بسم الله الرحمن الرحیم

درسنامه آداب پزشکی

جلد دوم

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

معاونت آموزشی

گروه اخلاق و آداب پزشکی

نویسندگان:

دکتر بابک ایزدی - دکتر محمدرسول خزاعی

جمعی از اعضای هیأت علمی

سر شناسه :

عنوان و پدیدآورندگان : **درسنامه آداب پزشکی جلد دوم**

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه معاونت آموزشی گروه اخلاق و آداب پزشکی

دکتر بابک ایزدی ، دکتر محمدرسول خزاعی وجمعی از اعضای هیات علمی

مشخصات نشر :

شابک : مصور (بخش رنگی).؛ ۱٤/٥ x ۲۱/٥ سم

شابک :

وضعیت فهرست نویسی : فیپا

یادداشت: عنوان به انگلیسی: Principles of medicine

یادداشت : کتابخانه.

موضوع :آداب و اخلاق پزشکی

موضوع Medical Ethics

رده بندی کنگره :

رده بندی دیویی :

شماره کتابشناسی ملی:

عنوان فارسی : درسنامه آداب پزشکی جلد دوم

مؤلفان : دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه معاونت آموزشی گروه آداب و اخلاق پزشکی

دکتر بابک ایزدی ، دکتر محمدرسول خزاعی وجمعی از اعضای هیات علمی

ویرایش : حسنا کلهری

ناشر:

حروف چینی و لیتوگرافی : حسنا کلهری

چاپ و صحافی :

چاپ نخست : ۱۳۹۹

قطع کتاب: وزیری

تیراژ: ۱۰۰۰

قیمت :

شابک:

آدرس، شماره و نمابر و پست الکترونیک انتشارات :

گفتار اول : آداب پزشکی ۳

فصل اول: آشنایی با شیوه تفکر علمی...**۳۱۷**

فصل دوم: آشنایی با اصول ارائه علمی و تهیه محتوای آموزشی.............۳۴۴

فصل سوم: آشنایی با حقوق آموزشی دانشجویان.......................................**۳۶۹**

فصل چهارم: آشنایی با حقوق اساتید...**۳۷۹**

فصل پنجم: اخلاق در فضای مجازی..**۳۹۰**

فصل ششم: آشنایی با مدل های مختلف آزمون..۴۱۴

فصل هفتم: پزشکی، شغل یا حرفه...۴۳۴

گفتار دوم: آداب پزشکی ۴

فصل اول: آشنایی با ساختار مراکز آموزشی و درمانی/ بیمارستان امام رضا (ع).......۴۴۸

فصل دوم: اصول رفتار حرفه ای در طب...۴۸۹

فصل سوم: آشنایی با نقش حرفه پزشکی در جامعه و نظام سلامت................ ۵۲۰

فصل چهارم: کار تیمی مؤثر در حوزه سلامت..۵۳۵

فصل پنجم: رفتار حرفه ای پزشک با بیمار..۵۶۴

فصل ششم: آشنایی با محیط بالینی و مواجهه زودرس.(۱)......................۵۸۵

فصل هفتم: آشنایی با محیط بالینی و مواجهه زودرس(۲)

آداب پزشکی ۳

فصل اول

آشنایی با شیوه تفکر علمی

دکتر مرضیه کبودی، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. آشنایی دانشجویان پزشکی با تعریف، مزایا و اجزای تفکر علمی
۲. آشنایی دانشجویان پزشکی با معیارهای جهان‌شمول تفکر
۳. آشنایی دانشجویان پزشکی با تعریف، مزایا و شیوه ترسیم نقشه مفهومی

مقدمه

“It is not so very important for a person to learn facts. For that he does not really need a college. He can learn them from books. The value of an education … is not the learning of many facts, but the training of the mind to think something that cannot be learned from textbooks”.

Albert Einstein

«یادگیری واقعیت‌ها کار خیلی سختی نیست. به این منظور انسان، به‌راستی نیازی به دانشگاه ندارد. او می‌تواند آن‌ها را از کتاب‌ها بیاموزد. ارزش آموزش ... به یادگیری واقعیات فراوان نیست، بلکه به ورزیده ساختن ذهن برای اندیشیدن به چیزی است که نمی‌توان از کتاب‌ها یاد گرفت (۱)».

هزاره سوم با دگرگونی‌های وسیع و همه‌جانبه آغاز شد. تحولات عمیق و گسترده در عصر حاضر با ارائه مدل فکری، روش‌های تولید علم و آفرینش فناوری نوین همراه است. یکی از پیامدهای جدید این دگرگونی‌ها، تأکید بر روش‌های اندیشیدن است. این مجموعه به نحوه تفکر علمی اشاره دارد.

اگر می‌خواهیم آموزشی پویا و فعال داشته باشیم باید تفکر علمی در همه ابعاد و جوانب آموزش ازجمله اساتید، منابع علمی، کلاس درس، روش تدریس و هر آنچه به نظر می‌رسد در ارتباط با آموزش است لحاظ شود.

چرا مطالعه تفکر علمی اهمیت دارد؟

همه ما می‌اندیشیم. اندیشیدن در ذات ماست؛ اما بخش اعظم تفکر ما، اگر به حال خود رها شود، سوگیرانه، تحریف‌شده، مغرضانه، ناآگاهانه یا حتی کاملاً متعصبانه (و آلوده به پیش‌داوری) می‌شوند. در عین حال، فکر ما بر کیفیت زندگی و نتیجه‌ی کارهایمان مستقیماً تأثیر می‌گذارد. بی‌کیفیتیِ «اندیشیدن» زیان‌های فراوانی به ما می‌رساند و بر کل زندگی‌مان تأثیر منفی می‌گذارد. تفکر ناآگاهانه هزینه دارد. هم هزینه‌های مالی به ما تحمیل می‌کند و هم کیفت زندگی‌مان را پایین می‌آورد. بنابراین، یکی از کارهایی که شاید هر انسانی باید انجام دهد این است که کیفیت «اندیشیدن» خودش را به‌صورت نظام‌مند پرورش دهد (۲). بررسی اهداف

آموزش و پرورش و آموزش عالی در سطح ایران و جهان نشان‌دهنده آن است که برای مقابله مناسب با توسعه نایافتگی یا مشکلات فردی، اجتماعی و اقتصادی به پرورش افرادی که منطقی، علمی، خلاق و نقاد بیندیشند نیاز است (۳).

آموزش عالی در تمام کشورهای در حال رشد با دو چالش اصلی توسعه نایافتگی و جهانی شدن مواجه است. منظور از توسعه نایافتگی، بی‌سوادی، سوء تغذیه و بیکاری است که وظیفه آموزش عالی هدایت پرورش یافتگان خود برای توسعه اقتصادی و اجتماعی است و چالش دیگر که جهانی‌شدن است، عبارت از وابستگی کشورها به یکدیگر و رقابت‌جویی است وظیفه آموزش عالی در اینجا آماده سازی پرورش یافتگان خود برای مقابله با اثرهای سوء جهانی شدن و توانمند کردن آن‌ها برای رقابت با حریفان است. برای رسیدن به این مهم، هدف های آموزشی یک جامعه باید شامل گسترش تفکر خلاق، علمی و انتقادی در بین دانشجویان کشور باشد. دانشجویان در آینده بار مهمی از وظایف و مسئولیت‌های علمی، فرهنگی و اجتماعی جامعه را بر دوش خواهند کشید، زیرا در دنیای پیچیده امروز که شاهد رقابت‌های بسیار فشرده جوامع مختلف در دستیابی به جدیدترین تکنولوژی و منابع قدرت هستیم. افراد مجهز به انواع مهارت‌های فکری و صاحبان اندیشه نو و تفکر واگرا به مثابه گران‌بهاترین سرمایه‌ها از جایگاه بسیار والا و ارزشمندی برخوردار هستند (۳).

با توجه به مسئولیت خطیری که دانش‌آموخته پزشکی خواهد داشت، کسب مهارت‌های تصمیم‌گیری، استدلال و حل مسئله برای وی بسیار ضروری است. بنابراین در سند توانمندی‌های دانش‌آموختگان دوره دکترای پزشکی عمومی در جمهوری اسلامی ایران، تسلط بر مهارت‌های تصمیم‌گیری، استدلال و حل مساله، به‌عنوان یکی از هفت محور توانمندی‌های ضروری پزشکان معرفی شده است. در این سند آمده است: « *دانش‌آموخته دانشگاه باید در رویارویی با یک مسئله، قادر به شناسایی مشکل و ابعاد آن باشد، توانایی جمع‌آوری و ارزیابی اطلاعات مرتبط را از بهترین منابع در دسترس داشته باشد، راه‌حل های مختلف را شناسایی و ارزیابی نماید، قادر به برآورد احتمال پیامدهای هریک باشد و سرانجام مناسب‌ترین گزینه را با*

توجه به شـــرایط عدم قطعیت[1] در هنگام تصـــمیم‌گیری انتخاب کند. او باید بتواند جهت اتخاذ تصـمیم نهایی، این توانمندی را با اطلاعات خود در حوزه‌های دیگر مانند اولویت‌ها و ارزش‌های مورد قبول خدمت گیرندگان و جامعه و همچنین هزینه- اثربخشـــی راه‌حل‌های ممکن ادغام کند» (۴).

دستیابی به اهداف بیانیه فوق را می‌توان از طریق تفکر علمی، محقق نمود. تفکر[2] شکل بسیار پیچیده رفتار انســان و عالی‌ترین شــکل فعالیت عقلی و ذهنی اســت. به‌عبارت دیگر تفکر، یک فرایند شناختی است که به وسیلهٔ رموز یا نشانه‌های نمایانگرِ اشیا و حوادث، مشخص می‌شود. جان دیویی[3](که نام او به عنوان فیلســوف و اندیشــمند علم تعلیم و تربیت در تاریخ ثبت‌شــده است) فکر را عبارت از درک روابط می‌دانست و آن را چنین تعریف کرده است: بررسی دقیق هر نظر یا عقیده با توجه به دلایلی که از آن حمایت می‌کند و نتایجی که این نظر یا عقیده متوجه آن‌ها است (۵).

هدف هر سیستم آموزشی بار آوردن فراگیرانی متفکر، خلاق، نقاد و دارای بینش علمی است و این تنها در ســـایه انتقال اطلاعات به ذهن فراگیران حاصـــل نمی‌شـــود بلکه در برنامه‌های آموزشـــی باید روش‌هایی گنجانده شـــود که از طریق آن‌ها فراگیران و دانشـــجویان قابلیت‌های چگونه آموختن را از طریق نظم فکری بیاموزند و در زندگی روزمره خود به کار برند و با توجه به نقش اساسی محیط‌های آموزشی و روش‌های حاکم بر آن‌ها، باید به‌صورت سازمان‌دهی شوند که دانشـــجویان را به‌جای ذخیره‌ســـازی حقایق علمی با مســـائلی که در زندگی واقعی با آن‌ها مواجه می‌شوند درگیر سازند.

ما نیازمند آن هستیم که روش ارزیابی و راستی آزمایی هر نوع اندیشه‌ای را بدانیم. بدون این مهارت که در واقع به نوعی می‌توان آن‌ها تعریفی از تفکر علمی نامید، خطر نتیجه‌گیری‌ها و باورهای نادرست، تعصب، پیش‌داوری، زودباوری، سطحی اندیشی، بی مدارایی، گسترش خرافات و در نهایت دوری از حقیقت وجود خواهد داشت

---

۱. Uncertainty
۲. Thinking
۳. John Dewey

تعریف تفکر:

تفکر جریانی است که در آن فرد کوشش می‌کند مشکلی را که با آن رو به رو شده است معین سازد و با استفاده از تجربیات قبلی خویش، راه حلی برای آن پیدا کند (۶). تفکر علمی عبارت است از تفکری (درباره هر موضوع، محتوا یا مسئله علمی) که در آن فرد متفکر، با کنترل ماهرانه ساختارهای ذاتی تفکر و قرار دادن آن‌ها در چارچوب استانداردهای عقلانی، کیفیت تفکر خود را بهبود می‌بخشد (۷).

از نظر منطق، فکر یعنی مرتب کردن معلومات برای کشف مجهولات. از منظر فلسفه نیز می‌توان به تعریف ارایه شده توسط بوخنسکی[۱] اشاره نمود. او به هر حرکتی که در ذهن انسان روی دهد، تفکر می‌گوید (۸).

بعضی روان شناسان تفکر را یک پدیده ذهنی (محتوای هشیاری) جهت‌دار ارادی معنا کرده‌اند. برخی دیگر تفکر را یک فرآیند شناختی که به وسیله رموز یا نشانه‌های نمایانگرِ اشیاء و حوادث، مشخص می‌شود (۶). امروزه بیشتر روانشناسان معتقدند که مطالعه فعالیت‌های ذهنی نه تنها مهم، بلکه امکان‌پذیر است. به این دسته از افراد، روانشناسان شناختی می‌گویند. آنان کسانی هستند که در مطالعه شناخت تخصص دارند. شناخت به فرایندهای عالی روانی از قبیل پردازش اطلاعات، قضاوت کردن، تصمیم‌گیری و دانش ارتباط با دیگران اطلاق می‌شود.

نتیجه: فردی که تفکر علمی را به‌خوبی در خود پرورش داده است:

- سؤالات و مسائل علمی بسیار مهمی مطرح و دقیق و واضح به آن‌ها شکل می‌دهد.
- داده‌ها و اطلاعات علمی مرتبط را جمع آوری و ارزیابی می‌کند و برای تعبیر مؤثر آن‌ها از ایده‌های انتزاعی بهره می‌گیرد.
- به نتیجه‌گیری‌ها و راه‌حل‌های علمی و کاملاً منطقی می‌رسد و آن‌ها را بر اساس معیارها و استانداردهای مرتبط می‌آزماید.
- با ذهنی باز و بی‌تعصب در چارچوب نظام‌های همگرای تفکر علمی فکر می‌کند و فرضیات و مفاهیم علمی و پیامدهای عملی آن‌ها را ارزیابی می‌کند.

---

۱. Bochenski

- برای طرح راه‌حل‌هایی که برای مسائل علمی پیچیده یافته است ارتباط مؤثری با دیگران برقرار می‌کند.

بدین‌سان، تفکر علمی یعنی تفکری که خود فرد آن را هدایت، کنترل، نظارت و اصلاح می‌کند. پیش‌فرض این تفکر، پذیرش استانداردهای دقیق تعالی و کنترل آگاهانه استفاده از این استانداردها است. این نوع تفکر، مستلزم توانایی برقراری ارتباط مؤثر و حل مسئله و همچنین تعهد به پرورش مهارت‌ها، توانایی‌ها و گرایش‌های علمی است (۲).

انسانی که برای دریافت مسئله‌ای می‌اندیشد، یا قصد تحلیل، بررسی و یا حل آن را دارد، روندی از اندیشیدن در وی شکل می‌گیرد. این روند شامل هشت جزء است (۷):

تصویر شماره یک: اجزای تفکر علمی

شرح اجزای تفکر علمی (۲, ۷)

۱) تفکر و استدلال علمی، هدفمند است (هدف اصلی که درروند تفکر قرار است به آن برسیم، چیست؟):

- آیا می‌توانید منظورتان را به‌طور شفاف بیان کنید؟ برای بیان واضح هدف خود وقت بگذارید.
- قصد شما از این استدلال چیست؟ هدف خود را از اهداف مرتبط دیگر متمایز کنید.

- آیا استدلال شما بر هدفتان متمرکز ا ست؟ به صورت منظم (هدف خود را) برر سی کنید و مطمئن شوید که هنوز همان هدف را دنبال می‌کنید.
- آیا هدف شما واقع بینانه است؟ اهداف علمی معنادار و واقع گرایانه انتخاب کنید.

۲) تفکر علمی، تلاشی است برای فهم یک موضوع، یافتن پاسخ برای یک سؤال علمی، یا حل یک مسئله علمی:

- شما دقیقاً چه پرسشی را می‌خواهید جواب دهید؟ پر سش موردنظر را رو شن و دقیق مطرح کنید.
- آیا راه‌های دیگری برای طرح این پرسش وجود دارد؟ پرسش را به چند طریق مختلف مطرح کنید تا معنا و دامنه‌اش روشن شود.
- آیا پرسش مدنظر را می‌توان در قالب چند پرسش کوچک‌تر مطرح کرد؟ پر سش را به چند پرسش کوچک‌تر تقسیم کنید.
- آیا برای پرسش مدنظر فقط یک جواب صحیح وجود دارد یا بیش از یک پاسخ منطقی می‌توان برای آن در نظر گرفت؟ آیا برای پاسخ دادن به پرسش فوق می‌توان فقط از واقعیت‌های موجود اســـتفاده کرد یا باید با قضاوت شخصی به آن جواب داد؟ بین پرسش‌هایی که پاسخ‌های قطعی دارند با پرسش‌هایی که به نظر شخصی بستگی دارند و مواردی که برای یافتن پاسـخشـان به بررسـی چند دیدگاه مختلف نیاز اسـت تمایز قائل شوید.

۳) اســتدلال علمی، بر پایه داده‌ها، اطلاعات و شــواهد اســت (اطلاعات و داده‌هایی که از مسئله در اختیارداریم):

- تا چه اندازه در استدلال شما داده‌های مرتبط با موضوع وجود دارد؟ ادعاهای خود را به مواردی محدود کنید که با داده‌های موجود قابل تأیید هستند.
- اطلاعاتی را که برخلاف موضع شماست و همین‌طور اطلاعاتی که آن را تأیید می‌کند جستجو کنید.

- چقدر داده‌های ارائه شده واضح، دقیق و مرتبط با موضوع است؟ مطمئن شوید که کل اطلاعات به کار رفته واضح، صحیح و مرتبط با مسئله مطروحه است.
- آیا شما داده‌های کافی را برای رسیدن به نتیجه‌گیری منطقی جمع آوری کرده‌اید؟ مطمئن شوید که اطلاعات کافی جمع آوری کرده‌اید.

۴) استدلال علمی، در بردارنده استنباط یا تعابیری است که از طریق آن‌ها به نتیجه‌گیری‌های علمی می‌رسیم و به داده‌های علمی معنا می‌بخشیم (استدلال‌هایی که بیان می‌کنیم):

- تا چه اندازه داده‌های موجود نتیجه‌گیری شما را توجیه می‌کند؟ بر اساس شواهد، استنباط کنید.
- آیا ا ستنتاج‌های شما با یکدیگر هماهنگی دارند؟ برر سی کنید که ا ستنباط‌هایتان در تناقض با یکدیگر نباشند.
- آیا استنتاج‌های دیگری وجود دارد که باید مدنظر قرار گیرند؟ فرضیات پایه‌ای در استنباط‌هایتان را شناسایی کنید.

۵) ا ستدلال علمی از طریق مفاهیم ذهنی و ایده‌ها و نظریه‌های علمی ابراز می شود و شکل می‌گیرد:

- مفاهیم کلیدی و نظریه‌هایی که استدلال شما را هدایت می‌کنند، کدامند؟ مفاهیم کلیدی علمی را شناسایی کنید و به روشنی توضیح دهید.
- چه توضیحات دیگری می‌توان با در نظر گرفتن این مفاهیم و نظریه‌ها ارائه کرد؟ دیگر مفاهیم و نیز تعاریف دیگری که از مفاهیم شده است را هم در نظر بگیرید.
- آیا شما برای اینکه برنامه‌تان قابل توجیه شود دیگر افکار و ایده‌ها را بد جلوه نمی‌دهید؟ مطمئن شوید که مفاهیم را به درستی و با صحت به کار می‌برید.

۶) استدلال علمی بر پایه برخی فرضیات است:

- چه مواردی را شما به صورت فرضیات (عقاید و نظراتی که شما آن‌ها را بدیهی فرض کرده‌اید) در نظر گرفته‌اید؟ آیا این فرضیات موجه هستند یا نه؟ فرضیاتتان را به‌صورت دقیق شناسایی کنید و دریابید که توجیه‌پذیر هستند یا نه.
- فرضیات شما، بر دیدگاه شما چه تأثیری می‌گذارند؟ بررسی کنید که این فرضیات چگونه به دیدگاهتان شکل می‌دهند.

۷) استدلال علمی، نتایج و پیامدهایی به دنبال دارد:

- چه اثرات و نتایجی از استدلال شما به دست می‌آید؟ دستاوردها و پیامدهای حاصل از استدلال خود را دنبال کنید.
- اگر نحوه‌ی استدلال شما پذیرفته شود چه اثرات و پیامدهایی احتمالی وجود خواهند داشت؟ هم دستاوردهای منفی را جست‌وجو کنید و هم دستاوردهای مثبت را.
- تمام پیامدهای ممکن را بررسی کنید.

۸) استدلال علمی بر اساس یک دیدگاه صورت می‌گیرد (جهت‌گیری یا موقعیتی که از آن به مسئله نگاه می‌کنیم):

- دیدگاه[1] شما چیست؟ این دیدگاه مبتنی بر کدام بصیرت[2] است؟ نقاط ضعف دیدگاه شما چیست؟ دیدگاهتان را مشخص کنید.
- چه دیدگاه‌های دیگری در هنگام استدلال درباره این موضوع باید در نظر گرفته شود؟ نقاط ضعف و قدرت این دیدگاه‌ها چیست؟ به دنبال دیدگاه‌های دیگر باشید و نقاط قوت و ضعفشان را مشخص کنید.
- آیا شما به طور منصفانه، قدرت و ضعف دیگر دیدگاه‌ها را مدنظر قرار می‌دهید؟ سعی کنید هر دیدگاه علمی را منصفانه بسنجید.

---

1 . view
2 . insight

نکته:

به‌منظور تدوین مراحل ۵- ۱، پیشنهاد می‌شود نقشه مفهومی ترسیم فرمایید.

طراحی نقشه مفهومی[۱]

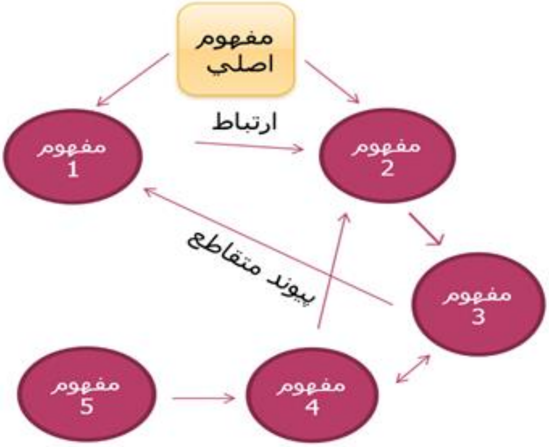
نقشه مفهومی، ابزاری برای نمایش دادن اطلاعات در قالب مجموعه‌ای از نمودارها و اشکال متصل به هم است که ارتباط منطقی بین مفاهیم را به روشنی نمایش می‌دهد. نقشه مفهومی به دنبال مشخص کردن مفاهیم (اجزا) و روابط میان آن‌هاست و از سه جزء تشکیل‌شده است: ۱- مفاهیم ۲- خطوط ارتباطی بین مفاهیم و ۳- توضیحات روی خطوط ارتباطی.

هدف از طراحی نقشه مفهومی، افزایش توانایی دانشجو در فهم مطالب، استخراج مفاهیم[۲] از متون علمی و برقراری ارتباط[۳] بین مفاهیم مختلف برای پاسخ‌گویی به یک پرسش و نیز بیان مفاهیم استخراج شده از متون علمی و ارتباط بین آن‌ها است. در بررسی یک متن یا مقاله، مرحله اول در رسم نقشه مفهومی یافتن پرسش اصلی[۴] است. پرسش اصلی در واقع پرسشی است که با رسم نقشه مفهومی به دنبال پاسخگویی به آن هستیم. مرحله دوم، یافتن مفاهیم است. مرحله بعدی، مرتب نمودن مفاهیم و ایجاد ارتباط بین آن‌ها است. مراحل چهارم و پنجم نیز به ترتیب شامل ایجاد پیوندهای متقاطع[۵] و بازنگری[۶] هستند. معمولاً نقشه مفهومی در یک صفحه رسم می‌شود. برای جلوگیری از شلوغ شدن بیش‌ازحد نقشه مفهومی، توضیح روی لینک‌ها را بیش از سه کلمه انتخاب نکنید.

در نقشه مفهومی، مفاهیم داخل کادر[۷] قرار می‌گیرند و ارتباط بین آن‌ها با خطوط جهت‌دار[۸] نشان داده می‌ شود. نوع ارتباط، به صورت واژه‌هایی[۹] روی خطوط ارتباطی نوشته می شود. به‌جای واژه‌ها می‌توان از نشانه‌هایی که بیانگر مفهوم هستند استفاده شود. مثلاً

۱. Concept Map
۲. Concepts
۳. Link
۴. Focus question
۵. Crosslink
۶. Revise
۷. Node
۸. Link
۹. Label

به‌جای «تحریک می‌کند» و «مهار می‌کند» از علائم مثبت (+) و منفی (-) اســتفاده کرد. لازم به توضـیح اسـت که در صـورت اسـتفاده از علائم و یا کلمات اختصـاری[۱] باید معنی علائم و یا فرم کامل کلمات اختصاری در جایی از نقشه (مثلاً پایین صفحه) توضیح داده شود (۹). خطوط ارتباطی بین مفاهیم، جهت دار هستند.



تصویر شماره دو: نقشه مفهومی و اجزای آن

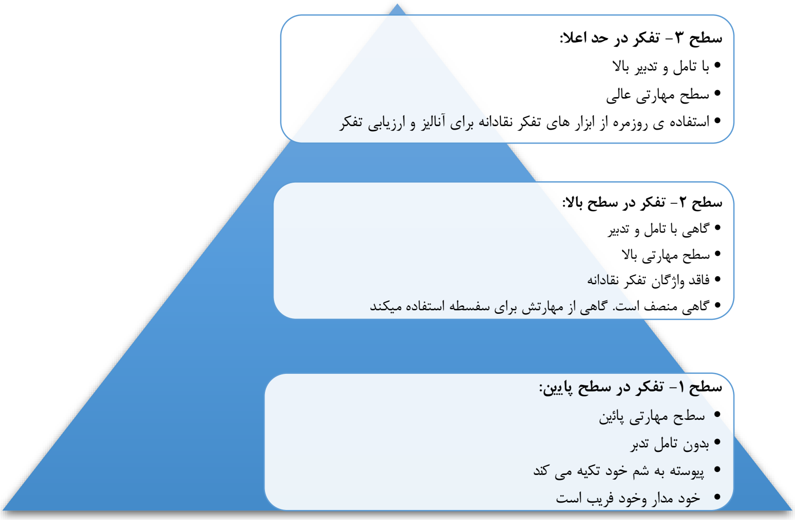
---

۱. Abbreviation

پرسش‌های مبتنی بر ارکان تفکر (در یک مقاله، یا فعالیت)

هدف	هدفی که می‌خواهم به آن نائل شوم چیست؟ هدف اصلی من چیست؟ مشخصاً چه منظوری دارم؟
پرسش	چه پرسشی را مطرح می کنم؟ به کدام پرسش اساسی می‌پردازم؟ آیا پیچیدگی‌های پرسش مطرح‌شده را در نظر گرفته‌ایم؟
اطلاعات	از چه اطلاعاتی برای رسیدن به نتیجه‌گیری خود بهره برده‌ایم؟ کدام تجربیات دلیلی بر شادعای من است؟ برای پاسخ به این پرسش به چه اطلاعاتی نیازمندیم؟
استنتاج/نتیجه‌گیری	چگونه به این نتیجه‌گیری رسیدم؟ آیا روش دیگری برای فهم اطلاعات هست؟
مفاهیم ذهنی	ایده اصلی در اینجا چیست؟ آیا می‌توانم ایده اصلی را توضیح دهم؟
فرض مسلم	چه چیزهایی را من بدیهی و مسلم فرض کرده‌ام؟ با در نظر گرفتن کدام فرض‌های مسلم به این نتیجه‌گیری رسیدیم؟
اثرات /پیامدها	اگر کسی موضع من را بپذیرد،چه اثراتی خواهد داشت؟ چه مواردی را من به‌طور ضمنی بیان داشته‌ام؟
دیدگاه	از چه دیدگاهی من به این موضوع نظر انداخته‌ام؟ آیا دیدگاه‌های دیگری وجود دارد که باید مدنظر قرار گیرند؟

سه سطح تفکر



تفکر سطوح بالاتر همواره از تفکر سطوح پایین‌تر، متمایز هستند؛ اما تفکر سطح بالا نیز ممکن است از نظر کیفیت، انسجام لازم را نداشته باشد و گاهی منصفانه باشد و گاهی نباشد. برای نائل آمدن به تفکر حد اعلا ما نه تنها به مهارت‌های فکری نیازمندیم بلکه باید فضیلت‌ها و خصائص یک متفکر نقاد را در خود پرورش دهیم (۷).

معیارهای جهانی تفکر و پرسش‌هایی برای به کار بستن این معیارها:

اجزای تفکر علمی، با در نظر گرفتن معیارهای تفکر (به شـــرح زیر)، باعث افزایش کیفیت تفکر می‌شوند:

۱. وضوح ۲. صحت ۳. دقت ۴. پیوستگی ۵. عمق ۶. وسعت نظر ۷. منطق ۸. اهمیت ۹. انصاف

معیارهای تفکر، سنجه‌هایی هستند که برای اطمینان از کیفیت تفکر به کار گرفته می‌شوند. اگر بخواهیم این معیارها ما را به سمت تفکر و استدلال بهتر سوق دهند باید صریح و شفاف آن‌ها را فراگیریم و در ما نهادینه شود.

۱. وضوح	آیا ممکن است توضیحات بیش‌تری ارائه فرمایید؟ آیا ممکن است یک مثال بزنید؟ آیا ممکن است منظورتان را با تمثیل بیان کنید؟
۲. صحت	چگونه می‌توانیم درستی آن را بسنجیم؟ از کجا می‌توان فهمید که این مطلب حقیقت دارد؟ چگونه می‌توانیم صحت مطلب را تصدیق کنیم
۳. دقت	آیا می‌توانید دقیق‌تر منظورتان را بیان کنید؟ ممکن است توضیحات بیش‌تری ارائه کنید؟ ممکن است دقیق‌تر این مطلب را بیان کنید؟
۴. پیو ست گـــــی (ارتباط)	ارتباط آنچه گفته‌شده است با موضوع چیست؟ این مطلب چه ربطی به پرسش دارد؟ مطلب چه کمکی در رابطه با این مسئله به ما می‌کند؟
۵. عمق	چه عواملی باعث می‌شود تا این مسئله به این شکل دشوار شود؟ چه پیچیدگی‌هایی در این پرسش وجود دارد؟ چه دشواری‌هایی در این موضوع وجود دارد که باید به آن‌ها بپردازیم؟
۶. وسعت نظر	آیا لازم نیست ما به این مسئله با چشم‌انداز دیگری نگاه کنیم؟ آیا لازم نیست دیگر دیدگاه‌ها را مدنظر قرار دهیم؟ آیا لازم نیست به روشی دیگر به این مسئله نگاه کنیم؟

۷. منطق	آیا کل مطالب بیان‌شـــده، دارای مفهوم و معنادار هستند؟ آیا پاراگراف اول با پاراگراف آخر تناسب دارد؟ آیا آنچه شما می‌گویید، برخا سته از شواهد و قرائن است یا نه؟
۸. اهمیت	آیا مهم‌ترین مســـئله‌ای است که باید مدنظر قرار گیرد؟ آیا این مطلب ایده اصلی است که باید بر آن متمرکز شد؟ کدام‌یک از این واقعیت‌ها اهمیت بیش‌تری دارند؟
۹. انصاف	آیا من در این مسئله نفع شخصی دارم؟ آیا من در بیان دیدگاه‌های دیگران، شفقت لازم را داشته‌ام؟

وضوح: ممکن است درباره‌ی این نکته توضیحات بیش‌تری ارائه فرمایید؟ ممکن است خواهش کنم این مطلب را به شیوه‌ی دیگری بیان کنید؟ لطفاً با ذکر مثال توضیح دهید.

وضوح یکی از معیارهای اولیه به‌حســاب می‌آید. اگر عبارتی مبهم باشد ما نمی‌توانیم میزان صحت و ارتباط آن را تعیین کنیم. در واقع ما نمی‌توانیم درباره آن اظهار نظر کنیم چون اساساً نمی‌دانیم که آن عبارت چه می‌گوید. به عنوان مثال به این پرســش توجه کنید: برای سیستم آموزشی چه‌کاری می‌تواند انجام داد؟ برای اینکه به این پرسش پاسخ مناسبی بدهیم نیازمند درک واضــح تری از آنچه توسط طراح پرســش به عنوان مسئله یا مشکل در نظر گرفته شــده هستیم. پرسش فوق را می‌توان با وضوح بیشتری به شکل زیر مطرح کرد:

آموزشگران چه باید بکنند تا اطمینان حاصل شود که فراگیران مهارت‌ها و توانایی‌هایی را که به آن‌ها کمک می‌کند تا در شغل و زندگی روزمره به طرز موفقیت آمیزی تصمیم‌گیری و عمل کنند را بیاموزند؟

صحت: آیا آنچه بیان شد حقیقت دارد؟ چگونه می‌توان صحت آن را تایید کرد؟ از چه راهی می‌توان پی برد آنچه گفته شده حقیقت دارد؟

یک عبارت ممکن است واضح باشد ولی صحت نداشته باشد؛ مثلاً وقتی می‌گوییم« بیش‌تر سگ‌ها بیش از ۱۳۰ کیلو وزن دارند ».

دقت: آیا می‌توانید جزئیات بیش‌تری در اختیار ما بگذارید؟ می‌توانید دقیق‌تر منظورتان را بیان کنید؟

یک گفته ممکن است واضح و صحیح باشد اما دقت لازم را نداشته باشد. مثلاً وقتی می‌گوییم « جلال ا ضافه وزن دارد » ؛ ما نمی‌دانیم ا ضافه‌وزن جلال به چه میزان است یک کیلو یا صد کیلو؟

ارتباط: چه ارتباطی بین آنچه گفته شد و پرسش مطرح شـــده وجود دارد؟ این مطلب چه ارتباطی با موضوع دارد؟

یک گفته ممکن است واضح، صحیح و دقیق باشد اما ارتباطی با مسئله یا موضوع مورد نظر نداشته باشد. به عنوان مثال دانشجویان اغلب فکر می‌کنند که میزان تلاشی که در یک درس از خود نشان می‌دهند می‌بایست در بالا بردن نمره آن‌ها تأثیر داشته باشد. با این وجود در بیش‌تر موارد «تلاش» مبنایی برای سنجش/ یادگیری دانشجویان نیست و زمانی که این‌گونه باشد تلاش ارتباطی با نمره مناسب ندارد.

عمق: چگونه پاسخی که به یک سؤال می‌دهید پیچیدگی‌های موجود در یک پرسش را در برمی‌گیرد؟ چگونه شما عوامل مختلف که در به وجود آوردن یک مسئله دخیل هستند را مدنظر قرار می‌دهید؟ آیا شما عوامل اصلی و مهم را در نظر گرفته‌اید؟ یک گفته ممکن است واضح، صحیح، دقیق و مرتبط با موضوع باشد اما از این نظر که فاقد ژرفا است، سطحی و پیش‌پاافتاده باشد. به‌عنوان‌مثال عبارت «فقط بگو نه» که برای چندین سال مورد ا ستفاده قرار می‌گرفت تا

کودکان و نوجوانان را از استفاده از مواد مخدر دور کند عبارتی واضح، صحیح، دقیق و مرتبط با موضوع بود. با این وجود کسانی که از این رویکرد استفاده کرده‌اند با یک مسئله‌ی بسیار پیچیده که همان اســتفاده‌ی گسترده از مواد مخدر در میان نوجوانان بود سطحی برخورد کردند. این برخورد پیچیدگی‌های موجود در این مسئله را در نظر نگرفته است.

وسعت: آیا لازم است ما دیدگاه دیگری را در نظر بگیریم؟ آیا راه دیگری برای نظر انداختن به این مسئله وجود دارد؟ از نقطه نظر محافظه‌کارانه این مسئله چگونه دیده می‌شود؟ این موضوع از دیدگاه...چگونه بررسی می‌شود؟

استدلال ممکن است واضح، دقیق، صحیح، مرتبط و ژرف باشد اما فاقد وسعت کافی باشد (همان‌طور که وقتی یک بحث از دیدگاه فقط محافظه‌کارانه یا فقط لیبرال دیده می‌شود که در آن فقط دیدگاه آن‌هـا عمیقـاً مورد توجـه قرار می‌گیرد ولی دیدگاه دیگری در نظر گرفته نمی‌شود).

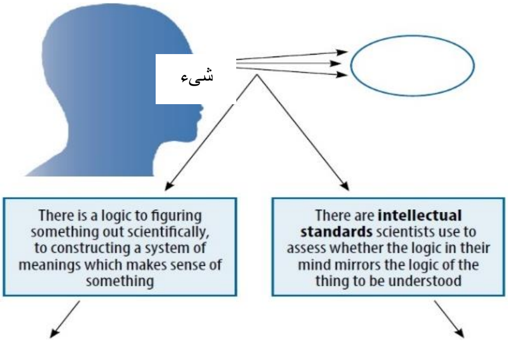
منطق: آیا آنچه گفته شــد مفهوم موردنظر را بیان کرد؟ آیا می‌توان گفت از حرف شما این مطلب بر می‌آید که؟ قبلاً شما به‌طور ضمنی این مطلب را بیان کردید، حال دارید این‌گونه می‌گویید که در تعارض با کلام پیشین شماست. نمی‌دانم چگونه هر دو این سخن می‌توانند حقیقت داشته باشند.

زمانی که فکر می‌کنیم، چندین ایده را در کنار هم قرار می‌دهیم. آنگاه‌که ترکیب این افکار یکدیگر را به طور متقابل تائید کرده و در کل مفهوم مشخصی را بیان می‌کنند می‌گوییم تفکر دارای منطق است. زمانی که مجموعه آنچه گفته می‌شود، در درون خود، افکاری را جای می‌دهد که با یکدیگر تناقض دارند گفته می‌شود که این ترکیب فاقد منطق است.

انصاف: آیا ما تمام دیدگاه‌ها را منصفانه در نظر می‌گیریم؟ آیا سعی نمی‌کنیم برخی اطلاعات را مخدوش جلوه دهیم تا بتوانیم دیدگاهی را که از آن جانب داری می‌کنیم حفظ کنیم؟ آیا توجه ما بیش‌تر به آنچه به نفع خودمان است تا به خیر عموم، معطوف نیست؟

ما به‌طور طبیعی از چشـم‌انداز خودمان به مسائل نگاه می‌کنیم، از دیدگاهی که به نفعمان باشد. انصاف یعنی اینکه همه دیدگاه‌ها را یکسان و بدون در نظر گرفتن علائق و احساساتمان در نظر بگیریم. چون ما تمایل به این داریم که نسبت به دیدگاه خودمان جانب‌داری داشته باشیم. این مسئله حائز اهمیت است که معیار انصاف را همواره در پیش روی تفکر خود داشته باشیم. این کار زمانی به‌طور خاص اهمیت می‌یابد که در وضعیتی قرار داریم که از ما خواسته می‌شود چیزی را ببینیم که ما تمایلی به دیدن آن نداریم یا از چیزی دست بکشیم که میل ما به نگه داشتن آن است.

نمای ذهنِ در حال تفکر علمی



برای درک علمیِ یک موضوع و ایجاد نظامی از معانی که باعث فهم آن موضوع می‌شود، به منطق نیاز است

معیارهایی برای تفکر وجود دارد که دانشمندان با استفاده از آن‌ها، متوجه می‌شوند منطق ذهنشان تا چه حد منطق موضوع موردنظر را منعکس می‌کند

موضوع، باید منطق داشته باشد...
موضوعی که بخواهیم از آن سر دربیاوریم...

عناصر تفکر، منطق را آشکار می‌کنند:		
۱	موضوعی که قصد درک آن رادارایم ⟵	داده ها یا اطلاعات، تجربیاتی از موضوع (بعد تجربی)
۲	دلایلی که می‌خواهیم این موضوع را درک کنیم ⟵	مقصود یا اهداف ما
۳	سؤالات یا مسائلی که می‌خواهیم حل کنیم ⟵	سؤالات ما درباره موضوع
۴	درک اولیه از شیء (هر آنچه بدیهی می‌دانیم) ⟵	فرضیات ما
۵	ایده‌هایی که شیء را بر اساس آن‌ها درک می‌کنیم ⟵	بعد مفهومی
۶	نتایجی که درباره شیء به دست می‌آید ⟵	استنباط‌ها یا تعابیر ما
۷	پیامدهایی که از تفسیر ما درباره شیء به وجود می‌آید ⟵	دستاوردها و پیامدها
۸	دیدگاهی که پس از شناخت شیء به دست می‌آوریم ⟵	دیدگاه یا مبانی تصمیم‌گیری ما

تفکر آزمایشی، مستلزم کنترل آزمایشی است.

پژوهشگران، برای حفظ کنترل بر روی همه عوامل علّی احتمالی مورد بررسی، هر متغیر را جدا می‌کنند و اثرات آن را بر پدیده‌های مورد مطالعه مشاهده می‌کنند تا ببینند کدام عوامل برای اثرات علّی ضروری هستند.

اگر دانشمندان متغیرهای مخدوش‌گر را کنترل نکنند، ممکن است آزمایش آن‌ها به بیراهه برود. اغلب، دامنه‌ای از متغیرها با یک تأثیر معین «مرتبط» هستند، درحالی‌که فقط یکی از متغیرها واقعاً منجر به تأثیر مورد نظر شده است. مثلاً مطالعات نشان داده‌اند در فرانسه

که مردمانش زیاد شراب قرمز می‌نوشند، میزان سکته قلبی کمتر از کشورهای اروپای شمالی است که شراب قرمز در بین مردمانشان از محبوبیت کمتری برخوردار است. آیا از این بررسی آماری می‌توان نتیجه گرفت که نوشیدن مرتب و متعادل شراب قرمز از وقوع سکته قلبی جلوگیری می‌کند؟ خیر، چون بسیاری تفاوت‌های دیگر نیز بین سبک زندگی مردم فرانسه و مردمان کشورهای اروپای شمالی وجود دارد، ازجمله، رژیم غذایی، عادات کاری، آب و هوا، مصرف سیگار، رفت و آمد، آلودگی هوا و زمینه‌های موروثی. این متغیرها «مرتبط» یا «مخدوش‌گر» با متغیر شراب قرمز هستند. ممکن است یک یا چند مورد از این متغیرهای مخدوش‌گر علت اصلی وقوع پایین سکته قلبی در فرانسه باشد. ابتدا باید این متغیرها را به طریقی کنترل کرد تا بشود نتیجه‌گیری کرد که مصرف شراب قرمز احتمال سکته قلبی را پایین می‌آورد.

یک طراحی آزمایشی ممکن، این است که فرانسویانی را که شراب قرمز می‌نوشند با فرانسویانی که اصلاً الکل یا آبجو مصرف نمی‌کنند مقایسه کنیم، به‌شرط آن که مطمئن شویم این دو گروه از نظر دیگر متغیرهای قابل اندازه‌گیری هیچ تفاوتی با یکدیگر ندارند. یا می‌توانیم مردمان اروپایی شمالی را که شراب قرمز می‌نوشند مطالعه کنیم و ببینیم میزان سکته قلبی در آن‌ها از بقیه مردمان این منطقه که شراب قرمز نمی‌نوشند کمتر است یا خیر. همچنین، می‌توانیم گروهی بیمار را که سکته قلبی کرده‌اند انتخاب کنیم و به نیمی از آن‌ها بگوییم هرروز کمی شراب قرمز و به نیم دیگر نیز بگوییم هرروز کمی آب سیب بنوشند؛ و بعد از چند سال، میزان وقوع سکته قلبی بین دو گروه را مقایسه کنیم[1](۲).

دو نوع سؤال علمی

برای پرداختن به یک پرسش، بهتر است اول ببینیم پرسش از چه نوعی است. آیا پرسشی است که یک جواب قطعی دارد؟ یا مستلزم این است که دیدگاه‌های متضاد هم را در نظر بگیریم؟ (۲)

---

1. جهت عدم لطمه به اصل متن، کامل ترجمه‌شده است. بدیهی است بر اساس دین مبین اسلام، چنین پژوهشی قابل انجام نیست (مترجم).

روش‌های متعددی برای دسته بندی پرسش‌ها به منظور تجزیه و تحلیل آن‌ها وجود دارد. یک روش این است که بر نوع استدلال موردنیاز برای پرسش متمرکز شویم. **پرسش‌های تک سیستمی یا مشخص**[1] پرسش‌هایی هستند که فرایندها یا روش‌هایی ثابت برای دست‌یابی به پاسخ دارند. در **سیستم پرسش‌های متناقض**[2] نظرات متعدد متناقضی در آن وجود دارد که یک شخص ممکن است به‌صورت استدلالی پاسخی برای پرسش دنبال کند. در این مورد پاسخ بهتر و پاسخ بدتر وجود دارد، اما هیچ یک از آن‌ها قابل تصدیق یا رد به صورت قطعی و نهایی نیست؛ زیرا این‌ها مواردی هستند درباره چیزهایی که حتی متخصصان هم درباره آن‌ها توافقی ندارند (بنابراین تضاد از یک سیستم به سیستم دیگر وجود دارد).

در پرسش‌های بدون سیستم و نظام مشخص[3] پاسخ مناسب منطبق بر ترجیح ذهنی یک فرد است، درحالی‌که هیچ پاسخ درستی وجود ندارد (۱۰).

سیستم‌های مشخص	سیستم‌های متناقض
- مستلزم بررسی شواهد و استدلال کردن در سیستم‌های علمی جاافتاده است	- مستلزم بررسی شواهد و استدلال کردن در نظریه‌ها یا سیستم‌های علمی متناقض است
- پاسخ‌های قابل تایید	- پاسخ‌هایی که هنوز قابل تایید نیستند
- دانش علمی	- مسائل مربوط به قضاوت علمی مستدل

به توضیحات و مثال‌هایی از هر دو نوع سؤال، توجه کنید.

مقصود (همه استدلال‌های علمی، مقصودی دارند)

---

۱. Established System
۲. Conflicting System
۳. No System

معیارهای اولیه: (۱) وضوح (۲) اهمیت (۳) دست یافتنی بودن (۴) ثبات (۵) توجیه‌پذیری

مشکلات متداول: (۱) عدم و ضوح (۲) سطحی بودن (۳) غیر واقع بینانه بودن (۴) متناقض بودن (۵) غیرمنصفانه بودن

اصل: برای آنکه درست استدلال کنید، باید مقصودتان را به روشنی درک کنید و نیز منطقی و با انصاف باشید.

متفکران ماهر...	متفکران بی‌مهارت...	بازتاب‌های انتقادی[1]
وقت می‌گذارند تا هدفشان را به‌روشنی بیان کنند.	اغلب درست نمی‌دانند هدف اصلی‌شان چیست.	آیا هدف استدلالم روشن است؟ دقیقاً به دنبال چه هستم؟ آیا هدفم را به چند طریق بیان کرده‌ام تا برایم روشن شود؟
هدف خود را از اهداف مرتبط دیگر متمایز می‌کنند.	بین اهداف متفاوت و گاهی متناقض در نوسان هستند.	چه اهداف دیگری در ذهن دارم؟ این اهداف چه ارتباطی با هدف اصلی‌ام دارند؟

[1]. Critical Reflections

		آیا از هدفم دور شده‌ام و در جهت دیگری حرکت می‌کنم؟ چطور می‌توانم این اهداف متناقض را باهم تطبیق دهم؟
هر از چند گاهی هدفشان را یادآوری می‌کنند تا ببینند هنوز در همان جهت حرکت می‌کنند یا نه.	هدف یا مقصود اصلی خود را از یاد می‌برند.	در نوشتن این طرح، آیا از هدفم دور شده‌ام؟ پاراگراف‌های سوم و چهارمم چه ارتباطی با هدف اصلی‌ام دارند؟
اهداف و مقاصد واقع‌بینانه دارند.	مقاصد غیرواقع‌بینانه دارند و اهداف غیرواقع‌بینانه‌ای برای خود تعیین می‌کنند.	آیا اهدافم از این پروژه بیش‌ازاندازه بزرگ است؟
اهداف و مقاصد معنادار انتخاب می‌کنند.	اهداف و مقاصد سطحی برمی‌گزینند و گمان می‌کنند معنادار هستند.	دنبال کردن این هدف خاص چه معنایی دارد؟ آیا باید روی هدف معنادارتری تمرکز کنم؟

اهداف و مقاصدی انتخاب می‌کنند که در راستای اهداف و مقاصد انتخابی دیگرشان هستند .	ناخواسته اهداف خود را نقض می‌کنند. روی افکارشان نظارت نمی‌کنند تا اهداف ناسازگارشان را شناسایی کنند.	آیا طرحم مرا از هدفی که سعی دارم در جای دیگری به دست بیاورم دور می‌کند؟

ادامه ...

متفکران ماهر...	**متفکران بی‌مهارت...**	**بازتاب‌های انتقادی**
مرتب تفکرشان را بر اساس هدفشان جهت می‌دهند.	معمولاً افکارشان را بر اساس هدفشان جهت‌دهی نمی‌کنند.	آیا استدلالم ارتباط مستقیم با موضوع موردنظر دارد؟ آیا در راستای هدفم عمل می‌کنم؟
اهدافی انتخاب می‌کنند که با ذهنیتی منصفانه شکل‌گرفته‌اند و تمایلات و حقوق دیگران را با تمایلات و حقوق خود برابر می‌دانند	اهدافی را انتخاب می‌کنند که فقط به نفع خودشان هستند و تمایلات و نیازهای دیگران را فدای اهداف خود می‌کنند.	آیا هدفم خودخواهانه است، آیا فقط در جهت خواسته‌های خودم است؟ آیا حقوق و نیازهای دیگران را هم در نظر گرفته‌ام؟

منابع:

1.Frank P. Einstein His Life And Times. NEW YORK: Alfred A. Knopf; 1947. 185 p.

2.Paul R, Elder L. The Thinker's Guide to Scientific Thinking: Based on Critical Thinking Concepts & Principles: Foundation for Critical Thinking Press; 2015.

۳.ساکن آذری ر, هاشمیان ک, پاشاشریفی ح. اثر آموزش TRIZ بر تفکر خلاق، علمی، انتقادی و خودکارآمدی دانشجویان دختر علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز. زن و مطالعات خانواده. ۱۳۹۴؛۸(۳۰):۱۳۹۴.

۴.شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی. سند توانمندی‌های دانش آموختگان دوره دکترای پزشکی عمومی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ خرداد ۱۳۹۴.

5.Carr D. Making sense of education: An introduction to the philosophy and theory of education and teaching: Routledge; 2005.

۶.شریعتمداری ع. روانشناسی تربیتی. تهران: انتشارات امیرکبیر؛ ۱۳۸۵.

7. Paul R, Elder L. The miniature guide to critical thinking: Concepts & tools: Foundation for Critical Thinking Dillon Beach, CA; 2006.

۸. شرفی م-ر. تفکر برتر: رویکردی فلسفی، دینی و روان شناختی به تفکر و کارکردهای آن در زندگی. تهران: سروش؛ ۱۳۸۱.

۹.کمیته علمی حیطه تفکرعلمی در علوم پایه. شیوه نامه حیطه تفکر علمی در علوم پایه. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۹۷.

۱۰.کبری نوری ر. تفکر انتقادی به مثابه روشی عام برای پژوهش‌های میان‌رشته‌ای علوم انسانی. فصلنامه مطالعات میان رشته ای در علوم انسانی. ۱۳۹۳؛۶(۳):۲۱-۱.

فصل دوم

آشنایی با اصول ارائه علمی و تهیه محتوای آموزشی

(فن بیان، پاورپوینت و سخنرانی)

دکتر صالح صالحی ذهابی - دکتر هاجر معنمد، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. مراحل تهیه یک سخنرانی مؤثر را بیان کند.
۲. نکات مهم هنگام ایراد سخنرانی را بیان کند.
۳. با اصول ساخت پاورپوینت آشنایی داشته باشد.
۴. نحوه اضافه کردن تصویر به اسلاید را به خوبی انجام دهد .
۵. فونت و سایز مطالب را تغییر دهد .
۶. اضافه و حذف مطلب به اسلاید را بصورت صحیح انجام دهد .

مقدمه

بی شک خوانندگان این کتاب تاکنون در کنفرانس ها و سخنرانی های متعددی حاضر شده‌اند و سـخنرانی پزشـکان زیادی را شـنیده اند. به این سـخنرانی ها فکر کنید. کدام یک در خاطره شـما باقی مانده اسـت و چرا؟ سـخنرانی کردن مانند بازیگری اسـت که هدف هر دو بیان یک داستان به مخاطب است.

به طور قطع سخنرانی در گردهمایی ها تنها دادن اطلاعات نیست، بلکه ارائه مطلب به گونه ای است که شنونده ها آن را درک کنند و بخشی از این مطالب در ذهنشان باقی بماند.

انسان زمانی بهترین یادگیری را داد که :

- انگیزه داشته باشد.
- نیاز خود را برای آموزش تشخیص داده باشد.
- آموزش از نظر محتوایی با نیاز وی مناسب باشد.
- اهداف یادگیری واضح باشد.
- به طور فعال درگیر آموزش باشد.
- از روش های مختلف آموزشی استفاده شده باشد.
- آموزش لذت بخش باشد.

حال با این مقدمه به سـراغ مراحل تهیه یک سـخنرانی خوب می رویم که در ادامه به نکاتی در این زمینه خواهیم پرداخت.

مراحل تهیه سخنرانی

برخلاف نظر عمومی، سخنرانان موفق با یک استعداد ذاتی و مادرزادی به دنیا نیامده اند. گرچه بعضی واقعا اعتماد به نفس بیشتری برای سخنرانی در جمع دارند، اما این مترادف با انجام یک سخنرانی علمی و موفق نیست. به هرحال این مهارت نیز همانند گرفتن یک رگ ورید مرکزی، قابل یادگیری است.

این کار مستلزم تمرین، انضباط و رعایت یک سری دستورالعمل های مشخص می باشد که در این فصل به طور خلاصه به آن پرداخته می شود. در ادامه به مراحل تهیه سخنرانی پرداخته می شود.

مخاطبان خود را بشناسید.

در اکثر مواقع ارائه دهنده در موقعیتی است که اطلاعات بسیار بیشتری از مخاطبان در مورد مطلب ارائه شده دارد، پس ابتدا تصمیم بگیرید که مخاطبان چه چیزی را از سخنرانی شما باید بیاموزند. یکی از الزامات این مهم این است که در رابطه با مخاطبان خود بیشتر اطلاعات کسب کنید این امر به شما ایده می دهد که سطح سخنرانی خود را در چه حد قرار دهید. سطح علمی آنها در چه حد است؟ احتمالا چند نفر در آنجا حضور دارند؟ آیا زبانی که سخنرانی می کنید زبان مادری شنودگان است؟ آیا شنوندگان شما از واژه شناسی فنی، پزشکی و علمی که برای شما آشنا است، اطلاعاتی دارند؟ خلاصه این که اگر مخاطبان خود را بشناسید به خوبی می توانید پیام خود را ساده و قابل فهم بیان کنید.

سخنرانی خود را تمرین کنید.

یک نکته کلیدی برای کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس در سخنرانی آن است که بدانیم به طور کامل آماده ایم. نه تنها باید از آنچه می گویید مطمئن باشید، بلکه باید از مدت زمان ارائه آنچه که می گوئیم نیز مطمئن باشید. این امر مستلزم آن است که سخنرانی خود را در برابر همکارانی که به آنها اعتماد دارید و فیدبک سازنده ای به شما ارائه می دهند، **تمرین** کنید.

تمرین کردن صد درصد اجباری است، زیرا با این روش علاوه بر این که می توانید سخنرانی خود را زمان بندی کنید، می توانید شیوه ارائه مطلب خود را ارزیابی نمائید و درصورت وجود رفتار و حرکات نامناسب، آنها را شناسایی و حذف نمائید.

در سخنرانی اگر کمی زودتر صحبت خود را تمام کنید، هیچ کس اعتراضی نخواهد داشت. اما بیش ازحد زمان خود صحبت کردن و تجاوز به زمان سخنران بعدی، بسیار غیرحرفه ای است. هرچند یک مدیر جلسه خوب این اجازه را به شما نخواهد داد. در مواقعی که سخنرانی خود را تمرین نکرده اید و نحوه بیان خود را با مدت زمانی که برای آن سخنرانی در اختیار شما

قرار داده اند، تنظیم نکرده اید به دلیل عجله و سرعت بیش از حد در انتهای سخنرانی، ممکن است به سخنرانی شما ناقص بماند و حتی در برخی موارد منجر به پایان سخنرانی بدون جمع بندی مطالب و نتیجه گیری شود. پس به یاد داشته باشید که سخنرانی خود را تمرین کنید تا از این طریق اضطراب شما کاهش یابد.

سخنرانی خود را عنوان بندی کنید.

تحقیقات زیادی در زمینه آموزش، بیانگر این مطلب است که اکثر مخاطبان نمی توانند اطلاعات جدید را به آنچه از قبل در رابطه با یک مطلب می دانند، ارتباط دهند. از طریق عنوان بندی مناسب سخنرانی می توان با ساختن یک مفهوم ذهنی ارتباط اطلاعات جدید با اطلاعات قبلی را برای مخاطبان ایجاد نمود و از این طریق بتوان شرایطی را فراهم نمود تا بازیابی بهتر حافظه صورت گیرد. پس به یاد داشته باشید که عنوان بندی سخنرانی می‌تواند به بازیابی بهتر حافظه مخاطبان شما کمک کند و از این طریق بین اطلاعات جدید که شما بیان می کنید و اطلاعات قبلی خود ارتباط برقرار نمایند.

مطالب خود را مرتبط بگویید.

توضیح دهید که چه می خواهید بگوئید. آن را بیان کنید و نهایتا توضیح دهید که چه گفته‌اید به عبارت دیگر در پایان به طور خلاصه مطالب خود را جمع بندی و نتیجه گیری کنید.

تمام سخنرانی ها باید شامل یک شروع، یک میانه و یک انتها باشند. در ابتدا شما توضیح می دهید هدف از سخنرانی و نکات اصلی که بیان خواهید کرد چیست ؟ در مرحله دوم، قسمت اصلی سخنرانی را ارائه خواهید داد که این قسمت باید شامل موارد زیر باشد:

- چرا این مطالعه انجام شده است؟
- چگونه این مطالعه انجام شده است؟
- چه نتیجه ای به دست آمده است؟
- تفسیر این نتایج چیست؟

در انتها آنچه را که شما گفته اید باید به روشنی خلاصه کنید. از تکرار مطالب مهم، نگران نباشید زیرا علاوه بر اینکه بیانگر تأکید شما بر موضوع می باشد، این تکرار کردن به

آموزش و تفهیم کمک می کند. پس به یاد داشـــته باشـــید مطالبی را که قرار اســـت در سخنرانی خود به آن بپردازید، مرتبط و با یک سیر منطقی بیان کنید.

با خود کارت های یادداشت همراه داشته باشید.

آیا تاکنون به لطیفه ای که از روی کاغذ برای شما خوانده شده است، خندیده اید؟

اگر تمام سخنرانی شما خواندن م ستقیم از روی متن آماده با شد، ارتباط مفیدی با مخاطبان خود نخواهید داشــت. همچنین خواندن منجر به از دســت دادن امکان ارتباط چشــمی شــما با مخاطبان می شــود. یک راه حل مفید، اســتفاده از کارت های کوچک و آماده‌ای اســت که تنها نکات کلیدی سخنرانی شما در آن نوشته شده است. این کارت ها می توانند به عنوان قسمتی از حافظه کمکی و نیز ق سمتی از روش های کاهش ا ضطراب نا شی از ترس فراموش کردن، به کار برده شوند.

محل سخنرانی و وسایل آن را کنترل کنید.

زودتر از موعد به محل ســخنرانی وارد شــوید تا زمان کافی جهت کنترل اندازه ســالن و تریبون آن، مکان کلیدهای رو شنایی و و سایلی که ق صد ا ستفاده از آن ها را دارید، دا شته با شید. اگر برای ارائه ی خود، پاورپوینت را انتخاب نموده اید، سیستم را جهت همخوانی با کامپیوتر کنترل کنید و اسلایدهای سخنرانی خود را مجدد بر روی سیستم جدید بررسی کنید. درصورت فراهم بودن امکانات، میزان روشـــنایی محل ســـخنرانی را تنظیم نمایید. اگر شـــما در ابتدای شـــروع سخنرانی تجهیزات را برر سی کنید و یا ا سلایدهای شما به هم ریخته با شد، مخاطبان شما بســیار آزرده خواهند شــد، پس قبل از شــروع ســخنرانی خود، محل، وســایل و تجهیزات مورد استفاده خود را کنترل کنید.

از اضطراب بیش ازحد بپرهیزید.

ا ضطراب چه در نزد ارائه دهنده و چه گیرنده اطلاعات می تواند به عنوان یک سد، مانع ارتباط مؤثر شود. بیشتر سخنرانان با تجربه به شما خواهند گفت که همواره قبل از شروع صحبت خود اضــطراب دارند و این مورد لزوما با گذشــت زمان بهبود نمی یابد. این طبیعی اســت و حتی در

برخی موارد می تواند مفید باشد به طوری که میزان مشخصی آدرنالین برای ارائه یک سخنرانی پر شورتر لازم است زیرا نبود اضطراب منجر به یک سخنرانی یکنواخت می شود.

ا ضطراب بیش از حد، تنها م شکل ارائه دهنده نی ست، بلکه برای مخاطبان نیز م شکل ساز ا ست و ممکن ا ست مخاطب به خاطر ا ضطراب سخنران اح ساس شرمندگی کند و به همین دلیل به مطلب ارائه شـــده توجه زیادی نکند و بیشـــتر متوجه حالت ذهنی ارائه دهنده شـــود. بعضی مواقع می توان با یک نفس عمیق تاحد زیادی اضطراب شروع سخنرانی را کنترل نمود.

نحوه ایراد سخنرانی

در هنگام ســخنرانی، تاثیر اولیه ای که ظاهر شــما روی مخاطب می گذارد بســیار مهم اســت. جویده جویده صحبت نکنید. بی قرار نباشید. روان صحبت کنید و رو به اسلایدها صحبت نکنید و ارتباط چشـــمی[1]با تمام مخاطبان برقرار کنید. ارتباط غیرکلامی به اندازه کلماتی که به کار می برید اهمیت دارد پس ســـعی کنید از همان ابتدا توجه مخاطبان را جلب کنید و کنجکاوی آنها تحریک کنید.

در هنگام سخنرانی لبخد بزنید و سیمایی مطمئن به خود بگیرد. آرام و شمرده صحبت کنید و لحن صدای خود را تغییر دهید.

ســخنرانی نباید روخوانی باشــد زیرا این کار این احســاس را القا می کند که موضــوع خود را نمی دانید و سبب می شود که سر شما پائین باشد، درحالی که سر شما باید بالا باشد و روی سخن شما با آخرین ردیف باشد.

در مورد روش مورد ا ستفاده در سخنرانی با توجه به مخاطبان و مو ضوع سخنرانی خود فکر کنید و سعی کنید بهترین روش را انتخاب کنید.کدام روش برای شما بهترین و راحترین روش اســـت؟ کدام یک تاثیرگذارتر اســـت؟ کدام روش آنچه شـــما می خواهید را به بهترین وجه به تصویر می کشد؟ شما باید روش های مختلف ارائه را سبک و سنگین کنید و بهترین و مرتبط ترین را انتخاب کنید.

[1] Eye Contact

در سخنرانی سعی کنید روش های کمک بصری خود را ساده و واضح بسازید. شما با اطلاعات خود آشـنا هسـتید اما در مورد مخاطبان اینگونه فرض نکنید پس اگر در برخی اسـلاید ها نیاز است که مخاطبان با دقت اسلاید را ببینند و بخوانند، چند ثانیه سکوت کنید. در صورت امکان از نمودارها و جداول ساده ا ستفاده کنید و در نمودارها تو ضیح دهید که محور X و Y ن شانگر چه چیزی می باشند و یا در یک هیستوگرام، به نکات کلیدی اشاره کنید.

نکته مهم این اسـت که نباید به روش مورد اسـتفاده در سـخنرانی اجازه داده شـود که پیام اصلی شما را نامفهوم سازد، زیرا هدف از استفاده آنها کمک به سخنرانی قابل فهم تر شما می باشد.

در پایان، آنچه غیرقابل پیش بینی اســت و باعث ایجاد اضــطراب زیادی می شـــود، انتظار کشیدن برای سئوالات مشکل و غیرحرفه ای در انتهای سخنرانی است. به خاطر داشته باشید همواره افرادی هســتند که تلاش می کنند امتیازاتی کســب کنند، مورد توجه قرار گیرند و یا اظهار فضــل نمایند، به جای آنکه تلاش کننده تا اطلاعات بیشــتری در مورد کار و ایده شــما کســب نمایند. مخاطبان معمولا از این نکته آگاهند و جانب شـــما را می گیرند، پس نگران و مضــطرب نباشــید. اگر در ســخنان شــما مضــامینی وجود دارد که باعث پیچیدگی و مخدوش نمودن دلایلی می شود که جهت اثبات نظریه های خود ارائه می کنید، در حین سخنرانی خود به این موضوع اشاره کنید تا از آماج سوالات جلوگیری شود.

به خاطر دا شته با شید که یک تحقیق خوب به میزانی که می تواند پا سخگو با شد، سئوال ایجاد می کند و گاهی اوقات مخاطبین سئوالاتی را می پر سند که شما به آن فکر نکرده اید و چه بسـا این خود جرقه ای برای تحقیقات بعدی شـما باشـد. بعضـی اوقات شـما می توانید با برگرداندن سؤال به خود پر سشگر او را بیشتر درگیر مطلب کنید و با این کار ا ضطراب خود را کنترل نمائید.

اصول صحیح تهیه پاورپوینت

باز و بسته کردن یک نرم افزار عرضه مطالب

برای بازکردن یک نرم افزار عرضـــه مطالب ، از منوی start ، گزینه programs را انتخاب کرده و روی Microsoft power point کلیک کنید .

راه های مختلفی برای بســتن برنامه power point وجود دارد. می توانید منوی file را باز کرده و exit را انتخاب کنید. همچنین می توانید آیکون دکمه close را در گوشـــه بالا – سمت راست صفحه کلیک کنید. وقتی برنامه را می بندید، اگر یک فایل عرضه مطالب باز باشد و حاوی اطلاعات ذخیره نشـده باشـد، کادری ظاهر می شـود که از شـما برای ذخیره اطلاعات سوال می کند. با کلیک کردن yes ، فایل ذخیره و بسته می شود و no، فایل را بدون ذخیره کردن می بندد. cancel هم روال بستن را منتفی می کند.

ایجاد یک فایل نمایشی جدید

برای ایجاد یک فایل نمایشـــی جدید از منوی file گزینه new را انتخاب کنید. با این کار، کادر محاوره ای new presentation باز می شـــود که در آن می توانید نوع فایل نمایشـــی مورد نظرتان را انتخاب کنید.

گروه های مختلفی از فایل های نمایشی وجود دارند. general نوع عادی فایل های عر ضه ای است. گزینه design templates امکان می دهد که از بین الگوهای آماده، انتخاب کنید. در زبانه presentations، نمایش های کاملی وجود دارد که فقط کافی اســـت اطلاعات خودتان را در آن درج کنید. در کادر محاوره ای new slide شـــما می توانید از بین چندین نمای صفحه، یکی را انتخاب کنید وقتی انتخاب کردید، ok کنید.

ذخیره کردن فایل در یک آدرس خاص

منوی file را باز کرده و گزینه save as را انتخاب کنید حال منوی مقابل save in را باز کنید تا دیســـک گردان های مختلف دســـتگاه را ببینید. در اینجا دیســـک گردان مورد نظر را انتخاب کنید. آدرس مورد نظر را انتخاب کنید برای تغییر نام فایل، در کادر file name نام مورد نظر را تایپ کرده و save را کلیک کنید.

ذخیره کردن فایل به نام دیگر

گاهی لازم می شـــود که فایل را به نام دیگری ذخیره کنید. برای این کار از منوی file گزینه save as را انتخاب کنید. کادر محاوره ای save ظاهر می شود. با استفاده از منوی save in می توانید در ساختار و شاخه های دستگاهتان حرکت کنید و محل مناسب برای ذخیره فایلتان را پیدا کنید. نام فایل را در کادر file name وارد کرده و در پایان دکمه save را بزنید .

حرکت بین فایل های نمایشی مختلف

گاهی ممکن اســـت شـــما بخواهید بین فایل های عرضـــه ای مختلف حرکت کنید. مثلا برای استفاده و کپی اطلاعات از یکی به دیگری، برای اینکار در منوی window، روی نام فایل مورد نظرتان کلیک کنید.

استفاده از راهنما help

برای فعال کردن راهنمای power point ، کافی اســـت دکمه f1 را بزنید. همچنین می-توانید به منوی help رفته و گزینه Microsoft power point را انتخاب کنید. دســـتیار office ظاهر می شــود. می توانید ســؤالتان را در کارد جســـتجو « تایپ کرده و search را کلیک کنید. فهر ست جواب ها ظاهر می شود. با کلیک روی یکی از موارد پیدا شده، یک منو help را نمایش می دهد.

استفاده از ابزارهای بزرگ نمایی

شـــما می توانید بزرگنمایی تصـــاویرتان را تغییر دهید. در صـــفحه اســـلاید در اندازه ۳۷٪ اندازه واقعی نشان داده شده تا تمام اسلاید در یک نما در صفحه power point قابل دیدن باشد. برای تغییر مقدار بزرگ نمایی روی منوی کرکره ای zoom کلیک کنید. چندین مقدار بزرگ نمایی در فهرســـت دیده می شـــود. برای دیدن اســـلاید در اندازه واقعی، گزینه ۱۰۰٪ را انتخاب کنید. کل ا سلاید، در اندازه کوچکتر هم در پنجره دیگری ظاهر خواهد شد. برای تنظیم بزرگ نمایی به صورتی که اسلاید در داخل پنجره نمایش جا شود، گزینه file را انتخاب کنید.

نماهای مختلف یک فایل نمایشی

راه های متنوعی برای مشاهده یک فایل نمایشی power point وجود دارد.

- ✓ **Normal view** : این نمایی ا ست که معمولا در حین ساخت ا ستفاده می شود و ترکیبی است از نمای کلی و نمای یک اسلاید.
- ✓ **Slide sorter view** : در این نما به راحتی می توان ترتیب اســـلایدهای فایل نمایشی را تغییر داد.
- ✓ **Notes view**: در این نما می توان توضیحات را به فایل نمایشی افزود.
- ✓ **outline view** : فقط متن ها قابل مشاهده اند.
- ✓ **slide view** : فقط تصاویر قابل مشاهده اند.
- ✓ **slide show view** : فایل نمایشی اجرا می شود.

