



## بررسی تعرض‌های کلامی و عدم رعایت حریم خصوصی زنان در مراجعه به ماما و پزشک زنان

فائزه گنجی

دانشجوی کارشناسی حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج  
faezeganji0@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف از این پژوهش بررسی اثرات و پیامدهای تعرض‌های کلامی و نادیده گرفتن حقوق مراجعه‌کنندگان خانم به ماماها و یا متخصصین زنان است. ارزش‌ها به‌مانند سیگنال‌های جهت دهنده‌ای برای زندگی ما هستند. ارزش‌ها رفتار ما را هدایت می‌کنند و لنز خاصی از زندگی ارائه می‌دهند که خود را در رابطه با دیگران خوب، بد، عادی یا غیرعادی می‌بینیم. دقیقاً همین «لنز ارزشی» است که دیدگاه اولیه فرد را نسبت به دختران و زنان و نحوه رفتار با آن‌ها در جامعه را شکل می‌دهد.  
**روش تحقیق:** روش تحقیق در این پژوهش به صورت توصیفی و تحلیلی می‌باشد.

**یافته‌ها:** کار با زنان و مراقبت از زنان، جوهر عمل مامایی است. بنابراین؛ بسیار مهم است که هر ماما ارزش لنز استفاده‌شده را درک کند. پزشکان به‌عنوان رهبر و مدیر بخش‌های مختلف بیمارستان به لحاظ اخلاقی به‌عنوان الگوی دانشجویان و ارباب‌رجوع هستند. اگر دانشجویان در طول سال تحصیلی خود مکرراً با موقعیت‌هایی مواجه شوند که مجبور به انجام امور غیراخلاقی شوند، به‌مرور برای خود به‌عنوان یک ماما و به‌عنوان یک انسان اصول اخلاقی مجزایی را تعریف می‌کنند.

**نتیجه:** ماماها باید زنان و نیازهای بهداشتی آن‌ها را به‌عنوان اهدافی در خود ببینند که شایسته احترام و مراقبت است. معاینات گروهی که در تضاد با حریم خصوصی بانوان است، تعرضات و خشونت‌های کلامی صورت گرفته توسط برخی از ماماها و پزشکان زنان خلاف شان و کرامت انسانی و حقوقی آنان است، تجربه این دست از اتفاقات منجر به خدشه‌دار کردن رابطه میان پزشک و بیمار می‌شود به‌طوری‌که بیمار از ادامه درمان خود سرباز می‌زند و تمایلی به ادامه روند درمان خود نخواهد داشت.

**کلیدواژه:** تعرض کلامی، حریم خصوصی، اخلاق حرفه‌ای، مامایی، کرامت انسانی



### مقدمه

سقوط اخلاقیات در سال‌های اخیر از جمله سقوط اخلاق پزشکی، نبود نظام تنبیهی درست و اصولی در نظام پزشکی کشور، عدم توجه مناسب به سلامت روانی زنان و حفظ حریم خصوصی‌شان و کرامت آنان در مراجعه به پزشکان زنان و ماماها، دست‌مایه نگارش این مقاله شده است. اخلاق عموماً به معیارهای رفتار اشاره دارد، اخلاق اغلب شاخه‌ای از فلسفه در نظر گرفته می‌شود که به مطالعه نظام‌های اخلاقی می‌پردازد. یک معضل اخلاقی زمانی به وجود می‌آید که متوجه می‌شویم با تعارضی مواجه هستیم. مدل مراقبت ماماها بر بارداری، تولد و رویدادهای عادی زندگی استوار است، مراقبت ماماها شامل نظارت بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مادران و زنان است.

مراقبت مامایی با توجه اولیه به ماهیت رابطه زن متقاضی خدمات مامایی و ماما آغاز می‌شود. هردو با این توقع که حقوق انسانی‌شان رعایت شود به تعامل می‌رسند. هر دو طرف توسط ارزش‌های شخصی، فرهنگ و تجربیات زندگی احاطه شده‌اند که ممکن است شامل نقض حقوق اساسی هریک از آنها باشد.

