

ضرورت طراحی کدهای اخلاق حرفه‌ای برای ارائه‌دهندگان

خدمات سلامت باروری در ایران

تهمینه فرج خد

ریاب لطیف نژاد رودسری^۱

محمود عباسی

چکیده

چگونگی وضعیت سلامت باروری بستگی زیادی به عواملی نظیر مباحث اقتصادی، عدالت و اخلاق دارد. سلامت باروری و جنسی زنان اغلب مورد خدشه قرار می‌گیرد که این مسأله الزاما به دلیل دانش پزشکی ناکافی نبوده، بلکه بیشتر به علت نقض حقوق اساسی زنان، علی‌رغم توافق جهانی بر آن، می‌باشد. امروزه در سراسر دنیا نگرانی فزاینده‌ای در جامعه درباره نحوه ارائه خدمات به طریق اخلاقی به وجود آمده که لازم است جهت رفع این نگرانی‌ها کدهای اخلاق حرفه‌ای مشتمل بر اصول اخلاقی شامل تعهدات و وظایف اخلاقی، پیامدهای عمل، ارزش‌ها، باورها، ویژگی‌های اخلاقی و ویژگی‌های فرهنگی و منطقه‌ای تدوین گردند. این مطالعه مروری با هدف بررسی ضرورت طراحی کدهای اخلاق حرفه‌ای برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باروری در ایران با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی SID، IRAN DOC، PUBMED، CINAHL و MEDSCAPE از سال ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۳ و با استفاده از واژگان کلیدی سلامت باروری، کدهای اخلاق حرفه‌ای و طراحی، که طی آن تعداد ۴۵ مقاله بازیابی شدند و مورد مرور قرار گرفتند. نتایج یافته‌ها در این مطالعه مروری بر طراحی کدهای اخلاقی در حیطه سلامت باروری و به روز نمودن آن‌ها تأکید می‌نماید که یک ضرورت مهم حرفه‌ای محسوب شده و می‌تواند یک راهنمای اخلاقی کاربردی را در ارائه خدمات سلامت باروری ترسیم نماید.

واژگان کلیدی

سلامت باروری، کدهای اخلاق حرفه‌ای، طراحی

۱. دکترای تخصصی بهداشت باروری، استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو مرکز تحقیقات ایمنی بیمار و ارتقاء کیفیت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مشهد. ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: latifnejadr@mums.ac.ir

مقدمه

سلامت باروری و جنسی یک موضوع مهم و نگران‌کننده جهانی محسوب می‌شود. مسائل مربوط به سلامت باروری مسؤول مرگ و ناخوشی زنان در سراسر دنیا می‌باشد. از آنجایی که سلامت باروری مسائل و مشکلات هم زنان و هم مردان را در بر گرفته، لذا مشکلات سلامت باروری دومین علت ناخوشی بعد از بیماری‌های واگیردار جهان محسوب می‌شود (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۰۴ م؛ صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۰۵ م). بار مرگ و ناتوانی که زنان به خاطر نقش تولید مثل‌شان متحمل شده به طور شگرفی افزایش یافته و به دلیل وجود نابرابری در وضعیت اجتماعی و اقتصادی، با اینکه هنوز هم به طور اساسی قابل پیشگیری می‌باشد، به صورت غیر قابل قبولی بالاست. سلامت باروری و جنسی همچنین یک موضوع مهم توسعه انسانی محسوب می‌شود، به دلیل اینکه زنان محور توسعه پایدار اقتصادی و اجتماعی بوده و زمینه پیشرفت در همه جوامع به شمار می‌آیند. در خیلی از موارد توانایی مشارکت زنان به دلیل محدودیت‌های حقوق زنان شامل فقدان دستیابی به اطلاعات و مراقبت مناسب و ایمن به خوبی درک نشده است. رعایت حقوق بشر سبب می‌شود که در ارائه خدمات به زنان با آنان بر اساس اصول اخلاق پزشکی و محترمانه رفتار شود (انجمن بین‌المللی زنان مامایی^۲، ۲۰۰۳ م).

این مقاله مروری با هدف ضرورت طراحی کدهای اخلاق حرفه‌ای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری تدوین گردید.

روش

این مطالعه مروری با هدف بررسی ضرورت طراحی کدهای اخلاق حرفه‌ای برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باروری در ایران با جستجو در پایگاه‌های

اطلاعاتی SID، IRAN DOC، PUBMED، CINAHL و MEDSCAPE از سال ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۳ و با استفاده از واژگان کلیدی سلامت باروری، کدهای اخلاق حرفه‌ای و طراحی، انجام شد که طی آن تعداد ۵۱ منبع علمی، اعم از مقاله، کتاب و منابع الکترونیکی دیگر بازیابی و بررسی شد که از این تعداد، پس از حذف منابع غیر مرتبط ۴۵ منبع مرور و مورد استفاده در نگارش مقاله حاضر قرار گرفتند.

نتایج

در مقاله حاضر مباحثی نظیر اهمیت سلامت باروری، تاریخچه سلامت باروری در ایران، حرفه‌گرایی در ارائه خدمات سلامت باروری، ارتباط میان توسعه فناوری و ارائه خدمات سلامت باروری و همچنین کدهای اخلاق حرفه‌ای در ارائه خدمات سلامت باروری مورد بحث قرار گرفته است.