تغییر نماها

برای تغییر نمای فایل نمایشـــی، منوی view را باز کرده و مثلا برای انتخاب نمای slide sorter، روی گزینه slide sorter کلیک کنید. وضـــعیت تصـــویر به نمای slide sorter تبدیل می شود. در اینجا می توانید تمام تصاویر (اسلایدها) به کار رفته در این فایل نمایشی را مشاهده کنید.

روش دیگر تغییر نمای کار، استفاده از دکمه ها تصویر در سمت چپ – پایین صفحه نمایش است. برای برگشتن به normal view روی دکمه normal view کلیک کنید.

افزودن یک تصویر

افزودن یک تصـویر به یک فایل نمایشـی، کار سـاده ای اسـت. برای درج تصـویر جدید، اگر از منوی insert گزینه new slide را انتخاب کنید، کادر محاوره ای جدیدی باز می شـــود. از این کاد می توان انواع تصاویر را برای فایل نمایشی انتخاب کرد. گزینه ها به شرح زیرند:

- ✓ **Title slide**: این گزینه همان طور که از نامش پیداست، معمولا برای عنوان به کار می رود.
- ✓ **Bulleted list**: فهرستی از موارد علامت دار ارائه می کند.
- ✓ **Column text**: دو ستون متن نشانه دار در اختیار می گذارد.
- ✓ **Table**: امکان درج اطلاعات به صورت جدولی را می دهد.
- ✓ **Text and chart**: متنی در سمت چپ و نموداری در سمت راست می سازد.

- ✓ **Chart and text**: نموداری در سمت چپ و متنی در سمت راست می سازد.
- ✓ **Organization**: یک نمودار تشکیلاتی می سازد.
- ✓ **Chart**: یک اسلاید شامل فقط یک نمودرا درج می شود.
- ✓ **Text and clip art**: اسـلایدی شـامل متن در سـمت چپ و تکه هنری کوتاه در سمت راست می سازد.
- ✓ **Clip art and text**: اسـلایدی شـامل تکه کوتاه هنری در سـمت چپ و متن در سمت راست.
- ✓ **Title only**: فقط یک عنوان می سازد.
- ✓ **Blank**: ا سلایدی خالی ا ست و شما می توانید مطابق میل خود آن را شکل بندی کنید.

تغییر چیدمان اسلایدها

چون امکانات زیادی در زمینه تغییر چیدمان ا سلاید وجود دارد، ممکن ا ست لازم با شد که در مقطعی ا سلاید را به حالت ا صلی آن برگردانید یا چیدمان جدیدی به آن اعمال کنید. برای این کار، منوی format را باز کنید. گزینه slide layout را انتخاب کنید. با این کار، کادر محاوره ای slide layout که در زمان ایجاد ا سلاید ا ستفاده کردید، باز می شود. در اینجا می توانید دوباره همان شکل بندی اولیه، یا شکل بندی جدیدی را به اسلاید اعمال کنید.

تغییر پس زمینه اسلاید

یکی از خواص متعدد نمایش اسلاید ها، تنوع رنگ و شکل پس زمینه آنهاست. برای تغییر رنگ پس زمینه، منوی format را باز کنید و گزینه background را انتخاب کنید. در کادر محاوره ای که باز می شود. بعضی از گزینه ها عبارتند از:

Background : کلیک کردن روی پیکان کنار این گزینه، شـــما را به گزینه های دیگری هدایت می کنند که عبارتند از همان پاراگراف.

Colors: گستره ای از رنگ های استاندارد برای فایل نمایشی.

More colors: تعداد بیشتری رنگ برای مصرف در فایل نمایشی.

Fill effects: گستره ای از الگوهای پرکننده مثل شبکه ها و پس زمینه های بافت دار.

Apply to all: از این گزینه برای اعمال پس زمینه جدید به تمام اسلایدها استفاده کنید.

Apply: از این گزینه برای اعمال پس زمینه انتخاب شــده فقط برای اســلاید جاری اســتفاده کنید.

Preview : نشان می دهد که اعمال تغییرات چه اثری بر اسلاید خواهد داشت .

حالا روی پیکان رو به پایین background fill کلیک کرده ، یک رنگ انتخاب کنید و apply را کلیک کنید.

اعمال یک الگوی طراحی

برای تغییر شـــیوه یک پس زمینه، منوی format را باز کنید و گزینه apply design template را انتخاب کنید.

کادر محاوره ای شامل طیفی از گرینه ها ظاهر می شود که نمای آنها در صفحه پیش نمایش قابل مشاهده است. روی آن ها کلیک کرده تا ببینید به چه شکل هستند و هنگامی که نمونه مورد نظرتان را یافتید. روی aplly کلیک کنید. با این کار شیوه پس زمینه در تمام اسلایدهای فایل نمایشی، عوض می شود.

تغییر الگوهای طراحی

وقتی یک فایل نمایشـی، با اسـتفاده از یک الگوی طراحی ایجاد کردید، اگر بخواهید می توانید الگوی دیگری به آن اعمال کنید. منوی format را انتخاب کنید و گزینه apply design template را انتخاب کنید. الگوی جدید مورد نظر را انتخاب کنید. apply را کلیک کنید حالا نوبت شماست. سعی کنید الگوی طراحی را به network bliz تغییر دهید.

افزودن متن به پا صفحه

شـــما می توانید پا صـــفحه (footer) به اســـلایدهایتان اضـــافه کنید. برای این کار در منوی view، گزینه headers and footers را انتخاب کنید. در کادر متن footer، متن مورد نظر برای پا صفحه (footer) را تایپ کنید. با کلیک روی هر یک از گزینه های apply to all یا apply ، می توانید کنترل کنید که متن در تمام یا بعضی اسلایدها درج شود. حالا شما

سعی کنید متن draft presentation را در پا صفحه (footer) تمام ا سلایدهای فایل نمایشی جاری اضافه کنید.

شماره گذاری خودکار اسلایدها:

همراه اطلاعات پا صــفحه، power point می تواند شــماره اســلایدها و تاریخ را هم به طور خودکار نشــان دهد. برای این کار، از منوی view، گزینه header and footer را انتخاب کرده و برای تغییر حالت به شماره گذاری خودکار ا سلایدها، مطمئن شوید که گزینه slide number فعال باشـــد. شـــما می توانید تاریخ روز را به طور خودکار با فعال کردن گزینه update automatically در زیر بخشdate and time نمایش داده یا یک تاریخ خاص را با انتخاب گزینه fixed و وارد کردن یک تاریخ نمایش دهید. مجدد شـــما می توانید اعمال این تغییرات به کل ا سلایدها یا فقط ا سلایدهای خاص را با کلیک روی apply یا apply to all کنترل کنید.

افزودن متن به یک نمایش

اولین کاری که با یک اســلاید باید انجام داد ، افزودن یک عنوان و مقداری متن به آن اســت. برای افزودن عنوان و متن، روش های م شابهی ا ستفاده می شود. در کادر title کلیک کرده و متن مورد نظر را تایپ کنید. سپس در خارج کادر کلیک کنید.

ویرایش اسلایدها و یادداشت ها

در یک فایل نمایشی آماده، شما می توانید محتوای اسلایدها یا محتوای یادداشت ها را ویرایش کنید. برای ویرایش محتوای اسلایدها روی متن مورد نظرتان کلیک کرده و با استفاده از صفحه کلید متن را ویرایش کنید. به همین ترتیب، یادداشت ها هم قابل اصلاح هستند. به طور مشابه، روی کادر note کلیک کرده و تغییرات را آن طور که می خواهید اعمال کنید.

تغییر ظاهر متن

وقتی متن را وارد می کنید، رایانه به طور خودکار تنظیمات شــرایط ظاهری متن را تعیین می کند. شما می توانید این پیش فرضها را در طی روالی که شکل بندی (formatting) نامیده می شود، تغییر دهید.

برای این کار سه روش اصلی وجود دارد. برای تغییر فونت، شیوه و اندازه متن، با انتخاب متن شروع کنید.

منوی format را باز کرده و font را انتخاب کنید. در کادر چندین عنوان وجود دارد ولی ما فقط از font style ،font و size اســـتفاده خواهیم کرد. برای تغییر هر یک از این-ها، موردی را که می خواهید تغییر دهید، انتخاب کنید. ســـپس روی پیکان کلیک کنید و شـــیوه (style) مورد نظر را انتخاب کنید. همین کار را برای هر یک از ســـه مورد می توانید انجام دهید. وقتی کارتان تمام شد، ok کنید.

اعمال شکل بندی متن

خواص متعددی برای متن وجود دارد که با شـــکل بندی تغییر می کنند. در این بخش متداول ترین آنها با نحوه استفاده از آنها توضیح داده شده است. با انتخاب متن شروع کنید . بعد دکمه پر رنگ bold را بزنید تا متن پررنگ شـــود. دکمه italic ، را برای کج نویس شـــدن و دکمه underline را برای زیر خط دار شدن متن انتخاب شده کلیک کنید.

کوچکی و بزرگی حروف متن

شـــاید بخواهید مثلا برای تاثیرگذاری بیشـــتر بزرگی و کوچکی حروف متن را تغییر دهید. ابتدا متن مورد نظر را انتخاب کنید، از منوی format گزینه change case را انتخاب کرده و شیوه مورد نظرتان را انتخاب و ok کنید.

تغییر رنگ متن

در power point رنگ متن را می توان تغییر داد. برای این کار ابتدا متن مورد نظرتان را انتخاب کنید. روی دکمه رنگ فونت کلیک کنید تا منوی رنگ فونت باز شـــود. اگر رنگ مورد نظرتان را پیدا نکردید روی more font colors کلیک کنید تا محدوده وســـیع تری از رنگ ها را ببینید و از آن انتخاب کنید. از کادر محاوره ای color روی یک رنگ کلیک کنید و بعد ok کنید. رنگ جدید اعمال می شـــود. متن را از حالت انتخاب شـــده خارج کنید تا اثر اعمال رنگ جدید را ببینید.

تراز بندی متن

متن را می توان در حالات مختلف تراز بندی کرد. متن مورد نظر را انتخاب کنید. بعد با کلیک کردن align left ، آن را در چپ تراز کنید. با کلیک کردن، تغییر بلافاصـــله اثر کرده و دیده می شود. به طور مشابه با کلیک کردن center متن از و سط تراز می شود و با کلیک روی align right، متن از راست تراز می شود.

متن را از نظر موقعیت قائم در کارد متن هم می توان تراز کرد. برای این کار روی حاشـــیه کادر را ست کلیک کنید تا منوی مربوطه باز شود. از منو گزینه format place holder را انتخاب کنید. با این کار کادر محاوره ای format autoshape باز می شـــود. از آنجا منوی کرکره ای text anchor point را باز کنید و گزینه top را انتخاب کنید تا متن را در بالای کادر تراز کند. preview را کلیک کنید تا اثر تراز بندی را ببینید. حالا دوباره text anchor point را باز کرده و گزینه bottom را انتخاب کنید و ســـپس ok کنید. حالا متن در تراز پایین و راست کادر، تراز شده است.

تنظیم فاصله خطوط

فاصــله خطوط متن در یک ســند می تواند از فاصــله تکی به فاصــله دوتایی و چند گزینه دیگر تغییر داده شـــود. ابتدا روی بلوک متن مورد نظر کلیک کنید. ســـپس روی کادر حاشـــیه متن کلیک کنید تا شکل کادر از خط های کج نازک به نقاط کوچک تبدیل شود. این به مفهوم آن اســـت که تمام متن داخل کادر تحت اثر تغییر فاصـــله خطوط قرار خواهد گرفت. حالا منوی format را باز کرده و گزینه line spacing را انتخاب کنید. کادر محاوره ای line spacing ظاهر می شـــود. در این جا می توانید فاصـــله خطوط را وارد کنید. وارد کردن عدد ۲ در کادر line spacing به معنی فاصله ۲ برابر و وارد کردن عدد ۱ در کادر به معنی فاصله خطوط تک واحدی است. ok کنید تا فاصله خطوط جدید اعمال شود.

فاصله بین خطوط پاراگراف ها، لیست های نشانه دار یا شماره دار هم به همین روش تنظیم می شود. در حالتی که متن مورد نظر انتخاب شده، منوی format را باز کرده و دوباره line spacing را انتخاب کنید، مقادیر مورد نظرتان را در کادرهای before paragraph و after paragraph وارد کنید. هم می توانید عدد مورد نظرتان را در کادرها وارد کنید، هم

می توانید با اســتفاده از پیکان ها، مقدار موجود را کم یا زیاد کنید. برای مشــاهده اثر تغییرات قبل از اعمال، preview را کلیک کنید و اگر لازم است. تنظیمات را اصلاح کنید و سپس ok کنید تا تغییرات اعمال شوند.

دستورات undo و redo

اگر در هر مرحله از کاری اشــتباه کنید، مثلا کلمه ای را اشــتباها پاک کنید، undo کارهای انجام شــده را بر می گرداند. برای این کار، منویedit را باز کنید و گزینه undo را انتخاب کنید. توجه که در کنار undo، کلمه دیگری هم هســت. در این مثال، آن کلمه clear اســت. کلمه دوم هر بار که شما کاری انجام می دهید تغییر می کند. حالا شما ا ستفاده از undo را آزمایش کنید. اگر از undo ا ستفاده کردید و پشیمان شدید، حالا می توانید از د ستور redo استفاده کنید تا اثر undo را برگردانید. دستور redo در داخل منوی edit قرار دارد.

درج یک المان گرافیکی در یک اسلاید

برای کمک به ارائه بهتر مطالب، می توانید از اجزاء گرافیکی و تصــاویر اســتفاده کنید. منوی insert را باز کنید و گزینه picture را انتخاب کنید. گزینه clipart را از منوی بعدی انتخاب کنید. حالا گروهی را که می خواهید با کلیک روی آن از فهرســت انتخاب کنید. در مرحله آخر تصــویری را که می خواهید انتخاب کرده و روی آیکون insert clip در بالای منویی که باز می شود کلیک کنید تا تصویر درج شود.

درج یک عکس در یک اسلاید

فایل های نمایشــی را می توان با تصـویر و عکس غنی تر کرد. المان های گرافیکی در مجموعه clipart یافت می شوند و تصاویر، به صورت فایل های گرافیکی هستند که احتمالا با دوربین دیجیتال یا ا سکنر تولید شده اند. برای درج یک عکس، منوی insert را باز کنید، گزینه های picture و بعد، format file را انتخاب کنید و فایل مورد نظرتان را انتخاب کنید و در پایان دکمه insert را کلیک کنید. حالا شما امتحان کنید.

کپی متن، گرافیک، عکس در داخل یک فایل یا بین فایل های نمایشی مختلف

شـــما می توانید بخش هایی از ســند خود را با اســتفاده متوالی از دو دســتور copy و paste تکرار کنید. ابتدا متن مورد نظر را انتخاب کنید. منوی edit را باز کنید. گزینه copy را کلیک کنید. این کار متن را به محل خا صی در حافظه، به نام clipboard انتقال می دهد. حالا برای درج، ابتدا در محل مورد نظر برای درج کلیک کنید. منوی edit را باز کنید و گزینه paste را انتخاب کنید. متن در همان محل ظاهر می شود.

انتقال متن، گرافیک و عکس در داخل یک فایل یا بین فایل های مختلف

بریدن (cut) متن، امکانی اســت که برای حذف، یا انتقال متن به جای دیگر، بدون اســتفاده از دستورات copy و paste ، به کار می رود. برای این کار، متن مورد نظر را انتخاب کنید. منوی edit، را باز کنید و گزینه cut را انتخاب کنید. این کار ســـبب انتقال متن از ســـند به حافظه clipboard می شود. بعدا می توانید متن را در جای دیگر درج نمایید. برای درج متن ابتدا در محلی که می خواهید متن ظاهر شود، کلیک کنید. منوی edit را باز کنید و گزینه paste را انتخاب کنید. متن در محل انتخاب شــده درج می شــود. وقتی عملی مثل درج متن انجام می دهید، می توانید آن را با د ستور undo، بی اثر کنید. منوی edit را باز کرده، گزینه undo را کلیک کنید تا عمل paste، undo شود.

تغییر اندازه تصاویر و گرافیک ها

وقتی المانی مانند یک تصــویر گرافیکی یا یک عکس را ایجاد کردید، می توانید ظاهر آن ها او موقعیت آن ها را تغییر دهید. ابتدا روی آن کلیک کنید. با این کار هم المان مورد نظر انتخاب می شــود و هم مربع های کوچکی که دســتگیره (handle) نامیده می شــوند، روی آن جزء ظاهر می شـــوند. این به شـــما امکان می دهد که المان ها را حرکت داده یا در جهات مختلف تغییر اندازه دهید، بسته به آن که روی کدام د ستگیره کلیک کنید. برای تغییر اندازه جزء روی آن کلیک کنید تا انتخاب شــود. یکی از دســـتگیره ها را بگیرد (با ماوس) و آنرا به موقعیت جدید بکشــید. شــما می توانید که هر کدام از دســتگیره ها را به هر موقعیتی که می خواهید، بکشید. وقتی ماوس را رها می کنید، جزء مورد نظر به طور خودکار تغییر اندازه می دهد.

حذف متن، گرافیک و عکس

مشابه بریدن، کپی و درج، متن می تواند حذف هم بشود. برای این کار متن مورد نظر را انتخاب کنید و کلید delete را بزنید. برای لغو اثر آخرین مورد حذف، می توانید آن را undo کنید. برای این کار، منوی edit را باز کره و undo را کلیک کنید.

تصاویر و اجزاء گرافیکی را هم می توان حذف کرد. برای حذف یک عکس یا گرافیک، اول آن را با کلیک رویش، انتخاب کنید و ســـپس کلید delete را بزنید تا حذف شـــود. آخرین مورد حذف را می توانید با undo، بی اثر کنید. برای این کار منوی edit را باز کرده و روی undo کلیک کنید. تصویر یا گرافیک، مجددا ظاهر می شود.

حالت های هنری در نمایش ها

افزودن حرکت و پویا نمایی

شـــما می توانید به متن و اجزاء گرافیکی نمایش، با اســـتفاده از preset animation حالت متحرک بدهید. برای این کار روی المان مورد نظرتان کلیک کنید و منوی slide show را باز کنید و preset animation را انتخاب کنید. حالا یکی از گزینه ها را انتخاب کنید. برای مشـــاهده اثر حالت انتقال، منوی slide show را باز کرده و نمایش را اجرا کنید. با کلیک کردن ماوس، حالت را مشاهده می کنید. حالا شما با انتخاب حالت flying امتحان کنید.

به همین ترتیب می توانید حالت متحرک را به متن هم اعمال کنید. وقتی یک حالت animation را به یک المان اعمال کردید، می توانید آن را به حالت دیگری تغییر دهید. برای این کار ابتدا آن المان را انتخاب کنید. بعد منوی slide show را باز کنید. منوی فرعی pre-set animation را انتخاب کنید و در آن جا حالت تحرک دیگری را به جای آن که فعلا انتخاب شـــده و تیک خورده انتخاب کنید. حالت متحرک جدید به طور خودکار جایگزین می شـــود. برای مشـــاهده حالت متحرک باید نمایش را اجرا کنید. برای این کار منوی slide را باز کنید. گزینه view show را انتخاب کنید. متحرک ســازی دیده می-شـــود. حالا شـــما حالت متحرک را به dissolve تغییر دهید.

بدیهی اســـت که حالت متحرک متن را هم می توان تغییر داد. متن را انتخاب کنید و منوی slide show و بعد pre-set animation را انتخاب کنید. حالت متحرک دیگری انتخاب کنید.

افزودن حالات انتقال یا تغییر

برای جذاب تر شــدن نمایش، می توانید حالات تبدیل اســلایدها را کنترل کنید. برای این کار اســلایدهای مورد نظر را انتخاب کنید. منوی **slide show** را انتخاب کنید و حالت تبدیل اســلاید مورد نظر را انتخاب کنید. کادر محاوره ای نمایش داده می شــود. حالت تبدیل را می توانید از منوی کرکره ای **effect** انتخاب کنید. پیش نمایش حالت های تبدیل نشان داده می شــود. می توانید ســرعت تبدیل را با کلیک روی **show** در حالت های **medium** یا **fast** تنظیم کنید. شما می توانید اعمال این تبدیل به همین اسلاید، یا به تمام اسلایدها را با کلیک کردن دکمه مربوطه، انتخاب کنید، حالا شما امتحان کنید.

اگر بخواهید حالت تبدیل اســلایدی را تغییر دهید، باید اســلاید را انتخاب کرده و منوی **slide show** را باز کنید. **slide show** را انتخاب کنید. از اینجا گزینه ها عیناً مشابه شرایط افزودن حالت تبدیل در ابتدای کار اســت. حالا حالت تبدیل جدید را انتخاب کنید، ســرعت را تعیین کرده و **apply** کنید.

کنترل املای محتوای یک نمایش

وقتی نمایش کامل شــد، باید املای متن آن را چک کنید تا هیچ خطایی وجود نداشــته باشــد. برنامه های قبل از نسخه **xp**، امکان تشخیص کلمات تکراری را ندارد، لذا دقیق خواندن خیلی مهم اســت. برای انجام یک کنترل املایی، منوی **tools** را باز کرده و بعد دســتور **spelling** را انتخاب کنید. هر گاه **power point** لغتی را بیابد که نتواند تشــخیص دهد، کادر محاوره ای باز می کند که در آنجا امکان چشم پوشی از این مورد، چشم پوشی از تمام موارد، تغییر این مورد یا تمام موارد، افزودن لغت به لغت نامه برنامه یا پیشنهاد نزدیک ترین لغت را دارید.

افزودن یادداشت به نمایش

شما می توانید برای ارائه کننده نمایش یادداشت هایی به نمایش و اسلایدها بیفزایید تا هنگام اجرای نمایش کمک کننده و راهنما باشند. برای این کار باید به حالت normal view بروید. این کار در صورت لزوم می تواند با زدن دکمه normal view در گوشه پایین – چپ صفحه نمایش انجام شود. برای افزودن توضیحات در داخل بخش notes صفحه کلیک کرده و متن خود را تایپ کنید و در پایان، در خارج آن بخش کلیک کنید.

تکرار و انتقال اسلایدها:

نه تنها متن و اجزاء گرافیکی، بلکه تمام اسلایدها هم می توانند، تکرار، کپی یا درج شوند. بهترین شرایط نمایش برای این کار، حالت slide sorter است. پس با کلیک روی دکمه slide sorter در گوشه پایین – چپ صفحه تصویر، حالت مشاهده را به slide sorter تغییر دهید. در این حالت تمام اسلایدهای این نمایش دیده می شوند. برای کپی کردن اسلاید، اسلاید را انتخاب کرده، از منوی edit، دستور copy را انتخاب کنید با این کار اسلاید در clipboard کپی می شود. حال به محل مورد نظر رفته، منوی edit و گزینه paste را انتخاب کنید.

یکی کپی از اسلاید شماره ۱، به نام اسلاید شماره ۲، به نمایش اضافه می شود. این کار هرچند بار که لازم باشد قابل انجام است. تمام اسلایدها را می توان در محل های مختلف نمایش با دستورهای paste و copy جا به جا کرد. بهترین شیوه نمایش برای این اعمال تغییرات در نمای slide sorter است. ابتدا اسلاید مورد نظر را انتخاب کنید. منوی edit و گزینه cut را انتخاب کنید. اسلاید به clipboard منتقل می شود. در فضای خالی پس از اسلاید شماره ۲ کلیک کرده، منوی edit و گزینه paste را انتخاب کنید. اسلایدها می-توانند به سایر نمایش های فعال هم کپی یا منتقل شوند. اول اسلاید را انتخاب می کنیم و سپس با دستور copy از منوی edit آن را به حافظه clipboard منتقل می کنیم. سپس از منوی window ، فایل نمایش مورد نظر را انتخاب می کنیم. در فهرست نمایش ها در منوی window، یک علامت تیک کنار نام نمایش جاری دیده می شود. در محل مورد نظر برای

درج اســلاید در این نمایش کلیک کنید. از منوی **edit**، دســتور **paste** را انتخاب کنید. حالا شما امتحان کنید.

به همین ترتیب می توان اســـلایدها را بین نمایش های مختلف انتقال داد. برای این کار اســـلا ید مورد نظر را انتخاب کرده، از منوی **edit** گزینه **cut** را انتخاب کنید. از منوی **window** نمایش مورد نظر را انتخاب کرده، در محل مورد نظر در آن نمایش کلیک کنید. از منوی **edit**، گزینه **paste** را انتخاب کنید. حالا شما امتحان کنید.

حذف اسلایدها:

اســـلایدها را تک تک، یا گروهی می توان حذف کرد. بهترین دید برای انجام این کار، نمای **slide show** است. روی اسلایدهای مورد نظر برای حذف کلیک کنید. در منوی **edit**، گزینه **delete slide** را کلیک کنید تا اسلاید حذف شود. برای حذف چند اسلاید در یک مرحله، در حالی که کلید **control** را گرفته اید روی تک تک آن ها کلیک کنید. وقتی کار انتخاب تمام شد، منوی **edit** را باز کرده و گزینه **delete slides** را کلیک کنید. فضای خالی شده در اثر این حذف با ا سلایدهای باقی مانده پر می شود. حالا شما امتحان کنید، یک ا سلاید را انتخاب کرده و حذف کنید.

منابع :

بســـته آموزش مهارت های هفت گانه **ICDL**، گفتارهای متن مهارت شـــشـــم– عرضـــه مطلب، پوینده دهکده جهانی– کانال تلگرامی **a-elm@**

فصل سوم

آشنایی با حقوق آموزشی دانشجویان

دکتر محمدرسول خزاعی - دکتر الهام نیرومند، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. آشنایی دانشجویان با حقوق خود در سیستم آموزشی
۲. آشنایی با انواع حقوق دانشجویی در سیستم دانشگاه
۳. آشنایی دانشجویان با حقوق اخلاقی آنان
۴. آشنایی دانشجویان با حقوق آموزشی و پژوهش بر اساس آئین نامه و دستور العمل ها

مقدمه

با توجه به اینکه اخلاق می تواند یکی از منابع حقوق به شمار آید و پشتوانه و تکیه گاهی برای حقوق محسوب گردد، رعایت و احترام به حقوق دانشجویان در سیستم آموزشی دارای اهمیت و ارزش می باشد و نشانه ای از اخلاقی بودن سیستم آموزشی می باشد. از طرفی اخلاق حرفه ای به معنای داشــتن و عمل کردن به مســئولیت های اخلاقی اســت که هر شــخص حقیقی و حقوقی نســبت به دیگران دارد. لذا یکی از معیارهای اخلاقی بودن دانشــگاه را می توان رعایت حقوق دانشجویان قرار داد.

دو دسته حقوق وجود دارد:

۱- حق هایی که به شکل قانون و در قالب آئین نامه و دستور العمل ها ابلاغ می گردد که لازم الاجرا می باشند

۲- دسته ای که در قالب گزاره های اخلاقی قرار می گیرند.

حقوق آموزشی دانشجویان براساس گزاره های اخلاقی

رعایت اخلاق آموز شی ت ضمین کننده سلامت فرایند یاد دهی - یادگیری در داذ شگاه ا ست و موجب افزایش تعهد پاسخگویی مدرسان نسبت به نیازهای دانشجویان می شود. اخلاق حرفه ای در آموزش عالی به م شخص کردن حدود و ثغور رفتارهای منا سب یا نامنا سب و هدایت اعضای هیأت علمی در اجرای مسئولیت های حرفه ای می انجامد

سه گروه اصلی تأثیرگذار و تأثیر پذیر مرتبط با کارکرد آموزشی دانشگاه عبارتند از مدیران و سیا ستگذاران، اع ضای هیأت علمی و داذ شجویان. در این مبحث به داذ شجویان پرداخته می شود.

۱. دانشجو حق دارد که با روش های نوین تدریس آموزشی ببینند.
۲. دانشجو حق دارد که در فرآیند یادگیری مشارکت کنند. (یکی از وظایف اساتید این ا ست که داذ شجویان را به شکل فعال و م شارکت جویانه در آموزش شرکت دهند.)

۳. دانشــجو حق دارد که مطالب مفیدی را آموزش ببیند. (نســبت به انتخاب مطالب و سودمندی محتوای دروس اساتید نهایت دقت را باید بکنند.)
۴. دانشــجو حق دارد از کلاس درســی بهره ای علمی وافی ببرد. (اســاتید می بایســت ضمن تسلط کافی به مطالب علم و دانش خود را همواره به روز رساند.)
۵. دانشــجو حق دارد مورد ارزیابی صــحیح قرار گیرد. (چون ارزیابی بر زندگی، شــغل، ادامه تحصــیل و آینده دانشــجو مؤثر خواهد بود. پس ارزیابی معتبر، عادلانه، متجانس و همسو با اهداف درس باشد.)
۶. دانشجو حق دارد که عناوین درس را از کتب مرجع آموزش ببیند.
۷. دانشــجو حق دارد که یادگیری را بیاموزد. در آموزش، چگونه یاد گرفتن و روش یادگیری مهم اســت. تحول ذهن و نه تراکم آن، روش فکر کردن را آموختن مهم است.
۸. دانشجو حق پرسیدن سوالات مناسب و به جا را دارد و می بایست درگیر درس شود و مستمع محض نباشد.
۹. دانشجو حق استفاده ای بهینه از زمان آموزشی حضور استاد در دانشکده را دارد. (لذا اساتید علاوه بر حضور منظم سر کلاس های درس خارج از کلاس نیز به گونه ای معلوم در دسترس باشند.)
۱۰. دانشجو حق احترام دارد. (در مواجهه، در پرسش، در ارزیابی، در تشویق و تنبیه)
۱۱. دانشجو حق دارد به استاد اعتماد کند. (امانتداری، صداقت، حفظ حریم خصوصی، راز پوشی و رفتار یکسان و خالی از تبعیض)
۱۲. دانشجو حق دارد که در شرایط معذوریت و مشکل درک شود.(۱)

علاوه بر این ها برای ایجاد توانمندی در دانشجویان و نیل به تعالی آموزشی ضروری است که آن ها مهارت های دیگری از قبیل موارد ذیل در سیستم آموزشی را فرا گیرند:

- ✓ مهارت های ارتباطی (مهارت های خواندن، نوشتن، صحبت کردن، گوش دادن)
- ✓ مهارت های یادگیری خود محور

- ✓ مهارت های جستجو در منابع الکترونیک
- ✓ مهارت های مطالعه و مدیریت زمان
- ✓ مهارت های تفکری (تفکر علمی و تفکر انتقادی و ...)
- ✓ مهارت های فرا شناختی (خود آگاهی، خود تنظیمی و خود نظارتی

حقوق آموزشی و پژوهشی دانشجویان بر اساس آئین نامه و دستور العمل ها

۱. حق تحصیل دانشگاهی
۲. حق برخورداری از فرصت های برابر
۳. حق انتخاب واحد
۴. حق برخورداری از ارزشیابی عادلانه و اعتراض به نمره
۵. حق فرصت جبران
۶. حق درخواست تمدید سنوات
۷. حق انتخاب استاد راهنما و موضوع پایان نامه
۸. حق مالکیت فکری
۹. حق برخورداری از حمایت پژوهشی و شرکت در جشنواره- های علمی
۱۰. حق داشتن استاد مشاور در زمان تحصبل
۱۱. حق مرخصی
۱۲. حق مهمان شدن و انتقالی
۱۳. حق تغییر رشته و گرایش
۱۴. حقوق دانشجویان نخبه، استعداد درخشان و ممتاز

۱- حق تحصیل دانشگاهی

الف: حق ورود به تحصیل

هر شهروندی که شرایط عمومی و برخورداری از توانایی جسمی متناسب با رشته یا رشته های انتخابی ورود به آموزش عالی برابر مصوبات و مقررات مراجع ذی صلاح را داشته باشد

و طبق مقررات وزارت متبوع «توانمندی علمی اش» محرز شـــود، حق ورود به نظام آموزش عالی را دارد و پس از ثبت نام، دانشجو محسوب می شود.

تذکر مهم : احراز شرایط عمومی داوطلبان استعلام می شود و این کار بر عهد مراجع قانونی است.

ب : حق ادامه تحصیل

مؤ سسه اجازه ندارد دانشجو را از ادامه تحصیل منع کند، مگربه دلایل تحصیلی (در چارچوب آیین نامه های آموزشی) یا به دلایل انضباطی(در چارچوب آیین نامه و شیوه نامه انضباطی) .

مرجع رسـیدگی به مورد اول (اخراج تحصـیلی) معاونت آموزشـی و مورد دوم (اخراج انضباطی) شورای انضباطی مرکزی وزارت است.

پ : حق ادامه تحصیل در صورت محکومیت قضایی

در تمامی جرایم، در صورت محکومیت قضایی که منتهی به بازدا شت موقت یا حبس گردیده با شد، چنانچه حکم انضباطی محرومیت از تحصیل صادر نشود، مدت بازدا شت یا حبس، جزء سنوات دانشجو محسوب نگردیده و پس از پایان مدت محکومیت، می تواند ادامه تحصیل دهد و دانشگاه باید به نحو مقتضی نسبت به ادامه تحصیل دانشجو مساعدت نماید.

ت : حق بازگشت به تحصیل

دانشجوی منصرف یا اخراجی از تحصیل می تواند در صورت تسویه حساب کامل با مؤسسه، مجدداً در آزمون شرکت نماید.

۲- حق برخورداری از فرصت های برابر آموزشی در دوره تحصیلات تکمیلی

همه داوطلبان ورود به تحصیلات تکمیلی و تخصصی، حق دارند از فرصت های یکسان آموزشی برخوردار با شند و هر نوع سهمیه بندی جز در مواردی که در قانون برقراری عدالت آموز شی آمده، ممنوع است.

۳- حق انتخاب واحد

۴- حق برخورداری از ارزشیابی عادلانه و اعتراض به نمره

۵- حق فرصت جبران

۶- حق درخواست تمدید سنوات

در صورتی که دانشجو در طول دوره تحصیلی تعیین شده درآیین نامه های آموزشی قادر به اتمام درس خود نباشـد، می تواند برای تمدید سـنوات اقدام کند. این حق منوط به موافقت مراجع ذی صلاح است.

۷- حق انتخاب استاد راهنما و موضوع پایان نامه

دانشجو مالک فکری آثار علمی خود (مقاله، جزوه، یادداشت کلاسی، پایان نامه و ...) است.

۸- حق برخورداری از حمایت پژوهشی

تمام دانشجویان از حق برابر در بهره مندی از امکانات، تجهیزات آزمایشگاهی و کارگاهی برای انجام امور علمی و پایان نامه برخوردارند.

۹- حق شرکت در جشنواره های علمی

از جمله حقوق دانشجویان شرکت در جشنواره های علمی و رقابت در این جشنواره ها است.

۱۰- حق مرخصی

۱۱- حق مهمان شدن و انتقالی (میهمانی و انتقال دانشجو مطابق آیین نامه میهمانی و انتقال انجام می گیرد.)

۱۲- حقوق دانشجویان ممتاز، نخبه و استعداد درخشان

دانشجویان « استعداد درخشان » ، « ممتاز » و « نخبه» بر اساس ضوابط و مقررات موجود، از برخی امتیازها و حقوق آموزشی و پژوهشی برخوردارند و از طرف بنیاد ملی نخبگان حمایت می شوند.

حقوق صنفی رفاهی

حق برخورداری از شورای صنفی- رفاهی

حق برخورداری از وام تحصیلی

حق برخورداری از بیمه درمانی

حق برخورداری از خوابگاه

حق برخورداری از فضاها و امکانات ورزشی

حقوق رفاهی برخی گروه های خاص (مانند دانشجویان استعداد درخشان، دانشجویان شاهد و ایثارگر و دانشجویان متأهل)

منابع

۱. نعمتی م ع، محسنی ه . اخلاق در آموزش عالی: مولفه ها، الزامات و راهبردها . تهران: نشر پژوهشکده تحقیقات استراتژیک: ۱۶: ۲۸-۲۶
۲. منشور حقوق دانشجویی، پدیدآورنده دفتر سیاست گذاری و برنامه ریزی فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، انتشارات دفتر سیاست گذاری و برنامه ریزی فرهنگی و اجتماعی چاپ یکم: تابستان ۱۳۹۴

فصل چهارم

آشنایی با حقوق اساتید

دکتر محمد رسول خزاعی - دکتر الهام نیرومند، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. آشنایی دانشجویان با حقوق اساتید در سیستم آموزشی
۲. آشنایی و رعایت شان و جایگاه اساتید
۳. دانشجو می تواند مهم‌ترین حقوق اساتید در سیستم آموزشی را نام ببرند.
۴. دانشجو می تواند مسئولیت‌های خود را نسبت به استاد در عمل به کار گیرد.

مقدمه

در میان وظایف متعدد دانشـــگاه، آموزش را می‌توان به عنوان یکی از اصـــلی‌ترین آن وظایف در نظر گرفت که اســتاد مهم‌ترین رکن آن می‌باشــد. آموزش می‌تواند به شــکوفا کردن توانایی‌های انسان بیانجامد و در این بین، اساتید به دلیل تأثیر قوی و گسترده خود، نقشی بسیار مهم و کلیدی را ایفا می‌کنند. در حقیقت اســاتید قادر به خلق فضــایی مناســب به منظور شــناســایی استعدادهای دانشجویان و کمک به رشد آنان هستند(۱). لذا تلاش در جهت حفظ نقش‌ها و عملکردهای اصلی دانشگاه از جمله یادگیری، آموزش و تحقیق بسیار ضروری به نظر می‌رسد. در حقیقت از طریق گفتمان منطقی، صداقت فکری، احترام متقابل و فراهم بودن فرصت انتقاد سـازنده می‌توان به حفظ این عملکردهای اســاســی همت گمارد. علاوه بر این، به منظور تحقق بخشیدن به رسالت دانشگاه، اساتید به عنوان عضوی از انجمن علمی باید از یک سری حقوق اساسی برخوردار باشند که در ادامه به توصیف آنها خواهیم پرداخت(۲). اگر چه اساتید نیز مانند خیلی از حرف و صــنوف از حقوق مختلفی برخوردار هســـنند اما در اینجا تأکید بر حقوق آموزشی می باشد.

حقوق اساتید

۱. آزادی آکادمیک (آزادی علمی)

آزادی آکادمیک برای اعضـــای هیات علمی به منظور انجام فعالیت‌های علمی بســـیار با اهمیت اســـت. آزادی آکادمیک می‌تواند شـــامل آزادی در حیطه تدریس، تحقیق و یادگیری، آزادی فکری، نقش‌های دانشگاهی و نیز مرکزی جهت یکپارچگی علمی باشد.

عناصر اصلی آزادی علمی (آکادمیک) عبارتند از:

- ❖ اساتید به عنوان یک معلم، حق دارند در خصوص هر موضوعی که به نحوی مرتبط با درس تعریف شده در برنامه آموزشی می‌باشد در کلاس درس آزادانه بحث کنند.
- ❖ اســـاتید حق دارند در دوره‌هایی که آموزش می‌دهند، محتوای دوره، روش نمره‌دهی و روش‌های تدریس درس را خود تعیین کنند.

❖ اســاتید دارای حق انجام تحقیقات و مشــارکت فعال در فعالیت‌های خلاقانه و انتشــار یافته‌های حاصل از تحقیقات و نیز آثار خلاقانه خود را دارند.

❖ اساتید دارای حق شرکت در فعالیت‌های اجتماعی هستند .(۲).

حق تدریس و آموزش

آموزش یکی از حقوق ا سا سی هر ان سان می‌با شد و معلمان ابزاری ب سیار کلیدی ه ستند که آموزش از طریق آنها انتقال می‌یابد. به دنبال نقش حیاتی و تعیین‌کننده اســاتید به عنوان معلم در سیستم آموزشی، مسئولیت‌هایی نیز برای آنها شکل می‌گیرد. (۳)

اســاتید همچنین دارای صــلاحیت و حق ارزشــیابی (نمره‌دهی به دانشــجویان) با اســتفاده از معیارهای مناسب هستند به طوری که این ارزیابی منعکس‌کننده عملکردهای واقعی دانشجویان باشد.

۲. **حق انجام پژوهش** اســـاتید به عنوان محقق، حق دارند که در جهت توســـعه علمی به صــورت آزادانه به جســتجو و تولید دانش بپردازند. در حقیقت آزادی در پژوهش و تحقیق بخشی از آزادی اکادمیک و علمی می‌باشد (۲).

شأن و جایگاه استاد

آن چه مهم ا ست این که ان سان ها اخلاقی زاده نمی شوند و باید تربیت شوند از دید علما آدمی تربیت شده است که آن چه فضیلت، نامیده می شود در او رشد کرده و به صورت ملکه در آید. اخلاق حرفه ای به چگونگی رفتار، ادب و عمل شخص هنگام انجام کار حرفه‌ای می پردازد. این کار می تواند م شاوره، پژوهش، تدریس، نوی سندگی، طبابت یا هر شغل دیگری باشد.

در واقع، اخلاق حرفه ای مجموعه ای از ا صول و ا ستانداردهای سلوک ب شری ا ست که رفتار افراد و گروه ها در یک ســاختارحرفه ای را تعیین می کند و مفهوم آن از علم اخلاق اتخاذ شده است. به عبارت دیگر، مجموعه قوانین اخلاقی که از ماهیت حرفه یا شغل به دست آمده، اخلاق حرفه ای نام دارد.

سه گروه اصلی تأثیرگذار و تأثیر پذیر مرتبط با کارکرد آموزشی دانشگاه عبارتند از مدیران و سیاستگذاران، اعضای هیأت علمی و دانشجویان.

در این میان، اعضای هیأت علمی نقش اصلی را در اداره و هدایت امر آموزش بر عهده دارند. پایبندی اعضای هیأت علمی به اصول و ارزش های اخلاق حرفه ای، هم از منظر توسعه فرهنگ سازمانی مبتنی براخلاقیات و هم از منظر انتقال صفات ممیزه و ویژگی های برجسته انسانی به دانشجویان و در نتیجه اشاعه آن ها در جامعه، بسیار حائز اهمیت است. اما در اینجا قصد این است که به آداب و اخلاق حرفه ای دانشجویان پرداخته شود.

احترام از ریشه حرم گرفته شده که به معنای حرمت نگه داشتن است (دهخدا،۱۳۳۰). البته این واژه به معنای آنچه که هتک و شکستن آن ناروا با شد نیز آمده است (الجوهری، ۱۳۷۶). در حقیقت احترام انسانها، برخورداری ایشان از کرامت الهی است که در قرآن کریم به آن اشاره شده و فرموده ویژگی های فردی انسان به گونه ایست که به طور ذاتی و فطری دوست دار کرامت و حفظ شخصیت، آبرو و نیازمند احترام است. رعایت احترام دیگران و بی احترامی به آنان آثار وضعی و تکلیفی و پاداش و کیفر خاصی دارد. بی گمان کسی که به دیگری احترام می گذارد، شخصیت وجودی خود را نشان می‌دهد که از کمال سلامت برخوردار است و از سوی دیگر منفعت و سودش به خود فرد باز می گردد و موجب می شود که دیگران به سوی وی گرایش بیشتری پیدا کرده و در کارها و مشکلات دستگیرش شوند (۶).

از طرفی تا آنجا که تاریخ مکتوب نشان می دهد، از روزی که عده ای به عنوان معلم یا هر عنوان دیگری که برتدریس به فرد یا افراد دلالت دارد شناخته شده اند، مقام و منزلت **شأن** در مقایسه با سایر شهروندان چشمگیر بوده، زیرا جامعه آن ها را در ردیف بزرگترین خدمتگذاران قرار داده است.

در این راستا، می توان اندیشه های ابوعلی سینا را به یاد آورد که می گوید: "معلم نه فقط منتقل کننده دانش و واقعیات به شاگردان است بلکه آنها را با ارزش ها و اندیشه های اعتقادی خویش و نیز با رفتارها و خصایلی که مطلوب جامعه است آشنا می سازد. "

به همین دلیل نقشی ارزشمند ایفا می کند. همچنین، ابونصر فارابی بر این عقیده است که :"معلم باید دارای منش خوب، آزاد از میل و هوس و فقط در جستجوی حقیقت باشد ... و نیز معلمان باید دارای صفات پسندیده و فرهیخته و منطقی باشند تا بتوانند جامعه را به خیر و صلاح هدایت کنند."(۵)

حال با توجه به مقام و منزلت معلم و متعلم (استاد و دانشجو) هر کدام از حقوقی برخوردارند و این جایگاه موجب می گردد که بر دوش هر یک نسبت به یکدیگر وظایفی نهاده شود.

در اینجا آوردن توضیح و تعریفی کوتاه از حق ضروری است. حق دارای یک مفهوم حقوقی است بدین معنا، امری اعتباری که به نفع کسی بر عهده دیگری وضع می شود و مستلزم الزام و تکلیف است. ولی مراد از حق در این بحث، مفهوم حقوقی آن نیست بلکه منظور مفهوم اخلاقی آن می باشد و مراد از آن وظایفی است که اخلاق و وجدان درونی انسان ها حکم می‌کند که معلم و متعلم نسبت به یکدیگر بجای آورند(۶).

برخی از حقوق معلم عبارتند از:

آموزگار به منزله مولای انسان است. یعنی دانش آموختگان باید مطیع اوامر و نواهی معلمان باشند. باید در محضر استاد فروتنی، خضوع و خشوع داشت. معلم باید بزرگ شمرده شود و مجلس درسش با احترام برگزار گردد.

احترام به استاد مقوله ای نیست که بتوان برای آن حد و مرز مشخصی بیان کرد؛ یعنی اینکه بگوییم فقط تا حد معینی باید به معلم احترام گذاشت نه بیشتر.

دو سویه بودن احترام میان استاد و شاگرد

اما باید این نکته را نیز در نظر داشت که رابطه دانشجو و استاد، از نظر اطاعت و احترام، رابطه‌ای یک‌طرفه نیست که صرفاً معلم بخواهد اطاعت و احترام شاگرد را به خود جلب کند و شاگرد از احترام و محبت متقابل محروم باشد، بلکه بر طبق منطق تعلیم و تربیت اسلامی، با وجود این‌که معلم و استاد دارای مقامی بس ارجمند است و باید شاگرد نسبت به دستورات معلمِ شناخته شده و صالح، گوش شنوا داشته باشد و عالی‌ترین نوع احترامات را درباره او مبذول دارد، اما باید معلم و استاد نیز در برابر شاگرد، به نوبه خود به‌هیچ وجه از احترام

و محبت به او دریغ نورزد تا این رابطه در جهت پیشبرد و توسعه علم، زمینه هموار و آماده‌ای را فراهم سازد. گوش شنوای حق برای هر دو طرف-یعنی استاد و شاگرد-لازم است تا حق بر روابط آن‌ها حکومت کند و در زیر سایه آن، جامعه بر مدار حق داوری کند.(۷)

وظایف شاگرد در برابر استاد عبارت است از:

- ✓ **احترام به اســـتاد:** احترام به اســـتاد مقوله‌ای نیســـت که بتوان برای آن حد و مرز مشخصی بیان کرد.
- ✓ **ادای حق استاد:** استاد را به مثابه پدر خود بداند و مانند پدر خویش در ادای حق او کوشش نماید.
- ✓ **تکریم ا ستاد:** شاگرد باید به دیده تکریم و ادب به ا ستاد بنگرد و از عیوب او چ شم پوشد و نسبت به تلاش‌های استاد در تدریس و یاد دهی سپاس‌گزار باشد.
- ✓ **فروتنی در برابر ا ستاد:** شـاگرد در مقابل اســتاد نهایت تواضـع و فروتنی را داشــته باشد و هرگز در مقابل او صدا بلند نکند.
- ✓ **آ مادگی روحی و ذهنی در کلاس:** در کلاس درس با ید آ مادگی روحی و ذهنی داشـــته و از چرت زدن و افکار پراکنده و ... به‌شـــدت پرهیز کند و با تمرکز حواس و دقت به سخنان استاد گوش دهد.
- ✓ **خ ضوع و ادب (مراقبت در اعمال و رفتار):** شاگرد باید مراقب حرکات و حالات خود در مقابل استاد باشد هنگام نشستن در کلاس باید با ادب و نزاکت بنشیند. نباید در محضر استاد با دیگران گفت‌وگو و شوخی نماید.
- ✓ **محترمانه سخن گفتن با استاد:** خطاب به استاد محترمانه باشد. او را از راه دور صـــدا نزند. از خطاب‌های غیر محترمانه مانند «تو گفتی» اجتناب کند و از کلمات احترام‌آمیز مانند ا ستاد و آقا/خانم ا ستفاده کند. در غیاب ا ستاد نیز از او به احترام یاد کند. صدای خود را در مح ضر ا ستاد بیش ازاندازه بلند نکند. زیاده از حد بدون نیاز سخن نگوید. سخن خارج از نزاکت مطرح نکند و دیگران را در محضر استاد نخندند.

- ✓ **حضور در کلاس پیش از استاد:** شاگرد باید پیش از استاد در جلسه درس حضور یافته و منتظر استاد باشد.
- ✓ **مطرح نکردن نظرات ا ستادان دیگر:** هنگام بحث علمی با اســتاد نظرات اســاتید دیگر را در محضر او مطرح نکند و مرتباً نگوید فلان شخص چنین و چنان گفت.
- ✓ **با لطافت سؤال کردن:** طرح سؤال از ا ستاد با لطافت و احترام با شد، نگوید« من حرف شــما را قبول ندارم »، «مطلب آن طور که شــما گفتید نیســت ». از این‌گونه تعبیرات اجتناب کند.
- ✓ **عدم تکرار سؤال های فرساینده و تلف کننده فرصت:** سزاوار نیست شاگرد،راجع به مطالبی که آنها را می داند، سؤال و پر سش خود را درباره آنها تکرار نموده و نکاتی را که قبلا آنها را بازیافته بود راجع به آنها از اســتاد، توضـیح مکرر را درخواســت کند؛ زیرا تکرار ســؤال و اعاده درخواســـت توضــیح، باعث اتلاف وقت و یا احیانا، موجب دلسردی و افسردگی خاطر استاد می شود.
- ✓ **سؤال به موقع شاگرد:** نباید شاگرد، بی جا و نا به هنگام، راجع به موضوعی از استاد سؤال کند. (یعنی سعی نماید که به موقع و در جای خودش، پرسش را مطرح سازد). اگر شــاگرد، پرســشــی را بی موقع مطرح کند برای شــنیدن پاســخ آن، هیچ حقی ندارد.(۷)
- ✓ سایر موارد: دوری کردن از صحبت آمرانه با ا ستاد، با احترام یاد کردن از ا ستاد، تحمل تندی های احتمالی استاد، عدم مزاحمت برای استراحت استاد،، پیشی نگرفتن شاگرد به پاسـخ پرســش ها در محضــر اســتاد، حفظ حریم اســتاد در همه حال، دوری کردن از بدگویی استاد و رعایت سکوت در مجلس درس (۴).

یافته های مطالعه ای در مورد معیارهای اســتاد خوب از نظر دانشــجویان نشــان داد در حیطه مهارت های ارتباطی، بیشترین نمره به ویژگی احترام متقابل استاد و دانشجو داده شد و در این حیطه احترام متقابل ا ستاد و دان شجو از نظر دان شجویان مهم و با اهمیت تلقی گردیده ا ست. احترام متقابل بین ا ستاد و دان شجو باعث ایجاد یک محیط صادقانه

توأم با همکاری صـمیمانه و کامل در کلاس درس می شـود که موجبات ابتکار عمل و پیشرفت را در دانشجویان فراهم می آورد (۸).

ثناگو و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود با عنوان تجربیات و دیدگاه دانشـجویان علوم پزشکی درباره « اخلاق دانشجویی » نشان داد احترام، مضمون اصلی استخراج شده در این پژوهش است. رفتار محترمانه با استاد و همکلاسی، داشتن شخصیت دانشجویی و حفظ احترام مکان دانشگاه، از مضامین فرعی آن بودند. دانشجویان مفهوم اخلاق دانشجویی را داشتن رفتار جامعه پسند در محیط دانشگاه اعلام کردند و رفتار ناپسند از دید جامعه، با اخلاق دانشجویی منافات داشت در این تحقیق به ابعاد مختلف اخلاق پرداختند.

در بررسی شناسایی ابعاد و مؤلفه های اخلاق دانشجویی، اشاره به بعد اخلاق آموزشی شامل آگاهی و شناخت دانشجویان از موارد مرتبط با سوءرفتار علمی، رعایت صداقت در انجام تکالیف و پروژه های کلاسی و درگیر نشدن در سرقت علمی، رعایت صداقت در امتحانات و عدم ارتکاب به تقلّب شده است. بعد رفتار اجتماعی شامل نظم پذیری، درستکاری، بخشش، احساس همدلی، مسئولیت پذیری، اعتماد به نفس و عزت نفس، رعایت احترام مکان دانشگاه، کلاس درس و سایر افراد، حفظ شخصیت، متانت و وقار جنسیتی و آراستگی ظاهری است.

یکی از مؤلفه های مرتبط با اخلاق دانشجویی، داشتن رفتار محترمانه است. رفتار محترمانه با استاد و همکلاسی و همچنین حفظ احترام مکان دانشگاه و داشتن شخصیت دانشجویی و به طور کل، داشـتن رفتار جامعه پسـند در محیط دانشـگاه که در این بعد دارای کمترین تأثیر شناخته شده است و این یعنی رعایت این گویه از جانب دانشجویان، چندان به عنوان عملی اخلاقی نگریسته نمی شود. بنابراین، برای آن که بتوان اهمیت آن را در نظر دانشجویان بالا برد، باید اقدامات آگاهی بخشـی در این خصـوص صـورت پذیرد. در عین حال لازم اسـت در خصوص رعایت این مورد، بیشتر به دانشجویان گوش‌زد شود. (۹)

منابع

۱. Esmaeili MR, Hozni SA, Mosazadeh B, Zavareh A. Good Teacher's Characteristics and its Influence on Dental Students Academic Motivation In Guilan University of Medical Sciences. Research in Medical Education. ۲۰۱۷؛۹(۳):۱۸-۰.

۲. Poch RK. Academic freedom in American higher education: Rights, responsibilities, and limitations: Jossey-Bass; 1993.

۳. مرادی م, کوهی نژاد ع, مرادی ر. نگاهی بر نقش حرفه ای معلم در نظام آموزشـــی. کنگره بین المللی مطالعات رفتاری جامعه و ســبک زندگی ســالم: مرکز توانمندســازی مهارتهای فرهنگی و اجتماعی جامعه; ۱۳۹۵.

۴. شهیدثانی زابع. معالم الدین ملاذالمجتهدین. تهران: موسسه مطالعات اسلامی دانشگاه مک گیل (شعبه تهران); ۱۳۶۲. ص ۴۳.

۵. بررسی منزلت اجتماعی معلمان از دیدگاه دانش آموزان دوره های راهنمایی تحصیلی و متوسطه، سرمد غ، کریم زاده ص، کولیوند م، فصلنامه پژوهش اجتماعی: ۱۳۹۰: ۴(۱۱)

۶ حبیبی ح ، قربانی نژاد م، حبیبی م. چگونگی احترام متقابل دانشجو و استاد و حقوق هر یک از آنها از دیدگاه آیات و روایات

۷. حبیبی ح . برر سی آداب و وظایف شاگرد در برابر ا ستاد مبتنی بر متون و ن صوص دینی پایگاه بسیج دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی.ویکی فقه دانشنامه حوزوی/چگونگی احترام متقابل دانشجو و اســتاد و حقوق هر یک از آنها از د ید گاه آ یات و پایگاه مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی.۱۳۹۴.

۸. درخشان ا، دارابی م، سعیدی م، کیانی م ع. برر سی دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پز شکی مشهد در مورد معیارهای یک استاد خوب. فصلنامه اخلاق پزشکی: ۷(۲۵): ۲

۹. کلانتری قزوینی ش، قورچیان ن، آراســته ح، محمد داودی ا م . شــناســایی ابعاد و مؤلفه های اخلاق دانشجویی. فرهنگ در دانشگاه اسلامی.۱۳۹۶: ۲۳ (۷):

فصل پنجم

اخلاق در فضای مجازی

دکتر الهام نیرومند - دکتر محمدرسول خزاعی ، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. آشنایی با اهمیت و لزوم رعایت اخلاق در فضای مجازی
۲. آشنایی با فواید و مضرات فضای مجازی
۳. آشنایی با قوانین ومقرارت فضای مجازی
۴. شناخت اصول رفتار حرفه ای در فضای مجازی

مقدمه

ظهور فناوری اطلاعات و ارتباطات بر تمامی شئونات زندگی فردی و اجتماعی بشر سایه افکنده و با فرو ریختن مرزها و زمان ها، جهان را به یک دهکده تبدیل نموده اســت. **فناوری** به معنی کاربرد دانش، ابزارها و مهارت ها برای حل مشکلات عملی و گسترش توانایی ها یا کاربرد دانش و ابداع وسـایل و سـیسـتم هایی برای رفع نیازهای انسـان می باشـد. در واقع فناوری، قدرت آموزش و یادگیری ندارد بلکه سیستمی نظام مند برای انتقال دانش و یادگیری ا ست. آموزش مجازی امروزه تقریباً به معنای اسـتفاده از شـیوه های پیشـرفته رایانه ایِ انتقال مواد و مطالب درسی به فراگیران، یادگیران و دانشجویان است که به آن آموزش الکترونیکی هم می گویند.

به کارگیری فناوری در امر آموزش به سـبب انعطاف پذیری، جذابیت در اسـتفاده از آن و امکان دسترسی همگانی با ارزان ترین قیمت و فارغ از محدودیت های زمانی و مکانی (از جمله الزام به حضور فیزیکی در زمان و مکان مشخص)، عدم امکان استفاده از دانش برای افراد دارای محدودیت های جسـمی (معلول) و زمانی (کارمند، دانشـجو و ...)، مشـکلات حمل و نقل و ترافیک شـهری و ... محیط یادگیری را به مرور زمان از شـکل سـنتی به مجازی تغییر داده است.(۱)

فناوری اطلاعات و ابزار گسـترده شـبکه جهانی توانایی و امکان انتقال متن، ایمیل، تبادل اطلاعات و دسـترسـی به پایگاه های داده ای و اطلاعاتی، دسـترسـی به تصـاویر، پخش فیلم و موسـیقی، گفتگوی مجازی، شـرکت در بحث های گروهی و امکانات دیگری دارد که تحولات سیا سی اجتماعی و سیع و شگرفی را پدید آورده ا ست و در عین حال با عدم رعایت م سائل اخلاقی درکاربرد این امکانات و دسـترسـی های غیر مجاز به اطلاعات و داده ها پدیده های غیراخلاقی متعددی به وجود آمده است.(۲)

اخلاق در ل‌غت جمع واژه خلق و به معنی خوی ها اسـت. از این رو دانش بررسـی و ارزش‌گذاری بر خوی ها و رفتارهای آدمی، علم اخلاق نامیده می شـود. اخلاقیات اصـول یا استاندارهای رفتار انسان است. انواع رفتارهای انسانی بر مبنای دو اصل، توارث و تربیت در افراد جامعه شـکل می گیرند. هر چند زمینه ژنتیکی در انتقال این صـفات نقش مهمی دارد ولی

عوامل محیطی (خانواده، مدرسه، رسانه و ...) در واقع عامل بروز و شکوفایی هر ویژگی اخلاقی (چه خوب و چه بد) در محیط است.

تعریف اخلاق در فضای مجازی همانند اخلاق در دنیای حقیقی و واقعی است. اخلاق آموزش مجازی از حوزه های اخلاق حرفه ای اســـت. زیرا حرفه عبارت اســـت از برخورداری از دانش، مهارت و توانایی و به نظرمی ر سد آموزش در این معنا می تواند حرفه تلقی شود. اخلاق حرفه ای شامل الگوهای رفتار ارتباطی مبتنی بر رعایت حقوق دیگران و م سئولیت- های اخلاقی در قبال محیط است.

ضـــرورت رعایت اخلاق در رســـانه ها و فرایند ارتباطات، نســـبت به دیگر حرفه ها، اهمیت بیشـــتری دارد. چرا که حرفه های دیگر قلمرو محدودتری دارند و اعمال غیر اخلاقی آن ها به سایر افراد و حرفه ها و حوزه ها به راحتی سرایت نمی کند. رسانه ها (از جمله رایانه و اینترنت) واســـط و حلقه ارتباطی میان مردم و حکومت هســـتند و بخش زیادی از وقت مردم در اختیار رسانه ها و اینترنت است و از این رو انتظار می رود آنان بیش از پیش به اخلاقیات پایبند باشند.

اخلاق رایانه ای، اخلاق رسانه ای، اخلاق سایبری، اخلاق اینترنت و اخلاق اطلاعات از جمله واژگانی هستند که هر کدام معیاری برای استفاده اخلاقی از فضای مجازی می- باشند. از آنجا که فناوری اطلاعات تحولات سیا سی اجتماعی و سیع و شگرفی را پدید آورده ا ست، م شکلات اخلاقی جدید و منحصر به فردی در این حوزه ایجاد که نیازمند رسیدگی است.

مسائل اخلاقی فناوری از دو جنبه مورد بررسی قرار می گیرد:

۱- رعایت اخلاق علمی در تولید فناوری (توسط عرضه کنندگان فناوری)
۲- مسائل اخلاقی کاربردی علوم و فناوری (توسط کاربران و مصرف کنندگان)

برخی از مصادیق غیراخلاقی رایج درحوزه آموزش مجازی و نقض اصول اخلاق رایانه ای عبارتند از:

۱)سرقت ادبی و نقض حقوق مالکیت فکری و معنوی

- اختصاص دادن حقوق معنوی دیگران به خود

- نادیده گرفتن دستاوردهای قانونی و اجتماعی مرتبط با نرم افزارهای رایانه ای
-کپی غیر قانونی یا استفاده مالکانه از نرم افزارها بدون پرداخت هزینه
- استفاده از منابع کامپیوتر بدون مجوز قبلی

۲) ترویج و تبلیغ ضد ارزش ها

۳) استراق سمع (تجسس در فایلها واطلاعات دیگران یا تغییر آن ها)

۴) افزایش فریبکاری، گسترش دروغ و تقلب درآموزش مجازی

۵) عدم پایبندی به امانت‌داری

۶) تخریب رقبا از طریق تهمت و شایعه سازی

۷) اختلال در کار اینترنت و کامپیوتر دیگران

۸) استفاده از رایانه برای ایراد صدمه به دیگران

ویژگی های فناوری رایانه ای در ایجاد و توسعه مسائل غیراخلاقی

الف) **هزینه اقتصـــادی کم:** برخی ازفناوری های اطلاعاتی و ارتباطی مثلا ایمیل، پیامک و... هزینه آنچنانی ندارد و بنابراین به راحتی در دسترس همگان و قابل انجام برای همه است .

ب) **مجهول بودن هویت افراد:** عدم شـناسـایی هویت افراد در محیط مجازی برخلاف محیط واقعی زمینه را برای ارتکاب رفتارهای غیراخلاقی مســتعد می کند چرا که ســبب آزادی عمل بیشتر افراد در این محیط می شود.

ج) **فقدان بقای آثار اعمال غیر اخلاقی:** خصوصیت و ویژگی فضای مجازی این است که آثار اعمال و رفتارهای غیر اخلاقی و مجرمانه وجود ندارد و یا در برخی مواقع به راحتی قابل حذف است. شخصی که با ورود به سیستم رایانه ای دیگری عکس های خصوصی او را فقط کپی می کند یا اطلاعات او را با کپی کردن ســرقت می کند هیچ اثری از اعمال و رفتارهای خود باقی نمی گذارد. قطعا چنین امری مشوق و محرک مرتکبان اعمال غیر قانونی است، چرا که علاوه بر نامعلوم بودن و نامشـخص بودن ارتکاب جرم، احتمال دسـتگیری و شـناسـایی مرتکبان خیلی کمتر است.

د) **سرعت انتقال داده ها:** سرعت انتقال و تبادل اطلاعات در فضای مجازی از جمله محاسن فناوری اطلاعات محسوب می شود، ولی با این همه مزیت مذکور سبب و زمینه نقض ا صول و قواعد اخلاقی می شود.

البته نکته ای که در اینجا باید خاطر نشان کرد این است که ما در مقام ایراد بر فناوری اطلاعات و یا محدود سازی آن نیستیم و شاید محاسن آن بر معایب غلبه دارد، ولی نکته‌ای که باید مورد توجه قرار گیرد این است که نحوه استفاده از فناوری اطلاعات باید نظام‌مند شود و نه محدود. (۱،۲)

آسیب های فرهنگی

"رسانه قدرت است." را می توان شعار نمادین جامعه مدرن جهانی در قرن بیست و یکم دانست. انقلاب ارتباطاتی یعنی تعریف دوباره از مجاز و واقعیت، فرهنگ و نظام ارزش ها و بالاخره رفتارهای متقابل افراد بشری از یک سو با هم‌نوعان خود و از سوی دیگر با کل نظام طبیعت. ورود به عصر جامعه اطلاعاتی، تمامی جنبه های حیات بشری را تحت تأثیر قرار داده و عرصه های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی را با انبوهی از فرصت ها و چالش‌های اساسی مواجه ساخته است..

از آنجایی که افکار عمومی معمولاً در یک فضای مبتنی بر آزادی بحث و نظر شکل می‌گیرد، در نتیجه کیفیت، دسترس پذیری و انتقال اطلاعات تأثیر عمیقی بر کارآمدی این افکار خواهد گذاشت. از این رو اطلاعات کامل و موثق به مباحثات سالم و اطلاعات ناقص به تصمیمات ناسالم منجر خواهد شد. بدین جهت اینترنت به عنوان یک رسانه میتواند نقش مهمی در فرایند تصمیم گیری سالم یا ناقص ایفا نماید.

سه سناریو را که احتمالا اینترنت بر فرهنگ اثر می گذارد در نظر بگیرید:

***خیرخواهی فرهنگی:** در اولین سناریو، دسترسی جهانی به اینترنت باعث بالا رفتن قدردانی و پذیرش تفاوت های فرهنگی می گردد. در این دیدگاه فرهنگ هایی وجود دارند که شکننده هستند و به آسانی به وسیله فرهنگ های متجاوز و سلطه گر صدمه می بینند.

***پیکار فرهنگی:** سناریوی دوم آن است که اینترنت می تواند مکالمات را به صورت محورهای فرهنگی و ایدئولوژیک هر چه محدودتری در دسترس جهانی قرار دهد. این سناریو شامل افراد خود بینی است که در یک سری خاص از ارزش ها شریکند اما خود را از اثر پذیری از دیگر فرهنگ ها و تاثیرات جوامع دیگر حفظ می کنند. به عبارتی در این سناریو، شبکه ارتقاءدهنده کوته فکری و تعصب جهانی است.

* **انهدام اخلاق فرهنگی:** سومین سناریو شامل انهدام اخلاق فرهنگی است. این سناریو بسیار شبیه سناریو اول آغازمی شود. اینترنت می تواند تعامل ارزشمند بین فرهنگ ها را ارتقا دهد اما در نهایت، گفتمان جهانی، توان بالقوه رقابت و نیز همکاری میان ایده ها و ارزش ها را گسترش می دهد و تغییرات واقعی در فرهنگ ها بازده ملموس این کار است. ایده ها، ارزش ها و هنجارهای خارجی می تواند جایگزین نمونه های محلی گردد. این ایده به نوعی دارای مفهوم کشمکش فرهنگ هاست.(۳)

آسیب های اجتماعی و اخلاقی

- ✓ **اعتیاد به اینترنت:** در سال ۱۹۹۵، روان شناسی به نام گلدبرگ، اعتیاد جدیدی به نام اعتیاد به اینترنت را کشف کرد. این اعتیاد به سرعت رو به گسترش است و هر روز افراد جدیدی را به کام خود می کشد.گاه مشاهده می شود که افراد چنان در اتاق های گفتگو غرق می شوند که حتی زمان صرف ناهار یا شام را فراموش می کنند. این ها علائمی شبیه الکلی ها یا معتادان به مواد مخدر دارند بسیاری از آن ها از بی خوابی رنج می برند. خسته اند. روابطشان با اطرافیان و جامعه به حداقل می رسد و بیشتر حالت عصبی دارند. کمرنگ شدن و از بین رفتن رابطه عاطفی کاربر با اعضای خانواده و تبدیل آن به رابطه ای سرد و مسالمت آمیز، از دیگر اثرات نا مطلوب اعتیاد به اینترنت است.

- ✓ **اینترنت و ارتباطات خانوادگی:** امروزه اینترنت جایگاه ویژه ای در ساختار زندگی خانواده ها پیدا کرده و به طور کلی ارتباطات خانوادگی را دستخوش تغییر نموده است. استفاده از اینترنت فعالیتی زمان بر است که مدت تعامل افراد خانواده با یکدیگر را

کاهش می دهد. در این میان، نوجوانان به واسطه فراغتی که نسبت به بزرگسالان دارند مدت زمان بیشتری را به اینترنت اختصاص می دهند.

از طرف دیگر اینترنت کشـــمکش های جدیدی را در خانواده ایجاد می کند. چنانچه اگر نوجوان در پیوندهای عاطفی و درک متقابل احساس تنهایی، افسردگی و بی تفاوتی نماید، برای جبران آن به یک دوســـت، ســـرگرمی خاص و .... روی می- آورد و اینترنت مناسب ترین محل برای این مقصود است. از سویی شکاف نسلی مشهود در این دوران و ناهمگونی علایق و سلایق نسل جدید و قدیم تقریبا مطابق با پیشرفت فناوری بیش تر و بیش تر می شود.

- **قرار گرفتن در معرض منابع غیر منا سب:** با توجه به دســترســی آزاد به اطلاعات اینترنتی خطر بزرگی که افراد به ویژه کودکان ممکن اســت با آن مواجه گردند، منابع غیر منا سبی ا ست که اغلب جن سی، نفرت انگیز یا خ شونت آمیز بوده و عامل ا صلی ترغیب آنان به انجام فعالیت های خطرناک یا غیرقانونی به شمار می آید.

  قرار گرفتن در معرض فرهنگ های گوناگون، آزادی های زیاد در یک دوره زمانی نسبتأ کوتاه، امکان دسترسی به اطلاعات غیر اخلاقی گوناگون از طریق اینترنت برخی از نمونه های آن محسوب می شوند.

