

جایگاه اخلاق پزشکی در مناسبات درمان

(مورد مطالعه: بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

ابراهیم اخلاصی*

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۱۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۲۴

چکیده

سازمان بهداشت جهانی سلامت امری فراتر از «فقدان بیماری یا معلولیت» می‌داند و آن را متضمن توجه خاطر به ابعاد روانی و اجتماعی و معنوی انسان‌ها در نظر می‌گیرد. پژوهش حاضر بر پایه منطق استفهامی، با استفاده از روش تحقیق مردم‌نگاری وسیع و با هدف بازنمایی راهبردهای مدیریتی معطوف به ملاحظه «معنویت» در بیمارستان‌های دولتی کلانشهر شیراز انجام شده است. دو پرسش اصلی مقاله عبارتند از: ابعاد فرا جسمانی کنشگران اصلی نظام سلامت، مشتمل بر جنبه‌های روانی، اجتماعی و فرهنگی و معنوی آن‌ها، چگونه مورد توجه تصمیم‌گیران مجموعه‌های درمانی قرار گرفته است؟ هم چنین، مهم‌ترین مصادیق متعارض با اخلاق پزشکی در میدان‌های مطالعه کدامند؟ آگاهی دهندگان مطالعه شامل پزشکان، مدرسان اخلاق پزشکی،

پرستاران، مدیران بیمارستانی، مددکاران اجتماعی، بیماران و همراهان آنها هستند که بر پایه روش نمونه‌گیری چند سطحی به صورت هدفمند و غیر احتمالی انتخاب شده‌اند. تحلیل کیفی داده‌های حاصل از فرایندهای چندگانه داده‌یابی از قبیل مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته، تصویر برداری و مرور اسناد بیمارستانی نشان می‌دهد راهبرد مدیریتی مورد استفاده در میدان‌های مطالعه جهت ملاحظه ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی کش‌گران اصلی نظام سلامت بر حسب مضمون نهایی «تجویزات الزامی و ارشادی» و مضامین کلی «معنویت دینی»، «معنویت سازمانی» و «فرهنگ فردی و حرفه‌ای سازمان خدمات» می‌تواند به تصویر کشیده شود. بعلاوه، آرمان مدیریتی «نهادینه سازی معنویت» در مجموعه‌های درمانی غالباً مبتنی بر آموزه‌های دینی، با محوریت «ترجیحات فقهی» محقق شده است.

مفاهیم کلیدی: ناظر آرمانی، اخلاق پزشکی، فرهنگ، معنویت، رفتار حرفه‌ای

مقدمه و طرح مسأله

ظهور معنویت به مثابه مفهومی برخوردار از پیچیدگی‌های نظری که در بیشتر حوزه‌های مطالعاتی مورد توجه قرار گرفته است، باعث تکوین پاره‌ای علائق جامعه‌شناختی درباره عوامل گردیده است که آشکال مختلف معنویت را به گونه‌های مختلف ابراز می‌دارند. عوامل مذکور ضمن نمودار گشتن در قالب فرهنگ و جنبش‌های هویتی از «مذهب سازمان یافته» جدا گشته و پایه‌های خود را مستند به سنت «خود-بهبودی»^۱ نموده‌اند. مفهوم معنویت متضمن یک روح پیشرو درهم آمیخته با تمایلاتی نظیر ضرورت معناداری و پویایی است که همگی برگرفته از تأثیرات مذاهب شرقی و گونه‌های عرفان هستند (Holmes, 2007: 23). بحث درباره رابطه معنویت و رویه پزشکی از پیشینه

عمیق تاریخی برخوردار است. این باور که خداوند همزمان شفاء دهنده امراض و منشاء علم پزشکان است، از زمان بقراط تاکنون، کم و بیش وجود داشته است؛ پزشکان نیز، بر پایه تلقی رایج مذهبی، وسیله تشخیص، درمان بیماری و شفای بیماران محسوب شده‌اند (Amondson, 1996: 127-157). در گذشته، توجه به ابعاد معنوی انسان و نقش آن در سلامتی و درمان مسبوق به سابقه بوده است؛ به عنوان نمونه، افلاطون بهبود «جسم» را بدون آگاهی از «روح» غیر ممکن می‌دانست، زیرا وی انسان‌ها را به طور طبیعی بخشی از «کلیت بزرگ‌تر»^۱ در نظر می‌گرفت (Plato, 2009). به طور متقابل، در دوره جدید، به دنبال محوریت انگاره «زیست پزشکی» و استفاده از رویکردهای پوزیتیویستی در مناسبات درمان، تعامل پزشک و بیمار از پاره‌ای الزامات جدید برخوردار گردید و ضرورت عینیت علمی در شناخت بیماری و بی‌طرفی احساسی پزشک نسبت به بیمار در رویه‌های پزشکی مورد تأکید قرار گرفت. در رابطه جدید، پزشک با مفروض انگاشتن بیماری به عنوان ضایعه آسیب شناختی درون بدن و با استفاده از نشانه‌های ابرازی بیمار و علائم بیماری، در مقام کارآگاه، در صدد کشف بیماری بر می‌آید (توکل و آرمسترانگ، ۱۳۹۱: ۴۵). بدین ترتیب، در الگوی «زیست پزشکی»، صرفاً وجود یا عدم وجود بیماری مورد تأکید قرار می‌گیرد و به «کلیت انسانی» بیمار پرداخته نمی‌شود؛ به بیان دیگر، کاربست روش‌های پوزیتیویستی از اواخر قرن هفده میلادی، در هم آمیختگی مذهب و پزشکی را پس از قرن‌ها مورد تردید قرار داد (Sulmasy, 2006: 1385). در کلی‌ترین وجه ممکن، با عنایت به پیشرفت پزشکی و تسلط گفتمان‌های آن بر جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی، تمایز «معنویت» و «نهاد پزشکی» ذیل عنوان سکولاریزاسیون نظام پزشکی قابل مطالعه است. در قرن بیستم با روشن شدن پیامدهای بی‌توجهی انگاره «زیست پزشکی» به کلیت انسانی بیمار، انتقادات وارد بر پزشکی رو به تزاید گذاشت و بدین ترتیب، لزوم توجه

به مؤلفه‌های فراجسمانی بیماران در نظریات پزشکی و پیراپزشکی مورد تأکید مجدد واقع شد (کیانپور، ۱۳۹۱) و ضرورت بازگشت جامعه به ارزش‌های انسانی و ملاحظه توأمان ابعاد زیست‌شناختی، روانی، اجتماعی، روحی و معنوی انسان مورد توجه قرار گرفته است (امامی و پزشکی، ۱۳۸۰: ۹-۱۵). بر این مبنا مفروض چنین است که انکار بعد چهارم انسانی، یعنی بُعد الهی، روحی و یا معنوی، «جهل» و «جفا» به آدمی است؛ جهل است، چون معرفی انسان سه بعدی (زیستی، روانی، اجتماعی) شناخت ناقصی از انسان را ارائه می‌کند؛ جفاست، چون نگرش شناختی انسان‌های خداپرست را در مورد هضم عوامل ناخوشایند، به عنوان عوامل زمینه‌ای، آشکارساز و تداوم بخش تمام بیماری‌ها، چون آزمون الهی دانستن، نادیده می‌انگارد (نوربالا، ۱۳۹۲: ۲۳۶۴). توجه به این گونه مباحث در مجموع متضمن پاسداشت آموزه‌های معنوی و مذهبی در روند درمان و سلامتی و اتخاذ رویه‌های اخلاقی دلسوزانه و کل‌نگر در پزشکی است. بر همین اساس، در دهه‌های اخیر، سازمان بهداشت جهانی تأکید بر معنویت را در واکنش به تقلیل‌یافتگی مفهوم سلامت و نادیده گرفتن وجوه فرهنگی، اجتماعی و معنوی به جنبه جسمانی و فیزیولوژیک آن در دستور کار قرار داده است. بدین ترتیب، ضرورت نگرش الهیاتی به علوم و فناوری‌های نوین زیستی به منزله یک امر جدی مطرح می‌باشد که با توجه به نفوذ دین و علمای ادیان در برخی جوامع، «رویکرد الهیاتی» به مسائل زیستی می‌تواند اهمیت آن‌ها را در نزد افکار عمومی نیز بیشتر کند. افزون بر این، ادیان و باورهای دینی به طور سنتی پشتوانه و ضمانت اجرای اخلاق تلقی شده‌اند و لذا، «باورهای الهیاتی» می‌توانند اعمال انسانی را در زمینه‌های زیستی «اخلاقی‌تر» کنند (راسخ و خداپرست، ۱۳۹۱: ۵). با این وجود، بر پایه نتایج برخی پژوهش‌ها، از جمله (Silvestri, et al, 2003) دست اندرکاران اصلی نظام سلامت در بیشتر موارد نقش باورهای فرهنگی و اعتقادات معنوی را در رفتار بیماری و تصمیم‌سازی‌های پزشکی نادیده می‌گیرند، یا در بهترین حالت، آن‌ها را کم‌اهمیت ارزیابی می‌کنند؛ ساختار نظام پزشکی ایران نیز شاهد کم‌توجهی به وجوه مختلف ایده سلامت معنوی

می‌باشد، به گونه‌ای که روند تکوین و پیشرفت آن در عرصه سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها بسیار کند و سلامت معنوی تبدیل به عامل فراموش شده‌ای در ملاحظات مربوط به سلامت جسمی گردیده است. توجه به ابعاد روحی و معنوی انسان‌ها از زوایای مختلف فرهنگی، اجتماعی و مدیریتی قابل بررسی است؛ بدین ترتیب، مطالعه معنویت و ملاحظات مرتبط با آن ماهیتی چند وجهی و بین رشته‌ای دارد و همین امر بدان صبغه جامعه شناختی می‌بخشد؛ در این میان، یکی از مدخل‌های اساسی در پرداختن به بُعد معنوی کنش گران اصلی نظام سلامت «اقدامات و برنامه ریزی‌های مدیریتی» می‌باشد. پرسش اصلی پژوهش ناظر به چگونگی پرداختن به مسائل معنوی گروه ارائه دهنده و دریافت کننده خدمات درمانی از منظر اقدامات مدیریتی می‌باشد. مقاله حاضر در تلاش است پاسخ‌های لازم را برای پرسش‌های زیر فراهم آورد.

۱. ابعاد فراجسمانی ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات درمانی، مشتمل بر جنبه‌های روانی، اجتماعی و فرهنگی و معنوی، چگونه مورد توجه تصمیم سازان مجموعه‌های درمانی قرار می‌گیرد؟
۲. مهم ترین مضامین متعارض با اصول اخلاق پزشکی در مناسبات درمان کدامند؟

چارچوب مفهومی

مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد مفاهیم مرتبط با «اخلاق» و «پزشکی مدرن» ذیل عناوین زیر قابل تجمیع هستند. با عنایت به ماهیت استقرائی مطالعه، کاربست رویکرد قیاسی وجهی در آن ندارد و طرح دیدگاه‌های نظری، صرفاً با هدف ارائه تصویر روشن تر از فضای معنایی مباحث بوده است.

نقد سیستمی و تبارشناسانه زیست پزشکی

در تاریخ علم پزشکی جدید، اهمیت پارادایم «زیستی روانشناختی اجتماعی»^۱ از طرف جورج اینگل،^۲ به عنوان اصلی ترین عوامل مؤثر در به چالش کشیدن مبانی پارادایمی «زیست پزشکی»، به اندازه‌ای است که تنها با استناد به آن امکان درک رشته پزشکی به عنوان علم فراهم می شود (Smith, 2002:309). بر پایه الگوی مذکور علمی بودن رشته پزشکی مشروط به ملاحظه ابعاد روان شناختی اجتماعی، عاطفی، معنوی و خانوادگی بیمار در کنار جنبه‌های زیست شناختی بیماری است. در واقع، با ترکیب عوامل چندگانه مذکور می توان به «انسانی تر شدن» روند پزشکی در نسبت با بیمار امیدوار بود (Ibid, 309). بنیان اساسی الگوی زیستی روانشناختی اجتماعی «نظریه سیستم عمومی»، به منزله مفصل بندی مدرن علم است. توسعه «پزشکی بیمار محور» از رویکردهای مهم عملیاتی کردن الگوی زیستی روانشناختی اجتماعی بوده است (Levenstein, et al, 1986). در پارادایم جدید، مزید بر مسائل بیماری علائق، دغدغه‌ها، سؤالات، ایده‌ها و تقاضاهای بیمار در اولویت نخست قرار می گیرد؛ محوریت یافتن رویکرد مذکور ناشی از پیچیدگی جامعه، مشکلات روزافزون زندگی ماشینی و تغییر الگوهای زندگی در عصر فرامدرن است که برجسته شدن نیازهای معنوی انسان را، در مقایسه با خواسته‌ها و نیازهای مادی وی، به همراه داشته است (Koenig & Titus, 2004). به عنوان نمونه، هیس^۳ (۲۰۰۷) ضمن ارائه نوعی چارچوب ارزیابی فرهنگی که به اختصار از آن با عنوان «آدرسینگ»^۴ یاد می شود، پاره‌ای پیشنهادات را در راستای رویه «حساس از نظر فرهنگی»^۵ ابراز می‌دارد. بر اساس چارچوب فوق الذکر، پرداختن کامل به فرهنگ مستلزم توجه به حوزه‌های چندگانه‌ای

-
1. Biopsychosocial Model
 2. George Engel
 3. Hays
 4. ADDRESSING
 5. Culturally Responsive Practice

مشمول بر «سن»، «تحصیلات نسلی»، «ناتوانی‌های اکتسابی» یا «ناتوانی‌های توسعه‌یافته»، «جهت‌گیری‌های مذهبی و معنوی»، «نژاد»، «پایگاه اقتصادی اجتماعی» «جهت‌گیری جنسی»، «میراث ذاتی»، «خاستگاه ملی» و «جنسیت» است. (Aten&Leach, 2009:148) نقد وارد شده بر سنت زیست پزشکی از طرف نظریه سیستمی را می‌توان از منظر رویکرد تبارشناسانه فوکو بازخوانی کرد و بدین سان، زیرساخت‌های نظری مستحکم تری را در خوانش انتقادی زیست پزشکی فراهم آورد. از نظر فوکو دوره‌های تاریخی مختلف، از لحاظ محتوای فکری مردم و امر اندیشیدنی با یکدیگر تفاوت دارند؛ به عنوان مثال، تنها زمانی که بتوان افراد را دارای روان‌های پیچیده و «معنویت یافته» قلمداد کرد، مباحثه درباره آزادسازی یا سرکوب تحریکات ناخودآگاهانه مدخلیت می‌یابد (ربانی خوراسگانی و ماهر، ۱۳۹۲:۷۱). از این منظر، پزشکی مدرن، صرفاً به منزله یک امکان از میان سایر ممکنات، بر دیگر الگوهای متصور سیطره پیدا کرده است. بعلاوه، اهمیت پزشکی در شکل‌گیری علوم انسانی، با عنایت به واقع شدنش در مقام نخستین گفتمان علمی درباره فرد، برخاسته از این واقعیت است که فرد برای اولین بار در بطن گفتمان پزشکی موضوع دانش اثباتی شد و برای نخستین بار درک از انسان، به عنوان «سوژه» و «ابژه» معرفت، به وجود آمد. بنابراین، از آن جا که علم پزشکی پیش از سایر علوم از ساختار انسان شناسانه، به منزله شالوده علوم انسانی، پدید آمده است، پیشاهنگ مهم علوم انسانی محسوب و بدین سان، از جایگاه مهم در زمینه علوم انسانی برخوردار می‌گردد (اسمارت، ۱۳۸۵:۳۴). با یادآوری دو موضوع اساسی «روابط قدرت و معرفت» و «شیوه‌های ابژه سازی» در نظام فکری فوکو، در جمع بندی نهایی می‌توان وحدت مضمونی آثار وی را تحلیل «چگونگی حکومت آدمیان بر خویش و بر دیگران» از طریق «استقرار نظام‌های حقیقت» در نظر گرفت که ذیل آن چگونگی استقرار نظام عقلانیت خاص، قواعد و روش‌های انجام کارها و استقرار گفتمان‌های مشروعیت دهنده به فعالیت‌های مختلف از طریق ارائه دلائل و اصول مورد بحث قرار می‌گیرد (همان، ۹۴). پزشکی مدرن به عنوان نظام دقیق دانش

