# حقوق بیمار در ارتباطات کنترل نشدهٔ پزشک با صنایع

امید آسمانی

## چکیده

اگرچه ارتباط پزشک ــ صنایع می‌تواند فرصتی استثنائی در ارتقای دانش پزشکی و مراقبت از بیمار باشد، امّا فرصتی برای ایجاد تورش‌های مختلف نیز هست؛ تورش‌هایی که اغلب، زیان‌های احتمالی آن متوجه بیماران می‌شود نه طرفین درگیر در ارتباط (پزشک و صنایع). عوارض بالقوهٔ ناشی از ارتباطات کنترل نشدهٔ فرد حرفه‌ای ــ صنایع، جوامع علمی سراسر دنیا را به سمت اعمال کنترل، از طریق تدوین کدهای الزام‌آور حرفه‌ای ــ اخلاقی سوق داده است.

**روشی بررسی:** در این مقاله ماهیت ارتباط پزشک ــ صنایع به صورت توصیفی ــ تحلیلی مورد بررسی قرار گرفته و با مرور تعدادی از دستورالعمل‌ها و کدهای حرفه‌ای ــ اخلاقی موجود در دنیا، دستورالعملی متناسب با جامعه ایران پیشنهاد گردیده است.

**یافته‌ها:** حالت ایده‌آل در ارتباط پزشک ــ صنایع، عدم وجود هرگونه ارتباط مالی یا معنوی و نپذیرفتن هرگونه پیشنهاد و یا هدیه است. اگرچه اغلب پزشکان، منکر هرگونه تأثیرپذیریِ ناشی از این ارتباط هستند، اما بررسی‌ها نشانگر وجود ارتباطی قوی بین دریافت مزایا از طرف صنایع و علاقه‌مندی به محصولات آنها است. از طرف دیگر، عدم اعلام این ارتباط به بیمار، می‌تواند به اعتماد او نسبت به جامعه درمانی و شایستگی علمی پزشک خدشه وارد کند. بنابراین الزام ناشی از کدها و دستورالعمل‌های حرفه‌ای ــ اخلاقی می‌تواند در حفاظت از حقوق بیماران و ممانعت از ایجاد تعارض منافع در رفتار و تصمیمات حرفه‌ای پزشکان، نقش بسزایی داشته باشد.

**نتیجه‌گیری:** غالب مفاد کدهای اخلاقی موجود، به سبب عقلانی بودن، در مورد صنایع مرتبط با نظام سلامت در ایران نیز قابل اجرا هستند. نکتهٔ مهم در تضمین رسمیت

یافتن این کدها، استفاده از نظرات پزشکان درگیر در این نوع از ارتباطات و برگزاری آموزش‌های مداوم در قالب تحلیل اخلاقی موارد واقعی است.

**واژگان کلیدی**

حقوق بیمار؛ ارتباط پزشک ـ صنایع؛ ارتباط فرد حرفه‌ای با صنایع؛ تعامل با صنایع؛ دستورالعمل تعامل با صنایع.

## حقوق بیمار در ارتباطات کنترل نشدهٔ پزشک با صنایع

امید آسمانی

ارتباط پزشک با صنایع داروسازی یا صنایع ساخت تجهیزات پزشکی نمونه‌ای از یک ارتباط همراه با بیم و امید است. همیشه زمانی که تفکرات مادی‌گرایانه و بازارمآبانه به حوزه‌هایی چون علوم پزشکی که با عزیزترین دارایی‌های هر انسانی سروکار دارند، نزدیک می‌شود، دلهره و اضطرابِ در اولویت ماندن ارزش‌های حرفه‌ای و انسانی را با خود به ارمغان می‌آورد. واقع مطلب این است که نه تنها هیچ اشکالی در سرمایه‌گذاری‌های مادی در حوزه سلامت وجود ندارد، بلکه این سرمایه‌گذاری‌ها، لازم هم هستند؛ امّا اگر این فعالیت‌ها در قالبی تعریف شده و مورد حمایت اخلاق نباشند، بیم سوءاستفاده از ارزش‌ها در راستای منافع مادی شکل می‌گیرد. اگرچه تاکنون سرمایه‌گذاری‌های شرکت‌ها و صنایع داروسازی، جان بیماران بی‌شماری را نجات داده، از معلولیت آنها ممانعت کرده و یا باعث ارتقای دانش پزشکی شده است، امّا باید دقّت کرد که به صورت طبیعی مسئولیت‌پذیری وفادارانه و نهایی این صنایع، در قبال سهام‌دارانشان می‌باشد و لذا همیشه برگشت سرمایه برای آنها در اولویت قرار می‌گیرد.

یکی از راه‌های کارآمد ورود صنایع مرتبط با سلامت به حوزه‌های مختلف علوم پزشکی و ایجاد شرایط مناسب برای فروش محصولات، از طریق افراد حرفه‌ای مانند پزشکان عمومی، متخصصان رادیولوژی، متخصصان آزمایشگاه و... است. بطور مثال بررسی‌ها نشان داده‌اند تقریباً ۹۰٪ از بودجه ۲۱ بیلیونی بازاریابی صنایع داروسازی مستقیماً در ارتباط با پزشکان صرف شده است، در حالی‌که یک افزایش همزمان و قابل توجه در تبلیغ محصولات برای مصرف کنندگان نیز دیده می‌شود (کبر، ۲۰۰۴). جالب اینجاست که خود شرکت‌ها و صنایع از تعارض مابین آسیب‌پذیری بیماران و انگیزه‌هایشان برای کسب سود کاملاً آگاه هستند (برنان،

راتمن، بلنک، بلومنتال، چیموناس، کُهن، گلدمن، کسیرر، کیمبال، نوقتون، اسملسر، ۲۰۰۶). به هر حال، کنترل نشدن این تعاملات و واگذاری قدرت تصمیم‌گیری در مورد میزان و نحوهٔ ارتباط به خود افراد حرفه‌ای، می‌تواند آثار بالقوهٔ زیانباری برای سلامت بیماران، سلامت جامعه و اعتماد عمومی نسبت به حرفهٔ پزشکی داشته باشد. در این مقاله سعی شده است تا ضمن پرداختن به اهمیت تعامل جامعهٔ درمانی با صنایع مرتبط با نظام سلامت، به خطرات و پتانسیل‌های منفیِ کنترل نشدن این ارتباطات نیز اشاره شود؛ و در نهایت چارچوبی اخلاقی ــ حرفه‌ای برای کنترل تعاملات پزشک ــ صنایع پیشنهاد گردد.