به احتمال زیاد ماماها در سراسر جهان همیشه تحت برخی دستورالعمل‌های اخلاقی عمل کرده‌اند، اما این مسئله هم مطرح است که اخلاق در یک سنت شفاهی منتقل شده و مختص جامعه‌ای باشد.

اخلاق متأثر از فرهنگ، آداب و رسوم و شرایط حاکم بر جامعه است، تابو بودن مسائل جنسی در جامعه، حجب و حیای زنانه، عدم فرهنگ‌سازی درست و نگرش نادرست برخی از پزشکان و مراجعین به این مسائل و همچنین عدم آموزش درست و آگاهی دادن در دوران دانشجویی به ماماها از عوامل مؤثر بدرفتاری‌های آنان می‌تواند باشد.

در پژوهشی که در سال ۹۱ مبنی بر رعایت کدهای اخلاق انجام شده بود، بین آگاهی از کدهای اخلاقی و رعایت آنها ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد که با نظر Fahey که می‌نویسد، هرچند نزدیک به ۹۷ درصد دانشجویان، درس اخلاق را در برنامه درسی خود می‌گذرانند ولی عملکرد آنها در محیط‌های بالینی نشان از عدم کفایت آنان در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی است. (باغانی، فرامرزی، باغجری، زارع و تیرایی ۱۳۹۱: ۴).

### ۱- روش تحقیق

این مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی انجام شده است. تحلیل محتوا عبارت از یک رویکرد تحلیلی و روشی علمی بوده که هدف آن تأمین شناختی جدید، ارتقای درک محقق از پدیده‌ها و مشخص شدن راهبردهای عملیاتی در فرایندها می‌باشد. واقعیات به طرق مختلف می‌توانند درک و تفسیر شوند که وابسته به برداشت‌های ذهنی افراد است. تحقیقات کیفی به دنبال کشف رفتارهای اجتماعی از طریق کاوش اذهان مردم از زندگی اجتماعی‌اند. مطالعه در سال ۱۴۰۲ انجام شد. شرکت‌کنندگان به طور رندم حدود ۲۰ نفر از اطرافیان و ۳۰ نفر در مراجعه به بیمارستان بعثت سنندج در بخش زایمان و مصاحبه‌ای یک‌روزه با آنان و همچنین استفاده از وب‌گردی بوده است. جمع‌آوری داده‌ها باتوجه به تجارب شرکت‌کنندگان و زمان محدود آنان برای شرکت در پژوهش، با روش "مصاحبه‌های انفرادی عمیق نیمه ساختاریافته انجام شد. یکی از بهترین و بنیادی‌ترین روشهای جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه می‌باشد که موجب می‌شود تا افراد با آزادی نظرات خود را در مورد موضوع مورد پژوهش بیان نمایند.

### ۲- یافته‌ها

انسان در دوران سلامت و بیماری، دارای حقوقی است. پژوهش حاضر باهدف بررسی تعرض کلامی به بیماران و رعایت نکردن حریم خصوصی آنان انجام شده است. برخورداری ماماها از صلاحیت معنوی به‌عنوان یکی از اعضای گروه سلامت، از اهمیت ویژه‌ای برای ارتقای سلامت مراجعه‌کنندگان آنان برخوردار است. یافته‌ها حاکی از دلایل و موانع موجود جهت رسیدگی بهتر مراجعه‌کنندگان به ماماها و پزشکان زنان می‌باشد. سختی کار مامایی، به دلیل انجام وظیفه در یک محیط پر استرس، مسئولیت