تخصصی، رویه‌های فنی و قوانین رفتار یکی از شاهکارهای «دلیل» محسوب می‌شود؛ مع‌الوصف، به هیچ روی نمی‌توان گفت رویه‌های فنی و تخصصی مندرج در آن مطلقاً عقلانی هستند، زیرا فهم از بیماری و واکنش صورت گرفته به آن حاکی از نوعی «فرهنگ خاص»، به ویژه از حیث ذهنیت فردگرایانه درونی آن است (Starr, 1982:4). در ابتدای تکوین پزشکی مدرن این تلقی وجود داشت که استدلال‌های سازنده پزشکی مدرن قادر به رها ساختن انسانیت از خرافات، استبداد، غفلت و بیماری‌های بدن و روح هستند. این در حالی است که امروزه «دلیل و استدلال» در حکم نیروهای انتزاعی سیر کننده به سمت آزادی بیشتر در انتهای تاریخ قلمداد نمی‌شوند؛ به طور متقابل، صورت‌های استدلال و کاربرد آن با اهداف باریک‌اندیشانه زنان و مردان مشخص می‌شوند، تا جایی که علائق و ابتکارات زنان و مردان با واقع شدن در مقام عناصر تعیین کننده چیستی دانش، مشخص می‌کنند که چه چیزی به عنوان دانش در نظر گرفته شود (Ibid, 3). پزشکی مدرن و رشته‌های علمی وابسته به آن محصول «نگرش غیرمعنوی» است. ادعاهای پزشکی مدرن مبنی بر واقعیت جهان بیرونی است که از آن به عنوان «واقع‌گرایی» و «عینیت‌گرایی علمی»^۱ یاد می‌شود؛ این امر، در ایجاد تلقی «سکولار» در پزشکی نافذ واقع شده و سایر رویکردهای مذهبی، معنوی و فرهنگی در مواجهه با بیماری را به حاشیه رانده است؛ اتخاذ رویکرد سکولار، در پزشکی، در مقایسه با رویکرد انسانی کل نگر، به نسبت امری ساده‌تر می‌باشد، زیرا دغدغه اصلی آن «بدن» به منزله «شیء مکانیکی» است که می‌تواند به قیمت کنار گذاشتن پیچیدگی‌های روانی و فرهنگی به صورت فنی مورد بررسی قرار گیرد (Fabrega, 2000:525). زیست‌شناسی مولکولی دائر بر این فرض است که پدیده «بیماری» کاملاً در قالب انحراف از هنجار متغیرهای بدنی^۲ زیست‌شناختی قابل اندازه‌گیری است؛ بدین ترتیب، ابعاد اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری بیماری فاقد هر گونه مدخلیتی در نظر گرفته

1. Scientific-objectivism
2. Somatic

می‌شوند؛ الگوی زیست‌شناختی بیماری نه تنها خواهان پرداختن بیماری به عنوان یک ماهیت مستقل از ابعاد اجتماعی و رفتاری است، بلکه علاقه مند به تبیین انحرافات رفتاری بر پایه فرآیندهای بدنی مختل‌شده، اعم از روان فیزیولوژیکی یا زیست‌شیمیایی می‌باشد (Engel, 1977: 130). این در حالی است که رنج و درد، اعم از جسمانی و روانی، ضمن سست کردن پایگاه اجتماعی و فرهنگی فرد، باعث فعال سازی ملاحظات معنوی و مذهبی در شرایط بیماری می‌گردد؛ توضیحات فوق الذکر به روشنی تناقض میان «ادراکات روحی معنوی بیمار» و «شیء پنداری حاکم بر زیست پزشکی» را نتیجه می‌دهد که در حکم اساسی‌ترین نقض غرض در وصول به سلامت، به عنوان غایت درمان شایسته مرتفع شدن می‌باشد.

اخلاق پزشکی، قاعده زرین و مفهوم ناظر آرمانی

اخلاق پزشکی، به منزله یک دانش بین‌رشته‌ای، با تشکیل شدن از دو بخش نظری و عملی، به طرح موضوعاتی می‌پردازد که علاوه بر پزشکان، اندیشمندان سایر علوم، از قبیل فقها، حقوق‌دانان، جامعه‌شناسان، علمای اخلاق و فلاسفه را به پاسخ‌گویی به موضوعات متنوع مندرج در آن فرا می‌خواند (طباطبایی و کلانتر هرمزی، ۱۳۹۰: ۲). با این وجود، علیرغم در هم تنیدگی «عواطف» و «اخلاق زیستی»، مشاهده می‌شود که بخش اعظمی از اخلاق زیستی در قبال موضوعات معطوف به قلب و دل انسان از خود بی‌تفاوتی و تحقیر نشان می‌دهد (Hoffmaster, 2001:112). «قاعده زرین» از مقولات بنیادینی است که هر گونه پرداختن به مباحث اخلاقی، اعم از اخلاق سکولار یا دینی، نمی‌تواند نفیاً یا اثباتاً مستقل از آن صورت پذیرد. «وجدان»، «معرفت»، «عدالت»، «قوهی تخیل» و «اراده‌ی قوی» ارکان سازنده قاعده زرین هستند و همگی در متون دینی و اسلامی مورد تأیید قرار گرفته‌اند. اهمیت وجدان اخلاقی به حدی است که برتراند راسل معتقد است بشر در هیچ یک از دوران‌های گذشته مانند امروز محتاج وجدان

نبوده است (جعفری، ۱۳۸۹، نقل: یکتایی و غروی نیستانی، ۱۳۸۸: ۶۰). مراد از وجدان اخلاقی، که «قاعده زرین» در نبود آن بی معنا می‌گردد، هماهنگی رفتارها و خواسته‌های مشخص با باورهای اخلاقی صحیح و عمل کردن بر مبنای آن باورها است. در این میان، معرفت شامل سه بُعد «معرفت به نیازها و تمایلات خویش»، «معرفت به شرایط و احساسات دیگران» و «معرفت به آموزه‌های دینی و دیدگاه‌های اخلاقی افراد» می‌باشد. نتیجه این بُعد از قانون زرین در اخلاق پزشکی ایران این است که عادل‌ترین پزشکان کسانی هستند که از وجدان بیدار برخوردارند و می‌توانند خود را به جای بیمار گذاشته و تمام سعی و تلاش خود را بکار گیرند (همان، ۶۲). اقتضای قاعده زرین، به مثابه مهم‌ترین اصل فلسفه اخلاق و قاعده زندگی آدمی، این است که با دیگران آن طور رفتار که در همان موقعیت رضایت می‌دهیم، رفتار شود. واژه «تواضع»، به معنای «موضع‌گیری مناسب»، نه به معنای «فروتنی»، گویاترین واژه معادل برای قاعده زرین در ادب دینی ماست. بدین ترتیب، یکی از اصول محوری در اخلاق پزشکی با محوریت قاعده زرین اصل «تواضع» خواهد بود؛ یعنی پزشک با بیمار آن‌گونه رفتار کند که دوست دارد با او برخورد شود (همان، ۵۹).

ابتنای مقوله اخلاق پزشکی بر مفهوم «ناظر آرمانی»^۱ به معناداری کنش اخلاقی و بسط پیامدهای مترتب بر انجام و یا امتناع از آن به «فراسوی عالم مادی» و «محسوسات» منتهی می‌گردد. وصف «ناظر آرمانی»، علاوه بر جنبه نظری آن، یعنی ابعاد کلامی و فلسفی، از حیث عملی و اخلاقی نیز از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. خداگرایی، انسان‌گرایی و به تبع آن دو، اخلاق دینی سکولار، در پذیرش «ناظر آرمانی» به عنوان داور اخلاق با هم تلاقی می‌کنند. اختلاف مقتضیات این دو رهیافت و نظام اخلاقی تنها با رجوع به «ناظر آرمانی» و گردن نهادن به حکم او می‌تواند به نحوی شایسته مرتفع شود (فناپی، ۱۳۸۴: ۲۳۱). ایمان و اعتقاد به خداوند به عنوان «ناظر آرمانی» برای مسلمانان اهمیتی مضاعف دارد، زیرا اسلام به معنای تسلیم مطلق در

برابر خداوند است که آن را تنها در صورتی می‌توان از نظر اخلاقی و عقلانی توجیه کرد که خداوند به منزله «ناظر آرمانی» در نظر گرفته شود؛ بدین ترتیب، وصف «ناظر آرمانی» جزئی از تعریف اسلام، یا پیش‌فرض معقولیت آن از نظر اخلاقی است. بر مبنای تحلیل اخیر، اسلام مرادف با گردن نهادن به حکم «ناظر آرمانی» است و مسلمان کسی است که در داوری‌ها، تصمیم‌گیری‌ها، گفتار و کردار خود تنها در برابر حکم «ناظر آرمانی» تسلیم می‌شود. تئوری «ناظر آرمانی» تبیین درستی از ماهیت داوری‌های اخلاقی و رابطه دین و اخلاق یا رابطه خدا و اخلاق را در اختیار ما می‌نهد و با حل مطلوب پارادوکس اخلاق دینی، در مقام عمل ناظر به این امر است که برای راهنمایی اخلاقی به کدام قبله دست دراز کنیم (همان، ۲۳۱-۲۳۲). به عبارت دیگر، نزاع اخلاق دینی و اخلاق سکولار در صورتی قابل حل است که «ناظر آرمانی» به عنوان داور اخلاق پذیرفته شود. تئوری «ناظر آرمانی» مقتضای عقلانیت در قلمرو اخلاق است.

روش شناسی

مطالعه حاضر بر پایه منطق استفهامی است و مشتمل بر ارائه نظریه‌ها از زبان کنشگران اجتماعی و نیز معانی و برداشت آن‌ها در بافت کنش‌های روزمره می‌باشد و در آن، ضمن توصیف فعالیت‌ها، معانی و تفاسیر انگیزه‌ها، مضمون‌ها و مفاهیم، بدون تحمیل هر گونه دیدگاه بیرونی بر موضوع مورد مطالعه، استخراج می‌گردند (بلیکی، ۱۳۸۹: ۱۲۳). هدف پژوهش اکتشافی، توصیف انگیزه‌ها، معانی و مفاهیم مرتبط با معنویت در محیط درمان است. موضوع مقاله با استفاده از روش تحقیق «مردم‌نگاری وسیع» مورد مطالعه قرار گرفته است (holmes, 2007)؛ مضمون نهایی و مضامین فرعی تر پس از تبدیل داده‌های دیداری و شنیداری به متن و کدگذاری و مقوله بندی آن‌ها در قالب حرکت از محسوس به معقول، استخراج شده‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌ها مبتنی بر روش تحلیل تماتیک می‌باشد. ابزار گردآوری داده‌ها مشتمل بر مصاحبه عمیق و نیمه

ساختار یافته (۵۸ مورد)، اسناد بیمارستانی (۴۹۶ مورد)، تصاویر (۱۷۰ مورد) و مشاهدات میدانی (۱۵ مورد) بوده است. روش نمونه‌گیری از نوع چند سطحی^۱ است. مطلعین پژوهش شامل پزشکان (۱۲ نفر)، مدرسان اخلاق پزشکی (۴ نفر)، پرستاران (۱۰ نفر)، مدیران بیمارستان (۸ نفر)، مددکاران اجتماعی (۴ نفر)، بیماران (۱۵ نفر) و همراهان بیمار (۸ نفر) می‌باشد که به شیوه هدفمند انتخاب شده‌اند. لحاظ متغیر جنسیت در انتخاب نمونه‌ها متأثر از مطالعات نظری مبنی بر تفاوت فهم از معنویت در میان افراد بر حسب جنسیت و نیز تفاوت معنادار میان زنان و مردان از حیث شدت گرایش به مقولات و فرصت‌های معنوی می‌باشد؛ انتخاب پزشکان بر حسب رشته‌های تخصصی «قلب و عروق»، «داخلی»، «مغز و اعصاب» و «روانپزشکی» مبتنی بر این پیش فرض بود که متخصصان مذکور در مقایسه با دیگر هم‌تایان خود از تعامل طولانی مدت با بیماران مزمن برخوردار هستند و لذا، تعامل مستدام با بیماران دارای بیماری‌های مزمن می‌تواند برانگیختگی تأملات عمیق معنوی و مذهبی را برای آن‌ها نیز به همراه داشته باشد؛ لحاظ حداقل پنج سال سابقه کار بالینی در مورد پرستاران با هدف اطمینان از برخورداری از تجربیات و اندوخته‌های ذهنی قابل ملاحظه درباره مسائل معنوی خود و بیماران دارای دیدگاه‌های مذهبی و یا دیدگاه‌های غیر مذهبی و سکولار، طی چندین سال تجربیات حرفه‌ای، صورت گرفته است؛ معیار قرار داشتن در سمت مدیریت بیمارستان‌های دولتی شهر شیراز با هدف آگاهی از ایستارها و نگرش‌های ذهنی مدیران و عملکرد سازمانی و مدیریتی آن‌ها در نهادینه ساختن معنویت در نظام درمان و افزایش انگیزه‌های سازمانی پرسنل، روابط انسانی و سازمانی میان آن‌ها در پرتو مسائل و نیازهای معنوی لحاظ شده است؛ مددکاران اجتماعی بیمارستان دارای بیشترین ارتباط با مسائل روحی و روانی بیماران و مشکلات آن‌ها هستند؛ مشکلات و ابعاد فرهنگی و اجتماعی و حتی اقتصادی بیماران و نیز نارضایتی‌ها و شکایات حاصل

از مسائل بیماران، از جمله مضامینی هستند که ذیل عنوان «ابعاد فراجسمانی بیمار» قابل احصاء هستند.

یافته‌های پژوهش

تحلیل محتوای کیفی داده‌ها در انتزاعی‌ترین سطح ممکن مضمون نهایی «تجویزات الزامی و ارشادی» را بدست می‌دهد که مضامین کلی و جزئی تر چندگانه ذیل آن واقع می‌شوند. کشف کلیه مضامین و ملاحظات تفسیری مربوط به آن‌ها بر پایه چند بعدی سازی روش‌های گردآوری و تحلیل داده‌ها، به عنوان یکی از راهبردهای باورپذیری بوده است

تجویزات الزامی و ارشادی

مضمون نهایی «تجویزات الزامی و ارشادی» در نتیجه انتزاع مضامین کلی «معنویت سازمانی»، «معنویت دینی» و «فرهنگ فردی و حرفه‌ای سازمان خدمات» بدست آمده است. معنویت و مسائل معنوی می‌توانند به گونه مستقیم در قالب آیین نامه در نظام درمان اعمال گردند که در برخی موارد، به ویژه در نسبت با ارائه دهندگان خدمات، جنبه الزامی نیز پیدا می‌کنند؛ هم چنین، مسائل معنوی ممکن است به صورت ارشادی در قالب بسترسازی مناسب جهت فعالیت‌های معنوی، مذهبی و فرهنگی فوق برنامه با هدف رفع نیازهای معنوی و دینی گروه دریافت کننده خدمات نهادینه گردد. مع الوصف، بسترسازی‌های انجام گرفته، فارغ از الزام آور یا ارشادی بودن آن‌ها غالباً به صورت نوعی سلسله مراتب مدیریتی «بالا به پایین» تعبیه شده‌اند.