## اشکال مختلف تعامل پزشک ـ صنایع و لزوم تدوین یک چارچوب اخلاقی ـ حرفه‌ای برای آن

هم‌اکنون ارتباط و تعامل صنایع با پزشکان در بعضی از تخصص‌های علوم پزشکی پویاتر است: تخصص‌های کاردیولوژی، رادیولوژی، چشم پزشکی، پوست و مو، زنان و زایمان، عفونی، متخصصان آزمایشگاه از مهم‌ترین آنها هستند. بطور کلی پراهمیت‌ترین مسائلی که در ارتباطات فرد حرفه‌ای با صنایع مطرح است، عبارتند از: دریافت هدایا (حتی هدایای کوچک و کم‌اهمیت)، وعده‌های غذا، پرداخت وجه جهت حضور در سخنرانی‌ها و کنفرانس‌ها (حتی مواردی که به صورت زنده و اینترنتی[1] برگزار می‌شود)، آموزش‌های مداوم پزشکی[2] (برنان و همکاران ۲۰۰۶). که به صورت عادی غالب پزشکان برای آن وجهی پرداخت نمی‌کنند، پرداخت وجه به دلیل وقت گذاشتن جهت حضور در جلسات، پرداخت هزینه‌های مسافرت و یا پرداخت بورس تحصیلی جهت حضور در جلسات، پرداخت وجه جهت شرکت در دفاتر سخنرانان، فراهم کردن امکان نویسندهٔ یک

مقاله یا کتاب شدن بدون انجام کار، فراهم کردن نمونه‌های دارویی، گرنت‌های تحقیقاتی و پرداخت وجه برای مشاوره گرفتن از فرد حرفه‌ای (بلومنتال، ۲۰۰۴). رخداد هر یک از موارد فوق می‌تواند گامی به سوی تهدید شرافت حرفه پزشکی و اعتماد عمومی نسبت به پزشکان باشد. اینجاست که وجود دستورالعمل‌های حرفه‌ای و اخلاقی در کنترل روابط فرد حرفه‌ای با صنایع الزامی می‌شود (راسنر، ۱۹۹۲). لازم به ذکر است با عنایت به اینکه مخاطبان اصلی مقالهٔ حاضر پزشکان محترم هستند، در نگارش مقاله به جای استفاده از عبارت «فرد حرفه‌ای» اغلب از «پزشک» استفاده شده است. با توجه به درک ضرورت و اهمیت قرار گرفتنِ الزام اولیهٔ پزشکان در قبال بیماران و نقش آنها در تأمین سلامت جامعه، بسیاری از کشورها اقدام به طراحی و ابلاغ دستورالعمل تعامل پزشک با صنایع کرده‌اند تا از احتمال بروز تعارض منافع در خواسته‌های پزشکان و در نتیجه آسیب دیدن بیماران، ممانعت نمایند و بتوانند در زمان لازم مداخلات پیشگیرانهٔ مورد نیاز را انجام دهند (انجمن پزشکی کانادا، ۲۰۰۷). با توجه به رشد صنایع داروسازی و صنایع ساخت تجهیزات پزشکی در ایران و تلاش آنها برای شناساندن محصولات‌شان به جامعه پزشکی و بیماران، لزوم کنترل روابط در یک چارچوب معین و همچنین آگاه ساختن پزشکان و دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی نسبت به ابعاد این نوع از تعاملات بدیهی است. لذا در این مقاله تلاش شده است تا ضمن پاسخ به پرسش‌های ذیل، با استعانت از دستورالعمل‌های کاربردی موجود در کشورهای مختلف، چارچوبی اخلاقی ـ حرفه‌ای جهت تعامل صنایع با پزشکان برای جامعه درمانی ایران معرفی شود. امید است که مقالهٔ حاضر ضمن پاسخ به این پرسش‌ها و پرسش‌های مشابه دیگر، بتواند ضرورت وجود این دستورالعمل و وجود ضمانت اجرایی آن را در اذهان خوانندگان ایجاد کند.

ـ آیا اساساً ارتباط پزشک ـ صنایع برای جامعه پزشکی، بیماران و کل جامعه مزیتی دارد؟

ـ آیا تاکنون چارچوب رفتاری ارتباط پزشک ـ صنایع در دنیا و در ایران تعریف شده است؟

ـ چرا پزشکان ما باید از چهارچوب و دستورالعمل‌های حرفه‌ای مربوط به ارتباط پزشک ـ صنایع پیروی کنند؟

ـ آیا اساساً دریافت هدیه، گرنت، هزینه سفر و... از طرف شرکت‌ها و صنایع مجاز است؟ حد و مرز این مجاز بودن کجاست؟

ـ آیا شرکت در جلسات علمی حمایت شده از سوی صنایع مجاز است؟ چه مزایا و مضراتی دارد؟

ـ اساساً شرکت‌های داروسازی و ساخت تجهیزات پزشکی باید از چه طریق محصولات خود را به جامعه پزشکی بشناسانند تا در رقابت سالم با سایر شرکت‌ها متضرر نشوند؟

ـ جهت افزایش ضریب همراهی پزشکان با دستورالعمل‌های اخلاقی ـ حرفه‌ای ارتباط با صنایع، چه تدابیری باید اندیشیده شود؟

ـ وظیفه اساتید در قبال آموزش دانشجویان بالینی در رابطه با تعامل پزشک ـ صنایع چیست؟

آیا صرف مخفی نکردن هرگونه تعامل و ارتباط با صنایع، جهت حفظ بیماران از آثار ناخواستهٔ این ارتباط، کفایت می‌کند؟

ـ آیا قراردادهای علمی صنایع با پزشکان محقق می‌تواند مانع از اعلام نتایج تحقیقات باشد؟ و...