حفظ جان دو انسان در آن واحد، شب کاری و بالا بودن حجم کار، تأثیر مستقیم بر کیفیت ارائه خدمات مامایی و چگونگی برقراری ارتباط با مراجعین دارد. برنامه‌ریزی فشرده و اضافه کاری‌های اجباری، یکی دیگر از عوامل زمینه‌ای است که موجب ایجاد خستگی، کاهش کیفیت در ارائه مراقبت‌ها می‌شود. استقلال در تصمیم‌گیری به منزله ارزش نهادن و اهمیت دادن به حرفه مامایی می‌باشد در حالی که اهم فعالیت‌های ماما به اجرای وظایف وابسته به دستورات و به اسم پزشک تا استقلال خود ماما خلاصه شده، به طوری که حتی جهت انجام تزییقات ساده، تأییدیه پزشک و رزیدنت لازم بوده است. رفتار توأم با تواضع و فروتنی، القاکننده این حس به مراجع است که می‌تواند به راحتی مشکلات، نگرانی‌هایش را با مراقبینش در میان بگذارد. تفاوت فرهنگی ماما و مادر هم مانعی مهم در برقراری ارتباط بود. برخی مادران از فرهنگ‌ها و آداب متفاوت می‌آیند، هرچه طبقه اجتماعی ایشان پایین‌تر باشد، آموزش‌ها و توصیه‌های ماما را مشکل‌تر درک کرده در نتیجه کمتر در مراقبت مشارکت می‌کنند، ماما بایستی شرایط آن‌ها را درک کند، و به آنها احترام بگذارد. در غالب بیمارستان‌های آموزشی کشور، به دلیل محدودیت و کمبود فضای فیزیکی در لیبر، انجام هم‌زمان چند وضع حمل در یک اتاق زایمان از یک طرف و عدم آموزش واحد اخلاق پزشکی در طی تحصیل در دانشگاه و دوره‌های آموزش ضمن خدمت، امکان عمل به اصول اخلاقی و رعایت حریم خصوصی بیماران را عملاً با مشکل مواجه می‌سازد. از عوامل تأثیرگذار دیگر در برقراری ارتباط، احترام به شأن و منزلت مراجع بود. پژوهش‌های متعدد نشان دادند، احترام به شأن و منزلت مادران در حال وضع حمل و به طور کل مراجعه‌کنندگان دیگر، فاکتور اصلی در کسب تجربه مثبت است. احترام به بیماران، سنگ زیربنای اخلاق پزشکی بوده، مراقبین بهداشتی یک نقش کلیدی در این زمینه دارند. تفاوت فرهنگی و زبانی ماما و مادر به عنوان مانعی در برقراری ارتباط است. مادران انتظار دارند که ماماها به فرهنگ و اعتقادات مذهبی‌شان احترام بگذارند. از آنجایی که مراقبت از بیمارانی که به زبان‌های مختلف صحبت می‌کنند، گاه ماما را با مشکلاتی مواجه می‌سازد؛ به طوری که تفاوت زبان محاوره‌ای از مهم‌ترین عواملی است که می‌تواند کیفیت و کمیت ارتباط را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار دهد. ماماها معمولاً مددجویانی با فرهنگ‌های مختلف خواهد داشت و تفاوت فرهنگی میان ماما و مراجعه‌کننده از عواملی است که بر ارتباط تأثیر می‌گذارد؛ لذا ماما باید جهت شناسایی آداب و رسوم که در گروه‌های مختلف فرهنگی متداول است، تلاش کند. آگاهی ماما از فرهنگ بیمار باعث می‌شود که ماما از تعصبات خود بکاهد و بیمار را همان گونه که هست، بپذیرد. مامایی حرفه‌ای است که ایفای نقش در آن از طریق ارتباط شکل می‌گیرد، به این معنی که اجرای صحیح مراقبت‌ها و مداخلات مامایی، مستلزم برقراری ارتباط مناسب با مراجعین می‌باشد. از این رو می‌توان گفت مهارت‌های ارتباطی یک اصل مهم در ارائه مراقبت‌ها مامایی محسوب می‌شود. متأسفانه همان گونه که اشاره شد در حوزه‌های بهداشتی درمانی، خصوصاً اتاق زایمان، عوامل زمینه‌ای به‌ویژه موانع، همانند چتری بر روی سایر عوامل مؤثر در برقراری ارتباط سایه افکنده و آنها را تحت شعاع خود قرار می‌دهد تا زمانی که تأکید بر روتین محوری، عدم استقلال ماما در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای، بی‌توجهی به نیازهای روحی روانی ارائه‌دهندگان خدمت، بی‌عدالتی در پرداخت حق الزحمه، برتری سیاست‌های انتقادی و تنبیهی نسبت به تشویقی وجود دارد، امکان برقراری ارتباط مؤثر مشکل و چه بسا دست نیافتی خواهد بود. در چنین شرایطی آموزش و تعلیم ماماها حرفه‌ای، وظیفه‌شناس و بانگیزه، اثربخش خواهد بود.

