically. During last decades the traditional medical ethics has turned into modern medical ethics with new methodology and structure.

Medical ethics as a multidisciplinary field becomes an intersection of different sciences such as religion, jurisdiction, philosophy, law, anthropology and medicine. Perhaps it can be claimed that it is not so common in other disciplines that scholars from different branches of sciences come together and collaborate in such manner.

Medical ethics with its methodology and practical approach, on the one hand requires sufficient knowledge of medicine and new technology, on the other hand because of its value-laden nature it is mutually related to religion, culture, philosophy and law.

Ethical question attracts healthcare providers, philosophers, anthropologists, as well as experts in religion and it scrutinizes culture as well as biology and nanotechnology in its rapid progress.

It is in such a collaborative environment, that science and technology recognizes its ethical boundaries and on the other

people as well as ethics in biomedical research which has an important role in the flourishing and development of our country.

At the Ministry of Health and Medical Education, we believe that the application of medical ethics would protect patients' rights and professional integrity of healthcare providers and it would also strengthen physician-patient relationship based on trust and compassion.

Following that, we have incorporated ethics and values in health in drafting the health section of Comprehensive Scientific Roadmap in Iran.

Furthermore, in medical education, strong steps such as, establishing departments of medical ethics, planning MSc and Ph.D. courses for post graduate students and short courses for medical students have been taken to strengthen this discipline in Iran.

Now, it is an important task for scholars in the field to devise ethical and legal codes for those medical methods and procedures that have been authorized in Islamic jurisdiction.

I would like to congratulate my colleagues in Tehran University of Medical Sciences for such a wonderful congress and wish their success.

Lankarani

Minister of Health and Medical Education

Introduction

The existing collaboration between medicine, religion, law and ethics after a period of interruption caused by specialization and separation of different sciences brought an opportunity for mankind to benefit from the sciences more than before.

Although, rapid advances in medicine have brought remarkable benefits to patients worldwide, these advances have created many ethical dilemmas and questions. There is no choice other than strengthening collaboration between different disciplines such as ethics, jurisdiction and law to find answers these ethical questions and to address the needs of societies.

Fortunately, in the I.R. of Iran, considering the support of the dynamic Islamic jurisdiction, as well as the close collaboration between physicians and Islamic jurists, a suitable ground has been provided for scholars to address the ethical questions raised by new biomedical technologies.

The Ministry of Health and Medical Education supports activities such as this congress not only since medical ethics is a discipline among other medical sciences but also we strongly believe that the application of medical ethics can influence other medical sciences and public health.

In our programs, the Ministry of Health and Medical Education pays a particular attention to ethical issues, especially justice in health resource allocation in providing services for

- Heidari Seyyed Gholamreza
- Houseini seyed Alireza
- Hooshangi Amir
- Jessri Maryam
- Karimi Zeynab
- Kargar Reza
- Keyhan Mahdi
- Khoda Parast Amir Hossein
- Khosh Niyat Nikoo Mohsen
- Mahrouzade Somayyeh
- Mohammadi Ali
- Mazloomiyan Amirbehdad
- Noori Leila
- Parsapour Alireza
- Oliyae Maryam
- Rostamabadi Hanieh
- Samadi Aniseh
- Salari Pooneh
- Shayan Soheila
- Soleimani Fakhr Safura
- Sharifi Sanaz
- Shiri Maryam
- Sadeghi Saedeh

- Gustafson Andrew (U.S.A)
- Ida Ryuichi (Former Chairperson, International Bioethics Committee of UNESCO)
- Kaadan Abdul Nasser (Aleppo University, Syria)
- Macer Darryl (RUSHSAP, UNESCO Bangkok, Thailand) (UNESCO)
- Moazam Farhat (The Center of Biomedical Ethics and Culture, SIUT, Pakistan)
- Parker Michael (The Ethox Centre, University of Oxford, U.K)
- Wikler Daniel (U.S.A)

Executive Committee:

- Aghaee Kobra
- Ansari Samaneh
- Aramesh Kiarash
- Asghari Fariba
- Avani Shahin
- Azizi Maryam
- Babakhani Fatemeh
- Bagheri Alireza
- Bathaie Fatane Sadat
- Bolorchi Seyyed Mahdi
- Fatemitabar Seyyed Ahmad
- Getmiri Mansour
- Ghodrati Mohammad
- Hassanpour Gholamreza
- Haghighi Zohreh

- Pourmand Gholamreza
- Ramezan Zadeh Fatemeh
- Sadr Shahabeddin
- Sajjadi Seyyed Jamal e ddin
- Samadi Aniseh
- Saeed Tehrani Javad
- Sahebghadam Lotfi Abbas
- Tabatabaee Seyyed Mahmoud (Neurosurgion)
- Tabatabaee Seyyed Mahmoud (Psychiatrist)
- Tabei Zia e din
- Tavakolli Bazzaz Javad
- Shariat Torbaghan Shams
- Vahid Dastjerdi Marzieh
- Velayati Ali Akbar
- Vasei Mohammad
- Zafarghandi Mohammad Reza
- Zahedi Anaraki Farzaneh
- Zali Alireza

International Scientific Committee:

- Al-khayat Heitham (WHO)
- Andorno Roberto (University of Zurich, Switzerland)
- Abdulaziz Schedina (U.S.A.)
- De Castro Leonardo (University of the Philippines, Philippines)
- Daar Abdallah (Joint Center For Bioethics, University of Toronto, Canada)
- Eich Thomas (Bochum University, Germany)