## تعامل اجتناب‌ناپذیر علوم پزشکی با بازار خدمات دارویی و تجهیزات پزشکی

پزشکان عمومی و متخصصان علوم پزشکی ـ مانند متخصصان علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، جراحان، داروسازان و... ـ بطور مرتب توسط نمایندگان شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی ملاقات می‌شوند. هدف غالب این ملاقات‌ها، شناساندن و افزایش فروش محصول شرکت‌ها، از طریق برقراری ارتباطی مناسب با جامعهٔ پزشکی است. واقعیت آن است که برقراری این‌گونه از تعاملات اجتناب‌ناپذیر است؛ چرا که یکی از مهم‌ترین ابزارهای کار جامعهٔ درمانی، کالایی تجاری است. نگاهی منصفانه به این تعامل، روشنگر این مطلب است که این ارتباط در ارتقای سلامت بیماران، توسعه علوم پزشکی و پیشرفت‌های بالینی بسیار مؤثر بوده است. با این همه، اگر سرمایه‌گذاری‌های صورت گرفته از سوی شرکت‌ها باعث خدشه‌دار شدن ارتباط پزشک ـ بیمار و یا نقص در ارائه مراقبت‌های استاندارد برای بیماران بشود، پذیرفتنی نیست؛ و این به معنای ضرورت ورود عوامل اقتصادگرا در حوزه‌های درمانی و تحقیقاتی ضمن پایبندی و محدود شدن آنها در قالب‌های مشخص و از پیش تعیین شدهٔ اخلاقی می‌باشد. بطور کلی در منش بازاری، حفظ و توسعهٔ سرمایهٔ اوّلیه، با درنظر گرفتن موقعیت سایر رقبا، حرف اوّل را می‌زند؛ بنابراین ممکن است توسل به روش‌های غیرمعمول جهت معرفی برتری یا هم‌ترازی محصول مورد نظر نسبت به سایر محصولات موجود در بازار، اقدامی پذیرفته شده و بلکه ضروری قلمداد شود.

ویژگی خاص ارتباط پزشک ـ بیمار یعنی نسخه شدن توسط پزشک و مصرف کردن توسط بیمار، سمت و سوی سرمایه‌گذاری‌های صنایع را به طرف پزشکان سوق داده است. اگرچه تبلیغات در جهت معرفی محصول به بیماران نیز همواره

مدنظر بوده و هست، امّا هیچ‌گاه نتوانسته است جایگاه قابل قبولی را در مقایسه با روش اول پیدا کند. تحقیقات موجود بیانگر این مطلب است که ایجاد انگیزه‌های مستقیم، غیرمستقیم و ناخواسته در پزشک، حتی اگر از آثار منفی و احتمالی آنها هم آگاه باشد، در افزایش تمایل او (که همیشه مطابق واقع هم نیست) در نسخه کردن و استفاده از محصولات دارویی و پزشکیِ تبلیغ شده، مؤثر است (برت، بر، ملو، ۲۰۰۳؛ لکسکجین، ۱۹۹۳). با وجود اینکه ارتباط فرد حرفه‌ای با صنایع فی نفسه اشکالی ندارد، ولی اگر منجر به تأثیرگذاری و تأثیرپذیری منفی در نگرش و عملکرد پزشک شود، قابل قبول نخواهد بود؛ نمونه‌هایی از این تأثیرات منفی عبارتند از: پذیرش دیدگاه‌های تجاری به جای دیدگاه‌های علمی، تمایل به نسخه‌نویسی غیرمنطقی و غیرلازم (چرن، لندفلد، ۱۹۹۴)، گرایش بی‌جهت و غیرصحیح نسبت به محصولات تبلیغ شده (آگراوال، ۲۰۰۲)، ارائهٔ تورش‌دار و تفاسیر اشتباه از نتایج تحقیقات (هنری، کریج، هیل، می نیل، دورن، نیوبای، هندرسون، مگوایر، استاکس، مکدونالد، دی، ۲۰۰۵)، سوگیری نسبت به استفاده از روش‌های خاص برای رسیدن به نتایج دلخواه، (برو و رنی، ۱۹۹۶) و حتی تأثیر در برنامه‌های اجتماعی در جهت فهم بیماری و سلامت، گرایش‌های جنسیتی، شیوه زندگی و... (مینیهان، ۲۰۰۳) همه این موارد نیاز به توجه ویژه، کنترل و نظارت‌های دقیق دارد.

### مقابله با عوارض ارتباط پزشک ـ صنایع

مهم‌ترین مسئله در تعامل پزشک ـ صنایع چگونگی مقابله و اجتناب از آثار زیانبار این ارتباط است. در یک حالت می‌توان از اساس صورت مسئله را پاک کرد و هرگونه ارتباط مستقیم پزشک با صنایع را غیرمجاز دانست و در جهت جبران مزایای این ارتباط به طراحی تعاملی غیرمستقیم اندیشید؛ که بطور مثال

می‌توان از طریق اداره دارو و غذا در هر کشور و یا سایر نهادهای مرتبط،کنترل‌های لازم را انجام داد. اگرچه این راهکارها در مواردی چون اجرای برنامه‌های آموزش مداوم و... مفید است (برنان و همکاران، ۲۰۰۶)، امّا پاسخگوی تمام نیازهای اقتصادی صنایع با توجه به اهمیت و نقش تعیین کنندهٔ زمان، نیاز به تلاش بیشتر برای صنایع کوچک‌تر در جهت معرفی محصول خود، دوام آوردن در بازار رقابت و... نخواهد بود. بنابراین عاقلانه‌تر آن است که دستورالعمل‌های مشخصی برای مقابله با عوارض ارتباط پزشک ـ صنایع طراحی و آموزش داده شود و در مقابل، رفتار افراد در قبال عدم پایبندی به آنها، مورد سؤال و بازخواست قرار گیرد.