### ۳- پیامدهای تعرض‌های کلامی، نادیده گرفتن حریم خصوصی بیماران و نتایج آن

اولین برخورد پزشک با بیمار، یکی از حساس‌ترین مراحل معالجه است و پایه صحیح موفقیت در امر درمان همان برخورد ابتدایی است. (غفاری، 10:1389). ارتباط پزشک و بیمار، مواجهه‌ای بالینی است که برای هر یک از طرفین آن نقش‌هایی تعیین شده است. ایفای درست این نقش برای کارکرد مناسب این ارتباط و دستیابی به نتیجه دلخواه ضروری است. این نتیجه دلخواه عبارت است از دستیابی به روند درمانی موفق است و بدین منظور بایستی ارتباطی شفاف‌بخش میان پزشک و بیمار شکل گیرد. سه المان



ارتباطی ضروری که منجر به بهبودی و شفا می‌گردد عبارت‌اند از: اعتماد، آرامش و امید، احساس مورد توجه بودن از طرف بیمار. این سه به نوبه خود در زمینه و تمی که مبتنی بر توجه به ابعاد معنوی پزشک است اهمیت خود را نشان می‌دهد. (افشار و رزاقی) ارتباط خوب میان پزشک و بیمار نقش اساسی در مراقبت‌های سلامت دارد و زمینه‌ساز بهبود بیماران خواهد بود و از سویی «اعتماد» مهم‌ترین عامل این ارتباط است و اثرات زیاد و مثبتی را در خصوص بهبود بیماران و افزایش تأثیر درمان به دنبال خواهد داشت. در اثبات اهمیت اعتماد میان بیمار و پزشک و کاهش آن در جامعه، می‌توان به اولین برنامه استراتژیک اخلاق پزشکی کشور اشاره کرد که در آن، کاهش اعتماد عمومی به جامعه پزشکی را تهدیدی دانسته و به دنبال استراتژی مناسب جهت جبران آن می‌گردد. (شجاعی و ابوالحسنی نیارکی، ۱۳۹۱: ۳).

جلوه‌گاه کرامت اخلاقی در دنیای پزشکی در مرحله حساس و سرنوشت‌ساز برخورد پزشک با بیمار است. هر قدر این برخورد انسانی، اخلاقی، عاطفی، صمیمانه، شکوهمند، شرافتمندانه و احترام‌آمیز باشد حصول آرمان‌های مقدس پزشکی و امنیت روانی و جسمی بیمار و رضایت خاطر او قطعی‌تر خواهد بود. (غفاری، ۱۳۸۹: ۱۰).

می‌دانیم که تعرض‌های کلامی تا چه میزان سبب مخدوش شدن ارتباط میان پزشک و بیمار خواهد شد. مقاله پیش رو پژوهشی است که به بررسی تأثیرات تعرض‌های کلامی، عدم رعایت حریم خصوصی و حقوق بیماران مراجعه‌کننده توسط پزشک زنان و ماماها به بیماران خود می‌پردازد و یکی از آثار این تعرضات کلامی، بی‌اعتمادی بیمار به پزشک خود است.

بی‌اعتمادی منجر به کاهش استفاده از خدمات پیشگیرانه و ابزار غربالگری، عدم پایبندی به درمان‌های پزشکی و حداقل مشارکت در کار آزمایشی بالینی است. استفاده حداقلی از خدمات بهداشتی و درمانی منجر به نتایج ضعیف برای بسیاری از شرایط بهداشتی، درک ضعیف بیماری‌های مختلف و تأثیر آن‌ها بر گروه‌های اقلیت است. (Mendizabal & Adys, 2016: 56)

بیماران برای تکرار نشدن تجربه‌ای که پشت سر گذاشته‌اند حاضر به ادامه درمان خود نخواهند بود. در تحقیقات میدانی و وب گردی و تجربیات اطرافیان، تجربه زنان و دخترانی که در معرض تعرض کلامی قرار گرفته‌اند را بازگو می‌کنیم:

خانم م. ۳۱ ساله «با دکترهای مختلف تجربه‌های خیلی بدی داشتم، آخرین مورد به زور می‌گفت باید بچه‌دارشی، سنت داره میره بالا، گفتم خانوم دکتر من و همسر من هیچ وقت نمی‌خوایم بچه‌دارشیم که در جواب گفت نکنه زن دوم شدی در آخر هم بدون اینکه بهم بگه قرصی را برایم نوشت که احتمال بارداری را افزایش می‌داد، وقتی عوارض داروها را سرچ کردم متوجه این موضوع شدم؛ چون با گریه از مطبش بیرون اومده بودم و برایم توضیح نداده بود»

خانم ج. ۲۹ ساله «برای درمان عفونت واژن به یک ماما مراجعه کردم با بدترین توهین‌ها مواجه شدم و ماما خیلی خشن معاینه‌ام می‌کرد»

خانم ر. ۲۳ ساله «چون چند روز عادت ماهانه‌ام به تأخیر افتاده بود به دکتر زنان مراجعه کردم همان ابتدای ورود با لحنی کنایه‌آمیز برخورد کرد. هیچ وقت دیگر پایم را به مطب ایشان نمی‌گذارم»

«برای بارداری سوم به دکتر زنان مراجعه کردم در جواب بهم گفت خانوم برو همون دوتا رو بزرگ کن مگه می‌خواهی جوجه سازی بزنی!»

«دکتر زنان موقع معاینه در مورد اندام جنسیم نظر می‌داد می‌گفت بیا لابیا پلاستی کنم برات»  
«هنگام رابطه جنسی با همسر من با درد شدیدی مواجه می‌شدم که برای مشاوره جنسی به مطب یک ماما رفتم هنگام مطرح کردن مشکلم با تمسخر جوابم را داد»

«خاله باردار بود، متخصص زنان شش نفری بیماران را در مطب معاینه می‌کرد، هیچ وقت فشارش و نگرفته بود که با افزایش فشارخون رفت اورژانس»



پزشکان زنان به دلیل حجم کاری در اثر ویزیت‌های گروهی آن‌طور که شایسته است به بیماران خود نمی‌رسند و حتی بیماران گاه‌آ از بیان مشکل خود امتناع می‌کنند، در واقع پزشکان زنان منافع خود را اولویت قرار داده‌اند و نه رسیدگی به بیمار! در بیمارستان‌های دولتی نیز کار آموزان بیمارستانی گروهی زنان را معاینه می‌کنند، خانمی در این خصوص می‌گوید: «معاینه انترن‌ها در بیمارستان‌های دولتی فاجعه است، پیش از زایمان ۱۰ تا دانشجویان میان معاینه می‌کنند تا مچ در واژن زن باردار می‌زنند. این مسئله توهین به زنان است چطور اسمش رو تربیت پزشک بذاریم!»

معاینات در این وضعیت علاوه بر توهین‌آمیز بودن بسیار دردناک است. گروهی از خانم‌های بارداری که با این مشکل مواجه شده‌اند گفته‌اند که حسی شبیه به تجاوز گروهی دارد، این اتفاق تا این حد غیراخلاقی و گستاخانه است! زن دیگری می‌گوید: «در اون وضعیت که زن باردار ترسیده و به شدت دردمی کشه و هر لحظه ممکنه زایمان کنه، کسی قدرت اعتراض و تصمیم‌گیری نداره»

خانم باردار دیگری از تجربه خود می‌گوید: «اتاق زایمان طبیعی هشت تا تخت داشت که زنان دوتادوتا رو به روی هم بودند، نه پاروانی نه پارتیشن. دکتر می‌اومد کیسه آب همه رو پاره می‌کرد. همه همدیگر را می‌دیدند هیچ حریم خصوصی وجود نداشت» برخورد بسیاری از پزشکان زنان گاهی آن‌قدر همراه با نیت خوانی و قضاوت است که زنان زیادی ترجیح می‌دهند به دلیل فوبیا و آزار دیدن از این رفتارها اصلاً به پزشک زنان مراجعه نکنند و همین عوامل باعث می‌شود تشخیص بسیاری از بیماری‌های زنان دیر هنگام رخ دهد و مشکلات عدیده‌ای ایجاد شود.