اهمیت سلامت باروری

سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت^۳ (۲۰۱۱ م.) به معنای رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی، عاطفی و نه فقط فقدان بیماری و نقص عضو و سلامت باروری نیز به مفهوم رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی در همه موضوعات مرتبط با دستگاه تناسلی و باروری اعم از عملکرد و فرآیند تعریف شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱ م؛ صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۰۴ م.). وسعت خدمات سلامت باروری که شامل خدمات تنظیم خانواده، پیشگیری و درمان بیماری‌های مقاربتی و ایدز، غربالگری سرطان‌های شایع زنان، خدمات مربوط به سلامت مادران و کودکان، خدمات مربوط به سقط، ارائه خدمات به نوجوانان، ارائه خدمات به مردان، پیشگیری و مقابله با خشونت علیه زنان، انجام مشاوره، ارجاع و پیگیری می‌باشد، نشانگر اهمیت این حیطه از خدمات سلامت است (کوک و دیکنس^۴، ۲۰۰۰ م؛ صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۰۴ م.).

ارتباطات که زیر بنای ارائه خدمات سلامت باروری و جنسی محسوب شده یک قسمت طبیعی از زندگی فرد است که باید به صورت آزادانه و سالم بدون هیچگونه خشونت یا اجبار و تهدید چه برای زن و چه برای مرد لحاظ شود. به طور کلی سلامت باروری و جنسی که از حقوق بشر منشاء گرفته بخش مهمی از اخلاق پزشکی بوده و باید برای همه زنان بدون در نظر گرفتن سن، وضعیت تأهل، قوم، وضعیت سیاسی، نژاد، مذهب، وضعیت اقتصادی، ناتوانی یا سایر موقعیت‌ها اعمال شود. این حقوق نیازمند آگاه‌نمودن اذهان عمومی و ارتقای گفت‌وگو احترام‌آمیز در خصوص تفاوت دیدگاه‌های اخلاقی و مذهبی است. بنابراین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید تنوع فرهنگی و مذهبی در یک کشور را درک نموده و به آن احترام بگذارند (انجمن بین‌المللی زنان مامایی، ۲۰۰۳ م.).

تاریخچه سلامت باروری در ایران

تاریخچه سلامت باروری و جنسی به دهه‌های اخیر بر می‌گردد. بیانیه تهران^۵ (۱۹۷۴ م.) در خصوص تنظیم خانواده و برخوردارگی از حق انتخاب و داشتن آزادی برای استفاده از آن به عنوان یک حق انسانی، بیانیه رفع هر نوع تبعیض علیه زنان^۶ و حق برخوردارگی از خدمات مراقبت سلامت از جمله تنظیم خانواده، بیانیه وین^۷ و برنامه عملیاتی آن (۱۹۹۳ م.) درباره کنفرانس جهانی حقوق بشر که طی آن حقوق زنان مورد تأکید قرار گرفت و طراحی برنامه عملیاتی به دنبال برگزاری کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه^۸ (۱۹۹۴ م.) و چهارمین کنفرانس جهانی زنان در پکن^۹ شناخت جامعی را از حقوق سلامت باروری و جنسی فراهم نمود. بر اساس بند هفت برنامه عملیاتی، دولت‌های متعهد باید تا سال ۲۰۱۵ م.، به مفاد این برنامه عملیاتی جامه عمل بپوشانند. بنابراین دولت‌ها باید حقوق زنان و دختران را برای دستیابی به بالاترین حد استانداردهای سلامت جسمی و روانی به رسمیت شناخته و جهت دستیابی به آن تلاش نمایند (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۱۹۹۴ م.؛ صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۰۵ م.).

در ایران در سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۹ میلادی به منظور دستیابی به اهداف توسعه هزاره^۱، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در قالب یک برنامه چهارساله طرح مشترکی را در زمینه ارتقای سلامت باروری با ایران تعریف کرد. این پروژه دارای خروجی‌های متعددی بود که اجرای بخشی از آن به عهده دفتر جمعیت و سلامت خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته شد. بر اساس اهداف و فعالیت‌های طراحی شده در برنامه کشوری صندوق سازمان ملل متحد، شبکه مورد نظر باید در چارچوب چهار محور اصلی سلامت باروری فعالیت کند. «ایران باید جامعه‌ای سالم، برخوردار از بهداشت، حقوق باروری و عدالت جنسیتی باشد.»

این جمله پس از برپایی جلسات و نشست‌های متعدد به عنوان هدف نهایی شبکه برگزیده شد (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶ ش.۵). در حال حاضر سازمان‌های متعددی از جمله سازمان بهداشت جهانی، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد و نهادهای غیر دولتی در خصوص فعالیت‌های مرتبط با سلامت باروری و جنسی فعالیت داشته و در راستای ارائه این خدمات به صورت بین‌المللی فعالیت می‌کنند که هدف آن‌ها ارتقای کیفیت خدمات شامل دستیابی به خدمات، فرآورده‌ها و تجهیزات مناسب و کافی، انجام فرآیندهای درمانی مبتنی بر شواهد علمی، مهارت‌های فنی، مدیریتی و بین فردی کارکنان بخش سلامت است (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۰۵ م.).