همان‌طور که در مقدمه گذشت، بعضی از کشورها اقدام به تهیهٔ دستورالعمل‌هایی حرفه‌ای ـ اخلاقی برای کنترل ارتباط پزشک ـ صنایع کرده‌اند که از آن جمله می‌توان به دستورالعمل انجمن پزشکی آمریکا[۳] در مورد قبول هدایا از طرف صنایع، کدهای اتحادیهٔ بین‌المللی انجمن‌ها و سازندگان دارو[۴]، دستورالعمل انجمن پزشکی کانادا برای تعامل پزشکان با صنایع[۵] و... اشاره کرد. این دستورالعمل‌ها می‌تواند در سطوح مختلفی چون دولت، صنایع، انجمن‌های حرفه‌ای، فرآیندهای بازبینی، مدیریت پژوهش‌ها و... طراحی شوند (بروتزمن و مارک، ۱۹۹۷). با وجود این دستورالعمل‌ها، تاکنون بازخواست ناشی از عدم رعایت آنها چندان جدی نبوده و نظارت‌های دقیقی بر رعایت مفاد آنها نیز صورت نپذیرفته است که خود نیاز به تأمل و جدّیت بیشتر دست‌اندرکاران امر دارد. در این میان، مسئله مهم و کلیدی چگونگی و میزان همراهی متخصصان علوم پزشکی از این نوع دستورالعمل‌ها و میزان اهمیت موضوع در دیدگاه آنها است.

در پاسخ به این مسئله، تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که در شرایط بروز تعارض منافع، غالب افراد رفتار منطقی نخواهند داشت؛ اشخاص همیشه از انگیزه‌های کارهایشان آگاهی ندارند؛ همچنین بسیاری از باورهای رایج در مورد نوع رفتار افراد در صورت آگاهی از یک سری اطلاعات خاص مرتبط با آن رفتار هم، اغلب اشتباه است (سیالدینی، ۱۹۹۳). مثلاً اینکه اگر پزشک از تأثیر منفی پذیرفتن هدیه بر نسخه‌نویسی آگاه باشد، می‌تواند از آن ممانعت کند. مطالعات دیگری ثابت کرده‌اند که دریافت هدیه از صنایع مانع از بی طرف ماندن فرد در قضاوت‌هایش می‌شود (دانا، لوئون اشتِین، ۲۰۰۳) و یا نگرش مثبتی در برابر نمایندگان شرکت‌های دارویی در پزشک ایجاد می‌کند (بروتزمن، مارک، ۱۹۹۷). از طرف دیگر ثابت شده است که مخفی نکردن ارتباط با صنعت مانند هدیه گرفتن، دریافت گرنت پژوهشی و... از آثار منفی این ارتباط ممانعت نمی‌کند (کمسارف، ۲۰۰۷). بر این اساس علیرغم ادعای پزشکان مبنی بر تأثیر نپذیرفتن از انگیزه‌های غیرمرتبط با اهداف درمانی، ضرورت آموزش‌های مداوم و بحث و تحلیل موارد واقعیِ اتفاق افتاده، در جلسات بازآموزی و... ضروری است.

اعضای حرفهٔ پزشکی باید این آگاهی را داشته باشند که رعایت «ارزش‌های اساسی حرفه‌ای[۶]» مانند حفظ و احترام به اعتماد جامعه به پزشک و حرفهٔ پزشکی، احترام به بیمار، سود رساندن به بیمار و... از اساسی‌ترین وظایف هر یک از اعضای حرفه سلامت است. انتظار می‌رود که نه تنها این اصول اساسی توسط هیچ یک از اعضای کادر سلامت خدشه‌دار نشود، بلکه در صورت مشاهده تخطی بعضی از همکاران از این اصول اولیه، سایرین اقدام به اعتراض ــ به سبب حفظ ارزش‌های حرفه‌ای ــ نمایند و در صورت فقدان کدهای اخلاقی مرتبط، جهت تدوین و تصویب آن، اقدام کنند.

در این راستا، جهت تهیه دستورالعمل‌ها، پیشنهاد می‌گردد نمایندگان سازمان نظام پزشکی، پزشکی قانونی، انجمن داروسازان و انجمن‌ها و تشکلات صنفی صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی و قوه قضائیه در جلسات مشترکی، مفاد دستورالعمل ارتباط پزشک ـ صنایع را با درنظر گرفتن حقوق بیماران، حقوق صنایع و حقوق افراد حرفه‌ای چون پزشکان و اولویت‌بخشی به رعایت اصول حرفه‌ای تهیه و تنظیم و مجازات متخلفین را در سطوح مختلف انتظامی، مدنی و جزائی (با معرفی به مراجع ذی‌صلاح قضایی) تعیین نمایند. پیشنهاد نگارنده جهت تنبیه انتظامی متخلفین از دستورالعمل اجرایی ارتباط پزشک ـ صنایع همان موارد انتظامی است که در قانون مصوب نظام پزشکی پیشنهاد شده است (مانند تذکر شفاهی، تذکر کتبی با درج در پرونده و...) در این زمینه، استفاده از نظرات سایر اعضای حرفهٔ سلامت به خصوص کسانی که بیشتر درگیر این نوع از تعاملات هستند، نه تنها منجر به تدوین دستورالعملی کاربردی‌تر می‌شود، بلکه عامل تضمین تبعیت از آن نیز می‌باشد.



### آموزش و پژوهش در ارتباط پزشک با صنایع

یکی از بارزترین نقاط هدف شرکت‌ها و صنایع داروسازی و ساخت تجهیزات پزشکی، دانشجویان عمومی و دستیاران رشته‌های مختلف علوم پزشکی هستند. چرا که مهم‌ترین نسخه کنندگان داروها و تجهیزات در مراکز آموزشی دانشگاهی، همین دانشجویان و دستیاران می‌باشند. به علاوه ایجاد ذهنیت مناسب نسبت به محصول تبلیغ شده می‌تواند ادامه نسخه کردن آن محصول را پس از فارغ‌التحصیلی دانشجو نیز تضمین کند که خود بیانگر اهمیت موضوع درنظر نمایندگان فروش این محصولات است. در این میان، یکی از وظایف و مسئولیت‌های خطیر اساتید

در مراکز آموزشی و دست‌اندرکاران سمینارهای بازآموزی، آشناسازی دانشجویان و فارغ‌التحصیلان با رویکرد خاص صنایع، کدهای حرفه‌ای ـ اخلاقی موجود، مزایا و آسیب‌های احتمالی و متصور در ارتباطات کنترل نشده و معرفی مراکز مشاورهٔ اخلاقی جهت طرح‌های پژوهشی مشترک با صنایع است.