بسیاری از بیماران مجرد اذعان کرده‌اند که هنگام معاینه واقعاً شکنجه می‌شوند، برخورد برخی پزشکان زنان گاهی به حدی توهین‌آمیز است که به‌دروغ به آن‌ها می‌گویند نامزد داریم! چون پزشکان به‌جای مداوا و رسیدگی به بیمار فارغ از وضعیت تأهل یا مجرد آنان دست به‌پیش‌دآوری و قضاوت می‌زنند و مراجعه‌کنندگان از ترس این قضاوت‌ها مجبور به گفتن دروغ می‌شوند. در نمونه‌های زیادی از شکایت دختران و زنان جوان این مورد بوده که در خصوص رابطه جنسی مراجعه‌کنندگان جلوی بافی بیماران سؤال می‌پرسند که بسیار خجالت‌آور، اسفناک و زنده است.

خانمی می‌گوید «برای معاینه رفته بودم پیش دکتر زنان خطاب به بیماران دیگه گفت، اگر رابطه فلان طور داشته باشید مثل این خانوم عفونت می‌گیرید»

«اولین باری که رفتم پیش متخصص زنان هفت نفر رو هم‌زمان فرستاد داخل اتاق، دکتر با لحن بسیار زشت و زنده‌ای گفت همگی لباس هاتون رو در بیارید هر وقت صدا زدم بخوابید رو تخت. از خجالت داغ شده بودم که با لحن بدتری داد زد چته؟ حالا لباست رو در نیارودی؟ اینجا همه زن زود باش وقت ندارم. با دیدن این رفتار تا سال‌ها از متخصص زنان فراری بودم» تحقیر و عدم رعایت حریم خصوصی بیمار، دخالت در ارتباطات زنان، تابو کردن و احساس گناه دادن به مراجعه‌کنندگان یکی از مرسوم‌ترین شیوه‌های پزشکان زنان و ماماها است که باعث آزار روحی و روانی بیماران می‌شود.

عدم رعایت اصول اخلاقی و اخلاق حرفه‌ای از عمده شکایت زنان و دختران مراجعه‌کننده به پزشک زنان و ماماها است. برخوردی همراه با خشونت و استفاده نامناسب از الفاظی که در شأن مریض و پزشک نیست، این نوع از خشونت از دسته خشونت احساسی است که منجر به تضعیف حس خود ارزشمندی می‌شود. آثار خشونت علیه زنان در ایران را باید در مجموعه‌ای به هم تنیده از انواع خشونت‌های خانگی، اجتماعی، سیاسی و تفاسیر خاصی از دین جست‌وجو کرد. (مهرانگیز، ۱۳۷۸: ۱۹).

اظهار نظر در خصوص اندام جنسی بیماران و دعوت آنان به عمل لابی‌پلاستی، عدم درک و همدلی پزشک نسبت به بیمار و مواردی از این دست به‌دور از اخلاق حرفه‌ای است.

تأمین سلامت روان در زنان از عوامل مهم در ثبات و پایداری خانواده و جامعه می‌باشد. (آویژگان و میرشاه جعفری، ۱۳۹۰: ۱)



در عصر حاضر سلامت روان یکی از مهم‌ترین شاخصه‌های سلامت و بهداشت یک جامعه قلمداد می‌گردد. سلامت روان در زنان موجب شادی و نشاط و بالا رفتن حس اعتماد به نفس در آنان می‌شود، فقدان آن اضطراب، استرس، دلهره و ناامیدی از زندگی را به همراه خواهد داشت (آویژگان و میرشاه جعفری، ۱۳۹۰: ۲).

اگرچه در مراکز بهداشتی درمانی کشور به مراقبت‌های جسمی رسیدگی می‌شود، اما سلامت جسم درگرو سلامت روان می‌باشد. سلامت روان زنان ضامن سلامت خانواده و فرزندی است که پرورش می‌دهند (صادقی، زارعی پور، اکبری و بیگی، ۱۳۹۰: ۳). رازی بر این عقیده بود که تنها محل درد نباید مورد توجه قرار گیرد بلکه شخص بیمار و تمام وجود او اعم از جسم و روان او به‌عنوان یک فرد در نظر گرفته شود (آویژگان و میر شاه جعفری، ۱۳۹۰: ۶).