حرفه‌گرایی در ارائه خدمات سلامت باروری

چگونگی وضعیت سلامت باروری بستگی زیادی به عواملی نظیر مباحث اقتصادی، عدالت و اخلاق دارد (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۰۵ م.). سلامت باروری و جنسی زنان اغلب مورد خدشه قرار می‌گیرد که این مسأله الزاما به دلیل دانش پزشکی ناکافی نبوده، بلکه بیشتر به علت نقض حقوق اساسی زنان، علی

رغم توافق جهانی بر آن، می‌باشد (برنامه برای فناوری مناسب در سلامت^{۱۱}، ۲۰۰۳ م؛ انجمن بین‌المللی زنان مامایی، ۲۰۰۴ م؛ فرج‌خدا و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۳ م).

حرفه‌گرایی^{۱۳} در ارائه خدمات سلامت به زنان ابزاری است که ارائه‌کنندگان از طریق آن مراقبت اخلاقی مبتنی بر حقوق سلامت باروری و جنسی زنان را رعایت می‌کنند. به دلیل وجود عدم تعادل قدرت ذاتی بین زنان و ارائه‌کنندگان خدمات، نحوه ارائه خدمات سلامت نه فقط از نابرابری در دانش حرفه‌ای بلکه اغلب از تفاوت فرهنگی و اقتصادی زنان ناشی می‌شود. ارائه‌کنندگان خدمات در انجمن‌های حرفه‌ای به دلیل دانش، مهارت و تجربه حرفه‌ای، از یک نقش کلیدی و مسؤولیت اجتماعی برخوردار هستند. این وضعیت برای آن‌ها ابزاری را جهت تأثیر بر سیاست‌گذاری در جامعه و نحوه ارائه خدمات سلامت فراهم می‌کند. همچنین این موضوع به ارائه‌کنندگان خدمات اجازه می‌دهد تا وجود نابرابری در خدمات سلامت باروری و جنسی زنان را پررنگ‌تر کرده و برای ارتقای وضعیت زنان جلب حمایت نمایند (انجمن بین‌المللی زنان مامایی، ۲۰۰۳ م).

آنچه که متقاضیان خدمات سلامت باروری انتظار دارند برخورداری از حق انتخاب، تعامل مناسب و نظم در ارائه خدمات است که مطالعات انجام‌شده مواردی نظیر رعایت تکریم و احترام، رفتار مؤدبانه و دوستانه، حفظ حریم خصوصی و رازداری، درک وضعیت و نیازهای هر مددجو توسط ارائه‌کنندگان خدمات، آگاهی بخشی کامل و درست، صلاحیت فنی، دسترسی و تداوم ارائه خدمات، دریافت خدمات بدون هیچ مانع و رعایت عدالت به معنای ارائه اطلاعات لازم به هر فرد متقاضی صرف نظر از سن، وضعیت ازدواج، جنسیت، طبقه اجتماعی و قومیت را شامل می‌شود (داگات^{۱۴}، ۲۰۱۰ م؛ صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۱۱ م؛ هنسن و کرخوف^{۱۵}، ۲۰۱۱ م؛ بایلیر و گالاگهر^{۱۶}، ۲۰۱۱ م؛ اختر دانش و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۱ م).

مراقبت ذاتا یک وظیفه اخلاقی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت محسوب می‌شود. رعایت مراقبت اخلاق‌گرا تعهداتی را برای ارزش‌هایی نظیر مراقبت،

مسئولیت و اهمیت دادن به نیازهای مراقبتی را به همراه دارد (لینر باس^{۱۸}، ۲۰۰۸ م؛ راتر و همکاران^{۱۹}، ۲۰۱۱ م). اصول اخلاقی نظیر سودرسانی، عدم ضرررسانی، برخورداری از حق اختیار و عدالت، قضاوت‌های خاصی را در خصوص ارائه خدمات ایجاد می‌کنند. انجام مراقبت و ارائه خدمات مستلزم تعامل و ارتباط میان گیرنده و ارائه‌دهنده خدمات است که یک ارتباط دو جانبه را نشان می‌دهد (لینر باس، ۲۰۰۸ م؛ کافمن و همکاران^{۲۰}، ۲۰۱۰ م). نگرش اخلاقی سبب عملکرد اخلاقی مشتمل بر ارزش‌هایی نظیر مراقبت، صداقت و اطمینان، ملاحظات دوجانبه، همدردی و نوع دوستی می‌گردد که راه مقابله بالقوه با مشکلات جهانی در ارائه خدمات سلامت را به همراه دارد (لینر عباس، ۲۰۰۸ م؛ بارلس و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۱ م).

امروزه، بیماران، ارائه‌کنندگان خدمات و سیاست‌گذاران امر سلامت نیاز به یک راهنمای جدید عملکرد اخلاقی به منظور راهنمایی نمودن آنان در شرایط دشوار نظام ارائه خدمات سلامت دارند (ساین و کوکران^{۲۲}، ۲۰۰۷ م). اصول اخلاقی پایه‌ای برای مقابله با سوء عملکرد در حیطه ارائه خدمات یا سهل‌انگاری و غفلت کارکنان محسوب می‌شود (میسن مکوئید^{۲۳}، ۲۰۰۸ م). در سراسر دنیا، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در توسعه امر سلامت دخیل هستند. آن‌ها در ارائه خدمات بهداشتی مشارکت داشته و بنابر این به طور مداوم در معرض مباحث پیچیده اخلاقی قرار دارند (هانت^{۲۴}، ۲۰۰۷ م).