- **تبلیغ مواد مخدر، الکل، ســـیگار و خطرات روانی:** برخی از وبگاه ها و گروه‌های خبری به تشویق و تبلیغ استفاده از مواد مخدر مبادرت می کنند که این گونه تبلیغات می تواند با تاثیر گذاری بر روی افکار و رفتار نوجوان سلامت او را تهدید کند.

- **کاهش شکوفایی استعدادهای نهفته:**حادترین خطردرمیان سایر خطرات این است که شخص برای ساعات نامحدودی به صورت بر خط به شبکه اینترنت متصل باشد که این خود به از میان رفتن زمان با ارزش منجر می گردد. این زمانی اســـت که او می تواند ست از آن در را ستای اهداف سازنده ا ستفاده کند. به طوری که ر شد وپرورش و سلامت وی تا حد زیادی با مخاطره رو به رو می‌شود. از سوی دیگر علاقه وافر نوجوان به ســـپری نمودن اوقات خود با اینترنت به جای پرداختن به ارتقاء روابط اجتماعی و

خانوادگی سبب انزوای اجتماعی شده و آنها را از یادگیری های شناختی، جسمانی و اجتماعی باز می دارد.

- ✓ **سـوء کاربری از اتاق های گفتگو یا (چت روم ها):** اتاق های گفت گو یا چت روم در اینترنت از موارد مورد اسـتفاده بسـیاری از نوجوانان و جوانان اسـت. این اتاق ها محلی برای ملاقات و گفت و گو با سایر کودکان و نوجوانان در سراسر جهان است. اما سوءاستفاده های بسیاری از سوی افراد شیاد در این اتاق ها صورت می گیرد. از جمله آنها می توان به ارائه اطلاعات ناشـایسـت، امکان ارتباط با نام های جعلی و مجهول، سوء ا ستفاده از اطلاعات دیگران، به دام انداختن نوجوانان و سوء ا ستفاده از آنان از طریق ارتباط با آنان و گذاشتن قرار ملاقات اشاره کرد. کشور ما یک کشور مسلمان و دارای ریشه های فرهنگی و تربیتی اصیل است بنابراین برخورد با این مقوله در کشور ما نسبت به کشورهای دیگر متفاوت خواهد بود.(۴و۵)

کدهای اخلاقی در فضای مجازی

در این راسـتا پیروان برخی ادیان مثل برخی از فرق مسـیحیت تلاش کرده اند که کدهای اخلاقی را برای اینترنت تعریف کنند، مثل یکی از شـبکه های ارتباطی که چهارکد اخلاقی را برای مسیحیانی که با فضای مجازی تعامل دارند تعریف کرده است:

۱) من مراقب روابط آنلاین خود خواهم بود.

۲) در روابطم در وب سایت ها نسبت به ارزش های مسیح نباید کوتاهی نمایم.

۳) ارتباطات نوشتاری من باید به گونه ای باشد که بر جایگاه مسیح بر زندگی من تأثیر بگذارد.

۴) من مواظب زمان صـرف شـده در فضـای اینترنت هسـتم تا با دیگر امور زندگی من تعامل داشته باشد.

ریچارد سورسون چهاراصل پایه برای اخلاق رایانه و اطلاعات ارائه کرده است:

۱- مراعات حقوق مالکیت فکری

۲- مراعات حریم خصوصی

۳- اتیکت مناسب

۴- منع آزار و اذیت

اخلاق رایانه ای از منظر اسلام

از نگاه ا سلام کدها و قواعد اخلاقی ناظر برفضای عمومی مجازی جدا از کدهای اخلاقی فضای عمومی درجهان فیزیکی نیست. از منظر اسلام چهارکد اخلاقی برای فضای مجازی می توان ذکر کرد:

۱- احترام به کرامت انسانی: درفضای مجازی حریم، عظمت و کرامت انسانی باید رعایت شود.

۲- اموری که اخلاقیات فطری انسان را به مخاطره می اندازد قلمرو ممنوعه فضای مجازی است.

۳- نفی ضرر فردی و اجتماعی: هیچ نوع حکمت کلی که موجب ضرر زدن به خود یا دیگران شود موجب تأیید اسلام نیست و از محرمات محسوب می شود.

۴- پرهیز از گمراه کردن دیگران: فضای مجازی از یک سو ظرفیت دروغ پردازی و یک جانبه نگری را دارد و از سوی دیگری صنعتی است برای اخلال.

اخلاق رایانه ای در قواعد و مقررات بین المللی

خو شبختانه درعر صه بین المللی در سال های اخیر توجهات زیادی به جامعه اطلاعاتی ازجمله به مساله رعایت اخلاق شده است. در سال ۲۰۰۳ در اجلاس سران جامعه اطلاعاتی (WSIS) در ژنو دو سند به نام های « اعلامیه اصول، ایجاد و ساخت جامعه اطلاعاتی "چالش های جهانی هزاره جدید" با ۶۷ ماده و "طرح اقدام" با ۲۹ ماده و یازده خط عمل صادر شد.

در بیانیه صادره در ژنو به ابعاد اخلاقی جامعه اطلاعاتی ا شاره شده و بر این ا ساس جامعه اطلاعاتی باید به صلح احترام گذارند و ارزش های بنیادی آزادی، برابری، همبستگی، مدارا، مسئولیت مشترک و رعایت طبیعت را پاس بدارند. در بخش دیگری اهمیت اخلاق برای جامعه اطلاعاتی را مورد تـ صدیق قرار می دهد که باید عدالت و ارزش ان سان را تقویت کند. بی شترین حمایت باید وقف خانواده شود تا بتواند نقش اساسی خود را در جامعه ایفا کند.

در "طرح اقدام "جامعه اطلاعاتی باید براساس ارزش های مشترک جهانی درپی ارتقای خوبی های مشترک، به منظور جلوگیری از سوء استفاده از فناوری های اطلاعاتی و ارتباطی باشند.

الف) برای ترویج احترام به صلح و پا سدا شت ارزش های بنیادین آزادی، برابری، همبستگی، مدارا، مسئولیت مشترک و احترام به طبیعت باید گام هایی برداشته شود.

ب) همه طرف های ذی نفع باید آگاهی خود را نسبت به ابعاد اخلاقی کاربردهای فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی افزایش دهند.

ج) همه نقش آفرینان جامعه اطلاعاتی باید خیر عمومی را ترویج کنند. از حریم خصوصی و داده های شخصی حفاظت کنند و در مقابل سوء استفاده هایی که از فناوری های اطلاعاتی و ارتباطی می شود مسئول باشند.

د) از همه طرف های ذی نفع، به ویژه دانشگاهیان دعوت می شود تا پژوهش را در زمینه ابعاد اخلاقی فناوری اطلاعاتی و ارتباطی ادامه دهند.

در سال ۲۰۰۵ در تونس هم دو سند به نام های سند « تعهد تونس » و سند « دستور جلسه تونس برای جامعه اطلاعاتی » با ۱۱ خط عمل تصویب شد.

تعهد تونس خواستار دستیابی به اهداف زیر بود: افزایش میزان دسترسی به فناوری ها و زیر ساخت ارتباطی و اطلاعاتی و همچنین اطلاعات و دانش، ایجاد ظرفیت، افزایش اطمینان و امنیت در استفاده از تکنولوژی های ارتباطی و اطلاعاتی، ایجاد محیطی توانمند درتمامی سطوح، توسعه وگسترش کاربردهای تکنولوژی ارتباطات و اطلاعات، تقویت و تنوع جنبه های مختلف فرهنگی و احترام به آن ها، به رسمیت شناختن نقش رسانه ها، تاکید بر ابعاد اخلاقی جامعه اطلاعاتی و تشویق همکاری بین المللی و منطق های در این مسیر.

به هرحال یکی از دغدغه های اساسی جهانیان مساله اخلاق در فضای مجازی است که اگر به مسائل و اصول اخلاقی در ارتباطات رایانه ای توجهی شود قطعا خیلی از اعمال و رفتارهای ضد اخلاقی وجود نخواهد داشت. لذا موارد ذیل را می توان به عنوان نمونه هایی از **قواعد واصول اساسی استفاده از رایانه** را برشمرد:

- رعایت احترام متقابل کاربران نسبت به خود و دیگران

- اطلاع یافتن کاربران از شخصی بودن اطلاعات و داده ها بر روی اینترنت یا فضای مجازی و عدم نمایش عمومی آن ها

- به اشتراک گذاشتن اطلاعات مفید و عام المنفعه

- عدم اتصال به شبکه های غیراخلاقی

- عدم آزار واذیت کاربران دیگر (مستقیم یا غیرمستقیم)

اخلاق رایانه ای در حقوق ایران

علی رغم نو ظهور بودن موضوع فناوری اطلاعات در کشور ما، مواردی از مقررات وجود دارد که به اخلاق رایانه ای اشاره دارد.

در مقدمه قانون اساسی در باب وسایل ارتباط جمعی (رادیو- تلویزیون) آمده است که و سائل ارتباط جمعی بایستی در جهت روند تکاملی انقلاب اسلامی در خدمت اشاعه فرهنگ اسلامی قرارگیرد و در این زمینه از برخورد سالم اندیشه های متفاوت بهره جوید و از اشاعه و ترویج خصلت های تخریبی و ضداسلامی جداً پرهیزکند. هرچند مقرره فوق در مورد رادیو وتلویزیون هست ولی با توجه به مقتضیات زمان می تواند در مورد ارتباطات رایانه ای هم تسری پیدا کند.

همچنین پیرو ابلاغیه مقام معظم رهبری با موضوع سیاست های کلی شبکه های اطلاع رسانی رایانه ای درسال ۱۳۸۰، شورای انقلاب فرهنگی مقررات و ضوابط شبکه های اطلاع رسانی رایانه ای را تبین و بدین شرح اعلام کرد:

۱- ایجاد، ساماندهی و تقویت نظام ملی اطلاع رسانی رایانه ای و اعمال تدابیر و نظارت‌های لازم به منظور صیانت از امنیت سیاسی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و جلوگیری از جنبه ها و پیامدهای منفی شبکه های اطلاع رسانی

۲- توسعه کمی و کیفی شبکه اطلاع رسانی ملی و تأمین سطوح و انواع مختلف خدمات و امکانات این شبکه برای کلیهٔ متقاضیان به تناسب نیاز آنان و با رعایت اولویت ها و مصالح ملی

۳- ایجاد دسترسی به شبکه های اطلاع رسانی جهانی صرفاً از طریق نهادها و مؤسسات مجاز

۴- حضور فعال و اثرگذار در شبکه های جهانی و حمایت از بخش های دولتی و غیردولتی در زمینه تولید و عر ضه اطلاعات و خدمات ضروری و مفید با تأکید بر ترویج فرهنگ و اندیشه اسلامی

۵- ایجاد و تقویت نظام حقوقی و قضایی متنا سب با تو سعه شبکه های اطلاع ر سانی به ویژه در جهت مقابله کارآمد با جرائم سازمان یافته الکترونیکی

۶- توسعه فن آوری اطلاعات (به ویژه حفاظت از اطلاعات) و آینده نگری در خصوص آثار تحولات فن آوری اطلاعات در سطح ملی و جهانی و گسترش مطالعات و تحقیقات و تربیت نیروی انسانی متخصص در این زمینه

۷- اقدام مناسب برای دستیابی به میثاق ها و مقررات بین المللی و ایجاد اتحادیه‌های اطلاع رسانی با سایرکشورها به ویژه کشورهای اسلامی به منظور ایجاد توازن در عرصه اطلاع رسانی بین المللی و حفظ و صیانت از هویت و فرهنگ ملی و مقابله با سلطه جهانی

پیرو آن هیئت وزیران نیز به منظور انتظام امور و فعالیتهای اطلاع ر سانی و تو سعه خدمات دسترسی به اینترنت درکشور و با هدف ساماندهی (ثبت، حمایت ونظارت) فعالیت پایگاه های اطلاع رسانی اینترنتی ایرانی درکشور و با مد نظر قرار دادن:

الف- حق دسترسی آزاد و سالم مردم به اطلاعات و دانش

ب- حمایت از پایگاه های اطلاع رسانی قانونی

پ- رعایت حقوق اجتماعی و صیانت از ارزش های اسلامی، ملی، فرهنگی و اجتماعی کشور

ت- مسئولیت مدنی و حقوقی و کیفری افراد درقبال فعالیت های خود حسب مورد آیین- نامه ساماندهی فعالیت پایگاههای اطلاع رسانی (سایت های) اینترنتی ایرانی را تصویب نمود.

همچنین در آیین نامه واحدهای ارائه کننده خدمات اطلاع رسانی و اینترنت رسا (ISP) مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی آمده است که تولید و عرضه موارد زیر توسط رساها و کاربران ممنوع می باشد:

- نشرمطالب الحادی و مخالف موازین اسلامی
- اهانت به دین اسلام و مقدسات آن

- ضدیت با قانون ا سا سی و هرگونه مطلبی که ا ستقلال و تمامیت ار ضی ک شور را خد شه دار کند

- اهانت به رهبری و مراجع مسلم تقلید

- تحریف یا تحقیر مقدسات دینی، احکام مسلم اسلام، ارزش ها یا انقلاب اسلامی و مبانی تفکر سیاسی امام خمینی (ره)

- اخلال در وحدت و وفاق ملی.

- القاء بدبینی و نا امیدی در مردم نسبت به مشروعیت و کارآمدی نظام اسلامی

- اشاعه و تبلیغ گروه ها و احزاب غیرقانونی

- انتشـار اسـناد و اطلاعات طبقه بندی شـده دولتی و امور مربوط به مسـائل امنیتی، نظامی و انتظامی

- اشاعه فحشاء و منکرات و انتشار عکس ها و مطالب خلاف اخلاق و عفت عمومی

- ترویج مصرف سیگار و مواد مخدر

- ایراد افترا به مقامات و هریک از افراد کشور و توهین به اشخاص حقیقی و حقوقی

- افشاء روابط خصوصی افراد و تجاوز به حریم اطلاعات شخصی آنان

- انتشـــار اطلاعات حاوی کلیدهای رمز بانکهای اطلاعاتی، نرم افزارهای خاص ، صـــندوق های پست الکترونیکی و یا روش شکستن آن ها

- فعالیت های تجاری و مالی غیرقانونی و غیر مجاز از طریق شـبکه اطلاع رسـانی و اینترنت از قبیل جعل،اختلاس، قمار و ...

- خرید، فروش و تبلیغات در شـــبکه اطلاع رســـانی و اینترنت ازکلیه کالاهایی که منع قانونی دارند

- هرگونه نفوذ غیر مجاز به مراکز دارنده اطلاعات خصوصی و محرمانه و تلاش درجهت شکستن قفل رمز سیستم ها

- هرگونه حمله به مراکز اطلاع رســـانی و اینترنتی دیگران برای از کار انداختن و یا کاهش کارآیی آن ها

- هرگونه تلاش برای انجام شنود و بررسی بسته های اطلاعاتی درحال گذر در شبکه که به دیگران تعلق دارد- ایجاد هر گونه شبکه و برنامه رادیویی و تلویزیونی بدون هدایت و نظارت سازمان صدا و سیما

همچنین در ابلاغیه رهبر معظم انقلاب پیرامون سیاست های کلی نظام در امور" تبادل اطلاعات و ارتباطات " که به عنوان راهنمای دستگاه های اجرایی، تقنینی و نظارتی، خط مشی و جهت گیری نظام را در بخش مذکور تعیین می کند موارد ذیل آمده است:

- صیانت از اسرار کشور، حفظ فرهنگ و هویت اسلامی- ایرانی و ارزش های اخلاقی
- حراست ازحریم خصوصی و آزادی های مشروع و سرمایه های مادی و معنوی
- رعایت موازین شرعی و مقررات قانونی مربوط به حفظ حقوق فردی واجتماعی دراجرای این سیاست ها

در مصوبه شورای عالی فضای مجازی با موضوع "توسعه فضای مجازی سالم، مفید و ایمن" آمده است:[1]

تعریف فضای مجازی سالم، مفید و ایمن، فضایی است متشکل از شبکه‌های ارتباطی که در آن محتوا و خدمات مفید در چارچوب مبانی و ارزش‌های اسلامی و قوانین و مقررات کشور ارائه می‌شود و کاربران می‌توانند براساس ویژگی‌های جمعیتی (از قبیل سن، جنس، شغل و تحصیلات) از محتوا و خدمات موردنیاز بهره‌مند شوند و حتی‌الامکان در برابر محتوا و رفتارهای آسیب‌زا محفوظ بمانند. هدف توسعه فضای مجازی سالم، مفید و ایمن ایجاد و توسعه داوطلبانه، مشارکتی و قابل مدیریت «فضای مجازی سالم، مفید و ایمن» در جهت:

الف) تولید و توزیع محتوا و خدمات سالم، مفید و ایمن مورد نیاز

ب) ممانعت از نشر محتوا و خدمات مضرّ، ناسالم و ناایمن.

طرح جامع توسعه فضای مجازی سالم، مفید و ایمن؛ برا ساس تعریف و اهداف مصوب شورا درخصوص توسعه «فضای مجازی سالم ، مفید و ایمن» با موضوع "الزامات حاکم بر اینترنت

[1] مصوبه جلسه بیست و دوم مورخ ۱۳۹۳/۱۲/۱۰ شورای عالی فضای مجازی که طی نامه شماره ۱۰۰۱۵۱/۹۴/ش در تاریخ ۱۳۹۴/۱/۳۰توسط دبیر شورای عالی فضای مجازی ابلاغ شد.

اشـیاء در شـبکه ملی اطلاعات که به اسـتحضـار مقام معظم رهبری (مد ظله العالی) رسـیده تصویب گردیده است. [1]

در این مصوبه مقدمه گسترش کاربردهای فضای مجازی و پیشرفت فناوری‌های مرتبط با این حوزه، مختصـات فعلی فضـای مجازی را متأثر از سـه رکن نو ظهور «کلان‌داده»، «هوشمندسازی» و «ارتباطات از نوع ماشینی» نموده است.

فضای مجازی با مختصات جدید، علاوه بر انسان، اشیاء را نیز در دامنه کاربران خود قرار داده و امکان توسعه کاربردهای ارتباطی را که پیش‌تر صرفاً در محدوده انتقال پیام میان فرستنده و گیرنده شـناخته می‌شـدند به کاربردهای متنوعی همچون مدیریت فرآیندها، نیازمندی‌ها و ارتباطات انسان‌ها از طریق به‌کارگیری هوشمندانه اشیاء، ارتقاء داده و دامنه اثرگذاری نافذتری را شامل شده است. از این رو، ضروری است با هدف حفظ و تقویت حاکمیت‌پذیری فضای مجازی، نسبت به ارائه تعاریف و شناسایی الزامات حاکم در راستای ورود فناوری‌های نو ظهور مرتبط با این مفاهیم، اقدام‌های لازم صورت پذیرد.(۲،۴)

پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی و فرهنگی در فضای مجازی:

به منظور پیشـگیری و کاهش آسـیب های اجتماعی و مشـکلات فرهنگی در فضـای مجازی راهکارهایی در ابعاد مختلف مطرح شـده اند که در صـورت اجرای به موقع و مناسـب می‌توانند ثمر بخش واقع شوند:

✓ **بعد حاکمیت:**

- ایجاد محدودیت در دسترسی به فضاهای آسیب زا مانند اتاق های گفتگو و....
- کنترل و نظارت مستمر و دائم در فضای مجازی توسط پلیس فضای تبادل اطلاعات (فتا)
- رصد کامل فضای مجازی توسط ارائه دهندگان سرویس های اینترنتی و اعمال محدودیت‌های متناسب
- تخصیص بودجه جهت انجام پژوهش های میدانی در زمینه امنیت اخلاقی در فضای مجازی

[1] مصوبه جلسه پنجاه و سوم مورخ ۱۳۹۷/۷/۳۰شورای عالی فضای مجازی که طی نامه شماره ۱۰۳۶۲۷/۹۷ در تاریخ ۱۳۹۷/۸/۲۰توسط دبیر شورای عالی فضای مجازی ابلاغ شد.

- تدوین و اجرای سیاست های اطلاع رسانی و آموزشی مناسب در راستای کاهش آسیب‌های فضای مجازی

– وضـــع قوانین ســـختگیرانه تر جهت برخورد با مجرمان جرایم اینترنتی و اجرایی نمودن این قوانین

– آگاهی و هوشـــیاری بیشـــتر پلیس ســـایبری در مورد انواع جدید جرایم رایانه ای و اقدام در جهت نا کارآمد کردن دسیسه های دشمنان در این زمینه

– طراحی بازی های رایانه ای به گونه ای که در آن ها انواع خطرات موجود در فضای مجازی و راهکارهایی جهت آشنایی و مقابله با آن ها تعبیه شده است

– طراحی و تدوین بخشـی در کتاب های درسـی در ارتباط با آشـنایی دانش آموزان با فناوری های جدید، اینترنت و خطرات بالقوه آن ها

– اســـتفاده از آموزه های دینی از جمله امر به معروف و نهی از منکر به عنوان نوعی کنترل اجتماعی توسط هر شخص

– هنجارسازی های مثبت و ترویج فرهنگ استفاده از اینترنت و فضای مجازی

–فرهنگ سازی، اطلاع رسانی و برگزاری کلاس های آموزشی در مدارس در مورد نحوه استفاده صحیح و مزایا و معایب این فناوری های جدید به خصوص برای نوجوانان و جوانان که بیشترین استفاده کنندگان از فضای مجازی هستند

– استفاده از ظرفیت هایی همچون رسانه های دیداری و شنیداری، روزنامه ها، مجلات، نشریات برای نهادینه شدن فرهنگ سایبری

– برگزاری جل سات آموز شی از سوی م صادر امور فرهنگی در شهر ستان ها به منظور آ شنا نمودن و اطلاع رســـانی به والدین در مورد فناوری های جدید به ویژه اینترنت و شـــبکه های اجتماعی مجازی

– پخش آگهی های آموزنده از ســوی وزارت فرهنگ و ارشــاد اســلامی در رادیو و تلویزیون در جهت افزایش آگاهی خانواده ها در خصوص خطرات ناشی از اینترنت

– پخش برنامه های کوتاه آموزشی درباره مزایا و معایب اینترنت از زبان ورزشکاران و هنرمندان محبوبی که عموما جوانان آنها را الگوی خود قرار می دهند

– ساخت و پخش فیلم ها و سریال هایی با موضوع اینترنت و مزایا و معایب آن

✓ **بعد خانواده**

- پایش و نظارت مستمر بر رفتار فرزندان و اعضای خانواده در فضای مجازی

- برقراری ارتباط صمیمانه با اعضای خانواده به خصوص فرزندان در راستای ایجاد فضایی صمیمی و بیان مشکلات و خواسته ها

- نظارت فنی بر فعالیت های فرزندان در فضای مجازی با استفاده از نرم افزارهای کنترل کننده

- توجه به نیازهای عاطفی و روانی فرزندان و اعضای خانواده و درک تفاوت های رفتاری فرزندان در زمان های مختلف با هدف رفع مشکل

– تشویق به شرکت در فعالیت های اجتماعی و تقویت این گونه رفتارها توسط والدین

– گذراندن اوقات بیشتری با فرزندان در فضای بیرون از خانه به طوری که فرزندان از نظر عاطفی، احساس خلأ نکنند و جهت جبران این کمبود به فضای مجازی پناه نبرند.(۳و۴)

راهنمای رفتار حرفه ای در فضای مجازی برای پزشکان و دانشجویان پزشکی:

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

راهنمای حاضر ضمن تأیید و حمایت از استفاده مناسب از فضای مجازی به منظور هدایت حرفه‌مندان و فراگیران در رعایت ملاحظات رفتار حرفه ای در محیط مجازی در پنج محور توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران تدوین گردیده است.

ضوابط حیطه عمومی:

هر عضو جامعه پزشکی:

- به رعایت شان حرف پزشکی و حفظ اعتماد عمومی به حرفه مندان پزشکی توجه دارد
- از انتشار تصاویر شخصی خلاف شئون حرفه‌ای اعم از توزیع و پخش تصاویر خصوصی نمایانگر اشتغال به امور لغو[1] یا خلاف قانون در سایت‌هایی که در آن به عنوان حرفه‌مند پزشکی شناخته می‌شود خودداری می‌کند.[2]
- آراستگی ظاهر و استفاده از پوشش متناسب با شأن حرف پزشکی و قوانین حاکم در کشور را در فضای مجازی رعایت می‌کند.
- از شایعه پراکنی، تهمت و انتشار هر گونه مطلب خلاف واقع که سبب سلب یا تضعیف اعتماد عمومی به حرفه‌مندان پزشکی در فضای مجازی شود، اجتناب می‌ورزد و صداقت و راستگویی در ارائه اطلاعات را رعایت می‌کند.

  از به کارگیری الفاظ غیراخلاقی و خشونت آمیز و انتشار هر گونه مطلب توهین یا تبعیض آمیز نسبت به قومیت، جنسیت، باورهای فرهنگی و مذهبی و غیره در فضای مجازی اجتناب می‌ورزد.
- در خصوص بحث‌های مطرح شده در محیط‌های مجازی، از انجام هر گونه قضاوت و تصمیم‌گیری پیش از کسب اطمینان از درستی و صحت اطلاعات منتشر شده اجتناب می‌ورزد.
- از هر گونه فریبکاری و سرقت علمی و ادبی مقالات، مطالعات و مستندات در فضای مجازی اجتناب می‌کند و حق مالکیت معنوی اطلاعات را در فضای مجازی رعایت می‌کند و در برابر انتشار مطالب در فضای مجازی به مسئولیت‌های خود توجه دارد.
- برای به روزرسانی اطلاعات خود و اطمینان از امنیت آن در فضای مجازی اهمیت قائل بوده و مسئولانه عمل می‌کند

[1] کارهای سخیفی که در عرف خلاف شأن حرفه پزشکی در نظر گرفته می‌شود و اعتماد عمومی را به حرفه پزشکی کاهش می‌دهد.

[2] از مصادیق آن می توان به انتشار تصاویر گرفته شده در سالن تشریح با اجساد و....اشاره نمود.

- ❖ نسبت به ارزیابی صحت هویت کاربران قبل از برقراری ارتباط با آنان اطمینان حاصل می‌کند و از اعتماد بی مورد خودداری می‌نماید.
- ❖ از ورود به حریم خصوصی مجازی دیگران از جمله صندوق پست الکترونیک (ایمیل) شخصی، محیط کاربری شخصی در ابزارهای ارتباط جمعی و غیره اجتناب می‌کند.
- ❖ در فضای مجازی با همکاران خود با شکیبایی، متانت، احترام و منصفانه و مطابق با اصول اخلاقی و ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی رفتار می‌نماید و به حفظ اسرار همکاران و سازمان در فضای مجازی پایبند است.
- ❖ در قبال آگاه ساختن همکاران و دانشجویان و سایر افراد از عواقب منفی مطالب نادرست و یا ناروایی که در فضای مجازی بارگذاری کرده اند، احساس مسئولیت می‌کند و با حفظ کرامت و شأن انسانی به صورت محرمانه به ایشان تذکر می‌دهد.
- ❖ به منظور ارائه اطلاعات، تعامل با همکاران و تبادل اطلاعات پزشکی حتی‌الامکان از سایت‌های معتبر و اختصاصی حرفه پزشکی استفاده می‌کند.

ضوابط حوزه مراقبت و درمان:

- ❖ در صورت نیاز به اشتراک گذاری اطلاعات بیماران و یا انجام بحث‌های گروهی در محیط‌های مجازی محرمانگی اطلاعات افراد را رعایت نموده و به حذف اطلاعاتی که منجر به افشای هویت بیمار و شناسایی وی می‌شود توجه نماید .[1]
- ❖ در فضای مجازی که به عنوان ارائه دهنده خدمات سلامت شناخته می‌شود از فعالیت‌های تبلیغاتی انتفاعی برای شرکت های پزشکی و دارویی خودداری می‌کند.
- ❖ در صورت فعالیت و مشارکت در برگزاری برنامه‌های مشاوره مراقبتی-درمانی در فضای مجازی، به سئوالات افراد، صریح و به موقع پاسخ می‌دهد.
- ❖ در ارائه مشاوره در فضای مجازی، منافع و مصالح بیمار را اولویت قرار داده و از اطلاعات حاصل از بیمار در جهت منافع شخصی خود استفاده نمی‌کند.

---

[1] انتشار عکس و اطلاعات بیمار باید با اخذ رضایت آگاهانه از وی صورت گیرد.

- در قبال توصیه‌ها و فعالیت‌های مراقبتی که در فضای مجازی ارائه می‌کند، قبول مسئولیت کرده و هر گونه عواقب مترتب به آن را می‌پذیرد.
- ضمن معرفی نام و جایگاه حرفه‌ای خود، از بزرگ نمایی توانمندی خود در فضای مجازی پرهیز می کند.
- پیش از برقراری ارتباط الکترونیکی با بیمار یا خانواده وی در فضای مجازی، از ایشان کسب اجازه می‌کند.
- نسخه ای پشتیبان از مکاتبات خود با بیماران در فضای مجازی را در پرونده ای به شکل محرمانه مستندسازی می کند.
- در صورت برقراری تعامل با بیماران و خانواده وی در فضای مجازی، ضمن توجه به ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اجتماعی، حد و مرزهای ارتباط حرفه‌ای را رعایت می‌نماید.
- در برقراری روابط اجتماعی در فضای مجازی با کودکان یا گروه های آسیب پذیر به احتمال سوء برداشت از ارتباط یا مطالب ارائه شده، توجه کرده و محتاطانه و دقیق عمل می‌کند.
- در چارچوب وظایف و اختیارات خود، در جهت بهبود و ارتقاء کیفیت و صحت محتوای ارائه شده در سایت‌های مجازی وابسته به مراکز خدمات سلامت، می‌کوشد.

ضوابط حوزه پژوهش:

- پیش از ارزیابی قابلیت اعتماد و درجه شواهد علمی مقالات و متون منتشر شده در فضای مجازی، از نتایج آنها در عملکرد طبابت خود استفاده نمی‌کند.
- جهت جلوگیری از سرقت اطلاعات مراکز تحقیقاتی و پژوهشی ، از همکاری و مشارکت مجازی با سازمان‌های ناآشنا اجتناب می‌کند.
- پیش از ورود اطلاعات بیماران به بانک داده‌های پژوهش که بر محیط مجازی قرار دارد از ایمن بودن محیط مجازی و محدودیت دسترسی افراد غیر مرتبط به این داده‌ها برای حمایت از این داده‌ها اطمینان حاصل می کند.

ضوابط حوزه آموزش:

- در تدریس و گفتگوهای پزشکی در فضای مجازی از ارائه اطلاعات و دانسته‌های خود دریغ نمی‌ورزد.
- . تلاش می‌کند تا به نحو موثری از فضای مجازی به عنوان بستری جهت تقویت تعامل بین استاد و دانشجو و سازمان‌های آموزشی و تخصصی با هم استفاده کند.
- در صورت بروز خطا در انتشار اطلاعات آموزشی در فضای مجازی، ضمن پذیرش مسئولیت خود را متعهد به پاسخگویی دانسته و در جهت اصلاح آن اقدام می‌کند.

ضوابط حوزه عملکرد فردی:

- در استفاده از فضای مجازی به مدیریت زمان توجه داشته و در ایجاد تعادل بین زندگی مجازی و حقیقی کوشا می‌باشد.
- برنامه‌ریزی هدفمندی جهت مشاهده محتواهای آموزشی در فضای مجازی داشته و به تأثیر احتمالی حاصل از آنها بر سلامت روحی، روانی و جسمی خود توجه دارد.
- در برقراری ارتباطات و تعاملات حرفه‌ای در فضای مجازی، مدیریت روابط عاطفی و احساسی را در نظر دارد.(۶)

منابع

۱. علی پور ا، شـــالباف ع. اخلاق آموزش مجازی. فصـــلنامه اخلاق در علوم و فنّاوری. ۱۳۸۷: ۳۷ (۳)

۲. پورقهرمانی ب. اخلاق رایانه ای، اصول و قواعد آن از منظر اسلام و مقررات بین المللی و داخلی. فصلنامه علمی – پژوهشی فقه و مبانی حقوق اسلامی.۱۳۹۱: ۴(۱۲)

۳. بختیاری آ. بررسی هنجارهای اخلاقی در فضازی مجازی(اینترنت) گروه بررسی مسائل زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. ۱۳۹۱: ۷(۱۹)

۴. روابط عمومی و امور بین الملل مرکز فناوری اطلاعات و رسانه های دیجیتال ۲۵ بهمن ۱۳۹۶

۵. عباسی آ. کتاب رسانه های دیجیتال و سلامت تالیف : مهندس امیر حسین اسدی و همکاران

۶. راهنمای رفتار حرفه ای در فضـــای مجازی. ویژه حرفه‌مندان و دانشجویان گروه‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. مردادماه ۱۳۹۶

فصل ششم

آشنایی با مدل های مختلف آزمون

دکتر بهمن اکبری - دکتر یدالله بهرامی، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. آشنایی با مفهوم ارزشیابی و ارزیاب
۲. آشنایی با انواع ارزشیابی فراگیران با توجه به زمان و هدف، از قبیل ارزشیابی آغازین، ارزشیابی تکوینی، ارزشیابی تشخیصی و ارزشیابی تراکمی
۳. آشنایی با انواع آزمون‌های کتبی و شفاهی
۴. آشنایی با انواع آزمون‌های کتبی باز پاسخ مانند تشریحی گسترده پاسخ و تشریحی محدود پاسخ
۵. آشنایی با انواع آزمون‌های کتبی بسته پاسخ مانند چندگزینه‌ای (MCQ)، جورکردنی و صحیح-غلط
۶. آشنایی با انواع آزمون‌های عملی از قبیلMini-CEX & OSCE

مقدمه

در این فصـــل به‌طور خلاصـــه در مورد روش‌های مختلف آزمون، مطالبی را مرور می‌کنیم امید ا ست با مطالعه آن، توانایی و دانش شما در مورد روش‌های مختلف آزمون و ارز شیابی افزایش یابد و بتواند به شما در حرفه پزشکی یاری رساند. در ابتدا به معرفی برخی اصطلاحات پرداخته سپس انواع آزمون‌ها و ارزشیابی‌ها معرفی و بررسی می‌شوند.

ارزشـــیابی در آموزش، نقش محوری دارد و نباید آن را تنها آویزه ای اداری جهت گزارش به دانشگاه در نظرگرفت.پژوهش ها نشان داده اند که اصلاح ارزشیابی می تواند به صورت مستقل از اعمال تغییر در برنامه های آموزشـی نتایج چشـم گیری در بهبود فرآیند یاددهی و یادگیری داشته باشد. هدف اصلی و پایه ای ارزشیابی را می توان قضاوت کردن درباره ارزش پدیده مورد ارز شیابی دانست. ارز شیابی آموز شی به طور کلی" به عنوان تنا سب مو ضوع مورد ارز شیابی با هدف های مورد نظر" تعریف می شود. وقتی نتایج یک برنامه درسی مورد بررسی قرار می گیرد معلوم می شود که اجزای آن برنامه هدف های مورد نظر را به چه میزان برآورده کرده اند.

اگر سنجش به طور مناسب برنامه ریزی و اجرا شود اثر هدایت کننده مثبت و قوی بر یادگیری و برنامه آموزشـــی دارد. ســـنجش، آنچه را که برای ما حائز اهمیت اســـت انتقال می دهد و به عنوان قوی ترین محرک و انگیزه برای یادگیری دانشـــجویان عمل می نماید. همچنین خلاء موجود بین تدریس و برنامه آموزشـــی را پر می کند. بنابراین ســـیســـتم ســـنجش جامع ســـطح متحدالشکلی برای برنامه آموزشی بالینی به ارمغان می آورد.

در طراحی و برنامه ریزی ســنجش، دانســتن معیارهای ســنجش، مهم و حیاتی اســت. هدف ســنجش، معیارها را تعیین خواهد کرد. عموماً ســنجش تکوینی (Formative) به ملاک-های ســـطح پایین و کم اهمیت، ســـنجش مســـتمر به ملاک های پایینی تا میانی (دارای اهمیت متوســـط) و ســـنجش پایانی (Summative) به ملاک های میانی تا بالا (با اهمیت) گرایش دارد. هر چه سطح ملاک ها بالاتر با شد، پیامد های مربوط به سنجش برآیند بی شتری خواهد بود.

معرفی برخی اصطلاحات

اندازه‌گیری[1]

نسبت دادن یک عدد به یک صفت یا ویژگی خاص یک فرد بر اساس قوانین از پیش تعیین شده را اندازه گیری می گویند. به‌عنوان مثال، برای وزن و قد افراد از اعداد استفاده می شود. به این ترتیب که شخص شماره ۱، ۱۵۰ cm قد و ۷۵ کیلوگرم وزن دارد و شخص شماره ۲، ۱۴۷cm قد و ۶۹ کیلوگرم وزن دارد. با این اعداد به راحتی می‌توان تفاوت اشخاص ۱ و ۲ را از نظر قد و وزن بیان نمود. اندازه‌گیری هر چیزی ابزاری می‌خواهد که بسته به ماهیت آن صفت یا موضوع، این ابزار نیز متفاوت هستند (سیف ۱۳۹۶).

آزمون[2]

در واقع آزمون یکی از ابزارهای اندازه گیری است. زمانی که ما بخواهیم صفات و ویژگی های روانی اشخاص از قبیل میزان خلاقیت، هوش، انگیزش، یادگیری و ... را تعیین کنیم. می‌توان گفت آزمون، مجموعه‌ای از سوالات است که عموما به صورت کتبی جهت پاسخ‌گویی به آزمون شوندگان داده می شود.

به فعالیت انجام یک آزمون، آزمودن اطلاق می شود. البته مفهوم اندازه‌گیری عام‌تر است و هر اندازه‌گیری لزوما یک آزمودنی نیست و چه بسا یک اندازه‌گیری انجام شود ولی در آن آزمودنی نباشد (سیف ۱۳۹۶).

سنجش[3]

سنجش فرآیندی است که برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز جهت تصمیم گیری درباره موضوع مورد بررسی استفاده می شود که شامل تحلیل جامع و چند وجهی از عملکرد می‌باشد و می تواند جنبه های کمی و کیفی داشته باشد. مفهوم سنجش بسیار عام‌تر و گسترده‌تر از اندازه‌گیری وآزمودن است و یک اصطلاح کلی می باشد چرا که شامل همه روش‌های نمونه‌گیری، مشاهده مهارت ها، دانش و توانایی‌های دانش‌آموزان است که هم می تواند به صورت رسمی باشد همچون برگزاری آزمون ها و نیز می تواند به صورت غیر رسمی باشد مانند

---

[1] measurement
[2] test
[3] assessment

م شاهده نحوه عملکرد فرد در گروه. سنجش با کمیت و کیفیت صفت سروکار دارد مثلا بیان رفتار اجتماعی فرد در کلاس درس با عنوانهای پرخا شگر و نا سازگار و سازگار و ... که جنبه ی کیفی دارند با سنجش قابل حصول است (سیف ۱۳۹۶).

ارزشیابی[۱]

به طور ساده می توان ارز شیابی را تعیین ارزش برای هر چیز یا داوری ارز شی تعریف نمود. به عبارت دیگر ارز شیابی فرایندی نظامدار جهت جمع آوری، تحلیل و تفسیر اطلاعات است که از آن به منظور یافتن پاسخ این سوال استفاده می شود که آیا هدف های مد نظر تحقق یافته اند یا در حال تحقق یافتن هستند و به چه مقدار؟ در واقع منظور از ارزشیابی، تشویق به یادگیری، رتبه بندی و آگاه کردن دانشجویان، تشخیص مشکلات یادگیری آنها، اصلاح فعالیت های یادگیری و یاددهی و قضاوت در مورد میزان کسب مهارت ها و دانش است (سیف ۱۳۹۶).

انواع ارزشیابی

با توجه به زمان و هدف استفاده از ارزشیابی ها، چهار نوع ارزشیابی وجود دارد که شامل ارز شیابی آغازین، ارز شیابی تکوینی، ارز شیابی تشخیصی و ارز شیابی تراکمی می با شد که در ادامه شرح مختصری از هر یک را بازگو خواهیم کرد (سیف ۱۳۹۶).

- ✓ ارزشیابی آغازین[۲]

این نوع ارز شیابی تو سط مدرس قبل از شروع مبحث جدید به منظور ارز شیابی میزان ت سلط یادگیرندگان بر دانش ها و مهارت های پیش نیاز درس جدید و ارز شیابی میزان یادگیری هدف ها و محتوای درسی تازه قبل از شروع آموزش انجام می گیرد (سیف ۱۳۹۶).

- ✓ ارزشیابی تکوینی[۳]

این ارز شیابی در طول دوره آموز شی که فرآیند یادگیری فراگیر در حال تکوین یا شکل‌گیری است انجام می گیرد. در واقع ارزشیابی تکوینی مجموعه فرایندهایی است که به منظور آگاه ساختن مدرس از نواقص روند یاددهی- یادگیری و کمک به ا صلاح آن در طول دوره آموز شی

---

[1] evaluation
[2] pre evaluation
[۳]formative evaluation

انجام می شود. در نتیجه مدرس قادر است در زمانی که هنوز یادگیری ادامه دارد در جهت رفع مـ شکلات یادگیری فراگیران و برطرف کردن مـ شکلات روش آموز شی خود اقدام نماید (سیف ۱۳۹۶).

✓ ارزشیابی تشخیصی[1]

این ارز شیابی با هدف تشخیص مشکلات یادگیری فراگیران در جریان آموزش صورت می‌گیرد و وقتی به کار می رود که روش های اصلاحی معمول ارزشیابی تکوینی، مشکلات فراگیر را رفع نمی کند و نیاز به تشخیص علت های زیربنایی مشکلات، احساس می شود. مثلا فراگیرانی که در یادگیری یک درس خاص مشـــکل دارند جهت یافتن ریشـــه های این مشـــکل می توان از ارز شیابی تشخیصی استفاده نمود. در واقع به کمک این نوع ارز شیابی، مدرس قادر خواهد بود آگاه شـود که چه نوع فعالیت یادگیری را برای اینگونه فراگیران انتخاب کند که مناسـب وضـع آن ها باشد و آنها را در رسیدن به اهداف یادگیری مد نظر یاری رساند.

✓ ارزشیابی تراکمی[2]

این ارز شیابی معمولاً در پایان دوره انجام می شود و هدف آن نمره دادن و ارز شیابی یادگیری فراگیران، اتخاذ تصـــمیم در مورد آنها (مانند ورود به کلاس بالاتر، دادن امتیازهای تحصـــیلی، بورس و ...)، تعیین اثربخ شی طرح آموز شی و د ستیابی معلم و آموز شگاه به اهداف آموز شی اســت. این نوع ارزشـــیابی معمولا در پایان دوره آموزشـــی انجام می شـــود و به همین دلیل به ارزشیابی پایانی هم معروف است (سیف ۱۳۹۶).

انواع آزمون

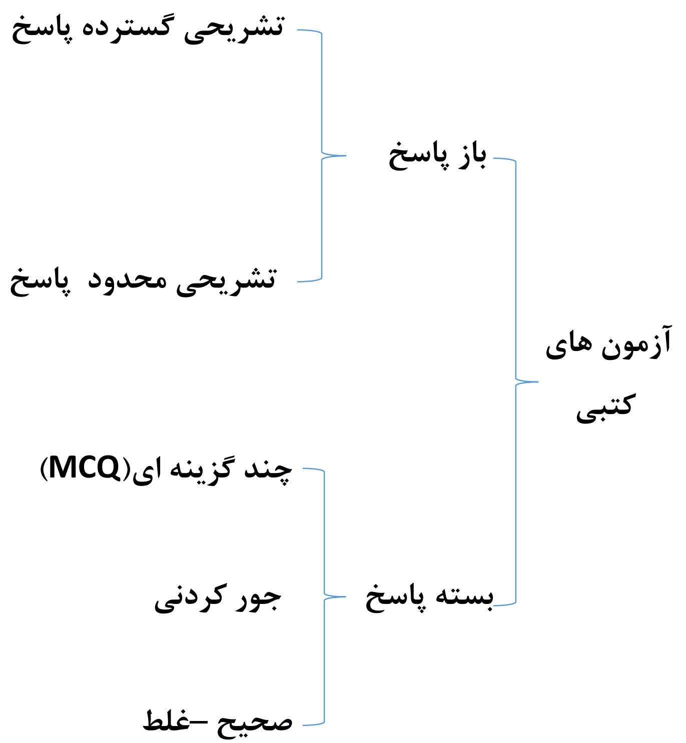
آزمون ها را می توان به دو دســته کلی کتبی و شــفاهی تقســیم کرد که هر یک انواعی دارند (شکل ۵-۱).

---

[1] diagnostic evaluation

[2] summative evaluation

شکل۵-۱ انواع آزمونهای کتبی



آزمون های کتبی باز پاسخ

در آزمون های کتبی باز پاسخ، آزمون شونده مجاز است برای هر سوال بسته به میزان دانایی خود پاسخی فراهم بیاورد و از این نظر منحصر به گزینه های محدود نیست. این آزمون ها، خود به دو دسته تشریحی گسترده پاسخ و تشریحی کوتاه پاسخ تقسیم می‌شود.

در آزمون های تشریحی گسترده پاسخ، نمی توان پاسخ درستی برای سوالات مد نظر گرفت که صددرصد صحیح و کامل باشد در واقع به آزمون شونده در پاسخ دادن به سوالات، آزادی عمل داده می شود و هیچ گونه محدودیتی برای او در نظر گرفته نمی شود تا او بتواند هر طور که خود مایل است پاسخ را بپروراند و به انجام رساند. به کمک این نوع آزمون، طراح، قادر خواهد

بود سوال از سطوح بالای یادگیری طراحی نماید و این مزیتی بزرگ است اما تعداد محدود اینگونه سوالات در هر آزمون از معایب اصلی آن می‌باشد (سیف ۱۳۹۶).

به مثال زیر توجه فرمایید:

فردی با حالت تهوع و احساس درد در ناحیه قفسه سینه و شانه چپ به پزشک مراجعه نموده است. پس از معاینه بدنی و انجام تست الکتروکاردیوگرام تشخیص این بوده است که بیمار مشکل قلبی ندارد. این حالت را چگونه تفسیر می کنید؟ ضمنا ادامه روند تشخیص بیماری و درمان این بیمار باید چگونه باشد؟ شرح دهید.

در آزمون های تشریحی محدود پاسخ، در صورت سوال به محدودیت پاسخ اشاره می شود مثلا آورده می شود که جواب خود را در نیم صفحه بنویسید و همچنین جواب را به یک موضوع خاص محدود می کند. در واقع آزمون شونده آزادی کامل در پاسخ دادن به سوالات ندارد.

از جمله مزایای آزمون های تشریحی این است که تهیه آنها آسان تر است، توانایی تولید پاسخ آزمون شونده را می سنجد و می توان سوالات در سطوح بالای یادگیری را به کمک این گونه آزمون ها طرح نمود. از محدودیت های آزمون های تشریحی نیز می توان به عدم وجود دقت و عینیت بالا در تصحیح، زمان زیاد جهت تصحیح و عدم پوشش دهی تمام مطالب تدریس شده اشاره نمود (سیف ۱۳۹۶).

آزمون های کتبی بسته پاسخ

در آزمون های کتبی بسته پاسخ، پاسخ درست در میان پاسخ های نادرست در اختیار آزمون شونده قرار داده می شود و او آزاد است که هر پاسخی را که به نظرش صحیح است انتخاب نماید در واقع در اینگونه مواقع آزمون شنوده پاسخ ساز نیست بلکه انتخاب کننده پاسخ صحیح است. از آنجایی که در این آزمون ها تصحیح سوالات به طور کاملا دقیق و عینی انجام می گیرد و در آن نظر شخصی مصحح هیچ گونه دخالتی ندارد به این آزمون ها، آزمون های عینی نیز گفته می شود. آزمون های بسته پاسخ به سه دسته تقسیم می‌شوند که شامل آزمون های چند گزینه ای، جور کردنی و صحیح– غلط می باشند.

آزمون های چند گزینه ای(MCQ)[1]

در آزمون های چند گزینه ای از تعدادی سوال استفاده می شود که هر سوال دارای سه قسمت تنه سوال،[2] گزینه کلید[3] و گزینه های انحرافی[4] می باشد. در تنه سوال، طراح به طور کامل و صحیح صورت سوال را می نویسد طوری که دربرگیرنده موضوعی است که قرار است سنجیده شود. تعداد گزینه ها در این سوالات می تواند بین ۲ تا ۵ باشد اما معمولا از سوالات ۴ گزینه ای بیشتر استفاده می شود. در گزینه ها اصولا یکی از گزینه‌ها، گزینه صحیح و پاسخ سؤال است و مابقی گزینه ها، گزینه انحرافی هستند چرا که هدف از طراحی آن ها منحرف کردن آزمون شوندگان ناآگاه از پاسخ صحیح است.

اگر تنه سوال به صورت منفی طراحی شود باید کلمات منفی به نحوی مشخص و برجسته شوند مثلا زیر آن ها خط کشیده شود. همچنین از منفی مضاعف اجتناب گردد یعنی هم تنه سوال منفی باشد و هم گزینه ها منفی، چرا که باعث سردرگمی آزمون شونده می شود. همچنین هر سوال، یک هدف آموزشی را سنجش نماید و به صورت کاملا روشن و واضح و در حد درک آزمون شوندگان نوشته شود. فقط یک پاسخ درست در میان گزینه ها باشد. در طراحی گزینه های انحرافی دقت لازم لحاظ گردد تا بتوانند به خوبی مورد توجه افراد بی اطلاع از موضوع قرار گیرند. از مزایای این نوع آزمون می توان به سنجش تعداد زیادی هدف آموزشی در یک زمان محدود، تصحیح اوراق امتحانی با استفاده از رایانه، پایایی بالا و کمک به تشخیص مشکلات یادگیری آزمون شوندگان از طریق گزینه های انحرافی اشاره نمود.

از محدودیت های آزمون های چندگزینه ای می توان به دشوار بودن طراحی آن ها به خصوص در طراحی گزینه های انحرافی خوب و شناسایی پاسخ به جای رسیدن به پاسخ اشاره کرد. همچنین زمانی که به پاسخ های غلط نمره منفی داده نمی شود دانشجویانی که ریسک می کنند از سایر دانشجویان نمرات بهتری می گیرند (سیف ۱۳۹۶).

---

[1] multiple-choice questions
[2] stem
[3] Keyed option
[4] distractors

آزمون های جور کردنی[1]

در آزمون های جورکردنی نیز همانند آزمون های چند گزینه ای، پاسـخ سـوالات در اختیار آزمون شونده قرار می گیرد و او فقط باید با توجه به اطلاعات قبلی خود پاسخ صحیح را انتخاب نماید. در این نوع آزمون، هر سوال از سه بخش تشکیل شده است: بخش راهنمای انجام دادن سؤال، بخش پرسش ها که می تواند چندین پرسش کوتاه باشد و بخش فهرست پاسخ ها که عموما تعداد آن ها یکی بیش از تعداد پرسش هاست و آزمون شونده با توجه به اطلاعات داده شده در بخش راهنما، از میان فهرست پاسخ ها به دنبال گزینه ای مناسب برای هر یک پرسش هایی است که در بخش فهرست پرسش ها آورده شده است. از مواردی که در تهیه این نوع آزمون ها باید مد نظر داشت این است که تا حد امکان طول فهرست پرسش ها و پاسخ ها کوتاه باشد. هر یک از پاسخ ها طوری انتخاب شوند که برای تمام پرسش ها صحیح به نظر برسند و موضوعات مهم و مرتبط با هدف های آموزشی در سوالات لحاظ شوند. از مزایای این نوع آزمون ها این است که می توان سهم زیادی از محتوای درس و هدف های آموزشی را با آن سنجید. تصحیح آن سریع، آسان و عینی است و امکان دخالت نظر شخصی مصحح وجود ندارد و نسبت به آزمون های صحیح- غلط در سنجش هدف های یادگیری سطوح بالاتر ارجحیت دارد. از محدودیت های این نوع آزمون این است که اگر سؤالات به دقت طراحی نشوند ممکن است آزمون شوندگان به یادگیری مطالب سطحی سوق داده شوند. همچنین پیدا کردن مجموعه پاسخ ها و پرسش های همگون، کار دشواری است.

آزمون های صحیح - غلط[2]

در آزمون های صحیح- غلط، هر سوال از یک جمله تشکیل شده که آزمون شونده بر اساس اطلاعات خود صحیح بودن یا غلط بودن آن را تعیین می نماید. در طراحی این سـوالات بهتر است موضوعات مهم و در ارتباط با هدف های آموزشی آورده شوند و درک و فهم را بسنجند. همچنین سوالاتی طرح شود که قطعا درست یا قطعا غلط باشند و مورد مبهمی در آن موجود نباشد. از مزایای این گونه سوالات می توان به طراحی نسبتا آسان، پوشش بخش گسترده ای از

---

[1] matching question
[2] true/false

محتوای درس و تصحیح آسان همراه با عینیت و سرعت بالا اشاره کرد. از محدودیت های این نوع آزمون نیز می توان به حدس پذیری بالای آن اشاره کرد.

ارزشیابی بالینی دانشجویان در علوم پزشکی

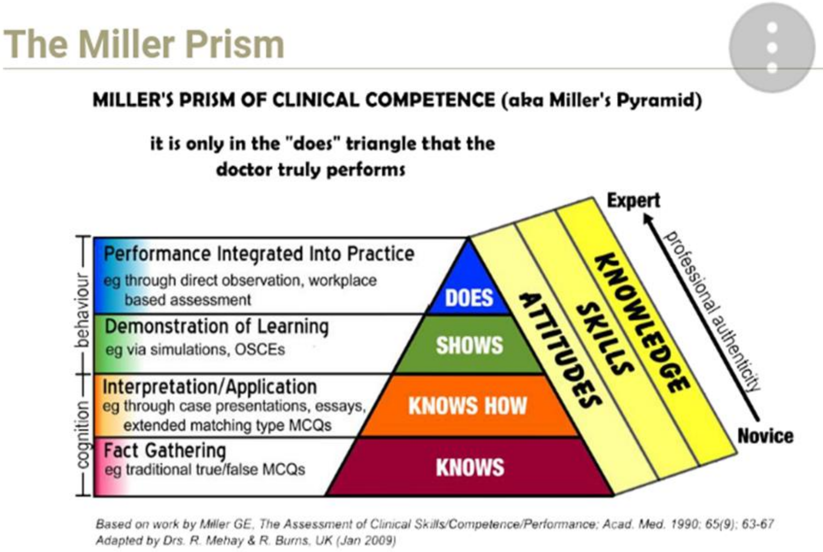
از آنجا که هدف های آموزشی بسیار متنوع اند باید در تهیه طرح درس و طرح سنجش از هدف های مختلف وابسته به سطوح گوناگون یادگیری بهره گرفت، لذا برای سنجش آنان نیز به روش ها و ابزارهای مختلفی مورد نیاز است. نمونه هایی از ابزار های مفید سنجش در امتحان های با ملاک های پایین شامل سوال های انشائی طولانی و آزمون های سنتی مربوط به شرح حال کامل بیمار است. استراتژی بهتر برای امتحان با ملاک های بالا، جایگزینی آن ها با ابزار سنجش واقعی تر مانند آزمون چند سوالی با پاسخ کوتاه (به جای سوال های انشایی طولانی) و امتحان بالینی ساختارمند عینی (OSCE) (به جای امتحان سنتی مربوط به شرح حال کامل بیمار) خواهد بود.

آزمون های مبتنی بر صلاحیت یا عملکرد

در این قسمت، تقسیم بندی آزمون ها بر اساس "هرم میلر" توضیح داده می شود. جرج میلر در سال ۱۹۹۰ مدلی تحت عنوان "هرم میلر"(شکل ۵-۲) پیشنهاد کرد که صلاحیت بالینی را در چند سطح نشان می دهد: دانستن (Knows)، چگونه دانستن (Knows How)، نشان دادن (Shows How) و انجام دادن (Does). یک داوطلب قبل از اینکه نشان دهد چگونه می داند، ابتدا می داند. به عبارت دیگر دانستن به معنی دانش واقعی و چگونه دانستن مفهوم سازی و فهمیدن است. در سطح بالاتر داوطلب نشان می دهد که چگونه می داند، به عبارتی صلاحیت را توسعه می دهد تا به اجرا در آورد. در بالاترین سطح داوطلب انجام می دهد. به عبارت دیگر در موقعیت های واقعی زندگی خود را با صلاحیت کامل انجام می دهد.

استفاده از ابزار های ارزشیابی برای آزمودن سطوح مختلف صلاحیت بسیار متفاوت است. به عنوان مثال سوال های چند گزینه ای برای سنجش دانستن و دانش بسیار موثر هستند در صورتی که استفاده از این سوال ها برای سنجش "نشان دادن" و "انجام دادن" محدودیت دارد.

به طور مشــابه آزمون بالینی ســاختارمند عینی (OSCE)[1] اگرچه در ســنجش "نشــان دادن" موثر است اما برای سنجش حجم زیادی از دانستن در سطوح پایین‌تر غیر عملی است. به همین خاطر ضروری است که در طراحی یک سیستم ارزشیابی برای صلاحیت بالینی، حداقل یک یا دو ابزار برای سنجش هر یک از سطوح انتخاب کنیم تا ترکیب منا سبی برای سنجش توانایی دانشجو داشته باشیم.



شکل ۵-۲: هرم و منشور میلر

آزمون بالینی ساختارمند عینی (OSCE)

آزمون بالینی ساختارمند عینی، آزمون سنجش میزان صلاحیت بالینی ا ست که در آن توانایی آزمون شــونده در انجام مجموعه مهارت های بالینی و ارتباطی شــامل برقراری ارتباط و شــرح حال گیری، گوش دادن فعال، معاینه، انجام پروســیجر، مشــاوره و آموزش به بیمار، تعهد حرفه ای، رعایت ایمنی بیمار و پیشگیری مورد سنجش قرار می گیرد. سوال های این آزمون در قالب

[1] Objective Structured Clinical Examination

ای ستگاه های ثابت طراحی گردیده و دان شجویان در این ای ستگاه ها چرخش می کنند. در هر یک از ایستگاه ها، دانشجویان بایستی دانش، مهارت و نگرش های حرفه‌ای خود را به کار گرفته و با انجام دادن "یک وظیفه بالینی پیچیده" توانمندی خود را عملاً به ناظر ایســـتگاه نشـــان دهند. از این رو در هر ایستگاه، شرایط بایستی تا حد ممکن مشابه موقعیت های بالینی واقعی شـــبیه ســـازی گردد. برای این منظور از بیمارنمای اســـتاندارد شـــده، مانکن های ویژه انجام پروسیجر، یا سایر شبیه سازها و غیره استفاده می‌شود.

مزایای OSCE

در این آزمون، ارزیاب به کمک چند بیمار یا بیمارنمای آموزش دیده تعدادی ســـناریوی اخذ شرح حال و مهارت های ارتباطی تهیه می دهد و در آن مهارت های فوق الذکر را در کارورزان خود مشـــاهده و اندازه گیری می کند. دراین آزمون، بیمارنما به گونه ای آموزش می بیند که سناریوی یک بیمار واقعی را برای تمامی آزمون شوندگان به صورت یکسان اجرا کند. سنجش در ایستگاه های OSCE بر اساس چک لیست هایی صورت می گیرد که به طور اختصاصی برای اندازه گیری هر یک از مهارت های بالینی و ارتباطی تهیه شـــده اند. این آزمون یک روش استاندارد سنجش صلاحیت بالینی است که همه دانشجویان را همزمان و در شرایط یکسان با معیار های م شابه ارزیابی نموده با تامین شرایطی می تواند نتایج معتبر و پایایی دا شته با شد. برخی از این شرایط عبارتند از: ارزشیابی مهارت های ضروری مرتبط با صلاحیت بالینی، تعداد کافی ایستگاه جهت پو شش کافی مهارت های مورد سنجش، توجه به انگیزه، آموزش و نظارت کافی بر بیمار نما جهت ایفای نقش ثابت و یک‌سان برای همه دان شجویان، چک لی‌ست معتبر و پایای نظارت در ای ستگاه ها جهت کنترل تاثیر سوگیری های فردی بر ق ضاوت ناظرین، توافق ناظرین مختلف در مورد معیارهای عملکرد دان شجویان و نیل به ق‌ضاوت یک‌سان در بین ارزیاب ها.

محدودیت ها ی OSCE

این آزمون به دلایل زیر ممکن است انتخاب نشود:

- طراحی ایستگاه های استاندارد، دشوار و وقت گیر است.

- این آزمون با توجه به نیاز به اســتفاده از مدل ها، مانکن ها و بیمارنماهای اســتاندارد شده از هزینه بالایی برخوردار است.
- برگزاری آزمون نیاز به همکاری گسترده و نظم و هماهنگی زیادی دارد.
- چینش ایستگاه های ثابت نیاز به یک مکان بزرگ دارد.
- در آزمون های بزرگ که تعداد دانشــجویان زیاد اســت، این آزمون وقت زیادی نیاز داشته و گاهی در دو روز برگزار می شود.
- ســنجش مهارت های ارتباطی و نگرش ها و اخلاق حرفه ای خاصــی مشــکل اســت و طراحی چنین ایستگاه هایی نیاز به تخصص و مهارت دارد.

قواعد تهیه و اجرای آزمون OSCE

به جهت سهولت کار، مراحل برگزاری OSCE در سه مرحله زمانی بررسی می شود:

الف) پیش از آزمون:

این مرحله شامل موارد زیر می باشد:

۱. برنامه ریزی آزمون: تشــکیل یک کمیته برای برگزاری آزمون، طراحی پیش نویس آزمون و تایید روایی آن، برآورد و تامین هزینه های آزمون.
۲. طراحی ایستگاه ها: تهیه سناریوی ایستگاه، تهیه راهنمای دانشجویان، دستورالعمل بیمارنما (شامل شکایت اصلی، توصیف دقیق علامت یا بیماری و شرح حال بیمار)، تهیه چک لیست یا ابزار ارزشیابی دانشجو، تهیه راهنمای ناظرین و تهیه لیست وسایل و امکانات مورد نیاز برای ایستگاه (درصورت لزوم)
۳. تعیین حداقل نمره قبولی در آزمون
۴. آموزش و تست کردن بیمارنما

ب) برگزاری آزمون:

این مرحله شامل موارد زیر می باشد:

آماده سازی مکان آزمون، مکان مطمئن قرنطینه و جمع آوری تلفن همراه، تکثیر چک لیست های ارزیابی هر ایستگاه به تعداد دانشجویان، چینش ایستگاه ها (شامل و سایل و تجهیزات،

نصب علایم راهنما، دستور العمل های راهنما و ...)، تایمر و زنگ مطمئن و تعیین فرد مسئول تنظیم وقت، اطمینان از حضور به موقع کلیه ناظرین، بیمارنماها و هماهنگی بین روتیشن های مختلف و چرخش دانشجویان.

ج) مرحله پس از آزمون:

این مرحله شامل موارد زیر می باشد:

اعلام نمرات هر ایستگاه، ارایه بازخورد کاملی از میزان صلاحیت بالینی به هر دانشجو که در بر گیرنده جزئیات و پیشنهاداتی در مورد نقاط ضعف و قدرت دانشجو در انجام هر مهارت باشد، بررسی پایایی بین ناظرین در هر ایستگاه، بررسی بازخورد دانشجویان، بیمارنماها و ناظرین، گزارش نقاط قوت و ضعف آزمون و راهکارهای مربوطه.

آزمون بالینی کوتاه (Mini-CEX)

ارزیابی بالینی کوتاه[1] آزمونی بالینی و مشاهده گرا است که برای ارزیابی مهارت های بالینی کسب شده توسط دانشجویان پزشکی در حیطه های برخورد بالینی با بیماران، گرفتن شرح حال، انجام معاینه ی بالینی و قضاوت بالینی توسط آزمونگر مورد استفاده قرار می گیرد. با انجام این آزمون می توان میزان پیشرفت وارتقاء مهارت های لازم را در فواصل زمانی مناسب مورد ارزیابی مجدد قرار داد.

معرفی آزمون- قواعد تهیه و اجرای آزمون

این آزمون یک دانشجوی پزشکی را هنگام تعامل با یک بیمار مورد ارزیابی قرار می دهد و توانایی وی را در هنگام ویزیت بیمار نشان می دهد. در این آزمون می توان قسمت های مختلف فرآیند ویزیت بیمار شامل شرح حال گرفتن، ارتباط برقرار کردن، معاینه کردن، رعایت رفتار حرفه ای، قضاوت بالینی و یا مدیریت زمان را مورد ارزیابی قرار داد. البته درصورت تمایل می توان فقط یک یا چند مورد از حیطه های ذکر شده را مورد ارزیابی قرار داد.

مدت این آزمون ۱۵ تا ۲۰ دقیقه است و پس از آن به مدت ۵ دقیقه به دانشجو بازخورد داده می شود. این آزمون معمولاً در درمانگاه و بر بالین بیماران واقعی انجام می شود و برای ارزیابی

[1] Mini-Clinical Evaluation Exercise

حیطه های مختلف مورد ارزیابی باید از چک لیست هایی که قبلاً تهیه شده استفاده نمود. برای هر موضوع گاهی اوقات چک لیست جداگانه لازم می شود. مثلاً معاینه بیمار مبتلا به سردرد با بیمار مبتلا به پارکینسون چک لیست متفاوتی دارد.

زمان انجام آزمون بهتر است با تعیین وقت قبلی و با موافقت دانشجو باشد و دانشجوی مربوطه از قبل در جریان انجام آزمون قرار گرفته با شد. در ضمن دانشجو باید از نحوه آزمون، مدت آزمون و چک لیست مورد ارزیابی اطلاع داشته باشد. در هنگام انجام آزمون، مشاهده گر نباید دخالتی دا شته با شد و فقط در صورتی که احساس کند اقدامات انجام شده توسط آن دانشجو ممکن است منجر به بروز مشکلاتی برای بیمار گردد می تواند تذکر دهد و یا روند آزمون را متوقف کند. در صورت پایان یافتن زمان آزمون، آزمونگر باید ارزیابی را متوقف و ارائه بازخورد را شروع نماید. ارائه بازخورد باید در غیاب بیمار و در همان درمانگاه انجام شود. هنگام ارائه بازخورد، چک لیست آزمون که توسط دانشجو پر شده، به وی نشان داده شده و طبق آن نقاط ضعف و قوت به ایشان یادآوری می شود و سپس نمره نهایی محاسبه می گردد پس از امضا برگه توسط استاد یک کپی از آن به دانشجو داده می شود. در صورتی که دانشجو نقطه ضعف عمده و قابل توجهی دا شته با شد و نیاز به تمرین و آمادگی بیشتر دا شته با شد زمان آزمون مجدد تعیین می شود.

مزایای آزمون Mini-CEX

به عنوان مثال در دوره کارآموزی یک ماهه در بخش اعصاب بیمارستان، دانشجویان ضمن آ شنایی با اطلاعات نظری و تئوری بیماری ها، در زمینه معاینه و برخورد با بیماران نیز آموزش می بینند که عمدتاً در درمانگاه مرکزی و یا درمانگاه اورژانس می باشد. یکی از شکایات مهم بیماران در درمانگاه مرکزی سردرد می با شد. در پایان دوره برای ارزیابی دانشجویان در زمینه توانایی ارزیابی بیماران مبتلا به سردرد، از دانشجویان آزمون بالینی کوتاه مدت به عمل می آید.

در این آزمون به خوبی نشان داده می شود که:

- کدامیک از دانشجویان مهارت های لازم برای تشخیص و درمان بیماران مبتلا به سردرد را فرا گرفته اند.

- کدام قسمت از فرایند ارزیابی بالینی را بیشتر آموخته اند و در کدام قسمت ها ضعف دارند.
- دانشـجویان به خوبی با نقاط قوت و ضـعف خود آشـنا می شـوند و انگیزه کافی برای اصلاح اشکالات خود پیدا می نمایند.
- برخی از دانشــجویان که مهارت های لازم را کســب ننموده اند پس از تمرین و بهبود مهارت های خود مجددا مورد ارزیابی قرار می گیرند.
- وجود چک لیســت به خوبی نشــان دهنده مراحل مختلف آزمون بوده و نقاط قوت و ضعف دانشجو را مستندسازی می کند.
- سنجش تمرینات بالینی کوچک در تمایز و افتراق سطوح عملکرد، کمک کننده است.[۲]
- پایایی ســنجش تمرینات بالینی کوچک با افزایش تعداد مواجهه بالاتر می رود. حداقل ۴ تا ۶ مواجهه لازم است تا به پایایی قابل قبول رسید.[۳]
- سنجش تمرینات بالینی کوچک در هر زمان قابل ا ستفاده و کاربر پسند ا ست و برای استادان و دانشجویان بسیار قابل قبول می باشد. [۳]

محدودیت های آزمون Mini-CEX

- انجام این آزمون برای هر دانشجو به مدت ۲۰ دقیقه بسیار وقت گیر می باشد.
- نیاز به مشــاهده مســتقیم بعد از چند نوبت برای اســتاد خســته کننده می شـود و دقت و انگیزه برای سایرین را از وی می گیرد.
- این آزمون نیاز به زمان منا سب، ساعت کار درمانگاه، مکان منا سب و بیمار منا سب دارد و در برخی موارد بیماران همکاری منا سب را ندارند ممکن ا ست با اعتراض برخی بیماران و همراهان آنان همراه باشد.
- تهیه چک لیست مناسب برای گروه آموزشی وقت گیر می باشد.

منابع:

1. Schuwirth, L.W.T., van der Vleuten, C. P. M. (2003).ABC of learning and teaching in medicine: written assessment. BMJ. 29-31.

2.HolmboeE.S.,Huot,S.,Chung,J.,Norcini,J.,Hawkins,R.E. (2003). Construct validity of the mini-clinical evaluation exercise (mini-CEX), Acad Med.78(8):826-30.

3. Kogan, J.R., Bellini, L.M., Shea, J. A. (2002). Implementation of the mini-CEX to evaluate medical students' clinical skills. Acad. Med. 77 (11):1156-7.