پزشک شدن معادل با کسب هویتی جدید در زندگی است که فرد با قبول مسئولیت و برخورداری از یک سری ویژگی‌های خاص به حرفه پزشکی می‌پردازد. درون‌مایه اخلاقی این ویژگی‌ها، تقدم منفعت بیمار به منافع شخصی پزشک است. جامعه پزشکی با مسئولیت اخلاقی مهمی درگیر است. (آویژگان و میرشاه جعفری، ۱۳۹۰: ۷).

یک معضل اخلاقی زمانی به وجود می‌آید که متوجه می‌شویم با تعارضی مواجه هستیم، چنین تضادهایی ممکن است زمانی رخ دهد که تلاش ما برای حمایت از یک معیار اخلاقی با معیار اخلاقی دیگر در تعارض باشد. از طرفی، ممکن است در تلاش برای حمایت از یک اصل اخلاقی برای یک فرد، یک معضل اخلاقی ایجاد شود که منجر به نقض همان اصل برای شخص دیگر شود. به‌عنوان مثال، ماما برای مراجعه‌کننده‌ای استفاده از آنتی‌بیوتیک در حین زایمان را توصیه می‌کند باین‌حال مریض اعلام می‌کند که نمی‌خواهد آنتی‌بیوتیک دریافت کند. آیا ماما باید به قیمت استاندارد مراقبت به استقلال مراجعه‌کننده احترام بگذارد؟! این مثال نشان می‌دهد که چگونه اخلاقیات می‌توانند با یکدیگر در تضاد باشند. ماما که با همکاران خود مشورت می‌کند احتمالاً پیشنهادات متناقضی دریافت می‌کند، سیستمی برای حل این معضلات اخلاقی لازم است. فیلسوف آمریکایی رابرت کین (۱۹۹۴) با تکیه بر کار امانوئل کانت، چارچوبی اخلاقی به نام اصل پایان‌ها را پیشنهاد کرد: در صورت امکان با هر فرد به‌عنوان یک هدف نه به‌عنوان وسیله (برای اهداف خود یا دیگران) رفتار کنید. این اصل نشان می‌دهد که ما باید به ارزش‌های دیگران احترام بگذاریم، به آن‌ها اجازه دهیم اهداف و خواسته‌های خود را دنبال کنند و از تحمیل ارزش‌ها و خواسته‌های خود به آن‌ها خودداری کنیم. به عبارت ساده‌تر، ماماها نباید از زنانی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند برای برآورده کردن نیازهای خود برای پرورش، فرزند پروری حفظ کنترل یا موارد مشابه استفاده کنند. ماماها باید زنان و نیازهای بهداشتی آن‌ها را به‌عنوان هدفی در خود ببینند که شایسته احترام و مراقبت هستند.

حفظ حریم خصوصی بیماران یکی از مهم‌ترین وظایف اخلاقی در حیطه اخلاق پزشکی است و دارای سابقه دیرینه در دنیای پزشکی می‌باشد. در سوگندنامه بقراط نیز به اهمیت ویژه این موضوع اشاره شده و از آن به‌مانند امری مقدس نام برده شده است (دهقانی، عباسی نیا، حیدری، محمد صالحی، فیروزی و شاکری، ۱۳۹۸: ۳).

طبق منشور حقوق بیماران، معاینه باید در یک مکان خصوصی انجام شود و بیمار احساس راحتی کند. در سال ۱۹۹۴ سازمان جهانی بهداشت مفهوم حریم خصوصی را در اصول اخلاق پزشکی و بیانیه حقوق بیماران منظور کرده است. حریم خصوصی شامل ابعاد فیزیکی، اطلاعاتی و روانی اجتماعی است (خواجه احمدی، جهان پور، ۱۳۹۶: ۲). مبنای حمایت از حریم خصوصی را می‌توان در پنج اصل احصا نمود: پاسداشت کرامت انسانی، احترام به حریم و حرمت دیگران، حرمت و اذیت و آزار دیگران، امانت‌داری و رازداری، منع اشاعه فحشا در جامعه و حفظ سلامت اخلاقی (اکبری علی، فلاحیان مهدی، ۱۴۰۰: ۲۲).