- Farhoud Daryoush
- Fattahi Ma'soum Seyyed Hossein
- Fotouhi Akbar
- Getmiri Seyyed Mansoor
- Ghane i Moustafa
- HajTarkhani Amir Hasan
- Harirchian Mohammad Hossein
- Jafarian Ali
- Jessri Maryam
- Jour Ebrahimian Nejat ol llah
- Kazemi Said Ali
- Kazemi Abdol Hassan
- Kazemian Ali
- Keshavarz Hossein
- Khosh Niyat Nikoo Mohsen
- Malek Afzali Hossein
- Malek Zade Reza
- Marandi Alireza
- Mahruzadeh Somayeh
- Mirzazadeh Azim
- Miandari Hasan
- Moeen Mostafa
- Mohagheghi Mohammad Ali
- Niknam Mohammad Hossein
- Noorbala Ahmad Ali
- Parsapour Alireza

- Yazdi Mohammad
- Zanjani Amid

Scientific Committee: (*Philosophy*)

- Ali Zamani Amir Abbas
- Ayatollahi Hamid Reza
- Avani Gholam Reza
- Avani Shahin
- Ayatollahi Hamid Reza
- Dabbagh Soroush
- Gharamaleki Faramarz
- Javadi Mohsen

Scientific Committee: (*Medicine*)

- Aramesh Kiarash
- Aboulhasani Farid
- Akhoundi Mohammad Mehdi
- Alavian Seyyed Mouayyed
- Ashrafi Morteza
- Abbasi Mahmoud
- Ansari Samaneh
- Asghari Fariba
- Bagheri Alireza
- Bagheri Lankarani Kamran
- Bahrani Abdullah
- Dinarvand Rasoul
- Emami Razavi Seyyed Hasan
- Esfahani Mohammad Mehdi
- Eynollahi Bahram

Chairman: Larijani Bagher

Congress Secretary: Emami Razavi Seyyed Hasan

Scientific Committee Coordinator: Aramesh Kiarash

Executive Committee Coordinator: Parsapour Alireza

Organizing Committee:

- Aramesh Kiarash
- Bagheri Alireza
- Emami Razavi Seyyed Hasan
- Esfahani Mohammad Mehdi
- Larijani Bagher
- Niknam Mohammad Hossein
- Parsapour Alireza
- Schedina Abdulaziz
- Vahid Dastjerdi Marzieh

Scientific Committee: (*Law & Theology*)

- Amini Ebrahim
- Khamenei Seyyed Mohammad
- Larijani Sadegh
- Milanifar Alireza
- Mohaghegh Damad Seyyed Moustafa
- Mohammadi ReyShahri Mohammad
- Mohammadian Mohammad
- Navvab Seyyed Abolhasan
- Eisazadeh Nikzad
- Saghaye Beriya Mohammad Naser
- Shahriyari Hamid

17th of April 2008

Time	Hall	Session
8:30 - 10.00	Khajeh- Nasir Hall	General
10.00 – 12:30	Khajeh- Nasir Hall	and Islamic Figh Medical Ethics
	Feyz Hall	Medical Errors
	Attar Hall	Justice and Resource Allocation
12:30 – 13:30		Lunch
13:30 – 15:30	Khajeh- Nasir Hall	Medical ethics and Laws
	Feyz Hall	Medical Ethics in Psychiatry
	Attar Hall	Medical Ethics in End-of-life cares
15:30 - 16 00	---	Break
16.00 – 18 00	Khajeh- Nasir Hall	Philosophical Approaches to Medical Ethics
	Feyz Hall	Ethics in Research
	Attar Hall	New Issues in Medicine (Cloning, Transplantation, Medical Genetics, Assisted Reproductive Techniques...)

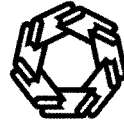
18th of April 2008

Time	Hall	Session
8:30 – 12.00	Khajeh- Nasir Hall	Organ Transplantation
	Feyz Hall	Practical Issues in Medical Ethics
	Attar Hall	Medical Ethics Education
12.00 – 14.00	---	Break
14.00 - 15.00	Khajeh- Nasir Hall	General
15.00 – 15:30	---	Break
15:30 - 17.00	Khajeh- Nasir Hall	Closing Keynote

Program of 2nd International Congress of Medical Ethics**16th of April 2008**

Time	Hall	Session
8.00-9.00	---	Late Registration
9.00 – 10:30	Khajeh- Nasir Hall	Welcome and Opening Keynote
10:30 - 1.001	---	Break
11.00 – 12:30	Khajeh- Nasir Hall	General
12:30 – 13:30	---	Lunch
13:30 – 15:30	Khajeh- Nasir Hall	Medical Ethics in Islam and Other Religions Point of View (1)
	Feyz Hall	Professionalism
	Attar Hall	Medical Ethics and Public Health
15:30 - 16 00	---	Break
16.00 – 18:30	Khajeh- Nasir Hall	Medical Ethics in Islam and Other Religions Point of View (2)
	Feyz Hall	Patient - Physician Relationship
	Attar Hall	Issues in Prenatal Medical Ethics

In cooperation with:



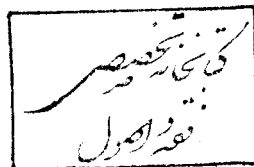
Asian
Bioethics
Association

In the Name of God



**The Second International Congress of
Medical Ethics in Iran**

Tehran, 16-18 April 2008



IICC Conference / Exhibition Center

Organized by:

Medical Ethics and History of Medicine Research Center

Tehran University of Medical Sciences

Ministry of Health and Medical Education