به علاوه، بسیاری از صنایع تمایل قابل توجهی نسبت به برگزاری دوره‌های آموزش مداوم، پرداخت هزینهٔ سفر افراد و حتی خانوادهٔ آنها جهت حضور در کنفرانس‌های علمی، حمایت از کنفرانس‌های علمی دانشگاهی همراه با ارائهٔ تبلیغات مشخص و... از خود نشان می‌دهند. با توجه به اهمیّت ارائهٔ سخنرانی‌ها و مقالات علمی، فارغ از انگیزه‌های تجاری و سوگیری نسبت به یک محصول خاص و ارائهٔ تحقیقات شایسته و فارق از تأثیرات بد رفتاری‌های علمی[۷]، پیشنهاد می‌گردد، همواره محتوای مطالب پیشنهادی از طرف صنایع، جهت ارائه در کنفرانس‌های علمی، قبل از ارائهٔ نهایی، به دقت توسط نهادهای آموزشی ـ حرفه‌ای مرتبط مورد بررسی و بازبینی‌های علمی قرار گیرند. همچنین می‌توان حمایت‌های مالی شرکت‌های دارویی جهت برگزاری کنگره‌ها و دوره‌های آموزشی را تنها از طریق یک سازمان حرفه‌ای واسط و با رعایت مقررات خاص و از پیش تعیین شده پذیرفت و محتوای دوره آموزشی را بدون دخالت عوامل صنعت تعیین کرد.

حمایت صنایع از تحقیقات بالینی و علوم پایه نیز نیاز به دقت نظر قابل توجهی دارد. سوگیری نسبت به ارائهٔ نتایج تحقیق به نفع یک محصول خاص، سوگیری در تفسیر نتایج حاصل از آزمایشات بالینی، حذف بعضی داده‌های واقعی، ممانعت از انتشار نتایج حاصل از پژوهش، رعایت نکردن اصول اخلاق در پژوهش مانند اخذ نکردن رضایت آگاهانهٔ صحیح از سوژه‌ها، رعایت نکردن اصل رازداری و...

از موارد نگران کننده در تحقیقات حمایت شده از سوی صنایع است. لذا، ضرورت بررسی علمی و منطقی محتوای قراردادهایی که صنایع با محققان می‌بندند، بررسی روند پژوهش، نظارت در طول انجام پژوهش و ارائهٔ دور از تعصب و فارق از خدشهٔ نتایج واقعی حاصل از پژوهش‌ها و... باید توسط کمیتهٔ اخلاقی غیر وابسته‌ای مورد بررسی، کنکاش و نظارت عمیق و دقیق قرار گیرد. همچنین آگاه‌سازی محققان جوان نسبت به اهمیت محتوای این نوع از قراردادها و ممنوعیت پذیرش انواع خاصی از تعهدات، مانند محدودیت در انتشار نتایج تحقیق بسیار مهم است.



### دستورالعمل پیشنهادی ارتباط پزشک ـ صنایع

این دستورالعمل بر اساس دستورالعمل انجمن پزشکی کانادا که راهنمایی کننده پزشکان در تعامل با صنایع می‌باشد (انجمن پزشکی کانادا، ۲۰۰۷)، تهیه شده است؛ همچنین بعضی از دستورالعمل‌های رسمی و غیررسمی دیگر و سایر پیشنهادات مقالات علمی نیز در ارائهٔ این دستورالعمل لحاظ گردیده است (کیل، ۲۰۰۲؛ راسنر، ۱۹۹۲؛ اتحادیه بین‌المللی انجمن‌ها و تولیدکنندگان دارویی، ۲۰۰۷؛ شورای پزشکی هند، ۲۰۰۲). با توجه به اینکه بسیاری از کدهای این نوع از دستورالعمل‌ها عقلی و براساس تجربه شکل گرفته‌اند، بدیهی است که در مورد صنایع داروسازی و صنایع ساخت تجهیزات پزشکی در ایران هم قابل انطباق، استفاده و استناد هستند.

#### الف ـ اصول اوّلیه

۱ـ هدف اولیهٔ هرگونه تعامل صنعت با گروه پزشکی باید ارتقای سلامت مردم و به خصوص بیماران باشد. ارتقای دانش پزشکی نباید باعث هرگونه نادیده گرفتن بیمار و حقوق او شود.

۲ـ وارد شدن هر نوع خدشه به ارتباط پزشک ـ بیمار و یا اعتماد مردم به حرفهٔ پزشکی یا پزشکان که در اثر هرگونه برقراری ارتباط با صنایع اتفاق افتد، ممنوع و ناپسند است.

۳ـ پایبندی به اصول علمی و حفظ استقلال حرفه‌ای، از اولین اصولی است که هر یک از اعضای حرفهٔ سلامت حتی زمانی که در استخدام یکی از صنایع مربوطه هستند، باید رعایت کنند.

۴ـ ضروری است که هر نوع ارتباط با صنایع که می‌تواند سبب تأثیر در قضاوت افراد شود مطابق دستورالعمل‌های موجود، آشکار و علنی گردد. تمام انواع هدایای با ارزش یا کم‌ارزش، وعده‌های غذایی مجانی، نمونه‌های دارویی و... از آن جمله هستند.



**ب ـ پژوهش‌های تحت حمایت صنایع**

۱ـ منظور از پژوهش‌های تحت حمایت صنایع، تمام انواع پژوهش‌هایی است که صنایع از آنها حمایت مالی کرده‌اند و یا توسط خود آنها و یا به کمک اعضای حرفه سلامت طراحی و انجام شده است. به‌طور کلی این نوع از پژوهش‌ها از جنبه‌های اخلاقی، مسئولیت‌پذیری‌های اجتماعی و اصول علمی قابل دفاع هستند.