۴. سیف ع.ا . اندازه گیری، سنجش و ارزشیابی، ویراست هفتم.۱۳۹۶

فصل هفتم

پزشکی، شغل یا حرفه

دکتر محمد خواجه دلویی ، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

1. آشنایی دانشجو با مفهوم شغل و حرفه
2. آشنایی دانشجو با وجوه تمایز بازار خدمات پزشکی و سایر بازارها

مقدمه

یکی از مهم ترین رسالت های آموزش عالی در مقایسه با آموزش متوسطه، تاکید آن بر مهارت آموزی و کسب توانمندی های تخصصی توسط فراگیران این مقطع آموزشی برای کسب جایگاه های اشتغال و رفع نیاز جامعه به نیروی انسانی در مشاغل مختلف است. اهمیت این موضوع به حدی است که برخی صاحب نظران آموزش عالی را به عنوان آموزش مبتنی بر اشتغال می نامند. به یقین همانند تمامی رشته های دانشگاهی، در رشته های علوم پزشکی نیز، یکی از اصلی ترین اهداف کسب مهارت های تخصصی برای احراز جایگاه‌های شغلی و پاسخگویی به نیاز های جامعه است. این اشتغال برای این دانش آموختگان جایگاه و منزلت اجنماعی، امنیت اقتصادی، امکان برخورداری و تأمین بسیاری از نیازهای پایه زندگی را فراهم می کند.

با همین انگیزه هر سال دانش آموزان بسیاری در یک رقابت فشرده سعی در ورود به دانشگاه ها و با طی این مسیر، کسب صلاحیت های لازم برای احراز این جایگاه های شغلی و استفاده از مزیت های آن را دارند. یکی از این رشته های دانشگاهی و شغل بعد از دانش آموختگی آن، پزشکی است که بسیاری از داوطلبان ورود به آن با همان انگیزه هایی که به آن اشاره شد، این آینده کاری را برای خود انتخاب می کنند.

ولی، برای دانشجویان و دانش آموختگان این رشته بسیار مهم خواهد بود که در پاسخ این پرسش بسیار کلیدی تامل نمایند؛ "پزشکی، شغل است یا حرفه؟"

هر چند که ممکن است پرسیده شود، مگر تفاوتی بین این دو واژه وجود دارد؟

برای پاسخ به این مهم بایستی نخست مفهوم این واژه ها را شناخت.

مفهوم شغل و حرفه

شغل[۱]

در فرهنگ لغات شغل به معنی پیشه و محل کسب درآمد و امرار معاش فرد گفته می شود. در فرهنگ ها و مستندات مدیریت سازمانی، شغل گروهی از وظایف به هم مرتبط برای به انجام رساندن یک هدف مشخص است، که در ازای انجام آن به فرد حق الزحمه ای پرداخت می شود.

---

[۱] Job, trade, business

چنانچه این مجموعه وظایف، مسئولیت ها و عملکردها تعریف مشخصی داشته باشد به آن "کار" می گویند، که انجام شدنی، قابل اندازه گیری و امتیاز دهی است. از دیدگاه وسیع تر، یک کار مترادف با نقش است و جنبه های جسمی و اجتماعی محیط کار را شامل می شود.

از دیدگاه اقتصاد دانان و سیاست گذاران اقتصادی، شغل، مجموعه‌ای از وظایف[۲] و فعالیت‌ها[۳] است که فرد برای یک واحد اقتصادی یا سازمانی انجام می‌دهد (یا فرض بر این است که باید انجام دهد). بر این اساس، معیار شمردن تعداد شغل، این است که فرد در خدمت چند واحد اقتصادی باشد. بنابراین یک فرد، می‌تواند چند شغل داشته باشد. حتی فرد خود اشتغال هم، اگر چند واحد اقتصادی مستقل داشته باشد، چند شغله محسوب می شود. اما این تعریف هم، هم‌چنان بیشتر برای اقتصاددان‌ها و آمارگیران و سیاست‌گذاران کلان اقتصادی مفید به‌نظر می‌رسد تا مدیران کسب و کارها. شاید برای فضای کسب و کار این تعریف مفیدتر باشد که؛ شغل، مجموعه‌ای از وظایف، فعالیت‌ها و مسئولیت هایی[۴] است که می‌تواند یک فعالیت مولد را در یک موسسه یا سازمان شکل دهد و می‌تواند به یک فرد مشخص، تخصیص داده شود. در منابع جامعه شناسی شغل محل درآمد و امرار معاش فرد از طریق پی گیری هدفمندانه خواسته های مشتری در جهت منافع شخصی در یک معامله توصیف می شود.

حرفه[۵]

حرفه، موقعیتی است که با آموزش‌های تخصصی و کسب صلاحیت های[۵] لازم (با هدف فراهم آوردن توانایی ارائه مشاوره و خدمات به دیگران در قبال دریافت یک دستمزد مشخص و فارغ از دیگر منافع شغلی)، به دست می‌آید. برا ساس تعاریف متعدد ارایه شده برای حرفه، ویژگی های زیر را می توان برای آن ذکر نمود:

---

[۱] work
[۲] duties
[۳] tasks
[۴] responsibilities
[۵] competencies

- نیازمند دانش تخصصی و مهارت منحصر به فردی است که توسط آموزش ایجاد شده است.
- امکان اشتغال تمام وقت دارد
- دارا بودن انجمن‌ها و صنف‌های حرفه‌ای مربوط به آن
- جامعه به اعضاء حرفه امتیازات خاصی را اعطا می کند.
- جامعه از آن ها انتظار دارد در ارائه خدمت اجتماعی منافع جامعه را بر منافع خود مقدم بدارند.
- مسئولیت ایجاد اطمینان نسبت به کاربرد دانش و هر جا که لازم بود اصول اخلاقی را برعهده دارد.

فرهنگ های کسب و کار حرفه‌ای بودن را به عنوان یک سبک، این‌گونه تعریف می‌کند: "مراقبت دقیق از خود برای داشتن رفتار متواضعانه و صادقانه و مسئولیت‌پذیری در قبال مشتریان و همکاران همراه با رعایت بالاترین سطوح انتظارات تجاری و قانونی".

پارسونز[1] جامعه شناس برجسته قرن بیستم معتقد است حرفه ها توسط یک جمع‌گرایی تعریف می شوند که آنها را از مشاغل متمایز می کند. در مشاغل خود محوری یک هنجار پذیرفته شده است، در حالی که در حرفه ها نگرانی برای رفاه مشتریان یک هنجار شده است. به عنوان مثال، در پزشکی ارائه کالاها و خدمات به منظور دستیابی به سود و برآورده کردن خواسته های بیماراست، یا توزیع کالاهای اجتماعی خاص، مثل خدمات پیشگیری، توان بخشی و درمانی که انجام می شود، بر نیازهای فرد بیمار تمرکز دارد.

مشاغل با انگیزه سود سعی در ایجاد نیازها دارند تا کالاها و خدمات بیشتری را بفروشند. در صورتی که حرفه ها، سعی در تشخیص نیازهای واقعی مشتریان و برآوردن آنها به نفع مشتریان دارند. این رویکرد همان چیزی است که تحت عنوان "روابط مسئولیت[2]" نامیده شود، و در آن رفاه ذی نفع (مشتری) از رابطه بر همه ملاحظات دیگر غلبه می کند. با توجه به توصیف فوق

---

[1] Parsons
[2] Responsibility relationships

از حرفه، می توان گفت؛ حرفه‌ای بودن به مفهوم داشتن ویژگی هایی است، که فرد حرفه ای را قادر می سازد که بهترین عملکرد ممکن (یعنی انجام بهترین کاری که می‌تواند) را داشته باشد.

پزشکی به عنوان یک شغل

در یک جمع بندی از تعاریف و مفاهیم شغل، می توان گفت که؛ شغل مجموعه ای از وظایف، فعالیت ها و مسئولیت های تعریف شده یک فرد است، که قابل انجام، اندازه گیری و امتیاز دهی است و فرد برای کسب درآمد و امرار معاش آن را انجام می دهد. به استناد این تعاریف، می توان گفت پزشکی هم یک شغل است، چرا که ویژگی های یک شغل را دارد. پزشکی شامل یک سری وظایف، فعالیت ها و مسئولیت های تعریف شده است و فرد انجام دهنده آن در قبال انجام این کار حق الزحمه ای دریافت می کند.

حتی در یک نگاه وسیع تر می توان گفت که پزشکی به عنوان یک شغل، تمامی ویژگی‌های یک بازار اقتصادی[۱] را نیز دارد. بازاری که در آن تمامی عناصر یک بازار اقتصادی یعنی، خرید (تقاضا)،[۲] فروش (عرضه)[۳] و کالا[۴] وجود دارد. در خدمات پزشکی، فروشنده ارایه کننده خدمات، مشتری گیرنده خدمات، و کالا خدمات ارایه شده است. ولی، نکته کلیدی و بسیار مهم این است که؛ گر چه بازار خدمات پزشکی، ویژگی های انفرادی و ساختاری مشترکی با دیگر بخش ها و بازارهای اقتصادی دارد، ولی از دیدگاه اقتصادی بازار خدمات پزشکی با سایر بازارها تفاوت هایی دارد. این تفاوت ها عبارتند از:

- نیاز اجتناب ناپذیر همه افراد به خدمات پزشکی و کالای ارایه شده در این بازار در رجوع به بسیاری از بازارها و خرید بسیاری از کالاهای ارائه شده در این بازارها، می‌توان اجتناب نمود. به عنوان مثال فرد می تواند در تمام دوره زندگی خود از خرید اتومبیل اجتناب نماید. یک خانواده می تواند تا سال ها در مسکن اجاره ای سکونت نماید و از خرید مسکن خودداری نماید. فرد در صورت تمایل می تواند از خرید گوشی تلفن همراه خودداری نماید. از خرید بسیاری از کالاهایی که در بازارهای مختلف ارائه می گردد، می

[۱] Economic market
[۲] demand
[۳] supply
[۴] goods

توان اجتناب نمود، ولی هیچ گاه نمی توان از رجوع و خرید کالای ارائه شـــده در بازار خدمات پزشکی (خدمات پزشکی) اجتناب نمود و یا حتی خرید آن را به تعویق انداخت. به عنوان مثال در هنگام درد قفسه سینه یک فرد میان سال و یا تب شدید یک کودک و یا ســایر بیماری ها نمی توان از رجوع و خرید از این بازار خودداری نمود، چرا که کالای ارائه شده در این بازار نیازی اجتناب ناپذیر است.

● عدم امکان پیش بینی زمان نیاز به خدمات و کالای ارایه شــده در این بازار زمان نیاز و خرید بســیاری از کالاها در بازارهای مرتبط آن قابل پیش بینی اســت. به عنوان مثال فرد می تواند زمان نیاز خود به لباس جدید را پیش بینی کند. یک خانم خانه‌دار می تواند زمان خرید برنج، گوشت یا سایر مواد غذایی مورد نیاز خانواده را پیش بینی کند. برای یک راننده زمان نیاز به لاســتیک جدید اتومبیل قابل برآورد و پیش بینی اســت. ولی، هیچ گاه فرد نمی تواند نیاز و زمان نیاز خود به عمل آپاندیسیت را پیش‌بینی کند. هیچ گاه احتمال نیاز به عمل جراحی فتق و زمان احتمالی آن، و یا نیاز و زمان نیاز به انتی بیوتیک برای درمان عفونت ادراری برای فرد قابل پیش بینی نیست.

● غیر قابل ذخیره نبودن کالای ارائه شــده در بازار خدمات پزشــکی کالای ارائه شــده در بسیاری از بازارها و مشاغل قابل ذخیره است. به عنوان مثال می توان برخی از مواد غذایی، پوشاک، کفش، لوازم التحریر، لوازم منزل و . . . را خریداری و ذخیره نمود. ولی، خدمات و کالای قابل ارایه در بازار خدمات پزشــکی قابل ذخیره نیســت. ذخیره خدمات پزشــکی (به عنوان کالای ارایه شده در این بازار) برای هنگام نیاز همانند دیگر کالاها امکان پذیر نیست.

● عدم تقارن اطلاعات و دانش ارایه کنندگان خدمات (فروشــنده) و مشــتریان (بیمار) در بســـیاری موارد امکان دارد که اطلاعات مشـــتری (خریدار) در مورد کالای ارائه شـــده از فروشنده بیشتر باشد. این امکان وجود دارد که اطلاعات یک دانشجو در مورد یک کامپیوتر از فروشنده کامپیوتر، یا اطلاعات یک مشتری از کیفیت لباس یا کفش از فروشنده کفش و پوشاک و یا اطلاعات خریدار مواد غذایی از فروشنده مواد غذایی بیشتر باشد که این خود، امکان حق انتخاب و تصـــمیم گیری را به مشـــتری می دهد. ولی همواره در بازار خدمات پزشکی، اطلاعات فروشنده (ارایه کننده خدمات) از مشتری (گیرنده خدمات) بیشتر است.

● هرچند مشتری (گیرنده خدمات)حق انتخاب دارد ولی تصمیم گیرنده نهایی فرو شنده (ارایه کننده خدمات) اســـت. در مواردی که اطلاعات خریدار در مورد کالای مورد خرید، بیشتر از فروشنده باشد، در فرایند خرید تصمیم گیر نهایی خریدار است و احتمال خرید کالای نامتناســب با نیاز و ضــایع شــدن حقوق مشــتری وجود ندارد. ولی در بازار خدمات پزشکی در قریب به اتفاق موارد تصمیم گیر نهایی فرو شنده (ارائه کننده خدمات) است. حتی در مواردی که پزشــک براســاس مبانی اخلاقی قصــد دخیل نمودن بیمار در روند تصمیم گیری های تشخیصی در مانی را دارد، بیمار با اذعان به عدم اطلاع، تصمیم گیری و حق انتخاب، و حتی اختیار، را به پزشک محول می کند.

● محدودیت در رقابت (محدودیت در تبلیغات، رعایت تعرفه)

در بسیاری از بازارها و مشاغل محدودیت های رقابتی همچون تبلیغات و وجود تعرفه وجود ندارد و یا ناچیز اســت. به عنوان مثال در بســیاری از بازارها و مشــاغل و خدمات مثل مواد غذایی، پوشـــاک، لوازم منزل، خدمات خانگی و یا اجتماعی، تبلیغات بدون هیچ گونه محدودیت و یا حتی در مواردی با بیان اطلاعات غیرحقیقی و کاذب وجود دارد.

در مورد بهای کالاها و حق الزحمه بسیاری از خدمات مبنا بر رقابت فروشندگان و انتخاب مشــتری قرار می گیرد. ولی، در بازار خدمات پزشــکی ســازمان های مســئول (مانند نظام پزشکی و . . .) وجود دارند که ضوابط و مقررات واضح برای ممنوعیت تبلیغات وضع نموده و برای تمامی خدمات به طور تفصیلی تعرفه تعیین می نمایند. این محدودیت ها در بازار و مشاغل پزشکی نسبت به سایر بازارها و مشاغل بسیار مشهودتر است.

● محدودیت در ورود و خروج از بازار

جا به جایی در بین مشـــاغل مختلف و تغییر شـــغل، در بســـیاری از مشـــاغل با کمترین محدودیت هایی، به ویژه مشـــاغل تجاری و خدماتی، برای افراد امکان پذیر اســـت. ولی در بازار خدمات و مشاغل پزشکی، ورود و خروج در این بازار و حتی جا به جایی بین مشاغل در همین بخش، طبق ضوابط، مجوزها و محدودیت های خاص تعیین شده از طرف سازمان های مسئول در این زمینه است.

● تفکر انسانی بودن خدمات پزشکی (برخورداری از خدمات پزشکی حق بشری است و نمی توان کسی را به دلیل نداشتن امکانات مالی از آن محروم کرد.)

با توجه به رسمیت شناختن سلامتی به عنوان حق بشری[1] در مستندات بین المللی و همچنین مبانی اعتقادی و ارزشی قریب به اتفاق جوامع، از دیرباز تفکر و نگرشی ارزشی، انسانی و معنوی برای خدمات پزشکی در تمامی جوامع وجود داشته است.

● ترویج تفکر غیرانتفاعی[2] بودن خدمات پزشکی

هر چند که کسب درآمد و امرار معاش شاغلین پزشکی از طریق ارائه خدمات پزشکی است، ولی، در مقایسه با سایر مشاغل و بازارهای اقتصادی که ضوابط و معیارهای بازار اقتصاد آزاد بر آن حاکم است، فلسفه و تفکرحاکم بر این بازار سود هر چه بیشتر نیست و معیارها و قواعد انسانی و اخلاقی وجود دارد که شاغلین این بازار بایستی به آن متعهد باشند.

● بدون طی دوره آموزشی و کسب صلاحیت های لازم ورود به این بازار و امکان کار در آن نیست. در بسیاری از بازارها و مشاغل به ویژه مشاغل تجاری و خدماتی بدون هر گونه آموزش و کسب صلاحیتی می توان این مشاغل را انتخاب و در این بازارها فعالیت نمود. به عنوان مثال فعالیت در بسیاری از اصناف مختلف و یا بسیاری از مشاغل خدماتی، حتی در مواردی که این مشاغل جنبه فنی دارند، بدون هر گونه آموزش و صلاحیتی امکان پذیر است.

ولی، در تمامی مشاغل و بازار خدمات پزشکی، حتی در پایین ترین رده ها، بدون طی دوره آموزشی و کسب صلاحیت که منجر به اخذ مجوز می گردد، امکان فعالیت وجود ندارد. صلاحیت های مورد نیاز برای ورود به این بازار شامل، علم و دانش[3] تخصصی مرتبط، مهارت های عملی و تخصصی، مهارت های ارتباطی[4]، مهارت های رفتاری[5] و اخلاقی[6] است.

---

[1] Human rights
[2] Non-profit
[3] knowledge
[4] Communication skills
[5] Behavioral skills
[6] ethical

وجوه تمایز بازار خدمات پزشکی و سایر بازارها

با در نظر گرفتن وجوه تمایز بازار خدمات پزشــکی و ســایر بازارها، می توان ویژگی های زیر را براساس هر کدام از این تفاوت ها، برای بازار (شغل) پزشکی نتیجه گیری کرد:

۱- با توجه به اینکه، هر گونه کالا یا خدماتی که نیاز انسان به آن:

- اجتناب ناپذیر باشد
- زمان نیاز به آن قابل پیش بینی نباشد
- قابلیت ذخیره نداشته باشد

بایستی تضمینی بر دسترسی و بهره مندی از آن در هر شرایطی وجود داشته باشد. کالای ارایه شده در بازار خدمات پزشکی نیز واجد هر سه این ویژگی ها هست. پس بایستی **تضمینی بر دسترسی و بهره مندی از این خدمات** در هر وضعیتی وجود داشته باشد.

۲- در هر بازاری که اطلاعات فروشنده از مشتری بیشتر باشد، و به تبع آن تصمیم گیر نهایی فروشــنده باشــد، احتمال اغوا و القای تقاضــا بدون در نظر گرفتن نیاز واقعی[1]برای کالا در مشتری وجود دارد. این موضوع می تواند منجر به زیان و ضایع شدن حقوق مشتری گردد. در چنین موقعیت هایی بایستی تضمینی بر رعایت حقوق مشتری وجود داشته باشد. در رابطه پزشک - بیمار، همواره اطلاعات پزشک در مورد خدمات بیشتر از بیمار است، و به تبع آن در اکثر مواقع اتخاذ تصــمیم نهایی را بیمار، حتی در یک فضـــای قیم مابانه، به پزشک واگذار می نماید. خطر بالقوه این وضعیت، القای تقاضا برای خدمات غیر ضروری از طرف ارایه کننده خدمات اســت. به همین ســبب، بایســتی همواره **تضمینی بر رعایت حقوق مشتری (بیمار)** وجود داشته باشد.

۳- در بازار خدمات پزشــکی، **ضوابط و معیارهایی محدود کننده و تنظیم کننده**، توسـط ســازمان و نهادهای مســئول، در مورد ورود و خروج به عنوان شــاغل در این بازار، رقابت و تبلیغات، تعرفه و . . . وضع گردیده است، که تمامی افراد شاغل در این بازار متعهد و ملزم به رعایت آن هستند.

---

[1] True need

۴- هر چند که ارائه خدمات پزشکی، منبع درآمد و معیشت شاغلین در این بازار است، ولی از دیرباز **تفکر و نگرشی انسانی، و غیر انتفاعی** بر روند کار در این بازار مترتب و حاکم بوده است.

۵- هر گونه فعالیت در این بازار، بدون گذراندن **آموزش های مرتبط و کسب صلاحیت‌های لازم** مانند؛ دانش فنی، مهارت های تخصـــصـــی، مهارت های ارتباطی و مهارت ها و آداب رفتاری و اخلاقی امکان پذیر نیست و این ضرورت در مقایسه با تمامی مشاغل بیشتر است.

بنابراین، پزشکی شغلی است با ویژگی های:

- تضمین بر دسترسی به خدمات آن در هر شرایطی
- تضمین بر رعایت حقوق مشتری های آن
- تعهد بر رعایت ضوابط و معیارهای تعیین شده برای شاغلین آن
- رویکردی انسانی و غیر انتفاعی
- ضرورت کسب صلاحیت های الزامی و ضروری آن

چنانچه این ویژگی ها را با ویژگی های ذکر شــده برای حرفه، که در صــفحات قبل ارائه شــد، مقایسه نماییم، مشخص می گردد که پزشکی یک حرفه است. حرفه ای که در آن ویژگی‌های داشتن صلاحیت، مسئولیت پذیری و پاسخگویی[۱] در مقابل مشتری (بیماران) و تعهد در برابر جامعه و ضوابط و مقررات جامعه ی حرفه ای، از هر حرفه دیگری، بیشتر متجلی و متصور است. همین ویژگی های حرفه ای، به صــاحبان این حرفه، اعتبار حرفه ای، شــأن و منزلت اجتماعی، تسلط اجتماعی، خبرگی و اعتماد عمومی بخشیده است.

از دیدگاه جامعه شناسان پزشکی شأن و اعتبار هر شغل براساس میزان تسلط علمی و گرایش اجتماعی ایجاد شده توسط آن شغل، و خبرگی و اعتماد مورد نیاز مشتری به وجود می آید. بنابراین، فعالین در این حرفه بایستی در نظر داشته باشند، که اعطای این مزیت‌های حرفه ای از طرف جامعه به دلیل وجود ویژگی های حرفه ای ذکر شــده قبلی اســت و حفظ این شــأن و منزلت اجتماعی در گرو پایبندی به این معیارهای حرفه ای است.

---

[۱] accountability

راهنمای مدرس

آموزش این مفاهیم ارجح اســـت با روش های آموزش مبتنی بر تعامل فعال فراگیر، مانند بحث گروهی و یا کارگاهی باشد. پیشنهاد می شود که پس از تقسیم بندی دانشجویان به گروه های حداکثر ده نفری، دو پرســـش زیر برای طرح در گروه و بارش افکار و جمع بندی در گروه ارائه گردد.

- چرا رشته پزشکی را به عنوان آینده کاری خود انتخاب نموده اید؟
- پزشکی از دیدگاه شما، شغل است یا حرفه؟

در هر گروه، از بین دانشـــجویان یک هماهنگ کننده گروه تعیین تا کار گروهی را اداره و در نهایت جمع بندی و ارائه نماید. استاد در ارایه کار گروهی، دیدگاه های دانشجویان را در مورد دلیل انتخاب پزشـــکی به عنوان آینده کاری، جمع بندی و ثبت می نماید. در قرایب به اتفاق موارد دلایل ذکر شده از طرف دانشجویان شامل جایگاه اجتماعی، اشتیاق به کمک به انسان ها، مفید بودن، امنیت شغلی و اقتصادی، قدر و منزلت اجتماعی، سودمند بودن، قیود اجتماعی و خانوادگی، و ... است.

پس از ارائه کار گروهی در جمع بندی نظرات دانشجویان، استاد به بیان تعاریف شغل و حرفه می پردازد و با بیان اینکه پزشکی با استناد به تعریف شغل، که شغل کسب و کار و محل امرار معاش شاغلین آن می باشد، اذعان می نماید که پزشکی شغل است. ولی، شغلی که ویژگی های خاص خود را دارد (تمایز و ویژگی های ذکر شـــده در متن) که این ویژگی‌ها متناســـب با مفهوم و تعریف حرفه است، و در پایان به بیان ساده مفهوم و ویژگی های حرفه، و پزشکی به عنوان یک حرفه، می پردازد.

منابع:

١. Medicine Trade or Profession?, Lester S. King, JAMA 10, 1985 – Vol 253, No. 18

٢. Medicine as business or profession, George J. Aghich, Theoretical medicine, 11: 311-324, department of medical humanities, Southern Illinois school of medicine, 1990

٣. Liam Donaldson, Profession of Medicine, BMJ Clinical Research · March 2008, BMJ | 8 March 2008 | Volume 336

٤. Herbert M. Swick,Toward a Normative Definition of Medical Professionalism, Academic Medicine, June 2000,Vol. 75 , No.6

٥. Peter Cantillon, ABC of learning and teaching in medicine, 2003 BMJ Publishing Group

٦. Hossain Ronaghy, Philosophy of medical education, 2013;1(2) , J. Adv Med&Prof.

٧. David P. Sklar, Professionalism in Medicine and Medical Education, *Academic Medicine*, January 2010, Vol. 85, No. 1

۸. (ویلیام سی کاکرهام)، ترجمه محمد خواجه دلویی وهمکاران، جامعه شنا سی پز شکی، ، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۹۱.

آداب پزشکی ۴

فصل اول

آشنایی با ساختار مراکز درمانی/ بیمارستان امام رضا (ع)

دکتر علی سروش، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. آشنایی با ساختار بیمارستان
۲. آشنایی با منشور حقوق بیمار در ایران
۳. مروری بر محرمانه بودن اطلاعات، حفظ حریم خصوصی بیماران و رضایت آگاهانه
۴. ایمنی بیماروتوصیه های ۹ گانه WHO(۹ راه حل ایمنی) و مدیریت خطر
۵. لیست ۲۸ حادثه ناخواسته/نظام گزارش حادثه
۶. مقررات و استانداردهای پوشش
۷. حقوق همراه گیرنده خدمت
۸. بیماران در حال احتضار
۹. اعتبار بخشی بیمارستانی و کمیته های بیمارستانی
۱۰. آشنایی با بیمارستان امام رضا (ع) به عنوان الگو

مقدمه :

امروزه نیاز و تقاضاهای مردم در ارتباط با وظایف و اهداف پزشکی کاملا تغییر پیدا کرده و جامعه بهتر به نوع جدیدی از پزشک که متناسب با نیازهای فرد و جامعه بوده و مهارت های لازم برای رویارویی با این تغییرات را داشته باشد نیاز فراوان دارد. پزشک دیگر نمی تواند فقط یک درمانگر باشد بلکه شناخت عوامل خطر و پیشگیری از بیماری و مدیریت آن به همراه ارتقاء کیفیت زندگی از مهارت هایی است که او باید بیاموزد و به صورت یک عمل مؤثر و هدف دار به انجام رساند.

در حرفه پزشکی به دلیل تماس مستقیم با مردم و سر و کار داشتن با شاخص ترین و اساسی ترین نیازها آن ها یعنی سلامت، رعایت جنبه های اخلاقی و انسانی از اهمیت خاصی برخوردار است. حرفه پزشکی مجموعه ای از اقدامات ، رفتارها و توجهاتی می باشد که در جهت حفظ منافع بیمار به عنوان فردی از کل جامعه که تحت تأثیر عوامل مختلف است به کارگرفته می شود. اعتماد و اطمینان به پزشک در قلب اکثریت مردم جای گرفته و تعهد، پزشکان را موظف می سازد که علم و مهارت خود را با قابلیت و تبحر فراوان در جهت بهبود بیمار به کار گیرند.

امروزه تقاضای مردم که می خواهند در مورد عوارض خط ، فواید عمل جراحی، اقدامات پیشگیری و پس از درمان را بدانند بسیار بالا رفته و از طرفی انتظارات همراهان بیماران بیشتر شده و روز به روز از پزشک در مورد بیماری فرد بیمار توضیحاتی را می خواهند و بیشتر وقت پزشک را به خود اختصاص می دهند. در طی قرن گذشته، دانشجویان پزشکی به مدت۳ -۲ سال مطالب تئوری را قبل از مشاهده کاربرد بالینی آنها فرا می گرفتند. اما در دهه های اخیر، آموزش پزشکی بر بحثی نوین تحت عنوان "تجربه بالینی زودرس" تمرکز داشته است.

در این دوره دانشجویان می آموزند که خصوصیات یک ارتباط مناسب با بیمار چیست، بیمار را در محیط خانواده و در قالب جامعه می بینند و اثرات بیماری بر بیمار، خانواده و جامعه را مشاهده کنند یا به عبارتی ناخوشی را در کنار بیماری ببینند. در این دوره از

دانشــجویان انتظار تشــخیص و یا درمان بیمار نمی رود، بلکه وظیفه دانشــجو شــنیدن صبحت‌های بیمار، درک مشکل او، توصیف آن و درک و اجرای اصول برقراری ارتباط با بیمار است. بهتر است در کنار بیماران، با افراد سالم نیز ارتباط برقرار شود تا دانشجو با مفهوم سلامتی در کنار بیماری در قالب زندگی حقیقی آشنا شود.

دانشکده های پزشکی یکی از اصلی ترین مراکز آموزش دانشگاهی در ایران و جهان محسوب شده و وظیفه آموزش نیروی تخصصی پزشکی را بر عهده دارند تا دانشجویان علاوه بر کسب دانش، مهارت ها و نگرش های لازم برای درمان و مراقبت از بیماران بتوانند مشــکلات فردی و اجتماعی افراد را درک و مرتفع نمایند. (۱, ۲)

تجارب آموزش پزشــکی و تنوع آن در جهان نشــان می دهد به منظور ارتقای کمی و کیفی فعالیت های آموزشــی و پژوهشــی در رده های مختلف فراگیران رشــته های علوم پزشــکی، استفاده بهینه از امکانات و خدمات بهداشتی- درمانی در زمینه آموزشی و پژوهش ضروری است. علاوه بر این، با توجه به تعداد فراگیران، توسعه فضاهای آموزشی و استفاده از پتانسیل های موجود در جامعه، می تواند ســیســتم آموزش پزشــکی را در رســیدن به این امر یاری رساند.(۱)

بنا بر توصیه دبیرخانه پزشکی عمومی بریتانیا[1]تعداد زیادی از دانشکده های پزشکی، اشکال مختلف تجربه بالینی در ســال های اولیه تحصــیل پزشــکی را در طول دوره آموزش علوم پایه ادغام نموده اند. (۳, ۴) در این راســتا برنامه هایی که شــامل تجارب زودرس بالینی برای دانشجویان پزشکی سال اول هستند؛ در حال افزایش است. (۵)

به عنوان یک توافق عمومی، زودرس [2]به معنای سال اول تحصیل در رشته پزشکی و حتی هفته اول آن عنوان شده است. (۶) در این زمینه تجربه[3]عبارتست از: مواجهه واقعی دانشجو با بیماران در ســطح جامعه و یا محیط های کلینیکی که فراگیری مفهوم ســلامت، بیماری و درک نقش حرفه های بهداشتی - درمانی را افزایش می دهد.(۷)

---

1 General Medical Council
2Early
3 Exprience

به طور کلی دوره مواجهه زودرس با محیط بالینی[1]با هدف مواجهه دانشـــجویان با واقعیت های حرفه ای، ایجاد انگیزه به منظور پیشرفت تحصیلی و مشاهده کاربرد علوم پایه در بالین بیمار برگزار گردیده و از جمله مزایای آن می توان به افزایش درک نقش حرفه های بهداشـــتی و مراقبت های اولیه، یادگیری خودراهبر(۱۰-۸)، ایجاد حس همدردی با بیماران، ایجاد انگیزه برای یادگیری بهتر علوم پایه، افزایش رضایتمندی (۱۱) دادن نگرش صحیح نسبت به حرفه آینده (۳, ۱۲)، مشاهده ارتباط پزشک – بیمار (۸, ۱۰, ۱۳)، آشنایی با محیط بیمارستان(۱۴) و فراگیری برخی مهارت های بالینی ساده (۶, ۸, ۹) و تسهیل در یادگیری دروس علوم پایه اشاره کرد. (۱۱)

مطالعات نشان می دهد که مواجهه بالینی زودرس تاثیر به سزایی در افزایش رضایت از تحصیل، نگرش مثبت به حرفه پزشکی و انگیزه بیشتر شغلی و تحصیلی دانشجویان پزشکی داشته است. این امر باعث رویکرد بسیاری از نظام های آموزشی به برگزاری دوره- های آموزش مقدماتی بالینی و یا مواجهه های زودرس با محیط بالینی درسال های قبل از دوره آموزش بالینی شده است.(۵, ۸, ۱۵)

مواجهه زودرس بالینی از جمله راهکارهای پیشنهادی جهت حل چالش یادگیری و آموزش دانشجویان پزشکی دوره علوم پایه است. عدم وجود ارتباط و تجربه مناسب در زمان گذر به محیط بالینی می تواند منجر به طیف وسیعی از احساسات مثبت و منفی گردیده و نه تنها موجب اختلال شکل گیری اساسی مفاهیم موجود در دوران علوم پایه و مختل شدن درک کاربردی دروس می گردد بلکه ممکن است بر انگیزش ها و پرورش توانایی های دانشجویان اثر منفی به جای گذارد. (۱۶)

در حال حاضر، آشنایی با مهارت های دوره بالینی قبل از ورود به این دوره از مهمترین اقداماتی است که در نظام آموزشی پیشنهاد شده از طرف دبیرخانه پزشکی عمومی برای تربیت بهتر پزشکان آینده توصیه می شود. با توصیه این دبیر خانه تعداد زیادی از دانشکده‌های پزشکی، اشکال مختلف تجربه بالینی در سال های اولیه تحصیل پزشکی را در طول دوره

---

4 Early Clinical Exposure

آموزش علوم پایه ادغام نموده اند و برنامه هایی که شـــامل تجارب زودرس بالینی برای دانشجویان پزشکی سال اول هستند به شکل فزاینده ای گسترش یافته است.(۴, ۵)

به صـورت کلی از مزایای مواجهه زودرس با محیط بالینی ترغیب دانشـجویان به یادگیری عمیق تر و درک بهتر علوم پایه و بالینی، بهبود به کارگیری دانش تئوری در عمل، ترغیب دانشجویان به داشتن تفکر علمی و یادگیری مادام العمر بوده است. تماس زودرس با بیماران موجب می شود دانشجویان مهارت های ارتباطی را یاد گرفته، به اهمیت نحوه صحیح ارتباط پزشک با بیمار و تاثیر بیماری و ناخوشی بر فرد پی ببرند و عملکرد بهتری را در عمل و بر بالین بیمار از خود نشان دهند.(۵, ۱۶-۷)

اطلاعات کمی در مورد اجرای طرح مواجهه زودرس با محیط بالینی در یک بیمارســـتان وجود دارد و تقریباً اکثر مطالعات در این حیطه در آمریکای شـــمالی و اروپا بوده و ابهامات زیادی در مورد اهداف و نحوه اجرای این برنامه ها وجود دارد و اطلاعات چندانی در مورد مواجهه زودرس با محیط بالینی در کشورهای در حال توسعه وجود ندارد. (۷)

از جمله مطالعات موجود در این زمینه مطالعه ای است که توسط کمیته آموزش پزشکی اروپا که در زمینه کمیت و کیفیت برگزاری دوره مواجهه زودرس با محیط بالینی در اروپا انجام شده است. در این مطالعه برنامه ۴۰ دانشکده پزشکی از ۱۶ کشور بررسی شده که در برنامه ۳۲ دانشکده پزشکی، این طرح در سال اول انجام می شود. به صورت کلی این مطالعه نشان می دهد مواجهه زودرس بالینی به عنوان یک روند و رویکرد جدید در آموزش پزشکی به ویژه در آموزش پزشکی عمومی و پزشکی خانواده در دانشکده های پزشکی اروپا پذیرفته شده و از مزایای قابل قبولی برخوردار است. (۱۷)

آشنایی با ساختار بیمارستان

❖ تعریف بیمارستان

بیمارستان واحدی است که حداقل دارای ۱۵ تخت با تجهیزات و خدمات عمومی پزشکی لازم و حداقل دو بخش داخلی و جراحی همراه با گروه پزشکان متخصص باشد. (۱۸)

❖ وظایف بیمارستان

بیمارستان دارای چهار وظیفه عمده می باشد این وظایف عبارتند از:

- پذیرش و درمان سریع بیماران
- مشارکت در سلامت جامعه
- انجام فعالیت های پژوهشی
- آموزش علوم پزشکی

بیمارستان ها از نظر وظایف، مالکیت به دو گروه تقسیم بندی می شوند:

الف - انواع بیمارستان بر حسب وظیفه

- بیمارســـتان عمومی (حداقل دارای چهار بخش داخلی، اطفال، جراحی عمومی و جراحی زنان و متخصص بیهوشی است.)
- بیمارستان تخصصی (از تجمع چند تخصص مختلف تشکیل شده و یا اینکه مختص بیماری های یک گروه سنی، جنسی یا یک گروه خاص از بیماری ها هستند.)
- بیمار ستان آموز شی (در این بیمار ستان ها ضمن ارایه خدمات درمانی به تربیت نیروی انسانی گروه های پزشکی پرداخته می شود.)
- بیمارستان صحرائی(جهت ارائه خدمت به مصدومین در مناطق حادثه دیده به فوریت ایجاد و پس از رفع ضرورت برچیده می شود.)

ب - انواع بیمارستان بر حسب مالکیت

- بیمارستان دولتی
- بیمارستان خصوصی
- بیمارستان خیریه

❖ واحد های بیمارستان

بیمار ستان ها برای انجام وظایف خود دارای ساختار مشخصی هستند. در این نو شته واحد-های بیمار ستان به دو د سته بزرگ واحد های ارائه کننده خدمات سلامت و پشتیبانی تقسیم شده است.

الف - واحد های ارائه خدمات سلامت

- اورژانس

- تحت نظر
- درمانگاه های تخصصی و واحد های کمکی ضمیمه (اتاق گچ گیری، نوار قلبی، شنوائی سنجی، اکوکاردیوگرافی، برونکوسکوپی، اندوسکوپی، اسپیرومتری، دانسیتومتری و الکتروانسفالوگرافی و ...)
- واحد های تشخیصی که خود شامل:

الف - آزمایشگاه (شامل بخش های هماتولوژی، بیو شیمی، میکروبیولوژی، ایمونولوژی و پاتولوژی و ...)

ب – رادیولوژی (شامل بخش های X-Ray ، سونوگرافی، **CT-Scan** و **MRI**)

- بخش های بستری شامل: قلب و عروق، ریه، غدد، روماتولوژی، کلیه،گوارش، خون، نورولوژی، عفونی، کودکان، نوزادان، اورژانس ، انکولوژی، جراحی عمومی، جراحی مغز و اعصاب، اورتوپدی، ارولوژی، زنان و زایمان، جراحی عروق و ... می باشد.
- اتاق عمل
- بخش مراقبت های قلبی
- بخش مراقبت های ویژه بالغین
- بخش مراقبت های ویژه نوزادان
- بخش مراقبت های ویژه اطفال
- سایر : فیزیوتراپی، رادیوتراپی و دندانپزشکی و ...

ب - واحد های اداری -پشتیبانی

- مدیریت / پذیرش/ ترخیص / آمار/ مدارک پزشکی/ بایگانی پزشکی/ مددکاری اجتماعی/ واحد استریلیزاسیون
- داروخانه/ کتابخانه/ حسابداری/ خدمات/ تدارکات/ آشپزخانه/ تاسیسات/ دفع زباله و تصفیه فاضلاب/ رختشویخانه

❖ **فرآیند و گردش کار در بیمارستان**

- **پذیرش بیمار**

به علت اینکه قسمت پذیرش مجرای ارتباطی بین بیمارستان و بیمار و نزدیکان وی است، از لحاظ روابط عمومی و حفظ شهرت بیمارستان در جامعه با اهمیت تلقی می گردد.

واحد پذیرش به دو بخش بیماران سرپائی پذیرش درمانگاه و پذیرش بیماران بستری تقسیم می گردد.

الف - پذیرش سرپائی

ب- پذیرش بیماران بستری

در بخش اورژانس ثبت مشخصات و اطلاعات لازم معمولا به سبب عدم آمادگی بیمار که قادر به حرف زدن نیست یا فاقد اوراق هویت و شناسنامه است، مشکلاتی برای پذیرش ایجاد می کند. در زمینه کسب اطلاعات صحیح، بیمارستان، به ویژه واحد پذیرش دارای وظایف سنگینی است، چرا که عدم توفیق در این زمینه مشکلات حقوقی مهمی برای بیمارستان، بیمار، همراه، ولی ، سرپرست یا نماینده قانونی بیمار ایجاد خواهد نمود. به هر ترتیب واحد پذیرش اطلاعات ضروری را در پرونده بیمار ثبت می کند و همچنین اطلاعات تشخیصی و درمانی را از بخش های زیر ربط دریافت می دارد.

مهمترین وظایف قسمت پذیرش عبارتند از:

- ✓ انجام امور مربوط به پذیرش بیماران و پذیرش بیماران بستری به صورت ۲۴ ساعته
- ✓ تهیه آمار روزانه پذیرش و ترخیص درمانگاه و بیمارستان
- ✓ تعیین وقت پذیرش و اطلاع رسانی لغو نوبت ها به مراجعه کنندگان
- ✓ ارایه لیست بیماران دارای نوبت جراحی به صورت روزانه به گروه های مربوطه
- ✓ مطلع نمودن پزشک در مورد پذیرش بیماران بستری
- ✓ ارتباط با قسمت اطلاعات و راهنمایی بیمار و گزارش آخرین اطلاعات مربوط به پذیرش، ترخیص و جابجایی در بخش ها
- ✓ صدور دستبند شناسایی بیمار وکارت همراه بیمار
- ✓ ارائه پمفلت اطلاعات عمومی مورد نیاز به مراجعین
- ✓ هماهنگی با بخش ها و دفتر پرستاری در مواردی که تخت خالی جهت پذیرش بیماران وجود ندارد.

- ✓ اخذ رضـایت معالجه و عمل جراحی، همچنین اسـتفاده از اطلاعات پزشـکی بیماران الکتیو
- ✓ استعلام هویت بیماران از ثبت احوال

کارکنان بیمارستان

برخلاف خدمات سلامت سرپائی که به طور عمده پزشک محور می باشد، وظیفه مراقبت از بیمار بستری نیاز به یک همکاری تیمی دارد. هر چند به نظر می رسد که پزشک معالج رهبر این تیم می باشد ولی بار اصلی مراقبت بر دوش نیروی های کمکی است. تأمین سلامتی بیمار بیشتر مرهون تلاش نیروی های غیر از پزشک است زیرا ممکن است پزشک فقط در ۲۴ ساعت تنها دقایقی را صرف بیمار بکند ولی سایر همکاران تیم هستند که وظیفه مراقبت از بیمار را در تمام ۲۴ ساعت به عهده دارند. وجود روابط صمیمانه و احترام متقابل بین پزشک و سایر همکاران ضامن عملکرد خوب تیم مراقبت از بیمار می باشد.

کارکنان بیمارستان ها به شرح زیر می باشد:

- **پزشک (عمومی، متخصص، فوق تخصص و ...)**

تخصص ها و فوق تخصص های موجود در بیمارستان ها:

- ➢ آسیب شناسی / بیماری های مغز و اعصاب/ بیماری های پوست
- ➢ بیماری های داخلی شامل متخ صص داخلی، فوق ریه، خون و سرطان بالغین، کلیه بالغین، گوارش بالغین، روماتولوژی، غدد درون ریز و قلب و عروق
- ➢ پرتودرمانی/ رادیولوژی/ پزشکی فیزیکی و توانبخشی/ پزشکی هسته ای
- ➢ بیماری های عفونی گرمسـیری، بیماری های قلب و عروق، بیماری های کودکان، بیهوشی/ ارتوپدی
- ➢ جراحی عمومی/ فوق تخصص در جراحی قلب و عروق، جراحی پلاستیک و ترمیمی، جراحی توراکس، جراحی کودکان
- ➢ ارولوژی/ جراحی مغز و اعصاب/ جراحی زنان و زایمان / طب اورژانس/ طب ورزش

نمونه وظایف و مسئولیت ها:

- ✓ معاینه، تشخیص و درمان بیماران در سطح پزشکی عمومی یا تخصصی مربوط و تعیین و دستور نوع آزمایش های پاراکلینیکی در صورت لزوم
- ✓ نظارت بر روند درمان بیماران و مشاوره با پزشکان دیگر در صورت لزوم
- ✓ مراقبت در اجرای دستورات دارویی و بهداشتی داده شده و راهنمایی بیماران
- ✓ بررسی بیماری های بومی منطقه وگزارش بیماری هایی که باعث همه گیری می‌شود.
- ✓ انجام اقدامات لازم به منظور پیشگیری از بیماری ها از طریق برنامه های ایمن سازی در جامعه

- **پرستار**

نمونه وظایف و مسئو لیت ها:

- ✓ سر پرستی و نظارت بر خدمات پرستاری یک بخش در تمام شبانه روز به منظور تأمین بهترین مراقبت از بیماران
- ✓ کنترل وضـــعیت همودینامیک،کنترل عوارض روش های درمانی و آموزش مراقبت از خود به بیمار و خانواده به خصـــوص پس ازانجام روش های تشـــخیصـــی و درمانی تهاجمی از جمله آنژیو گرافی، ترانسفوزیون خون، دیالیز، انواع اسکوپی ها و ...
- ✓ نظارت بر حفظ ایمنی بیمار و مراقبت ویژه از بیماران بد حال
- ✓ نظارت برنحوه نظافت بیمار و محیط وی، نظارت بر نحوه عملکرد صحیح د ستگاه‌ها از جمله ونتیلاتور، مانیتورینگ و ...
- ✓ انجام کلیه خدمات پرستاری و تزریقات مختلف طبق دستور پزشک
- ✓ توزین بیماران در صورت لزوم، در خواست دارو و وسائل مورد نیاز بخش، آماده کردن بیماران جهت انجام آزمایش های مربوط وگرفتن نتایج آنها، تکمیل پرونده بیماران از نظر م شاهدات پر ستاری و گزارش به پز شک معالج، دادن گزارش بخش به پر ستار مسئول قبل از اتمام ساعت کار و گرفتن گزارش کار بخش از پرستار مسئول قبل از شروع کار

- ✓ نظارت بر امر رضایت مندی بیماران درطول شیفت، ارزشیابی نتایج خدمات ارائه شده به مددجو و در صـورت لزوم بررســی و برنامه ریزی مجدد به منظور ارائه مراقبت های لازم

- **ماما**

نمونه وظایف و مسئولیت ها:

- ✓ همکاری با پزشک در معاینه و تجویز دارو به بیمار در مراکز بهداشتی و در مانی مادران و زنان باردار
- ✓ کمک در زایمان های طبیعی در زایشگاه ها با حفظ حریم مادران و دادن د ستورات بهداشتی لازم به آنها قبل از وضع حمل
- ✓ نظارت در نظافت بخش و بیماران و انجام دستورات بهداشتی و طبی مربوط به مادر و نوزاد و مراقبت در اجرای این دستورات در مراحل پیش و پس از زایمان
- ✓ تهیه پرونده پزشکی جهت مادر و نوزاد و صدور گواهی ولادت و گزارش ولادت
- ✓ تزریق داروهای مورد نیاز بنا به تجویز پزشک تجویز وسائل و دارو های جلوگیری از بارداری

- **کمک پرستار**

نمونه وظایف و مسئولیت ها:

- ✓ مراقبت از بیماران سر پایی و بستری در مراکز بهداشتی و درمانی تحت نظارت سرپرست مربوط طبق برنامه تنظیمی
- ✓ آماده نمودن بیمار در موارد لزوم جهت انجام معاینات پزشکی
- ✓ حفظ محیط مناسب برای معاینه، در دسترس قراردادن وسایل مورد نیاز جهت معاینه با رعایت موازین شرعی
- ✓ شستشو و نظافت بیماران در صورت لزوم و دادن غذا به آنها در موارد ضروری
- ✓ کمک در پذیرش بیمار طبق خط مشــی بیمارســتان، مراکز پزشــکی تحت نظارت سرپرست مسئول

- ✓ کمک به مددجو درحرکت و نقل وانتقال (راه رفتن، انتقال به برانکارد و صـــندلی چرخدار و...)
- ✓ آماده کردن وسائل لازم جهت انجام امورمراقبتی توسط پرستار (وسایل پانسمان و...) جمع آوری آن ها پس از اتمام کار
- ✓ شست و شوی وسائل و در صورت لزوم انتقال برحسب سیاست بیمارستان به مرکز استریلیزاسیون
- ✓ آماده کردن تخت ها (با یا بدون بیمار) و برانکارد
- ✓ انجام مراقبت ازجسد طبق موازین شرعی
- ✓ تخلیه کردن ترشحات کلیه کیسه ها و ظروف هایی که نیاز به تخلیه دارد و همچنین نظافت و ضدعفونی آنها
- ✓ پاکیزه نگه داشتن کلیه و سایل وتجهیزات پزشکی (تخت بیمار، میز بیمار، مانیتورها، وسائل کمک تنفسی و...)

- **رادیولوژی**

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- ✓ آماده نمودن بیمار زیر دستگاه رادیولوژی، CT اسکن یا MRI با حفظ حریم
- ✓ انجام امور مربوط به رادیولوژی، CT اسکن یا MRI بیماران طبق دستور و تجویز متخصص
- ✓ انجام امور مربوط به آماده نمودن و به کار انداختن دستگاه رادیولوژی، CT اسکن یا MRI با توجه به مدت تشعشع لازم
- ✓ بررسی و کنترل فسمت های مختلف دستگاه های رادیوگرافی، CT اسکن یا MRI و رادیوتراپی و اعلام موارد نقص دستگاه
- ✓ انجام امور مربوط به رادیوتراپی سـطحی بیماران طبق دسـتور و تجویز متخصـص رادیوتراپی-انکولوژی

- **آزمایشگاه**

نمونه وظایف و مسئولیت ها:

- ✓ نظارت و یا انجام آزمایش های ساده آزمایشگاهی شامل فرمول لوکوستیر، شمارش گلبولی، سدیمانتاسیون، هماتوکریت، هموگلوبین، سیلان و انعقاد گروه خون، رایت و یدال
- ✓ انجام آزمایش های مستقیم و فلوتاسیون، مدفوع، قارچ کچلی و یا نظارت بر انجام آن
- ✓ انجام اقدامات آزمایشـگاهی مربوط به امتحان کامل ادرار و اندازه گیری قند و اوره خون
- ✓ انجام آزمایش های آسیب شناسی و سیتولوژی
- ✓ انجام آزمایش مجدد برروی موارد مشکوک در صورت لزوم

- **تغذیه و رژیم های غذائی**

نمونه وظایف ومسئولیت ها:

- ✓ تهیه و تدوین فرمول های خاص غذائی برای بیماران طبق دستور پزشک
- ✓ تنظیم برنامه های هفتگی، ماهیانه و فصلی برای تهیه و سرویس غذا
- ✓ تهیه و تدوین اجرای برنامه های خاص در زمینه درمان یا رژیم و تغذیه و همچنین تهیه و اجرای برنامه های خاص تغذیه ای
- ✓ سرپرستی و نظارت بر تهیه و نگهداری، پخت، توزیع و مصرف غذا با توجه به اصول بهداشتی و رژیم غذاها با در نظر گرفتن مقررات بیمارستانی
- ✓ نظارت در انتخاب، سفارش، تحویل، نگهداری مواد غذائی خام و نظارت بر بهداشت مواد غذائی و ارائه خط مشی در زمینه و خدمات غذائی

- **مددکار اجتماعی**

نمونه وظایف ومسئولیت ها:

- ✓ بررسـی مسـائل و مشـکلات و نیازمندی های عاطفی، اقتصـادی، اجتماعی و روانی مراجعین به بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی و طرح ریزی، هماهنگی، اجرا و سرپرستی فعالیت های فوق

- **مسئول پذیرش و مدارک پزشکی**

- ✓ واحد مدارک پزشکی دارای چهار زیر مجموعه **پذیرش، بایگانی،کدگذاری و آمار** بوده که وظیفه مسـئول پذیرش و مدارک پزشـکی نظارت بر حسـن انجام وظیفه کارکنان در واحد های ذیل است ؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟:

آشنایی فراگیر با محیط بالینی، حقوق بیماران، اهمیت حفظ ایمنی بیماران و اعتباربخشی بیمارستانی

در این قسمت، با توجه به مشابهت ساختاری تمام مراکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی بر اساس چارت سازمانی و استانداردهای اعتبار بخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پس از برگزاری جلسه با اعضای محترم شورای عالی اخلاق حرفه ای، به منظور آشنایی دانشجویان با ساختار و عملکرد کارکنان مراکز درمانی، با توجه به اینکه بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه قطب هفتم سطح بندی نظام سلامت بوده و مرکز اصلی پذیرش بیماران استان و بیماران سایر استان های هم جوار می باشد. از سوی دیگر از آنجا که در این مرکز، خدمات درمانی- مراقبتی به صـورت تخصـصـی و فوق تخصـصـی در اکثر رشـته ها به بیماران ارائه می شـود؛ به عنوان بیمارستان پایلوت انتخاب گردید.

- ❖ **معرفی کلی بیمارستان**

بیمارستان امام رضا (ع) در ۱۵ بهمن ۱۳۸۴ به طور رسمی راه اندازی شد و در حال حاضر پذیرای ۷۱۴ بیمار می باشد. از جمله افتخارات کسب شده این مرکز می توان به کسب درجه ارزشیابی یک عالی به مدت ۶ سال متوالی، اخذ گواهی نامه تعهد به تعالی سازمانی در اسفند ماه ۸۸، گواهی نامه اعتبار بخشی ملی با درجه یک در سالهای ۱۳۹۵-۱۳۹۳ و کسب گواهی نامه ISO 10004:2012 در زمینه رضایتمندی مشتریان اشاره نمود.

از جمله بخشهای تشخیصی این مرکز می توان به آندوسکوپی، کولونوسکوپی، ERCP، فلوروسکوپی، اکوکاردیوگرافی، هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، برونکوسکوپی، آنژیوگرافی، سنگ شکن، پزشکی هسته ای، CT اسکن، MRI، کلینیک تخصصی و فوق تخصصی اشاره نمود. در این مرکز آماده ارائه خدمات در حیطه های جراحی عمومی، داخلی، کلیه و مجاری ادراری، مغز و اعصاب، ارتوپدی، توراکس، جراحی عروق، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، سرویس های تخصصی و فوق تخصصی کودکان، نوزادان، عفونی و طب اورژانس، طب ورزش و اصلاح سبک زندگی انجام و نیز در سرویس های قلب، غدد، نفرولوژی، نرو سرجری، پاتولوژی، مدیکال هماتولوژی - انکولوژی، انکولوژی - رادیوتراپی، رادیوتراپی، پرتودرمانی، رادیولوژی و فیزیوتراپی می باشد.

- **رسالت و ماموریت**[1]

بیمارستان امام رضا (ع)، بزرگترین و مدرن ترین مرکز آموزشی درمانی غرب کشور با بهره‌گیری مطلوب از سرمایه های ارزشمند منابع انسانی متخصص، متعهد، مجرب و روش های نوین علمی، تجهیزات پیشرفته و مدیریت دانایی محور منطبق بر آخرین استانداردهای موجود روز، خدمات ایمن و قابل اعتماد را در عرصه تشخیص، درمان، آموزش و پژوهش به منظور باز توانی، حفظ و ارتقاء سطح جامعه و جلب مشارکت ذی نفعان ارائه می نماید.

---
[1] Mission

- **چشم انداز**[1]

پیشرو و سرآمد در ارائه خدمات تشخیصی درمانی، آموزشی و پژوهشی در سطح کشور

- **ارزش های سازمانی**

ارزش های محوری اصول اعتقادی دیرپا و اساسی یک سازمان بوده، باعث رشد و نمو افراد در قالب گروه می شود. ارزش های محوری یک سازمان به عنوان اصول راهنمای جاویدان به هیچ توجیهی نیاز ندارند و برای درون سازمان ارزش و اهمیت ذاتی دارند.

با جمع بندی های انجام شـــده، ارزش های محوری در مجتمع بیمارســـتانی امام رضـــا (ع) عبارتند از:

- ✓ پایبندی به استقرار و استمرار بهبود کیفیت
- ✓ پایبندی به استقرار و استمرار ایمنی بیمار
- ✓ رعایت عدالت در دسترسی به ارائه خدمات
- ✓ رعایت نظم و انضباط کاری، شئونات و اخلاق اسلامی
- ✓ دانش محوری و شایسته سالاری
- ✓ حفظ شأن و کرامت انسانی
- ✓ مشارکت جوئی ذینفعان
- ✓ پاسخ گویی و مسئولیت پذیری
- ✓ اعتقاد به آموزش مداوم ذینفعان و توانمند سازی کارکنان

- **اهداف کلان سازمان**

- ✓ بهبود استمرار کیفیت خدمات بالینی و غیر بالینی
- ✓ استقرار طرح تحول نظام سلامت
- ✓ بهبود مستمر ایمنی بیمار
- ✓ استقرار نظام بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت
- ✓ بهبود نظام مدیریت منابع (انسانی، مالی، ساختاری و اطلاعاتی)

---

[1] Vision

- **منشور حقوق بیمار در ایران**

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

محور سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل راز داری باشد.

محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

- **مطلوبیت خدمات**

✓ بیمارستان به گیرنده خدمت، خدمات سلامت مناسب ارائه می نماید.

✓ بیمارستان، در موارد اورژانس، بدون توجه به تامین هزینه مراقبت، خدمات سلامت ارائه می نماید.

✓ بیمارستان در صورتی که ارائه خدمات مناسب در موارد اورژانس مقدور نباشد پس از خدمات سلامت ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال گیرنده خدمات به واحد مجهز را فراهم می نماید.

✓ بیمارستان خدمات بالینی را بر پایه اصل انطباق و اخلاق حرفه ای ارائه می دهد.

✓ بیمارستان با نصب تابلوهای خط کشی و در نظر گرفتن واحد اطلاعات مراجعین از راهنمایی صحیح و به موقع گیرندگان خدمت اطمینان حاصل می کند.

✓ بیمارستان با ملزم نمودن کادر درمان به رعایت استاندارد پوشش و نصب اتیکت، شناسایی رده های پرسنلی را تسهیل می نماید.

- **محرمانه بودن اطلاعات**

بیمارستان اطمینان حاصل می نماید که تنها گیرنده خدمت گروه درمانی افراد مجاز از طرف گیرنده خدمات و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند، می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

بیمار ستان در صورت درخوا ست گیرنده خدمات، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را در دسترس وی قرار می دهد. در این مرکز سرپرستاران جهت فرد معتمد خود سطح دسترسی اسم کاربری و رمز عبور جهت دسترسی به پرونده پرسنلی در نظر گرفته اند. منشی بخش ها خلاصه پرونده بیماران را فقط به همراه بیمار با ارائه کارت شناسایی عکس دار تحویل می دهند. همچنین در مدارک پزشکی پس از ترخیص سطح دسترسی به مدارک محدود گردیده و تنها در صورت درخوا ست پز شک معالج و جهت برر سی در کمیته با مجوز ریا ست بیمارستان پرونده در دسترس قرار داده می شود. همچنین جهت حفظ حریم اطلاعاتی بیماران از نوشتن نام بیمار و تشخیص بیماری بر روی برد و پرونده بیمار خود داری می گردد.

- ✓ کارکنان درمان مرکز، از رها نمودن پرونده ها بر بالین بیمار خود داری می‌نمایند.
- ✓ بیمار ستان ا ستفاده از هرگونه علامتی را که نشان دهنده بیماری خاص با شد را برای بیمار ممنوع کرده است.

- **حفظ حریم خصوصی بیماران**

- ✓ بیمارستان، خدمات سلامت را با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت ارائه می نماید.
- ✓ بیمارستان تمام امکانات لازم جهت تضمین حفظ حریم خصوصی گیرنده را فراهم می نماید.
- ✓ بیمارستان شرایطی را فراهم نموده است که در همه بخش ها به خصوص بخش‌های مراقبت ویژه و بیماران کاهش سطح هوشیاری استفاده از پرسنل همگن برای ارائه خدمات به بیماران (به ویژه بانوان) در صورت درخواست بیمار، امکان‌پذیر باشد.
- ✓ در بیمارستان استفاده از پرسنل همگن، نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمات و مصدومین باشد.
- ✓ بیمارستان از پوشانده شدن مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارد اطمینان کسب می نماید.
- ✓ بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران را رعایت می نماید.

- ✓ بیمارســتان جهت حفظ حریم بیماران برای انتقال به اتاق عمل از شــنل اســتفاده می نماید.
- ✓ جهت حفظ حریم خ صو صی بیماران در این مرکز در بخش های ویژه جهت هر بیمار یک واحد در نظر گرفته شده و واحدها تو سط پرده از یکدیگر جدا شده ا ست. تعداد پاراوان های بخش به ن سب تعداد تخت ها افزایش یافت. ارائه خدمات تو سط پر سنل همگن صورت می گیرد و در صورت عدم امکان ارائه خدمات تو سط پر سنل همگن، درخواست نیرو از سوپروایزر توسط مسئول شیفت صورت می پذیرد. به کلیه بخش ها ابلاغ شد که قبل از ورود اتاق بیماران ا صلی در زدن رعایت گردد و در حین معاینه و انجام پروسیجرها از برهنه کردن نقاط غیر ضروری اجتناب گردد.

- **رضایت آگاهانه**

در بیمار ستان یک لی ست م شخ صی از اقدامات و درمان هایی که نیاز به اخذ ر ضایت کتبی از گیرنده خدمت یا ولی قانونی او دارد، در د سترس ا ست و ر ضایت آگاهانه بر ا ساس آن اخذ می گردد.لازم به ذکر است اخذ رضـایت آگاهانه یکی از راه های جلب مشــارکت و تحقق رســالت مرکز اســت. لیســت پروســیجرهایی که بر رضــایت آگاهانه نیاز دارند، حداقل شــامل موارد ذیل است:

- ✓ اقدامات تشخیص درمانی تهاجمی و جراحی
- ✓ بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق
- ✓ استفاده از خون و فرآورده های خونی
- ✓ تحقیقات
- ✓ شوک درمانی

- لازم به ذکر است که علیرغم این حداقل های مورد انتظار، تعیین پروسیجرهای اختصاصی تهاجمی و غیر تهاجمی هر بخش نیز تدوین و توسط مسئول فنی بخش (مسئول ایمنی و فنی بیمارستان و ریاست مجتمع) تأیید و به بخش ها ابلاغ شده است و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

- بیمارستان طی فرآیندی مستند توسط کارکنان آموزش دیده و با مسئولیت پزشک معالج، از گیرنده خدمت، رضایت آگاهانه اخذ می نماید.
- اطلاعات لازم در زمینه خطرات، محاســن و جایگزین های روش قبل از اخذ رضــایت نامه آگاهانه از گیرنده خـدمت و در صـورت لـزوم ولـی قانـونی وی، بـه زبـان سـاده و قـابل درک، در اختیار گیرنده خدمت، ولی یا نمایده قانونی قرار می گیرند.
- رضــایت اخذ شــده، همراه با تاریخ، ســاعت، امضــاء، اثر انگشــت گیرنده خدمت، ولی و یا نماینده قانونی و یکی از بستگان بیمار (ترجیحا درجه اول) با ارائه عکس شنا سایی عکس دار در پرونده گیرنده خدمت درج می گردد.
- گیرنده خدمت، ولی یا نماینده قانونی وی حین تشکیل پرونده ملزم به تکمیل فرم معالجه و استفاده از اطلاعات پزشکی در پشت صفحه پذیرش می باشند. لازم به ذکر است در صـورت پذیرش عادی بیمار این فرم توسـط پرسـنل پذیرش و در حین پذیرش اورژانسـی توسط پرستار بخش تکمیل می شود.
- بیمارستان رضایت گیرنده خدمت، همراهان و کارکنان را مورد سنجش و تحلیل قرار می دهد و اقدامات مداخله ای متناسـب را بر اســاس تحلیل ریشــه ایی شــکایات ، انتقادات و پیشنهادات بیماران، همراهان و کارکنان انجام می دهد.

- **ایمنی بیمار:**

ایمنی به عنوان اولین حوزه در موضوع ارائه خدمات به بیماران و روح اصلی اعتباربخشی بیمارستانی می باشد. از آنجا که خطاهای پزشکی خصوصا در مراکز درمانی-آموزشی، نقش مهمی در بروز مرگ و میر و عوارض گذرا یا ماندگار برای بیماران دارد؛ چنین به نظر می رســد یکی از راه های اســتقرار اســتانداردهای ایمنی در این مراکز، آموزش دانشــجویان پزشکی ازهمان سال های ابتدایی تحصیل باشد. مواجهه زودرس دانشجویان، حضور آنان بر بالین بیماران و مشاهده نحوه ارائه خدمات به آنها از نزدیک، می تواند نگرش دانشجویان را نسبت به حفظ ایمنی بیماران تقویت نموده و میزان بروز خطا را به حداقل برساند.

- **توصیه های ۹ گانه WHO (۹ راه حل ایمنی)**

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

۷. اطمینان از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

۸. استفاده صرفا یک باره از وسایل تزریقات

۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

- **مدیریت خطر و ایمنی بیمار**

مراقبت‌های سلامت به طور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار همراه است. بیماران حق دارند که انتظار داشته باشند، مراقبت از آن‌ها مطابق با بهترین شرایط و استانداردها و براساس آخرین شواهد علمی و بالینی باشد.

احتمال بروز خطر به معنای امکان بروز یک حادثه ناخوشایند و یا از دست دادن است و قسمتی از زندگی طبیعی به شمار می‌رود. پیش بینی حوادث و خطرات و کاهش احتمال بروز آن‌ها در واقع همان مدیریت خطر است.

با توجه به رویکرد سیستمیک و عنایت به این موضوع که انسان امکان انجام خطا دارد (جایزالخطا است)، نحوه طراحی سیستم، شرایط آن و نحوه پاسخ دهی سیستم به نواقص و شکست‌ها، تعیین کننده نتیجه نهایی یک خطا بر روی سلامت بیمار است. لازم به ذکر است که خطا لزوماً منجر به آسیب و صدمه نمی‌شود. ارزیابی حوادث نه به عنوان پیداکردن مقصر و اعمال تنبیه و سرزنش است، بلکه امکان یادگیری، تشخیص و درمان یک مشکل عمده را در طراحی و کارکرد سیستم سلامت، نشان می‌دهد.

- **لیست ۲۸ حادثه ناخواسته**[1]

۱- انجام جراحی بر روی قسمت اشتباهی از بدن

۲- انجام جراحی بر روی بیمار اشتباه

۳- انجام جراحی با روش و رویه اشتباه بر روی بیمار

۴- جا گذاشتن اشیای خارجی دربدن بعد از جراحی یا سایر روش‌های درمانی

۵- مرگ درهنگام عمل یا پس از عمل جراحی (برای بیمار با سلامتی طبیعی)

۶- تلقیح مصنوعی با اهداکننده‌های (اسپرم و تخمک)

۷- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از داروها و تجهیزات آلوده در تسهیلات مراقبتی

۸- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از تجهیزات مصرف شده قبلی

۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال آمپول هوای داخل عروق در مراکز ارایه خدمات مراقبتی و سلامت

۱۰- ترخیص نوزاد به شخص اشتباه

۱۱- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال مفقود شدن

۱۲- خودکشی یا قصد خودکشی منجربه ناتوانی جدی درحین ارائه خدمات مراقبتی

۱۳- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با خطای درمانی

۱۴- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تجویز خون یا فراورده‌های خونی ناهمگون

۱۵- مرگ یا ناتوانی بیمار در زایمان طبیعی

۱۶- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با هیپوگلیسمی هنگام ارائه خدمات مراقبتی

۱۷- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با نارسایی و شکست درشناخت و درمان یرقان نوزادی

۱۸- زخم بستر درجه ۳ یا درجه ۴ بعداز پذیرش برای خدمات بالینی

---

[1] Sentinel Event

۱۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت درمان نخاعی

۲۰- مرگ یا ناتوانی جدی بیمارهمراه شوک الکتریسیته درحین مراقبت‌های درمان

۲۱- هرگونه حادثه‌ای در اثر انتقال اشتباه لوله‌های اکسیژن یا گازهای دیگر به بیماری یا آلودگی این لوله‌ها

۲۲- هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعلت سوختگی ناشی از هر منبعی در حین مراقبت‌های درمان

۲۳- هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی به علت اختلال در نگهدارنده‌های اطراف تخت

۲۴- هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بیمار در اثر افتادن

۲۵- سوء استفاده و تجاوز جنسی به بیمار

۲۶- ربودن بیمار

۲۷- مرگ یا جراحت مهم بیمار یا پرسنل ناشی از سوء استفاده و تجاوز فیزیکی

۲۸- هرگونه احراز از دستورات درمانی توسط شخصیت‌های پزشک، پرستار، داروساز و ...

- **نظام گزارش حادثه**

مواردی که در بیمارستان منجر به حادثه می‌شوند؛ در قالب فرم های گزارش دهی حوادث ناخواسته توسط پرسنل و پزشکان به دفتر ایمنی بیمار واقع در سطح سوم اطلاع‌رسانی می شوند. پس از انجام تحلیل گذشته نگر حادثه، دستورالعمل‌ها و مصوباتی از بطن این حوادث در آورده می‌شود و به تمامی بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی جهت اجرا ابلاغ می‌گردد.