معنویت سازمانی

مضمون کلی «معنویت سازمانی» معطوف به نهادینه ساختن معنویت و مسائل معنوی با استفاده از آیین نامه‌ها و پروتکل‌های سازمانی عملیاتی شده‌ای است که از طرف مدیریت به بخش‌های مختلف اجرایی ابلاغ می‌گردد.

جدول ۱- مضمون کلی معنویت سازمانی و ریزمضمین سازنده آن

مضمون کلی	مضمون جزئی	مضمون جزئی تر	مفاهیم توصیفی اولیه
معنویت سازمانی	القائات و رویه‌های برگرفته از اخلاق دینی	سازوکارهای عینی مبتنی بر شعائر و مناسک دینی در محیط درمان	درج احکام شرعی بیماران در بخش‌های بیمارستانی
			آیین بزرگ در اتاق‌های بخش
			نفرولوژی برای اجتناب از نگاه مستقیم به دستگاه تناسلی بیماران
			اختصاص فضای ویژه نماز در بخش‌ها یا محوطه بیمارستان
			تابلوهای اطلاع رسانی درباره زمان و مکان مراسمات آیینی
			قرار دادن قرآن در بالای سر در ورودی بیمارستان
			عبارت یا اب‌صالح المهدی در بخش جراحی مغز و اعصاب
			درج آیه شریفه اما یجیب المضطر اذا دعاه و یكشف السوء
			تصویر بارگاه نبوی (ص) و مسجدالحرام در بخش نفرولوژی
			منتخب آیات، روایات و توصیه‌های اخلاقی بزرگان دین با محتوای تفضل الهی و تبیین فلسفه وجودی شرایط سخت

		کلمه الله و هوالشافی در میدان و سر در ورودی بیمارستان
القائات روان شناسانه فرهنگی	تعبیر روان شناختی شوق آفرین معطوف به مثبت اندیشی درباره زندگی و فراز و فرود آن	بروز گشایش در اوج تاریکی
		باز بودن درهای آسمان در هنگامه دلتنگی
		حضور همیشگی خداوند فارغ از بود و نبود هر کس
		ارزش تمنای خوبی به منزله خواست خدا
		بی ارزشی تمنای خوشی به منزله خواست انسان
	آموزش های فرهنگی مربوط به سبک زندگی و فلسفه آن	طلب بخشش از خدا بابت روی آوری به او فقط در گرفتاری
		درخواست خویشتن شناسی خود از خدا
		ارزش بردباری و انتظار توأم با ایمان
		پی بردن به خوب بودن خویشتن در پرتو یادآوری خواسته های آرزویی محقق شده قبلی
		ضرورت اختصاص زمان برای گفت و گو با اعضای خانواده
رویه های اجرایی معطوف به رفع نیازهای عینی فرهنگی	برنامه های آیینی و فرهنگی	برگزاری مسابقات در مناسبت های مختلف فرهنگی و آیینی
		دوره ها و آموزش های فرهنگی ویژه کارکنان گرامیداشت مناسبت های تقویمی آیینی و ملی
	فعالیت های جمعی گروهی ورزشی	برنامه ها و مسابقات ورزشی تیم های ورزشی و برنامه زمانبندی مسابقاتی میان پرسنل

در سند «ایزوی فرهنگی شافی» الزامات مختلف فرهنگی و معنوی کنش‌گران نظام خدمات در آن مورد توجه واقع شده است. انجام اقدامات اجرایی معطوف به نهادینه کردن اخلاق و معنویت در محیط‌های بیمارستانی از جمله کارکردهای اصلی سند شافی است که متعاقب آن امکان سنجش و ارزیابی کمی مسائل معنوی و فرهنگی محیط‌های درمانی به طور سالانه فراهم می‌گردد.

گزیده (۱): یه سری آیت‌ها رو، یه سری شاخص [ها] رو در نظر گرفتن، رعایت بعضی از مسائل معنوی و اعتقادی هست؛ این‌ها رو باید رعایت کنیم که بتونیم اون تابلوی شافی رو، اون ایزوی فرهنگی رو کسب کنیم (مدیر، مصاحبه).

بدین ترتیب، بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز، در صورت برخورداری از حداقل امتیازهای لازم، موفق به دریافت نشان «شافی» و نصب آن در ورودی بیمارستان خواهند شد.

گزیده (۲): این جا [توی این معاونت] بیشتر روی مسائل اعتقادی بیمار توی بیمارستان‌ها کار می‌کنن. ما ایزو داریم. ایزوی فرهنگی هستیم که همون [ایزوی] شافی هست (پرستار، مصاحبه).

وجه اشتراک گزیده‌های فوق تأکید بر مفهوم «نگریستن به معنویت از منظر دینی» است. هم چنین، مضمون جزئی «القائات و رویه‌های برگرفته از اخلاق دینی» در پاسخ به پرسش از وجود یا عدم وجود جایگاه مشخص معنویت و مسائل معنوی در بیمارستان مورد اشاره قرار گرفته است و ناظر به انجام فرائض دینی در بیمارستان و کنش‌های اخلاقی برآمده از باورها و اعتقادات مذهبی و اسلامی می‌باشد.

گزیده (۳): توی همه بخش‌ها همون قرآن داریم، مفاتیح داریم، مَهر و جانماز و یه چیزهایی که مَهر و جانماز و اینا را بدارن داخلش؛ روحانی [بیمارستان] هم داریم؛ طرح انطباق [با موازین شرعی] رو داریم که [مشخص می‌کنه] چگونه رعایت بشه اخلاق و رفتار و communication پرسنل با خودشون، با همراه [بیمار] و با بیمار (پرستار، مصاحبه).

نصب گیرنده FM در بخش OB زنان مصداق بارز «رویه‌های عینی معنویت دینی» با هدف رفع نیازهای معنوی بیماران بستری است که در قالب اقدامات مدیریتی در اتاق بیماران، عملیاتی شده است.

گزیده (۴): خدا توفیق داد کاری رو شروع کردیم [تحت عنوان] بحث ندای قرآن، برای اولین بار توی بیمارستان حافظ، برای بخش‌های مختلف [بیمارستانی از قبیل] بخش OB زنان؛ اون آیتی رو که متناسب با اون بخش [بیمارستان] هست و اون نغمه‌ای رو که تأثیر داره به صورت یک پکیج بالای تخت بیمار تعبیه کردیم، که هر کسی خواست به طور دلخواه، نه اجباری، اینو گوش بده این کمک می‌کنه به درمان شما (مجری طرح ندای قرآن، گفت و گوی غیر رسمی، ۹۲/۹/۱۶).

باور به «توفیق الهی» در امکان‌پذیری اصل انجام طرح و نیز باور به «تأثیر آیات قرآن در روند درمان» در عین پاسداشت «حق انتخاب بیمار» و تأکید بر «اثرات بازخوردی مثبت حاصل از انجام طرح» مهم‌ترین محورهای گزیده فوق است. تأسیس و گسترش دارالقرآن در سطح واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی در حکم دیگر مصداق سازوکارهای عینی مبتنی بر مناسک دینی در محیط درمان است.

گزیده (۵): اولین دارالقرآن را تأسیس کردیم؛ اولین [برنامه‌های] شبی با قرآن رو [راه‌انداختیم] تا الان که بیش از ۵۰ تا دارالقرآن توی [دانشگاه] علوم پزشکی از سال ۹۰ به این ور افتتاح شدن (همان) *پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*

وجود آیین بزرگ در بخش نفرولوژی با هدف فراهم آوردن نگاه مجازی به دستگاه تناسلی بیماران در حین معاینات تشخیصی از دیگر مصادیق «القائات و رویه‌های برگرفته از اخلاق دینی» است. در سند شافی موضوع همگن سازی حتی الامکان جنسیتی بیماران و پزشکان، به عنوان یک اولویت، مورد تأکید قرار گرفته است. منتخب آیات قرآن کریم و بیانات بزرگان دینی نیز از دیگر نموده‌های کلامی مشهود در محیط‌های بیمارستانی می‌باشد. این سنخ اقدامات جنبه مدیریتی دارند که در بیمارستان تعبیه شده‌اند و لذا ذیل مضمون کلی معنویت سازمانی و مضمون کلی «تجویزات

الزامی و ارشادی» قابل طرح هستند. «القائات روان شناسانه فرهنگی» مضمون جزئی دیگری است که بر اساس آن، گروه ارائه دهنده خدمات سعی در موجه جلوه دادن وضعیت موجود بیماران از طریق مقایسه وضعیت آن‌ها با وضعیت‌های به مراتب بدتر سایر بیماران و نیز با بهره جستن القائات روان شناسانه فرهنگی می‌نمایند. بدین ترتیب، علاوه بر پاسخ فرهنگی روانی متناسب با ابهامات ذهنی حاصل از تجربه بیماری و شرایط سخت بیمارستانی، قدرت تحمل پذیری آن‌ها افزایش می‌یابد. باورهای مذهبی به عنوان یک منبع فرهنگی، از نقش بسیار مهمی در این زمینه برخوردار هستند.

گزیده (۶): یه چیزهایی هست [به عنوان جزو معنوی کارمون]؛ verbally همون صحبت‌هایی که باهاشون می‌کنیم، communication‌هایی که اتفاق می‌افته؛ ما خیلی چیزها رو می‌گیم؛ یه مثال‌هایی براشون می‌زنیم؛ [بهشون می‌گیم که] یه چیزهایی بدتر [از وضعیت شما] هست، حالا [وضعیت شما که] این جوریه هست، باز هم خدا رو شکر [که وضع شما بدتر از اونا نیست] (پرستار، مصاحبه).
در گزیده زیر به ضرورت استفاده از منبع فرهنگی باورهای دریافت کنندگان، فارغ از هر گونه پیشداوری در مورد صحت و سقم مواضع فکری آن‌ها اشاره شده است.

گزیده (۷): اگه [مریض] مذهبی باشه، با زبون خودش [باهاش] صحبت می‌کنیم برای توجیه کردن [وضعیه که داره] و قانع کردن [او از وضعیتش]؛ اگه [مریض]، مذهبی نباشه، باید به گونه‌ای عقلانی تر با اون صحبت بشه؛ مثلاً بگویم فلانی [هم] همین بیماری رو داشته، و با خوردن فلان دارو بهبود پیدا کرده. [در مورد این جور مریضا] باید چیزهایی [مطرح شده] باشه که بالعینه دیده باشه و واقعاً ممکنه این حرفای مذهبی و توجیهات مربوط به اون برای خیلی [از این جور مریض]ها meaningful نباشه. بعضی مواقع، لازم می‌شه عکسشو به بیمار[های این مدلی] بگیم؛ یعنی [بهشون] بگیم که هر چی [پول] خرج کنید، نتیجه‌ای نمی‌گیرید. (مددکار اجتماعی، گفت و گوی غیر رسمی، ۹۲/۸/۲۵).

مضمون جزیی «القائات روان شناسانه فرهنگی»، علاوه بر انعکاس در ارتباطات کلامی با بیمار، در قالب تعابیر روانشناختی شوق آفرین معطوف به مثبت اندیشی درباره زندگی و فراز و فرود آن تجلی پیدا می‌کند که مصادیق عینی آن به صورت تصویر در بوردهای فرهنگی بیمارستان قابل مشاهده است؛ «انقطاع از زمین و دل بستن به آسمان» از جمله این نوع تعابیر است.

گزیده (۸): دلت که گرفت، دیگر منت زمین را نکش. راه آسمان باز است. پَر بکش. او همیشه آغوشش باز است. نگفته تو را می‌خواند؟ اگر هیچ کس نیست، خدا که هست (تصویر شماره ۳۹).

باور و امیدواری به زندگی از مصادیق مضمون جزیی «القائات روان شناسانه فرهنگی» قابل مشاهده در تصاویر بیمارستانی است؛ سایر تعابیر و آموزه‌های مذهبی معنوی دیگری که در تحلیل نهایی معطوف به اراده خداوند، صبوری در وضعیت موجود و پذیرش آن می‌باشند، در تصاویر بیمارستانی مشاهده شده‌اند.

گزیده (۹): زندگی باور می‌خواهد، آن هم از جنس امید که اگر سختی راه یک سیلی به تو زد، یک امید قلبی به تو گوید خدا هست هنوز (تصویر). آیه قرآن با مضمون کفایت کردن توکل به خدا (تصویر)، تحمل آفرینی شرایط سخت، به ویژه در میان دریافت کنندگان خدمات، با استفاده از مضمون «صبر»، در قالب عبارت صبور باش که صبوری ترازوی عقل و نشانه توفیق است (تصویر)، مرگ آگاهی و مرده انگاری افراد غیر سودمند (تصویر)، هشدار به عواقب بعد از مرگ (تصویر).

مضمون جزیی «القائات روان شناسانه فرهنگی» به شکل سازمانی در قالب «واحد مراقبت‌های معنوی» و انجام «مشاوره روحانی» با بیماران در بیمارستان انجام می‌شود. هم چنین، رویه‌های اجرایی معطوف به رفع نیازهای عینی فرهنگی معطوف به ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات بر پایه «سند شافی»، با تأکید بر بسترسازی‌های دینی و اجرایی کردن احکام فقهی مورد توجه مدیریت واقع شده است.

معنویت دینی

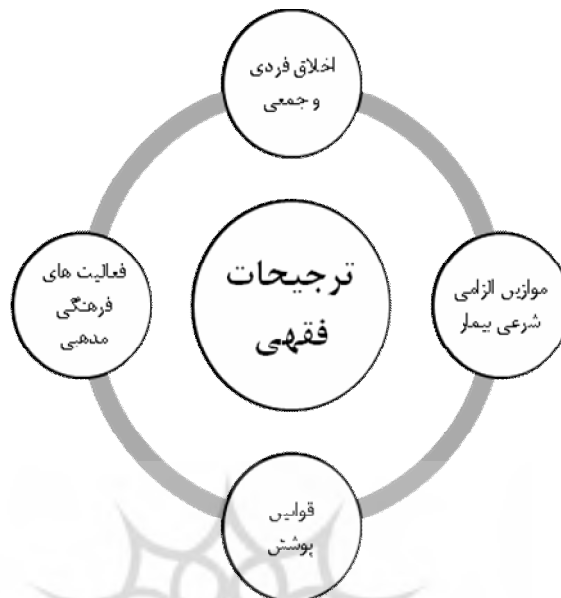
مضمون کلی «معنویت دینی» مشتمل بر مضمون‌های جزئی «تأثیر ماورایی متون، اذکار مقدس و کنش‌های دینی بر روند سلامتی و درمان»، «تمهیدات عینی معطوف به ادای الزامات شرعی و ترجیحات فقهی»، «شکوه آفرینی دینی» و «مهم پنداری استعانت طلبی مذهبی مبتنی بر اضطرار» می‌باشد.