۲ـ هدف اولیهٔ تمام پژوهش‌ها از جمله پژوهش‌های حمایت شده توسط صنایع، باید ارتقای سلامت بیماران باشد. ارتقای سلامت عمومی جامعه، گسترش مرزهای دانش و... تماماً اهداف ثانویه قلمداد می‌شوند.

۳ـ تمام طرح‌های حمایت شده توسط صنایع قبل از انجام شدن باید در کمیته‌های علمی و اخلاقی غیروابسته‌ای، براساس معیارهای علمی و تمام اصول

اخلاقی مربوط به بیماران، سرمایه‌گذاری و... مورد ارزیابی قرار گرفته و تصویب شده باشند.

۴ـ تمام مسئولیت تحقیق از جمله حفظ آزمودنی در برابر عدم رعایت نکات اخلاقی (مانند نحوهٔ ارائهٔ اطلاعات و اخذ رضایت آگاهانه، رازداری و...) و همچنین ارائهٔ گزارشات دوره‌ای مطابق واقع، پایش مداوم روند کار براساس اهداف از پیش تعیین شدهٔ طرح و... برعهدهٔ مسئول اصلی طرح است. وی قبل از شروع به کار در کمیته علمی و اخلاقی متعهد به رعایت الزامات علمی و اخلاقی خواهد شد.

۵ـ به دلیل تأثیرات بالقوهٔ پول در قضاوت‌ها، هرگونه پرداخت وجه به محققین و شرکت کنندگان در پژوهش باید قبلاً در کمیته‌ای اخلاقی مصوب شده باشد. این وجه باید متناسب با زمان صرف شده، هزینه‌های انجام گرفته و سایر مواردی باشد که کمیته اخلاقی تصویب می‌کند. اگر محققین در قبال معرفی سوژه‌های تحقیق وجهی دریافت خواهند کرد، آگاهی سوژه‌ها از این موضوع ضروری است.

۶ـ حمایت صنایع از پژوهش‌ها و همچنین نوع و چگونگی آن باید در زمان انتشار نتایج پژوهش کاملاً مشخص باشد.

۷ـ هرگونه ورود محقق در قراردادهایی که منجر به محدودیت حقوق او در انتشار یا آشکارسازی داده‌های حاصل از پژوهش شود، ممنوع است.

۸ـ تمام تحقیقاتی که جهت پیگیریِ بعد از ورود به بازار[۸]، برای یک محصول دارویی یا وسیله طبی طراحی می‌شوند باید در کمیته‌های اخلاقی و علمی مربوطه تصویب شده باشند. تصویب پژوهش‌هایی که هدف از انجام آنها بازاریابی یا سایر اهداف غیرعلمی است، ممنوع می‌باشد.

۹ـ محقق موظف است در پژوهش‌های بعد از ورود به بازار که مربوط به یک محصول خاص می‌شود، عوارض کشف شده را علاوه بر گزارش نهایی شکل مقاله پژوهشی ارائه می‌شود، به سایر نهادهای مربوطه نیز گزارش دهد.

### ج ـ آموزش پزشکی مداوم یا ارتقای حرفه‌ای مداوم[۹]

۱ـ منظور از دو عبارت «آموزش پزشکی مداوم» و «ارتقای حرفه‌ای مداوم» تمام جلسات، کنفرانس‌ها، همایش‌ها، کارگاه‌ها و... است که جهت ارتقای علمی و حرفه‌ای اعضای کادر سلامت طراحی شده است. همچنین تمام برنامه‌های آموزشی مربوط به دانشجویان و دستیاران اعم از ژورنال کلاب، راندهای بالینی و... را نیز دربر می‌گیرد.

۲ـ هدف اولیه از برگزاری این دوره‌های آموزشی، پاسخ به نیاز علمی و حرفه‌ای اعضای کادر سلامت است.

۳ـ تصمیم نهایی در مورد نهاد برگزار کننده، محتوای علمی، نوع فعالیت و... باید توسط نهاد حرفه‌ای مربوطه مانند دانشگاه یا سازمان نظام پزشکی و... اخذ گردد.

۴ـ مسئولیت تأیید علمی و اخلاقی محتوای گزارش‌های ارائه شده در دوره‌های آموزشی، برعهدهٔ نهاد برگزار کننده و خود ارائه دهندگان است. رعایت بی‌طرفی، ارزشمندی علمی، کامل بودن کار، تأثیر نپذیرفتن از بدرفتاری‌های علمی، اعلام حمایت‌های مالی صنایع و... از مواردی است که نیاز به تأیید و گزارش صحیح و دقیق دارند.

۵ـ تصمیم نهایی در مورد چگونگی سرمایه‌گذاری در برنامه‌های آموزشی برعهدهٔ نهاد حرفه‌ای است. سرمایه‌گذاری نباید دلیل شناساندن محصول یا

محصولات سرمایه‌گذار تلقی گردد. همچنین هرگونه منابع مالی اهدایی باید به صورت «گرنت آموزشی نامحدود» باشد تا بتواند در اختیار نهاد برگزار کننده قرار گیرد.

۶ـ نمایندگان صنایع نباید از اعضای تعیین کنندهٔ محتوای برنامه‌های آموزشی باشند. با این حال، حمایت‌های لجستیک صنایع و نمایندگان آنها می‌تواند قابل قبول باشد.

۷ـ در برنامه‌های آموزشی فوق‌الذکر استفاده از نام ژنریک به همراه نام تجاری ضروری است.

۸ـ اعضای حرفهٔ سلامت نباید درگیر فروش محصولات صنایع در قالب برگزاری سمینارها در جهت حمایت و افزایش فروش آن محصول شوند.

۹ـ در صورت ایراد سخنرانی مربوط به یک محصول خاص، ارائهٔ متوازنی از تمام جنبه‌های علمی و همچنین معرفی جایگزین‌های قابل قبول لازم است. ارائهٔ مطالب تأیید نشده، باید به مخاطبان اعلام گردد.