نظام‌های سلامت از نظر عملکرد تفاوت فاحشی داشته و توانایی کشورهای با درآمد سرانه مشابه سلامت، در دستیابی به اهداف کلیدی سلامت کاملاً متفاوت است. متغیرهایی که در بروز این تفاوت نقش دارند به نحوه عملکرد نظام سلامت ارتباط دارند. تفاوت در طراحی‌ها، محتوا و مدیریت نظام‌های سلامت سبب اختلاف در سطح وسیعی از پیامدهای با ارزش می‌شود. بنابراین به منظور بهبود درک عملکرد نظام سلامت لازم است مفهوم وظیفه اصلی آن تبیین شود که به معنای تدارک و انجام فعالیت‌هایی است که هدف اولیه آن حفظ یا ارتقای سلامت جامعه و افراد آن است (موری و فرنک^{۲۵}، ۲۰۰۰ م؛ اسپرکر^{۲۶}، ۲۰۱۱ م).

ارتباط میان توسعه فناوری و ارائه خدمات سلامت باروری

توسعه فناوری در سراسر دنیا اگرچه یک امر مهم در شکل‌گیری ارائه خدمات سلامت محسوب شده و استانداردهای مراقبتی را افزایش می‌دهد، اما در صورت سوء استفاده از آن تأثیرات نامناسبی را بر عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات و پیامدهای ناشی از آن دارد (شارپ^{۲۷}، ۱۹۹۸ م؛ سامرویل^{۲۸}، ۲۰۰۷ م). امروزه، دستیابی قابل توجه به علم، فناوری و توسعه اقتصادی و اجتماعی در اکثر نقاط دنیا سبب ارتقای وضعیت سلامت شده و میزان‌های مرگ و ابتلاء به بیماری را کاهش و امید به زندگی را افزایش داده است. پیشرفت علوم پزشکی عامل مهمی در کاهش درد و رنج انسان‌ها و ناتوانی آنان بوده، اما علی‌رغم این پیشرفت‌ها، فناوری مدرن پزشکی اثرات سویی را نیز در کشورهای در حال توسعه داشته است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸ م). به عنوان مثال می‌توان از ایجاد فاصله در دستیابی به فناوری خدمات سلامت در افراد و جوامع با وضعیت اقتصادی اجتماعی نامناسب، نام برد. همچنین مشکلات اخلاقی مرتبط با توزیع مناسب و عادلانه فناوری، هزینه‌های خدمات، کمرنگ‌شدن روش‌های ساده درمانی، رجحان جنسیتی و نیز مباحث مربوط به آموزش پزشکی در به روز کردن مداوم مهارت‌ها و دانش حرفه پزشکی را می‌توان از مهم‌ترین چالش‌های مرتبط با توسعه فناوری پزشکی دانست (سامرویل، ۲۰۰۷ م). از سویی دیگر این پیشرفت‌ها ابعاد انسانی نظیر ارتباط میان بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را تحت تأثیر قرار داده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸ م؛ بوسلت و همکاران^{۲۹}، ۲۰۱۱ م). از منظر دیگر این پیشرفت قابل ملاحظه در اطلاعات و فناوری زیست پزشکی در هزاره جدید یک مقطع زمانی استرس‌زا برای زنان، خانواده‌هایشان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت نیز به وجود آورده است که سؤالات مطروحه بیشتر از پاسخ‌های ارائه شده است. مسائل بحث‌برانگیز حول محور مباحثی در خصوص معنای یک ارائه‌کننده خدمت اخلاقی یا فرد اخلاقی و همچنین چگونگی رسیدن به یک جامعه حرفه‌ای اخلاقی دور می‌زند (تامپسون^{۳۰}، ۲۰۰۴ م؛ صالحی و همکاران^{۳۱}، ۲۰۱۰ م). وجود چنین چالش‌هایی

ضرورت توسعه ارزش‌های بنیادین را در سلامت، از طریق توسعه اخلاق حرفه‌ای آشکار می‌سازد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸ م.).

کدهای اخلاق حرفه‌ای در ارائه خدمات سلامت باروری

اخلاق حرفه‌ای یک ابزار راهبردی است که به مباحث اخلاقی علوم تخصصی حرف مختلف پرداخته و این نکته را مورد بحث قرار می‌دهد که چطور از دانش حرفه‌ای باید در جهت ارائه مناسب خدمات استفاده نمود (چادویک^{۳۲}، ۱۹۹۶ م.). بنابراین اخلاق حرفه‌ای چارچوبی را برای تدوین کدهای اخلاقی ایجاد می‌کند. کدهای اخلاقی راهنماهای نظام‌مندی هستند که سؤالات مربوط به رفتار اخلاقی هنجار را پاسخ داده و چندین عملکرد از جمله هویت حرفه‌ای (عملکرد خارجی)، راهنمای عملکرد اعمال مراقبتی (عملکرد درونی) و نیز نحوه ایجاد انگیزه در کارکنان را ترسیم می‌نمایند (باتس و ریچ^{۳۳}، ۲۰۰۵ م.). کدهای اخلاق حرفه‌ای می‌توانند به عنوان یک راهنمای اخلاقی در انجام مسؤولیت‌های حرفه‌ای مبتنی بر کیفیت مورد استفاده قرار گرفته و به ارائه‌کنندگان خدمات در ایفای وظایف حرفه‌ای خود کمک نمایند (صالحی و همکاران، ۲۰۱۰ م.). امروزه در سراسر دنیا نگرانی فزاینده‌ای در جامعه درباره نحوه ارائه خدمات به طریق اخلاقی بوجود آمده که لازم است جهت رفع این نگرانی‌ها کدهای اخلاق حرفه‌ای مشتمل بر اصول اخلاقی شامل تعهدات و وظایف اخلاقی، پیامدهای عمل، ارزش‌ها، باورها، ویژگی‌های اخلاقی و ویژگی‌های فرهنگی و منطقه‌ای باشند (سنجری و همکاران^{۳۴}، ۲۰۰۸ م.).