- **مقررات و استانداردهای پوشش**

به استناد مواد **۸۵-۸۸** قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت تعالی عملکرد خدمات بالینی افزایش بهره‌وری و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی رعایت موازین و ضوابط عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت ایمنی کارکنان و بیماران ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه‌ای- افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان و شناسایی سریع آنان در محیط کار- استانداردهای پوشش افراد در مؤسسات پزشکی و ضوابط و مرتبط آن به شرح زیر ابلاغ می شوند:

۱) لباس فرم:

- لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و رده‌های مختلف متحدالشکل باشد.
- **لباس فرم مترون (مدیر دفتر خدمات پرستاری)**

– **آقا:** روپوش سفید، شلوار سرمه ای، کفش جلو بسته مشکی

– **خانم:** روپوش، شلوار و مقنعه سرمه ای، کفش جلو بسته مشکی

- **لباس فرم سوپروایزر**

– **آقا:** روپوش سفید، شلوار سرمه ای، کفش جلو بسته مشکی

– **خانم:** روپوش، شلوار و مقنعه سرمه ای، کفش جلو بسته مشکی

- **لباس فرم سرپرستار**

– **آقا:** روپوش سفید، شلوار سرمه ای، کفش جلو بسته سفید

– **خانم:** روپوش، شلوار و مقنعه سرمه ای، کفش جلو بسته سفید

- **لباس فرم اتاق عمل**

– **آقا:** روپوش و شلوار سبز، کفش جلوبسته سفید

– **خانم:** روپوش، شلوار و مقنعه سبز، کفش جلو بسته سفید

- **لباس فرم پرستار**

– **آقا:** روپوش سفید، شلوار سرمه ای، کفش جلو بسته سفید

– **خانم:** روپوش و شلوار سرمه ای، مقنعه سرمه ای، کفش جلو بسته سفید

- **لباس فرم ماما (لیبر و بخش بستری)**

روپوش، شلوار و مقنعه سبز ، کفش جلو بسته سبز یا سفید – روپوش و شلوار سرمه‌ای، مقنعه سفید و کفش جلو بسته سفید

- **لباس فرم کمک پرستار**

– **آقا:** روپوش و شلوار کرم، کفش جلو بسته سفید

– **خانم:** روپوش، شلوار و مقنعه کرم، کفش جلو بسته سفید

- **لباس فرم خدمات**

– **آقا:** روپوش و شلوار آبی نفتی، کفش جلو بسته سفید

– **خانم:** روپوش، شلوار و مقنعه کرم ، کفش جلو بسته سفید

- **لباس فرم پرستاران بخش های ویژه (ICU ، CCU و دیالیز)**

– **آقا:** روپوش و شلوار آبی، کفش جلو بسته سفید

– **خانم:** روپوش، شلوار و مقنعه آبی، کفش جلو بسته سفید

- **لباس فرم منشی**

– **آقا:** روپوش قهوه ای، شلوار مشکی ، کفش جلو بسته مشکی

– **خانم:** روپوش، شلوار و مقنعه قهوه ای، کفش جلو بسته مشکی

۲) اتیکت شناسایی:

الصاق کارت شناسایی عکس‌دار، نام‌خانوادگی کامل و حرف اول نام، سمت فرد در جلو لباس به نحوی که به راحتی از فاصله ۱ متری قابل خواندن باشد. برای تمامی کارکنان در محیط های درمانی الزامی است.

۳) شکل ظاهر:

روپوش باید سالم و تمیز، دکمه بسته، اتو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد، شلوار نباید تنگ و چسبان باشد، کشی یا کوتاه، بالاتر از مچ باشد. کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو با پنجه و پاشنه پهن باشد و هنگام راه رفتن صدا ندهد.

۴) زیورآلات:

زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شود.

۵) عطر و آرایش:

استفاده از هر گونه ماده بودار یا حساسیت‌زا در محل کار ممنوع است.

ناخن‌ها باید تمیز و کوتاه و مرتب باشـــد اســـتفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصـــنوعی در محیط‌های ارائه خدمات درمانی ممنوع است.

۶) تلفن همراه:

هر گونه تصویر برداری، فیلمبرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع اســـت و همچنین اســـتفاده از تلفن همراه بر بالین بیمار ممنوع می باشد.

• حقوق همراه گیرنده خدمت:

بیمارستان به گیرنده خدمت اجازه می دهد تا در مراحل تشخیص از جمله معاینات فرد معتمد همراه داشته باشد (همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک است مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.)

بیمار ستان این حق را به همراه بیمار می دهد که از ت سهیلات و حمایت های در نظر گرفته شده برای وی (ایستگاه مطالعه، ایستگاه شارژ موبایل، غذا، تخت های تاشو و ...) بهره مند شود.

• بیماران در حال احتضار

در مورد بـیماران محتضر، بیمارستان این اجازه را به بیمار می دهد که از مصاحبت همراهان در هر ساعات از شبانه روز بهره‌مند شود. همچنین در صورت امکان کمک پرستاران بیمار محتضر را رو به قبله نموده سپس مشاور مذهبی- فرهنگی بر بالین وی آمده و با خواندن قرآن و رعایت آرامش بیمار و همچنین تسکین آلام همراهان می شود.

دراین مـرکز فرم بازدیـد مـاهیانه توسط مشاور مذهبی مرکز از بیماران محتضر تکمیل و به دفتر بهبودکیفیت داده می شود.

اعتبار بخشی بیمارستانی

در جهان کنونی، تنوع و کیفیت ارائه خدمات سلامت و همچنین، ابزارها و فناوری مرتبط با آن، هر لحظه در حال گسترش و بهبود است. (۱۹)

اعتباربخشی[1] یکی از سیستم های ارزیابی استاندارد است که به خاطر اهمیت، کارایی و نقش اساسی آن در در ارتقای کیفیت خدمات سلامت، به طور گسترده در سطح جهان برای ارزیابی سیستم های خدمات درمانی مورد استفاده قرار می گیرد. در سال ۱۳۹۱ این روش ارزیابی با هدف ایجاد و ارتقای فرهنگ ایمنی و کیفیت مراقبت از بیمار در کشور استقرار یافت. (۲۰) هدف از اجرای این فرایند، بهبود و استاندارد کردن فعالیت های بیمارستانی از جنبه های مختلف، بر پایه مستندسازی فعالیتها و بر اساس ارزیابی سالانه برون سازمانی و عمدتاً داوطلبانه می باشد. (۲۱)

در حال حاضر این استاندارد در ایران به صورت اجباری و غیر داوطلبانه صورت می پذیرد و عدم کسب امتیاز قابل قبول توسط بیمارستان ها به کاهش دریافتی از بیمه ها و در بدترین شرایط نیز به لغو پروانه آنها می انجامد. (۲۲)

یکی از اهداف اصلی اعتبار بخشی تامین، حفظ و ارتقای ایمنی بیمار به عنوان بارز ترین حقوق انسان ها، همراهان و کارکنان می باشد.

اهداف اعتبار بخشی

- ✓ ارتقای مستمر کیفیت تمام خدمات قابل ارائه در بیمارستان
- ✓ تضمین ایمنی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت در کنار ارتقای کیفیت خدمات
- ✓ اجرای فرآیندهای درمانی مبتنی بر استاندارد و در نظر گرفتن پیامدهای سلامت
- ✓ یاری رساندن به مدیران و رهبران بیمارستان در عمل به وظایف خطیر خود و در حوزه مراقبتی
- ✓ ارائه الگوی نظارتی یکپارچه جهت اطمینان از ارائه خدمات مراقبتی کیفی، ایمنی و مبتنی بر شواهد علمی روز
- ✓ پیگیری مراتب اجرایی پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی در سطح بیمارستان
- ✓ بازدید و پایش اقدامات انجام شده واحدهای بیمارستان از نظر مستندات اعتباربخشی

[1] Accreditation

کمیته های بیمارستانی:

کمیته های بیمارستانی بازوهای مشورتی و تصمیم گیری رئیس و مدیر بیمارستان هستند و به عنوان اتاق فکر بیمارستان محسوب می شوند. کمیته ها در نقش محور هدایت بیمارستان ها، برنامه ریزی، سازماندهی و هماهنگی فعالیت های بیمارستانی را انجام می دهند.

ساختار کمیته ها در الگوی اعتباربخشی از ۱۴ کمیته اصلی ذیل تشکیل یافته است:

۱. اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای (اخلاق بیمارستانی)
۲. مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی نسوج (شامل زیر کمیته های مورتالیتی، موربیدیتی، مرگ و میر کودکان، مرگ و میرنوزادان، احیای نوزادان، پریناتال، مرگ مادر باردار و مرگ و میر غیر منتظره)
۳. پایش و سنجش کیفیت
۴. مدیریت خطر حوادث و بلایا
۵. مدیریت اطلاعات سلامت
۶. کنترل عفونت
۷. ایمنی
۸. اورژانس-تریاژ و تعیین تکلیف
۹. بهداشت حرفه ای و طب کار
۱۰. بهداشت محیط
۱۱. طب انتقال خون
۱۲. ترویج زایمان طبیعی
۱۳. ترویج تغذیه با شیر مادر
۱۴. اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی

وظایف کمیته ها:

- ✓ تعیین خط مشی و زمینه های عملکرد بیمارستان برای تحقق اهداف و بر اساس موازین و رهنمودهای وزارت متبوع و دانشگاه
- ✓ طراحی و برنامه ریزی اجرایی جهت تحقق اهداف مزبور

- ✓ شناسایی مشکلات و معضلات اصلی در عملکرد بیمارستان و رهیابی جهت حل آن ها
- ✓ تلاش مســـتمر در جهت افزایش کیفیت و بهبود عملکرد بیمارســـتان و رضـــایت گیرندگان خدمات
- ✓ پیشنهاد اعضا و ترکیب زیر کمیته های بیمار ستانی بر ا ساس موازین و رهنمودهای وزارت متبوع و دانشگاه
- ✓ پیگیری روند ارتقاء کیفیت خدمات بیمارســـتانی و ارزشـــیابی منظم و مســـتمر درونی **بیمارستان**

"ساختار بیمارستان امام رضا(ع) به تفکیک حوزه های تخصصی"

- ✓ حوزه دفتر ریاست

- **واحدهای امور بیمارستان ها، روابط عمومی، حراست و امور فرهنگی**
- **دفتر بهبود کیفیت، مدیریت خطرِ حوادث و بلایا و واحد رسیدگی به شکایات**

- ✓ حوزه معاونت دارو و درمان

دفتر پرستاری

- **بخش مراقبت های دارویی**
- **واحد ایمنی بیمار**
- **واحد کنترل عفونت**

بخش تصویربرداری (رادیولوژی)

واحد آزمایشگاه

- **واحد بانک خون**

واحد پزشکی هسته ای

- واحد آنژیوگرافی

کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بوستان.

تغذیه و رژیم درمانی

واحد[1]C.S.R

بخش های بالینی

- ســطح ۱: **بخش اورژانس، بخش پیوند کلیه، بخش پیوند مغز ا ستخوان، بخش اورولوژی ۲، بخش پرتو درمانی (رادیوتراپی) و بخش ICU تنفس**
- سطح ۲: **بخش انکولوژی**
- **سطح ۳:** بخش دیالیز (دیالیز صفاقی و همو دیالیز)
- **سطح ۴:** اتاق عمل و بخش ICU جراحی
- **ســـطح ۵:** بخش بلوک زایمان (زایشـــگاه)، بخش مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU)، بخش جراحی زنان ۱ و بخش جراحی زنان ۲
- **سطح ۶:** بخش فوق تخ صـ صی نفرولوژی و عفونی و تخ صـ صی اطفال، بخش جراحی عمومی زنان و بخش مراقبت های ویژه اطفال (PICU)
- **ســـطح ۷:** بخش جراحی جراحی مغز و اعصـــاب، بخش جراحی عمومی مردان، بخش ICU جنرال A و بخش ICU جنرال
- ســـطح ۸: بخش ارتوپدی انکولوژی ۲، بخش نورولوژی، بخش مراقبت های ویژه قلب (CCU) و بخش مراقبت های قلبی جنرال (Post CCU)
- **سطح ۹:** بخش داخلی ۱ و بخش داخلی ۲
- **سطح ۱۰:** بخش ارولوژی۱ و بخش بیماری های عفونی

[1] Central Strile Room

✓ حوزه معاونت توسعه و برنامه ریزی

- واحد توسعه منابع انسانی و واحد خدمات پشتیبانی
- واحد نظارت بر تأسیسات و ساختمان

واحد تجهیزات پزشکی

واحد پسماند و رخت شوی خانه

مدیریت اطلاعات سلامت

واحدهای تحت نظارت:

۱. پذیرش
۲. آمار
۳. واحد بایگانی پزشکی
۴. واحد کدگذاری
۵. واحد بررسی پرونده
۶. واحد پاسخ گویی
۷. اسکن پرونده های پزشکی

- واحد فناوری اطلاعات (IT)

۱. مدیریت نرم افزار
۲. مدیریت سخت افزار(نظارت بر روند خرید تجهیزات رایانه ای فرایند تعمیرات)
۳. مدیریت شبکه
۴. مدیریت اینترنت
۵. مدیریت HIS[۱]
۶. مدیریت اتوماسیون اداری
۷. قراردادها
۸. آموزش

---

[۱] Hospital Information System

۹. امور ستادی

- واحد مددکاری
- امور توســـعه منابع مالی و بودجه (حســـابداری هزینه، بیمه گری و درآمد، ترخیص، تدارکات و انبار)
- **واحد بیماران بین الملل (IPD)**[۱]

✓ **حوزه معاونت آموزشی**

- معاونت آموزشی

این معاونت در بهمن ماه ســـال ۱۳۸۴ تأســـیس گردید. شـــامل قســـمت هایی چون مدیریت آموزشی، دفاتر گروه‌های آمـــوزشـــی، کتابخانه، واحد آموزش پزشکی (EDU)[۲]، آموزش ضمن خدمت و دبیرخانه می باشد.

• **دفاتر گروه های آموزشی**

گروه های آموز شی شامل: داخلی، عفونی، قلب، طب ورزش، بی هو شی، پو ست، طب اورژانس، زنان، ارتوپدی، کـــــودکان و نفرولوژی اطفال، رادیوتراپی، پاتولوژی، نورولوژی، نوروســـرجری، جراحی، ارولوژی و رادیولوژی، اخلاق پزشکی و پزشکی خانواده می‌باشند.

• **شرح وظایف حوزه معاونت آموزشی**

✓ برنامه ریزی ، تهیه و تنظیم اصـــول کلی برنامه های آموزشـــی و ارائه خط مشـــی و سیاست های آموزشی به گروه های آموزشی و نظارت بر حسن اجرای آن ها

✓ ابلاغ آیین نامه های آموزشی و نظارت بر حسن اجرای آن ها

✓ ارزشیابی و ارزیابی مستمر وضعیت دانشجویان و اتخاذ تصمیم درباره مسائل آموزشی و ارتقای کیفیت آموزشی و ارائه گزارش به ریاست دانشکده و ریاست بیمارستان

✓ رسیدگی به برنامه های آموزشی و اظهار نظر در مورد تغییر یا توسعه

✓ نظارت بر برنامه واحد EDU و دریافت گزارش

[۱] International Patient Department
[۲] Educational Development Unit

- ✓ نظارت بر برنامه ریزی واحد آموزش ضمن خدمت و دریافت گزارش
- ✓ تشـــکیل کمیته های آموزش، کمیته تیم مدیریت آموزش و مدیران گروه ها جهت تعامل بین گروه های آموزشی
- ✓ شرکت در جلسات شورای آموزشی و کمیسیون بررسی موارد خاص دانشگاه
- ✓ تشکیل کمیته تخلفات دستیاری، صدور صورتجلسات و ابلاغ مصوبات جهت اجرائی شدن
- ✓ برگزاری صحیح و سالم جلسات آزمون ها و نظارت دقیق بر این فرآیند
- ✓ انجام تمهیدات لازم جهت برگزاری آزمون OSCE، PMP و ...
- ✓ انجام امور مربوطه به آزمون ها با ارتقاء و گواهینامه تخصصی، دانشنامه تخصصی و فوق تخصصی
- ✓ بررسی کیفیت آموزش و ارزشیابی عملکرد آموزشی اعضای هیئت علمی و مدیران آموزش
- ✓ استنفاده از نرم افزار های جدید و پیشرفته رایانه ای در فرآیند های آموزشی
- ✓ مکانیزه نمودن فعالیت های حوزه آموزشی (الکترونیک نمودن فرم های پرونده-ها)
- ✓ برگزاری کارگاه های آموزشـــی جهت گروه های مختلف بالینی به منظور توســـعه و بازنگری آموزش بالینی
- ✓ تهیه تقویم آموزشی و ابلاغ به گروه های آموزشی

- **مقررات آموزشی دوره کارروزی:**

حضـــور در تمامی جلســـات کلاس های تئوری بالینی و درمانگاه دردوره آموزشـــی و کارورزی الزامی است و عدم حضور دانشجو به منزله غیبت خواهد بود.

حضور دانشجو در جلسه معارفه که در ابتدای شروع هر بخش از طرف گروه های آموزشی جهت آشنایی دانشجویان با برنامه ها و قوانین آموزشی گروه برگزار می شود الزامی است.

- کتابخانه

کتابخانه در راستای سیاست های آموزشی و پژوهشی دانشگاه و در سال ۱۳۸۴ در سطح سوم راه اندازی شده است.

۱. کتابخانه از ساعت ۷:۴۵ لغایت ۲۲ قابل استفاده است به استثنای روزهای پنج شنبه و جمعه که ساعت کار کتابخانه از ساعت ۷:۴۵ لغایت ۱۳ است.

۲. دستیاران در شروع دوره تحصیلی لازم است با تکمیل فرم مربوط به عضویت در کتابخانه در واحد معاونت آموزشی بیمارستان با ارائه یک قطعه عکس رنگی و ارائه به مسئول کتابخانه مراحل عضویت خود را به انجام برسانند.

۳. رعایت قوانین و مقررات داخلی کتابخانه برای کلیه اعضای کتابخانه لازم الاجرا است.

- پاویون دستیاران و گروه های آموزشی:

طبق قوانین مربوط به دوره دستیاری، بیمارستان موظف است برای دستیاران و کارورزان کشیک پاویون، شام و صبحانه فراهم و در اختیار ایشان قرار دهد.

- واحد آموزش ضمن خدمت

✓ حوزه معاونت پژوهشی

- **معاونت پژوهشی**

این معاونت از سال ۱۳۸۷با ۱۲ نفر از اعضای هیئت علمی مؤسس به طور رسمی با اخذ مجوز از وزارتخانه راه اندازی شد. این معاونت به منظور توسعه پژوهش‌های کاربردی و گسترش مرزهای دانش با ا ستفاده از ظرفیت‌های بالقوه بیمار ستان‌ها و اع‌ضای هیئت علمی پایه گذاری شده است. لذا هدف غایی این معاونت ترغیب و توانمند سازی اعضای هیئت علمی و دانشجویان جهت انجام پژوهش و فراهم نمودن تسهیلات مورد نیاز در این امر می‌باشد.

- مرکز توسعه تحقیقات بالینی

این واحد تحت نظر مدیر عامل و معاونت پژوهشی فعالیت می‌نماید.

- **شرح وظایف :**

۱. مشـــاوره در نحوه تهیه و تدوین، طرح‌های تحقیقاتی، پروپوزال نویســـی، رفرنس نویســـی و زمینه آماری

۲. برگزاری جلسات دفاع از پایان نامه‌ها و هماهنگی با اساتید و دانشجویان جهت جلسه

۳. برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های پژوهشـــی از جمله مقاله نویســـی ، روش تحقیق END NOTE برای کلیه مقاطع پزشکی

۴. فراهم آوردن تسهیلات مورد نیاز پژوهش های بالینی

۵. توانمند سازی اعضای هیئت علمی

۶. نظارت بر حسن انجام فعالیت های پژوهشی

۷. تلاش در جهت ادغام فعالیت های پژوهشی در آموزش و درمان

۸. بررسی و تصویب طرح های پژوهشی پیشنهادی و پایان نامه های تحقیقاتی دانشجویان

- مرکز تحقیقات سلامت خانواده (گروه طب زناشویی)
- مرکز تحقیقات اصلاح سبک زندگی
- مرکز تحقیقات و کلینیک بیماریهای کبد
- مرکز تحقیقات عفونت های بیمارستانی

منابع:

1. Bligh J. Identifying the core curriculum: the Liverpool approach. Medical teacher. 1995;17(4):383-90.
2. Bass EB, VI AHF, Morrison G, Wills S, Mumford LM, Goroll AH. National survey of clerkship directors in internal medicine on the competencies that should be addressed in the medicine core clerkship. The American journal of medicine. 1997;102(6):564-71.
3. Doctors GMCTs. 2, editor. London: GMC; 2002.
4. Dahle L, Brynhildsen J, Fallsberg MB, Rundquist I, Hammar M. Pros and cons of vertical integration between clinical medicine and basic science within a problem-based undergraduate medical curriculum: examples and experiences from Linköping, Sweden. Medical teacher. 2002;24(3):280-5.
5. Lubetkin E, Schmidt H, Charon R. Risks and benefits of early clinical exposure. Academic Medicine. 1999;74(11):1153.
6. Dornan T, Bundy C. What can experience add to early medical education? Consensus survey. Bmj. 2004;329(7470):834.
7. Krajic Kachur E. Observation during early clinical exposure–an effective instructional tool or a bore? Medical Education. 2003;37(2):88-9.
8. Rudy D, Griffith C, Haist S. Expanding the goals of an early clinical experience for first-year medical students. Medical education. 2000;34(11):954-5.
9. Hampshire A. Providing early clinical experience in primary care. Medical education. 1998;32(5):495-501.
10. Vieira JE, Do Patrocínio Tenório Nunes M, de Arruda Martins M. Directing student response to early patient contact by questionnaire. Medical Education. 2003;37(2):119-25.
11. Littlewood S, Ypinazar V, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Dornan T. Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. Bmj. 2005;331(7513):387-91.
12. Duban S, Mennin S, Waterman R, LUCERO S, STUBBS A, Vanderwagen C, et al. Teaching clinical skills to pre-clinical medical students: integration with basic science learning. Medical education. 1982;16(4):183-7.

13. Basaviah P, French L, Muller J. From classroom to bedside: a curriculum for first year medical students. Medical education. 2003;37(5):477-8.
14. Rani MN, Sharma KS, Koirala S. What do students say about the early clinical exposure at BP Koirala Institute of Health Sciences, Nepal? Medical teacher. 2002;24(6):652-4.
15. Adibi I, Kiyaninia M. Early clinical exposure purposes. Iranian J Med Educ. 2006; 5 (2): 7-12. Persian.
16. Shacklady J, Holmes E, Mason G, Davies I, Dornan T. Maturity and medical students' ease of transition into the clinical environment. Medical Teacher. 2009;31(7):621-6.
17. Abramovitch H, Shenkman L, Schlank E, Shoham S, Borkan J. A tale of two exposures: a comparison of two approaches to early clinical exposure. EDUCATION FOR HEALTH-ABINGDON-CARFAX PUBLISHING LIMITED-. 2002;15(3):386-90.
18. MR PSHNMKAS. Early Patient Contact. Shahid Beheshti University1384. 66-100 p.
19. M EHM. Accreditation standards of ministry of health, treatment and medical education, Vice-Chancellor for treatment, center of monitoring and accredition of treatment, department of group therapy evaluation,. Iran: Sound Publishing Center; 2008.
20. R BsLLH. The role of performance management and quality improvement in a national voluntry public health accreditation: Public health management ppracctice; 2008.
21. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. International journal for quality in health care. 2008;20(3):172-83.
22. Tofighi S, Falah M, Khajehzad M. Qualityb Evaluation of educational leadership in Baqiyatallah Hosspital using Baldrige Excellllence Model. Qazvin University of Medical Sciencesand Health Services. 2012;16(2):65-70.

فصل دوم

اصول رفتار حرفه ای در طب

دکتر میترا بنیانی، متخصص بیماری های داخلی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. مشخصات حرفه و اهمیت رعایت و عواقب عدم رعایت اخلاق حرفه ای چیست؟
۲. خصوصیات یک فرد حرفه ای و یک پزشک خوب کدام است؟
۳. منشور جهانی پروفشنالیسم شامل چه اصول و اجزایی است؟
۴. اصول و اجزای پروفشنالیسم پزشکی و مصادیق هریک چیست؟
۵. مشخصات حرفه و اهمیت رعایت و عواقب عدم رعایت اخلاق حرفه ای چیست؟
۶. خصوصیات یک فرد حرفه ای و یک پزشک خوب کدام است؟
۷. منشور جهانی پروفشنالیسم شامل چه اصول و اجزایی است؟
۸. اصول و اجزای پروفشنالیسم پزشکی و مصادیق هریک چیست؟

مقدمه

- ✓ **تعریف حرفه**

ریشه کلمه حرفه profession[1] کلمه لاتین[2] "professio است به معنی :

" اعلام عمومی که به شکل قول دادن باشد"[3]

دسته ای از مشاغل که خود را به شکل ارائه دهندگان خدمات ارزنده اجتماعی معرفی می کنند و رعایت عملکرد حرفه ای خود را به شکل اعلام عمومی قول می دهند.

- ✓ کسب و کار (Business)

فعالیت هایی است که به منظور کسب منفعت از فروش کالا یا خدمات انجام می شود.

- ✓ مشخصات حرفه (Profession)

- ارائه خدمت ارزنده اجتماعی
- اشتغال به حرفه عموماً نیاز به دانش یا مهارت تخصصی دارد.
- جامعه به اعضاء این حرفه امتیازات خاصی را اعطا می کند.
- جامعه از آنها انتظار دارد در ارائه خدمت اجتماعی منافع سلامتی بیمار و جامعه را بر منافع خود مقدم بدارند.
- حرفه ای بودن یک خصوصیت ذاتی یا حق موروثی نیست، امتیازی است که جامعه اعطا می کند.
- ابقاء این امتیاز بستگی به باور جامعه به قابل اعتماد بودن اعضاء آن حرفه دارد.

مشاغلی که خود را به جامعه به صورت خدمتگزار و برآورنده بخشی از خدمات اساسی اجتماعی معرفی می کنند حرفه (profession) نام دارند (طبابت، قضاوت و تعلیم و تربیت مثالهایی بارز از حرفه هستند). سیستم سلامت و نیز تک تک اعضای حرفهٔ پزشکی خود را

---

[1] www.merriam-webster.com/dictionary/profession
[2] en.wiktionary.org/wiki/professio
[3] declaration

متعهد می دانند که تصمیمات و اقداماتشان در خدمت سلامت بیماران باشد و منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح دهند.

✓ **مفاهیم اخلاق حرفه ای**

- اخلاق حرفه ای شاخه ای از علم اخلاق است که با توجه به شرایط و فضای هر حرفه خاص تعریف می شود.
- اصول اخلاق حرفه ای به عنوان استانداردهای مورد توافق و رفتارهای مورد انتظار از اعضاء یک گروه حرفه ای خاص توصیف می شود. این استانداردها معمولا در کدهای اخلاق حرفه ای[1] بیان شده و ممکن است پشتیبانی قانونی هم داشته باشد.
- اخلاق حرفه ای عبارت است از مجموعه قوانین اخلاقی که در وهلهٔ اول، از ماهیت حرفه یا شغل به دست آمده است.
- اخلاق حرفه ای، مسئولیت اخلاقی فرد از حیث شغل است. پزشک به عنوان شخص حقیقی، مسئولیت های اخلاقی دارد. مسئولیت های اخلاقی او برخاسته از شغلی است که بر دوش گرفته است؛ به گونه ای که اگر شغل دیگری می پذیرفت مسئولیت های اخلاقی وی تغییر می کرد. هر شغلی به اقتضای حرفه‌ای، مسئولیتهای اخلاقی خاصی می آفریند. اخلاق در این مفهوم شغل وابسته است که برحسب تنوع مشاغل، اخلاقیات خاصی را موجب می شود.

خصوصیات یک فرد حرفه ای (Professional)

حرفه ای ها" تعهد "دارند حرفه ای ها دانش و مهارت تخصصی دارند. حرفه ای ها حقوق اختصاصی دارند برای قابل اعتماد بودن، حرفه ای ها باید به تعهدات حرفه خود پای بند باشند.

✓ **ویژگی های افرادی که اخلاق حرفه ای دارند:**

مسئولیت پذیری

- فرد پاسخگوست و مسئولیت تصمیم ها و پیامدهای آن را می پذیرد.

---

[1] professional code of ethics

- سر مشق دیگران است.
- حساس و اخلاق مند است.
- به درستکاری و خوشنامی در کارش اهمیت می دهد.
- برای ادای تمام مسئولیت های خویش کوشاست و مسئولیتی را که به عهده می گیرد، با تمام توان و خلوص نیت انجام می دهد.

برتری جویی و رقابت طلبی

- در تمام موارد سعی می کند ممتاز باشد و به مهارت بالایی در حرفه خود دست پیدا می‌کند.
- جدی و پرکار است و اعتماد به نفس دارد.
- از طرق شایسته دنبال ارتقای خود است و سعی نمی کند به هر طریقی در رقابت برنده باشد.

صادق بودن

- مخالف ریاکاری و دو رویی است.
- به ندای وجدان خود گوش فرا می دهد.
- در همه حال به شرافت مندی توجه می کند.

احترام به دیگران

- به حقوق و نظر دیگران احترام می گذارد.
- خوش قول و وقت شناس است.
- به دیگران حق تصمیم گیری می دهد.
- تنها منافع خود را مرجح نمی داند.

رعایت و احترام نسبت به ارزش ها و هنجارهای اجتماعی

- برای ارزش ها و قوانین اجتماعی احترام قائل است و بین افراد از لحاظ فرهنگی، طبقه اجتماعی و اقتصادی، نژاد و قومیت تبعیض قائل نمی شود.
- در فعالیت های اجتماعی مشارکت می کند.
- طرفدار حق است و در قضاوت تعصب ندارد.

همدردی با دیگران

- دلسوز و رحیم است.
- در مصائب دیگران شریک می شود و از آنان حمایت می کند.
- به احساسات دیگران توجه می کند و مشکلات دیگران را مشکل خود می داند.

وفاداری

- به وظایف خود متعهد است.
- رازدار و معتمد دیگران است.

تاریخچه

سقراط حکیم : "اخلاق برترین و عالی ترین سرمایه بشری است."

پروفشنالیسم در تمام طول تاریخ طب، در قالب سوگندنامه های پزشکی وجود داشته است.

بقراط اولین کسی بود که مبانی اخلاقی را با طب در قالب سوگندنامه در هم آمیخت.

در ایران اولین بار برزویه ی طبیب رابطه اخلاقی بین پز شک و بیمار را مطرح کرد. ادیان و آموزه های مذهبی نیز درشکل گیری اخلاق پزشکی در جوامع نقش بی بدیلی داشته‌اند. اسلام و علمای ا سلامی، به ویژه در دوران شکوفایی علوم در تمدن ا سلامی، توجه ویژه ای به اخلاق در طب دا شته اند و این امر در ر ساله ها و کتب اندیـشمندان آن عـصر به خوبی هویدا ست. با ظهور ا سلام دانشمندان مسلمانی مانند ابوعلی سینا و زکریای رازی گام های بزرگی در تلفیق اخلاق و طب برداشتند.

اهمیت اخلاق حرفه ای

اهمیت اخلاق حرفه ای در منابع اسلامی

خداوند بزرگترین معلم اخلاق و مربی نفوس انسانی و منبع تمام فضائل است و قرب و نزدیکی به خدا جز از طریق تخلق به اخلاق الهی مکان پذیر نیست. در قرآن وکتب احادیث صدها آیه و حدیث داریم که به رعایت اخلاق توصیه می کنند:

پیامبر اکرم ترویج و توسعه اخلاق نیک و تهذیبِ نفوس را، بزرگترین هدف بعثت خویش معرفی کرده است.

قال رسول الله (ص): "انِّما بعثْت لاُتَمم مکارِم اْلاَخْلاق."

به راستی که من برای به کمال رساندن مکارم اخلاق مبعوث شده ام.

(مجلسی، محمد باقر، بحار الانوار، ج ۶۸ ، ص۳)

از ر سول خدا صلی الله علیه و آله سئوال شد ایمانِ کدام یک از مؤمنان برتر از همه ا ست؟

فرمود : **"آن کس که اخلاقش از همه نیکوتر باشد."**

(نهج الفصاحه ، ح۹۱۰)

در روایتی دیگر از رسول خدا (ص) می خوانیم :

"در ترازوی عمل آدمی در روز قیامت چیزی برتر از حسن اخلاق نهاده نمی شود."

(الکافی جلد ۲ ص۹۹)

بنابراین انسان های دینداری که به سعادت اخروی خویش می اندیشند نمی توانند نسبت به اخلاق بی تفاوت با شند و به بهانه این که امور اخلاقی هستند از زیر بار رعایت آنها شانه خالی کنند و وجدان خود را به انجام برخی مستحبات قانع سازند.

- ✓ **اخلاق حرفه ای در نهج البلاغه**

ح ضرت امیرالمومنین علی (ع) مبنای ارتباط و رفتار ارتباطی اخلاقی را حفظ و رعایت حقوق مردم دانسته و در موا ضع مختلف بر آن تأکید می ورزند، به گونه ای که جایگاه اجتماعی افراد را به ویژه درمشاغل و منا صب مختلف بر آن ا ستوار می نمایند. امام علی(ع) مسئولیت پذیری فرد را در رفتار ارتباطی نسبت به همه افراد اعم از دوست و دشمن، رفیق و بیگانه، مومن و کافر وحتی با محیط و سایر موجودات را مبتنی بر مسئولیت در برابر پروردگار می نمایند: " ای مردم تقوی پیشه کنید، زیرا در پیشگاه خداوند مسئول بندگان خدا، شهرها و خانه ها و حیوانات هستید." (خطبه ۱۶۷ نهج البلاغه) .

این مسئولیت پذیری در واقع چیزی جز رعایت حقوق غیر نیست. رعایت اخلاق حرفه-ای و پایبندی به آن، م ستلزم رعایت مؤلفه های اخلاقی مورد توجه دین ا ست؛ زیرا در نظام دینی،

انسان در قبال خویشتن، جامعه و محیط زیست مسئول است، که تمام این ها در نهایت در طول مسئولیت در مقابل خداست.

"در نظام اخلاقی دینی، ملاک نهایی ارزش ها، تقرب به خداست."

✓ منشور جهانی پروفشنالیسم

در سال ۱۹۹۵بورد طب داخلی آمریکا[۱](ABIM) و انجمن طب داخلی آمریکا([۲] ACP-ASIM) به همراه فدراسیون اروپایی طب داخلی[۳] پروژه ای را در تدوین منشور پروفشنالیسم شروع کردند که مفاد آن تعهداتی است که تمام کارکنان خدمات سلامت باید به آن پایبند باشند. در تهیه این منشور جهانی از نظرخواهی تمام انجمن های پزشکی و پزشکان سراسر جهان استفاده شده است و فراگیر بودن آن در تمام فرهنگ ها و مذاهب لحاظ گردیده است.

امروزه پروفشنالیسم به عنوان جزء ضروری و ارزشمند در طرح درس آموزش پزشکی پذیرفته شده و پژوهش ها و مقالات فراوانی به نحوه آموزش و ارزشیابی آن پرداخته اند. در پروژه اهداف دانشکده های پزشکی[۴] آورده شده:

هدف باید تربیت پزشکان با سواد , متبحر, نوع دوست و مسئولیت پذیر باشد.

انجمن ارزیابی کیفیت برنامه های دستیاری پزشکی آمریکا، نیز پروفشنالیسم را یکی از توانمندی های عمومی برای دستیاران عنوان کرده و بر اساس آن از دستیاران توقع می-رود احترام، دلسوزی، شرافت، پاسخگویی به نیاز بیماران و جامعه به نحوی که آن را بر منافع خود ترجیح دهند، مسئولیت پذیری در قبال بیمار، جامعه و حرفه پزشکی و تعهد به ارتقاء توانمندی های علمی و مهارتی را در رفتار خود نشان دهند.

---

[1] American Board of Internal Medicine
[۲] the American College of Physicians–American Society of Internal Medicine
[۳] European Federation of Internal Medicine
[4] ۱۹۹۸ - Medical School Objectives Project

شورای عمومی پز شکی انگلستان در راهنمای طبابت خوب[1] اصول و ارزش هایی که طبابت خوب بر آنها پایه ریزی شده و د ستورالعمل پروف شنالی سم در عمل ا ست را برای راهنمایی طبابت پزشکان آورده است.

مستند پزشکان فردا[2] نیز درستکاری و رابطه مناسب با بیمار را از پیامدهای ضروری آموزش پز شکی می داند. طبق این من شور پز شکان و سی ستم های خدمات سلامت ملزم به رعایت منافع بیمار و عدالت اجتماعی هستند.

منشورجهانی پروفشنالیسم شامل ۱۰ بند ا ست که تعهداتی را برای " کل سیستم سلامت و تک تک پزشکان" فراهم می آورد:

۱. تعهد به توانمندی حرفه ای
۲. صداقت با بیماران
۳. رازداری بیمار
۴. حفظ رابطه مناسب با بیماران
۵. ارتقا کیفیت خدمات مراقبت ها
۶. بهبود دسترسی به خدمات
۷. توزیع عادلانه ی منابع محدود
۸. دانش علمی
۹. حفظ اعتماد از طریق مدیریت تعارضات منافع
۱۰. تعهد به مسؤولیت های حرفه ای

- ✓ **تعهد به توانمندی حرفه ای:**

پزشـکان و شـاغلین حرف سـلامت باید به آموزش مداوم خود در تمام طول زندگی حرفه ای پایبند باشند و دانش و مهارت های لازم و به روز را به دست آوردند. سیستم سلامت موظف است فرآیندهای مورد نیاز را تدارک ببینند.

- ✓ **تعهد به صداقت با بیماران:**

---

[1] Good Medical Practice-1995
[2] Tomorrow’s Doctors-2003

قبل از اخذ رضایت و در کل دوره درمانی، اطلاعات مربوط به وضعیت سلامتی بیماران به میزانی که بیمار بتواند برای دوره درمانی خود تصـــمیم گیری نماید را کامل و صادقانه در اختیار ایشان قرار دهند.

- **تعهد به رازداری بیمار:**

لازمه ی کسب اعتماد بیماران رعایت رازداری و حفاظت از اطلاعات بیماران است. با گسترش استفاده از سیستم های بایگانی الکترونیک اطلاعات و افزایش دسترسی به اطلاعات ژنتیک رعایت این مهم بیش از پیش لازم است.

- **تعهد به حفظ رابطه مناسب با بیماران:**

بنا به طبیعت اجتناب ناپذیر وابستگی و آسیب پذیری بیماران ، پزشکان باید از یک سری روابط با بیماران خود بپرهیزند .بطورکلی پزشکان و شاغلین حرف سلامت باید از استثمار بیماران برای کسب هرگونه منافع شخصی اعم از منافع مادی، بهره جنسی و سایر منافع خود بپرهیزند.

- **تعهد به ارتقا کیفیت خدمات مراقبت ها:**

پز شکان و شاغلین حرف سلامت به طور فردی و از طریق انجمن حرفه ای خود باید در برنامه ریزی و اجرای مکانیـ سم هایی برای ارتقاء کیفیت خدمات اقدام نمایند .که شامل ارتقاء توانمندی های فردی و همکاری با سایر پرسنل خدمات سلامت برای کاهش خطاها، افزایش ایمنی بیماران، کاهش استفاده بی رویه از منابع پزشکی است.

- **تعهد به بهبود دسترسی به خدمات:**

هدف تمام سیـستم های ارائه خدمات سلامت باید د ستر سی همگان به خدمات حداقل استاندارد مراقبت باشد. پزشکان و نظام سلامت باید موانع دسترسی عادلانه به خدمات را اعم از موانع حقوقی، تحـصیلاتی، مالی، جغرافیایی و تبعیـضات اجتماعی را برطرف سازند. تعهد به عدالت شامل ارتقای سلامت عمومی و تقدم منافع جامعه بر منافع فردی پزشکان نیز می شود.

- **تعهد به توزیع عادلانه ی منابع محدود:**

تخصیص منابع باید به گونه ای باشد که ضمن دربر داشتن حداکثر فایده، به عادلانه ترین صورت انجام گیرد.پزشکان مسؤول توزیع خدمات محدود بر مبنای مدیریت معقول و هزینه اثر بخش می باشند .مسؤولیت حرفه ای پزشک درتوزیع متناسب منابع شامل اجتناب از تست ها و پروسیجرهای غیر ضروری و زیاده از حد می باشد.

- ✓ **تعهد به دانش علمی:**

پز شکان وظیفه دارند در تولید دانش، ا ستفاده از آن و ارتقاء ا ستاندارد علمی و پژوهش بکوشند و از مبتنی بر شواهد علمی بودن و صحت علم تولید شده اطمینان یابند.

- ✓ **تعهد به حفظ اعتماد از طریق مدیریت تعارضات منافع:**

در موارد بسیاری پزشکان و سازمان های خدمات سلامت در این موقعیت قرار می گیرند که منافع خود را دنبال کنند و آن را برمنافع بیمار ترجیح دهند. این موقعیت ها اعتماد مردم و بیمار را به پز شکان و سیستم سلامت به مخاطره می اندازد. پز شکان موظفند چنین موقعیت هایی را شناسایی کنند و با آن به شکل صحیحی برخورد نمایند.

- ✓ **تعهد به مسئولیت های حرفه ای:**

پزشـــکان به عنوان اعضـــاء یک حرفه باید با یکدیگر همکاری کنند، به یکدیگر احترام بگذارند، در فرآیندهای خود ارزیابی از قبیل تعیین رویه ای برای برخورد با پزشـکانی که رفتار غیر حرفه ای از خود نشان می دهند شرکت کنند تا کیفیت مراقبت از بیماران به حداکثر بر سد. پز شکان هم چنین وظیفه دارند به ارزیابی خود بپردازند و با ارزیابی های بیرونی توسط سازمان های نظارت برعملکرد پزشکان صادقانه همکاری نمایند.

عواقب عدم مراعات جنبه های اخلاقی

ممکن اســت پزشـک از دیدگاه علمی و فنی به وظیفه خود عمل و حتی بیمار را معالجه نماید. لیکن عدم مراعات جنبه های اخلاقی و انسانی در برخورد با بیمار او را از هدف عالی پز شکی دور کند و کوچکترین غفلت، مسامحه و لغزش از موازین اخلاقی، وجدانی و بی حرمتی نسبت به شخصیت بیمار و اطرافیان او سبب عدم امنیت خاطر، دل شکستگی، آشفتگی، تکدر روحی بیمار و سلب اعتماد او از پزشک معالج گردد.

این مهم، یعنی نحوه برخورد پزشکان با بیماران، می بایست سرلوحه خدمات پزشکی قرار گیرد تا از رهگذر این اصول به اهداف متعالی پزشکی که نجات جان و مداوا و حفظ حیات و سلامت آنان و ایجاد امنیت جسمی و روانی افراد جامعه و جلب رضایت مردم و لازمه رضایت خالق است، محقق گردد.

خصوصیات یک پزشک خوب

همه ما پزشکانی را ترجیح می دهیم که بدون توجه به موقعیت اجتماعی اقتصادی بیماران با آنها یکسان برخورد می کنند. این پزشکان حامی بیماران خود هستند و برای این حمایت از قدرت دانش و مهارت های ارتباطی استفاده می کنند. به این ترتیب درعین حالی که به بیمار با هر سطحی از اطلاعات احترام می گذارند بهترین و موثرترین روش را برای درمان او به کار می بندند. به هنگام پرسش از بیمار ادب را رعایت می کنند و به او اجازه می دهند راحت صحبت کند. در حالیکه خودشان به دقت به حرف های او گوش می دهند.

در مطالعه ای دکتر اطهر معین و دکتر سید سعید سید مرتاض (۱۳۹۲) بر روی جامعه آماری تمامی بیماران بیمارستان های شهر تهران ویژگی های پزشک خوب از دید بیماران استخراج گردید:

۱. خوش اخلاقی و برخورد خوب
۲. سطح علمی بالا و با سواد بودن
۳. مهارت بالا و با تجربه بودن
۴. بردباری و صبور بودن
۵. با انصاف، با وجدان و وظیفه شناس بودن
۶. دادن توضیح کافی راجع به بیماری
۷. دلسوزی و خیرخواهی
۸. گوش دادن و توجه به بیمار
۹. احترام گذاشتن و با ادب بودن
۱۰. وقت شناسی و منضبط بودن
۱۱. دقیق بودن در کار

۱۲. وقت کافی برای بیماری گذاشتن

۱۳. توجه کمتر به مادیات

۱۴. با ایمان و خداشناس بودن

۱۵. درک بیمار و همدردی با او

برخی معیارهای اخلاق پزشکی از دیدگاه محمدبن زکریای رازی

درآثار به جای مانده از اطبای مسلمان، به ویژه محمدبن زکریای رازی، نکات مهمی در ارتباط با اخلاق پزشکی آورده شده که می توان آنها را در سه بخش عمده مطرح کرد:

۱- رعایت موازین اخلاقی در پرداختن به حرفه پزشکی:

رازی با توجه به نظریات پزشکان برجسته و شایسته معاصر و پیشکسوت خود، تأکید زیادی بر ویژگی های شخصیتی که پزشک باید از آنها برخوردار باشد تا بتواند شایسته طبابت باشد. به عنوان مثال وارستگی و آراستگی در ظاهر و رفتار، رازداری، پرداختن به مطالعه، خودداری از اتلاف وقت در کارهای بیهوده و ناشایست، عدم استفاده از طبابت به عنوان تجارت، داشتن اعتماد به نفس مناسب در هنگام کار و احترام گذاشتن به بیمار را از ویژگی های پزشک خوب به شمار می آورد.

۲-رعایت موازین اخلاقی در امور پژوهشی:

یکی از ویژگیهای ی که رازی را نسبت به اکثریت پزشکان گذشته ممتاز می کند، رعایت اخلاق درپژوهش اســت. رازی، هر جمله و نقل قولی را با ذکر مأخذ می آورد و حتی مطالبی را که از مأخذی ناشناخته آورده، تأکید می کند که از کتاب مربوط به نویسنده ای مجهول آورده ام.

۳-**رعایت موازین اخلاقی در امور درمانی:**

رازی برای هر اقدام درمانی، خود را موظف به رعایت اخلاق، دقت، امانت و احساس تعهد نسبت به بیمار می داند. به عنوان مثال، تأکید می کند که هیچگاه نباید پیش از شناسایی عامل درد، داروهای ضد درد را تجویز کرد، بلکه باید عامل را شناسایی کرده، به اقدام برای زدودن آن پرداخت. در همین راســتا تأکید می کند که در برخی از موارد پزشــکان، درد

چشم را با تریاک یا دیگر داروهای مشابه درمان کرده اند که منجر به کوری شده است. همچنین آورده است که باید از به کار بردن داروهای متعدد برای برطرف کردن علامت های مختلف خودداری کرد، زیرا ممکن است چند علامت، همگی مربوط به یک عامل باشند و با درمان عامل، همه آن علایم زدوده شوند.

پروفشنالیسم (رفتارحرفه ای) پزشکی و مشخصات طبیب در متون اسلامی

مهمترین کدهای پروفشنالیسم پزشکی و مشخصات طبیب در متون اسلامی در کلام حضرت علی(ع) و حضرت امام صادق (ع) یافت شده:

- ✓ **پرهیزکاری و تقوا، جدیت و کوشش، دلسوزی و خیرخواهی، علم و آگاهی و اعتماد**

پزشک مؤمن می داند تمام کارها و حرکاتش در پیشگاه خداوند ثبت می شود و برای تجویز کوچک ترین دارو یا بزرگ ترین عمل جراحی باید در دادگاه عدل الهی پاسخ گو باشد. پزشک باتقوا حتی در نگاه کردن برای معاینه، حدود اسلامی را رعایت می کند؛ یعنی اگر بتواند بیماری را بدون نگاه کردن به جایگاه هایی که نگاه به آن ها در اسلام ممنوع است، تشخیص دهد، نگاه نامشروع نمی کند و اگر ناچار به نگاه کردن باشد، به میزان ضرورت اکتفا می کند.

خیرخواهی برای بیمار و تلاش برای درمان او نیز از مصداق های تقوای پزشکی است. چنان که امام علی(ع) درباره تقوا می فرمایند:

" مَنْ تَطَبَّبَ فَلْيَتَّقِ اللّه وَ لْيَنْصَحْ وَ لْيَجْتَهِدْ "

هرکس طبابت پیشه کند، باید از خدا پروا کند و خیرخواهی و جدیّت ورزد.

نصح به معنای خیرخواهی و اجتهاد به معنای به کارگیری همه توان است. بنابراین، تقوای پزشکی؛ یعنی پزشک برای انجام درست وظیفه اش باید سود بیمار را در نظر بگیرد و از همه توان فکری و عملی خود برای درمان وی استفاده کند.

پزشک برای گرفتن مزد یا زیادی آن یا به هر علتی دیگر، حق آن را ندارد که در درمان تعلل کند یا سهل انگاری یا سستی از خود نشان بدهد.

از نظر اسلام، پزشکی حرفه ای نیست که به وسیله آن ثروت اندوزی کرد. رسالتی است انسانی و مسئولیتی شرعی.

پیامبر اکرم (ص) در لزوم تبحر و تعالی شغلی پزشکان می فرمایند:

" من تطبب ولا یعلم منه طب، فهو ضامن"

کسی که بدون اطلاع کافی از علم طب طبابت کند، ضامن است.

(کنزالاعمال ، ج ۱۰ ، ص ۱۶)

حضرت علی(ع) نیز سه وظیفه برای پزشک تعیین می کند:

"من تطبب فلیتق الله ولیجتهد ولینصح"

هر کس طبابت را پیشه خود ساخت باید با تقوا و خداترس باشد و برای مردم خیرخواهی کند و در تحصیل علم و معالجه بیمار جدیت نماید.

هر کس طبابت می کند باید که تقوای الهی پیشه کند. یعنی طبیب باید همواره تقوا و ترس از خدا را رعایت کند. در معاینات و تشخیص بیماری، تجویز دارو و مقدار آن، در رفتار خود با بیمار و اطرافیانش، در امانت و رازداری، در تعیین حق ویزیت و عمل جراحی، درمعاینه و لمسِ بدنِ بانوانِ بیمار، در همه حال خدا را حاضر و ناظر بداند. نهایت تلاش خود را بنماید، یعنی در تحصیل علوم و کسب مهارت و تشخیص بیماری، علاج آن، جدیت و کوشش ورزد و خیرخواه مردم باشد، یعنی نسبت به بیمار دلسوز و خیرخواه باشد و همواره مصالح واقعی او را رعایت کند.

حقوق بیماران در آیینهٔ اسلام

اسلام و اخلاق پزشکی در برخورد با بیماران در جهت حفظ حقوق آنها توصیه هایی را برای پزشکان دارد که به شرح زیر می باشد:

۱) تمام بیماران را مانند بستگان خود بدانید.

۲) اجازه دهید بیمار مشکل خود را به صورت کامل بازگو نماید.

۳) با دقت به سخنان بیمار و رفتارش توجه نمایید.

۴) معاینه بیمار را با دقت و حوصله انجام دهید.

۵) از بیماری ها و مشکلات جسمی و روحی غیر مرتبط با بیماری اصلی هم سؤال نمایید.

۶) با بیمار صادق باشید و تمامی خطرات و عوارض احتمالی درمان را به او و همراهش بگویید.

۷) در مواردی که شک دارید عجله نکنید و با پزشکان دیگر مشاوره کنید.

۸) هیچ گاه طمع مادی انگیزه ی اصلی انتخاب و روش درمان شما نباشد.

۹) در همه مراحل، به یاد خدا باشید و از او یاری جویید.

۱۰) در همه مراحل، درمان را با محبت و عشق انجام دهید و صبر و حوصله داشته باشید.

۱۱) به شخصیت بیمار احترام بگذارید و با وی همدردی و خوش برخورد باشید.

۱۲) ابتدا علت بیماری را پیدا کنید و معالجه را از مراحل ابتدایی شروع کنید.

۱۳) توجه به امور اجتماعی و خانوادگی بیمار داشته و به بیمار روحیه بدهید.

۱۴) رازدار و همیشه در دسترس بیمار باشید.

۱۵) توجه به توان اقتصادی بیمار داشته باشید و به او بعنوان منبع درآمد نگاه نکنید.

۱۶) هیچگونه تبعیضی در درمان بیماران نداشته باشید

۱۷) بیماری و شیوه درمان را بطور کامل برای خود بیمار و اولیای بیمار تشریح نمائید.

۱۸) توجه به اعتقادات مذهبی و اعمال دینی بیمار داشته باشید.

برخی از ویژگی های پزشک شایسته که از متون اسلامی اقتباس شده اند:

- ✓ داشتن انگیزه همیشگی و دائمی برای ارتقای سطح دانش، تجربه های بالینی پند گرفتن و تجربه اندوزی از هرگونه اعمال حرفه ای و پیشتاز بودن در دانش نظری و عملی
- ✓ برخورداری از ویژگی های رازداری، امانتداری، بردباری،فروتنی، خویشتنداری و مسئولیت پذیری
- ✓ داشتن قدرت پیش بینی در هرگونه اقدام درمانی، پژوهشی و آموزشی

- ✓ تلاش برای جلوگیری از عوارض نامطلوب اقدامات درمانی و کوشش برای سودرسانی هرچه بیشتربه بیماران و مراجعین
- ✓ آگاهی و پیروی از قوانین تصویب شده مرتبط با حرفه خود و سعی کردن در عدم تخطی و تخلف از قوانین
- ✓ بسنده کردن به حق الزحمه مصوب و متعارف و خودداری از دریافت هرگونه دستمزد یا پاداش اضافی
- ✓ خودداری از تحمیل هرگونه هزینه، کار غیر ضروری یا وظایف سخت و دست و پاگیر به بیمار یا اطرافیان وی
- ✓ خودداری از هرگونه تهور، لا ابالی گری یا اقدام های درمانی که فراتر از محدوده دانش، تجربه یا صلاحیت های قانونی می باشند.
- ✓ خودداری از بدآموزی همکاران یا دانشجویان و یا هزینه کردن یا قربانی کردن دیگران برای دستیابی به اهداف خود
- ✓ عدم تمایل به انجام کارهای درمانی به منظور جاه طلبی، جلب ستایش دیگران و یا مشهور شدن در جامعه
- ✓ نداشتن حس کینه ورزی یا انتقام جویی
- ✓ نداشـــتن حس طمع و تمایل به مال اندوزی از راه حرفه طبابت و برخورداری از آراستگی و شرافتمندی در امورزندگی

پروفشنالیسم (اصول حرفه ای گری) پزشکی

تعهد حرفه ای طبابت، سـابقه ای به قدمت خود پزشـکی دارد. قسـم نامه بقراط یکی از شاهدین این مدعا است.

ویلیام اوسلر می گوید: پزشکی یک تعهد و ایثار است نه یک تجارت.

پزشکی حرفه پر مسئولیت و ارزشمندی است و پزشکان یکی از بزرگترین خدمتگزاران بشریت بوده و مسئولیت های سنگینی را بر دوش دارند. نام طبیب نیز از اسمه ای الهی است و ریشه طب به معنای مدارا در کار و لطف ورزیدن آمده است و طبیب را از آن جهت

طبیب نامیده اند که با مدارا و تدبیر خویش اندوه را از دل می-زداید. اما هر پزشـــکی صلاحیت احراز چنین مقامی را ندارد، بلکه باید دارای صفت ها و ویژگی هایی با شد و آن چنان رفتار کندکه شایسته این اسامی باشد. با وجود اینکه مهارت های پزشکی مهم است ولی بیماران می خواهند به آنها از جانب پزشک توجه بیشتری نشان داده شود. پزشک به درد دل های شان گوش فرا دهد و از دانش پز شکی خود برای ارائه بهترین برنامه درمانی خاص هر بیمار استفاده نماید. شخصیت و منش یک پزشک باید همچنین، ممتاز و متمایز باشـــد تا وی بتواند مطابق با وظایف ویژه اش عمل نماید.در پزشـــکی توانمندی یک مسئولیت حرفه ای است. بدون توانمندی حرفه‌ای و تعهد حرفه ای کسی که لقب دکتر و پزشک را حمل می کند فقط یک شخصیت قلابی است. تعهد به یادگیری مادام العمر نیز یک از فضایل مهم پزشکی است.

پز شکی یک حرفه است نه یک کسب و کار، لذا با توجه به این حرفه، رعایت برخی امور برای وی الزامی می شود. لازمه موفقیت پزشک اعتماد بیمار به پزشک است. اعتماد به این که شاغلین این حرفه هدف ا صلی خود را تأمین سلامتی مردم قرار داده اند و آن را بر منافع خود ترجیح می دهند و این هدف مقدس را به شکل سوگندنامه متعهد می شوند.

بخشی از سوگند نامه پزشکی وزارت بهداشت :

" من در برابر قرآن کریم به خداوند قادر متعال، خدایی که بر همه امور آگاه است و تمامی موجودات در قبضه قدرت او ست سوگند یاد می کنم که به احکام مقدس ا سلام وحدود الهی به دیده احترام بنگرم. از خیانت و تضـیـیع حقوق بیماران به طور جدی پرهیز کنم. نسبت به حفظ اسرار آنان جز در مواقع ایجاب ضرورت شرعی پایبندی کامل داشته و خدا را در همه حال حاضر و ناظر شئون خود بدانم."

مشاغلی که خود را به جامعه به صورت خدمتگزار و برآورنده بخشی از خدمات اساسی اجتماعی معرفی می کنند، حرفه (profession) نام دارند .طبابت، قضـاوت و تعلیم و تربیت مثال هایی بارز از حرفه هستند.

اصول پروفشنالیسم پزشکی(حرفه ای گری)

اصول پروفشنالیسم پزشکی (حرفه ای گری) ، پایبندی به تعهدات بر شمرده است که اعضا جامعه پز شکی (اع‌ضا هیئت علمی، دان‌شجویان و د ستیاران) باید نگرش آن را در عمل و رفتار نشان دهند:

۱. نوع دوستی(Altruism)
۲. تعالی شغلی(Excellence)
۳. وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری (Duty & Responsibility)
۴. شرافت و درستکاری(Honor and Integrity)
۵. احترام به دیگران(Respect for others)
۶. عدالت (Justice)

۱- نوع دوستی(Altruism):

پزشک موظف است در پی بهترین منافع بیماران باشد نه منفعت خود

مصادیق:

- ✓ ارجحیت دادن منافع بیمار بر منافع خود (منافع و مصالح بیمار را محور تصمیمات پزشکی می داند و آن را بر امور و منافع شخصی خود ترجیح می دهد.
- ✓ توجه نشان دادن به خواسته های بیمار، دلسوزانه گوش دادن به نگرانی های وی
- ✓ صرف وقت و حوصله برای توضیح اطلاعات به بیمار و آرامش بخشیدن به بیمار ناخوش
- ✓ داوطلب شــدن برای انجام کار فرد دیگری که نمی تواند کارش را انجام دهد و مشــارکت در سازمان های حرفه ای محلی و ملی
- ✓ قرار دادن دانش و مهارت های خود در اختیار فراگیران، همکاران و سایر اعضای تیم
- ✓ رفتار حمایتی و سازنده به جای رقابت مخرب
- ✓ در صورت ناتوانی مالی بیمار، از ارائهٔ خدمات حیاتی به وی امتناع نمی کند.

- ✓ در صورت نیاز فوری جامعه به خدمات پزشکی در هنگام بروز سوانح و حوادث، با حداکثر توان خود همکاری می کند.

۲- تعالی شغلی (Excellence):

پزشک متعهد به یادگیری علم و مهارت پزشکی در تمام طول زندگی حرفه ایش است.

پیامبر اکرم (ص) در لزوم تبحر و تعالی شغلی پزشکان می فرمایند:

"من تطبب و لا یعلم منه طب، فهو ضامن."

کسی که بدون اطلاع کافی از علم طب طبابت کند، ضامن است.

پزشک به صرف تحصیلات و گرفتن مدرک نمی تواند اکتفا کند بلکه باید با جدیت درس بخواند و بعد از اشتغال به طبابت همواره در حال مطالعه کتب و مجلات پزشکی و تکمیل معلومات باشد.

مصادیق:

- ✓ احساس مسؤولیت برای بازآموزی خود و شرکت در راندها، سمینارها و سایر فعالیت های آموزشی دارد.
- ✓ در تمام طول عمر حرفه ای از یادگیری و ارتقاء معنوی، علمی و عملی خود دریغ ننموده و فرصت کافی به این امر اختصاص میدهد.
- ✓ ارزیابی سلامتی جسمی، روحی و معنوی خود و تنظیم شیوه زندگی شامل عادات روزانه، تفریحات، تغذیه و رعایت.
- ✓ نگرش نقادانه به خود و توانایی تشخیص حیطه هایی از توانمندی و دانش خود که نیاز به ارتقاء دارد و کمک گرفتن از دیگران در مواردی که دانش و مهارت او کافی نیست.
- ✓ نظر همکاران و بیماران را نسبت به رفتارهای حرفه ای و توانمندی های خود جویا می شود و روی آنها تأمل کرده و به نحو سازنده ای از آنها بهره می برد.
- ✓ در بحث با همکاران، استدلال منطقی را می پذیرد و از ستیزه جویی در بحث و انتقاد مخرب و بی اساس با آنها می پرهیزد.

- ✓ به همکاران و سایر اعضای تیم ارائه دهنده خدمات سلامت، راهنمایی روشن و بازخورد به موقع داشته و از پیشنهادهای سازنده برای ارتقاء عملکرد ایشان استفاده می کند.
- ✓ خود را نسبت به ارتقاء کیفیت محیط درمانی و آموزشی مسئول می داند و علاوه بر اعلام نظرات خود در جهت ارتقاء کیفیت، با سیستم های نظارتی، ارزشیابی و اعتبار بخشی، همکاری مؤثر دارد.
- ✓ شناختن محدودیت های خود و کمک گرفتن از دیگران در مواردی که دانش و مهارت او کافی نیست.

۳-وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری(Duty & Responsibility):

پزشک باید متعهد به خدمت در حوزه حرفه خود باشد و وظایف خود را به طورکامل و به موقع انجام دهد.

پزشک در برابر دین، جامعه و همه همنوعانش، از نظر اخلاقی مسئول است و باید تا حد توان برای درمان بیماری ها بکوشد. بر اساس این احساس مسئولیت، وظایف پزشک به بهترین و کامل ترین شکل انجام می شود. حرفه پزشکی زمان مشخصی ندارد او نمی تواند از درمان مجروح تصادفی یا بیمار اورژانسی، به بهانه اینکه در زمان کاری و وقت اداری نیست، سر باز زند.

مصادیق:

- ✓ قوانین و مقررات شرعی و حرفه ای پزشکی و ضوابط دانشگاهی را رعایت می- کند.
- ✓ همیشه در ساعات موظف کار در بیمارستان نشان شناسایی اش را در محل قابل دید لباس خود نصب می کند.
- ✓ در انجام کامل و به موقع وظایف و مسئولیت های خود در مهلت مقرر، مسئولانه رفتار می کند. به ویژه در مواقع موظف و در زمان آنکال در دسترس است و به سرعت پاسخ می دهد.
- ✓ پس از اتمام نوبت کاری خود، از رها نشدن بیمار و انتقال مسئولیت مراقبت از وی به شخص واجد صلاحیت دیگر، اطمینان حاصل می کند.

- نسبت به وقت بیماران، همکاران و دانشجویان اهمیت قائل می باشد و مسئولانه عمل می کند. وظایف آموزشـــی خود را نســـبت به فراگیران، همکاران، بیماران و اعضـــای جامعه مسئولانه انجام می دهد.
- خطای پزشکی خود را صادقانه و دقیق به مرجع تعیین شده در مرکز درمانی گزارش می دهد.
- در صورت مشاهده خطای پزشکی و سوء رفتارهای حرفه ای همکار، موضوع را با وی مطرح می سازد و به او در کنترل آسیب وارد شده و اظهار خطا به بیمار و یا مرجع ذی صلاح کمک میکند.به منظور جلوگیری از آسیب به بیمار و کمک به همکار، اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان ها، اختلالات روانی و ناتوانی های همکاران که مخلّ انجام وظایف محوله آن ها باشد را در مورد پزشکان و فراگیران پزشکی به دانشکدهٔپزشکی و درخصوص پرسنل به مرجع ذی صلاح در مرکز درمانی مربوطه، گزارش می کند.
- در صورت بروز بیماری یا ناتوانی جسمی و روانی و مشکلات شخصی که در طبابت وی اختلال ایجاد می کند یا بیمار را در معرض خطر قرار می دهد، درخواست کمک خواهد کرد و طبق ضوابط، مسئول ذیربط را مطلع می گرداند.
- گزارش دقیق و کامل مراقبت هایی که برای بیمار انجام می دهد.
- انجام وظائف محوله به طور کامل و به موقع ، پاسخ به نامه ها، احضارها، تلفن ها و ایمیل ها به نحوی که سر وقت و به موقع باشد.
- اطلاع به دیگران در زمانی که برای انجام وظیفه نمی تواند حاضر شود و اطمینان از وجود جایگزینی برای خود
- تکمیل مراقبت بیماران قبل از مرخص کردن آن ها و از ارائه اطلاعات لازم برای ادامه مراقبت از آنها پس از ترخیص اطمینان حاصل می نماید.
- اظهار وجود تعارض منافع به تیم یا سرپرست و مشارکت در فعالیت های خود نظارتی

۴- شرافت و درستکاری (Honor and Integrity):

- پزشکان باید متعهد به رعایت انصاف، صداقت و درستی در تعاملاتشان با بیماران و حرفه خود باشند.

مصادیق:

- ✓ رفتار مناسب شأن پزشکی چه در رفتار، چه صحبت و چه در نحوه لباس پوشیدن و آراستگی
- ✓ رفتار صادقانه، راستگویی، انصاف و خوش قول بودن
- ✓ در کردار، گفتار و نوشتار نظیر گواهی ها، گزارش ها، تکالیف صداقت و امانت-داری را رعایت می کند.
- ✓ صداقت با بیماران و اجتناب از بزرگنمایی توانمندی های خود، ضمن معرفی نام و جایگاه حرفه ای خود، از بزرگنمایی یا کوچکنمایی جایگاه خود نزد مراجعین پرهیز می کند.
- ✓ انجام اخلاقی و گزارش صادقانه پژوهش و قدردانی مناسب از مشارکت دیگران در انتشار اثر پژوهشی و اجتناب از دزدی تالیفات و اجتناب از استفاده از شیوه- های غیر منصفانه برای ارتقاء جایگاه آکادمیک خود
- ✓ اگر از توانایی و مهارت لازم برای انجام مراقبت های بیمار برخوردار نیست، از همکاران خود کمک می گیرد و بیمار را نیز از این موضوع آگاه می سازد.
- ✓ خارج از مهارت علمی و عملی خود اطلاعاتی ارائه نمی کند و اگر از او این گونه اطلاعات خواسته شد، آنان را به منابع یا اشخاص خبره راهنمایی می کند.
- ✓ پذیرفتن مسئولیت کار خود در صورت بروز خطای پزشکی، ضمن پذیرش مسئولیت، خود را متعهد به پاسخگویی به بیمار و مقامات مسئول دانسته و در جهت اصلاح آثار آن اقدام می کند. همچنین تجربیات خود را در این زمینه همکارانش انتقال می دهد.
- ✓ از اختیارات و امکانات نظام سلامت سوء استفاده نمی کند.
- ✓ در ارجاع بیمار، تنها منافع او را در نظر می گیرد و هیچگاه بیماری را به خاطر منافع شخصی از مرکز دانشگاهی به مراکز درمانی دیگر نمی فرستد.
- ✓ در معرفی آزمایشگاه، داروخانه، مراکز تشخیصی درمانی و یا تجهیزات پزشکی به بیمار، تنها مصالح بیمار را در نظر می گیرد و در صورت وجود تعارض منافع، آن را اظهار می کند.
- ✓ از پذیرش هدایای غیر متعارف صنایع و شرکت های دارویی و تجهیزات پزشکی و بیماران که منجر به تعارض منافع می شود، خودداری می کند.

- ✓ علی رغم خستگی، فشارهای شغلی و مشکلات شخصی، صبوری می نماید و آرامش خود را در مواجهه با بیمار، همراهان وی و همکاران حفظ می کند از هرگونه مشاجره لفظی و برخورد فیزیکی اجتناب می کند. در مواقع مواجهه با خشونت های خدمت گیرندگان جهت رفع خطر و ممانعت از ورود آسیب به خود و دیگران مورد را به انتظامات اطلاع می دهد.
- ✓ الکل، مواد مخدر و روان گردان مصرف نمی کند و از استعمال دخانیات در محیط های بالینی و آموزشی پرهیز می نماید.
- ✓ شأن حرفه پزشکی و دانشگاه را در پوشش و رفتار خود در محیط های بالینی و دانشگاهی رعایت می کند. در این راستا خود را ملزم به رعایت ضوابط مربوطه می داند و از هرگونه رفتار مخالف ضوابط شرعی پرهیز نماید.
- ✓ از جایگاه خود به عنوان درمانگر برای بهره جویی جنسی، اقتصادی و اداری از بیمار و همراهانش استفاده نمی کند.
- ✓ معاینات حساس بیمار غیر همجنس را حتی المقدور و با جلب رضایت بیمار در حضور پرسنل همجنس یا همراه بیمار انجام می دهد. در صورتی که انجام این معاینه توسط همکار همجنس مقدور باشد نسبت به آن اقدام و نتیجه معاینه را دریافت کند.
- ✓ از تحمیل هزینه بی مورد به بیمار یا سازمان های پرداخت کننده و اتلاف منابع نظام سلامت می پرهیزد
- ✓ در آزمون ها، ارزشیابی ها، شرکت در برنامه های آموزشی (از جمله کشیک و آن کالی) و سایر مسئولیت های آموزشی و بالینی درستکاری را رعایت می کند
- ✓ مراقبت از بیمار را فدای یادگیری، آموزش و پژوهش نمی کند و برای آموزش و پژوهش هیچگاه فردی را در موقعیتی که برای او خطر غیرقابل قبول دارد، قرار نمی دهد و اقدام یا هزینه بی مورد به بیمار تحمیل نمی کند.
- ✓ از تحمیل اموری که ارزش مراقبتی و آموزشی ندارد، به فراگیران اجتناب می- کند.
- ✓ از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش ها رضایت آگاهانه می گیرد و هزینه های پژوهشی را به آن ها تحمیل نمی کند.
- ✓ نتایج تحقیقات و طرح های خود را صادقانه و با دقت گزارش می کند.

- ✓ در مواجهه با تبلیغات صنایع و شرکت های دارویی و تجهیزات پز شکی، با رعایت منزلت و جایگاه حرفه پزشکی فقط به منافع بیماران توجه می نماید و منافع شخصی خود را دنبال نمی کند.

۵- احترام به دیگران (Respect for others):

پزشک موظف به احترام گذاشتن به بیماران و خانواده آن ها، سایر پزشکان و سایر اعضاء تیم، دانشجویان و دستیاران و می باشد.

مصادیق:

- ✓ **ا**حترام و حفظ شأن انسانی بیماران و خانواده ایشان چه در حضورآن ها و چه در غیاب ایشان در بحث با سایر اعضاء تیم
- ✓ هنگام صحبت با همکاران درباره بیماران، به رعایت و حفظ شأن و کرامت انسانی بیمار، حتی در غیاب وی توجه دارد.
- ✓ احترام به حق اســتقلال فردی بیمار از طریق ارائه اطلاعات لازم به نحو قابل فهم در مورد انتخاب های درمانی ، آموز شی یا پژوه شی و م شاوره به ای شان یا در مواردی که بیمار فاقد ظرفیت تصمیم گیری است به فرد تصمیم گیرنده جایگزین قانونی
- ✓ در صـورت درخواسـت بیمار برای دریافت نظر پزشـکان دیگر، این حق را برای بیمار محترم شمرده و فرآیند اجرای این مشاوره را تسهیل می نماید.
- ✓ با بیمار و خانواده او با احترام و همدلی و حفظ کرامت انســانی رفتار می کند و در صــحبت درخصــوص بیماری و مرگ، ملاحظات و حســاســیت های مربوطه را در عین حقیقت گویی رعایت می کند.
- ✓ به نقش و مهارت سایر همکاران، اعم از پزشک یا سایر حرفه ها در مراقبت از بیمار احترام می گذارد و ارتباط مؤثر و محترمانه ای با آنها برقرار می سازد و در حضور بیماران و همراهان، از تصمیمات سایر همکاران انتقاد نمی کند صرفاً در صورت درخوا ست بیمار، بدون قضاوت در مورد عملکرد همکاران، راه های قانونی پیگیری را معرفی می نماید.