۱۰ـ بحث‌های مربوط به تأثیر واقعی برنامه‌های آموزشی فوق‌الذکر در ارتقای علمی ـ اخلاقی شرکت کنندگان نباید از حمایت صنایع تأثیر بپذیرد. بحث از ارتقای واقعی ناشی از عملکرد برنامه‌های آموزشی، باید جدای از محتوای آموزشی درنظر گرفته شود.

۱۱ـ هرگونه پرداخت مستقیم هزینه یا وجه از طرف صنایع و نمایندگان آنها یا پرداخت هزینه‌های مسافرت و یا مکان اقامت و... خارج از عرف سایر پرداخت‌هایی که صنایع در آنها دخالت ندارند، ممنوع است. هرگونه پرداخت و تخفیف، خارج از وعده‌های غذایی و سایر رویدادهای از پیش معین شده در آن دورهٔ آموزشی (مانند تورهای گردشی) ممنوع است. هرگونه پرداخت و فراهم

کردن تسهیلات جهت اعضای خانوادهٔ فرد محقق همچون همسر و فرزندان و... نیز ممنوع می‌باشد.

۱۲ـ هرگونه پرداخت دستمزد جهت ارائه دهندگان سخنرانی‌ها در دوره‌های آموزشی مذکور، منوط به تصویب قبلی در جلسه مشترک کمیته اخلاقی و علمی است. حداکثر میزان وجه دریافتی مجاز و شرایط آن باید در این کمیته‌ها مشخص شود.

### د ـ عضویت در بوردهای مشورتی صنایع

۱ـ عضویت اعضای حرفه سلامت در بوردهای مشورتی مربوط به صنایع دارویی منوط به وجود قراردادی کاملاً روشن از خواستهٔ طرف صنعت، نقش طرفین و میزان دستمزد درنظر گرفته شده است. تنها قراردادهایی معتبر است که صنایع بدون انعقاد آن، امکان دستیابی به دانش تخصصی مورد نیازشان را ندارند.

۲ـ هرگونه عضویت انفرادی در بوردهای صنایع و یا طرف مشورت قرار گرفتن اعضای حرفه سلامت به صورت انفرادی نباید در تصمیمات بالینی و پژوهشی تأثیرگذار باشد.

۳ـ پرداخت دستمزد باید معقول و متناسب با میزان و پیچیدگی کار مورد نیاز باشد، بطوری که در صورت بحث در کمیته علمی ـ اخلاقی مورد پذیرش قرار گیرد.

۴ـ برگزاری جلسات مشورتی باید در محل اقامت و کار عضو حرفهٔ سلامت باشد و یا حتی‌الامکان به عنوان قسمتی از یک برنامهٔ دیگر مانند قسمتی از جلسات کاری، یک همایش و... باشد. در صورت میسر نبودن، پرداخت هزینهٔ سفر و اقامت مشاور بلامانع است.

**هـ: نمونه‌های ارزیابی بالینی**[۱۰]

۱ـ توزیع این نمونه‌ها نباید هیچ سود مادی برای شخص حرفه‌ای و یا کارهایی که مرتبط به اوست داشته باشد.

۲ـ قبول این نمونه‌ها به معنای مسئولیت داشتن در قبال ثبت نوع و مقدار دارو و یا محصول توزیع شده است. این مسئولیت همچنین شامل اطمینان از کیفیت و ایمنی وابسته به سن و جنس و میزان صحیح در دسترس افراد هم می‌شود.

**و ـ هدایا**

اعضای مشغول به کار در حرفهٔ سلامت نباید هیچ‌گونه هدیهٔ باارزش شخصی، موقت یا دائم را قبول کنند. آگاهی آنها نسبت به اثبات اثرات بالقوهٔ این هدایا در تصمیم‌گیری‌های بالینی لازم است.

**ز ـ سایر ملاحظات**

۱ـ این دستورالعمل در تعامل و ارتباط اعضای حرفه سلامت با تمام بنگاه‌های تجاری صادق است؛ از آن جمله می‌توان به شرکت‌های دارویی، صنایع ساخت تجهیزات پزشکی، صنایع غذایی، صنایع محصولات مراقبت از سلامت و... اشاره کرد.

۲ـ اعضای کادر سلامت نباید در صنایع یا شرکت‌ها و... که ممکن است بر عملکرد یا رفتار آنها در نسخه‌نویسی اثرگذار باشد، سرمایه‌گذاری کنند.

۳ـ قبول کردن وسایل کمک آموزشی بیماران در حوزهٔ تخصصی مربوط به عضو حرفه سلامت به شرطی که چیزی فراتر از آرم شرکت تبلیغ نشده باشد و محصول درمانی یا خدماتی خاصی را تبلیغ نکرده باشند، بلامانع است.

۴ـ مفاد این دستورالعمل شامل تمام کسانی می‌شود که در یکی از شاخه‌های حرفهٔ سلامت مشغول به تحصیل‌اند و یا فارغ‌التحصیل شده و یا مشغول به کار هستند.

**ح ـ کمیته علمی ـ اخلاقی**

منظور از کمیته علمی ـ اخلاقی مورد بحث در این دستورالعمل‌ها، کمیته‌ای است که شامل اعضای ذیل می‌گردد:

الف: دو متخصص اخلاق پزشکی

ب: دو متخصص علوم بالینی درحوزهٔ مورد بحث کمیته

ج: نمایندهٔ پژوهشی دانشگاه

د: نمایندهٔ آموزشی دانشگاه

هـ: نمایندهٔ صنایع

و: نمایندهٔ اجتماعی بیماران (فعالان اجتماعی)

ز: یک حقوقدان آشنا به مسائل حوزهٔ سلامت

**نتیجه**

از انگیزه‌های تأثیرگذاری که سبب قالب‌بندی روابط پزشک ـ صنایع به شکل دستورالعمل‌های الزامی شده است، آسیب دیدن سلامت کل جامعه به سبب نادیده گرفتن حقوق بیماران و از بین رفتن اعتماد عمومی نسبت به حرفهٔ پزشکی و تک تک اعضای حرفهٔ سلامت است. کلیه اعضای کادر سلامت باید این آگاهی را کسب کنند که اجباری بودن این دستورالعمل باید در راستای ضرورت پایبندی آنها به اصول عملکرد حرفه‌ای و اصول اخلاق فردی واجتماعی تلقی شود که در حقیقت بنیان حرفهٔ آنها بر آن استوار شده است.