از آنجایی که کدهای اخلاقی زمینه مناسبی را جهت ارتقای کیفیت ارائه خدمات فراهم می‌آورند ارائه خدمات با استاندارد مطلوب نه فقط از طریق توسعه دانش و فناوری افراد شاغل در یک حرفه بلکه از طریق تدوین یکسری استانداردهای اخلاقی و ارزشی، امکان پذیراست که نظرات افراد در آن حرفه نیز در طراحی کد اخلاقی لحاظ شده باشد (سنجری و همکاران، ۲۰۰۸ م.؛ تامپسون، ۲۰۰۹

م). دغدغه‌ها و تردیدهای اخلاقی همواره ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری را در انجام فعالیت‌های روزمره‌شان احاطه می‌کنند. بنابراین برخورداری از تجارب حرفه‌ای برای حل این مسائل ضرورتی اجتناب‌ناپذیر محسوب می‌شود. ارائه اطلاعات در خصوص مباحث اخلاقی مورد نیاز و اینکه چطور فرآیند تصمیم‌گیری می‌تواند بر ارزش‌های بنیادین تأثیر گذارد و در عین حال متضمن حقوق ارائه‌کنندگان خدمات و مددجویان نیز باشد، امری ضروری است. طراحی کدهای اخلاقی در حیطه سلامت باروری علاوه بر ایجاد همدمی در ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و رضایتمندی مراجعین ارزشی کاربردی داشته و می‌تواند توسط طیف گسترده‌ای از ارائه‌کنندگان خدمات اعم از متخصصین زنان، پزشکان عمومی، ماماها، پرستاران و نیز سایر کارکنان بخش سلامت شاغل در حیطه‌هایی غیر از سلامت باروری نیز مورد استفاده قرار گیرد (انجمن بین‌المللی زنان مامایی اتیوپی^{۳۵}، ۲۰۰۵ م).

بر اساس مطالعات انجام‌شده مذهب و فرهنگ نقش مهمی را در زندگی اجتماعی داشته و می‌توانند فرصت‌هایی را برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت باروری فراهم کنند (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۱۲ م). ادیان و آموزه‌های مذهبی نیز در شکل‌گیری اخلاق پزشکی در جوامع نقش بی‌بدیلی داشته‌اند (لاریجانی و همکاران^{۳۶}، ۲۰۰۶ م). ایران کشوری با پیشینه تمدن بیش از ۲۵۰۰ سال بوده که بیش از ۹۰٪ از جمعیت ۷۲ میلیون نفری آن را مسلمانان تشکیل می‌دهند (صالحی و همکاران، ۲۰۱۰ م). اصول اخلاقی مورد تأکید در اسلام تا حدود زیادی مشابه اصول اخلاق پزشکی جهانی پذیرفته شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸ م). از آنجایی که احترام به شأن انسانی در فرهنگ اسلامی ایران بسیار مورد تأکید بوده است، جای بسی شگفتی است که مفهوم حقوق بیمار و کدهای اخلاق حرفه‌ای تا این اواخر مورد توجه قرار نداشتند. به همین منظور در راستای تأکید بر نقش اخلاق در ارائه خدمات سلامت و ارتقای کیفیت آن در ایران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی یک برنامه استراتژیک و راهبردی برای توسعه مطالعات در مورد اخلاق پزشکی در سطح ملی را طرح‌ریزی نمود (لاریجانی و

همکاران، ۲۰۰۶ م.). بدیهی است که طراحی کد اخلاقی بایستی بر اساس ارزش‌ها و عرف پذیرفته‌شده ملی و در راستای کد اخلاق حرفه‌ای بین‌المللی باشد (صالحی و همکاران، ۲۰۱۰ م.).

علی‌رغم مشترک بودن ارزش‌هایی نظیر احترام به شأن انسانی که به هیچ‌وجه نباید نادیده گرفته شود، تفاوت فرهنگ‌ها امری اجتناب‌ناپذیر است. سازمان بهداشت جهانی بر رویکرد مبتنی بر فرهنگی نمودن مباحث اخلاق در سلامت تأکید نموده است. از آنجا که منطقه مدیترانه شرقی یک منبع ارزشمند و غنی ایده‌های اخلاقی در زمینه اخلاق سلامت و پزشکی بوده و ساختارهای نسبتاً مشترک ملی، مذهبی، اجتماعی و فرهنگی دارد، سازمان بهداشت جهانی بر ارتقای همکاری منطقه‌ای و بین‌المللی در خصوص طراحی کدهای اخلاقی مشروح برای راهنمایی کشورهای منطقه، در همکاری با سازمان‌های مرتبط نظیر سازمان‌های اسلامی علوم پزشکی^{۳۷} (۱۹۸۱ م.)، انجمن بین‌المللی علوم پزشکی و بخش فرهنگی، علمی و آموزشی سازمان ملل متحد به همراه سازمان بهداشت جهانی و نیز بر ارائه گزارش سالیانه از میزان دستیابی به اهداف مورد نظر تأکید می‌نماید. بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی منطقه مدیترانه شرقی به یک رویکرد سه‌گانه در اخلاق شامل تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای ارائه خدمات سلامت، ظرفیت‌سازی و طراحی کدهای اخلاقی نیاز دارد. همچنین تأکید شده است که هر کشوری بر اساس دیدگاه‌های فرهنگی اجتماعی خاص خود به حل مباحث اخلاقی و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در ارائه خدمات سلامت اقدام نماید (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸ م.).