جدول ۲- مضمون کلی معنویت دینی و ریزمضامین سازنده آن

مضمون کلی	مضمون جزئی	مفاهیم توصیفی
معنویت دینی	تأثیر ماورایی متون، اذکار مقدس و کنش‌های دینی بر روند سلامتی و درمان	قرار دادن قرآن بر سر در ورودی اتفاقات بیمارستان
		دعا و قرآن خواندن بر بالین بیمار
		صندوق صدقات مؤسسات خیریه
		صندوق کمک به برگزاری زیارت عاشورا
		تابلوی درخواست صلوات برای سلامتی بیماران گیرنده FM با قابلیت پخش آیات قرآن متناسب با شرایط بیماری
	تمهیدات عینی معطوف به ادای الزامات شرعی و ترجیحات فقهی	تابلوی جهت نمای قبله
		تابلوهای اطلاع رسانی محل نمازخانه و نماز جماعت
		تابلوی بازنمایی تصویری زن با حجاب شرعی
		پوسترهای مربوط به احکام نماز، تیمم، غسل استحاضه
		لوازم مورد نیاز برای فریضه نماز

	شکوه آفرینی دینی	نصب کلمه جلاله الله در میدان اصلی ورودی بیمارستان
		نصب تابلوی بزرگ هو الشافی در سر در ورودی بیمارستان
		به کارگیری معماری مزین به آیات قرآن در نمازخانه
		پوستر حاوی آمار و ارقام شگفت انگیز از کلمات قرآن
		پوستر با مضمون بیان فضائل پیامبر اسلام (ص)
		قاب عکس بزرگ بارگاه نبوی
مهم پنداری استعانت طلبی مذهبی مبتنی بر اضطرار	تابلوی امن یجیب المضطر اذا دعاه و یكشف السوء	
	عبارت یا اباالصالح المهدی ادرکنی	
	تابلوی ترجمه‌ایه اذْعُونِی اُسْتَجِبْ لَکُمْ	
	در دسترس بودن قرآن و به ویژه کتاب مفاتیح الجنان	

داده‌های قابل تجمیع ذیل مضمون کلی «معنویت سازمانی» به خوبی نشان دهنده این است که مضمون نهایی «ترجیحات فقهی» دارای جایگاه کانونی در توصیف وضعیت نظام خدمات بهداشت و درمان بر حسب مضمون محوری «تجویزات الزامی و ارشادی» می‌باشد.



شکل ۱- جایگاه کانونی ترجیحات فقهی در وضعیت بایسته معنوی نظام خدمات

عدم تحت پوشش قرار گرفتن عده گسترده‌ای از افراد جامعه به علت نحیف ساختن تعریف از معنویت و برنامه ریزی‌های مدیریتی از انتقادات اساسی وارد بر محوریت ترجیحات فقهی در نظام درمان است.

گزیده (۱۰): توی اجتماع، با همه‌این که [ما توی] این کشور ظاهراً اسلامی و مذهبی هستیم، [ولی] عده زیادی [هم وجود دارن که اونا] بی دینند؛ [تازه،] عده زیادی هم [وجود دارن که] ادیان دیگه‌ای رو [قبول] دارن؛ خُب، اونا خود به خود [از توی برنامه ریزی‌ها] حذف میشن. شما در نتیجه، یه مقداری از افراد جامعه رو به‌این شکل [از توی برنامه ریزی‌ها] حذف می‌کنی و بر اساس یه عده [خاص و محدود] دیگه کار می‌کنی. تازه‌این عده دیگه رو [هم] که براشون کار می‌کنید، یه تعدادشون [اصلاً] دین رو از سیستم معنویت نمی‌شناسن. در نتیجه، شما عملاً [در مقام برنامه ریزی] محدود می‌شی به یک گروه خیلی خیلی کوچکی از جامعه. پس اون مبدایی

[منظورم معنویت] که فکر می‌کنی ارزش داره، که حتماً هم ارزش داره توی نظام سلامت ما، عملاً محدود می‌شه به یه گروه کوچک، که دیگه ارزشمند نیست (پزشک، مصاحبه).

صوری گرای حاکم بر اقدامات مدیریتی در فرایندهای سازمانی مرتبط با نهادینه کردن معنویت در نظام خدمات و تقلیل آن به پاره‌ای رویه‌های محدود نیز در ادامه انتقادات وارد بر محوریت ترجیحات فقهی قابل تفسیر است.

گزیده (۱۱): باورتون نمی‌شه، به محض این که یه کلمه «معنویت» می‌یاد، [فقط] همین سکوهایی که [مخصوص مَهر و کتاب دعا و ... هست] وجود داره و دوتا مَهر گذاشتن و دوتا از این کتاب‌های دعا گذاشتن و جانمایی که.....؛ این تعریف معنویت ما هست [توی بیمارستان] (پرستار، مصاحبه).

فرهنگ فردی و حرفه‌ای تجویزی در سازمان خدمات درمانی

جدول شماره (۳) مضمون کلی «فرهنگ فردی و حرفه‌ای در سازمان حرفه‌ای خدمات درمانی» را نشان می‌دهد. مضمون یاد شده حاصل بر ساخت ۶ مضمون جزئی و ۱۸ مضمون جزئی تر می‌باشد. به منظور رعایت اختصار در جدول، از بیان مفاهیم توصیفی سازنده خودداری شده است.

جدول ۳- مضمون کلی فرهنگ فردی و حرفه‌ای تجویزی و ریزمضامین سازنده آن

مضمون کلی	مضمون جزئی	مضمون جزئی تر
فرهنگ فردی و حرفه‌ای در سازمان خدمات	اصالت ترجیحات فقهی حرفه‌ای در سازمان درمان	همگن بودن جنسیتی بیماران بستری
		پوشش مناسب
		همگن سازی فضای مناسب پرسنلی
		رعایت حریم خصوصی بیمار
		فضاهای مناسب جهت انجام وظایف شرعی

درمانی	اصالت نیازهای اداری دریافت کنندگان خدمات	اطلاع رسانی به بیماران درباره نحوه خدمات رسانی
		نحوه پیگیری نارضایتی بیماران و همراهان
		کیفیت رفتاری کارکنان با بیماران و همراهان آنها
	اصالت جامعه پذیری سازمانی ارائه دهندگان خدمات	تعلق حرفه‌ای کارکنان در انجام وظایف
		تعهد حرفه‌ای کارکنان در انجام وظایف
	اصالت مناسبات اخلاقی درون و میان گروهی ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات	اصول اخلاق فردی در تعامل پرسنل با بیماران و همراهان
اصول اخلاق فردی در تعامل پرسنل با یکدیگر		
الزامات اخلاق حرفه‌ای در تعامل پرسنل با بیماران و همراهان		
الزامات اخلاق حرفه‌ای در تعامل پرسنل با یکدیگر		
اصالت مناسبت‌های آیینی، فرهنگی و ورزشی در سازمان	گرامیداشت مناسبت‌های دینی و فعالیت‌های فرهنگی	
	وجود امکانات، برنامه‌ها و مسابقات ورزشی	
اصالت جلوت ظاهری و بیرونی سازمان درمان	آراستگی ظاهری سازمان مناسب سازی فضای سازمان جهت افراد ناتوان	

آموزه‌های اخلاق پزشکی محوری‌ترین مبانی شکل‌دهنده فرهنگ فردی و حرفه‌ای در محیط‌های درمانی هستند. اهمیت این موضوع در زیست جهان ایرانی که آموزه‌های دینی و نیز نسبتی که با اخلاق و پزشکی برقرار می‌کنند مضاعف می‌شود. بر این اساس، کلیه فعالیت‌های انجام شده در بیمارستان، باید به صورت (غیر) مستقیم منطبق با آموزه‌های فقهی باشد و یا حداقل نتوان تراجمی را از حیث تعارض میان آن‌ها و احکام شرعی پیدا کرد.

گزیده (۱۲): تناسب رنگ و ضخامت لباس‌ها یا گان، وجود ابزار پوشش سایر اعضای بدن در هنگام معاینه و درمان یک عضو (مانند ملحفه)، رعایت پوشش مناسب بیمار در هنگام انتقال از بخش‌ها و اتاق عمل؛ تناسب پوشش ظاهری با شئون اسلامی - اداری و رعایت قوانین پوشش دانشگاه (سند شافی، صفحات ۱۴ و ۴۶).

در محدود مواردی که تراجم میان رویه‌های تشخیصی و بالینی با احکام شرعی، از قبیل مراعات محرمیت در لمس و نظر، اجتناب ناپذیر می‌گردد، اصل «اکتفاء به قدر ضرورت و رفع اضطرار» موضوعیت پیدا می‌کند؛ اصل مذکور نیز برگرفته از آموزه‌های فقه اسلامی (شیعی) است.

گزیده (۱۳): در صورتی که برای معاینه یا اقدام تشخیصی لازم است بدن بیمار برهنه شود، این برهنگی در حداقل زمان ضروری و صرفاً مربوط به همان موضع مورد نیاز باشد (حریم فیزیکی خصوصی جسمانی) (سند شافی، صفحه ۲۰)

توجه به اصول فقهی محدود به رویه‌های عادی پزشکی و درمانی نیست؛ ویژگی‌های معماری فضای درمان و نیز نوع مناسبات پزشکی در بخش‌های خاصی از بیمارستان که بیمار آخرین مراحل پایانی حیات را طی می‌کند، مبتنی بر آموزه‌های فقهی هستند.

گزیده (۱۴): طراحی مناسب ساختمان متناسب با احکام و آداب قبله، قرار گرفتن پای مریض در اتاق CPR و ICU رو به قبله باشد (سند شافی، صفحه ۱۸).

«احساس تعلق و تعهد حرفه‌ای» از دیگر مضامین جزئی تر واقع شده ذیل مضمون جزئی «اصالت جامعه پذیری سازمانی» است که با تأکید بر مسائل فرهنگی، اخلاقی و معنوی کنشگران نظام خدمات در سند شافی مورد تصریح قرار گرفته است. **گزیده (۱۵):** وجود احساس افتخار شغلی تعهد سازمانی معطوف به مواردی هم چون مشارکت در برنامه‌های گروهی، پیگیری مناسب فعالیت‌های محوله، ارائه پیشنهادها مناسب در زمینه کاری و بی تفاوت نبودن نسبت به سرنوشت کارها می‌باشد (سند شافی، صفحه ۳۴).

پیگیری امور محوله و انجام صحیح وظایف حرفه‌ای از مصادیق قابل طرح ذیل عنوان اخلاق پزشکی است؛ مفروض به انجام تام و تمام آن، می‌توان در نهایی ترین وجه ممکن انتظار ایجاد رضایت در میان دریافت کنندگان خدمات درمانی را داشت، زیرا در موارد متعددی انجام صحیح وظایف حرفه‌ای متضمن توجه به ابعاد روحی و معنوی دریافت کنندگان خدمات درمانی خواهد بود. تعبیر دریافت کنندگان خدمات در قالب عباراتی نظیر «تلاش خالصانه»، «به جان خریدن غم مریضان بدون چشمداشت»، «مایه گذاشتن از خود» و «احساس مسئولیت»، «فرشتگان زمینی»، «فرشتگان خدا»، «آسمانیان»، «از خود گذشته»، «خدایان روی زمین»، «دلسوزی» و «همدلی و همیاری» که در توصیف کنش‌های حرفه‌ای گروه‌های مختلف ارائه دهنده درمان مورد استفاده قرار گرفته‌اند، همگی متضمن مبانی و دلالت‌های اخلاقی و دینی اند. مجموع تعبیر مذکور مؤید این معناست که ماهیت حرفه پزشکی و پیراپزشکی از قلمرو وظیفه به معنای سازمانی آن فراتر می‌رود و متضمن لحاظ ابعاد روحی و معنوی انسان‌ها در مناسبات درمان است.

گزیده (۱۶): یا شافی؛ انسان، دشواری وظیفه است. بی گمان پیگیری دلسوزانه وضع بیماران از سوی شما اعضای بخش ... که با خوش خلقی و مهربانی بی دریغتان در هم آمیخته است، نشانه پابندی به اصول انسانی و پیمان مقدسی است که با خدای خود بسته‌اید. بزرگوارانی چون شما که عمر خود را در راه التیام رنج‌های جسم و درون

آدمی صرف می‌کنند، سزاوار والاترین پاداش‌ها و سپاسی بیکران هستند. (سند تقدیرنامه)

توجه به «رنج‌های درون» در کنار «درد جسمانی» در گزیده فوق و نیز قدردانی از کادر ارائه دهنده خدمات، علیرغم فوت بیمار- مورد اشاره در گزیده بعدی- نشان دهنده دغدغه خاطر دریافت کنندگان خدمات نسبت به مقولاتی فراتر از «جسمانیت انسان»، در معنای عینی آن است؛ تلقی مذکور آنان را به پاسداشت ارزش خدمات درمانی، علیرغم از دست دادن عزیزانشان، رهنمون می‌سازد. به بیان دیگر، نارضایتی حاصل از بی توجهی به آموزه‌های اخلاق پزشکی، به ویژه با عنایت به نسبت متصور میان آن‌ها و معنویت، می‌تواند حمل بر وجود نوعی شکاف میان وضع موجود و مطلوب بیمارستان از منظر اصول اخلاقی و معنوی گردد. شکاف مذکور به استناد تفاوت قابل ملاحظه میان تعداد «شکایات» و «تقدیرهای» دریافت کنندگان خدمات از کادر ارائه دهنده درمان در یک بازه زمانی مشخص (جدول شماره ۲)، مشاهدات میدانی و مرور Logbook‌های در دسترس به روشنی قابل بازنمایی است. مقایسه روشمند داده‌های میدانی پاره‌ای تقابل‌های جدی میان «سنخ موجود و ایده آل کنش‌های حرفه‌ای» را از منظر اخلاق پزشکی در بیمارستان نشان می‌دهد.

گزیده (۱۷): همسرم چند روز پیش در این بیمارستان فوت نموده، الحق و الانصاف، کادر پرستاری بخش فوق در طول بستری نامبرده نهایت همکاری و دلسوزی لازم را به عمل آورده که بر خود وظیفه می‌دانم از احساس مسئولیت و دلسوزی و انجام وظیفه به نحو مطلوب کادر پرستاری تشکر و قدردانی نمایم. انتظار دارد از همه پرستاران قدردانی نمایید تا به شغل شریف پرستاری دلگرم تر و گردند و رفاه بیماران تأمین شود (سند تقدیرنامه).

لغو بی رویه اعمال جراحی از جمله مصادیق متعارض با احساس تعلق و تعهد حرفه‌ای است که نارضایتی‌های دریافت کنندگان را به خود اختصاص داده است.

گزیده (۱۸): بسیاری از موارد [رو می‌توان به عنوان مصداق بی مسئولیتی از شون یاد کرد]. به دستور پزشک X به شخصی که در مطب دیده شده، یا در درمانگاه [ویزیت شده]، گفته شده برو [بستری شو در بیمارستان]، من فردا می‌یام شما رو عمل می‌کنم؛ [توی بیمارستان به مدت] سه روز بیمار بدون خوردن مواد غذایی، به دلیل اضطرار عمل جراحی، [چیزی] نخورده، [حالا بعد از سه روز] آقای دکتر میگه من نمی‌رسم این مریض رو جراحی کنم؛ عمل را کنسل کنید. مگر این [بیمار] مقواست؟ خب، این [بیمار] می‌یاد اینجا [توی دفتر مدیریت بیمارستان]، جیغ می‌زنه، حق داره عصبانی بشه (مدیر بیمارستان، مصاحبه).