- ✓ معرفی خود و اعضـای تیم به بیمار و خانواده اش و مورد خطاب قرار دادن بیمار به شـکلی مناسب
- ✓ احترام به حق ا ستقلال فردی بیمار از طریق ارائه اطلاعات در مو رد انتخاب های درمانی به ایشان یا قیم آنها
- ✓ ارائه مشاوره به خانواده یا قیم قانونی بیمار هنگامی که وی فاقد اهلیت تصمیم- گیری باشد.
- ✓ احترام گذا شتن به رازداری و حریم خصو صی بیمار، از مطرح ساختن اطلاعات هویتی بیمار، به گونه ای که موجب نقض تعهد رازداری شـود، پرهیز می کند. جز در مواردی که قانون تصریح کرده است، اطلاعات بیمار را در اختیار افراد خارج از تیم مراقبت او قرار نمی دهد.
- ✓ فقط در مواقع ضروری که مرتبط با امور سلامت بیمار است و در حد ضرورت به جستجوی اطلاعات شخصی بیماران می پردازد.
- ✓ ارتباط خوب و مناسبی با اساتید در محیط آموزشی دارد، نسبت به معلمان و افراد باسابقه تر از خود، با احترام و حق شناسی رفتار می کند.
- ✓ به باورها و عقاید بیمار از هر قومیت، مذهب و فرهنگی احترام می گذارد.
- ✓ برای اجساد بیماران، پس از مرگشان و اجسادی که برای تشریح و یادگیری استفاده می شود، احترام قائل است.

۶-عدالت (Justice) :

- ✓ پزشک موظف به تسهیل ارائه عادلانه خدمات و رفع تبعیض در ارائه خدمات است .

مصادیق:

- ✓ در امر درمان و آموزش و پژوهش، از هرگونه تبعیض برا ساس سن، جنسیت، سواد، ملیت، قومیت، نژاد، زبان، اعتقادات، پیشینه کیفری و وضعیت اقتصادی اجتماعی اجتناب می نماید.
- ✓ در ارزیابی و آموزش سطوح مختلف فراگیران، همکاران و سایر کارکنان، عدالت را رعایت می نماید و در حل اختلافات با رعایت شأن و کرامت انسانی تمام افراد درگیر تلاش می کند.

- ✓ در مراقبت از گروه های آسیب پذیر (نظیر افراد کم توان ذهنی یا جسمی، کودک، اشخاص با اختلال هوشـیاری، بیمار روانی و ...) همانند سـایر بیماران، به کیفیت و جامعیت خدمات و احترام به حقوق و شأن بیمار توجه مناسب نشان می دهد.
- ✓ به افراد مبتلا به بیماری های خاصـی که انگ اجتماعی محسـوب می شـوند یا خطر انتقال دارند، با رعایت ضوابط و اصول ایمنی همانند سایر بیماران، خدمت رسانی می کند.
- ✓ توزیع عادلانه منابع مراقبت سلامتی و طبابت بر مبنای هزینه اثر بخشی

✓

منابع:

۱. اطهر م، معارفی غ. پروف شنالیـسم پز شکی، آموزه های ا سلامی. ف صلنامه اخلاق پز شکی، ۱۳۹۳: ۷(۲۸)

۲. اطهر م ، مرتاض س. ویژگی های یک پز شک خوب از دیدگاه بیماران، ف صلنامه اخلاق در علوم فناوری، ۱۳۹۳:۶۶۱ ; ۹

۳. گروه اخلاق پز شکی. راهنمای رفتار حرفه ای جامعه پز شکی .دان شگاه علوم پز شکی تهران. ۱۳۹۳: بازیابی در۵۵ ۲۵, ۱۳۹۵

۴. http://medicine.tums.ac.ir/uploads/portals/575/SharedFiles/raftr.pdf

۵. لاریجانی ب، پزشک و ملاحظات اخلاقی (دو جلد)، چاپ اول، تهران: نشر برای فردا، ۱۳۸۲.

۶. فرهانچی ا، رحیمی. اخلاق حرفه ای: حرفه ای گری در پز شکی. سایت انجمن ایرانی اخلاق در علوم و فناوری.۱۳۹۳بازیابی در۱۳۹۵ .

۷. امیری ع، همتی ن. اخلاق حرفه ای؛ ضـرورتی برای سـازمان ".معرفت اخلاقی. ۴(۱): -۱۳۷ .۱۶۰

۸. معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشــت، درمان و آموزش پزشــکی، اخلاق پزشــکی به انضــمام مختصری از تاریخ پزشکی. هران: چاپ سپهر، ۱۳۷۰

۹. آرا سته ح، جاهد ح . رعایت اخلاق در دان شگاه ها و مراکز آموزش عالی: گزینه ای برای بهبود رفتارها. ۱۳۹۱: ۲ : ۳۱-۴۰

۱۰. -Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, Retrieved 4 23, 2016

۱۱. www. abimfoundation.org

۱۲. Medical professionalism in the new millennium. A physician’s charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and

۱۳. the European Federa�on of Internal Medicine. (Ann Int Med 2002; 136: ۲۴۳-۶

14.Good Medical Practice (1995, General Medical Council. Retrieved 4 23, 2016, from www.gmcuk. org/good_medical_practice_oct_1995.pdf_25416576.pdf

15. Hashemi A, Mirzazadeh A, Shirazi M, Asghari F. Design of formative assessment model for professional behavior using stages of change theory. Med J Islam Repub Iran ,2016:30:411

فصل سوم

آشنایی با نقش حرفه پزشکی در جامعه و نظام سلامت

دکتر یداله بهرامی، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. آشنایی با ویژگی های پزشکی عمومی/ پزشکی خانواده از جنبه نقش آن در جامعه و نظام سلامت

۲. آشنایی با پنج خصوصیت عمده ی یک پزشک پنج ستاره

۳. آشنایی با نقش های یک پزشک در جامعه

مقدمه

طبابت واقعی زمانی امکان پذیر ا ست که پز شک مهارت های لازم را در ارتباط با بیمار، مردم و جامعه آموخته و با اخلاق اجتماعی، آداب و رسـوم، سـنت و فرهنگ جامعه خود آشـنا باشـد. ارتباط پزشک با بیمار باید به گونه ای باشد که بیمار به ادامه مراقبت های پزشکی تشویق شود. ارتباط صـحیح بین پزشـک و بیمار و ایجاد جو مناسـب عاطفی در ارتباط آنان باعث انگیزش بیمار در را ستای پیروی از د ستورات پز شکی در فرآیند درمان و تغییر رفتار بیمار جهت نتیجه بهتر می شود.(۱)

خصوصیات پزشک عمومی/پزشک خانواده:

معمولاً نقطه اولین تماس بیمار با تشکیلات، پزشک خانواده بوده که دسترسی باز و نامحدودی برای استفاده کننده فراهم می سازد و صرف نظر از سن، جنسیت و یا هر ویژگی خاص دیگر، با تمام مسائل پز شکی مربوط سروکار دارد. در ابتدا پز شک عمومی مرجع ا صلی و ا سا سی ا ست. بـ سته به نیاز و خوا ست بیماران، پز شک خانواده زمینه و سیعی از فعالیت ها را در بر می گیرد. این چ شم انداز موجب گ سترش ابعاد این ر شته و ر شد فر صت ا ستفاده از آن در حل و ف صل مسائل فردی و منطقه ای (جامعه ای) می شود.

با بهره گیری از مراقبت هماهنگ موجب استفاده بهینه از منابع می شود و ضمن همکاری با دیگر حرفه ها در صحنه های اولیه مراقبت، در مدیریت هماهنگ سازی تخ صص‌های مختلف، در هنگام لزوم برای بیمار نقش حامی را ایفا می کند. تعیین ترکیب ارائه دهندگان خدمات مراقبتی، توزیع مناسـب اطلاعات و ترتیب مداوا، نیاز به هماهنگ کننده دارد. در صـورتی که شرایط ساختاری اجازه دهد پزشک عمومی قادر به ایفای این نقش محوری خواهد بود.

ایجاد یک سـیسـتم کارگروهی حول بیمار و اسـتفاده از تمام پزشـکان حرفه ای به بهبود کیفیت مراقبت کمک خواهد کرد. رشـته پزشـکی عمومی با مدیریت امور، هماهنگی بین تخ صص ها و د ستر سی منا سب بیماران نیازمند به خدمات ثانویه و با فن آوری بالا را ت ضمین می کند. یکی از نقش های کلیدی این رشـته، ایجاد چتر حمایتی و جانب داری از بیمار به

نحوی است که او را از آسیب های ناشی از غربال ها و آزمایش ها و درمان های غیرضروری حفظ کرده و در میان پیچیدگی های نظام ارائه خدمات سلامت هدایت می کند.

پزشک خانواده با انسان ها و مشکلات آن ها در متن شرایط زندگی و نه با موارد و آسیب شناسی غیرشخصی سروکار دارد. نقطه شروع فرآیند خود بیمار است. فهمیدنِ طرز کنار آمدن بیماران با بیماری و رنجی که از بیماری می کشند به اندازه پرداختن به فرآیند خود بیماری مهم است. نکته مهم ارتباط فرد با باورها، ترس ها، انتظارات و احتیاجات خود می باشد.

پزشکان خانواده در بخش وسیعی از زندگی بیماران خود حضور داشته و آنها را در برابر رخدادهای فراوانی مراقبت می کنند. آنان مسئول تضمین وجود مراقبت های پزشکی در ۲۴ ساعت شبانه روز می باشند و هنگامی که در شرایط خاص شخصاً قادر به فراهم کردن این شرایط نباشند مسئول هماهنگی و مدیریت مراقبت ها هستند. اغلب بعد از اطمینان از عدم وجود بیماری، وظیفه پزشک خانواده اطمینان دادن به کسی است که درباره بیماری اضطراب دارد.

با مداخله مناسب و مؤثر موجب ارتقاء سلامتی و تندرستی می شود. این مداخله می-بایست در زمان و امکان مناسب و بطور مؤثر صورت گرفته و مبتنی بر شواهد صحیح و معتبر باشد. مداخله غیرضروری می تواند موجب صدمه زدن به سلامت بیمار و هدر رفتن منابع با ارزش سلامتی شود.

مسئولیت خاصی در قبال سلامتی جامعه دارد. این رشته هم در رابطه با مسائل سلامتی پزشکی در سطح فرد و هم سطح جامعه مسئولیت دارد. بعضی وقت ها، این موضوع تنش‌هایی در پی داشته و تضاد منافع ایجاد می کنند که می بایست به طرز مناسبی کنترل گردد. با مسائل سلامتی پزشکی در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی آنها برخورد می کنند.

متخصصان پزشکی خانواده به افراد، در چهارچوب خانواده، جامعه و فرهنگایشان خدمت رسانی کرده و همیشه استقلال بیمار خود را محترم می شمارند. این پزشکان پذیرفته اندکه نسبت به جامعه خود مسئولیت حرفه ای دارند. از جمله توانمندی های اساسی پزشک خانواده

تلفیق احتیاجات پز شکی سلامتی فرد بیمار با احتیاجات پز شکی سلامتی جامعه، در تعادل با منابع قابل دسترس می باشد.

Gay مدل نظری پز شکی عمومی را به عنوان مدلی جهانی پیشنهاد کرد که در آن با تفکری باز بیماری را به صورت نتیجه بشری و عوامل محیطی می بیند. در این مدل کلی‌نگر، سلامت چهارچوب پیچیده ای شبیه به مدل روان اجتماعی Engel است.

Pereire- Gray بیشتر بر تداوم و صرف زمان و استفاده از مشاوره ی پز شک عمومی با بیمار تأکید دارد. به زعم او شهروندان بریتانیا به طور متوسط در سال پنج بار و هر بار به مدت ۴۷ دقیقه به مشاوره با پزشک عمومی می پردازند. در اینجا، مفهوم خود مختاری بیمار و نقش پزشک خانواده به عنوان کارشناسی که به بیمار در تغییر رفتار کمک می کند مطرح می شود.

Mcwhinney روی مدل عضوی فرآیند زیست شناسی (بیولوژیکی) تأکید می کند. به این ترتیب که یک موجود زنده بسته به سابقه، زمینه و محیط زندگی خود، به طور ویژه ای رفتار می کند. براساس این مدل، پزشک عمومی باید با جستجوی پیچیدگی و پذیرش ابهامات تمام اصول بالینی و پز شکی عمومی را به کار برده و در بالاترین سطح پیچیدگی و ابهام عمل کند. وی در نطقی بر تعدادی از موضوع هایی که قبلاً بحث شد، بر روابط، منشأ فردی و ارتباط دوگانه بین تفکر و بدن (فیزیکال روانشناسی و اجتماعی) تأکید ورزید.

در دوره های آموزشی از پزشک خانواده انتظار می رود که مهارت های خود در قبال مصرف کنندگان و مجریان را با استمرار یادگیری طی زندگی و حفظ کیفیت ارتقاء ببخشد. در بعضی از سیستم های مراقبتی سلامتی این موضوع به گذراندن دوره های اجباری برای اعمال تغییرات اجتماعی در دیدگاه مصرف کننده منجر می شود و براین اساس پز شک عمومی باید برای پاسخ به این تغییرات از انعطاف لازم برخوردار باشد.

این انعطاف شامل تمامی تغییرات سریع در زمینه بیومدیکالی است که برای پز شک عمومی بالینی در طی دوران مدیریت بیماری ممکن است اتفاق بیافتد. افزایش تعداد مسافرت ها و مهاجرت می تواند سبب تغییرات سریعی در توزیع سلامت و بیماری شود. این موضوع سبب ایجاد رقابت های جدید در پز شک عمومی و تغییری در علم همه‌گیر شناسی پز شکی عمومی

شده ا ست. پز شک خانواده باید فهم و سیعی از فرهنگ، اخلاق و تفاوت های دینی و تأثیراتش روی بیماری و سلامت و دلالت آنها برای درمان داشته باشد.

در ارتباط با مدیریت منابع هم این نقش در حال پر رنگ تر شدن است. با افزایش هزینه‌های مراقبت های ســـلامتی پزشـــکی عمومی بالینی، پزشـــک در تعامل با بیمار خود در موقعیت منحصربه فردی قرار می گیرد که باید اولویت های مراقبت سلامتی و تخصیص منابع را تعیین کند. به علاوه، پزشـک خانواده باید از نقش خود در افزایش کارآمدی هزینه نه فقط در رابطه با بیمار خود بلکه در همکاران آگاه شود که این امر گاه موجب تضاد بین خواسته ها و احتیاجات فرد بیمار و احتیاجات جامعه اســت و بنابراین پزشــک ضــمن آگاهی از تمامی احتیاجات باید بتواند برخورد متعادل و مناسبی در ارتباط با بیمار داشته باشد.

از جمله ویژگی های نظام پز شک عمومی/ پز شک خانواده در تعریف اروپایی سال ۲۰۰۲ در خصوص نقش حرفه پزشکی در جامعه و نظام سلامت می توان موارد زیر را نام برد:

- با اعمال هماهنگی های لازم، همکاری با دیگر حرفه ها در موقعیت های مراقبتی اولیه، مدیریت تخصــص ها و ایفای نقش حامی برای بیماری که نیاز دارد، اســـتفاده کارآمد از منابع مراقبتی سلامتی را میسر می سازد.
- با محوریت فردی، خانوادگی و اجتماعاتی روش مردم محوری را ارتقا می دهد.
- در شیوع و بروز بیماری در جامعه، حق تصمیم گیری دارد.
- به وسیله مداخله مناسب و کارآمد سلامت را ارتقا می دهد.
- مسئولیت ویژه ای در قبال سلامت جامعه دارد.
- با مشـــکلات ســـلامت در موارد فیزیکال، روانی، اجتماعی، فرهنگی و ابعاد وجودی سروکار دارد.

پزشـــکی عمومی/ پزشـــکی خانواده ضـــمن محترم برشـــمردن اختیارات بیمار، از فرد در زمینه خانوادگی، اجتماعی، و فرهنگی مراقبت می کند. او خواسته های بیمار خود را می شناسد و در قبال اجتماع، مســـئولیت حرفه ای دارد. همچنین طی گفتگو با بیمار با جلب اعتماد از طریق تکرار تماس، به کمک دانش خود اطلاعات فیزیکال، روانی، اجتماعی، فرهنگی و عوامل وجودی وی را کسب می کند. پز شک عمومی/ پز شک خانواده، نقش حرفه ای خود را با ارتقاء سلامت،

پیشـــگیری از بیماری و ارائه درمان، مراقبت و یا تســـکین درد ایفا می کند. این امر یا به طور مســـتقیم یا با بهره گیری از خدماتی انجام می شـــود که دیگر تخصـــص‌ها بر اســـاس احتیاجات سلامت و منابع قابل دسترس در اجتماع عرضه می کنند. پزشک خانواده باید از این مسئولیت در راه حفظ و ارتقای مهارت های خود، تعاملات فردی و ارزش های بنیادین کارآمدی در امر مراقبت سلامتی استفاده کند.

پزشکی عمومی مبتنی بر نوعی نظام بالینی است که در مقایسه با سایر رشته ها، بیش از هر چیز به تفاوت های اجتماعی وابسته می باشد. پزشک عمومی واسطه ای بین جامعه و سیستم پزشکی است.

از جمله توانایی هایی که هر متخصـــص پزشـــک خانواده باید بر آن تســـلط یابد جهت یابی اجتماعی می باشد که شامل توانایی زیر می شود:

" انطباق و ایجاد تعادل بین نیازهای سلامت فرد بیمار و جامعه با منابع در دسترس"

تعریف WONCA در سال ۱۹۹۱:

پزشک عمومی یا پزشک خانواده پزشکی هست که به طور اولیه مسئول فراهم کردن مراقبت و سیع برای هر فرد طالب مراقبت پز شکی ا ست و برای افراد دیگر هم سلامت مورد نیاز را در مواقع ضـــروری تأمین کند. عملکرد پزشـــکی عمومی/ پزشـــک خانواده دارای جنبه-ای عمومی است که نیازهای هر فرد در جستجوی مراقبت های سلامتی را در جایی که دیگر تأمین کننده های سلامتی دسترسی به خدمات خود را بر اساس سن، جنسیت یا تشخیص محدود می کنند، تأمین می کند.

پزشک عمومی/ پزشک خانواده صرف نظر از نژاد، دین، فرهنگ یا کلاس اجتماعی از افراد در زمینه خانواده و خانواده در زمینه جامعه مراقبت می کند. او به طور بالینی توانمندی فراهم کردن قسمت اعظم مراقبت ها را به لحاظ مسائل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و زمینه های روانی را دارد. به علاوه او مسئولیت فراهم کردن مراقبت وسیع و ادامه دار برای بیمارش را دارد. پزشک عمومی/ پزشک خانواده این نقش حرفه ای را یا به طور مستقیم از طریق انجام مراقبت یا با بهره گیری از خدمات دیگر منابع در دسترس در جامعه ایفا می کند.

به منظور ارائه خدمات سلامتی باید مدلی مطلوب در جهت هماهنگی تمام داده های موجود برای دست یابی به ارزش های اصلی یعنی اولویت گذاری، کیفیت مناسب، مقرون به صرفه بودن و عدالت در سلامت وجود دا شته با شد . برای مقابله با تق سیم بندی ها و مرزبندی های شکل گرفته در ارائه ی خدمات سلامت، باید از افکار خلاق و تلاش های بی شائبه بهره جست. عمده ی این تقسیم بندی ها در ۳ بخش است:

اول جداسازی سلامت و خدمات فردی از اجتماعی یا به عبارتی جداسازی سلامت عمومی از پزشکی

دوم تفکیک پزشکان عمومی از متخصصان

سوم جدا سازی بخش سلامت از سایر بخش های مؤثر بر نظام سلامت. اولویت باید در جهت هماهنگی خدمات و فعالیت ها برای دستیابی به سلامت افراد و جوامع و نیز انجام پژوهش های مناسب برای طراحی برنامه های موثر باشد که به این منظور باید هر دو دسته فعالیت به صورت هماهنگ، قابل قبول و مقرون به صرفه انجام شود.

پنج خصوصیت عمده ی یک پزشک پنج ستاره شامل موارد زیر است:

- **ارائه دهنده خدمات سلامت:** در کنار درمان های فردی، پزشک پنج ستاره باید آثار مسائل جسمی، روانی و اجتماعی بر بیمار را در نظر بگیرد و متوجه باشد که در هر درمان، دوره ای کامل باید به صورت مستمر و مفید انجام شود تا مطمئن شویم که این درمان در نوع خود بهترین راه حل است.
- **تصمیم گیرنده :** در فضایی مشخص و شفاف، پزشک باید باتوجه به راه حل های موجود ت صمیمی موثر و مقرون به صرفه بگیرد. از طرفی محدودیت منابع موجود سلامت ممکن است به نحوی باشد که امکان بهینه سازی منافع برای همه ی افراد جامعه را میسر نسازد.
- **برقرار کننده ارتباط:** شاخص های نحوه ی زندگی مانند رژیم غذایی متعادل، ایمنی در کار، فر صت تفریح منا سب، توجه به محیط زی ست و دیگر عوامل نقش مهمی بر سلامت دارند . مداخله ی افراد در حفظ و اعاده ی سلامت فردی نقشی حیاتی دارد چرا که مواجهه

با خطرات بیماری به طور عمده با رفتارهای شـخص مرتبط اسـت. بنابراین پزشـکان آینده باید افراد، خانواده ها و حتی جوامع را از نقش خویش در ایجاد زندگی سـالم آگاه کرده و آنها را در فعالیت های مرتبط با سلامت مشارکت دهند.

- **راهبر جامعه:** مشکلات و نیازهای افراد جامعه را نباید فراموش کرد . با توجه به آثار دائمی شـرایط فیزیکی و اجتماعی روی شـاخص های سـلامت، پزشـک پنج سـتاره باید در کنار درمان افراد نیازمند نقش عمده ای در فعالیت های اجتماعی مرتبط با سـلامت ایفا کند تا گروه های بیشتری از این فعالیت سود ببرند.
- **مدیر:** پزشک پنج ستاره باید مهارت های مدیریتی داشته باشد. این مهارت ها آنها را قادر می سازد تا شرایط را به نحوی اداره کنند که بهترین تصمیم گرفته شود و از طرفی عناصر تیم با وظایف مشـابه چنان هماهنگ کار کنند که زمینه پیشـرفت اجتماعی و سـلامتی فراهم آید. هرچند خ صو صیات و صفی فوق برای هر ع ضو نظام سلامت لازم ا ست، ولی پزشک خانواده ای با این خصوصیت در راه رسیدن به اهداف تعیین شده، بسیار مؤثر عمل می کند و جالب است بدانیم که تعداد پزشکانی که در پیشگیری اولیه نقش مهمی دارند و در تصـمیم گیری براسـاس معیارهای کیفیت و مقرون به صـرفه بودن، دارای دقت بالایی هستند، رو به افزایش است.

شکل گیری چنین پز شکانی در آینده (پز شک پنج ستاره) یک فر صت عملی برای مراقبت های سلامتی خدمات پزشکی و تربیت پزشک مشتاق به کار فراهم می کند که هدف عمده آن سلامت همگانی است.

دست یابی و تربیت پزشکان پنج ستاره به عنوان هدف WONCA و WHO در سال ۱۹۹۴، در مجمع سـال طرح شـد و قرار شـد تا پزشـک خانواده نقش اصـلی در دسـت یابی به اولویت گذاری، کیفیت منا سب، مقرون به صرفه بودن و عدالت برای همه را در سی ستم سلامت ایفا کند.

نقش های متفاوت یک پزشک:

این نقش ها به گونه ای نیســت که تنها مرتبط به یک فرد باشــد، بلکه هر فرد قســمتی از یک نقش را به عهده می گیرد. پز شک عمومی جزئی از نظام سلامت ا ست که از هر نقش تعدادی وظیفه به عهده می گیرد. دیگر اجزای نظام ســلامت ســایر وظیفه ها را به عهده می گیرند که زیر مجموعه ای از نقش های کلان است.

این وظایف باید به گونه ای تقسیم شود که هیچ وظیفه ای بدون آن که کسی برای انجام آن وجود داشــته باشــد باقی نماند (service gap)، همین طور بین وظایف اجزاء ســیســتم هم پوشانی (task overlap) وجود نداشته باشد، البته شاید این مسئله به طور عینی حادث نشود اما وظیفه ما این است که به این شرایط نزدیک شویم.

نقش های مربوط به ارائه خدمات به طور خاص در سطح جامعه:

- **دســتیار اجتماع (Social Assistant)** : برای اجرای این نقش باید بتوانیم به هر فردی که به ما مراجعه می کند به عنوان عضوی از یک جامعه بنگریم تا بتوانیم دلایل اجتماعی بیماری او را بیابیم و در پی حل آن براییم. البته این نقش، نقش اصــلی مددکاران اجتماعی و نقش فرعی پز شکان خانواده ا ست. این نقش در سطح فرد پیاده می شد، حال به برر سی نقش هایی که مربوط به اجتماع می شود می پردازیم.
- **کنترل عوامل خطرزای سلامت (Health Risk Manager)**: این نقش نیازمند بررسی سطح عوامل خطر در جامعه و انجام مداخلات مؤثر در سطح جامعه است. به عنوان مثال ابتکار عمل به خرج دهیم تا سطح سواد سلامت مردم را بالا ببریم. یعنی مردم بتوانند در صورت بروز مشکل تا حدی خود آن را برطرف کنند (self care) یا حتی ایجاد کمیته هایی که دارای طرح هایی برای تغییر رفتار مردم در جهت زندگی بهتر باشند. این مداخلات برای کاهش سطح عوامل خطرزای سلامت، اگر در سطح جامعه اجرا شود مسلما تأثیر بیشتری خواهد داشت تا در سطح فرد. برای اجرای این نقش بهتر ا ست پز شک با افراد ذی نفع (غیر پز شک) در سی ستم سـلامت آشـنا شـود. این نقش، نقش اصـلی گروه زیادی از جمله پزشـک و غیر پزشـک اسـت: متخ ص صین پز شکی اجتماعی (برای اجرای مداخلات)، اپیدمیولوژی ست (برای ارزیابی سطح

عوامل خطر در جامعه)، متخصصین و فوق تخصصین مرتبط، متخصصین در امر سلامت عمومی، روان پز شکان رفتارهای اجتماعی، روانپز شکان سلامت و نقش فرعی پز شکان خانواده است.

- **رهبر اجتماعی (Social Leader)**: کنترل عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در سطح جامعه که این نقش کمتر پزشک عمومی را درگیر می کند. به عنوان مثال پزشکی که مدرسه می سازد تا سطح سواد و سلامت مردم را ارتقا دهد. این نقش، نقش اصلی دولت محلی و متولیان رفاه عمومی است (فرمانداران، شهرداری و ...) و همین طور متخصصین پزشکی اجتماعی است و نقش فرعی یک پزشک به عنوان رهبر و مسئول یک جامعه است.
- **سیاست گذار بالینی (Clinical Policy Maker)**: در این نقش برای کاهش سطح بیماری ها، سیاست گذاری می شود که شامل سیاست گذاری اجرایی و عمومی است که به آن Health Technology Assessmentگفته می شود و همین طور سیاست گذاری های بالینی که شامل تدوین(CPG (Clinical Practice Guideline ها می شود که مجموعه ای از بهترین توصیه های بالینی برای پزشکان با در نظر گرفتن شرایط بومی (اقتصادی، سیاسی، اثر بخشی داروها و...) است. این مجموعه توسط گروه بزرگی از پزشکان و محققین جمع آوری و تالیف می شود.

این نقش، نقش اصلی اپیدمیولوژیست ها، اقتصاد دان های حوزه سلامت و سیاستمداران است. این نقش می تواند نقش فرعی متخصصین و فوق تخصص ها باشد.

- **سیا ست گذاری در سطح سلامت عمومی (Public Health Policy Maker)**: این سیاست گذاری ها برای کاهش سطح عوامل خطرزای سلامت در جامعه صورت می گیرد و شامل ارزیابی عوامل خطرزا و انجام مداخلات برای کاهش آن می با شد. این نقش، نقش ا صلی متخصصین در حوزه سلامت عمومی، متخصین پزشکی اجتماعی (مداخلات) و اپیدمیولوژیست ها (ارزیابی) است و نقش فرعی متخصصین و فوق تخصصین مربوطه می باشد.
- **سیا ست گذاران اجتماعی (Social Policy Maker)**: این سیا ست گذاری ها برای رفع عوامل اجتماعی موثر در سلامت از جمله بی سوادی، فقر و ... می با شد. این نقش، نقش ا صلی

اقتصادان ها و سیاستمداران است و نقش فرعی متخصصین پزشکی اجتماعی محسوب می شود.(۲)

اهمیت اخلاق حرفه پزشکی در جامعه:

از آن جا که نیازهای افراد بشر و به ویژه بیماران گوناگون، به خدمات بهداشتی و درمانی متفاوت است و همچنین نیاز گروه های سنی مختلف نیز به این خدمات و نوع و میزان آنها متفاوت می باشد، ملاحظات اخلاقی متفاوت و بعضاً متعارضی در این حوزه مطرح می شود. اخلاق زیستی باید بتواند به این سؤال پاسخ دهد که چه بخشی از منابع نظام سلامت باید صرف رسیدگی به مشکلات افراد سالخورده شود. دین اجتماع به خدمات گذشته این افراد ایجاب می کند که بخش مهمی از منابع خدمات سلامت صرف رفع مسائل آنان شود. این امر مبتنی بر اخلاق وظیفه گرا است.

پیشرفت دانش بشری و ارتقای فناوری های نوین زیست پزشکی، طب قدیم را با تحولی عمیق مواجه ساخته است، به گونه ای که پزشکان جدید بدون اتکا به روش ها و ابزارهای نوین قادر به ادامه فعالیت حرفه ای خود نخواهند بود. لذا پزشکی جدید مسلماً نیازمند اخلاق پزشکی نوین است. پایه گذاری اخلاق پزشکی مبتنی بر چارچوب های اسلامی برای جلوگیری از نفوذ فرهنگ غرب و اخلاق زیستی و پزشکی سکولار در کشورهای اسلامی، یک ضرورت اساسی است. بنابراین اندیشمندان حوزه های مختلف با ارائه راهکارهای بنیادی و تدوین دستورالعمل های خاص برای شاغلین حرفه پزشکی، می توانند گامی مؤثر در این راه برداشته و بر مشکلات موجود فائق آیند.(۳)

فرهنگ و آموزش سلامت به بیماران:

هنگام آموزش به یک بیمار باید به این مسأله توجه کرد که فرهنگ آن بیمار در مورد چگونگی حل یک مشکل چه نظری دارد و چه راهکاری را پیشنهاد می کند ؟

یکی از مهمترین وظایف تمام افرادی که به گونه ای با سلامت افراد جامعه و بیماران سر و کار دارند، این است که در عمل نشان بدهند که با وجود تفاوت فرهنگ ها، از نظر ایشان هیچ یک از فرهنگ ها بر دیگری تفوق و برتری ندارد.

با توجه به اینکه شناخت همه فرهنگ ها برای دست اندرکاران سلامت جامعه امکان پذیر نیست، لذا بهتر است قبل از هرگونه اقدامی در ابتدا از بیمار در مورد اعتقاداتش در خصوص مسایل بهداشتی سؤال شود. به عنوان مثال یک اعتقاد در یک گروه از مردم وجود دارد با این محتوا که بدن زنان بعد از زایمان در یک وضعیت سرد قرار می گیرد و بسیار ضروری است که به منظور بازگرداندن تعادل به دمای بدن زن تازه زایمان کرده در طی یک ماه بعد از زایمان از خوردن و نوشیدن هر گونه غذا و مایعات خنک و سرد شدیداً پرهیز کند. کاملاً واضح است که هنگام رویارویی با یک زن زایمان کرده از این گروه، دانستن این باور قبل از هرگونه آموزش سلامت و یا حتی توصیه و اقدام بهداشتی بسیار مثمر ثمر خواهد بود . برای آموزش سلامت به بیماران، رعایت موارد زیر با توجه به فرهنگ بیماران ضروری است:

- از میزان تأثیر پذیری خود (باتوجه به تفاوت های فرهنگی، تبعیض، تعصب و پیش داوری های احتمالی) آگاه شوید و آنها را به حداقل برسانید.
- در مورد ارزش های فرهنگی گروهی که با آنها سر وکار دارید و بیمارانی که معمولا برای درمان بیماری هایشان به شما مراجعه می کنند، تحقیق کنید.
- هر فرهنگی دارای چند ارزش اصلی است، از آن ها اطلاع کسب کنید. برای مثال، برخی افراد معتقدند که وقتی برای کسی یک سرنوشت خاص مقدر شد دیگر برای تغییر سرنوشت او نمی توان کاری انجام داد. در مقابله با چنین باور غلطی باید در امر آموزش سلامت به بیمار دقت فراوانی داشت و استراتژی خاصی را اتخاذ کرد، زیرا امکان دارد بیمار پس از ابتلا به بیماری، این مشکل و متعاقب آن ناتوانی و یا حتی مرگ را سرنوشت محتوم و تغییر ناپذیر خود محسوب کرده، هیچ اقدامی برای بازگرداندن سلامتیش انجام ندهد. آوردن مثال های متعدد از افرادی که بیماری مشابه با بیماری فرد مذکور را داشته اند و با انجام مراقبت های لازم بهبود یافته اند، می تواند مفید باشد.

- سعی کنید وقتی لازم است یک متن آموزشی و یا یک ابزار آموزشی به زبانی دیگر ترجمه شود، این امر حتما توسط شخصی که زبان هدف، زبان مادری وی است و همچنین در انجام ترجمه دارای تخصص و تجربه کافی می باشد، انجام شود.

وقتی پزشک به بیمار تنها به عنوان یک گیرنده خدمت صرف نگاه نکند و او را یکی از همکاران خود در سیستم سلامت بداند، ضرورت و لزوم برقراری ارتباط نزدیک تر و بیش تر میان ارائه دهنده و گیرنده خدمت واضح تر می شود.(۴)

منابع:

۱. خادم الحسینی ز، خادم الحسینی ما، محمودیان ف. بررسی نقش اخلاقی و رفتاری پزشک در رعایت دستورات پزشکی توسط بیمار در فرآیند درمان. دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲. کلاهی ع، سهرابی م. نقش های پزشکان در نظام سلامت. درس نامه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۱۳۸۸

۳. زالی ع. نقش اخلاق پزشکی در نظام جامع سلامت، فصلنامه اخلاق پزشکی

۴. رفیعی فر ش، احمدزاد اصل م، شریفی م. نظام جامع آموزش سلامت به بیماران در جمهوری اسلامی ایران. اداره ارتباطات و آموزش سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم، موسسه پژوهشگران بدون مرز

فصل چهارم

کار تیمی مؤثر در حوزه سلامت

دکتر مرضیه کبودی - دکتر پروین عباسی، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. درک اهمیت کار تیمی در مراقبت‌های بهداشتی
۲. یادگیری چگونگی مؤثر بودن در تیم
۳. درک این که به‌عنوان دانشـــجوی پزشـــکی، در چندین نوع تیم مراقبت از سلامت عضو خواهند بود.

مقدمه

چرا کار تیمی یکی از عناصر ضروری در تأمین ایمنی بیماران است؟

هر ساله بیش از پیش، از ارائه دهندگان خدمات سلامت، انتظـــار می‌رود با اشتباهات کمتر و امنیت بالاتری کار کنند. کار تیمی مؤثـر، به عنوان راه حلی بـرای مقابله با رشد فزاینده کمبود کارکنان و هزینه‌های آموزشـــی، پاســـخگویی به انتظارات بیماران و نیز از همه مهم‌تر کاهش خطاها، پیشنهاد شده است (۳-۱).

عواملی نظیر افزایش پیچیدگی و تخصـصـی شـدن مراقبت، افزایش بیماری‌های مزمن، کمبود نیروی کار جهانی و وضع ساعات کاری ایمن، باعث افزایش اهمیتِ کار تیمی شده‌اند. دکتر پل ام. شـایو[۱] می‌گوید: «چالش ما ... این نیســت که مراقبت‌ها را به‌صـورت تیمی ارائه دهیم یا نه؛ چالشِ ما این است که چقدر خوب از پسِ ارائه مراقبت‌های تیمی بر خواهیم آمد» (۴).

در بیمارستان‌های آموزشی، برای هر حوزه تخصصی، تیمی از پزشکان حاضر خواهند بود که همه اعضـای آن باید با یکدیگر، با پرســنل پرســتاری و مامایی، پیراپزشـکان و تیم مراقبت‌های اولیه بیمار هماهنگ باشند (۴, ۵).

احتمالاً، دانشجویان پزشکی، در سال‌های اول، به‌عنوان عضوی از تیم مراقبت‌های سلامت، در مراقبت مشارکت ندارند و معمولاً، درک کافی از نحوه ایجاد و عملکرد مؤثر تیم‌ها ندارند. در این بحث، ســعی داریم درباره کار تیمی مطالبی را ارائه کنیم و مشـــتاقانه منتظریم که شـــما در سال‌های بالاتر و به‌عنوان پزشک، مشارکت بیشتری در تیم‌ها داشته باشید (۴).

۱-آشنایی با انواع مختلف تیم‌ها در مراقبت سلامت

(۱-۱) تیم چیست؟

مفهوم کار تیمی، آن‌قدر ساده ا ست که اغلب مردم فهم آن را ب سیار عادی می‌پندارند و همین م سئله که آن‌ها با این فرض، کار تیمی انجام می‌دهند م شکل ساز ا ست چراکه آن‌ها در ا صل، کار گروهی انجام می‌دهند. می‌توان گفت تقریباً همه افراد، تجربه ح ضور در یک جل سه و ایفای

---

۱. Paul M. Schyve

نقش در آن و یا مواجهه با یک گروه جدید از همکاران و انجام کار جمعی را داشـــته اند؛ اما این‌ها صرفاً مثال‌هایی از گروه‌های کاری‌اند.

اعضای تیم به هم وابسته‌اند و این بدین معنی است که عدم فعالیت یک عضو از تیم باعث عدم انجام کار تیمی می‌شود. درواقع کار آن‌ها اثر متقابل بر یکدیگر دارد؛ اما گروه‌های کاری، گروهی از افراد هستند که با یکدیگر کار می‌کنند و از راهنمایی یک نفر بهره می‌برند و کار شخصی در آن‌ها بیشتر نمود دارد (۶).

فرهنگ لغت وبستر[۱] کار تیمی را کاری تعریف می‌کند که تعدادی همکار انجام می‌دهند و هرکدام از آن‌ها بخشی از کار را به عهده می‌گیرند (۷).کار تیمـی در مشـاغل بهداشـتی ودرمانی، فراینـدی پویـا بـوده کـه شـامل دو یـا چنـدعضو حرفه‌ای با داشـتن مهارت‌ها،تقســیم اهــداف مشـــترک و انجام فعالیت‌های هماهنـــگ در راســـتای بررســـی، برنامه‌ریزی و ارزشـــیابی مراقبـت از بیمار اسـت. ایـن امـر بـا مشـارکت بینابینـی افـراد، ارتبـــاط بـــاز و صمیم‌گیری‌های مشـــترک میســـر خواهـــد شـــد، کـــه در نهایت بـه پیامدهـای ارزش افزوده جهـت بیمـاران و سازمان مربوطه می‌انجامد (۸).

ماهیت تیم‌ها متفاوت و پیچیده اســـت. انواع تیم‌ها عبارت‌اند از: (۱) تیم‌هایی که از یک گروه حرفه‌ای تشکیل‌شده‌اند؛ (۲) تیم‌های چند حرفه‌ای؛ (۳) تیم‌هایی که در یک محل و در کنار هم کار می‌کنند؛ (۴) تیم‌هایی که در موقعیت‌های جغرافیایی مختلف مشـــغول به کارند؛ (۵) تیم‌هایی با اعضای ثابت؛ و (۶) تیم‌هایی که اعضایشان دائماً عوض می‌شوند.

تیم‌ها، صرف‌نظر از نوع و ماهیتشان، خصوصیات مشترک و معینی دارند (۴):

- اعضـــای تیم، نقش‌های مشـــخصـــی دارند و برای رســـیدن به هدفی مشـــترک با هم تعامل می‌کنند.
- تیم‌ها تصمیم‌گیری می‌کنند.
- تیم‌ها از دانش و مهارت‌های تخصصی برخوردارند و معمولاً، حجم کاری زیادی دارند.

---

[۱]. Webster dictionary

کازنباخ[1] و ا سمیت[2] در کتاب خود به نام « خرد تیم‌ها: ایجاد کار تیمی با عملکرد بالا در سازمان ها » نوشـــتند: "یک تیم به تعداد کمی از افراد (کمتر از ۱۲ نفر)، گفته می‌شـــود که دارای مهارت‌های تکمیل‌کننده یکدیگر بوده، دارای مقاصـــد، اهداف و رویکردی مشـــترک‌اند که بر مبنای آن‌ها به هم پیوند می‌خورند و به یکدیگر تکیه می‌کنند." علاوه بر این، آن‌ها نو شتند که عملکرد تیم‌ها، به‌ویژه در مورد کاری که نیازمند مهارت‌ها، قضـــاوت‌ها (آرا) و تجربیات متعدد است، نسبت به افرادی که به‌تنهایی یا در گروه‌های سازمان‌یافته بزرگ‌تری عمل می‌کنند، بهتر است (۶).

۲-۱) انواع تیم‌ها در مراقبت‌های سلامت

تیم‌های مراقبت‌های ســـلامت، انواع بســـیاری دارند، ازجمله، بخش‌های لیبر و زایمان، ICU[3]، بخش‌های بستری، تیم‌های مراقبت‌های اولیه در اجتماع، تیم‌هایی که برای کار خاصی گرد هم جمع شده‌اند مثل تیم فوریت‌های پزشکی و یا تیم‌های چند حرفه‌ای مانند تیم‌های متشکل از چند رشته که جهت مراقبت و درمان بیماران مبتلابه سرطان، گرد هم جمع می شوند. ممکن است تیم‌های مراقبت سلامت، مانند بخش جراحی یا ICU، در یک مکان جغرافیایی واقع شده باشند و یا مانند تیم چند رشته‌ای سرطان پراکنده باشند (۴).

ممکن است تیم‌ها، شامل افرادی با یک تخصص ویژه با شند یا این‌که از انواع متخصصان، ازجمله پزشـــکان، ماماها، پرســـتاران، داروســـازان، فیزیوتراپیســـت‌ها، مددکاران اجتماعی، روان‌شـــناســـان و کارکنان اداری تشـــکیل شـــوند. مطالعات نشـــان داده‌اند دانشـــجویانی که در رشته‌های تحصیلی تخصص‌های یادشده تحصیل می‌کنند، هویت کاری خود را در کار تیمی به د ست می‌آورند (۴, ۵). این متخصصان در تیم‌ها و زمان‌های مختلف نقش‌های مختلفی را ایفا خواهند کرد.

با توجه به گســـترش رویکرد مراقبت بیمار- محور و توجه روزافزون به ایمنی بیمار، **بیمار و مراقبان او**، روز به روز بیشتر به‌عنوان اعضای فعال تیم مراقبت تلقی می‌گردند. مشارکت بیمار

---

[1] Jon R. Katzenbach
[2] K. Smith
[3] Intensive Care Unit

به‌عنوان عضــوی از تیم، علاوه بر این‌که ازنظر مســائلی نظیر تصــمیم‌گیری مشــترک و رضــایت آگاهانه مهم است. ایمنی و کیفیت مراقبت را نیز بالا می‌برد؛ زیرا از آن جا که بیمار تنها عضوی از تیم است که همواره در طول دوران مراقبت حضور دارد، یکی از منابع اطلاعاتی با ارزش تلقی می‌گردد (۴). علاوه بر آن، یکی از مهم‌ترین عواملی که باعث شــکل‌گیری ترکیب تیم می‌شــود، نیاز بیمار است (۵).

برنامه[۱] TeamSTEPPS™ در ایالات‌متحده امریکا، چند نوع تیم متمایز و درعین‌حال، به هم وابسته معرفی کرده است که مراقبت‌های سلامت را ارایه و حمایت می‌کنند (۴, ۱۰).

a. تیم‌های مرکزی[۲]

تیم‌های مرکزی، از رهبران و اعضــایی تشــکیل می‌شــوند که در مراقبت مســتقیم از بیمار نقش دارند. اعضای تیم مرکزی را عرضه‌کنندگان مراقبت‌های مستقیم (از عملیات مراقبت در منزل برای هر بخش) و عرضه‌کنندگان مراقبت‌های مداوم (افرادی که از سنجش تا ترخیص مسائل بیمار را مدیریت می‌کنند)، تشــــکیل می‌دهند. تیم‌های مرکزی، مانند تیم مبتنی بر بخش (پزشک، پرستاران، فیزیوتراپیست و داروساز)، عموماً در همان مکانِ مراقبت از بیمار مستقرند.

b. تیم‌های هماهنگ‌کننده[۳]

تیم هماهنگ‌کننده مسئولیت‌های زیر را بر عهده دارد:

- مدیریت عملیاتی روزانه
- هماهنگی‌ها
- مدیریت منابع برای تیم‌های مرکزی

c. تیم‌های رویدادهای غیرمترقبه[۴]

تیم‌های رویدادهای غیرمترقبه:

- برای مواقع اضطراری و یا رویدادهای خاص تشکیل می‌شوند.

---

[۱] Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety
[۲] Core teams
[۳] Coordinating team
[۴] Contingency teams

- رویدادهایی با زمان محدود (مثلاً تیم رسیدگی به ایست قلبی، تیم‌های مبارزه با حوادث، تیم‌های فوریت پزشکی)
- اعضای این تیم‌ها از تیم‌های مرکزی مختلف گرفته می‌شوند.

d. خدمات جانبی[1]

خدمات جانبی از افرادی نظیر نظافتچیان یا پرسنل داخلی تشکیل می‌شود که:

- به‌صورت مستقیم، با هدفی خاص و برای مدتی محدود، از بیمار مراقبت می‌کنند.
- به خدماتی مانند تسهیل مراقبت از بیماران کمک می‌کنند.
- معمولاً در محلی که بیمار مراقبت روتین را دریافت می‌کند ساکن نیستند.

خدمات جانبی، در اصل، تیم ارائه خدماتی است که مأموریتش پشتیبانی از تیم مرکزی است. این امر به آن معنا نیست که نباید هدف مشترکی داشته باشند. برای موفقیت در درمان بیماری که عمل جراحی داشته است، به اطلاعات دقیقی در مورد تهیه غذا و دستورالعمل‌هایی در رابطه با دستور « منع تغذیه دهانی[2]» نیاز است تا به‌طور تصادفی، به بیمار غذایی داده نشود که او را درخطر خفگی قرار دهد. به‌طورکلی، تیم خدمات جانبی به‌صورت مستقل کار می‌کند، اما بعضی اوقات، باید به عنوان بخشی از تیم مرکزی در نظر گرفته شود.

e. خدمات پشتیبانی[3]

خدمات پشتیبانی از افرادی تشکیل می‌شود که:

- در مرکز مراقبت‌های بهداشتی، خدمات غیرمستقیم و با هدفی خاص را ارائه می‌دهند.
- اعضای خدمت محور و تفکیک ناپذیر تیم هستند که کمک می‌کنند بیماران و خانواده‌هایشان تجربه بهینه‌ای از مراقبت‌های سلامتی داشته باشند.

---

[1] Ancillary service
[2] Nil by mouth
[3] Support services

نقش آن‌ها در مدیریت محیط، دارایی‌ها و تدارکات مراکز ا ست. درواقع، خدمات پ شتیبانی از تیم خدمت محور ت شکیل می شود که مأموریت دارد تا محیط کارآمد، ایمن، راحت و تمیزی را برای ارائه مراقبت‌های درمانی فراهم کنند. این مســـایل بر تیم مراقبت از بیمار، درک بازار[۱] (ادراک صحیح مردم از خدمات ارائه شده)، بهره وری عملیاتی و ایمنی بیمار تأثیر می‌گذارند.

f. مدیریت[۲]

مدیریت، رهبر اجرایی بخش یا مرکز را در خود جای می‌دهد و در طول شبانه روز، مسئول کل کارها و مدیریت ســازمان اســت. مدیریت، به طرق زیر، شــرایط ایجاد و پیشــرفتِ جَو و فرهنگ سیستم کار تیمی را فراهم می‌کند:

- دورنمای ارتباط و سازمان‌دهی
- تدوین و اجرای سیاست‌ها
- تعیین انتظارات برای کارکنان
- فراهم آوردن منابع لازم برای اجرای موفق
- محول کردن مسئولیت عملکرد به هر یک از تیم‌ها
- تعریف فرهنگ سازمان

۳-۱) تیم‌ها چگونه مراقبت از بیمار را بهبود می‌بخشند؟

طبابت سنتی، بر پز شک منفردی متمرکز ا ست که م سئولیت مراقبت از بیمار را به تنهایی، بر عهده دارد. ولی امروزه به ندرت پیش می‌آید که بیماران فقط توســط یک متخصــص ســلامت ارزیابی شوند. در بافت سیستم پزشکی پیچیده، برای ایمنی بیمار به کار تیمی مؤثر نیاز است تا عوارض جانبی ناشــی از ارتباط نادرســت با دیگر مراقبین و برداشــت‌های نادرســت از نقش‌ها و مسئولیت‌های آن‌ها به حداقل برسند.

با افزایش بیماری‌های مزمن، بیماری‌های همایند و جمعیت‌های ســـالخورده که نیازمند رویکردی هماهنگ و چند رشته‌ای به مراقبت هستند، به ارتباط بین افرادی با انواع مهارت‌ها به

---

[۱] market perception
[۲] Administration

عنوان یک تیم و تأثیر آن بر کاهش عوارض جانبی، بیش از پیش واقفیم. کار تیمی، در حوزه‌هایی مانند مراقبت‌های اولیه و مراقبت از بیماران ســـرطانی، منجر به بهبود نتایج درمانی شده است (۴, ۱۱). کار تیمی، باعث کاهش خطاهای پزشکی می‌شود. همان‌طور که در جدول شــماره یک خلاصــه شــده اســت، مزایای بهبود کار تیمی، حتی از بهبود نتایج درمان و ایمنی بیمار نیز فراتر می‌رود و برای تک‌تک متخصصان تیم، کل تیم و همچنین سازمانی که تیم در آن مشغول به کار است مزایایی در بردارد.

جدول شماره یک: سنجه‌های پیامد کار تیمی مؤثر

منافع جمعی		منافع فردی	
منافع سازمانی	**منافع تیمی**	**بیماران**	**اعضای تیم**
- کاهش زمان و هزینه‌های بستری	- هماهنگی بهتر در انجام مراقبت	- افزایش میزان رضایت	- افزایش میزان رضایت شغلی - کاهش پذیرش های غیرمنتظره
- استفاده‌ی مؤثر از خدمات مراقبت های سلامتی	- پذیرش درمان	- شفافیت بیشتر نقش‌ها	- دسترسی بهتر برای بیماران
- افزایش ارتباطات و تنوع حرفه‌ای	- بهبود نتایج درمان و کیفیت مراقبت	- کاهش خطا های پزشکی	- افزایش رفاه

۴-۱) تیم‌ها چگونه شکل می‌گیرند و تحول می‌یابند؟

همان‌طور که در جدول شماره دو به تفصیل نشان داده شده است، تاکمن[1] چهار مرحله‌ی شکل‌گیری،[2] تنش،[3] هنجار سازی[4] و بلوغ[5] را برای تحول تیم در نظر گرفته است.

جدول شماره دو: مراحل تحول تیم

مرحله	تعریف
شکل‌گیری	مشخصه‌ی عمومی آن ابهام و سردرگمی در ابتدای تشکیل تیم است. ممکن است کار تیمی، انتخاب خود اعضای تیم نباشد و با آن تدافعی، سطحی و سرد برخورد کنند و تصور روشنی از کار موردنظر نداشته باشند.
تنش	مرحله‌ی سختی که ممکن است طی آن بین اعضای تیم تعارض ایجاد شود و تا حدی، از کارهای تعیین‌شده سرکشی شود. ممکن است اعضای تیم سعی کنند با نیرنگ قدرت را در دست بگیرند و یا از عدم پیشرفت کار ناامید شوند.
هنجارسازی	بین اعضای تیم ارتباطات بی‌آلایشی برقرار می‌شود و تیم به‌تدریج با تکلیفی که باید انجام دهد، مواجه می‌شود. عموماً، الگوهای ارتباطی و روش‌های پذیرفته‌شده‌ای تثبیت می‌شوند.
بلوغ	تیم همه‌ی توجه خود را به‌سوی دست‌یابی به اهداف معطوف می‌کند. در این مرحله، بین اعضای تیم رابطه دوستانه، حمایتگر، باز، مطمئن، مبتکر و مؤثر برقرار می‌شود.

---

۱. Tuckmann
۲. forming
۳. storming
۴. norming
۵. performing

بســـیاری از تیم‌های مراقبت ســـلامت (از قبیل تیم‌های جراحی)، نیازمند آنند که با هم کار کنند و بهترین کارایی را نیز داشته باشند، بدون آن که فرصتی برای برقراری روابط بین فردی داشته باشند و مراحل شکل‌گیری و هنجارسازی را که در قسمت بالا شرح داده شدند پشت سر بگذارند. در این‌گونه موارد، همه اعضای تیم، باید پیش از پیوستن به تیم، آموزش ببینند.

۲- خصوصیات تیم‌های موثر (موفق)

۱-۲) چه خصوصیاتی موجب موفقیت تیم می‌شوند؟

میکان[۱] و راجر[۲] شش ویژگی ساده زیر را برای تیم‌های مؤثر در امر مراقبت سلامت پیشنهاد داده‌اند:

- ✓ *مقصود مشترک:* اعضای تیم مقصود مشترک و صریحی دارند که متعلق به همه‌ی آن‌هاست.
- ✓ *اهداف ســـنجش پذیر:* اعضـــای تیم، اهدافی ســـنجش پذیر و متمرکز بر تکلیف تیم، تعیین می‌کنند.
- ✓ *رهبری مؤثر:* تیم‌ها به رهبری مؤثر که ســـاختارها را تعیین و حفظ کند، تعارض‌ها را مدیریت کند، به اعضا گوش دهد و به آن‌ها اعتماد و از آن‌ها حمایت کند نیازمندند. اعضا نیز با کارهای رهبری موافق و در انجام آن‌ها سهیم هستند.
- ✓ *ارتباطات مؤثر:* تیم‌های خوب به ســـرعت و به طور مرتب ایده‌ها و اطلاعات را با هم در میان می‌گذارند، ســـوابق کتبی را نگاه می‌دارند و برای تأملات تیمی وقت می‌گذارند. برخی از عمیق‌ترین تحلیل‌های انجام شـــده بر روی ارتباطات تیمی بین حرفه‌ای در تیم‌هایی با مخاطره‌ی بالا، مانند تیم‌های جراحی، انجام‌شده‌اند.
- ✓ *همبستگی خوب:* تیم‌های همبسته تعهد و روحیه تیمی منحصر به فرد و قابل‌شناسایی دارند و از آن جا که اعضای تیم به ادامه ی کار با هم تمایل دارند بیشتر دوام می‌یابند.

---

[۱] Mickan
[۲] Roger

✓ *احترام متقابل:* تیم‌های مؤثر اعضایی دارند که علاوه بر نقش حرفه‌ای، به استعدادها و باورهای یکدیگر نیز احترام می‌گذارند. گذشـــته از این، تیم‌های مؤثر تنوع عقیده در بین اعضـــا را می‌پذیرند و آن را تشویق می‌کنند.

دیگر خصوصیات ضروری، برای اثربخشی تیم‌ها عبارت‌اند از: برخورداری افراد از مهارت کاری (هم از لحاظ مهارت‌های فنی فردی و هم از لحاظ مهارت‌های کار تیمی)، داشـــتن انگیزه‌ی کاری، انعطاف‌پذیری، نظارت بر عملکرد خود، حل مؤثر تعارض و نظارت بر وضعیت موجود.[1]

۲-۲) رهبری

رهبری مؤثر یکی از خ صو صیات ا صلی و کلیدی در تیم‌های موفق ا ست. رهبرانِ تیم، فعالیت دیگر اعضای تیم را به روش‌های زیر، تسهیل و هماهنگ می‌کنند:

- پذیرش نقش رهبری
- درخواست به‌موقع برای کمک
- پایش مداوم موقعیت[1]
- تعیین اولویت‌ها و تصمیم‌گیری‌ها
- بهره برداری از منابع برای به حداکثر رساندن عملکرد
- حل تعارض‌های تیم
- تعدیل بار کاری درون تیم
- محول کردن تکالیف یا مأموریت‌ها به اعضا
- اجرای جلساتی برای آگاهی دادن و گزارش‌گیری و برگزاری گردهمایی‌ها
- توانمند سازی اعضای تیم برای گفتگوی آزادانه و مطرح کردن پرسش‌ها
- سازمان دهی فعالیت‌های به سازی و آموزشی تیم
- الهام بخشی به «پیروان» و حفظ فرهنگ کار تیمی

---

[1] Situation monitoring

نظارت بر وضعیت، به‌عنوان فرایند رصدِ فعالِ رفتارها و اقدامات، برای ارزیابی وضعیت موجود یا محیط تعریف‌شده است. نظارت بر وضعیت یک مهارت است که هریک از اعضای تیم می‌توانند آن را به دست آورند، تمرین کنند و در آن ماهر شوند.

۳- نقش بیمار در تیم

یکی از مفاهیم اســاســی در حوزه ســلامت، در نظر گرفتن بیمار به‌عنوان یکی از اعضــای تیم مراقبت‌های سلامت است. عموماً، بیمار، به عنوان دریافت‌کننده مراقبت‌ها، از نقش منفعلانه‌تری برخوردار بوده اســت. اما می‌دانیم که بیماران، مهارت‌ها و اطلاعات مربوط به شــرح‌حال و بیماری‌شــان را با خود به همراه می‌آورند (۱۲). دانشــجویان پزشــکی می‌توانند رهبری در این حوزه را با تلاش برای در نظر گرفتن هرچه بیشــتر بیمار یا خانواده‌اش در این حوزه آغاز کنند. هنگام ویزیتِ بیمار، می‌توان به فعالیت‌هایی مانند برقراری تماس چشــمی با بیماران، بررســی و تائید اطلاعات و جستجوی اطلاعات اضافی مبادرت ورزید (۴).

۴- انواع تکنیک‌های برقراری ارتباط

جرج برنارد شاو[1] گفته ا ست: "بزرگ‌ترین م شکل در زمینه برقراری ارتباط، این توهم ا ست که ارتباط برقرار شده ا ست". مهارت ارتباطی خوب، ه سته‌ی ا صلی ایمنی بیمار و انجام کار تیمی مؤثر است. راهبردهای زیر به اعضای تیم کمک می‌کنند تا اطلاعات را به صوت دقیق، در اختیار اعضای تیم قرار دهند و مطمئن شوند که بر اطلاعات منتقل‌شده متمرکزند (۴):

۴-۱) SBAR[2]

کاربرد این تکنیک، برای انتقال اطلاعات حیاتی در مورد بیمارانی است که نیازمند توجه و اقدام فوری هستند. اخیراً مشخص‌شده که در محیط شبیه‌سازی‌شده، استفاده از تکنیک «SBAR» و به‌خصــوص ورژن تعدیل‌یافته آن‌که «ISABAR[3]» نام دارد، باعث بهبود ارجاعات تلفنی توســط دانشجویان پزشکی شده است هدف استفاده از این تکنیک، اطمینان از تبادل اطلاعات صحیح و وضعیت بیمار در بین متخصصان سلامت است.

موقعیت:[4] مشکل بیمار چیست؟

---

۱. George Bernard Shaw
۲. Situation, Background, Assessment, Recommendation
۳. Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation
۴. Situation

«در مورد بیمار اتاق ۲۵۱، خانم جوزف، تماس گرفته‌ام. شکایت اصلی بیمار تنگی نفس ناگهانی است».

سابقه:[1] سابقه بالینی او چیست؟

« بیمار خانم ۶۲ ساله‌ای است که روز قبل، جراحی شکم داشته، سابقه بیماری قلبی یا ریوی ندارد ».

ارزیابی:[2] فکر می‌کنی مشکل چیست؟

« همراه با درد، صداهای تنفسی در سمت راست کاهش‌یافت. به نظر نمیاد پنوموتوراکس باشد».

توصیه:[3] برای حل مشکل چه کنم؟

«به‌شدت، احساس می‌کنم بیمار باید همین حالا معاینه بشه. می‌تونید بیایید؟»

۲-۴) فراخوان[4] (با صدای بلند اعلان کردن)

فراخوان، راهبردی برای انتقال اطلاعات مهم و حیاتی است که به کل اعضای تیم، به‌طور هم زمان در طول موقعیت‌های اضطراری اطلاع رسانی می‌کند. نمونه‌ای از فراخوان (تماس تلفنی) بین رهبر تیم و رزیدنت به این صورت است:

رهبر: وضعیت راه‌های هوایی؟

رزیدنت: راه‌های هوایی باز هستند.

رهبر: صداهای تنفسی؟

رزیدنت: صداهای تنفسی سمت راست کاهش‌یافته است.

رهبر: فشارخون؟

رزیدنت: فشارخون ۹۶ روی ۹۲ است.

---

[1]. Background
[2]. Assessment
[3]. Recommendation
[4]. Call out

۳-۴) چک مجدد[1]

تکنیکی ســاده برای حصــول اطمینان از اینکه گیرنده، دقیقاً اطلاعاتی را که فرســتنده منتقل کرده را درک نموده است:

- فرستنده پیام را ارسال می‌کند.
- گیرنده پیام را دریافت می‌کند و بازخورد می‌دهد.
- فرستنده مجدداً بررسی می‌کند تا مطمئن شود که پیام درک شده است.

پزشک: ۲۵ میلی‌گرم بنادریل وریدی تزریق کنید.

پرستار: ۲۵ میلی‌گرم بنادریل وریدی؟

پزشک: درست است.

۴-۴) تعویض[2] یا تحویل[3] شیفت (بیمار)

زمان تعویض یا تحویل شیفت، زمان‌ح سا سی ا ست که طی آن خطای ارتباطی می‌تواند باعث نتایج درمانی ناخوشــایندی شــود. راهبرد «باتوم را واگذار می‌کنم»[4] به واگذاری به موقع و دقیق بیمار کمک می‌کند (جدول شماره سه).

---

[1] Check-back
[2] Handover
[3] handoff
[4] I pass the baton: Identification, Patient,Assessment,Situation, Safety concerns,Background, Actions,Timing, Ownership, Next

جدول شماره ۳: راهبرد «باتوم را واگذار می‌کنم» I pass the baton

I	معرفی	خودتان، نقش، شغلتان و نام بیمار را معرفی کنید.
P	بیمار	نام، شناسه‌های هویتی، سن، جنس، موقعیت مکانی
A	ارزیابی انجام‌شده	شکایت اصلی بیمار، علائم حیاتی، علائم و تشخیص
S	بیان وضعیت	وضعیت یا شرایط فعلی، ازجمله وضعیت کد[۱] بیمار، سطح (عدم) قطعیت، تغییرات اخیر و پاسخ به درمان
S	نگرانی‌های مربوط به ایمنی	گزارش ها یا مقادیر آزمایشگاهی مهم، عوامل اقتصادی- اجتماعی، آلرژی‌ها و هشدارها (ایزوله بودن بیمار و غیره)
B	زمینه و سوابق	بیماری‌های همبود، اپیزودهای قبلی، داروهای فعلی و پیشینه‌ی خانوادگی
A	اقدامات	چه اقداماتی انجام‌شده‌اند و یا باید انجام شوند؟ دلایل خود را به اختصار توضیح دهید.
T	زمان‌بندی	سطح اضطرار و زمان بندی دقیق و اولویت بندی اقدامات
O	مالکیت	چه کسی، ازجمله بیمار یا خانواده، مسئول است (شخص یا تیم)؟
N	گام بعد	از این پس چه خواهد شد؟ تغییرات پیش‌بینی‌شده‌اند؟ برنامه چیست؟ آیا برای رویداد های غیرمترقبه، برنامه‌ای در نظر گرفته شده است؟

---

[۱] Code Status

۵- حل اختلافات و تعارض‌ها

کلید کار تیمی موفق، توانایی حل تعارض‌ها و اختلافات درون تیم اســت. این کار، به ویژه برای اعضــای تازه‌کار تیم، مانند دانشــجویان پزشــکی، یا در تیم هایی که به شــدت ســلســله مراتبی هستند مشکل ساز است. با وجود این، همه اعضای تیم باید احساس کنند که وقتی با مسایل موثر بر ایمنی بیمار مواجه می‌شــوند، می‌توانند نظر خود را بگویند. پروتکل‌های زیر به اعضــای تیم کمک می‌کنند تا نگرانی‌های خود را، به شیوه‌ای درجه بندی شده، بیان کنند (۴).

۱-۵) قاعده دو - چالش[۱]

قاعده دو – چالش، به این منظور طراحی‌شــده اســت تا در همه‌ی اعضــای تیم این توانمندی را ایجاد کند که در صورت مشاهده یا درک نقض ایمنی، فعالیت را «متوقف کنند». برخی اوقات یکی از اعضای تیم می‌خواهد حرفی بزند، اما پشیمان می‌شود یا نادیده گرفته می‌شود. بنابراین، اگر بار اول حرف شــخص نادیده گرفته می‌شــود، باید حداقل دو بار نگرانی‌اش را مطرح کند تا صدایش شنیده شود (علت نام قاعده دو – چالش نیز همین است). این تکرار، می‌تواند توسط همان فرد یا دو فرد متفاوت از اعضای تیم انجام شود.

- بهتر است چالش اول به شکل پرسش مطرح شود.
- چالش دوم، باید سبب توجه و حمایت از نگرانی‌های اعضای تیم شود.
- به خاطر داشته باشید که موضوع درباره پشتیبانی از بیمار است (با استفاده از قاعده دو – چالش اطمینان حاصل می شود که نگرانی ابراز شده شنیده و درک شده و موردتوجه قرار می‌گیرد.)
- عضوی از تیم که مخاطب این چالش است، باید به نگرانی‌ها توجه کند.
- اگر این کار منجر به تغییر نشود یا هنوز وضعیت غیر قابل قبول باشد، کسی که نگران اســت باید دســت به اقدام محکم‌تری بزند و با ســرپرســت تیم و یا با نفر بعدی زنجیره فرماندهی صحبت کند.

---

[۱] Two-challenge rule

۲-۵) DESC[۱]

در اینجا نیز حروف DESC، مخفف چهار کلمه هستند که نمایانگر فرایند سازنده‌ای برای حل تعارض‌های احتمالی یک تیم درمانی است.

- ✓ **توضیح دهید (Describe)**: موقعیت یا رفتار ویژه را شرح داده، شواهد یا داده‌های منسجم ارائه دهید.
- ✓ **ابراز کنید (Express)**: احساسی که وضعیت موجود در شما ایجاد کرده و این که نگران چه هستید را ابراز نمایید.
- ✓ **پیشنهاد دهید (Suggest)**: جایگزین‌های دیگری را پیشنهاد دهید و در پی جلب موافقت دیگران برای آن‌ها باشید.
- ✓ **بیان عواقب (Consequences)**: باید پیامدها، در قالب اثرات آن‌ها بر اهداف مصوب تیم و یا بر روی ایمنی بیمار، بیان شوند. هدف، رسیدن به توافق است.

۶- موانع کار تیمی مؤثر

ایجاد و حفظ کار تیمی مؤثر در حوزه مراقبت‌های سلامت، با موانعی مواجه است، ازجمله:

۶-۱) تغییر نقش‌ها: در حال حاضر، تغییرات و هم‌پوشانی‌های قابل‌توجهی در نقش‌های متخصصان مختلف حیطه مراقبت سلامت وجود دارد. مثلاً در برخی از ایالت‌های امریکا پرتونگارها، فیلم‌های ساده اشعه ایکس را می‌خوانند و یا پرستاران کولونوسکوپی انجام می‌دهند. این نقش‌های متغیر باعث می‌شوند تیم، در زمینه تخصیص و به رسمیت شناختن نقش، با چالش مواجه شود (۴).

۶-۲) تغییر شرایط: ماهیت مراقبت سلامت در حال تغییر است؛ مثلاً مراقبت از بیماری‌های مزمن بیشتر در قالب مراقبت‌های اجتماعی انجام می‌شوند. ایجاد چنین تغییراتی، مستلزمِ تشکیل تیم‌های جدید و اصلاح تیم‌های موجود است.

---

[۱] Describe, Express, Suggest, Consequences

۳-۶) سلسله مراتب های پزشکی: ماهیت رشته پزشکی به شدت سلسله مراتبی است و این امر اثر نامطلوبی بر ایجاد و عملکرد تیم‌ها برجا می‌گذارد، چراکه قرار است در تیم، نظرات همه‌ی اعضا شنیده شود. تشکیل تیم به ویژه در کشورهای در حال توسعه و نو ظهور که هنجارهای فرهنگی جامعه، بیشتر علیه کار تیمی هستند، لزوماً باعث بهبود عملکرد نمی‌شود (۴, ۱۳).

۴-۶) ماهیت فردگرایانه‌ی پزشکی: طبابت، مبتنی بر رابطه یک-به-یک و مستقل بین پزشک و بیمار است. بسیاری از مفاهیم کار تیمی و مراقبت‌های مشترک، این ارزش مرکزی را به چالش می‌کشند. این مسئله می‌تواند در سطوح بسیاری مانع کار تیمی شود: از عدم تمایل پزشکان برای سهیم نمودن دیگران در مراقبت از بیمارانشان گرفته تا اجتناب از پیامدهای پزشکی قانونی ناشی از مراقبت‌های مبتنی بر تیم.