در ایران مطالعاتی نیز در خصوص طراحی کدهای اخلاقی انجام شده است. کدهای شش‌گانه اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی در ایران توسط شورای عالی سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۵ طراحی شد و هدف از تدوین آن‌ها، ارائه راهکارهای اخلاقی در شش حوزه پژوهشی نوپا در علوم پزشکی و زیستی بود که برانگیزاننده مسائل گوناگون اخلاقی و حقوقی

محسوب می‌شد. با این حال، به نظر می‌رسد نقاط ضعف، ابهام و کاستی‌هایی در تألیف و تدوین آن‌ها وجود داشته باشد (خداپرست و همکاران، ۲۰۰۷ م.). معماریان و همکاران^{۳۸} (۲۰۰۷ م.) نیز تأکید کرده‌اند که صلاحیت حرفه‌ای با درک اخلاق حرفه‌ای تسهیل می‌شود، اما تاکنون مفهوم اخلاق حرفه‌ای در ایران به خوبی تبیین و تدریس نشده است. طراحی کدهای اخلاقی پرستاران در ایران یک گام مهم در پاسخ به سؤالات اخلاقی که پرستاران با آن مواجه هستند به شمار می‌آید. تدوین یک کد اخلاق پرستاری هنوز در مراحل اولیه طراحی است، اگرچه مطالعات و تحقیقات بیشتری در این خصوص مورد نیاز است با این حال انتظار می‌رود در آینده نزدیک کد اخلاق حرفه‌ای طراحی شود. سرباز و کیمیافر^{۳۹} (۱۳۹۰ ش.) نیز کمبود قوانین و کدهای اخلاق حرفه‌ای را در ایران گزارش نمودند و بر انجام مطالعات گسترده در این باره تأکید داشتند.

نتیجه گیری

علی‌رغم انجام مطالعاتی در باره اخلاق پزشکی از جمله طراحی منشور حقوق بیمار در ایران (جولایی و همکاران^{۴۰}، ۲۰۰۸ م؛ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳ ش.) و تدوین کدهای اخلاقی در پژوهش‌های علوم پزشکی به نظر می‌رسد، مباحث مربوط به اخلاق پزشکی نوین به ویژه در حیطه سلامت باروری در ایران نوپا است. همچنین به دلیل فقدان وجود کدهای اخلاقی برای اکثر گروه‌های علوم پزشکی از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری در منطقه مدیترانه شرقی و ایران، اهمیت انجام پژوهش‌های بنیادی و کاربردی و استفاده از نتایج آن‌ها از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در بخش‌های مربوط به قانون‌گذاری، سیاست‌گذاری، آموزش پزشکی بهداشت و درمان در این زمینه بیش از پیش نمایان می‌گردد. تهیه و ارائه یک چارچوب عملکرد اخلاقی متناسب با فرهنگ اسلامی ایرانی که پاسخگوی نیازهای واقعی کارکنان و مددجویان (نوجوانان، زنان و مردان) در حیطه سلامت باروری بوده و ضمن ارائه خدمات کارا، اثربخش، با کیفیت و مطابق با استانداردهای تعیین‌شده، رضایتمندی و رعایت شأن انسانی آنان را نیز به همراه داشته و در بخش‌های پژوهش، آموزش و مدیریت نیز کاربرد داشته باشد، نشانگر ضرورت طراحی و ارزیابی کدهای اخلاق حرفه‌ای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری در ایران می‌باشد. بنابراین طراحی کدهای اخلاقی در حیطه سلامت باروری و به روز نمودن آن نه تنها در سطح کشور، بلکه در سطح منطقه مدیترانه شرقی یک ضرورت محسوب شده و می‌تواند یک راهنمای اخلاقی کاربردی را در ارائه خدمات سلامت باروری ترسیم نماید. در این راستا نویسندگان مقاله حاضر در بخشی از یک مطالعه ترکیبی اکتشافی^{۴۱} با استفاده از روش دلفی^{۴۲} به طراحی کدهای اخلاقی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باروری ایران پرداخته‌اند که بخشی از نتایج آن به صورت مقاله در مجلات علمی پژوهشی و ISI چاپ شده است و تعدادی نیز در کنگره‌های بین‌المللی ارائه گردیده‌اند (فرج‌خدا و همکاران، ۱۳۹۰ ش؛ فرج‌خدا و همکاران، ۲۰۱۱ م؛ فرج‌خدا و همکاران الف، ۲۰۱۲ م؛ فرج‌خدا و همکاران ب، ۲۰۱۲ م؛ فرج‌خدا و همکاران، ۲۰۱۳ م؛ فرج‌خدا و همکاران، ۱۳۹۱ ش.).