اعلام نکردن ارتباط پزشک ـ صنایع به بیمار نه تنها می‌تواند به اعتماد بیمار نسبت به شایستگی علمی پزشک خدشه وارد کند، بلکه به اعتماد بیمار در مورد مهم‌تر بودن سلامتی‌اش نزد پزشک نسبت به علایق شخصی پزشک هم صدمه می‌زند. به علاوه همان‌طور که گذشت، هیچ کس نمی‌تواند ادعا کند که به سبب آگاهی از زیان‌های این نوع از تعاملات، در عمل هیچ تأثیری نسبت به زمان قبل از برقراری ارتباط با صنایع نپذیرفته است.

لذا، جوامع علمی در راستای پایان دادن به این نگرانی‌ها، طراحی کدها و دستورالعمل‌های حرفه‌ای ـ اخلاقی را برای حفاظت از حقوق بیماران و ممانعت از ایجاد تعارض منافع در رفتار، عملکرد و تصمیمات حرفه‌ای، الزامی دانسته‌اند اعضای حرفهٔ سلامت و صنایع مرتبط به آن در ایران نیز از این قاعده مستثنی نیستند. خوشبختانه به علت اینکه بیشتر مفاد این نوع دستورالعمل‌ها در سایر کشورها عقلانی و استدلالی هستند، می‌توان با اعمال تغییرات اندکی، از آنها الگوگیری کرد.

جهت تضمین همکاری اعضای حرفهٔ سلامت بهتر است متن اصلی این دستورالعمل با مشورت گرفتن از اعضای حرفهٔ سلامت تکمیل گردد. همچنین لزوم آموزش‌های مداوم در قالب تحلیل اخلاقی موارد واقعی نیز جهت گسترش همکاری‌ها و افزایش توان درک اهمیت این موضوع ضروری به نظر می‌رسد.

**پی‌نوشت‌ها**

1- Online
2- Continuing Medical Education
3- American Medical Association
4- International federation of pharmaceutical Manufactures and Associations (IFPMA)
5- CMA guidelines for physicians in interaction with industry.
6- Core professional values.
7 - Scientific Misconduct
8- Post marketing surveillance studies.
9- Continuing professional development (CPD)
10- Clinical Evaluation package (Samples)

**فهرست منابع**


Agrawal S. pharmaceutical industry and sponsor ship of delegates for national conferences. *Indian pediatr* 2002; 39: 443-448.

AMA. Opinion 8.061 -Gifts to Physicians from Industry. Available at: http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion8061.page.

Bero LA, Rennie D. Influences on the quality of published drug studies. *Int J Techno Assess Health Care* 1996; 12:209-237.

Blumental D. Doctors and drug companies. *N Engl J Med* 2004; 351: 1885-1890.

Brennan TA, Rothman GJ, Blank L,Blumenthal D, Chimonas SC, Cohen JJ, Goldman J, Kassirer JP, Kimball H, Naughton J, Smelser Neil. Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic Medical centers. *JAMA* 2006; 295(4): 429-433.

Brett AS, Burr W, Moloo J. Are gifts from pharmaceutical companies ethically problematic? A survey of physicians. *Arch intern Med* 2003; 163: 2213-2218.

Brotzman GL, Mark DH. Policies regulating the activities of pharmaceutical representatives in residency programs. *J Fam Med* 1997; 72: 916-910.

Chren MM, Landefeld CS. Physician's behavior and their interactions with drug companies. A controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *JAMA* 1994; 271: 684-689.

Cialdini RB. Influence: science and practice. New York, NY: Harper Collins College publishers; 1993:21.

Coyle SL. Physician-industry relationship. Part 1: individual physicians. *Ann Intern Med* 2002; 136: 396-402.

Dana J, Loewen stein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA* 2003; 290: 252-255.

Guidelines for physicians in interactions with industry- CMA policy 2007. Available at: http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD08-01.pdf.

Henry DA, Kerridge LH, Hill SR, MeNeill PM, Doran E, Newby DA, Henderson KM, Maguire J, Stokes BJ, Macdonald GJ, Day RO. Medical specialists and pharmaceutical industry-sponsored research: a survey of the Australian experience. *Med J Aust* 2005; 182:552-560.

IFPMA Code of Pharmaceutical Marketing Practices. 2006 Revision. Available at: http://www.ifpma.org/pdf/IFPMA-TheCode-FinalVersion-30May2006-EN.pdf.

Indian Medical Council. (Professional Conduct, Etiquette and Ethics) Regulations, 2002. Available at: http://www.mciindia.org/rules-and-regulation/Code%20of%20 Medical%20Ethics%20Regulations.pdf

Keber R. Drug makers target consumers with their ads. Boston Globe. March 10, 2004: C1.

Komesaroff PA. Relationships between health professionals and industry: maintaining a delicate balance. *Aust Preser* 2007; 30: 150-153.

Lexcgin J. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say? *CMAJ* 1993; 149: 1401-1407.

Moynihan R. the making of a disease: female sexual dysfunction. *BMY* 2003; 326:45-47.

Rosner F. Ethical relationship between drug companies and medical profession. *Chest* 1992; 102: 266-269.

**یادداشت شناسه مؤلف**

**امید آسمانی؛** داروساز، دانشجوی رزیدنت اخلاق پزشکی، گروه اخلاق و فلسفه سلامت، دانشکده پزشکی شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

**نشانی الکترونیکی:** asemanio@sums.ac.ir

**تاریخ وصول مقاله:** ۱۳۸۸/۱۱/۲۱

**تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۸۹/۱/۲۰