۵-۶) بی‌ثباتی تیم‌ها: تیم‌های پزشکی، معمولاً، ماهیتی ناپایدار دارند و برای انجام تکلیف یا رویدادی خاص، دورهم جمع می‌شوند (مانند تیم‌های رسیدگی به ایست قلبی). ماهیت ناپایدار این تیم‌ها موجب می‌شود کیفیت آموزش اعضای تیم از اهمیت زیادی برخوردار باشد؛ این امر در پزشکی که آموزش و تعلیم، اغلب قربانی ارائه خدمات می‌شود، چالش‌های خاصی ایجاد می‌کند.

۷- ارزیابی عملکرد تیم

یکی از گام‌های مهم برای بهبود عملکرد تیم، ارزیابی عملکرد تیم است. برای ارزیابی کار تیمی، چندین شیوه پیشنهاد شده است. به عنوان مثال می‌توان از سنجش تیم در محیط شبیه سازی شده[1] مشاهده‌ی مستقیم رفتار واقعی آن‌ها و یا مشارکت در کار تیمی استفاده کرد (۴, ۱۴).

ارزیابی تیم‌ها را می‌توان در دو سطح ارزیابی عملکرد فرد در تیم و یا ارزیابی عملکرد کل تیم انجام داد. ارزیابی، ممکن است با دادن امتیاز به عملکرد توسط کارشناس ماهر و یا انجام آن

---

۱ Simulated Environment

توسط همتایان انجام شود. بعد از آنکه عملکرد تیم ارزیابی شد، آموزش مهارت‌هایی به اعضای تیم از قبیل تحلیل سبک‌های یادگیری و یا مهارت‌های حل مسئله می‌تواند بسیار مفید باشد.

۸- استفاده از اصول کار تیمی

دانشجویان پزشکی، از همان ابتدای دوره‌ی پزشکی، می‌توانند از اصول کار تیمی استفاده کنند. بسیاری از دوره‌های پزشکی بر اساس فرمت آموزش مبتنی بر حل مسئله[۱](PBL) هستند و دانشجویان باید در تیم‌هایی با همکاری هم، اطلاعات موردنظر را به دست آورند و مسائل بالینی را حل کنند. این دانشجویان به‌تدریج درک می‌کنند که این تیم‌ها چگونه عمل می‌کنند و کدام خصوصیات موجب اثر بخشی گروه PBL می شوند. یادگیری در مورد نحوه در میان گذاشتنِ اطلاعات، کتب درسی و نت برداری ها، پیش در آمد به اشتراک‌گذاری اطلاعات مربوط به بیماران است.

اساتید هم می‌توانند دانشجویان پزشکی را در تیم‌ها وارد کنند و نقش‌هایی بر عهده‌شان بگذارند تا آن‌ها بتوانند این فرایند را از درون ببینند و تجربه کنند. می‌توان از محیط‌های شبیه سازی شده (مرکز مهارت‌های بالینی)، برای تمرین کار تیمی دانشجویان رشته‌های مختلف در مراقبت از بیمار سود جست (۱, ۱۳).

۱-۸) بیمار را یکی از اعضای تیم در نظر بگیرید.

لازم است دانشجویان پزشکی، هنگام گرفتن تاریخچه بیمار و یا انجام هر پروسیجری بر روی بیماران، برای برقراری ارتباط با بیمار وقت بگذارند. برای انجام این کار، می‌توانند درباره پروسیجری که انجام می‌دهند یا اضطراب و دغدغه‌هایی که بیمار یا همراهانش را نگران کرده است با او صحبت کنند. می‌توانند بیماران را در راندهای بخش شرکت دهند. یعنی از آن‌ها دعوت کنند که در زمان مشخصی در راند شرکت کنند یا با اعضای تیم بررسی کنند که چگونه می‌توان بیماران را در بحث‌های راند بخش شرکت داد.

۱. Problem Based Learning

۲-۸) استفاده از تکنیک‌های پشتیبانی متقابل و حل تعارض‌ها

شـیوه‌های متعددی وجود دارد که به دانشـجویان پزشـکی در بهبود مهارت‌های ارتباطی کمک می‌کند. فعالیت‌ها و گام‌های زیر، صرف نظر از این‌که دانشجوی پزشکی باشید یا پزشک ارشد، کار تیمی را ارتقا می‌دهند:

- ✓ همیشـــه خود را به تیم و یا افرادی که حتی برای چند دقیقه، با آن‌ها کار می‌کنید معرفی کنید.
- ✓ وضعیت را بررسی اجمالی کنید و به اطلاعات مربوط به مراقبت از بیمار مسلط شوید.
- ✓ برای جلوگیری از سردرگمی، به شواهد موجود متکی باشید.

پرستار: آقای براون قرار است عکس برداری با اشعه ایکس داشته باشد.

دانشجو: خب، حالا او را برای عکس برداری با اشعه ایکس می‌بریم.

- سؤالاتی مطرح کنید و مداوم در پی پاسخ باشید.
- کارها را به افراد محول کنید (به آن‌ها نگاه کنید تا مطمئن شـــوید که از اطلاعات لازم برای انجام کار برخوردارند یا نه). جدی صـــحبت کنید تا شـــخص مطمئن شـــود که مسئولیت انجام کار به او محول شده است.
- در موقعیت‌های مختلف نقش خود را مشخص کنید.

پرستار: آقای براون قرار است عکس برداری با اشعه ایکس داشته باشد.

دانشجو: خب، حالا او را برای عکس برداری با اشعه ایکس می‌بریم.

پرستار: بله.

دانشجو: چه کسی آقای براون را برای عکس برداری با اشعه ایکس می‌برد؟

- از زبان عینی، به‌جای زبان ذهنی استفاده کنید.
- اســامی اعضــای تیم را یاد بگیرید و از آن اســتفاده کنید. برخی پزشــکان زحمت یادگیری اســامی پرســتاران و پرســنل پیراپزشــکی را به خود نمی‌دهند، زیرا فکر می‌کنند آن‌ها نقش مهمی ندارند. با وجود این، اگر پزشک برای صدا کردن افراد، به‌جای حرفه (مثلاً «پرستار»)، از نام آن‌ها استفاده کند، روابط بهتری با اعضای تیم برقرار خواهد کرد.

- جرائت‌مند باشید. این کار عموماً سخت است، اما اگر بیمار با ریسک آسیبی جدی مواجه باشد همه پرسنل، از جمله دانشجویان، باید با صدای بلند موضوع را مطرح کنند. اگر بیماران به عوارض جانبی شدید دچار نشوند، متخصصان ارشد، در طولانی مدت، سپاسگزار خواهند بود.
- اگر چیزی منطقی به نظر نمی‌رسد، توضیح بخواهید.
- قبل از انجام فعالیت‌ها، برای تیم توضیح دهید و پس از انجام کار گزارش بگیرید/ بدهید.

این کار، همه اعضای تیم را تشویق می‌کند که در بحث‌های مربوط به نتیجه کار و آنچه می‌تواند در دفعات بعد به‌گونه‌ای متفاوت یا بهتر انجام شود شرکت کنند.

- در هنگام بروز تعارض، به‌جای تمرکز بر این موضوع که حق با «چه کسی» است، بر این تمرکز کنید که «چه‌کاری» به نفع بیمار است.

خلاصه

- به‌طور خلاصه، آموزش کار تیمی برای دانشجویان پزشکی می‌تواند با استفاده از تکنیک‌های مختلف، به‌طور اثربخشی انجام شود. بسیاری از آن‌ها می‌توانند در کلاس درس و یا در مراکز مهارت‌های بالینی ارائه شوند.
- در حالت ایده‌آل، دانشجویان پزشکی باید در تیم‌های واقعی شرکت کنند و از تجربه و بازتاب کارشان، هدایت شوند.
- تا حد ممکن، آموزش تیم باید بر اصول کار تیمی مؤثر تمرکز کند.

دو نمونه از مطالعات موردی صرفاً جهت مطالعه بیشتر

➢ اقدام درست، نتیجه‌ی نامطلوب

پزشکی به پایان اولین هفته‌ی کار خود در بخش اورژانس نزدیک می شد. شیفتش یک ساعت قبل به پایان رسیده بود، اما بخش شلوغ بود و سرپرستش از او خواست که یک بیمار دیگر را هم ببیند.

بیمار، پســری ۱۸ ســاله بود. او با والدینش که مطمئن بودند اور دوز کرده اســت، آمده بود. مادرش شیشه خالی پارا ستامول را که روز قبل پُر بود، پیداکرده بود. قبل از این هم سابقه اور دوز داشت و تحت مراقبت روان‌پزشک بود. اصرار داشت که برای سردردش فقط دو عدد قرص خورده اســـت. می‌گفت بقیه‌ی قرص‌ها روی زمین ریخته‌اند و برای همین، آن‌ها را دور ریخته است. والدین می‌گفتند شیشه خالی را شش ساعت قبل پیداکرده‌اند و مطمئن بودند که قرص‌ها را کمتر از ده ساعت پیش خورده است. پزشک توضیح داد که شست و شوی معده فایده‌ای نخواهد داشت. در عوض، آزمایش خون گرفت تا سطح پاراستامول و سالیسیلات را تعیین کند. از آزمایشگاه خواست تا در اسرع وقت نتایج را به بخش اورژانس اعلام کنند. وقتی تکنیسین آزمایشگاه تماس گرفت، یکی از دانشجویان پرستاری پشت میز بود. نتایج را در دفترچه پیام‌ها یادداشت کرد. سطح سالیسیلات منفی بود. وقتی نوبت به نتیجه‌ی پاراستامول رسید، تکنیسین گفت: «دو» مکث کرد و بعد گفت، «یک سه»، پرستار تکرار کرد «دو ممیز یک سه» و گوشی را گذاشت. در دفترچه نوشت «۲/۱۳». تکنیسین نگفت این سطح سمی است یا نه و بررسی نکرد که آیا پرستار موضوع را متوجه شده است یا خیر. وقتی پزشک پای میز رفت، پرستار نتایج را برایش خواند. پزشک گرافی را که پیش از آن، روی تخته اعلانات نصب‌کرده بود، بررسی کرد. این گراف نشان می‌داد که چه زمانی باید درمان اور دوز انجام شود.

برای مدیریت اور دوز پارا ستامول هم پروتکلی روی تخته اعلانات قرار داشت، اما یادداشتی روی آن را گرفته بود. بر اساس گراف، ۲/۱۳ خیلی پایین‌تر از سطح درمان بود. پزشک اول فکر کرد با سرپرست چک کند، اما به نظر سرش شلوغ بود. در عوض، به دانشجوی پرستاری گفت بیمار باید امشب نگه‌داشته شود تا روز بعد روان‌پزشک او را ببیند. قبل از رسیدنِ نتیجه چاپی آزمایشگاه، پزشک به خانه رفت. در نتیجه چاپی نوشته شده بود: «سطح پاراستامول: ۲۱۳». دو روز طول کشید تا به این اشتباه پی ببرند و تا آن موقع، علائم نارسایی کبدی برگشت ناپذیر بیمار شــروع شــده بود. نتوانســتند برای پیوند زدن اهدا کننده ای پیدا کنند و هفته بعد، بیمار مُرد. اگر وقتی به بخش اورژانس رسیده بود درمان می‌شد، احتمالاً، زنده می‌ماند.

روز دوشنبه، مشاور پزشک که شیفت بعدی‌اش را شروع کرد، او را در جریان ماجرا قرارداد. پزشک که شوکه شده بود توضیح داد که بر اساس نتیجه‌ای که فکر می‌کرده درست است اقدام

کرده است. اعتراف کرد که متوجه نشده است که سطح پاراستامول هیچ وقت به‌صورت اعشاری گزارش نمی‌شـود. از آن جا که پروتکل را ندیده بود، این را هم متوجه نشـده بود که با توجه به سابقه بیمار که بر خلاف نتیجه، احتمالاً، تعداد قابل توجهی قرص خورده است، به هر حال بهتر بوده ا ست قبل از گرفتن جواب آزمایش، درمان را آغاز کند. ا ن صاف نی ست که فقط پز شک یا دانشجوی پزشکی را سرزنش کنیم. نقطه‌ضعف اصلی، فقدان بررسی مطمئنی در سیستم انتقال نتایج آزمایش اسـت. در حقیقت، در اینجا هیچ‌کس اشـتباه خیلی بزرگی مرتکب نشـده اسـت. حداقل سه نفر مرتکب چند اشتباه کوچک شده اند و سیستم نتوانسته بود این اشتباه ها را پیدا کند.

➢ احیای فوری، نیازمند کار تیمی است.

این مورد، اهمیت آماده سازی تیم برای انجام احیای اورژانس را نشان می‌دهد:

سیمون که عضــو کادر پزشــکی بود در کافه تریا مشغول خوردن ناهار بود. در همین هنگام کد ایســت قلبی از طریق ســیســتم عمومی اعلام شــد. او برای رفتن به طبقه پنجم که وضــعیت اورژانسی اتفاق افتاده بود به سمت آسانسور دوید. زمان اوج شلوغی بود و آسانسورها اشغال بودند. وی زمانی به بیمار ر سید که پر ستاری دا شت ترالی اورژانس را میاورد و پر ستار دیگر ما سک را روی صورت بیمار گذاشـته بود. دکتر فریاد زد: «فشـارخون، نبض، ضـربان قلب؟» یک پرستار به کاف فشارخون هجوم برد و آن را باد کرد. پرستاری که ماسک را نگاه داشته بود سعی کرد نبض مچ د ست بیمار را پیدا کند. پز شک با فریاد خوا ست مونیتور الکتروکاردیوگرام به بیمار و صل شود و سرِ تخت بیمار پایین آورده شود. پر ستاران سعی می‌کردند د ستورات را اجرا کنند. یکی از آن‌ها برای پایین آوردن ســرِ تخت، کاف فشــار خون را رها کرد و این باعث شــد که ماســک اکسیژن بیمار نیز بیفتد. دکتر سیمون سرا سیمه شد. او هیچ برآوردی از ضربان قلب و نبض بیمار ندا شت. به نظر نمی‌ر سید بیمار تنفس دا شته با شد. ونتیلاتور و صل شد و فیبریلا سیون بطنی را نشان داد. سیمون درخوا ست کرد: «۵۰ ژول». پر ستار به او نگاه کرد و گفت: «چی؟». ســیمون پاســخ داد: «۵۰ ژول، فوری. یک دکتر صــدا کنید هر پزشــکی! باید الآن به من کمک کنند». آن‌ها نتوانستند بیمار را احیا کنند.

منابع:

۱. Shrader S, Kern D, Zoller J, Blue A. Interprofessional teamwork skills as predictors of clinical outcomes in a simulated healthcare setting. Journal of Allied Health. 2013;42(1):1E-6E.
2. Lerner S, Magrane D, Friedman E. Teaching teamwork in medical education. Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine. 2009;76(4):318-29.
3. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. BMJ Quality & Safety. 2004;13(suppl 1):i85-i90.
4. World-Health-Organization. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. 2011.
5. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional teamwork for health and social care: John Wiley & Sons; 2011.
6. Katzenbach JR, Smith DK. The wisdom of teams: Creating the high-performance organization: Harvard Business Review Press; 2015.
7. Dictionary M-W. The Merriam-Webster Dictionary: Merriam-Webster, Incorporated; 2006.
8. Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. Journal of advanced nursing. 2008;61(2):232-41.
9. Swezey RW, Salas EE. Teams: Their training and performance: Ablex Publishing; 1992.
10. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2009;53(2):143-51.
11. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. International journal of nursing studies. 2008;45(1):140-53.
12. O'Malley AS, Gourevitch R, Draper K, Bond A, Tirodkar MA. Overcoming challenges to teamwork in patient-centered medical

homes: a qualitative study. Journal of general internal medicine. 2015; 30(2).

13. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. Postgraduate medical journal. 2014;90(1061):149-54.

١٤. Havyer RD, Wingo MT, Comfere NI, Nelson DR, Halvorsen AJ , McDonald FS, et al. Teamwork assessment in internal medicine: a systematic review of validity evidence and outcomes. Journal of general internal medicine. 2014;29(6):894-910.

۱۵. شورای آموزش پزشکی عمومی. سند توانمندی‌های دانش‌آموختگان دوره دکترای پزشکی عمومی در جمهوری اسلامی ایران. هیات ممتحنه و ارزشیابی (بورد) رشته دکترای پزشکی عمومی، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۹۴.

فصل پنجم

رفتار حرفه ای پزشک با بیمار

دکتر اکرم ذوالفقاری صدر آباد-دکتر رضا فرهمند راد- دکتر امیرحسین میثمی، اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. آشنایی با نقش پزشک و بیمار
۲. آشنایی با چهار رکن اساسی نقش پزشک
۳. آشنایی با اهمیت ارتباط صحیح پزشک و بیمار
۴. آشنایی با مدل های ارتباطی پزشک - بیمار

پیش‌گفتار:

مقدمه:

دانش و حرفه پزشـکی در متون کهن ایران و اسـلام، همواره به عنوان علم و شـغلی مقدس به شمار می آید، به خصوص در تعالیم دینی و اسلامی از زمان های دور به عنوان یک عبادت تلقی شده ا ست. هر اندازه یک مو ضوع علمی پر اهمیت و هدف آن مقدس تر با شد، آن علم هم از ارزش و اهمیت بی شتری برخوردار خواهد بود. مو ضوع دانش پز شکی، بدن ان سان و هدف آن، تأمین سلامت و تندرستی آدمی است و اهمیت این موضوع و هدف آن از دیدگاه اسلام بر کسی پوشیده نیست (۱).

درباره جایگاه ارزشمند دانش پزشکی همین بس که پیامبر اکرم(ص) فرمودند:

" العلم علمان، علم الادیان و علم الابدان".(۲)

یعنی دانش بر دو قسم است، علم دین شناسی و علم طب. در کنار هم قرار گرفتن علم الادیان و علم الابدان، بیانگر ارزش علم پز شکی ا ست که بر سایر علوم، مقدم ا ست. لذا شایسته ا ست قداســـت این حرفه مقدس را همراه با معرفت دینی تقدیس نمود تا طبابت و عبادت توأمان گردد. آنچه انسان را مسجود ملائک کرد شرافتی بود که به واسطه دمیده شدن روح از جانب خداوند به او اعطا شده بود. حفظ این شرافت و ارتقاء آن، اصلی‌ترین وظیفه هر انسانی ا ست و اصـلی‌ترین عامل موفقیت در انجام آن وظیفه الهی، آراسـته شـدن به زینتی اسـت که پیامبر اسـلام(ص)، علت بعثت خود را اتمام و اکمال آن اعلام فرمود و آن زینت، همانا مکارم اخلاق است: "انما بعثت لاتمم مکارم الاخلاق". (۳)

اخلاق حرفه‌ای، شـاخه مهمی از اخلاق اسـت که برای درک کامل آن شـناخت ریشـه های اخلاق ضـروری اسـت. در میان شـاخه‌های مختلف اخلاق حرفه‌ای، اخلاق پزشـکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا موضوع آن شریفترین موجود هستی یعنی انسان می باشد.

جلوه‌گاه کرامت اخلاقی در دنیای پزشـکی در همان مرحله حسـاس برخورد پزشـک با بیمار اسـت. هرقدر این برخورد، انسـانی، اخلاقی، عاطفی، صـمیمانه، شـکوهمند، شـرافتمندانه و احترام‌آمیز باشد، رسیدن به آرمان‌های مقدس پزشکی قطعی تر خواهد بود.(۱)

بر همین اســاس، پزشــکان باید کرامت خود را حفظ کنند و از انجام اعمال و رفتارهایی که کرامت آنها را خدشــه‌دار می‌کند، پرهیز نمایند. ممکن اســت پزشــک از دیدگاه علمی و فنی به وظیفه خود عمل و حتی بیمار را معالجه نماید، لیکن عدم مراعات جنبه‌های اخلاقی و انســانی در برخورد با بیمار، او را از هدف عالی پزشکی دور کند و کوچکترین غفلت، مسامحه و لغزش از موازین اخلاقی و وجدانی و بی‌حرمتی نسبت به شخصیت بیمار و اطرافیان او سبب عدم امنیت خاطر، دل شکستگی، آشفتگی، تکدر روحی بیمار و سلب اعتماد او از پزشک معالج گردد.

با وجود آن که ارزش‌های اخلاقی جهانی در تمامی فرهنگ‌ها به چشم می‌خورد، لیکن شرایط انسانی در فرهنگ‌های سیاسی و اجتماعی خاص، اقتضا می‌کند که اصول و قواعدی متناسب با فرهنگ جوامع مسلمان داشته باشیم و از آنجا که اسلام نظریات جامع و گاه متفاوتی با فرهنگ غربی دارد، تعیین چارچوبی مشــخص برای تصــمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب برای پزشــکان مسلمان، ضرورت ویژه‌ای می‌یابد.(۴)

۱- مفاهیم اصلی

۱-۱- نقش بیمار:

تالکوت پارســونز[۱] از مفهوم نقش بیمار برای توصــیف الگوهای رفتاری اســتفاده کرده اســت که بیمار برای به حداقل رســاندن تاثیر مخرب بیماری به کار می برد. از نظر پارســونز، بیماری کارایی زندگی عادی فرد و روابط او را از بین می برد و بنابراین فرد از لحاظ رفتاری منحرف می شــود. بیماری، نقش اجتماعی به نام نقش بیمار اســت که از طریق وظایف طرفین در رابطه پزشک- بیمار مشخص می شود. این نقش اجتماعی چهار رکن اساسی دارد:

۱- شخص بیمار که از نقش‌های اجتماعی عادی معاف است.

۲- بیماران مسئول بیماری‌شان نیستند.

۳- بیمار وظیفه دارد برای سلامتی‌اش تلاش کند.

۴-بیمار باید در جستجوی بهترین کمک درمانی باشد و با پزشکش همکاری کند. (۵)

---

[۱] Talcott Parsons

۲-۱- نقش پزشک:

پارسـونز نقش پزشـک را مکمل نقش بیمار و دارای ویژگی کارکردی می‌داند. به اعتقاد پار سونز"کارکرد پز شک کنترل اجتماعی ا ست، م شابه نق شی که از نظر تاریخی به ک شیش‌ها داده می شود تا به صورت ابزاری در جهت کنترل انحراف عمل کنند." در این دیدگاه، کارکرد دیگر نقش پزشـک، تأیید یا عدم تأیید بیماری اسـت. در واقع این پزشـک اسـت که با تکیه بر تخ صص خود به معافیت بیمار از نقش‌های اجتماعی که در زندگی روزمره خود بر عهده دا شته است مشروعیت می‌بخشد.

پارسونز برای نقش پزشک نیز چهار رکن اساسی در نظر می‌گیرد:

۱- بی‌تفاوتی عاطفی

۲- فقدان سودجویی و دیگر دوستی

۳- ویژگی حرفه‌ای

۵- لیاقت فنی(۵)

۳-۱- رابطه پزشک- بیمار:

واحد بنیادی حرفه پزشـکی زمانی شـکل می‌گیرد که در اتاق مشـاوره یا اتاق بیمار، فردی که بیمار است از پزشکی که به او اعتماد دارد، مشاوره پزشکی بخواهد.

رابطه پزشک- بیمار آرمانی، رابطه‌ای است که در آن یکی از مشارکت کنندگان یعنی پزشک تمام دانش و مهارت خود را بدون هیچ توقع و انتظار متقابل، برای سود رساندن به طرف دیگر یعنی بیمار به کار می‌برد. بیمار می‌پذیرد که ضـعیف و آسـیب‌پذیر اسـت و در ارتباط خود با پزشـک به او اعتماد می کند. بیماران جزئیاتی از زندگی خود را برای پزشـک فاش می‌کنند که هرگز برای دیگران نخواهند گفت، به این امید که پزشک درد و رنج آنها را کاهش خواهد داد.

رابطه پز شک- بیمار آرمانی و مطلوب، ا صول رابطه صحیح درمانی میان پز شک و بیمار را تبیین می‌کند. رابطه ای که در آن پزشـک احسـاس همدلی، صـداقت و توجه مثبت بی قید و شرط به منظور اثربخ شی درمان بیمار دارد. این رابطه در واقع عن صر سازنده و ا صلی پز شکی

بیمارمحور اســت. بیش از یک دهه اســت که تأکید عمده‌ای بر پزشــکی مبتنی بر شــواهد یا EBM در همه جنبه‌های علوم پزشکی به عمل می‌آید. تاکید و تصریح EBM نیز بر بیمارمحور بودن اساس همه اقدامات پزشکی می باشد، نه بیماری‌محور بودن آن. پزشک حاذق باید بتواند ضــمن برخورد بیماری‌محور ســریع و مؤثر با علایم حاد و تهدیدکننده حیات، به محض کاهش خطر تهدید کننده حیات، رویکرد بیمار محورتری اتخاذ کند. بنابراین به جای اینکه این دو رویکرد، دو روش مجزا و ناســازگار تلقی شــوند، بهتر اســت آنها را دو رویکرد موازی بدانیم؛ به طوری که پزشک در هر دو رویکرد مهارت داشته باشد.(۵)

۱-۴- مدل های ارتباط پزشک-بیمار:

۱-۴-۱- مدل فعال-غیرفعال یا بیماری‌محور:

این مدل شــــاید در موارد فوریت های پزشــکی مؤثر باشـــد اما در مورد بیماری‌های مزمن، محبوبیت خود را از دست داده است. در این روش پزشک، درمان بیماری را به عهده می‌گیرد اما بیمار هیچ اراده و کنترلی در روند درمان ندارد.

۲-۴-۱- مدل هدایت -همکاری:

این روش، معمول ترین راه درمانی اســت که در آن پزشــک، درمان را توصــیه نموده و بیمار، همکاری می‌کند.

۳-۴-۱- مدل مشارکت دوطرفه یا بیمارمحور:

در این مدل، پزشک و بیمار هر دو مسئولیت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی دوره درمان را بر عهده دارند؛ هر دو طرف به نظر یکدیگر احترام می‌گذارند؛ برخی می‌گویند این مناسب‌ترین راه درمان بیماری‌های مزمن است که در آن پزشک و بیمار ارتباط پیوسته و مفیدی با هم دارند تا کفایت درمان را بررسی کنند.(۶).

۲- رفتار حرفه ای پزشک-بیمار

اهمیتی که کیفیت رابطه پزشک-بیمار در فرآیند درمان و نتایج آن دارد، موجب شده است که رابطه پزشک-بیمار به یکی از مهم‌ترین موضوعات جامعه شناسی پزشکی بدل شود.

روابط متقابل پزشک-بیمار فرآیندی پیچیده است و ارتباط نامناسب می‌تواند به معضل تبدیل شود. خ صو صاً این م سئله درباره مو ضوع شناخت بیمار از بیماری خود، چگونگی مراقبت‌ها، انگیزه، امید و پیشبرد در روند درمان می‌تواند بروز یابد.(۵)

ارتباط بین پزشـک و بیمار دو بعد ابزاری و بیانی دارد. جنبه ابزاری پزشـکی مسـتلزم مهارت پز شک در ا ستفاده از تکنیک‌های درمانی، انجام ت ست‌های ت شخی صی و معاینات بدنی ا ست و بعد بیانی آن منعکس‌کننده هنر طبابت ا ست که شامل برقراری ارتباط صمیمی و گرم با بیمار و احســاس همدردی با اوســت.(۶) در نگاهی دیگر، رابطه پزشــک و بیمار چند پایه و عنصــر بنیادین دارد؛ خ صو صیات بیمار، خ صو صیات پز شک و او ضاع حاکم بر ساختار زمان و مکان ارتباط. به عبارت دیگر از سویی زمینه‌های ساختاری موجود، بر نوع ارتباط تأثیر می‌گذارد و از سوی دیگر ویژگی‌های فردی پزشک و بیمار بر روش‌های طرفین اثر می‌گذارد.(۵)

علاوه بر خصوصیات فردی پزشک و بیمار عوامل اجتماعی نیز بر انتظارات و رفتار پزشک و بیمار تاثیر می‌گذارد. رضایت بیمار از ملاقات با پزشک، تبعیت از دستورات ارائه شده و ارائه تشخیص بالینی مناسب، نتیجه حاصل از ملاقات مطلوب پزشک و بیمار است.

ارتباط خوب و ســالم بین پزشــک و بیمار، ســنگ زیربنای مراقبت‌های پزشــکی خوب اســت. تحقیقات نشان می‌دهد بیشتر تشخیص‌های پز شکی و تصمیمات درمانی بر اساس اطلاعات به دست آمده از مصاحبه با بیمار است و اساس مصاحبه پزشکی، ارتباط است. توانایی برقرار کردن ارتباط، یک مهارت اساسی انسان است. بعضی افراد استعداد ذاتی بیشتری برای برقراری ارتباط نسـبت به بقیه دارند؛(۶) اما مهارت‌های ارتباطی ضـعیف را نیز می‌توان با ممارسـت و پشـتکار بهبود بخشید.

یک رابطه پز شک-بیمار مثبت یعنی رابطه‌ای که در آن پز شک، اح ساس همدلی، صداقت و توجه مثبت به بیمار دارد و سبب گرفتن بیشتر توصیه‌های پز شکی از سوی بیمار، ایجاد رابطه درمانی مطلوب، پیروی از درمان و رضــایت بالاتر بیمار می‌شــود. ضــعف مهارت‌های ارتباطی پزشـک و به کارگیری شـیوه‌های ارتباطی یکسـان در برخورد با بیماران مختلف، بدون توجه به تفاوت‌های فردی، مســـائل و مشـــکلات روانی، نوع بیماری و جایگاه فرد در نظام فرهنگی–

اجتماعی، در اغلب موارد از علل اصلی ناموفق بودن پزشکان در درمان و جلب رضایت و اعتماد بیماران با وجود برخورداری آنان از مهارت و دانش حرفه‌ای است.(۵) بهترین صفت‌های پزشک از دیدگاه بیماران در درجه اول، دقت و احساس مسئولیت و سپس اخلاق و رفتار انسانی با بیمار است.

ارتباط خوب بیمار-پزشک باعث افزایش رضایت بیمار و بازده‌های سلامتی می‌شود؛(۵, ۷) مشارکت دادن بیماران در مشاوره می‌تواند از میزان استرس و نگرانی‌های بیماران بکاهد و نیز این پتانسیل را دارد که نتایج مضر مرتبط با تجویزهای نادرست را کاهش دهد.(۵) تحقیقات افزایش اهمیت نابرابری‌های اجتماعی را در مراقبت‌های بهداشتی یادآور می‌شوند و نشان می‌دهند که این نابرابری‌های اجتماعی منجر به نابرابری و عدم تقارن رابطه پزشک-بیمار می‌شود.(۵)

مروری بر مطالعات آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان پزشکی و پزشکان، نشان داده که این آموزش باعث موفقیت برقراری ارتباط شده است.(۶, ۷) هدف ارتباط عبارت است از مبادله اطلاعات، ایجاد فهم مشترک، اعتماد و رسیدن به تصمیم‌گیری مشترک. قابلیت و توانایی علمی پزشکی از مهمترین دلایل ایجاد این اعتماد است اما آنچه بیمار به آن نیاز دارد، تنها تجربه و مهارت علم پزشکی نیست، بلکه او طبیبی را برای درمان دردش می‌جوید و طبیب پزشکی است که درمان را با حس همدردی و محبت نسبت به بیمار خود همراه می‌سازد.(۶)

آنچه یک پزشک را به طبیبی حاذق تبدیل می‌کند همراهی علم پزشکی با هنر طبابت است. لذا نیاز است پزشکان مهارت‌های اساسی پایه مانند مهارت‌های بین فردی پزشک و بیمار مانند همدلی، احترام، علاقمندی، تواضع، حلم، بردباری، رازداری، جمع‌آوری اطلاعات، دادن اطلاعات، آموزش بیمار و مهارت‌های پیشرفته ارتباطی را یاد بگیرند.

در ارتباط دوسویه پزشک و بیمار هر طرف وظایف و تعهداتی دارد که رعایت آنها به تقویت روابط صمیمانه و منطبق با اصول علمی و اخلاقی کمک خواهد نمود. احترام، ارتباط صادقانه، اعتماد و همدردی پایه‌های اصلی این ارتباط هستند.(۸) اصول برقراری ارتباط موثر، اهمیت وافری در این حیطه دارد؛ در این راستا، توجه به بیمار، رعایت شأن او، ایجاد صمیمیت لازم برای اطلاع از اسرار بیمار و ابراز نگرانی حقیقی در مورد سلامت بیمار از جمله تعهدات پزشک

می باشــند. متقابلاً بیمار باید ســوالات و مشــکلات خود را با پزشــک در میان بگذارد؛ ســوابق پزشـــکی خود را با دقت بیان کند؛ نکاتی را که در مورد حمایت‌های مورد انتظار و مواردی همچون رازداری در نظر دارد، به اطلاع پزشک برساند.(۹)

در اکثر متون، مواردی را در ارتباط بین پزشـــک و بیمار مورد تاکید قرار داده اند از جمله تعهد حرفه‌ای، صـلاحیت علمی و عملی، ایمان و اعتقاد راسـخ، حسـن خلق و آداب معاشـرت، امانت و درســـتکاری، تواضـــع و فروتنی، حلم و بردباری، عفت و پاکدامنی، عدالت، رازداری، حقیقت‌گویی، حفظ شان و وقار بیمار، مشارکت دادن در تصمیم‌گیری‌های تشخیصی- درمانی، احترام به اعتقادات مذهبی بیمار و تعدیل روابط مالی موجود بین پزشک و بیمار

۱-۲- تعهد حرفه‌ای:

مشـــخصـــه ویژه تعهد حرفه‌ای در پزشـــکی، متعهد بودن پزشـــک به تلاش حداکثری در جهت حصول سلامت و بهبود همه‌جانبه بیماران و سایر دریافت‌کنندگان خدمت سلامت است. در این را ستا انجمن‌های صنفی مرتبط در کشورهای مختلف منشورهایی را تدوین نموده‌اند که طی آنها مبانی تعهد حرفه‌ای و مسئولیت‌های پزشکان تعریف شده است.(۱۰)

یکی از این موارد، منشور پزشکی است که توسط اعضای "پروژه تعهد حرفه‌ای پزشکی" تحت نظارت بنیاد بورد طب داخلی امریکا[1] بنیاد انجمن طب داخلی آمریکا و مجمع پزشـــکان امریکا[2] و فدراســیون اروپایی طب داخلی[3] تدوین شــده اســت. این منشــور تعهدات پزشــکان را در ۱۰ عنوان بر می‌شمارد که عبارتند از:

۱- تعهد به صلاحیت و حصول توانمندی حرفه‌ای در تمام طول زندگی حرفه‌ای

۲- تعهد به صداقت با بیماران در رفتار، اخذ رضایت و ارائه اطلاعات لازم و نیز گزارش و تجزیه تحلیل خطاها

۳- تعهد به رازداری و محرمانگی (حفاظت از اسرار و اطلاعات بیماران)

۴- تعهد به برقراری و حفظ روابط مناسب با بیماران و خودداری از استثمار بیماران

---

[1] American Board of Internal Medicine

[2] American College of Physicians- American Board of Internal Medicine

[3] European Federation of Internal Medicine

۵- تعهد به ارتقاء کیفیت خدمات و مراقبت‌ها

۶- تعهد به بهبود و ضعیت د ستر سی به خدمات (ح صول هدف د ستر سی همگان به حداقل خدمات استاندارد مراقبت)

۷- تعهد به توزیع عادلانه منابع محدود از جمله اجتناب از بررســـی‌های پاراکلینیک غیرضروری

۸- تعهد به دانش علمی پزشکان و تلاش در جهت ارتقاء استاندارد علمی و پژوهش

۹- تعهد به حفظ اعتماد جامعه از طریق مدیریت لازم در موارد تعارض منافع

۱۰- تعهد به مســـئولیت‌های حرفه‌ای در روابط بین همکاران، همکاری در فرآیندهای خود ارزیابی و ارزیابی‌های بیرونی

در تدوین این منشـور، فراگیر بودن آن در تمام فرهنگ‌ها و مذاهب لحاظ شـده اسـت. پزشـکان و سـیسـتم‌های خدمات بهداشـتی، ملزم به رعایت منافع بیمار و عدالت اجتماعی هستند.(۱۱)

جامعه پز شکی از درون و از برون با ف شارهای متعددی روبرو ا ست که گاه رعایت تعهد حرفه‌ای و پایبندی به اصول اخلاقی را بسیار دشوار می‌سازد. متاسفانه در برخی جوامع خصوصاً جوامع در حال توسـعه همچون کشـور ما به علت نواقص بنیادین نظام ارائه خدمات سـلامت، پز شکان با معضلات بیشتری روبرو هستند. این مسائل حتی اگر به طور مستقیم به رفتارهای غیراخلاقی و غیرحرفه‌ای منجر نشوند، کاهش کیفیت خدمات و تحلیل نیروی جسمی و روحی پزشـکان را به دنبال خواهند داشـت که به نحوی حتی غیر مسـتقیم، تعهد حرفه‌ای پزشـک را خدشه‌دار خواهند نمود.(۱۰)

۲-۲- صلاحیت علمی و عملی پزشک:

از قدیم طبیب به عنوان فردی حاضر و بصیر در اذهان عمومی منعکس شده است و از آنجا که پزشـک با جان افراد سـر و کار دارد، دقت نظر، تشـخیص صـحیح و درمان مناسـب از اهمیت فراوانی برخوردار اسـت. لذا با توجه به خصـوصـیت فراموشـکاری انسـان و تحول مسـتمر علم پز شکی، کسب مهارت دانش پز شکی و پژوهش مستمر و پویا در این حیطه در حرفه پز شکی ضروری است.

نکته مهم این ا ست که در صورت عدم وجود صلاحیت کافی پز شک، نه تنها فایده ر ساندن به بیمار مقدور نبوده بلکه گاه باعث آ سیب به بیمار خواهد شد. صلاحیت شامل جنبه‌های علمی، ارتباطات و تجربه حرفه‌ای می‌باشد. پزشک باید علاوه بر تلاش در جهت کسب مهارت‌های ذکر شـــده، در مواردی که تخصـــص لازم را ندارد، بیمار را به متخصـــص مربوطه ارجاع نماید و از اقدامات خودسرانه و غیرعلمی بپرهیزد.(۱۰)

در قران کریم نیز به لزوم اخلاق نظری و عملی تاکید شـــده اســـت:"و لا تقف ما لیس لک به علم" (ســـوره اســـراء، آیه ۳۶) یعنی در چیزی که به آن علم ندارید، وارد نشـــوید. این یکی از مهمترین اصول اخلاق حرفه‌ای است که قبل از انجام هر فعلی باید نسبت به دانستن و فراگیری درست و کامل آن اقدام نمود.(۴)

۳-۲-   ایمان راسخ:

با توجه به اینکه علم پزشکی به درمان بیماری و حفظ سلامت انسان می پردازد، پزشک باید خصـــوصـــیات و ریزه‌کاری های نظام خلقت را در بدن مورد مطالعه قرار دهد. بنابراین در طول دوران آموزش و حتی در هنگام درمان بطور مداوم با پیچیدگی های نظام هستی سروکار دارد و این مسئله باعث می‌شود که پزشک بیش از سایر افراد توجه به عظمت الهی داشته باشد. زمینه سیر و سلوک و کسب معنویت برای او فراهم‌تر با شد؛ لذا حرفه پز شکی بیش از سایر حرفه‌ها انسان را با خدا مرتبط می کند.

خداوند در قرآن می‌فرماید:"... و من احیاها فکانما احیا الناس جمیعا..." (سوره مائده، آیه ۳۲) یعنی هرکس انســانی را زنده نماید، گویا به همه انســانها حیات بخشــیده اســت. اطلاق این آیه شریفه که شامل حیات جسمانی و مادی هم می شود، جنبه الهی و ماوراء الطبیعی کار پز شک را بیان می کند.

یاد خدا در پزشـــکی نقش برجســـته‌ای دارد. آنگاه که بیمار در مراحل بحرانی قرار گرفته و پزشک مضطرب و نگران است، تنها امید بخش دل او، اطمینان به قدرتی بی‌پایان و هستی‌بخش می‌باشــد که بر ســراســر وجود بیمار حکومت می کند و درمان واقعی به دســت توانای اوســت. چنانکه حضــرت ابراهیم(ع) می‌فرماید:" درهنگام بیماری او شــفابخش من اســت ". پزشــک با

ایمان، هیچگاه به بن بست ناامیدی نمی‌رسد و همواره به خدای توانا متکی است و اگر خود را برای درمان ناتوان ببیند، بیمار را به طبیب واقعی همگان، خدای متعال راهنمایی می‌کند.(۱۲)

۴-۲- نیک خلقی:

اخلاق از دیرباز جزء جدایی ناپذیر پزشکی بوده است. اخلاق در حوزه پزشکی از دیدگاه اسلام با توجه به جایگاه علوم پزشکی که با شرافت وجود و اهمیت حفظ نفس انسانی در ارتباط است، از اهمیت دو چندانی برخوردار است.(۴)

اولین برخورد پزشک و بیمار، یکی از حساس‌ترین مراحل معالجه است و پایه صحیح موفقیت در امر درمان، همان برخورد ابتدایی می‌باشد.

چهره باز پزشک و خوش‌خلقی او، نیمی از درمان است و زبان خوش وی، دوای بیمار. پزشک بداخلاق تحمل شنیدن درد دل و سخنان بیمار را ندارد و به او فرصت سخن‌گفتن نمی‌دهد و این باعث درمان ناموفق می شود ولی نیک‌خلقی باعث آرامش و راحتی پزشک و بیمار می شود. اخلاق نیک موجب آموزش گناهان دانسته شده و بهترین اعمال در قیامت حسن خلق معرفی شده است. در مورد وظیفه پزشک بر بالین بیمار ابوعلی سینا نیز معتقد بود که حالت و روحیه طبیب در درمان بیماری‌ها بسیار موثر می‌باشد؛ به این معنا که اگر طبیب بشاش و خندان باشد، تاثیر آن در بیمار بسیار زیاد است. حضرت علی (ع)، در روایتی گوهربار از پزشک به عنوان رفیق نام برده و می‌فرماید به مانند پزشکی رفیق باش که دارو را آنجا و آن گونه‌ای قرار می‌دهد که مفید باشد. پس بر پزشک است که با نیک‌خلقی در دل بیمار جا باز کند و خود را رفیق و همدم او بداند تا بیمار هم او را یار و دوست خود بداند و از او کمک بطلبد.(۱)

۵-۲- درستکاری:

رعایت درستکاری در تمام حرفه‌ها پسندیده است، بویژه در امور پزشکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. زیرا پزشک با ارزشمندترین دارایی‌های جهان یعنی سلامت جامعه و ناموس مردم در تماس می باشد. لذا با توجه به آنکه انسان پیوسته در معرض انحراف و لغزش قرار دارد، باید در نگهداری و ارتقاء صفت پسندیده درستکاری کوشا باشد. صفت درستکاری جنبه های متعددی دارد که شامل درستکاری در ابعادی مادی و معنوی می‌باشد.

۶-۲- بردباری:

یکی از صفات ضروری و والا برای پزشکان، بردباری است. در حدیثی از رسول گرامی اسلام(ص) می‌خوانیم: سه چیز ا ست که در هرکه با شد، سزاوار اجر و ثواب ا ست و ایمان آدمی را کامل می‌گرداند. اخلاقی که با آن با مردم زندگی کند، تقوایی که از حرام الهی بازش دارد و بردباری که او را از نادانی نادانان برکنار سازد.

پز شک به اقتضای شغلش همواره با ا شخاص و افرادی روبه رو ست که در اثر بیماری و گرفتاری صبر و طاقت خود را از د ست داده‌اند و ممکن ا ست کمترین برخورد تند و نامنا سب آنان را بشـــوراند. از این رو، کمتر حرفه‌ای وجود دارد که به اندازه پزشـــکی نیازمند بردباری و خویشتن‌داری باشد. پس بر پزشکان است که هم کلام نبی مکرم اسلام(ص) دعا کنند: "خدایا مرا با علم و دانش بی‌نیاز گردان و با حلم و بردباری زینت ده".(۱)

۷-۲- عدالت:

عدالت موضوعی است که ریشه در عقل و فطرت انسان‌ها دارد و هر جامعه‌ای برای دوام خود به آن نیاز دارد. بر اساس اصل عدالت، انسان باید در برخوردهای اجتماعی و در رفتار با دیگران، به عدالت پایبند باشد؛ وظیفه خود را نسبت به دیگران به خوبی انجام دهد؛ با هر فردی رفتاری در خور شـأن او داشـــته، حق دیگران را ادا کند و از کوچکترین توهین، دل آزاری و ســـتم، دوری جوید. آراسته شدن افراد به این ویژگی‌های برجسته موجب می شودکه فعالیت‌های اجتماعی با همکاری و همدلی بیشتری انجام پذیرد.

مصـــادیق عدم رعایت عدالت در ارتباط با دیگران را در حرفه پزشـــکی می‌توان در زمینه‌های مختلف نام برد مانند تبعیض در ارائه خدمات به بیماران، تامین نیازهای خویش از روش‌های غیراخلاقی و غیرقانونی، سهم‌خواهی و بی‌توجهی به حقوق بیماران.(۴)

۸-۲- رازداری :

رازداری از وظایف اخلاقی و دینی هر مسلمانی ا ست. در حدیثی آمده ا ست: "افشای سرّ برادر مؤمن، خیانت است".(۱۳)

این فریضه اخلاقی در مورد پزشک بنا به اقتضای شغلی از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ زیرا با ایجاد اعتماد، بیمار با خیال آسوده، بیماری خویش را بیان می‌کند و درمان را آسوده می‌سازد. حضـرت علی (ع) در این مورد می‌فرماید: "کســی که زوایای پنهان بیماری‌اش را کتمان کند، پزشکش از معالجه وی عاجز می‌ماند".(۱۴)

حفظ اسرار بیمار، یکی از معیارهای احترام به اختیار فرد است که هم از جنبه اخلاقی و هم حقوقی اهمیت دارد. حفظ محرمانگی اطلاعات مربوط به سلامت روانی در بسیاری از جوامع از اهمیت خاص‌تری برخوردار است.

رازداری علاوه بر اینکه یک عمل ارزشـــمند اخلاقی اســـت، احترام به اتونومی[۱] و حفظ حرمت فردی بوده و نیز به علت ایجاد اعتماد متقابل، نتایج مطلوب‌تری را در امر تشـــخیص و درمان بیمار به همراه خواهد داشـــت. اطمینان به رازداری پزشـــک، اعتماد لازم را برای بیان بی‌پرده مشــکلات مربوط به ســلامت خود در بیمار فراهم می‌نماید و برعکس آن، افشــای اســرار بیمار می‌تواند موجب هتک حرمت شخص و گاه حتی باعث فتنه و خون ریزی شود.

در شــرایط خاصــی پزشــک مجاز به برملا کردن یا حتی گزارش مســتقیم اســرار بیمار خود می‌باشد که عبارتند از حفظ مصالح جامعه، حفظ مصالح بیمار و الزامات قانونی یا دستور دادگاه؛ به عنوان مثال عدم افشــای اطلاعات ژنتیکی یک فرد مظنون به جنایت می‌تواند باعث مخدوش شدن اجرای عدالت و قانون در جامعه و یا صدمه جبران‌ناپذیر به یک انسان بی‌گناه گردد. در مواردی چون انتشار گزارش‌های موردی یک بیماری، باید اصل رازداری را از طریق عدم ذکر نام بیمار یا مشخصات خاص او رعایت کرد.(۹)

حدود و قوانین دقیق رازداری بر حســـب بیماری و درمان نیز در کشـــورهای مختلف متفاوت است و لذا پزشک باید از وظایف حرفه‌ای و قانونی خود آگاه باشد.

بیشـــتر قوانین اخلاقی در موارد معدودی اجازه افشـــای اطلاعات بیمار را می‌دهند از جمله مطابقت با یک ماده قانونی مقرر، حکم دادگاه و مواردی که احتمال ســـوء اســـتفاده از کودکان می‌رود.(۱۵) در هر حال سه مصلحت باید از جانب پزشک مدنظر باشد: مصلحت بیمار، اطرافیان

[۱] Autonomy

و جامعه. در بسیاری از موارد، رضایت بیمار قبل از افشای راز، کسب می‌گردد هرچند مواردی نیز وجود دارد که نقض رازداری بدون اخذ رضایت بیمار جایز است. نکته مهم این است که در مواردی که شکستن اسرار بیمار و آگاه کردن افراد خانواده ضرورت دارد، ارجح این است که پزشک، بیمار خود را به اطلاع رسانی به دیگران مجاب نموده و خود از افشای راز بیمار در حد امکان پرهیز نماید.(۱۰)

۹-۲- حقیقت گویی:

در اخلاق پزشکی مبتنی بر اختیار فردی، گفتن حقایق بیماری به بیمار در راستای "حق دانستن" الزامی است. تصمیم‌گیری آزادانه فرد مستلزم دانستن اطلاعات کافی در مورد بیماری و وضعیت پیشرفت آن و اقدامات درمانی ممکن می باشد؛ لذا بر مبنای اصل احترام به اختیار فرد و نیز اصل سودمندی، باید بیمار در جریان وضعیت موجود قرار گیرد.(۱۰) در برخی کشورها و برخی فرهنگ ها ممکن است گفتن تمام حقایق به بیمار جایز شمرده نشود. به نظر می‌رسد اکثر پزشکان با این سخن افلاطون موافق باشند که «گفتن حقیقت» در دستان طبیب به عنوان یک دارو است که پزشک باید با توجه به اثرات آن، تصمیم بگیرد تجویز کند یا خیر.(۱۶) گاه ممکن است به بیمار دروغ گفته نشود ولی حقایق پنهان شود یا احساسات کاذب ایجاد شود. چنین طفره رفتن‌هایی در حال حاضر در بسیاری از جوامع تایید نمی‌شوند چرا که نگرش و اطلاعات گسترده‌ای که در این زمینه وجود دارد، این کار را خنثی می سازد. از سوی دیگر چنین اموری باعث عدم اعتماد به حقیقت‌گویی پزشک می‌شوند، حتی اگر به طور مستقیم دروغ گفته نشده باشد.(۱۷)

حقیقت‌گویی می‌تواند مناسبات بین بیمار و پزشک را ارتقا داده و به اعتماد بیشتر بیمار به پزشک خود بیانجامد. پزشک باید در نظر داشته باشد که گاه عدم بیان حقیقت بیماری، فرصت موجود برای برنامه‌ریزی زندگی شخصی و جبران مافات را از بیمار خواهد گرفت. گاه حتی عدم آگاهی بیمار می‌تواند درمان را به تأخیر انداخته و باعث تشدید صدمات جسمی و روانی گردد. گاه دلایلی چون عدم ظرفیت کافی بیمار برای درک اطلاعات یا محدودیت دانش او، دستاویز کتمان حقایق می‌گردد. اما این موارد از نظر اخلاقی قابل قبول نیستند، مگر عدم وجود ظرفیت مسلم باشد و از نظر روانپزشکی تایید گردد.(۱۰)

به طور خلاصه استثنائات زیر مواردی هستند که عدم حقیقت‌گویی می‌تواند مورد قبول باشد:

۱- وقتی که بیمار تمایل خود را برای ندانستن حقایق مربوط به بیماری خود ابراز کرده باشد.

۲- وقتی که بیمار ظرفیت دریافت حقایق مربوط به بیماری را ندا شته با شد مثل بیماران روانی یا کودکان کم سن.

۳- اورژانس‌های پزشـــکی و مواقعی که بیان حقایق، زمان حیاتی درمان را از تیم درمان کننده می‌گیرد.

۴- در مواردی که بیان حقایق باعث آسیب جدی به بیمار می‌گردد.(۱۸)

۱۰-۲- مشارکت بیمار در تصمیم گیری(رضایت آگاهانه):

تأکید بر اختیار فردی و لزوم کسب رضایت آگاهانه دریافت‌کنندگان خدمات سلامت از پایه‌های اصلی پزشکی بالینی معاصر محسوب می‌گردد. امروزه نظام بهداشت و درمان در اکثر جوامع به سـمت بیمارمحور بودن پیش می‌روند. نگرش پزشـک‌مدار یا بیماری‌محوری ممکن اسـت باعث پدرسالاری از سوی پزشک (اقتدار محض پزشک) در مواقع تصمیم‌گیری برای بیمار شود.(۱۷) در اخلاق پزشکی نوین سعی شده ا ست که اختیار بیمار، در حد ظرفیت او برای تصمیم‌گیری مورد احترام قرار گیرد. انجمن جهانی پزشـکی در بیانیه خود، گرفتن تصـمیم آگاهانه و تعیین سرنوشت خود را حق مسلم بیمار دانسته و چنین بیان می‌دارد: "هر فرد بالغ دارای صلاحیت، حق دادن یا ندادن رضایت برای مداخلات تشخیصی یا درمانی خود را دارد. این حق بیمار است که اطلاعات لازم برای تصـــمیم‌گیری در اختیارش قرار گیرد و بداند هدف انجام هر آزمایش یا اقدام درمانی چیـ ست و از نتایج مورد انتظار آگاه شده با شد. همچنین پیامدهای عدم ر ضایت برای او توضیح داده شده باشد."(۱۹)

بحث ر ضایت و چگونگی اخذ آن مـ سئله بـ سیار مهمی ا ست. ا صل احترام به اتونومی نیازمند این اســـت که پزشـــک اطلاعات کافی را برای انتخاب آگاهانه در اختیار بیمار بگذارد و برای تصمیمات درمانی احترام قائل شود. هرچند در اکثر موارد رضایت ضمنی بیمار برای انجام اقدام لازم کفایت می‌کند، اما گاه اخذ رضایت کتبی از بیمار ضرورت دارد؛ از جمله موارد جراحی، بی هو شی و مداخلات تهاجمی. در برخی شرایط مانند و ضعیت اورژانس در بیمار غیر هو شیار که جان بیمار در معرض خطر است و اطلاعات از خواسته شخصی بیمار نداریم، لازم است بر مبنای

رضایت فرض شده اقدامات لازم برای بیمار انجام شود. این که به چه میزان اطلاعات لازم است تا مطمئن باشـــیم تصـــمیم‌گیری بیمار همراه با رضـــایت اســـت، در شـــرایط مختلف متفاوت می‌باشد.(۱۰)

بیماران حق دارند در مورد وضـــعیت خود و اقدامات درمانی در دســـترس آگاه شـــوند. میزان آگاهی که باید به هر بیمار داده شود، بر اساس عواملی مانند طبیعت بیماری، پیچیدگی درمان، خطرهای همراه با درمان‌های جراحی و خوا سته‌های شخ صی بیمار متغیر خواهد بود.(۲۰) اگر پز شک تنها منبع اطلاعات بیمار باشد، ممکن است تورش‌هایی را در تصمیم‌گیری بیمار داشته باشیم؛ از سوی دیگر در مواردی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار مختل شده یا به طور کامل از بین رفته ا ست که در این موارد پز شک در مشاوره به خانواده باید سعی کند تصمیم در ست گرفته شـــود. فرد یا افرادی که می‌توانند این تصـــمیم را بگیرند، بر اســـاس قوانین کشـــورهای مختلف متفاوت هستند.

اعمال تشـــخیصـــی-درمانی نباید با اکراه و اجبار ســـایرین به بیمار تحمیل شـــوند. بیمار باید احساس کند در پذیرش یا عدم پذیرش اقدام مورد نظر کاملا مختار ا ست.(۱۰) مسئله ر ضایت آگاهانه در حال حاضـــر در قانون نیز جایگاه یافته اســـت و مراقبین بهداشـــتی و پزشـــکانی که اطلاعات کافی در اختیار بیمار نگذاشـــته و یا درمانی دیگر غیر از آنچه بیمار خواســـته‌اند انجام دهند، ممکن ا ست به علت اهمال یا تعدی به حقوق بیماران تحت تعقیب قرار گیرند؛ لذا علاوه بر وظیفه اخلاقی، وظیفه قانونی پزشک نیز این است که رضایت بیمار را اخذ نماید.

برای معتبر بودن رضایت اخذ شده سه اصل باید رعایت شده باشد:

۱- اطلاعات کافی در اختیار بیماران گذارده شده باشد.
۲- بیمار صلاحیت لازم را برای دادن ر ضایت و ظرفیت کافی برای درک آگاهی داده شده و تصمیم‌گیری لازم داشته باشد.
۳- تصمیم بیمار باید داوطلبانه و اختیاری باشد.(۱۵)

عنا صر مهمی که برای حصول ر ضایت آگاهانه باید به صورت دو سویه بین پز شک و بیمار مورد بحث قرار گیرند، عبارتند از: ت شخیص بیماری (اگر معلوم ا ست)، ماهیت ت صمیم یا اقدام مورد نظر، منافع و مضـــرات آن، جایگزین‌های احتمالی، میزان فهم و دریافت بیمار از اطلاعات داده

شده و موافقت بیمار با اقدام تشخیصی یا درمانی مورد نظر. صلاحیت بیمار و ظرفیت او برای تصمیم‌گیری از مباحث مهم در این حیطه هستند که گاه به صرف صحبت یا معاینه ظاهری قابل تایید نبوده و نیاز به بررسی تخصصی وجود خواهد داشت. اگر پزشک در مورد صلاحیت بیمار اطمینان کافی ندارد، لازم است مشاوره روانپزشکی درخواست کند. در یک بررسی ظاهری پزشک با توجه به سه سوال می‌توان صلاحیت بیمار را مورد بررسی اولیه قرار دهد:

۱- آیا بیمار از موقعیت خود و شرایط حاضر آگاه به نظر می‌رسد؟

۲- آیا بیمار توضیحات پزشک را از خطرات اقدام مورد نظر متوجه می‌شود؟

۳- آیا در فرآیند اتخاذ تصمیم مناسب ارتباط مناسب را برقرار می‌نماید؟

بحث تصمیم‌گیری در بیماران فاقد صلاحیت و ظرفیت لازم نیز موضوعی چالش برانگیز در بسیاری از جوامع می باشد. از جمله شیوه‌های معمول و قانونی، عمل بر اساس خواسته قبلی بیمار است که در سه قالب می‌تواند انجام پذیرد:

۱- وصیت زمان حیات

۲- وکالت امور مربوط به سلامت

۳- تصمیم گیرنده جانشین

کرامت و جایگاه ویژه انسانی اقتضا دارد، تصرف در جسم بیمار مسلمان در حد امکان با اجازه و رضایت او باشد؛ لذا پیش‌بینی راهکارهای مناسب و مبتنی بر اعتقادات و فرهنگ ملی هر کشوری، جهت رعایت حقوق بیماران ضروری می‌باشد.(۱۰)

۱۱-۲- احترام به ارزش‌های اعتقادی بیمار:

توجه به اعتقادات بیمار یک امر ضروری خصوصاً در جوامعی است که گروه‌های مختلف نژادی فرهنگی و مذهبی در کنار یکدیگر زندگی می‌کنند. پزشک نباید رفتاری مخالف با ارزش‌های بیمار که می‌تواند به او آسیب روحی بزند انجام دهد. در کشور خودمان از آنجا که اکثریت افراد مسلمان هستند، رعایت اصول شرعی توسط پزشک جهت برقراری ارتباط مناسب با بیمار الزامی است. در کشورهای اسلامی با توجه به فرهنگ و عرف مطابق با شئون اسلامی، هر پزشکی چه مسلمان و چه غیرمسلمان موظف به رعایت آداب اسلامی می باشد. این امر از چند جنبه حائز اهمیت است یکی از جهت اتونومی و آزادی بیمار در اعتقادات شخصی و دوم در

جهت حفظ ارتباطات صـمیمانه بین پزشـک و بیمار. لذا پزشـک در مواردی که برخی اقدامات ممکن است با ارزش‌های مورد قبول بیمار تعارض داشته باشد، باید نهایت دقت را به کار برده و با آگاهی و دقت نظر کامل اظهار نظر نماید. رعایت حدود، حفظ پوشـــش مقدور در معاینات و اظهار نظر مسئولانه در مواردی چون روزه گرفتن یا نگرفتن بیمار، سقط جنین یا خاتمه حیات از جمله مسائل مطرح در این حوزه می‌باشند.(۱۰)

۱۲-۲- روابط مالی بین پزشک و بیمار و همکاران حرفه‌ای:

مسائل مالی به عنوان عاملی قوی، به طور مستقیم یا غیرمستقیم، بر روابط بین پزشک و بیمار تأثیر می‌گذارند. پزشک باید مسئولیت و تعهد حرفه‌ای خود را با صداقت امانت و وفاداری نسبت به بیمار، بدون توجه به تعارض با منافع شـــخصـــی ایفا نماید. تعارض منافع معمولا بر درآمد و منابع مالی دلالت دارد و در حقیقت بیانگر موقعیتی ا ست که در آن فردی انگیزه انجام کاری را در حیطه حرفه‌ای خود پیدا می‌کند که با وظایف شـــغلی بدیهی او مغایرت دارد. پرداخت های مالی غیرقانونی، پرداخت‌های مالی ویژه، ارجاع غیرضـروری بیمار به پزشـک دیگر و یا خدمات تشخیصی یا درمانی غیرضروری مثال‌هایی از این دست می‌باشند.

مشکلات ناشی از تعارض منافع به دو عامل بستگی دارد:

۱- احتمال تأثیر آن بر تصمیم گیری حرفه‌ای

۲- شدت خطر یا ضرری که می‌تواند به واسطه آن به بیمار برسد.(۱۰)

در ارجاع بیمار به پزشک دیگر ممکن است مهارت و دانش و تجربه او ملاک قرار نگرفته باشد؛ لذا کیفیت مراقبت‌های پزشـــکی تحت تاثیر قرار گیرد. انجام اقدامات تشـــخیصـــی یا درمانی غیر ضروری، دریافت منفعت مالی از مراکز ت شخی صی درمانی یا سایر پز شکان می‌تواند ارتباط بین پزشک و بیمار را متاثر ساخته و اعتماد بیمار به پزشک را خدشه دار سازد. به عبارت دیگر این شیوه‌های غیراخلاقی برای ک سب درآمد و جلب منافع مادی در حرفه پز شکی می‌تواند به افزایش هزینه‌ها و کاهش کیفیت خدمات منجر شود.(۲۱)

رعایت روابط صحیح بین همکاران گروه پزشکی در مداوای بیمار نقش ارزشمندی در افزایش اعتماد فراهم می کند. ارتباط با همکاران حرفه‌ای باید به نحوی برنامه‌ریزی شـــود که هدف اصلی طب که شامل سلامت و مراقبت از بیمار است، تامین شود.

۳- نتیجه‌گیری:

آینده پزشـــکی کشـــور برای ارتقاء علمی و اخلاقی جایگاه طبابت نیازمند توجه ویژه سیاست‌گذاران، مجریان و دست‌اندرکاران امر سلامت، اساتید، محققین، پزشکان و دانشجویان به مباحث اخلاقی در حوزه ارتباط بین پزشک و بیمار می‌باشد. البته بسیاری از پزشکان نسبت به اصـــل برقراری ارتباط با بیماران نگرش مثبت دارند، اما فاقد مهارت‌های ارتباطی مناســـب هســـتند. از آن‌جایی که برقراری ارتباط از مهارت‌های انســـانی اســـت و جزء جدایی‌ناپذیر مهارت‌های بالینی پزشکان است، از طریق گنجاندن دروس برقراری مهارت‌های ارتباط انسانی در واحدهای آموزشـــی تحصـــیلی یا برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت ارتباط، باید به کادر درمانی علی‌الخصـــوص پزشـــکان و پرســـتاران برای درمان ســـریع و موفق بیماران کمک کرد. بی‌تردید سیاست‌گذاری‌های خرد و کلان آموزشی-پژوهشی و اقتصاد سلامت بر این حیطه تأثیرگذار خواهند بود.

منابع

۱. زراعتکار م, محمودیان ف. بررســی اخلاق طبابت در برخی از متون کهن ایران و اســلام. مجله اخلاق پزشکی. ۲۰۱۲;۳(۷):۶۴-۱۴۱.

۲. داماد م. قداست حرفه‌ی پزشکی (سرمقاله). اخلاق و تاریخ پزشکی. ۲۰۱۷;۹(۶):۴-۱.

۳. حسین. باب. سنن الکبری. ۳, editor. بیروت: دار الکتب العلمیة; ۱۴۲۴.ه.ق.

۴. مرتضی خز, حسن م, محمود ع, عباس عپ, علیرضا پ. بررسی اخلاق پزشکی با رویکرد اسلامی.

۵. شـفعتی م, زاهدی م. تبیین جامعه‌شـناختی رابطهٔ پزشـک و بیمار (مطالعهٔ کیفی در شـهر اهواز). مجلهٔ مطالعات اجتماعی ایران. ۲۰۱۴;۸(۱):۳۹-۱۰۷.

۶. رابطه پزشک و بیمار. ۱۳۹۳.

7. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can doctors improve their communication skills? Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. ۲۰۱۵;۹(۳):JE۰۱.

8. Hopkins J, Healthways A. Defining the patient-physician relationship for the ۲۱st century. Disease Management. ۲۰۰٤;۷(۳):۱٦۱-۷۹.

۹. اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی. تهران: سپهر; ۱۳۷۰.

۱۰. لاریجانی ب. پزشک و ملاحظات اخلاقی. تهران: پژمان; ۱۳۹۲.

11. ABIM A-A, Charter EAP. Project of the ABIM Foundation. ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine: ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. 2002.

۱۲. سوری س. سفیدپوشان بردبار. گلبرگ. ۱۳۸۳; ۵۴

۱۳. اخلاق در قران.

۱۴. تا همتت ای پزشک باقیست دستان تو نعمتی الهیست. دار الشفاء امام رضا(ع).

15.Stone J. An ethical framework for complementary and alternative therapists: Routledge; 2005.

16. Higgs R. Truth Telling, Lying and the Doctor–Patient Relationship. Principles of health care ethics. 2006:333-7.

17. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: The Geneva convetion code of medical ethics. UK. Oxford University Press; 2001.

۱۸. ع کعوپ. بررسی نظر پزشکان درباره بیان حقایق مربوط به بیماران مبتلا به بیماری های صعب العلاج. مرکز مطالعات علمی جهاد دانشگاهی.۱.

19. Momoh P. World Medical Association, Medical ethics manual. 2006

20. seeking patients consent:the ethical considerations

21. Nagral S. General practice: some thoughts. Indian J Med Ethics. 2002;10:2

فصل ششم

آشنایی با محیط بالینی و مواجهه زودرس(۱)

دکتر هاجر معتمد عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف آموزشی فصل

۱- درک روشـــنی از اهداف و عملکرد و ویژگی محیط بالینی داشـــته باشند.

۲- در فعالیتهای آموزشی گراند راند و تومور بورد وکارگاه های آموزشی در محیط بالینی شرکت کرده باشد.

۳-حداقل با دو بیمار در بخشـــهای مختلف ارتباط برقرار کرده باشـــد و گزارش آنها را ثبت کرده باشد.

پیش گفتار

با تغییرات زیادی که در ســـال های اخیر چه از نظر الگوی بیماریها و چه از نظر دموگرافیک و الگوی مرگ و میر و عوامل خطر تاثیرگذر بر جامعه و فرد و سـلامت او اتفاق افتاده باعث شـده که در وظایف پزشک و ارتباط او با بیمار ودر نتیجه نوع آموزش او تغییرات فراوانی داده شود.

نیاز و تقاضای مردم نیز در ارتباط با وظایف و اهداف پزشکی کاملا تغییر پیدا کرده و جامعه به تربیت نوع جدیدی از پزشک که متناسب با نیازهای فرد و جامعه بوده و مهارت های لازم برای رویارویی با این تغییرات را داشته باشد نیاز فراوان دارد.

محیط بالینی به عنوان یک محیط مهم برای یادگیری در برنامه‌های آموزش حرفه ای بهداشت و درمان شناخته شده است.

به طور سنتی، یادگیری اساسا به عنوان یک ویژگی نهادهای آموزشی رسمی شناخته شده است. اما امروزه اکثر برنامه‌های آموزش حرفه ایی مراقبت بهداشتی، تاکید زیادی روی آموزش بالینی دارند. در آموزش بالینی، هدف این است که دانشجویان دانش، مهارت و نگرش‌های لازم برای آینده کاری حرفه ایی را کسب کنند. بنابراین، این امر که یادگیری پایه ایی در محیط‌های بالینی رخ دهد عمیقا در آموزش حرفه ای مراقبت بهداشـــتی جا افتاده اســـت. در مســـتندات آموزش پزشکی، مفهوم یادگیری در دهه‌های گذشته وسعت داده شده تا فعالیت در محیط‌های گوناگون را دربرگیرد و محیط کار به عنوان یک محیط یادگیری مهم ارتقاء داده شده است.

دیدگاه های اجتماعی فرهنگی در مورد یادگیری در محیط بالینی، مقرون به صرفه بودن آن و مشـــارکت در کار گروهی را تائید می‌کنند. توانایی‌های فردی در محیط بالینی واینکه چگونه افراد برای مشـــارکت در محیط‌های بالینی و کاری شـــرکت کنند اســـاس یادگیری در بالین را تشکیل می‌دهد.

برای دانشجویان پزشکی، یادگیری در محیط بالینی منجر به دسترسی به فعالیت های متنوع در نقش یک عضو حاشیه ای بهداشت و درمان می‌شود وامکان انجام فعالیت های متنوع را فراهم می‌کند.

هدف از این دوره آشنایی دانشجویان با محیط بالینی و تماس با بیمار قبل از شروع دوره بالینی اســت آنها همچنین با وظایف و نقش آینده خود به عنوان یک پزشــک در حیطه طبابت

آشنا خواهد شد. در این دوره دانشجویان می‌آموزند که خصوصیات یک ارتباط مناسب با بیمار چیست.

در این دوره از دانشجو انتظار درمان و تشخیص نمی‌رود بلکه وظیفه دانشجو شنیدن صحبت های بیمار، درک مشکل او، توصیف آن و درک و اجرای اصول برقراری ارتباط با بیمار است. بهتر است در کنار بیماران با افراد سالم نیز ارتباط برقرار شود تا دانشجو با مفهوم سلامتی در کنار بیماری در قالب زندگی حقیقی آشنا شود. این دوره به دانشجویان کمک می‌کند در سالهای اول آموزش پزشکی این دید را پیدا کنند که همزمان با مطالعه متون پایه علمی مشکلات مطرح شده از طرف بیماران را نیز در ذهن داشته باشند و به‌صورت کاربردی و دیدی فراتر از تئوری محض مطالب را فراگیرند.

دوره علوم پایه[1]:

پاتولوژی،فارماکولوژی، فیزیولوژی، میکروبیولوژی، بیوشیمی، آناتومی، علوم رفتاری و سرفصل‌های میان رشته ایی مانند تغذیه و ژنتیک و سالمندان آموزش داده می‌شود.

گردش بالینی[2]:

به تمرین عملی توسط دانشجویان در طول سال های آخر دانشجویی گفته می‌شود.