پی‌نوشت‌ها

1. United Nations Population Fund
2. Federation International of Gynecology Obstetrics
3. World Health Organization
4. Cook & Dickens
5. Proclamation of Teheran
6. The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)
7. The Vienna Declaration and Program of Action from the World Conference on Human Rights
8. International Conference on Population and Development (ICPD)
9. The Beijing Platform For Action (1995) adopted at the Fourth World Conference on Women
10. Millennium Development Goals
11. Program for Appropriate Technology in Health
12. Farajkhoda & et al
13. Professionalism
14. Duguet
15. Hanson & Kerkhoff
16. Baillie & Gallagher
17. Akhtar-Danesh & et al
18. Laner-Abass
19. Rathert & et al
20. Kaufman & et al
21. Burls & et al
22. Sabin & Cochran
23. Mason McQuoid
24. Hunt
25. Murray & Frenk
26. Schrecker
27. Sharp
28. Sommerville
29. Bosslet & et al
30. Thompson
31. Salehi & et al
32. Chadwick
33. Butts & Rich
34. Sanjari & et al
35. Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists
36. Larijani & et al

37. Islamic Organization for Medical Sciences
38. Memarian & et al
39. Sarbaz & Kimiafar
40. Joolae & et al
41. Exploratory Mixed Method
42. Delphi

فهرست منابع

منابع فارسی:

- فرج‌خدا و همکاران (۱۳۹۰ ش.). ویژگی‌های نظام کارآمد اخلاق‌گرا در ارائه خدمات سلامت باروری. فصلنامه علمی پژوهشی اخلاق پزشکی دوره پنجم، شماره ۱۶.
- فرج‌خدا و همکاران (۱۳۹۱ ش.). سلامت باروری از منظر اخلاق و حقوق. فصلنامه علمی پژوهشی اخلاق پزشکی دوره ششم، شماره ۲۰. در دست چاپ.
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۳ ش.). دفتر مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، علوم انسانی و اسلامی در طب، حوزه تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی. سایت اینترنتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. <http://www.hbi.ir>.
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۶ ش.). معاونت سلامت. گزارشی از تشکیل شبکه بهداشت و حقوق باروری در ایران. سایت اینترنتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. <http://www.dme.hbi.ir>.

منابع انگلیسی:

- Akhtar-Danesh, N. Baumann, A. Kolotylo, C. Lawlor, Y. Tompkins, C. Lee, R. (2011). Perceptions of Professionalism Among Nursing Faculty and Nursing Students. *Western Journal of Nursing Research*. 16. [Epub ahead of print].
- Baillie, L. Gallagher, A. (2011). Respecting dignity in care in diverse care settings: Strategies of UK nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 17 (4): 336-41.
- Bosslet, GT. Torke, AM. Hickman, SE. Terry, CL. Helft, PR. (2011). The Patient-Doctor Relationship and Online Social Networks: Results of a National Survey. *Journal of General Internal Medicine*. [Epub ahead of print].
- Burls, A. Caron, L. Cleret de Langavant, G. Dondorp, W. Harstall, C. Pathak-Sen, E. Hofmann, B. (2011). Tackling ethical issues in health

- technology assessment: a proposed framework. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 27 (3): 230-7.
- Butts, J. Rich, K. (2005). *Nursing Ethics*. 2nd edition. Jones & Bartlett. London.
- Chadwick, R. (1998). *Professional Ethics*. *Routledge Encyclopedia of Philosophy*. London: Routledge.. [Online access]. <http://www.rep.routledge.com/article/L077>. [October 2011].
- Cook, RJ. Dickens, BM. (2000). *Considerations for formulating Reproductive health laws*. 2nd edition. [Online access]. http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/. [August 2011]
- Duguet, AM. (2010). Respect of patient's dignity in hospitals. *Journal International de Bioethique*. 21 (4): 93-101, 162-3.
- Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists (2005). Human right code of ethics for reproductive health workers practicing in Ethiopia. *ESOG SRH Ethical Guideline*. [online access]. <http://www.esog.org.et/ESOG%20SRH%20Ethical%20Guideline.htm>. [Nov 2009].
- Farajkhoda, T. Latifnejad Roudsari, R. Abbasi, M. (2013). An exploratory study to introduce a practical ethical framework for Reproductive Health research. *Iranian Journal of reproductive medicine*. (11): 31-38.
- Farajkhoda, T. Allan, H. Latifnejad Roudsari, R. Abbasi, M. (2012). Ethical performance in delivery of Sexual and Reproductive Health services: A Delphi study focused on the right of confidentiality. *Health MED Journal*. 10 (6): 3385-93.
- Farajkhoda, T. et al b. (2012). *Developing an ethical framework for privacy in sexual and reproductive health care*. 18 th congress on Iranian Society for Reproductive Medicine. Tabriz, Iran.
- Farajkhoda, T. et al. (2011). *Confidentiality dimensions in reproductive health care*. The first International congress on Midwifery and Reproductive Health. Mashhad, Iran.
- Federation International of Gynecology Obstetrics/FIGO (2003). *Professional & ethical responsibilities concerning SRH rights*. [Online access]. <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%202009%20-%202012%20pdf.pdf> . [August 2011].