نوع پاسخ ارائه شده از طرف یکی از بخش‌های بیمارستان‌ها به شکایت بیمار مبنی بر نبودن «قطعه‌ای از جمجمه بیمار فوت شده» در سطحی ترین وجه ممکن، در راستای عدم تعهد سازمانی پرسنل مربوطه قابل تفسیر است. همراه بیمار طی پرسش استفهامی این سؤال را مطرح می‌کند که مفروض به بروز اتفاق مشابه، در صورتی که بیمار زنده می‌بود، چه وضعیتی قابل تصور بود؟ وی سرانجام جسد بیمار را بدون آن قطعه خاص از جمجمه از بیمارستان خارج می‌کند.

گزیده (۱۹): قطعه‌ای از جمجمه همسر اینجانب از اتاق عمل به برادر خانمم تحویل داده شد تا برای نگهداری در یخچال فریزر سپرده شود. در تاریخ --- همسرم فوت شد. برای بردن جسد از سردخانه به بیمارستان آمدم. گفتند نمونه موجود نیست، فقط یک نمونه بدون اسم هست که باید یک نفر از پرسنل آن را شناسایی کند. چون آمبولانس منتظرمان بود جسد را بدون قطعه جمجمه بردیم. اگر بیمار ما زنده بود و استخوان را برای جراحی و گذاشتن سر جایش لازم داشتیم، چه کسی جوابگوی مفقود شدن آن بود؟ شاید آن نمونه بدون اسم مربوط به شخص دیگری باشد که فوت نشده و به آن نیاز داشته باشد، چرا اتاق عمل [باید] نمونه را بدون اسم بفرستد؟ (سند شکایت).

در گزیده فوق، همراه بیمار صرفاً از منظر «شخصی» طرح مسأله نمی‌کند؛ وی با این تعبیر که «شاید آن نمونه بدون اسم مربوط به شخص دیگری باشد که فوت نشده و به آن نیاز داشته باشد، چرا اتاق عمل نمونه را بدون اسم بفرستد؟» از قلمرو نفع و زیان شخصی فراتر رفته و از احتمال چنین اتفاقاتی برای دیگران ابراز نگرانی می‌کند و بدین ترتیب، به «دیگران» نیز می‌اندیشد. با این توضیح، پاسخ کارکنان بیمارستان به همراه بیمار شایسته توجه است.

گزیده (۲۰): بیمار خانم ... که به دلیل CVA کرایوتومی شده بود در تاریخ ۹۲/۵/۲ در بخش نورولوژی فوت شده‌اند. لطفاً قطعه مربوط به جمجمه بیمار به همراه محترم بیمار تحویل داده شود. با تشکر؛ پاراف ذیل نامه به عنوان پاسخ به آن: با عرض سلام؛ نمونه‌ای به این نام پیدا نشد. فقط یک نمونه بدون اسم در یخچال فریزر می‌باشد. لطفاً با حضور شخصی خودتان آن را شناسایی کنید (مکاتبه ضمیمه سند شکایت).
به نظر می‌رسد وقتی بنا به قول معروف در نظام پزشکی، انسان بیمار expire می‌شود، همه چیزش را با رفتنش از دست می‌دهد و «جسمانیت» او هم نیز که تا این حد در رویه‌های مدیکال روی آن انواع سرمایه‌گذاری‌ها صورت می‌گرفت، به نازل‌ترین مرتبه ممکن سقوط می‌کند و بدین ترتیب، هم در مقام تعابیر به کار رفته در نسبت با وی و هم در کیفیت برخورد با او، که از این پس، عنوان «جسد» را به خود می‌گیرد، حرمت نوع انسان، به عنوان یکی از مصادیق جامعه‌پذیری سازمانی، که اصول اخلاق پزشکی مبتنی بر آن صورت‌بندی شده‌اند، خدشه دار می‌گردد.

گزیده (۲۱): مریض‌ها رو همه در حال flat می‌بینیم، مثلاً مریض دراز کشیده، می‌دونی مریض خوابه، اون موقع هم وقتی مریض expire می‌شه، از دنیا می‌ره، می‌گی خُب، این [مریض] هم الان [مثل بقیه مریضا] خوابه؛ خیلی به چشم سخت نمی‌یاد که با یه مُرده روبرو هستیم؛ می‌پیچونیم، شکلات پیچش می‌کنیم، بالای سرش هستیم، بهش دست می‌زنیم (پرستار، مصاحبه).

بی حرمت شدن نوع انسان، آن گاه «بیمار» تبدیل به «جسد» می‌شود، در گزیده زیر که ناظر به یک تجربه عینی در برخورد با فرد متوفی است، به روشنی منعکس شده است.

گزیده (۲۲): در پایگاه اورژانس برای حضور در صحنه تصادف فراخوانده شدم. دوتشون توی راه مُردن. خلاصه با این که وظیفه ام نبود، [ولی] مجبور شدم جسد اون دو تا رو ببرم داخل سردخونه با دست تنها. تجربه نداشتم؛ اون یکی [جنازه] رو که سبک بود گدو شتم داخل طبقه پایین، [کشوی پایین]. [جنازه] دومی سنگین تر بود. [تنها] نمی‌شد کاری کرد. زنگ زدم ۱۱۰ یک نفر درجه دار رو فرستادن برای کمک. با هم تلاش کردیم که [اون یکی جنازه رو] بذاریمش بالا، چون سنگین بود و قد بلند، هیکلش کامل داخل نمی‌رفت و هی از این ور به اون ور می‌شد و باسنش گیر می‌کرد به لبه ورودی کشو. از [طرف] سَر کردمش داخل [کشوی سردخونه]. ولی باز هم کامل داخل نمی‌رفت. آخرش دیگه مجبور شدم با لگد آن چنان محکم زدم وسط پاش که سَر خورد و با سَر رفت چسبید به اون آخر [کشوی سردخونه] و تونستم در رو ببندم (گفت و گو، کارشناس اورژانس، ۹۳/۱۰/۲۸).

علاوه بر موارد فوق الذکر، دیدگاه‌های بیماران و همراهان آن‌ها در توصیف وضع موجود نظام خدمات از منظر مضمون حزبی تر «تعلق و تعهد حرفه‌ای» شایسته تأمل است.

گزیده (۲۳): به واحد حسابداری مرکزی مراجعه کردم، یک خانم به نام خیلی وقت برای خوردن چای صرف کرد و مدام با همکاران دیگر مشغول حرف زدن و خندیدن بود و من که ساییدگی زانو دارم، حدود نیم ساعت سرپا توی نوبت بودم. وقتی به این خانم گفتم مادرم سرطان دارد و نمی‌توانیم بیشتر بمانیم و باید به [بخش] شیمی‌درمانی برویم، ایشان [به من گفت] برو یک باجه دیگر (سند شکایت).

خدمت رسانی به بیمار بماهو بیمار در سند شافی مورد تصریح قرار گرفته است و می‌توان به طرح آن ذیل مضمون جزیی «اصالت مناسبات درون و میان گروهی ارائه دهندگان و دریافت کنندگان» پرداخت.

گزیده (۲۴): ارائه خدمت عادلانه بدون در نظر گرفتن جنسیت، قومیت، نژاد، مذهب، تحصیلات و سطح فرهنگی و اجتماعی؛ انجام خدمت مورد نظر در موعد مقرر و نحوه برخورد کارکنان با مراجعین (سند شافی، صفحه ۲۸).

یافته‌های مطالعه در موارد متعدد خلاف اصل مذکور را نشان می‌دهند. تأثیرگذاری سطح فرهنگی و اجتماعی گروه دریافت کننده خدمات درمانی از آن جمله است.

گزیده (۲۵): من الان نامه دارم که [یک همراه بیمار در اون] نوشته فلان پرستار آدمایی [رو] که عطر زدن و کراوات پوشیدن رو توی بخش راه می‌ده، ولی ما بدبخت بیچاره‌ها رو [به بخش] راه نمی‌ده؛ نگاه این [فرد]، یا واقعیت دارد، یا واقعی نیست، فرقی نمی‌کنه، ولی هر دوتاش نشون دهنده یک gap ذهنی است، [این نوشتن] توی خلاء اتفاق نیافتاده، حتماً یه چیزی بوده که این اتفاق براش افتاده (مدیر بیمارستان، مصاحبه).

ارائه خدمات رسانی به افراد برخوردار از جایگاه برتر فرهنگی و اجتماعی، به قیمت تغافل از دیگر افراد برخوردار از شرایط به مراتب بدتر جسمانی و درمانی از جمله موارد متعارض با اصل خدمت رسانی به انسان به معنای عام آن و فارغ از هر عامل فرهنگی و اجتماعی انضمامی به اوست.

گزیده (۲۶): چند نفر مصدوم را که اعضای یک خانواده بودند و تصادف کرده بودند، به اتفاقات آوردند. این مصدومین حال عمومی خوبی نداشتند. یک نفر هم شکستگی skull base داشت. رزیدنت‌ها به سمت آن‌ها رفتند، ولی در همین هنگام، یکی از اتندینگ‌های دانشگاه دست دختر ۲۲ ساله شان را گرفته بودند و به اتفاقات آمدند. دختر ایشان در اثر یک تصادف خیلی خفیف دچار شکستگی دست شده بودند

و حال عمومی‌اش خوب بود. ناگهان تمام رزیدنت‌های اتفاقات آن خانواده مصدوم با وضع عمومی‌بسیار بد را رها کردند و به سمت دختر اتندینگ شتافتند. هیچ کس بالای سر آن خانواده مصدوم نبود، تا این که پسر کوچک خانواده در همان اتفاقات در همان دقایق expire شد (سند Logbook).

تفاوت گذاری میان بیماران بر اساس وضع مالی و اقتصادی آن‌ها از سوی برخی پرسنل در برخی از بخش‌های بیمارستان در مصاحبه زیر به تصویر کشیده شده است.

گزیده (۲۷): توی این مدت یک سالی که من [این جا] کار می‌کنم، بین قشر فقیر و غنی خیلی تفاوت قائلند، این [رو می‌بینم] که برخوردها خیلی متفاوت؛ شما اگر در حد متوسط باشید، اون طرف [ممکنه] برخوردش [با شما] خوب نباشه؛ من [توی بعضی بخش‌ها این موارد رو] دیدم [چون توی] اکثر بخش‌ها need شدم، تعاملات رو دیدم، خیلی بد با مریض تا می‌کردن، [منظورم] این که فرق می‌گذاشتن بین مریض، که این [مریض] از قشر ضعیفه، این از قشر غنی [هست]، [پرستار، مصاحبه].

گزیده زیر تفاوت شرایط فکری و فرهنگی حاکم بر خدمت رسانی بالینی به بیماران را در مقایسه با وضعیت امروز حاکم بر خدمات پزشکی و پرستاری به تصویر می‌کشد.

گزیده (۲۸): اخلاق توی پرستاری کم رنگ شده؛ [اخلاق] توی کتاب‌ها هست، [اما] در عمل نیست؛ ارزش‌ها مُردن. فلان پرستار می‌گه اضافه کاری رو می‌رم بیمارستان خصوصی، اون جا مریضاشون معمولاً تمیزتر و خوش‌بر و رو ترن. نمی‌خواد مثل این جا وایسی همش [باهاشون] چونه بزنی؛ [ولی، در مقابل،] پرستار [زمان] جنگ هم داشتیم. در زمان جنگ من با سرنگ شیشه‌ای کار می‌کردم. با عشق و علاقه کار می‌کردیم (گفت و گو، مدیر پرستاری، ۹۲/۷/۲۱).

تنظیم رفتار مبتنی بر پذیرش «جایگاه فروتری ناشی از ملیت متفاوت» از سوی بیمار از دیگر مصادیق متعارض با مفاد صفحه ۲۸ سند شافی است که تأثر ارائه دهنده تخصصی خدمات را برمی‌انگیزد.

گزیده (۲۹): یک مریض افغانی داشتیم که در حال آماده سازی جهت فارغ شدن از پروسه زایمان بود؛ این زن بر خلاف زنان ایرانی که موقع زایمان داد و فریاد زیاد می‌زنند و شلوغ و سر و صدا می‌کنند، از روی حجب و حیاء زیادی که داشت، اصلاً سر و صدا نمی‌کرد و سکوت می‌کرد و علی‌رغم درد زیاد [فرایند زایمان] را تحمل می‌کرد؛ شاید [هم] از بنده به عنوان یک پزشک مرد خجالت می‌کشید و هم چنین [شاید هم به] این [علت] که چون [او] یک افغانی است، نباید این حق را به خود می‌داد که اعتراض کند که به من هم رسید و او روی همان تخت اتاق Labour قبل از این که به محل مخصوص زایمان برود، روی تخت زایمان کرد و حتی فریادی هم نزد که بنده خیلی از این وضع متأثر شدم (سند Logbook).

تعبیر «ارائه خدمت عادلانه بدون در نظر گرفتن جنسیت، قومیت، نژاد، مذهب، تحصیلات و سطح فرهنگی و اجتماعی؛ انجام خدمت مورد نظر در موعد مقرر و نحوه برخورد کارکنان با مراجعین» می‌تواند در بنیادی ترین وجه ممکن، حمل بر «خدمت رسانی فارغ از هر عامل بیرونی فتاری و اخلاقی قابل تصور در بروز بیماری» شود. بدین ترتیب، لازم است داوری گروه ارائه دهنده خدمات تخصصی محدود به «داوری بالینی و حرفه‌ای» باشد، نه «داوری قضایی و اخلاقی».

گزیده (۳۰): یک دختر کلاس اول دبیرستانی را آوردند که قرص و داروی زیادی به منظور خودکشی خورده بود. به من گفتند باید معده او را شستشو بدهم. با جدیت کامل وظیفه محوله را انجام دادم؛ چون این دختر خودکشی کرده بود، همه پرسنل اتفاقات به او بد و بیراه می‌گفتند و می‌گفتند ولش کنید تا بمیرد؛ این دختر ارزش زنده بودن را ندارد. او هم خجالت می‌کشید و هم درد و ترس از این که ما برایش کاری انجام ندهیم (سند Logbook).

تحت تأثیر این گونه داوری‌های قضایی و اخلاقی عملکرد حرفه‌ای دچار فراز و فرود و از ماهیت انسانی و اخلاقی خارج می‌گردد؛ فرد متقاضی خدمات، فارغ از هر گونه پیشینه رفتاری، اکنون در «مقام یک بیمار» واقع شده است و باید به «بیماری او»،

فارغ از هر علت بیرونی متصور در پیدایش آن، پرداخته و داوری‌های فراحرفه‌ای به اهل آن واگذار شود. گزیده زیر مشابه این گونه ارزیابی‌های خارج از اصول اخلاق پزشکی را که در حضور پژوهشگر به وقوع پیوست نشان می‌دهد.

گزیده (۳۱): وقتی که لباس مخصوص بیمار بر تن کسی می‌ره، دیگه فرقی نمی‌کنه رییس جمهور هستی یا [اشاره به بیماری که در راهرو بخش داره حرکت می‌کنه] یک drug-abuser افتضاح مثل این آشغال که خیلی بی شرمانه اطراف مقعد خودشو داغون کرده (پزشک، مصاحبه).

بیان این گونه موارد محدود به ارائه دهندگان خدمات نیست. همراهان بیمار نیز درگیر موقعیت‌های غیراخلاقی می‌شوند؛ به ویژه در شرایطی که آستانه تحمل گروه‌های دریافت کننده و ارائه دهنده خدمات تحت تأثیر شرایط نامساعد شغلی و روحی حاکم بر مناسبات بیمارستانی رو به کاهش می‌گذارد.