چرخش یا گردش در همه قسمت های بیمار ستان شامل اتاق عمل، اورژانس و سایر قسمت های مختلف سبب مهارت دانشجو می‌شود.

در طول آموزش بالینی، دانشجویان برای آموزش توسط متخصصین مختلف پزشکی و درمان تحت نظارت پزشکان نیازمند چرخش هستند.

دانشجویان شرح حال، معاینه فیزیکی، نوشتن گزارش پیشرفت بیماری[3] و کمک در پروسیجرهای پزشکی و جراحی را انجام می‌دهند.

ساعات کار به‌صورت تمام وقت است شبیه به رزیدنتها که تمام وقت می‌باشند.

---

[1]-Basic Sciences Courses
[2]-Clinical Rotation
[3]-Write progress note

دانشجویان همچنین ممکن است در تعطیلات آخر هفته مشغول کار یا در دسترس (on call) باشند.

دامنه فعالیت‌های آموزش پزشکی[1]

۱-کنفرانس زنده[2]

۲-برنامه‌های سریال منظم[3] شامل: گراند راند[4]، تومور بورد[5]، مورتالیتی و موربیدیتی[6] و کیس کنفرانس[7]

۳-دوره‌های تکمیلی دانشکده[8]

۴-شرکت در کارگاه‌ها[9]

۵- مابقی موارد شامل: مونوگراف[10]، دورههای ویدیویی[11]، فعالیتهای اینترنتی[12] و ژورنال[13]

نیازمندیهای گرفتن مدرک[14]

دانشجویان پس از تکمیل کوریکولوم آکادمیک و شرکت در تجربیات عملی در هفت زمینه ذیل لازم است شایستگی لازم را جهت دریافت مدرک دکتری پزشکی کسب نمایند:

۱-مراقبت از بیمار[15]: دانشجویان باید مراقبت از بیمار را با احترام، مهربان، برخورد مناسب و موثر برای درمان مشکلات سلامتی و ارتقاء سلامتی مورد توجه خود قرار دهند.

---

[1]-Scope of medical educational activites
[2]-Live Conference
[3]-Regularly Scheduled Series
[4]- Grand rounds
[5]- Tumor Boards
[6]- Mortality & Morbidity
[7]- Case conferences
[8]- Faculty development courses
[9]- Hands on workshops
[10]- Monographs
[11]- Video courses
[12]- Internet activities
[13]- Journal
[1] - Degree requirements [4]
[15]- Patient care

۲-دانش پزشکی:[1] دانشجویان باید از دانش‌های موجود در زمینه پزشکی، بالینی، اپیدمیولوژیک و علوم اجتماعی-رفتاری آگاهی داشته باشند و به آن عمل کنند.

۳-مهارتهای بین فردی و ارتباطی:[2] دانشـجویان باید مهارتهای بین فردی و ارتباطی را که منجر به تبادل موثر اطلاعات و همکاری با بیماران و خانواده‌های آنها در زمینه‌های مختلف باورها و ارزش‌ها می‌شود را کسب کنند.

۴-همکاری بین رشته ایی:[3] دانشجو باید توانایی برقراری ارتباط با سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی را به شیوه ایی که مراقبت ایمن و موثر بیمار و جمعیت محور را سبب شود کسب کنند.

۵-آموزش عملی وتکمیلی:[4] دانشـجو باید توانایی ارزیابی مراقبت از بیماران، ارزیابی وتحلیل شواهد علمی و بهبود مداوم مراقبت از بیمار را مبتنی بر دانش نشان دهد.

۶- سیستم مبتنی بر عمل:[5] دانشجو باید آگاهی و پاسخ گویی به سیستم مراقبت بهداشتی را کسب نمایید، همچنین توانایی استفاده موثر منابع دیگر درسیستم رابرای ارائه مطلوب مراقبت بهداشتی فراهم کند.

۷-حرفه ایی گری:[6] دانشـجو باید به تعهد خود در انجام مسـئولیتهای حرفه ایی به شـیوه ایی پاسخگو و مهربان و همچنین در پیروی از اصول اخلاقی عمل نماید(۱).

محیط بالینی:

در محیط بالینی شما شروع به فهم و درک مسئولیت حرفه ای دکترها و به کار بستن دانش خود خواهید کرد.بیمارانی که ما با آنها کار می‌کنیم از نظر اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متنوع هستند.

---

[1]- Medical knowledge
[2]- Interpersonal and communication skills
[3]- Interprofessional collaboration
[4]- Practice – based learning and improvement
[5]- Systems- based practice
[6]- Professionalism

دانشجویان برای دیدن طیف وسیعی از بیماریهای مختلف و مشکلات سلامتی که جوامع محلی را مبتلا می‌کنند – شامل بیماران از مراکز شهری، رو ستایی، داخلی و مهاجر در هر دو شرایط بالینی و اجتماعی فرصت خواهند داشت.

ما شـــما را برای گذر ازکلاس درس به محیط بالینی و از دانشـــجویی[1]به حرفه ایی بودن[2] از همان اولین روزهای دوره آماده می‌کنیم. در طول ســـالهای اول و دوم دانشـــجویی جزئیات دانش پایه پزشکی و بالینی و مهارتهای ارتباطی که شما را رازدار و شایسته رسیدگی کردن به بیماران می‌سازد را خواهید آموخت.

در سال های سوم و چهارم و پنجم به صورت کامل و یکپارچه آموزش بالینی را از طرق متدهای مختلف یادگیری با یک اهمیت افزایش یابنده در جهت کسب صلاحیت بالینی تجربه خواهید کرد. این با واگذاری شما به یکی از بیمار ستان های آموز شی و کلینیک واب‌سته به آن آغاز می‌شود جایی که شما به‌صورت روزافزون مهارت های عملی را کسب می‌کنید.

سال آخر یک دوره گذرایی ا ست که شما را برای شروع به کار به‌عنوان دکتر و بعهده گرفتن مسئولیت کامل آماده می‌کند.

تاکید موکد بر دوره کارآموزی بالینی و تلفیق آموزشی از طریق بیماران در بیمارستانهای آموزشی و کلینیک‌های وابسته به مراکز آموزشی درمانی وجود دارد(۲).

جل‌سات بالینی به دان‌شجو اجازه می‌دهد تا مراقبت پز شکی مربوط به مو ضوعات بالینی مرتبط را مشاهده کند و به شما کمک می‌کند تا مهارتهای بالینی خود را توسعه دهد.

دانشـجو در طی سـالهای اول و دوم در بیمارسـتان و تمرینات عمومی[3]با بیماران تماس دارد وبا نحوه گرفتن شـرح حال و معاینه بیمار به‌عنوان بخشـی از دوره پزشـکی بالینی آشـنا می‌شود(۳).

محیط یادگیری بالینی دارای چهار ویژگی مشـخص موثر بر تجربیات یادگیری دانشـجو هسـت که شامل:

---

[1]- Student
[2]- Young professional
[3] - General practice

۱-فضای فیزیکی

۲-فاکتورهای روانی –اجتماعی

۳- فرهنگ سازمانی

۴-مولفه های آموزش و یادگیری

این نگرش‌ها معمولا دستیابی به پیامدهای یادگیری و اعتماد به نفس دانشجو را تعیین می‌کنند. با فهم و درک بهتر ویژگی‌های تشکیل دهنده محیط یادگیری بالینی برنامه‌های آموز شی مراقبت بهدا شت و درمان می‌تواند در ایجاد تجربیات بالینی معنی دار و افزایش آماده سازی دانشجو برای تبدیل شدن به یک پزشک و پرستار حرفه ایی نقش داشته باشد(۴).

اهمیت و نقش محیط بالینی:

محیط‌های بالینی یک عملکرد با اهداف سه گانه را ارائه می‌دهد که عبارتند از:

ا) فراهم کردن مراقبت و ایمنی بیمار

۲) انجام پژوهش‌های بالینی

۳) آموزش متخصصین آینده بهداشت و درمان (۵).

تعریف بیماری و ابعاد آن:

پز شکی مجموعه ای از علم و هنر ا ست. پز شک با بکار گیری عنا صر دانش و مهارت، ایمان و اعتقاد باید این علم و هنر را بکار گیرد.

اصل بنیادی اخلاق پزشکی این است که دانش و مهارت و تجربه یک پزشک باید به شفا دادن انسان بیمار که برای دریافت کمک به پز شک رو می‌آورده ا ست معطوف گردد. فرد بیمار دچار علائم ناراحت کننده است، در عملکرد طبیعی خود با مشکل روبه روست و همراه با آن نگران از دست سلامتی خود و نهایتا جان خویش است، انتظار او این است که پزشک علت علایم ناراحت کننده را م شخص نموده و بیماری معالجه نماید برای پز شک م شکل زمانی پز شک در شیوه درمان خود تنها عضو بیمار یا جسم او را در نظر بگیرد و تنها از مدل تفکر بیماری به‌عنوان مدل زیست پزشکی استفاده نماید.

مدل زیست پزشکی بیماری[1]مدل کلاسیک علمی است و دیدگاهی است که در آن یک پدیده پیچیده به صورت مجموعه ایی از روابط علت و معلولی ساده در سطح بدن و سیستم‌ها و ارگان‌ها و حتی در عصر حاضر در سلولها و ملکولها ترسیم می‌شود با این مدل درمان بسیاری از بیماری ها روند عوامل بیماریزا آسیب‌هایی که انسان و بشیرت را گرفتار کرده بوده است امکان پذیر ساخته است.

در این مدل تمایزی بین بیماری و احساس بیماری وجود ندارد در صورتی که بیماری نتیجه اختلال در سطح سلولی است که به صورت اختلالات بیو شیمیایی، فیزیولوژیک و گاهی اوقات تغییرات آناتومیک در فرد ظهور می‌کند علت زیست پزشکی بیماری در قالب آسیب شناسی و عملکرد دستگاه ها بدن مانند شکستگی استخوان ران، سرطان پستان، تالاسمی، بیماری دیابت خود را نشان می‌دهد.

احساس بیماری[2]یا تجربه ذهنی انسان در مورد ناخوش بودن انسان است. این احساس نقطه مقابل تعریف سلامت است و احساس ناخوش بودن و ناتوانی در انجام اعمال عادی و روزمره است تجربه منحصر به فرد خود شخص است.

شامل نگرانی‌های او، ترس از مرگ، تغییرات در زندگی زناشویی او است. اگر چه بیماری و احساس بیماری در موارد زیادی با هم تداخل دارند ولی بین احساس ذهنی خوب بودن و احساس ذهنی بیمار بودن یک فاصله پیوسته وجود دارد.

گاهی بیماری وجود دارد اما احساس بیماری وجود ندارد مانند فشار خون و گاهی بدون بیماری فرد احساس کسالت و بیماری می‌نماید.

اختلالات روانی و اجتماعی و خانواده می‌تواند بدون وجود اشکال جسمی خاص احساس بیماری در فرد به وجود آورد.

درک مفهوم بیماری در یک بیمار خاص و معکوس کردن روند بیماری در وی نه تنها به ارزیابی دقیق وضعیت زیستی (فیزیکی و شیمیایی) بدن وی دارد بلکه بررسی وضع روانی، اجتماعی وی بسیار ضروری است مدل زیستی، روانی، اجتماعی بیماری بر این مبنا ست که بیماری به

۱- Disease
۲- Illness

وسیله عوامل بیماریزایی خاص ایجاد می‌شود، هر فرد خاص مجموعه ایی از عوامل مستعد کننده را دارد.

یک فرد با مشخصات بیولوژیک خاص به دنیا می‌آید. با عوامل ژنتیک و شرایط زندگی جنینی، خصوصیات مشخص نتیجه تداخل عوامل بیولوژیک تجربیات و تکامل هستند.خصوصیات بیولوژیک مانند هوش استعداد، واکنش‌های رفتاری و مکانیسم‌های دفاعی روانی، علاوه بر آن توانایی تطابق با محیط از اهمیت خاصی برخوردار هستند.

نقش سن، جنس، عوامل فرهنگی، مذهب، قومیت عوامل اقتصادی و اجتماعی (شغل، تحصیلات و موقعیت اجتماعی اقتصادی) را نیز نباید نایده گرفت.

تداخل عمل دائمی بین فرد و محیط اطراف او موجود است که گاهی موجب استرس شده و گاهی نقش محافظ دارد و گاه نیز همزمان هر دو حالت را دارا می‌باشد.این نقش در مورد وقایعی کم وزنی، آرتریت، الکلیسم، بیماریهای قلبی به‌خوبی دیده شده است.

حمایت پزشک و خانواده باعث تسریع در روند بهبودی می‌شود. در این مدل پزشک روح و جسم را به عنوان مقوله مجزا در نظر نمی‌گیرد. اگر پزشک آگاهانه نقش عوامل اجتماعی و روانی را در نظر نگیرد این عوامل خودبخود مطرح خواهد شد ونتیجه آن به‌خوبی در روند بیماری و عاقبت بیماری کاملا روشن است.

حمایت اجتماعی از طرف پزشک و خانواده به عنوان یک عامل مهم حمایت خارجی عمل می‌کند که می‌تواند به کمک مکانیسم‌های تطابقی فرد برای مقابله با استرس‌ها و فاکتورهای خطر به‌خوبی بکار گرفته شود و در برابر حوادث مختلف نقش موثری در توانایی فرد برای روبرو شدن با آن‌ها ایفاد کند.

عوامل مربوط به بیمار:

فرد بیمار جزیی از یک مجموعه بزرگتر یعنی خانواده است. خانواده‌های متعدد یک جامعه را تشکیل می‌دهند و جوامع مختلف در ارتباط با یکدیگر هستند. تغییر در هر کدام از این اجزا بر روی سایر اجزا تغییرات غیرقابل اجتنابی ایجاد خواهد کرد. لذا هنگام بررسی مشکل یک بیمار نباید تنها بررسی را به فرد بیمار محدود کرد، بلکه باید او را در قالب محیط اطراف و جزئی از

خانواده و جامعه دید. با این دید عوامل بسیاری بر بیماری تأثیر می‌گذارند که میتوان آنها را به دو بخش تقسیم کرد:

الف) عوامل مربوط به بیمار

ب) عوامل مربوط به محیط اطراف بیمار

در این نگرش فرد بیمار به عنوان هسته مرکزی است و عوامل مربوط به محیط در اطراف وی قرار دارد.

فرد بیمار تحت تاثیر سه گروه از عوامل مختلف قرار دارد:

۱-عوامل ارثی: زمینه ارثی و ژنتیک هر فرد می‌تواند فرد مبتلا را مستعد ابتلا به بیماری های خاصی نماید. برای مثال بعضی بیماری ها از جمله سرطان های روده بزرگ و سرطان شبکیه چشم زمینه ارثی دارند.

۲-شخصیت بیمار: شخصیت بیمار هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم در ابتلا به بیماری ها دخیل است. تیپ شخصیت بیمار به‌صورت مستقیم از طریق افزایش استعداد ابتلا به بیماری هایی مانند بیماریهای قلب و عروق در تیپ شخصیتی اثر دارد. تمایل بیمار برای مراجعه به پزشک در مواقع بروز بیماری یا رعایت توصیه‌های پزشکی به طور غیر مستقیم تحت تاثیر شخصیت اوست.

۳-طبقه اجتماعی: عضویت در طبقات اجتماعی مختلف می‌تواند عامل خطر برای بعضی بیماریها باشد. بعضی بیماریها مانند کمبودهای تغذیه ای، سرطان گردن رحم عمدتا طبقات اجتماعی پایین را گرفتار می‌کنند. از طرف دیگر چاقی که عامل خطر بیماریهای از جمله بیماریهای قلب و عروق است در طبقات مرفه اجتماعی بیشتر دیده می‌شود.

عوامل مربوط به محیط بیمار:

همان گونه که ذکر شد در بررسی بیماری باید علاوه بر فرد بیمار باید به محیط پیرامون وی نیز توجه داشت. این عوامل نقش مهمی در استعداد ابتلا به بیماری، پاسخ به درمان، توانایی شروع و ادامه درمان، پیشگیری از بیماریها و .... دارند.

عواملی که در پیرامون بیمار باید مد نظر باشد عبارتند از:

۱-عوامل اقتصادی-اجتماعی:سطح رفاه عمومی عمومی و وضعیت اقتصادی جامعه اثر مهمی در بروز و طرز برخورد با بیماری دارد. میزان سهم حیطه سلامت از بودجه عمومی در جامعه، سهم امور مربوط به سلامت از بودجه خانوار، پوشش بیمه‌ها، شغل عمده مردم منطقه بسیار مهم است. در منطقه فقیر نشین برخورد با بیماری با یک منطقه مرفه نشین متفاوت است. برای مثال در برخورد با یک بیمار مبتلا به کم خونی ناشی از فقر آهن در یک بیمار که قادر به تامین معاش روزانه خود و خانواده‌اش نیست. توصیه به مصرف روزانه جگر و گوشت قرمز باید با مواد غذایی ارزان قیمت حاوی آهن که در منطقه موجود است جایگزین شود.

۲-شرایط فرهنگی و عادت های اجتماعی: بعضی مناطق دارای شرایط فرهنگی خاصی هستندد که به صورت عامل مستعد کننده برای بیماری های خاص عمل می‌کنند. برای مثال شستن دست بعد اجابت مزاج و یا نپوشیدن کفش یا شستن غیر صحیح سبزیجات در بعضی مناطق باعث شیوع بیماری های انگلی می‌شود.

۳-محیط فیزیکی و محل سکونت بیمار: شرایط محیط سکونت از نظر نور و روشنایی، آب آشامیدنی سالم، سرو صدا، دفع بهداشتی فاضلاب و زباله، رعایت نکات ایمنی در منزل، تراکم جمعیت در هر خانوار باید مد نظر قرار گیرد.

۴-وضعیت خانواده و حمایت آنها از وی: جمعیت بالای خانوار، فقدان پدر، مادر یا هر دو، چند شغله بودن پدر و مادر، کم سوادی و بی سوادی والدین، اعتیاد در خانواده، وجود فرزند معلول جسمی یا ذهنی در خانواده در حمایت خانواده موثر هستند.

بنابراین عوامل بسیاری در ابتلا به بیماری موثر است و باید در برخورد با بیمار مد نظر باشد.

یک مدل ساده برای مصاحبه با بیمار:

این یک مدل ساده برای ساختار مصاحبه است که شامل سه بخش معارفه، بخش میانی یا کاووش برای شرح حال بیمار و بخش پایانی بوده و به دانشجو در انجام موفق مصاحبه کمک می‌کند.

دانشجو قبل از شروع مصاحبه باید با این مدل آشنا بوده و آنرا در حین مصاحبه در اختیار داشته باشد. ولی در حین انجام کار توجه او باید معطوف به بیمار باشد و از نگاه کردن زیاد به راهنما خودداری کند.

۱-معارفه:

-در ابتدا دانشجو باید خود را به بیمار معرفی کند و مطمئن شود که آن شخص همان بیماری است که قرار است با او مصاحبه کند.

- دانشجو باید به بیمار بگوید که او یک دانشجوی سال چندم پزشکی است و این اولین دوره ایست که مستقیما با بیماران مصاحبه می‌کند و این مصاحبه بدین منظور است که توانایی او در برخورد با بیماران افزایش یابد.

-رضایت و اعتماد بیمار برای مصاحبه جلب شود و به او گفته شود که اطلاعاتی که می‌دهد تنها در اختیار سایر پزشکانی که در ارتباط با او هستند قرار خواهد گرفت. در ضمن مدت مصاحبه نیز به وی گفته شود.

-به بیمار بگوید که وظیفه او در آن روز این است که با یک بیمار مصاحبه کند، علت مراجعه او به آن مرکز را دریابد و بیاموزد که چگونه این کار را انجام دهد تا بیمار احساس راحتی داشته باشد.

۲-شرح حال بیمار:

-از بیمار علت مراجعه او به آن مرکز سوال شود.

-به بیمار بگوید که مایل است داستان بیماری او را از آغاز بشنود: «آیا ممکن است چگونگی شروع مشکلی که باعث مراجعه شما به پزشک شده را تشریح کنید و بگویید در حال حاضر وضعیت بیماری شما چگونه است؟»

-با بیان عباراتی خود را علاقمند به صحبتهای بیمار نشان داده و او را تشویق به ادامه سخنانش کند: «بعد چه اتفاقی افتاد؟ می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟»

-مطمئن شود که تجربه بیمار از بیماریش را کشف کرده: «این بیماری چه اثری روی زندگی شما داشته است؟» همچنین احساس بیمار از بیماریش را ارزیابی شود.

-در مورد تجربه حـ ضور در بیمار ستان در بیماران بـ ستری و اثرات آن بر زندگی ایـ شان سوال شود.

وقتی بیمارداستان بیماریش را به اتمام رساند از او تشکرکرده و از او سوال کند آیا می‌تواند چک کند که سه مطلب زیر را متوجه شده است:

-«آیا می‌توانم چک کنم که همه نشانه و مشکلاتی که شما در حال حاضر دارید و تمایل دارید در آن زمینه به شما کمک شود را متوجه شده ام؟»

-و سپس «آیا می‌توانید به من بگویید چه چیزی ذهن شما را مشغول کرده و باعث نگرانی شما شده است؟»

-«انتظار دارید دکتر برای کمک به شما امروز چه کاری انجام دهد؟ و در صورت بـستری بودن بیمار، تجربه بـستری شدن شبیه چیست؟ چه چیزی باعث بهتر شدن این تجربه بـستری شما می‌شود؟»

۳-پایان:

-از بیمار سوال شود: «آیا شما سوالی ندارید؟»

-سوال از بیمار در مورد چگونگی برقراری ارتباط در مصاحبه و نکات مثبت و منفی آن و گرفتن پسخوراند کمک کننده است.

-از بیمار صمیمانه تشکر شود.

عوامل زیر می‌تواند باعث عدم همکاری بیمار و بازگو نکردن مشکلات شود:

-اعتقاد به اینکه نمی‌توان کاری انجام داد: گاهی بیمار تصور می‌کند بیماری غیر قابل درمانی دارد به خصوص در مواردی که پس از مراجعه به پزشکان متعدد مداوا نشده است. لذا فکر می‌کند صحبت کردن در مورد مشکل اتلاف وقت است و از آن پرهیز می‌کند.

-عدم تمایل به اینکه احـ سا ساتی به نظر بر سد. بیمار با بیان احـ ساس واقعی خود به خـ صوص وقتی ناخوشایند و غیر معمول باشد، ممکن است احساس حقارت و ضعف کند.

-اعتقاد به اینکه گفتن این مسائل صحیح نیست. بعضی افراد تابوهایی دارند که بیان آن را حتی برای پزشکشان مشکل می‌کند. بسته به فرهنگ هر جامعه این تابوها متفاوت است. البته گاهی

نیز فردی است. مسائل مربوط به امور جنسی یا بیماری های ناحیه تناسلی در این دسته قرار می‌گیرند.

-رفتار بلوک کننده پزشک: گاهی پزشک در شروع رابطه قادر به جلب اعتماد بیمار نیست یا در حین مصاحبه با رفتار یا گفتار خود موجب اختلال در مصاحبه می‌شود. تعدادی از این موارد در ادامه بحث آورده شده است.

-نگرانی از آشکار شدن ترسش در مورد وضعیت سلامتیش. بیمار این ترس را نشانه ضعف می‌داند، لذا مایل نیست آشکار شود و بدین منظور از برقراری ارتباطی که منجر به این امر شود اجتناب می‌کند(۶).

منابع و ماخذ:

1-new york medical college /touro college.https://www.nymc.edu/school-of-medicine-som/som-academics/clinical-programs/early-clinical-experience.

2-Dr Arpana Verma/MBChB. The university Manchester.Early clinical experience. [www.bmh.manchester.ac.uk]

٣-Student placements.Medicine university of Southampton. Student placements(developing clinical skills).www.southampton.ac.uk

٤-Elizabeth A.Flott EdD(c) RN،Lois Linden EdD RN.The clinical learning environment in nursing education:a concept analysis. [Wiley online library].December 2015;https://doi.org/10.1111/jan.12861.

5-Matilda Liljedahl.On learning in the clinical environment. Published by Karolinska Institutet،Stockholm،Sweden. Printed by Eprint AB 2016.

۶-دکتر سوسن پارسای، دکتر محمدعلی حیدرنیا، دکتر اصغر کلاهی و سایر همکاران. تماس زود رس با بیمار (۱). بهمن ۱۳۹۵.

فصل هفتم

آشنایی با محیط بالینی و مواجهه زودرس(۲)

دکتر حمید هنرپیشــه، عضــو هیأت علمی دبیرخانه شــورای آموزش پزشــکی عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. آشنایی با اهمیت تألیف در محیط بالینی
۲. آشـــنایی با نقش مواجهه زودرس در بالین جهت درک بهتر دانشجویان برای گذراندن مقاطع دوره پزشکی

مقدمه

بلعیدن باطری دکمه ای

در یک میهمانی خانوادگی ناگهان خانم میزبان سراسیمه به سالن پذیرایی می آید و می گوید به نظرش یکی از کودکان که در حال بازی با اسباب بازی بوده است، چیزی از اسباب بازی ها را بلعیده است. یکی از کودکان هم‌بازی می گوید چند سکه هم اطراف وی است. شاید یکی از آن ها را بلعیده باشد. نگاه مملو از سوال و انتظار همه به طرف شما به عنوان دانشجوی پزشکی برمی گردد. هرکس چیزی می گوید. از شما درخواست کمک می کنند. چه چیزی به ذهن شما می رسد؟

به عنوان یک دانشجوی پزشکی همه آنچه به ذهن شما می رسد در ارتباط با مباحث و دروس پزشکی است.

یک سوال اصلی و مهم این است که: "*این موضوع مربوط به کدام درس است؟* ". اما به طور طبیعی با توجه به اینکه دانشجوی سال اول یا دوم پزشکی هستید در این رابطه سوالات زیادی به ذهن شما می رسد که ناشی از نگرانی است و یا ذهن شما در جستجوی پاسخ پیش می رود. اما کماکان این سوال ذهن شما را به چالش می کشد: *این موضوع مربوط به کدام درس است؟*

به یاد درس آناتومی می افتید. به راستی آناتومی حلق و مری چه شکلی است؟ آیا ممکن است پیل دکمه ای در تنگی های مسیر مری بماند؟ چگونه ممکن است باطری در مری یا راه هوایی بماند؟ "پاسخ این سوال را باید در درس فیزیولوژی حلق و مری پیدا کنم." اصلاً آیا ممکن است باطری در مری بماند؟ باطری سکه ای چه شکلی است؟ اندازه باطری سکه ای نسبت به قطر مری کودک چقدر است؟ خوب، بخشی از این ها اطلاعات عمومی و بخشی دیگر مربوط به آناتومی است. اگر باطری در مری بماند و به دیواره مری بچسبد، کدام لایه های دیواره مری ممکن است از پیل دکمه ای آسیب ببینند؟ این اطلاعات مربوط به درس بافت شناسی است. خواص فیزیکی شیمیایی باطری چه خطری می تواند برای کودک داشته باشد؟ باید پاسخ این سوال را در درس آسیب شناسی پیدا کنم. شاید و باید در بعضی از درس های بعدی که هنوز نگذرانده ام پاسخ سوالات مهم‌تری را در این رابطه جستجو کنم. مثل اینکه: "اگر کاری نکنم چه آسیبی به کودک خواهد رسید؟" در درس های آسیب شناسی پزشکی،

"نکند مادر از اضطراب دچار مشکل شود؟ برایش چه کار کنم؟ "در مباحث فوریتهای پزشکی، "آیا شرایط خطرناک است؟ چقدر؟" در درس های طب اورژانس و اورژانس های کودکان و ..... این گفتگوی درون ذهن شما ادامه دارد و نشانه های اولیه مهارت تفکر انتقادی و جستجوگر ذهن شماست.

ناگهان به نظرتان می رسد ابتدا باید چیزهایی بدانید که نیازی به خواندن و یادگیری مطالب درسی ندارد. موضوع برای شما هنوز مبهم است. چیزهایی باید روشن شود. مثل پاسخ این پرسش ها که به ذهن شما می رسند: "کدام کودک و چه زمانی باطری را قورت داده؟ و چرا؟" و همچنین "کودک چند سال دارد؟"، "آیا واقعاً کودک باطری را قورت داده؟" این ها چیزهایی است که با پرسش های ساده از اطرافیان شما مشخص می شود. البته این همان چیزهایی است که در درس های "شرح حال گرفتن" به صورت نظام مند روی آن تأکید می کنند. پاسخ به این سوالات تصویر بالینی مشخصی به شرح زیر در ذهن شما ایجاد می شود:

در یک میهمانی خانوادگی ناگهان خانم میزبان سراسیمه به سالن پذیرایی می آید و می‌گوید به نظرش پسر بچه ۴ ساله ای در حالی که از حدود یک ساعت پیش در حال بازی با اسباب بازی بوده باطری یکی از اسباب بازی ها را بلعیده است، زیرا در محل باطری اسباب بازی باز است و باطری در اطراف نیست. مادر کودک بسیار مضطرب و از خود بی خود می شود. یکی از کودکان هم بازی او می گوید چند سکه هم اطراف وی بوده، شاید یکی از آن ها را بلعیده باشد. همگی هراسان و نگران از شما درخواست کمک می کنند. کودک ناخوش به نظر می رسد. ناگهان مادر بزرگ می گوید یک قاشق عسل بدهید.

شما به عنوان دانشجوی پزشکی در آن جمع تنها کسی هستید که اطلاعات پزشکی دارید. نگاه مملو از سوال و انتظار همه به طرف شما برمی گردد و پدر کودک با نگرانی و امید می پرسد: « دکترجان چکار کنیم؟! »

یک مشاهده ساده از درس های "معاینه" حتی پاسخ سوال پیچیده و مهم تری را می دهد. مانند: "آیا باطری وارد مری شده یا وارد نای شده است؟"

اسلایدهای آموزشی تحت عنوان "ECE-Honey in BB" شامل ۲۳ اسلاید برای استفاده در مبحث "مواجهه زودرس با بالین" در درس آداب پزشکی۴ تهیه شده و به همراه "درسنامه ملی آموزش آداب پزشکی در اختیار اعضای محترم هیات علمی و دانشجویان عزیز پزشکی قرار می گیرد. تلاش شده است با پویانمایی مناسب جوانب مختلف اثرات راهبردی مواجهه زوردرس با بالین در آموزش کلاسی بررسی و گزارش یک مورد بالینی[۲] گنجانده شود.

اسلاید ۱:

موضوع یک گزارش موردی از مواجهه زودرس یک دانشجوی پزشکی با کودکی است که یک باطری[۳] اسباب بازی بلعیده است.

اسلاید ۲:

فضای ذهنی یک دانشجوی پزشکی سال اول دوره دکترای پزشکی با پرسش هایی که در ارتباط با موضوع و درس های مرتبط به ذهن او می رسد تجسم می شود.

اسلاید ۳:

شرح مختصری از شرایط مواجهه زودرس یک دانشجوی پزشکی با کودکی است که یک باطری[۴] اسباب بازی بلعیده است.

اسلاید ۴:

بخشی از گزارش آمار و اپیدمیولوژی بلعیدن باطری دگمه ای توسط کودکان برگرفته از یک مقاله آموزش مداوم پزشکی ایالات متحده آمریکا و سوالات مرتبط با آن

اسلایدهای ۵ و۶ :

بخش هایی از مقاله بلعیدن باطری دگمه ای، کاربرد عسل در پیشگیری از عوارض آن و سوالات مرتبط با آن

اسلاید ۷:

---

[۱]- Early clinical experience (ECE) - Honey in Button Battery ingestion

[۲]- Clinical case report

[۳] - **باطری های دیسکی/ سکه ای/ دکمه ای/ ساعتی/ اسباب بازی/ ماشین حساب/ سمعک**

[۴] - **باطری های دیسکی/ سکه ای/ دکمه ای/ ساعتی/ اسباب بازی/ ماشین حساب/ سمعک**

نتایج مطالعه و بررسی بیماران کودکانی که به علت بلع باطری های دیسکی طی سال-های ۱۳۹۰- ۱۳۸۶ به بیمارستان مرکز طبی کودکان تهران ارجاع شده بودند.

اسلاید ۸: بافت شناسی و پاتولوژی بالینی اثر بلعیدن باطری دگمه ای بر روی دیواره مری

اســـلایدهای ۹:خواص فیزیکی شـــیمیایی باطری دگمه ای در ارتباط با درس فیزیک پزشـــکی برگرفته از یک مقاله علمی.

اسلاید ۱۰: تاثیر خواص فیزیکی شیمیایی باطری دگمه ای بر دیواره مری در ارتباط با درس پاتولوژی بالینی برگرفته از یک مقاله علمی

اسلاید ۱۱: بافتار دیواره مری

اسلاید ۱۲: آناتومی دیواره مری

اسلاید ۱۳: تنگی های مری

اسلاید ۱۴: هیستولوژی دیواره مری- ساختارهای عامل و مانع حرکت پیل/ لقمه را در طول مری

اسلاید ۱۵: فیزیولوژی بلع.

اسلاید ۱۶:موارد مصرف عسل در طب سنتی و تاریخ پزشکی

اسلاید ۱۷:تاریخچه مصرف عسل در طب

اسلاید ۱۸: تشخیص افتراقی بلع سکه از پیل ساعتی در تصویر رادیولوژی و لوازم لارینگوسکوپی

اسلاید ۱۹: عوارض بلع باطری دگمه ای.

اسلاید ۲۰: اداره بیمار کودک در بلع باطری سکه ای

اسلاید ۲۱: اقدامات اورژانس در بلع باطری سکه ای

اسلاید ۲۲: آیا این یک مواجهه زودرس واقعی با بالین بود؟ چرا؟

راهنمای اعضای محترم هیئت علمی

مواجهه زودرس با بالین[۱]

وقتی پزشک دانشجو (دانشجوی پزشکی) در مواجهه زودرس بالینی قرار می گیرد چه اتفاقی می افتد؟

دانشـــجوی پزشـــکی حقیقت زندگی را در تماس با واقعیت های بالین تجربه [۲]می کند. به طور معمول اطلاعات لازم اما نه بیش از حد مورد نیاز یک مورد یا چند مهارت بالینی خاص در اختیار دانشجو قرار می گیرد. البته لازم است گستره بسیار وسیع تری از جوانب نگرشی مرتبط با مورد یا مهارت بالینی مورد گفتگو، تحلیل و برر سی قرار گیرد. مورد یا مهارت بالینی مواجهه زودرس با بالین می تواند در کلاس، بیمارســـتان و یا جامعه آموزش داده شـــود. اهداف ویژه اصـــلی در مواجهه زودرس با بالین که باید مورد توجه قرار گیرند عبارتند از: تماس دانشـــجو با واقعیات بالین[۳]، تقویت مهارت های ارتباط موثر[۴]، ســـازگاری ذهن[۵]دانشـــجو با محیط بالینی، شـــناســـایی و پذیرش هویت و نقش پزشـــک دانشـــجو[۶] و آغاز مســـئولیت پذیری اجتماعی[۷]. بازخوردهای متناسب در ارتباط با این اهداف باید به دانشجو داده شود. لازم است فعالیت های آموز شی به صورت م شارکت[۸]در انجام یک یا حداکثر چند کارعملی بالینی[۹] و پر سش و پا سخ گزارش موردی[۱۰]طراحی و اجرا شود. تو صیه می شود در ا ستفاده از راهبرد آموز شی مواجهه زودرس بابالین حتماً از روش بازاندیشی و تامّل بر تجارب[۱۱]استفاده شود .

---

[۱]-Early clinical exposure (ECE)
[۲]-Early clinical experience
[۳]- Clinical reality contact
[۴]- Effective communication skills
[۵]- Cognitive rapport
[۶]- Student physician role identification
[۷]- Social responsibility initiation
[۸]- Participation
[۹]Practical procedures
[۱۰]- Case report
[۱۱]- Reflection and experiential learning

یکی از مهمترین اثرات مواجهه زودرس با بالین آغاز مهمترین فرایند فراگیر در ذهن دانشجوی پزشـکی اسـت و آن ادغام[1] اسـت. **ادغام در آموزش پز شکی عبارت ا ست از: ا ستفاده از اطلاعات و دانش نظری مرتبط[2] با موضـــوع و دروس مختلف در کار بالینی در ز مان ضرورت**. این فرایند و مهارت ذهنی در همه فعالیت های آموزشـی بالینی دانشـجو و در همه دوران کار حرفه ای پزشکی ضروری است. پزشک دانشجو لازم است از آغاز دانشجویی تا پایان عمر بتواند این کار را با مهارت انجام دهد. ارتباط منطقی ادغام مطالب آموزشـــی از درس های مختلف در طول دوره نقش محتوای ضروری[3] را بر روی زمینه بالینی[4] معنا دار می کند.

اسلاید ۱ :

---

[1]- Integration
[2]- Relevant knowledge and information
[3]- Core content
[4]- Clinical context

اسلاید ۲:

شکایت اصلی بیمار چیست؟ بیمار کیست؟ مشکل به صورت مشخص چیست؟ با توجه به اینکه به قورت دادن باطری سکه ای اسباب بازی مشکوک هستید، اولین اقدام اورژانسی شما طبق راهنمای بالینی چیست؟

در یک میهمانی خانوادگی ناگهان خانم میزبان سراسیمه به سالن پذیرایی می آید و می گوید به نظرش پسربچه ۴ ساله ای درحالیکه از حدود یک ساعت پیش در حال بازی با اسباب بازی بوده باطری یکی از اسباب بازی ها را بلعیده است زیرا در محل باطری اسباب بازی باز است. مادر کودک بسیار مضطرب می شود وازخود بیخود می شود. یکی از کودکان همبازی او می گوید چند سکه هم اطراف وی بوده، شاید یکی از آن ها را بلعیده باشد. همگی هراسان و نگران از شما درخواست کمک می کنند. کودک ناخوش به نظر می رسد. مادربزرگ می گوید یک قاشق عسل بدهید.

شما به عنوان دانشجوی پزشکی در آن جمع تنها کسی هستید که اطلاعات پزشکی دارید. نگاه مملو از سوال و انتظار همه به طرف شما برمی گردد و پدر کودک با نگرانی، امید و ناراحتی از شما می پرسد: «دکترجان چکار کنیم؟!»

مدیریت تغییر برنامه درسی ملی دوره دکترای پزشکی عمومی- پیاده سازی برنامه ملی آموزش پزشکی عمومی
دکترحمیدهنرپیشه- عضو هیات علمی دبیرخانه شوراهای علوم پزشکی- معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
h.honarpisheh@behdasht.gov.ir dr.honarpishehh@gmail.com

بازگشت

اسلاید ۳:

Infants and children who swallow BBs can rapidly develop caustic esophageal injury, with significant associated morbidity and mortality. In the United States, more than 3000 BB ingestions are reported annually, with a ۵.8-fold increase in major injuries and a ۱۲.۵-fold increase in deaths in ۲۰۰۶ to ۲۰۱۷ compared with ۱۹۹۴ to ۲۰۰۵. The ۳V-CR۲۰۳۲ BBs are shiny, resemble candy, have a metallic taste, and cause a tingling sensation on the tongue, appealing to a toddler's curiosity, and they are large enough to lodge in the esophagus and are sufficiently powerful to cause major complications or death.

Can Honey Help After Button Battery Ingestion?
Authors: News Author: Diana Phillips; CME Author: Laurie Barclay, MD
CME / CE Released: ۲۷/۷/۲۰۱۸
Valid for credit through: ۲۷/۷/۲۰۱۹

- Probably > ۳000 reported cases per year in U.S.
- Button batteries are 6 to 23 mm. in diameter
- Used in calculators, cameras, electronic games, hearing aids, watches, etc.
- Types :
  - Mercuric oxide
  - Manganese dioxide
  - Zinc-air

بازگشت

باطری اسباب بازی کودک چه شکلی است؟ آیا واقعاً کودک باطری اسباب بازی را قورت داده؟
چرا کودک باطری اسباب بازی را قورت داده است؟
این اتفاق چقدر شایع است؟
آیا ممکن است باطری در مری یا راه هوایی بماند؟ بزرگی باطری نسبت به اندازه قطر مری چقدر است؟
اگر باطری اسباب بازی وارد مری شده باشد ممکن است به دیواره مری بچسبد؟ در این حالت چه عوارضی ایجاد می کند؟ آیا این یک وضعیت اورژانسی است؟ چرا؟

5/29/2020 2

اسلاید ۴ :

Honey can reduce the risk for serious injury resulting from BB ingestion and should be given as soon as possible and frequently after a battery has been swallowed, research showed. Both honey and sucralfate slowed the discharge of the button battery, neutralized the increased tissue pH at the battery contact site to clinically optimal levels, and protected against deep tissue injury, the authors reported in a study published online June ۱۱ in *The Laryngoscope*.

Can Honey Help After Button Battery Ingestion?
Authors: News Author: Diana Phillips; CME Author: Laurie Barclay, MD
CME / CE Released: ۲۷/۷/۲۰۱۸
Valid for credit through: ۲۷/۷/۲۰۱۹

آیا چسبندگی عسل باعث می شود باطری اسباب بازی به دیواره مری بچسبد و به دیواره مری آسیب بیشتری برسد؟
آیا عسل می تواند بعد از قورت دادن پیل دگمه ای مفید باشد؟
عسل با چه مکانیسمی خطر عوارض خوردن پیل دگمه ای را در کودکان کاهش می دهد؟
چه زمانی باید به کودک عسل بخورانیم؟
روش مصرف آن در این موارد چیست؟
اگر عسل در دسترس نبود، باید چکار کنیم؟
چه شواهد و مطالعاتی برای این موضوع می شناسید؟

5/29/2020 2

بازگشت

اسلاید ۵:

The optimal dose frequency and volume of honey or sucralfate may be evaluated in future studies, but the frequency and dose used in this study (۱۰ mL or ۲ teaspoons every ۱۰ minutes) are a reasonable benchmark, the authors wrote. In terms of use, they added, "[t]he honey option is meant for home use and meant to be utilized until a child can get to a health care facility; once at a healthcare facility, [sucralfate] can be utilized until BB removal can occur."

Can Honey Help After Button Battery Ingestion?
Authors: News Author: Diana Phillips; CME Author: Laurie Barclay, MD
CME / CE Released: ۲۷/۷/۲۰۱۸
Valid for credit through: ۲۷/۷/۲۰۱۹

Medihoney for wound care

Antibacterial wound gel

روش مصرف عسل در این موارد چیست؟ بعد از مصرف عسل باید چکار کرد؟
آیا در همه موارد می توانیم عسل استفاده کنیم؟ چه شواهد و مطالعاتی برای این موضوع می شناسید؟

"Additionally, a history of contraindicated medical conditions, including severe allergy to honey or [sucralfate] and the age of the child if less than ۱ year due to the small risk for infant botulism associated with honey, should be considered prior to initiating treatment."

5/29/2020 2

بازگشت

اسلاید ۶:

در یک مطالعه توصیفی بررسی بیماران کودکانی که به علت بلع باتریهای دیسکی طی سالهای ۱۳۹۱-۱۳۸۶ به بیمارستان مرکز طبی کودکان تهران ارجاع شده بودند توسط رادیوگرافی و در صورت لزوم انجام آندوسکوپی بررسی شده و طی یکسال از نظر بروز عوارض مورد پیگیری قرار گرفتند.
نتایج: در این مطالعه مجموعا ۸۹ کودک (۵۶ پسر) با میانگین سنی ۵۰/۲±۹۳/۲ سال مورد بررسی قرار گرفتند. ٪۴/۶۷ بیماران در بدو پذیرش فاقد علایم بالینی بودند. شایعترین علامت بیماران در هنگام پذیرش استفراغ (% ۸/۲۵) بود. در ۲۲ مورد باتری در مری گیر کرده بود که در تمامی موارد تحت بررسی آندوسکوپی قرار گرفتند که در ٪۸/۸۱ باتری با انجام آندوسکوپی خارج شده، و ۴ بیمار نیاز به جراحی پیدا کردند. ۱۲ مورد (٪۱۹) از بیمارانی که باتری دیسکی در معده دیده شد نیز، با انجام آندوسکوپی خارج شد و در سایر موراد تنها با پیگیری، به صورت خودبخودی از دستگاه گوارش دفع گردید. شایعترین عارضه تنگی دیررس مری بود که در % ۶/۱۴ از بیماران دیده شد.

بررسی علایم کلینیکی و عوارض بلع باطری دیسکی در کودکان

مقاله ۲، دوره ۵۸، شماره ۸، مهر و آبان ۱۳۹۴، صفحه ۴۲۴-۴۱۷

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

نویسندگان: فاطمه فرهمند[۱]؛ غلامحسین فلاحی[۲]؛ سید مهدی مرعشی[۳]؛ فاطمه غفاری[۴]

آیا ممکن است باطری اسباب بازی در مری گیر کرده باشد؟
آیا ممکن است علیرغم بلع باطری هیچ علامت بالینی در کودک مشاهده نشود؟
شایعترین علامتی که در کودکان پس از بلع باطری اسباب بازی مشاهده می شود چیست؟
آیا می توان باطری را با انجام آندوسکوپی خارج کرد؟ وسایل آندوسکوپی چیستند؟
اگر نتوان باطری را با آندوسکوپی خارج کرد باید چکار کرد؟
اگر باطری وارد معده شده باشد چگونه می توان آن را خارج کرد؟
آیا ممکن است باطری بصورت خود بخودی از دستگاه گوارش دفع شود؟

بازگشت 2020

اسلاید ۷ :

بافت شناسی و پاتولوژی بالینی:
به نظر شما باطری سکه ای پس از بلعیده شدن چه اثری روی مری می تواند بگذارد ؟
باطری سکه ای پس از بلعیده شدن چه اثری روی مری می گذارد؟
کدام لایه های دیواره مری متناسب با اندازه، جنس و مدت زمان ماندن باطری سکه ای چسبیده به دیواره مری آسیب می بیند؟

Infants and children who swallow BBs can rapidly develop caustic esophageal injury, with significant associated morbidity and mortality. In the United States, more than 3000 BB ingestions are reported annually, with a 5.8-fold increase in major injuries and a 12.5fold increase in deaths in 2006 to 2017 compared with 1994 to 2005. The ۳V-CR2032 BBs are shiny, resemble candy, have a metallic taste, and cause a tingling sensation on the tongue, appealing to a toddler's curiosity, and they are large enough to lodge in the esophagus and are sufficiently powerful to cause major complications or death.

Can Honey Help After Button Battery Ingestion?
Authors: News Author: Diana Phillips; CME Author: Laurie Barclay, MD
CME / CE Released: ۲۷/۷/۲۰۱۸
Valid for credit through: ۲۷/۷/۲۰۱۹

مکانیسم (های) اثر باطری بلعیده شده روی مری چیست؟ کدام مکانیسم های فیزیکی و کدام مکانیسم زیست شناختی؟
آسیب ها پس از چه مدت زمان بروز می کنند؟
آیا میزان آسیب پیل بلعیده شده با اندازه پیل ارتباط دارد؟ راستی باطری بلعیده شده چه اندازه بوده است؟
آیا بین اندازه باطری و بروز عوارض جدی ارتباطی شناخته شده است؟
آیا بین نوع یا جنس باطری و بروز عوارض جدی (به ویژه در کودکان) ارتباطی گزارش شده است؟
سوال کاربردی مهم: در چه مواردی از شرایط بالا اقدام فوری ضرورت دارد؟

بازگشت 2020

اسلاید ۸ :

فیزیک پزشکی
باطری دگمه ای/ دیسکی/ سکه ای/ ساعتی

- باطریهای دیسکی، معمولا در ساعت، ماشین حساب، سمعک و دستگاههای کوچک دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱). در تولید باطریهای دیسکی از جیوه، نقره، روی، منگنز، کادمیوم، لیتیوم، اکسید گوگرد، مس، برنج یا استیل به عنوان بخشهای آندی و کاتدی استفاده می‌شود (۲، ۳). در ساخت این باطری ها همچنین از هیدروکسید سدیم یا هیدروکسید پتاسیم برای تسهیل واکنش های الکتروشیمیایی استفاده می‌شود (۴). شایعترین مواردی که توسط کودکان بلعیده می‌شود باطری های حاوی دی‌اکسید منیزیوم، اکسید نقره و اکسید جیوه هستند که همگی دارای الکترولیتهای قلیایی هیدروکسید سدیم یا هیدروکسید پتاسیم بوده، می تواند باعث نکروز حاد میعانی در بافت مخاطی دستگاه گوارش شوند (۵).

- **بررسی علایم کلینیکی و عوارض بلع باطری دیسکی در کودکان**
- **مقاله ۲**، دوره ۵۸، شماره ۸، مهر و آبان ۱۳۹۴، صفحه ۴۲۴-۴۱۷
- نوع مقاله: مقاله پژوهشی
- **نویسندگان:** فاطمه فرهمند[۱]؛ غلامحسین فلاحی[۲]؛ سید مهدی مرعشی[۳]؛ فاطمه غفاری [۴]

بازگشت 2020 2

پاتولوژی بالینی: به نظر شما باطری سکه ای پس از بلعیده شدن چه اثری روی مری می تواند بگذارد ؟
باطری سکه ای پس از بلعیده شدن چه اثری روی مری می گذارد؟

در موارد بلع باطری، آسیب بر اساس ۳ مکانیسم مختلف شامل اثر مستقیم سوزاننده، سوختگی ولتاژ پایین، جریان الکتریسیته بین دو قطب پیل در تماس نزدیک با بافت دیواره مری، نشت محتوای پیل به دلیل محیط اسیدی و ساییدگی جدار پیل(*) و نکروز بافت به دلیل اثر فشاری ایجاد می شود (۹). نکروز میعانی و پرفوریشن حاد حتی طی ۴ تا ۶ ساعت تماس باطری در مری گزارش شده است (۵، ۱۰، ۱۱). معمولا قطر این باطری ها از ۹/۷ تا ۲۳ میلیمتر و وزن آنها از ۱ تا ۱۰ گرم متغیر است (۱۲). در این میان بلع باطریهای دیسکی با **قطر بیش از ۲۰ میلیمتر** بطور معمول باعث بروز مشکلات جدی در کودکان می‌شود (۱). باطریهای سمعک و باطریهای از جنس اکسید جیوه در بررسیهای انجام شده بر اطفال از جمله شایعترین عوامل بوده و کودکان کمتر از ۵ سال به عنوان بیشترین افراد در معرض خطر شناخته شده اند (۳، ۱۳). باطری های دیسکی که در مری می‌چسبند، به علت احتمال ایجاد عوارض کشنده ناشی از تاثیر سریع مواد قلیایی و نکروز فشاری مخاط باید سریعا خارج شوند (۱۴).

بررسی علایم کلینیکی و عوارض بلع باطری دیسکی در کودکان
مقاله ۲، دوره ۵۸، شماره ۸، مهر و آبان ۱۳۹۴، صفحه ۴۲۴-۴۱۷
نوع مقاله: مقاله پژوهشی
نویسندگان: فاطمه فرهمند[۱]؛ غلامحسین فلاحی[۲]؛ سید مهدی مرعشی[۳]؛ فاطمه غفاری [۴]

5/29/2020 بازگشت 10 Kara Wong, HMSIV, Gillian Libermann MD *

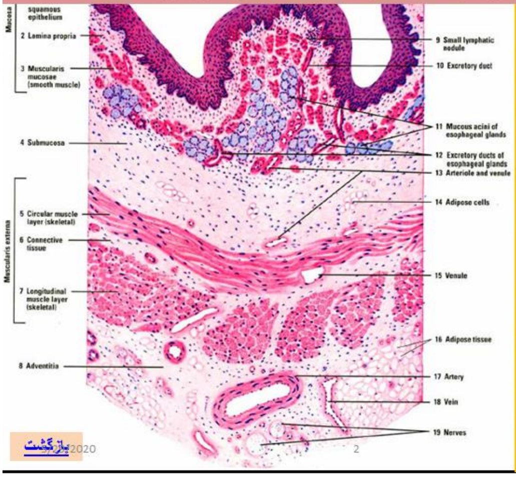
اسلاید ۹ :

اسلاید ۱۰ :

Esophageal Histology

ساختارهای بافتی زیر را در تصویر شناسایی کنید.

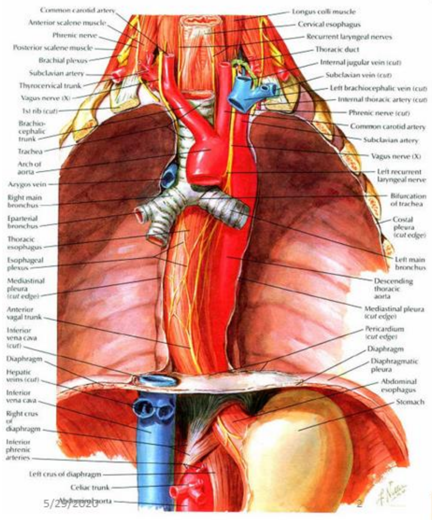
در صورت تاخیر کدام لایه بیشتر احتمال دارد از پیل دکمه ای آسیب ببینند؟



- Mucosa
- stratified squamous, usually non-keratinizing
- muscularis mucosae prominent
- Submucosa: mucous glands
- Muscularis externa
- Adventitia
- loose conn. tissue
- Serosa

بازگشت 5/25/2020 2 11 بازگشت

اسلاید ۱۱ :



Esophageal Anatomy

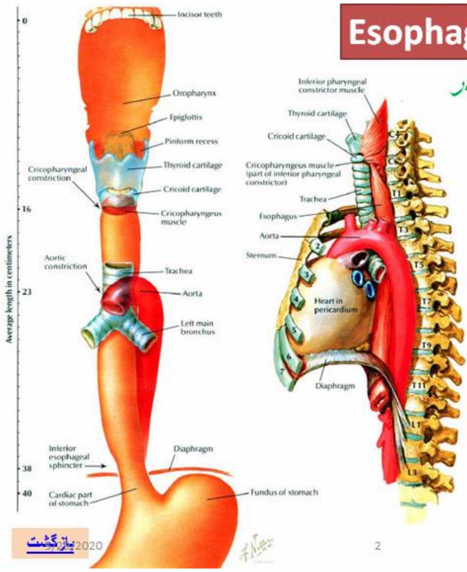
در این رابطه ساختارهای آناتومیک زیر را در تصویر شناسایی کنید.

- Fibromuscular tube about 10” long: C6–T10
- Esophageal plexus (vagus + sympathetics)
- Vagal trunks (anterior & posterior)
- Esophageal hiatus in diaphragm
- Right crus of diaphragm forms a sphincter-like sling

5/25/2020 2 بازگشت 12

اسلاید ۱۲ :

Esophageal Constrictions



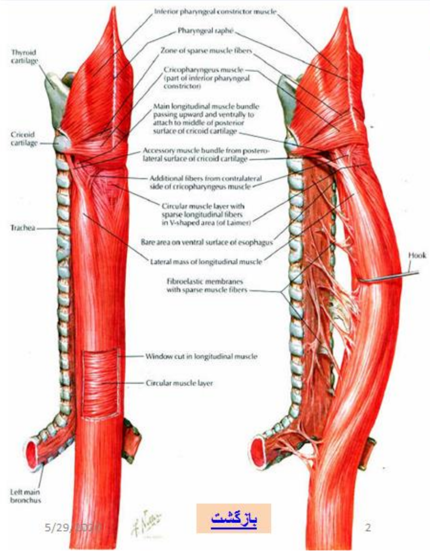
آیا ممکن است پیل دگمه ای در تنگی های مسیر مری بماند؟

ساختارهای مورد نظر را در تصویر زیر شناسایی کنید.

- Superiorly: level of cricoid cartilage, juncture with pharynx
- Middle: crossed by aorta and left main bronchus
- Inferiorly: diaphragmatic sphincter

بازگشت

اسلاید ۱۳ :



Esophageal Histology

ساختارهای عامل و مانع حرکت پیل/ لقمه را در تصویر شناسایی کنید.

- Inner circular & outer longitudinal muscle coats
- All the muscle fibers are actually helical: outer loose helix, inner tight helix
- Not all smooth muscle
- Inferior third smooth
- Superior third skeletal
- Middle third mixed

اسلاید ۱۴ :

Physiology of Swallowing: فیزیولوژی بلع

ساختارهای عامل و مانع حرکت پیل/لقمه در طول مری را در تصویر شناسایی کنید؟

آیا پیل دکمه ای نیز مانند یک لقمه (bolus) با همان مکانیسم در طول مری به طرف معده حرکت کند؟

Swallowing:

Def.

•Swallowing is the transport of food from mouth to stomach

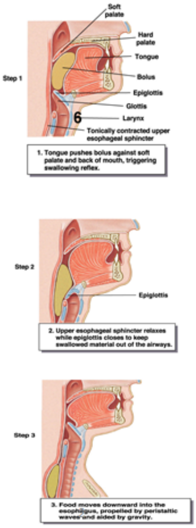
Steps:

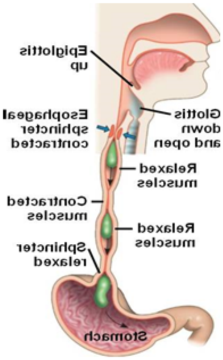
• It consists of 3 **phases or steps;**

1) Buccal Phase: food is pushed back into pharynx from mouth

2) Pharyngeal Phase: food pass through pharynx to esophagus

3) Oesophageal Phase: food pass through esophagus to stomach by peristaltic movements





بازگشت 5/29/2020

15 بازگشت

اسلاید ۱۵ :

SHORT HISTORY OF HONEY IN MEDICINE طب سنتی و تاریخ پزشکی :

چگونه عسل چگونه می تواند بعد از قورت دادن پیل سکه ای مفید باشد؟

کدام مکاتب طب سنتی و مکمل مصرف عسل را توصیه کرده اند؟

The *Koran* says” thy Lord taught the bee to build its cells in hills, on trees and in (men's) habitations..... there issues from within their bodies a drink of varying colors, wherein is healing for mankind (Quran 16:68-69).

The *ancient Maya civilizations* used Melipona (stingless bee) honey in the treatment of cataracts.

Honey in Medicine: A Review
Stefan Bogdanov
Bee Product Science, www.bee-hexagon.net 2017

5/29/2020 2 16

Stefan Bogdanov, Bee Product Science, www.bee-hexagon.net 2017 بازگشت

اسلاید ۱۶ :

SHORT HISTORY OF HONEY IN MEDICINE: عسل در گذشته پزشکی
عسل چگونه می تواند بعد از قورت دادن پیل سکه ای مفید باشد؟

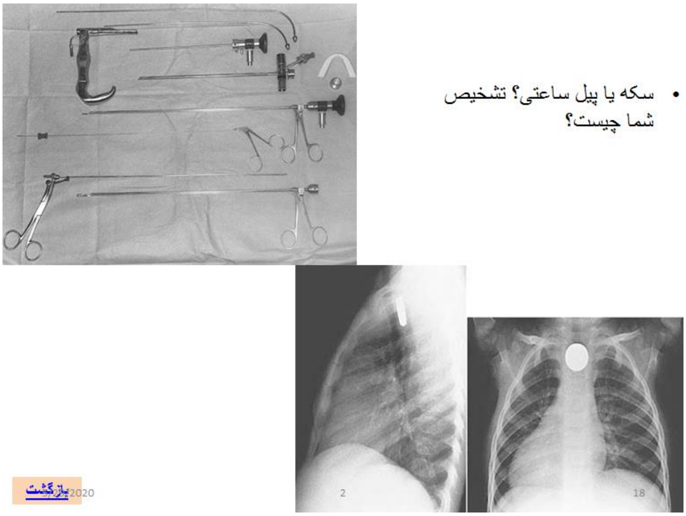
Bioactivity of honey	Suggested Rationale
Prevention of cross-contamination	Viscosity of honey provides a protective barrier
Provides a moist wound healing environment	Osmolarity draws fluid from underlying tissues
Dressings do not adhere to wound surface. Tissue does not grow into dressings	The viscous nature of honey provides an interface between wound bed and dressing
Promotes drainage from wound	Osmotic outflow sluices the wound bed
Removes malodor	Bacterial preference for sugar instead of protein (amino acids) means lactic acid is produced in place of malodorous compounds
Promotes autolytic debridement	Facilitates the autolytic action of proteases
Stimulates healing	Stimulation of cytokine production[131]
Anti-inflammatory	Number of inflammatory cells reduced in honey-treated wounds Prevents cutaneous inflammation by honey flovonoids[91]
Managing infection	Antiseptic properties found to be effective against a range of microbes including multi-resistant strains
Increases immune reaction	Effect of lipopolysacharides and apalbumine 1 and 2[64]
Promotes pain relief and epitelisation	Analgetic effect of honey [88]
Regulates oxidative stress in the wound	Inhibition of reactive oxygen species production by activating polymorphonuclear neutrophils[154]
Inhibits adhesion of bacteria in wound	Antiadhesive properties against wound pathogens[90]
Eliminates bacterial infection of wound	Due to antibacterial and bactericidal effects it kills quickly all bacterial with little danger of development of resistant strains

Honey in Medicine: A Review
Stefan Bogdanov
Bee Product Science
www.bee-hexagon.net 2017

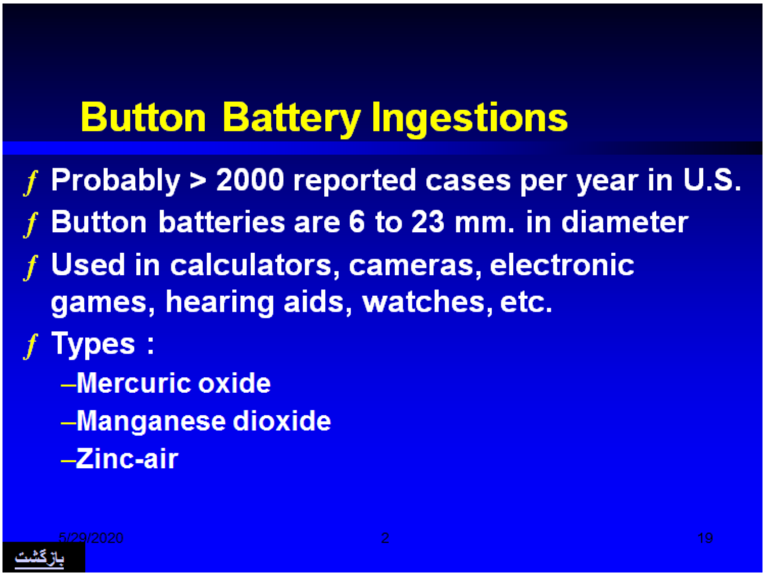
A traditional medicine branch, called apitherapy, has developed in recent years, offering treatments based on honey and the other bee products against many diseases.

بازگشت

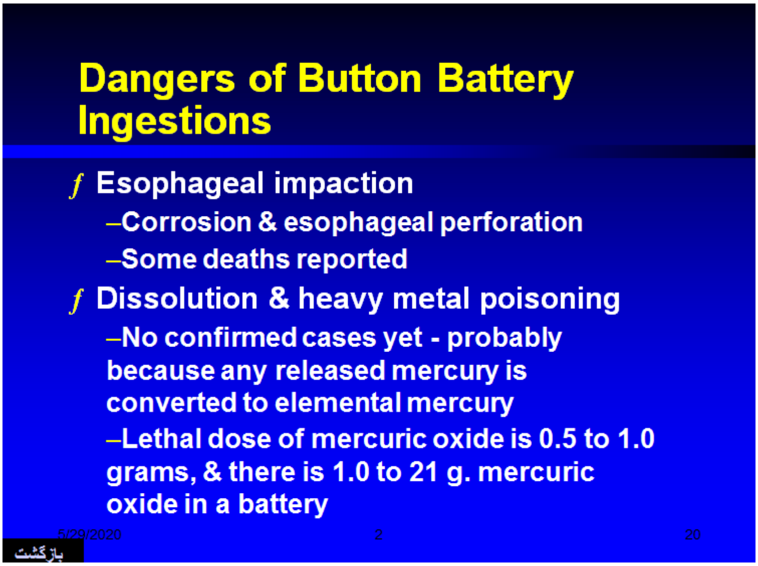
اسلاید ۱۷ :



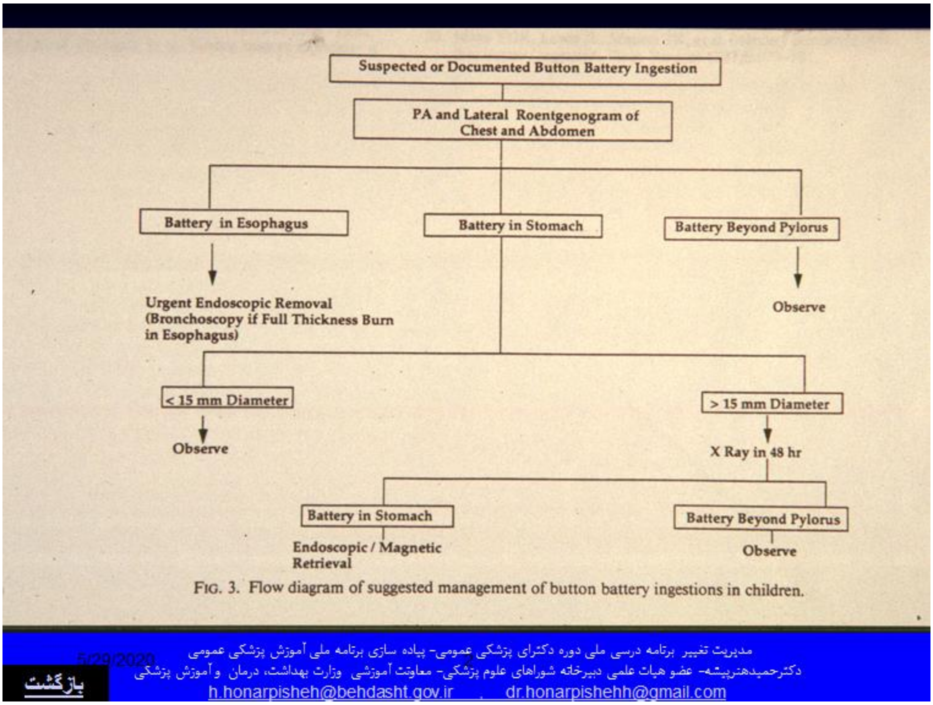
اسلاید ۱۸ :



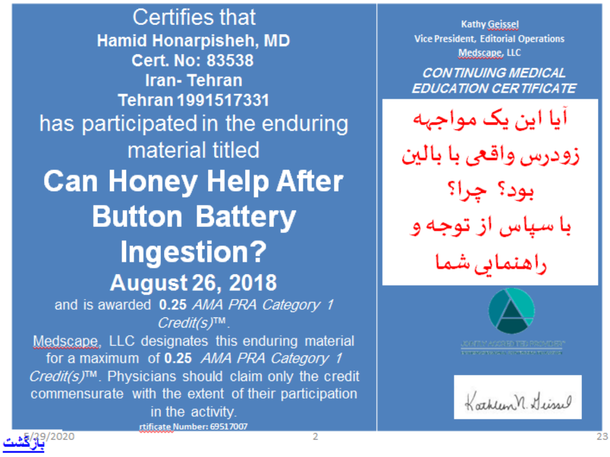
اسلاید ۱۹ :



اسلاید ۲۰ :


Suspected or Documented Button Battery Ingestion
PA and Lateral Roentgenogram of Chest and Abdomen
Battery in Esophagus
Battery in Stomach
Battery Beyond Pylorus
Urgent Endoscopic Removal (Bronchoscopy if Full Thickness Burn in Esophagus)
Observe
< 15 mm Diameter
> 15 mm Diameter
Observe
X Ray in 48 hr
Battery in Stomach
Battery Beyond Pylorus
Endoscopic / Magnetic Retrieval
Observe
FIG. 3. Flow diagram of suggested management of button battery ingestions in children.
مدیریت تغییر برنامه درسی ملی دوره دکترای پزشکی عمومی- پیاده سازی برنامه ملی آموزش پزشکی عمومی
دکترحمیدهنرپیشه- عضو هیات علمی دبیرخانه شوراهای علوم پزشکی- معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
h.honarpisheh@behdasht.gov.ir , dr.honarpishehh@gmail.com
5/29/2020
بازگشت

اسلاید ۲۱ :


Certifies that
Hamid Honarpisheh, MD
Cert. No: 83538
Iran- Tehran
Tehran 1991517331
has participated in the enduring material titled
Can Honey Help After Button Battery Ingestion?
August 26, 2018
and is awarded 0.25 AMA PRA Category 1 Credit(s)™.
Medscape, LLC designates this enduring material for a maximum of 0.25 AMA PRA Category 1 Credit(s)™. Physicians should claim only the credit commensurate with the extent of their participation in the activity.
Kathy Geissel
Vice President, Editorial Operations
Medscape, LLC
CONTINUING MEDICAL EDUCATION CERTIFICATE
آیا این یک مواجهه زودرس واقعی با بالین بود؟ چرا؟
با سپاس از توجه و راهنمایی شما
5/29/2020
2
23
بازگشت

منابع :

١. Early clinical exposure- Why and how? Chinmay Shah Associate Professor, Department of Physiology, Government Medical College, Bhavnagar, Gujarat Corresponding Author: Email: cjshah79@yahoo.co.in Journal of Education Technology in Health Sciences, January-April, 2018;5(1):2-7

٢. The Effects of Early Clinical Exposure On Medical Laboratory Technology Students: Its effect on Internship Period and their professional Carrier Corresponding Author: Dr. Burhan W Imamwerdi, Assistant professor , Medical laboratory sciences, 75 Panamount Circle NW, T3K0C7 - Canada

٣. Early clinical exposure as the foundation for developing medical professionalism in the medical undergraduate Curriculum. Rome, Sapienza Sant'Andrea Experience G. Familiari1, L. De Biase1, P.Falaschi1, M. Relucenti1, R. Heyn1, R. Benvenuto1, L.Carini1, G, Nati2, G. Grasso2, G. Tarsitani1 and V. Ziparo1 In collaboration with SISM Sant'Andrea Students

٤. Medical students' attitudes towards early clinical exposure in Iran Mahboobeh Khabaz Mafinejad, Azim Mirzazadeh, et al.- Department of Medical Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

٥. The Impact of Early Clinical Exposure on the Knowledge and Attitude of Basic Sciences Medical Students at Tabriz University of Medical Sciences Original Research , Bita Afra [1], Mahasti Alizadeh et al. [1] Medical Education Research Center, Departmant of Medical Education, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

٦. Early clinical exposure in medical curricula across Europe: An overview, Okay Basak et. al., European Journal of General Practice. **2009; 15: 4-10**

٧. What Did We Learn about Early Clinical Experience?, Ann O'Brien–Gonzales et. al., Academic Medicine, Vol. 76,No. 4/April Supplement **2001**