- Hanson, SL. Kerkhoff, TR. (2011). The APA Ethical Principles as a foundational competency: Application to rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology*. 56 (3): 219-30.
- Hunt, MR. (2008). Ethics beyond borders: How health professionals experience ethics in humanitarian assistance and development work. *Developing World Bioethics*. 8 (2): 59-69.
- Joolae, S. Tschudin, V. Nikbakht Nasrabadi, A. Parsa Yekta, Z. (2008). Factors affecting patients' rights practice: the lived experiences of Iranian nurses and physicians. *International Nursing Review*. (55): 55-61.
- Kaufman, H. Horricks, L. Kaufman, M. (2010). Ethical considerations in transition. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 22 (4): 453-9.
- Khodaparast, AH. et al (2007). Critical Study of the "Six Ethical Codes for Research" in Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*. (37): 65-79.
- Laner Abass, B. (2008). Poverty and maternal mortality in Nigeria: Towards a more viable ethics of modern medical practice. *International Journal for Equity in Health*. 7 (11): 11-19.
- Larijani B, Malek Afzali, H. Zahedi, F. Motevaseli, E. (2006). Strengthening medical ethics by strategic planning in the Islamic Republic of Iran. *Developing World Bioethics*. 6 (2):106-10.
- Mason McQuoid, D. (2008). An introduction to aspects of health law: bioethical human rights and the law. *South African Journal of Bioethics and Law*. 1 (1): 358.
- Murray, CJ. Frenc, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of World Health Organization*. 78 (6): 717-31.
- Program for Appropriate Technology in Health (PATH) (2003). *Ensuring privacy and Confidentiality in Reproductive Health Services: A Training Module and Guide for Service Providers*. [Online access]. http://www.path.org/files/RH_ensuring_privacy.pdf [17 Aug 2011].
- Rathert, C. May, DR. Williams, ES. (2011). Beyond service quality: The mediating role of patient safety perceptions in the patient experience-satisfaction relationship. *Health Care Management Review*. [Epub ahead of print].

- Sabin, JE. Cochran, D. (2007). Confronting trade-offs in health care: Harvard pilgrim health care's organizational ethics program. *Health Affairs*. 26 (4): 1129-34.
- Salehi, T. Dehghan Nayeri, N. Negarandeh, R. (2010). Ethics: Patients' Rights and the Code of Nursing Ethics in Iran. *Online Journal of Issues in Nursing*. 15 (3): 35-46.
- Sanjari, M. Zahedi, F. Larijani, B. (2008). Ethical Codes of Nursing and the Practical Necessity in Iran. *Iranian Journal of Public Health*. A supplementary issue on Bioethics. 37 (1): 22-7.
- Sarbaz, M. Kimiafar, K. (2011). Comparison of Patient's Rights in Developed Countries and Suggestion a Proper Model for Iran. *Journal of Health Information Management*. 8: 1-9.
- Schrecker, T. (2011). Why are some settings resource-poor and others not? The global marketplace, perfect economic storms, and the right to health. *Canadian Journal of Public Health*. 102 (3): 204-6.
- Sharp, ES. (1998). Ethics in reproductive health care: a midwifery perspective. *Journal of Nurse Midwifery*. 43 (3): 235-45.
- Sommerville, A. (2007). Moral and ethical imperatives of health care technologies: Scientific, legal and socio-economic perspectives on use and misuse. The second National Bioethics Conference. *Indian Journal of Medical Ethics*. 4: 11-13.
- Thompson, A. (2009). Bridging the gap: teaching ethics in midwifery practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 49 (3): 188-93.
- Thompson, JB. (2004). Tomorrow's Ethics for Today's Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 49 (3): 172-4.
- United Nations Population Fund (1994). *International Conference on Population and Development (ICPD)*. [Online access]. <http://www.unfpa.org>. [Mar 2011].
- United Nations Population Fund (2004). *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. [Online access]. <http://www.unfpa.org>. [Mar 2009].
- United Nations Population Fund (2005). *Improving Reproductive Health*. [Online access]. <http://www.unfpa.org>. [Mar 2009].

United Nations Population Fund. *Adding it Up: The Benefits of Investing In Sexual and Reproductive Health Care*. [Online access]. <http://www.unfpa.org>. [Mar 2011].

United Nations Population Fund. Global and regional programme. *Unfpa World Wide*. Middle East & North Africa. [Online access]. <http://www.unfpa.org>. [October 2012].

World Health Organization (1998). *Ethics of Medicine and Health*. EMRO Technical papers series 4. WHO-EM/PHP/1/E/G/09.08/1000. [Online access]. <http://www.who.org>. [Mar 2011].

World Health Organization. [Online access]. <http://www.int/about/definition/en/print.html>. [Mar 2011].

یادداشت شناسه‌ی مؤلفان

تهمینه فرج‌خدا: دکترای تخصصی بهداشت باروری، عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی. یزد. ایران.

رباب لطیف‌نژاد رودسری: دکترای تخصصی بهداشت باروری، استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو مرکز تحقیقات ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مشهد. ایران. (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیک: latifnejadr@mums.ac.ir

محمود عباسی: دکترای تخصصی حقوق و اخلاق پزشکی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. رئیس مرکز تحقیقات حقوق و اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران. ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۵/۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۱۵