گزیده (۳۲): امروز یک نفر [از پرسنل] انتظامات، به دلیل این که به علت خستگی در راهرو بیمارستان خوابیده بودم، سه شنبه ۹۲/۵/۱۵ چنان لگدی به پشت من زد که وقتی اعتراض کردم با پرخاش [کردن] و گفتن این که این جا مگه هتله و [با استفاده از] کلمات؟ کارش را توجیه کرد. من گفتم حال مرا کاش می‌دانستی؛ اگر خودت [به جای من] بودی، این رفتار را می‌پسندیدی[؟] گفت خدا کند بیمارتم بمیرد و رفت (سند شکایت).

تقدم درآمد بر درمان و محوریت «درمان با هدف کسب درآمد» از دیگر موارد متعارض با اصل خدمت رسانی به انسان به ما هو انسان است. مصادیق متنوع آن به شدت در محیط‌های درمانی قابل مشاهده هستند و این امر می‌تواند به مثابه «طبابت به مثابه تجارت» در نظر گرفته شود.

گزیده (۳۳): [پزشک] مریض رو این جا [توی این بیمارستان دولتی] زودتر رها می‌کنه که [زودتر] برسه به بیمارستان خصوصی پول بیشتری بگیره؛ چون این پزشک

دلش [برای بیمار] نسوخته، آگه دلش می سوخت، همین جا باید [برای بیمار] اقدام کنه. ببینید در چه سطحی دچار افت [در اخلاق و معنویت] شده‌ایم (مدیر، مصاحبه). در همین راستا، روایت زیر ناظر به کژکارکرد قوانین و مقرراتی است که با هدف صیانت از مریض، به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام خدمات وضع شده‌اند؛ اما در مواردی، برخی ارائه دهندگان به جای این که خود را به لحاظ عملکردی تابع قوانین سازند، آن‌ها را دور می‌زنند.

گزیده (۳۴): یک خانم ۳۸ هفته، پره اکلامپسی آورده بودند. مریض چون mgso4 می‌گرفت، RR بیمار مهم بود و باید آن را chart می‌کردیم؛ همین طور فشار خونس را. مریض RR:32 داشت. وقتی به رزیدنت گفتم، [او به من] گفت به نظر من این مریض tachypnea ندارد و بنویس ۲۰!! همان طور که فشارش را ثبت کرده بودم (۱۱۰/۱۵۰) [رزیدنت] عصبانی شد که چرا این فشارها رو می‌نویسی؟ این‌ها بعداً برای ما مشکل ایجاد می‌کنه. من هم مجبور شدم آن‌ها را تغییر بدهم. این موضوع بارها و بارها تکرار شد (سند Logbook).

بررسی مضمونی متن سند شافی، حاکی از تعریف مناسبات درون گروهی و میان گروهی کنشگران نظام سلامت بر پایه مبانی «رویکرد فضیلت‌گرا» در کنار اصول اخلاق پزشکی نوین است؛ به همین دلیل، در شاخص سازی‌های انجام شده برای مضمون‌های جزئی تری که تحت عنوان اصالت مناسبات اخلاقی درون و میان گروهی ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات واقع شده‌اند، مفاهیم توصیفی از قبیل «اخلاق پزشکی از یک منظر ارزشی»، «توجه به فضایل اخلاقی» و نیز «ملاحظه ویژگی‌ها و خصوصیات نفسانی» از حضوری پررنگ و برجسته برخوردار هستند.

گزیده (۳۵): پرهیز از بدگویی، رعایت امانتداری، رعایت ادب و احترام در برخورد با بیماران، همراهان آن‌ها و همکاران، رعایت آرامش و سعه صدر در برخوردها و تعاملات، انتقاد سازنده و صادقانه و وفای به عهد (ارزش‌ها و فضیلت‌های اخلاقی بیان شده در سند شافی، صفحه ۳۸ و ۴۰).

با یادآوری دوگانه وضع موجود و مطلوب از نظر مناسبات اخلاقی فردی، روایت زیر به منزله نقض شاخص «رعایت آرامش و سعه صدر در برخوردها» شایسته توجه است.

گزیده (۳۶): یک بیمار داشتیم که به خاطر دیابت هر دو پایش را تا میانه ران قطع کرده بودند. خیلی بد دهن شده بود و موقع شستشوی جایی که قطع کرده بودند، ناله و زاری و فحش و بد و بیراه می‌گفت. یک بار یکی از دانشجویان پزشکی که مشغول شستشوی زخم بیمار بود، به خاطر بی ادبی بیمار و فحش دادن او ناراحت شد و او هم از کوره در رفت و بحث و جدل کردند و کلاً به خاطر این که خیلی بیمار بی قرار بود، در بخش رفتار مناسبی و رفتار با عطف و مهربانی با او انجام نمی‌شد [به همین علت] بعد از ۳ یا ۴ روز بیمار از بیمارستان فرار کرد (سند Logbook).

از دیگر موارد نقض غرض در نسبت با مناسبات اخلاقی عبارت است از کبر و انانیت شخصی و حرفه‌ای و نیز خود برترینی که همراه بیمار را به نارضایتی و طرح شکایت می‌کشاند.

گزیده (۳۷): خواهر اینجانب به طور دائم برون روی داشت. به کرات به پزشک و پرستاران تذکر دادم. خانم پزشک که گویی از آسمان افتاده‌اند، و سوگندنامه خود را و منشور اخلاق (بند اول) را از یاد برده‌اند، با عصبانیت گفتند: شما صد بار گفته‌اید. همان شب متوجه شدم بیمار دچار کم آبی شده است. آیا این اعمال در چنین مواردی رواست که خانم دکتر را چنین آشفته می‌کند؟ نکته جالب [این که] ایشان در دفتر پرستاری در حالی که [این خانم دکتر] پشت به اینجانب داشتند، با اکراه و غرور زیاد گفتند: همین طوری بگویید، می‌شنوم! واقعاً چرخیدن به اندازه چند درجه، به مدت چند دقیقه، این قدر مشکل است؟ یا این خانم دکتر همه را ریز می‌بیند؟ همراه مریض حق دارد از وضعیت بیمارش مطلع و راجع به آن نگران باشد (سند شکایت).

مزید بر موارد مذکور، شاخص‌های مرتبط با اخلاق حرفه‌ای و بالینی نیز در متن سند شافی قابل شناسایی هستند. اهم صورت‌های آشکار شاخص‌های مرتبط با اخلاق حرفه‌ای و بالینی که در سند مذکور بدان تصریح شده است، در گزیده زیر آمده است.

گزیده (۳۸): رازپوشی اسرار بیماران، اخذ رضایت آگاهانه از مریض، نحوه گفتن خبر بد، آگاه کردن بیمار در خصوص بیماری و مشارکت دادن او در تصمیم‌گیری‌های تشخیصی و درمانی، وجود کمیته‌های فعال تخصصی مرتبط با هر بخش از قبیل کمیته سقط جنین، کمیته مرگ مغزی، آتانازی و سایر به عنوان اصول اخلاقی و انسانی در بیمارستان در نسبت با مسائل حرفه‌ای (سند شافی، صفحه ۴۲).

شاخص‌های فوق‌الذکر اگرچه در معنای مدرن آن، معطوف به اصول اخلاق پزشکی نوین می‌باشند، اما باز هم امکان قرائت دینی و اخلاقی ارزش محور از آن‌ها وجود دارد. به عبارت دیگر، اگر چنان‌چه «شاخص‌های مرتبط با اخلاق حرفه‌ای و بالینی» به منزله «صورت‌های آشکار اخلاقی» در نظر گرفته شوند، تفسیر «مبادی و مناظ نظری آن‌ها» می‌تواند بر پایه اتخاذ «رویکرد فضیلت‌گرای دینی و اخلاقی» و یا «رویکرد فایده‌گرا» و نظایر این‌ها انجام پذیرد.

گزیده (۳۹): اخلاق پزشکی متأسفانه [به صورت] سکولار ارائه می‌شود؛ شما این اخلاق پزشکی رو با هر مفهوم دینی [یا غیر دینی] می‌تونید منتزعی بکنید، [و] باز هم همون رو [دوباره] بگی (پزشک، مصاحبه).

به بیان دقیق‌تر، مفروض به‌این‌که «شاخص‌های مرتبط با اخلاق حرفه‌ای و بالینی» در محیط درمان مورد توجه قرار داده شوند باز هم نوع انگیزه‌ها و تفسیرهای موقوم مؤثر در اجرای شاخص‌های مذکور می‌تواند کاملاً متفاوت و یا حتی متناقض با یکدیگر باشند.

مزید بر موارد نقضی، مواردی نیز وجود دارند که کادر ارائه‌دهنده با رعایت موازین و بایسته‌های حرفه‌ای خود، باعث ایجاد رضایت در بیماران و همراهان آن‌ها شده‌اند. روایت زیر ناظر به تجربه زیسته یک بیمار در مقام پرستار، بیمار و همراه بیمار

است که طی آن «اهمیت رابطه کلامی پزشک و بیمار و اطلاع‌رسانی لازم به بیمار»، به منزله یکی از موازین اخلاق حرفه‌ای، مورد تأکید واقع شده است و می‌توان آن را به عنوان «این همانی وضعیت موجود و مطلوب بیمارستان» از منظر اصول اخلاق پزشکی یاد کرد.

گزیده (۴۰): توی پزشکا خودم [که پرستار هستم] دیدم که بعضی‌ها [شون] رفتار شون [به حدی] خوبه که آدم شوکه می‌شه؛ خودم رفتم دکتر، این قدر برخوردش خوب بوده و بلند شده جلو من و اومده تا دم در؛ سؤالاتی که پرسیدم با حوصله [بهشون] جواب داده؛ خیلی انگشت شمارن این جور پزشکا؛ یعنی آدم این قدر شوکه می‌شه که سؤالاتش هم یادش می‌ره، از [بس که] رفتار پزشکه [باهاش خوبه]؛ یک بار رفتم پیش پرفسور ... همراه بیمار بودم، تا اون زمان، هیچ وقت هنوز پیش ایشون نرفته بودم؛ اومدن دم در، در رو باز کردن، گفتن بفرمایید بشینید؛ سؤالاتی رو پرسیدن و چون خودم nurse بودم، اون چیزی رو که راجع به مریض گفتن خیلی خوب بود، نه این که با ما این رفتار رو داشتن، با همه این رفتار شون رو داشتن؛ به هر حال مریض رو exam کردن و چیزهایی رو که در مورد مریض لازم بود به ما گفتن؛ بعدش تا دم در همراهی مون کردن و باهامون خداحافظی کردن (پرستار، مصاحبه گروهی)

در تقابل با روایت فوق، یکی از کارشناسان سابق وزارت بهداشت و درمان و برخوردار از «تجربه مرگ فرزند» در اثر بی‌مبالاتی پزشک، توصیف خود از «نحوه بیان خبر بد» را، به عنوان یکی از شاخص‌های اخلاق حرفه‌ای، این گونه شرح می‌دهد:

گزیده (۴۱): خشونت کلامی در کلام پزشک محسوسه. سلامت اجتماعی مهم تر از سلامت جسمیه؛ [من] خودم توی یکی از بیمارستان‌های تهران دیدم دکتر بدون هیچ مقدمه و احتیاطی همین جوری [به فرزند بیمار] گفت مادرت فوت کرد؛ بابا، این انسانه! با حیوان که حرف نمی‌زنی (مصاحبه تلفنی، ۹۲/۷/۵).

در ارتباط با «نحوه آگاه کردن بیمار در خصوص بیماری و مشارکت دادن او در تصمیم‌گیری‌های تشخیصی»، روایت زیر، به نقل از یکی از همراهان بیمار، که از کارمندان بازنشسته دانشگاه می‌باشد، شایان توجه است.

گزیده (۴۲): پزشک پس از گرفتن history مشکل را ایجاد ضایعه در حنجره و شُل شدن تارهای صوتی، به علت ورود و خروج دائمی لوله‌های ساکشن در گلو تشخیص می‌دهد. پزشک در توجیه ضرورت فوری انجام عمل جراحی جلو بیمار گفت شما مثل شمعی هستی که در معرض وزش باد قرار داری و ممکنه خاموش بشی؛ ممکنه زیر پتو بغل دست خانم خواب باشی، خفه بشی. این که [می‌گی] از عمل می‌ترسی، مثل اینه که بگی [چون] می‌ترسم با آسانسور برم پایین، [حالا بیای] خودت را از دریچه طبقه ششم پرت کنی بیرون. متأسفانه بیمار با شنیدن این حرفا ترسش چند برابر شد و بعدش هم که قرار بود عمل بشه، توی اتاق recovery از بین رفت (گفت و گو، همراه بیمار، ۹۲/۹/۶).

روایت زیر از جهت تأکید بر تأثیرگذاری کلام پزشک همسو با روایت فوق می‌باشد؛ با این وجود، از حیث محتوای کلام پزشک و فضای روانی حاکم بر آن در تعارض با گزیده قبلی است. می‌باشد،

گزیده (۴۳): بعضی وقتا من خودم مریض شدم [و] در جایگاه بیمار بودم، واقعاً رفتار پزشک، کادر درمان، به خصوص پزشک، واقعاً مهمه و بیمار آزش feedback می‌گیره؛ یه جمله‌ای که [پزشک] بهش می‌گه، اگه منفی باشه، رووش تأثیر بد می‌ذاره، اگر هم [یه جمله] مثبت باشه، تأثیر خوب [برای مریض به جا] می‌ذاره؛ [به همین خاطر هست که] فرضاً اگه یه پزشک به مریضش بگه نه، شما [اگر] این جور عمل کنی، [بیماری ات] روند درمانش بهتر می‌شه، یا مثلاً فلان اون جور عمل کنی، [این مسئله] این قدر طول می‌کشه، بعدش فلان جور می‌شه؛ همه ی این‌ها [چیزهایی هستن که] خیلی تأثیر مثبت روی ذهن افراد دارن و افراد [هم] خیلی راضی ترن [از این توضیحات] و می‌دونن که plan شون چیه (پرستار، مصاحبه گروهی).

در یک سطح فراتر، بی‌فایده‌گی مباحث آموخته شده اخلاق پزشکی از جمله نقاط مورد تأکید است که ناظر به مرتبه‌ای بالاتر از بی‌توجهی به آموزه‌های اخلاق پزشکی در مقام عمل است.

گزیده (۴۴): ما [به عنوان پزشک] توی ۷ سال درس اخلاق پزشکی رو داریم می‌ریم [سر کلاس‌هاش]، بهمون هم می‌گن [که] این جور ی نگاه کنید به بیمار، ولی این چیزی که می‌یاد توی عمل [یه جور دیگه هست]؛ همه ی پزشکا، ایترن‌ها و رزیدنت‌ها که بعد می‌شن استاد، این training رو گذروندن، ولی این که کدومشون می‌یان واقعاً عمل می‌کنن [به مباحث خونده شده]، بستگی به این داره که چقدر اعتقاد پیدا کرده و قبول کرده [این مباحث رو] (پزشک، مصاحبه).

تأثیر پذیری اصول اخلاق حرفه‌ای و بالینی از الزامات و آموزه‌های رایج فرهنگی در جامعه نیز از دیگر مباحث اساسی است که می‌تواند در مواردی ارائه دهندگان خدمات را دچار «دوگانگی» و «استنباط‌های شخصی مبتنی بر یک موقعیت خاص» نماید.

گزیده (۴۵): [توی] فرهنگ، ما هم یه جور ی با اون وری‌ها، [با غربی‌ها]، خیلی فرق داریم؛ توی اخلاق پزشکی، اولین قانون اینه که اولین کسی که باید بهش بگن مشکلت چیه، بیماره؛ ولی این جا همه می‌دونن [مشکل بیمار] چیه، به جز خود بیمار؛ چون فرهنگ ما این مدلیه؛ به خصوص توی این موردهایی که شاید صعب‌العلاج باشه، مثل cancer؛ ما [می‌بینیم که درباره] مریض توی بخش، [همراهش می‌یان پیش ما] بهمون می‌گن اصلاً جلو این مریض [در مورد مشکلش] صحبت نکنید. گاهی وقتا پیش اومده پزشکه به مریضه گفته [مشکلت] چیه، خیلی اوضاع [مریض] خراب شده؛ نمی‌دونم این یک ایراد هست یا نه، ولی فرهنگمون این مدلی شده؛ خُب، فرهنگمون [در این مورد] برعکس کلاً (پرستار، مصاحبه گروهی).

با عنایت به مجموع این گونه ناروایی‌های اخلاق فردی و حرفه‌ای ضرورت بسط و گسترش رشته اخلاق پزشکی در سطوح عالی و نهادینه سازی آن در بدنه بهداشت و درمان روشن می‌گردد.

گزیده (۴۶): توی بعضی از کار گروه‌های اخلاق پزشکی که بودم [فهمیدم که] حتی از [این] لحاظ [که بیاییم و] صرفاً *workshop* برگزار کنیم این چیزی رو حل نمی‌کنه، [بلکه] زمانی که تونستیم [کاری بکنیم که] در بین گروه‌های آموزشی مون، اعم از جراحی، داخلی، فارموکولوژی، ایمینولوژی، از علوم پایه [گرفته] تا علوم غیر پایه، اخلاق جزو لاینفک فعالیت‌هاشون باشه [اون وقت می‌تونیم بگیم که موفق شدیم] (مدیر، مصاحبه)

مع الوصف، رشته اخلاق پزشکی از منظر برخی پزشکان، فاقد شأنیت و منزلت حرفه‌ای و تخصصی لازم است و لذا، نوعی نگاه تحقیر آمیز به آن گسیل داشته می‌شود؛ این در حالی است که علاقه مندان «باهوش» به این رشته علیرغم آگاهی از محوریت «عقل معاش» در «اقتصاد درمان» در سازمان اجتماعی امروز ما، با مشاهده «مظلومیت نوع انسان» این رشته را ملجاء آمال خود قرار داده‌اند.

گزیده (۴۷): [در مورد] بچه‌های قوی که PhD اخلاق پزشکی می‌گیرن مشکل داریم [مبنی بر این که] توی این فضا [ی موجود] به‌اندیشه‌هاشون احترام بگذارن، [وقتی به بچه‌های PhD اخلاق پزشکی] نگاه می‌کنم، دلم می‌سوزه، می‌بینم [این‌ها کسانی هستند که] رتبه‌های خوب داشتند، می‌تونستن توی [رشته‌های] جراحی برن که پول ساز هست، ولی [چون] *material* فکریش انسان نگر بوده، گفته خُب، من می‌رم PhD اخلاق پزشکی می‌خونم که فردا بتونم به این سیستم خدمت کنم، چون توی دوران پزشکی اش این نارسایی‌های اخلاقی و مظلومیت انسان رو در پیکره بیمارستانی دیده که این رشته [اخلاق پزشکی] رو انتخاب می‌کنه. حالا به شرایط موجود نگاه می‌کنه، در [مقام] عمل، هزار و یک علامت سؤال توی ذهنش ایجاد می‌شه. مسائلی رو می‌بینه که شاید توی دوران پزشکیش توی بحث مادی، با موجودیت مادی آدم‌ها خیلی زیاد

درگیرشون نبوده؛ [اما حالا که] از نظر اقتصادی می‌یاد نگاه می‌کنه، می‌بینه اقتصاد توی بحث پزشکی خیلی بحث مهمیه (همان).

گزیده منتخب زیر مستند مضمون جزئی «اصالت مناسبت‌های آیینی، فرهنگی و ورزشی» قرار گرفته است.

گزیده (۴۸): وجود مسابقات و برنامه‌های بزرگداشت مناسبت‌ها برای بیماران، کارکنان و مراجعین و اطلاع‌رسانی آن‌ها، اردوهای آموزشی و فرهنگی برای کارکنان، دارالقرآن فعال، فضا و امکانات ورزشی متناسب با تعداد پرسنل، برنامه‌های زمان بندی ورزشی آقایان و خانم‌ها (سند شافی، صفحه ۵۴ و ۵۶).

سالروز تولد و شهادت ائمه، اعیاد مذهبی از قبیل عید مبعث، غدیر خم و برنامه‌های عزاداری محرم از اهم مناسبت‌های آیینی است که می‌تواند در حکم یک منبع معنوی برای بیماران و همراهانشان ایفای نقش نمایند.

گزیده (۴۹): توی [روزهای] تاسوعا و عاشورا دلمون می‌خواست توی عزاداری امام حسین [ع] باشیم [ولی نتونستیم]؛ مثلاً [فرض کنید] توی حیاط [بیمارستان] دسته عزاداری می‌اومد و [از داخل حیاط بیمارستان] رد می‌شد و ما صداشو می‌شنیدیم، بیمار صداشو که می‌شنید، باهاش پیوند برقرار می‌کرد؛ مثلاً توی اعیاد یه برنامه‌ای توی بیمارستان انجام بشه، خیلی‌ها هستن حاضرین شیرینی بدن [برای برگزاری اعیاد]؛ [کمک کنن] برای بیمارستان‌ها، برای [خانه‌های] سالمندان، حاضرین هر کمکی از دستشون بر می‌یاد، بکنند؛ ما [همراهان بیمار] از جامعه جدا شدیم، بُریدیم (همراه بیمار، مصاحبه).
به طور متقابل، «صوری‌گرایی و قشری‌گری» و «سوء استفاده از مناسبت‌ها» نیز از دیگر مواردی است که در نسبت با مضمون جزئی فوق‌الذکر از سوی برخی مشارکت‌کنندگان پژوهش مورد اشاره واقع می‌شود.

گزیده (۵۰): مردم تصمیم گرفتن معنویته رو فردیش بکنن، چون دیدن توی جامعه خیلی از کارهایی که به اسم معنویت می‌شه، یا جمع‌هایی که معنوی هستن، می‌بینن که از معنویت داره سوء استفاده می‌شه، یا ابزار سیاست و اقتصاد می‌شه، یک

مداحی که توی بازار می‌ره یک چیزی می‌خونه، توی شاهچراغ که می‌ره، یه چیز دیگه‌ای می‌خونه، کل جامعه تحلیلشون رو می‌ریزن روی همدیگه و از هم یاد می‌گیرن، به این نتیجه می‌رسن که اینا دارن سوء استفاده می‌کنن و [به دنبالش] یه مقداری [از معنویت] عقب نشینی می‌کنن (مدیر، مصاحبه)

روایت زیر به توصیفی انتقادی تر از مناسبت‌های آیینی با نگاهی متفاوت تر می‌پردازد که متضمن نوعی تجربه پیشنهادی می‌باشد.

گزیده (۵۱): سعی کردم توی بیمارستانی که کار می‌کردم موسیقی رو توی CCU برای مریضا اجرا کنیم؛ آهنگ درخواستی بیمارارن را بذارن؛ چون گزارش [مجامع علمی] دنیا این هست که کسانی که با موسیقی آرام می‌شوند، عوارض بیماری‌های اریتمی، ناراحتی‌های قلبی براشون کمتره. از دیدگاه من، ما توی [این] مملکت هیچ چیز شناخته شده‌ای نداریم؛ شعار خیلی می‌دیم، [ولی] عمل نداریم. همونایی که از صبح تا شب شعار می‌دن، ته کاراشون رو که نگاه می‌کنی، [می‌بینی] تمامش گجه. این فایده‌ای نداره. ما [هنوز] باید بریم یاد بگیریم. ما هیچی نیستیم (پزشک، مصاحبه).

یکی از کارشناسان غیر پرستاری با یادآوری سختی و نامالایمات روحی مشاغل بیمارستانی، ضمن تأکید بر ضرورت برنامه‌های فرهنگی و ورزشی، انتخاب متصدیان برنامه‌های فرهنگی مبتنی بر گرایش‌های ایدئولوژیک و سیاسی را عامل ایجاد فضای خاصی می‌داند که ممکن است افراد در آن فضا خیلی راحت نباشند و بعضاً دچار مشکلات احتمالی شوند.

گزیده (۵۲): توی برنامه‌های فرهنگی یک کسانی رو می‌گذارن که بتوونن یه دیسپلین خاصی رو [که مورد نظر سیستم هست] القاء کنن، [مثلاً باید] خیلی مذهبی باشن. این‌ها به نظرم می‌تونه مانع کار[های] فرهنگی باشن؛ شما دارید ورزش می‌کنید، ممکنه اگه با روسری باشید، به عنوان یه خانم، یه لحظه روسری تون بره عقب؛ یه توپی

زده [شده]، نتونی بگیری، و بخوری زمین. مثلاً بعدش حرف و حدیث‌هایی هست (مددکار اجتماعی، مصاحبه).

مضمون جزیی «اصالت جلوت ظاهری و بیرونی سازمان» درمان ناظر به تعینات بیرونی و زیبایی شناختی بیمارستان و نیز نظام آراستگی آن است. تحلیل محتوای متن سند شافی در این باره نشان دهنده شاخص‌های زیر را نشان می‌دهد.

گزیده (۵۳): آراستگی ظاهری بخش‌ها با هدف ایجاد آرامش، زیبا سازی هنری محیط‌های بیمارستان، تمهیدات و امکانات خاص ویژه افراد معلول و ناتوان، رعایت نظافت و پارکنینگ سرپوشیده خودرو (سند شافی، صفحه ۶۰ و ۶۴).

به استناد داده‌های میدانی امکان ارائه تفسیر تحلیلی پیرامون مضمون جزیی «اصالت جلوت ظاهری و بیرونی سازمان درمان» بر مبنای محورهای اساسی «دوگانه وضع موجود و وضع مطلوب» و «نوع تفسیر به عمل آمده از سوی کنش گران نظام خدمات در مواجهه با جلوت ظاهری سازمان» وجود دارد. در مورد نخست، ذیل شاخص زیباسازی هنری محیط‌های بیمارستان، انتقاد از نمای ساختمان و تأثیر منفی آن بر روحیه بیماران، هسته اصلی روایت زیر را نشان می‌دهد.

گزیده (۵۴): همین محیط‌ها دارن بیشتر کمک می‌کنن من بعضی چیزها رو ببرم زیر سؤال. یک محیط روحانی خودش یک تأثیر خوبی داره؛ خیلی مهمه؛ شما اگر برید تو شیمی درمانی پایین، بیماری که روی تخت می‌خوابه، به سقف که نگاه می‌کنه کلاغ تو سفته! کلاغ‌های سیاه؛ حالا حسابشو بکنید این چه محیطی می‌تونه باشه (همراه بیمار، مصاحبه).

دغدغه‌های معطوف به محیط، در اسناد شکایات هم قابل ردیابی است. ضرورت وجود کانال‌های تلویزیونی مناسبی که تأمین کننده نیازهای روحی بیماران و همراهانشان باشد، از جمله این موارد است.

گزیده (۵۵): در بخش پیوند مغز استخوان فرزندم بستری است و جهت فراغت و عدم [گرفتار شدن به] مشغولیات [منفی] فکری [مربوط به] بیماری اش و تجدید

روحیه نیاز به برنامه‌های تلویزیونی شبکه‌های ایرانی دارد و از ۹۲/۷/۲۶ تاکنون شبکه ۳ سیما بالاخص قطع است. ترتیبی اتخاذ فرمایید شبکه‌های ایرانی و به ویژه شبکه ۳ در جهت تجدید روحیه بیماران بستری در بخش پیوند مغز استخوان راه‌اندازی شود (سند شکایت).

به استناد داده‌های موجود، پاره‌ای ملاحظات تفسیری مبسوط درباره مضمون مندرج در سند پژوهشی فوق‌الذکر به شرح زیر قابل احصاست؛

ملاحظه تفسیری اول: در صدر فرم شکایت از عنوان «فرم رسیدگی به شکایت‌های مشتریان» استفاده شده است (سند). بر این اساس، «بیمار به عنوان یک انسان» تا سر حد یک «مشتری» تقلیل داده می‌شود که علی‌القاعده، تعداد بیشتر آن به معنای سود بیشتر و تلاش برای «جلب رضایت» وی نیز معطوف به سودآوری بیشتر خواهد بود.

گزیده (۵۶): تمام چیزهایی که می‌گن، استانداردهایی که می‌گذارن، ممکن است بگویند مشتری مدار باشید، ولی باز هم مشتری مداری یک نوع وظیفه هست، یعنی این روح نداره، یعنی [واقعاً] درسته [که] می‌گن [این تلقی] از غرب اومده، از انقلاب صنعتی اومده که تولید رو بیره بالا، حتی [این جور] می‌گه [که] اگه به مشتری تعظیم می‌کنی، برای این است که جنست رو بهش بفروشی، می‌خوای کلکش بزنی. من می‌گم معنویت این هست که باید تعظیم بکنی، برای این که او انسانه؛ به این دلیل باید بهش تعظیم کنی، فارغ از هر چیزی (مدیر بیمارستان، مصاحبه).

استفاده از تعبیر نافذ «دوشیدن بیمار»، پیامدهای اجتماعی حاکم بر مشتری‌پنداری بیمار از سوی مؤسسات درمانی، با یادآوری علت اصلی آن و نیز طیف گسترده‌ای از انواع تالی‌های فاسد به وجود آمده در پی آن، که به درگیر شدن همه اقشار جامعه، از جمله پزشکان، در یک دور باطل منتهی می‌شود، در گزیده زیر به تصویر کشیده شده است.

گزیده (۵۷): وقتی به مقداری ماوراء الطبیعه کمتر توی ذهن افراد هست، باعث می‌شه مؤسسه [درمانی]، به نوار قلب [بی مورد برای من بیمار] انجام بده، به آنژیوگرافی [غیر ضروری] می‌کنه، به دونه MRI [براش] می‌نویسه، نهایتاً منو می‌فرستن اتاق عمل؛ اولاً، من [رو به اندازه] ۲۰ میلیون [تومن] دوشیدن، [حالا این] ۲۰ میلیون [رو] من ندارم [که پرداخت کنم]، چه کار می‌کنم؟ می‌رم وام می‌گیرم، بعد هم وام رو نمی‌تونم پرداخت کنم، خدای ناخواسته دزدی می‌کنم؛ دزدی از کجا می‌کنم؟ از خانه همین پزشک؛ همین پزشکی که اومد الان به من ظلم کرد، این [پزشک، یک فرد] سرمایه داره دیگه؛ من [به عنوان یک انسان گرفتار] که نمی‌رم به خونه آلونکی در جنوب شهر برای دزدی که. می‌رم دزدی خونه این [پزشک]؛ یعنی من [به عنوان پزشک، وقتی] که معنویت رو رعایت نکردم، [حتی] از نظر مادی به جامعه ام لطمه زدم، به بیمار [هم] لطمه زدم، به همسایه ام [نیز] لطمه زدم. به سیکل متأسفانه معیوبی می‌شه که من سر مردم کلاه می‌ذارم، اون هم سر من کلاه می‌ذاره، دوتایی مون سر سومی کلاه می‌گذاریم، [همه با هم داریم] می‌چرخیم (پزشک، مصاحبه).

یکی از مشتریان، در مقام همراه بیمار، به گونه‌ای دیگر بر صحت تحلیل فوق مَهر تأیید می‌گذارد. وی ضمن تأکید بر ضرورت معطوف ساختن فعالیت‌ها به‌اندیشه «وجود خدا»، آگاهی مشترک دریافت کنندگان از مشتری پنداشته شدنشان، به جای «بیمار پنداشته شدن» را در قالب بهره جستن از تعبیر «دردنامه» به تصویر می‌کشد. با این وجود، او در مقام تعمیم نقد آتشین خود و نیز نادیده انگاشتن زحمات کسانی نیست که «تنها اتفاقات روز و شب زندگیشان انسان‌های بیمار، بیماری‌ها و آلودگی و مرگ است».

گزیده (۵۸): امید است این دردنامه تلنگری باشد تا مسئولین مطابق منشور اخلاقی حقوق بیمار، در حل مشکلات، به ویژه نوع برخورد پرسنل چاره‌ای بیاندیشند و در غیر این صورت دعا کنند خدایی وجود نداشته باشد. آویزان کردن تابلوهایی بر در و دیوار و فخر فروشی بر این که گوی سبقت از بیمارستان‌های کشور ربوده شده، کافی

نیست. شاید لازم باشد افرادی معتمد را بدون اطلاع بفرستید تا نظرات همراهان بیمار را به شما انتقال دهند. در این صورت، طبق اظهارات پرسنل، آن‌ها دائم خشمشان را با مشت بر تابلوهای افتخارتان نمی‌کوبند و آن‌ها را نمی‌شکنند. انتقاد از عملکرد دلیل بر ضایع کردن زحمات کلیه پرسنل نیست. به خوبی واقفیم هیچ حق الزحمه و تشکری نمی‌تواند پاسخگوی زحمات انسان‌هایی باشد که تنها اتفاقات روز و شب زندگیشان انسان‌های بیمار، بیماری‌ها، آلودگی و مرگ است (سند شکایت).

ملاحظه تفسیری دوم: در متن سند ۱۸ از عبارت «استفاده از تلویزیون با هدف جهت فراغت و عدم [گرفتار شدن به] مشغولیات [منفی] فکری [مربوط به] بیماری اش و تجدید روحیه و نیاز به برنامه‌های تلویزیونی شبکه‌های ایرانی» استفاده شده است. تفسیر قابل ارائه ذیل عبارت مذکور این است که بنیادی‌ترین مشغولیات منفی مربوط به بیماری، به ویژه در بیماری‌های خاص، از جمله سرطان، «اضطراب از مرگ» است که شاید این اضطراب از مرگ، در مورد کودکان و نوجوانان خیلی وجه آشکاری نداشته و بیشتر در سطح ناخودآگاه آنان واقع شده باشد؛ بر همین اساس، این سنخ از مشغولیت‌آفرینی‌ها برای این گروه سنی از بیماران، به شیوه‌های مختلف، می‌تواند از حیث ایجاد سرگرمی مؤثر واقع شود؛ به طور متقابل، رویه مذکور در مورد گروه‌های بالاتر سنی که از «مرگ آگاهی» بیشتری برخوردار هستند، نمی‌تواند از آن چنان ضریب تأثیر مثبتی برخوردار باشد و همین «مرگ آگاهی» بیماران گروه‌های بالاتر سنی را به درخواست از مسئولان بیمارستان برای ایجاد در تغییر نوع محتوای برنامه‌های پخش شده وادار می‌کند.

گزیده (۵۹): تا حالا این جا ندیدم [که به مسائل معنوی توجه کنن]؛ مثلاً همین الان که توی بعضی اتاق‌هایی که تلویزیون هست، بعضی وقتا صدای پیام بازرگانی و فیلم‌های دیگه می‌یاد تا بخواد [صدای] چیزهای دیگه مثل صدای قرآن و صدای اذون بیاد (بیمار، مصاحبه).

ملاحظه تفسیری سوم: نقطه تأکید تفسیر اخیر بر کلمه «ایرانی» در عبارت «راه‌اندازی شبکه‌های «ایرانی» و به ویژه «شبکه ۳» قرار دارد. با عنایت به صدر و ذیل کلام و سبک و سیاق حاکم بر آن، به روشنی می‌توان فهمید که منظور نویسنده اصلی متن یاد شده، از عبارت «شبکه‌های ایرانی»، به طور دقیق «شبکه‌های ایرانی مجاز داخلی» بوده است؛ این تفسیر احتمالی که مراد نویسنده متن شبکه‌های ایرانی غیر مجاز، مثلاً شبکه‌های لوس آنجلسی، بوده است، با توجه به دولتی بودن بیمارستان و ملاحظات ایدئولوژیک حاکم بر رویه‌های مدیریتی و نیز با عنایت به مخصص شدن عبارت «راه‌اندازی شبکه‌های ایرانی» با عبارت تأکیدی «و به ویژه شبکه ۳» کاملاً متنافی است؛ پاسخ به «چرایی ایرانی بودن برنامه‌ها در قالب شبکه تلویزیونی داخلی» را می‌توان در دیگر مصاحبه‌های انجام شده با بیماران در میدان‌های مطالعه دریافت.

گزیده (۶۰): تا قبل از این که سرطان خون از نوع A.L.L¹ بگیرم، نماز شل و ل بود. چه جوری بگم، فیلم‌های ناجور نگاه می‌کردم و اونا رو پنخس می‌کردم (بیمار، مصاحبه).

بر این اساس، به همین حد بسنده می‌شود که دریافت کنندگان خدمات، اعم از بیماران یا همراهانشان، در شرایط سخت بیماری که قرار می‌گیرند، به این معنا واقف می‌شوند که گویا بسیاری از کنش‌هایشان از نوع «سرگرمی‌های کودک انگارانه» بوده و «لذت محوری آنی» بیش از این نمی‌تواند برای آن‌ها وجه معقولی داشته باشد و لازم است سایر مضامین برتر و فرارونده را مورد تأمل قرار دهند.

بحث و نتیجه گیری

امروزه با روشن تر شدن بیش از پیش ضرورت‌های وجودی و روانی «امر برتر» در سلامت آدمیان، اکنون توجه دوباره به «امر برتر»، در قالب مفهوم «معنویت» مورد

1. Adult Acute Lymphoblastic Leukemia

توجه‌اندیشمندان حوزه سلامت و پزشکی، واقع شده است؛ بدین ترتیب، پذیرش پیوند میان «امر برتر» و «سلامت» را می‌توان حمل بر «تکوین» نوعی پارادایم جدید در علم پزشکی و سلامت در نظر گرفت که به موجب آن علم پزشکی در حال تجربه تغییرات عمیق در سطح مفروضات بنیادین خود می‌باشد. در پارادایم جدید، به جای تأکید یک سویه بر «پدیده بیماری»، «شخصانیت انسان» به منزله موجود برخوردار از ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی مورد توجه قرار می‌گیرد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد تلاش‌های صورت گرفته برای پرداختن به مسائل معنوی در میدان‌های پژوهش بیشتر بر پایه راهبرد مدیریتی مفروض به «اعتقاد به یک نظام فکری اسلامی» بوده است که در قالب نهادینه سازی سازمانی «الزامات فقهی و ظواهر شرعی» به انجام رسیده است. این یافته در حکم پاسخ به سؤال اول پژوهش می‌باشد. در همین راستا، دو سنخ دیدگاه منتقد پیرامون راهبرد مدیریتی فوق‌الذکر از تجمیع و تجرید داده‌ها استحصال شده‌اند؛ سنخ اول، ناظر به مجموعه نظرگاه‌هایی است که با اتخاذ مواضع «درون دینی»، کژکارکردهای حاصل از تعمیم سازمانی راهبرد مدیریتی فوق‌الذکر برای همه کنش‌گران، فارغ از مبانی اعتقادی آن‌ها، را مورد انتقاد قرار می‌دهند. سنخ دوم دیدگاه‌های منتقد، ناظر به مجموعه دیدگاه‌هایی است که ضمن اتخاذ مواضع «برون دینی»، اتخاذ راهبرد مدیریتی مبتنی بر اندیشه دینی را مُرادف با مرجعیت سنت دینی خاص دانسته و آن را خالی از وجه تلقی می‌کنند؛ از نظر گروه اخیر، راهبرد مدیریتی مورد بحث منجر به نادیده انگاشته شدن کنش‌گرانی شده است که در آن سنت خاص کنش‌گری نمی‌کنند. تجربه مدیریتی نظام‌های سکولار سنخ آرمانی گروه اخیر را تشکیل می‌دهد. سرانجام این که، مصادیق متعارض با اصول اخلاق پزشکی در قالب ۵ مضمون قابل صورت‌بندی هستند؛ «تأثیرگذاری پایگاه اقتصادی، اجتماعی و ملیت بر سطح کیفیت خدمات درمانی»، «هراس از تأثیرگذاری منفی اقامه دعوا بر روند کیفی درمان»، «غرور و انانیت مبتنی بر اقتدار حرفه‌ای»، «سوء استفاده از اقتدار علمی و حرفه‌ای»، «خشونت فیزیکی و کلامی»؛ موارد مذکور می‌توانند تلویحاً یا تصریحاً در تقابل با اصول موضوعه

اخلاق پزشکی قرار داده شوند؛ با این وجود، موارد دیگری نیز وجود دارند که به سختی قابل انطباق با تقابل با اصول مذکور هستند؛ عدم واقع شدن موارد یاد شده ذیل اصول موضوعه اخلاق پزشکی را می‌توان در حکم نوعی خدشه جدی بر مفروضات بنیادین اخلاق پزشکی در معنای مصطلح فعلی، با تأکید بر عدم شمولیت کافی آن، در نظر گرفت؛ عدم بسندگی مذکور به میزان قابل ملاحظه‌ای ناشی از ابتدای اصول اخلاق پزشکی بر تلقی «این جهانی» و سکولار از «هستی»، «انسان» و «معرفت» می‌باشد. به نظر می‌رسد در راستای گذار از مضیق‌های اخلاق پزشکی فعلی که صرفاً بر پایه «انسان‌گرایی کانتی» و با محوریت عنصر «اراده انسانی» تکوین پیدا کرده است، نوع جدیدی از پارادایم اخلاق پزشکی، به گونه‌ای که مؤلفه‌ها و عناصر مقوم آن قائم به «ناظر آرمانی» باشد و نیز فضائل و رذائل رفتاری اخلاقی و حرفه‌ای را در نسبت با «امر قدسی» معنا نماید، یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر و قابل دفاع باشد. پارادایم اخلاقی اخیر اعم از اصول اخلاق پزشکی مصطلح فعلی بوده و علی‌القاعده متضمن عناصر فراعلمی‌سازگار با زیست جهان ایرانی اسلامی خواهد بود که می‌تواند تعارضات میان باورهای فرهنگی و تمدنی ایرانی اسلامی را و بایدها و نبایدهای برخاسته از اصول فعلی اخلاق پزشکی را به حداقل برساند و یا آن‌ها را به شیوه‌ای متمایز با آن چه امروز در نظام درمانی ساری و جاری است، صورتبندی نماید.

منابع

- اسمارت، بری. (۱۳۸۵)، میشل فوکو، ترجمه لیلا جوافشانی و حسن چاوشیان، چاپ اول، تهران: نشر اختران.
- امامی، محمد حسین؛ پزشکی، محمد زکریا. (۱۳۸۰)، جامع نگری در پزشکی، آموزش در علوم پزشکی، دوره ۱، شماره ۳.

جایگاه اخلاق پزشکی در مناسبات درمان ... ۲۶۳

- بلیکی، نورمن. (۱۳۸۹)، *استراتژی‌های پژوهش اجتماعی*، ترجمه هاشم آقا بیگ پوری، چاپ سوم، تهران: نشر نی.
- توکل، محمد؛ دیوید، آرمسترانگ. (۱۳۹۱)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، چاپ سوم، تهران: انتشارات حقوقی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- دانشگاه علوم پزشکی شیراز. (۱۳۸۹)، *ایزوی فرهنگی (سند شافی)*، شیراز: انتشارات معاونت فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
- راسخ، محمد؛ خداپرست، امیرحسین. (۱۳۹۱)، تأثیر دو رویکرد الهیاتی و متن‌گرا بر اخلاق زیستی، *اخلاق در علوم و فناوری*، سال هفتم (۴): ۹-۱.
- ربانی خوراسگانی، علی؛ ماهر، زهرا. (۱۳۹۲)، *مقدمه‌ای بر مکاتب و نظریه‌های جدید در جامعه‌شناسی معرفت و علم: جستاری در تبیین رابطه معرفت و فرهنگ*، چاپ اول، اصفهان: انتشارات دانشگاه اصفهان.
- فنایی، ابوالقاسم. (۱۳۸۴)، *دین در ترازوی اخلاق*، چاپ اول، تهران: مؤسسه فرهنگی صراط.
- کیانپور، مسعود. (۱۳۹۱)، تجارب مدیریت احساسات در نظام‌های مراقبت پزشکی، مطالعه موردی شهر کانادا، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و سوم (۴۸)، ۴: ۲۵-۵۲.
- نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۲)، *کتاب جامع بهداشت عمومی (با همکاری اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور)*، ویرایش سوم، جلد سوم، تهران: کتاب ارجمند، فصل ۱۴، معنویت و سلامت، صفحات ۲۳۵۶-۲۳۷۵.
- یکتایی، محمدرضا؛ غروی نیستانی، سید ماجد. (۱۳۸۸)، *قاعده زرین در آموزه‌های دینی و پیامدهای آن برای اخلاق پزشکی*، *اخلاق پزشکی*، سال سوم (۱۰): ۵۷-۷۴.

- Amondesn, D. (1996). *Medicine, Society and Faith in the ancient and medical world*, Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Aten, Jamie D. and Leach, Mark M. (Eds). (2009). *Spirituality and the Therapeutic Process; A Comprehensive Resource From Intake to Termination*. Washington, DC: American Psychological Association
- Engel George L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, Science, 8; 196 (4286):129-36.
- Fabrega, Horacio Jr. (2000). *Culture, Spirituality and Psychiatry, Current Opinion in Psychiatry*, 13 (6): 525-33.
- Hoffmaster, Barry, (Ed.). (2001). *Bioethics in social context, Philadelphia*: Temple University Press
- Holmes, Peter R. (2007). Spirituality: Some Disciplinary Perspectives, in Flanagan, Kieran and Jupp Peter C. (eds), *A Sociology of Spirituality: Theology and Religion in Interdisciplinary perspective*, USA: Ashgate Publishing Company, pp. 23-43
- Koenig HG and Titus LK. (2004). Religion, Spirituality and health in medically ill hospitalized older patients, *Journal of American Geriatric Association*, (52):554-562
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. (1986). The patient-centered clinical method, A model for the doctor-patient interaction in family medicine; *The Journal of Family Practice* (3):24-30
- Plato. (2009). *Five Great Dialogues of Plato: Euthyphro, Apology, Crito, Meno, Phaedo, Arizona*, Translated by B. Jowett, Coyote Canyon Press

- Silvestri GA, Knitting S, Zoller JS, et al. (2003). importance of Faith on medical decisions regarding cancer care, *Journal of Clinical Oncology*, (21):1379-1382
- Smith, Robert C. (2002). The Biopsychosocial Revolution, *Journal of General Internal Medicine*, 17 (4):309-310.
- Sulmasy, Daniel P. (2006). Spiritual Issues in the Care of Dying Patients, “ It’s Okay Between Me and God, *Journal of the American Medical Association*, 296:1385-92
- Starr, Paul. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*, USA: Vincent Torre