در مطب‌های خصوصی مغایر این رفتارها از سوی پزشک بسیار شایع است. از فرستادن دستیار به جای خودشان، معاینه‌های گروهی، شنیده شدن مشکلات توسط باقی بیماران و...



نکته مهم این است که آگاهی زنان از حریم خصوصی‌شان در مطب پزشکان زنان باید بالا رود و حق اعتراض به نقض این حقوق را داشته باشند اما بسیاری از آن‌ها از ترس یا به دلیل اینکه پزشک خوب دیگری سراغ ندارند، مماشات و سکوت می‌کنند و تن به رفتار و گفتار نامناسب و شکسته شدن این حقوق و حریم می‌دهند. از نظر روانشناسان قلمرو حریم، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است به طوری که نمی‌توان هیچ چیز دیگر را جایگزین آن کرد. عدم رعایت این مسئله می‌تواند موجب افزایش اضطراب فردی، استرس، برانگیخته شدن رفتارهای پر خاشگرانه و خشونت‌آمیز در افراد و عدم همکاری بیماران با پرسنل درمانی شود. (دهقانی، عباسی نیا، حیدری، محمد صالحی، فیروزی و شاکری، ۱۳۹۸: ۳).

تردیدی نیست که در بعضی از رشته‌های پزشکی ملاحظات خاص مطرح است. مثلاً در بیماری زنان و امور مربوط به نازایی و زایمان با توجه به حجب و حیای زنانه و اینکه در فرهنگ اجتماعی و مذهبی ما مسائل مربوط به جنسیت و اعضای جنسی به نوعی تابو محسوب می‌شوند، واضح است که متخصصان زنان با ملاحظات بیشتری مواجه هستند. بنابراین، متخصصان از مشاوره و معاینه هر بیمار در حضور سایر بیماران باید خودداری کنند و اینکه در طرح مسائل و پرسش از بیمار باید رعایت ادب و ملایمت و احتیاط شود.

در عین حال حتی اگر بیمار به جرم یا تخلف یا گناهی متهم است، یا حتی اگر ارتکاب او به این موارد ثابت و مسلم باشد نباید در رفتار پزشک تغییر ایجاد شود؛ زیرا طبق آیه «و لا تزروا زورا آخری» هر کس مسئول اعمال خویش است؛ بنابراین بدون تردید ماماها و پزشکان متخصص زنان مکلف‌اند با همه بیماران با نهایت ملایمت و آرامش رفتار کنند و به طریق اولی به هیچ وجه قابل قبول نیست که در مطب یا بیمارستان یا درمانگاه به نحوی آنان را معاینه و یا مشاوره کنند که سایرین در مورد وضعیت و بیماری آنان اطلاعات به دست آورند. پزشکان زنان همانند سایر پزشکان مکلف به حفظ اسرار بیمار هستند و تخلف از این موارد بر مبنای قانون مجازات اسلامی ضمانت اجرای کیفری دارد.

Baillie در یک مطالعه کیفی، نشان داد که نقض حریم، به خصوص نمایان شدن بدن بیمار، منجر به تهدید منزلت وی می‌شود احترام به حریم خصوصی، احترام به افراد، کرامت و استقلال آن‌ها است. (دهقانی، عباسی نیا، حیدری، محمد صالحی، فیروزی و شاکری، ۱۳۹۸: ۳).

حق بر حریم خصوصی در زمره مهم‌ترین حقوقی است که پیوند مستحکمی با قواعد اخلاقی و کرامت انسانی دارد. هدف آن تعالی شخصیت انسان و تکریم تمامیت مادی و معنوی اوست. این حق که از خواستگاه موازین حقوق بشری است برای تمام اشخاص در هر وضعیت و شرایطی الزاماً وجود دارد و مورد حمایت قانونی قرار گرفته است. حمایت کیفری از حریم خصوصی بیماران به دلیل وضعیت جسمی و روانی خاصشان در مسیر فرآیند درمان اهمیت فزاینده‌ای دارد (خالقی و جودکی، ۱۳۹۰: ۲).

از دیگر مسائل بدر رفتاری با مادران در اتاق زایمان و تجربه تلخ آنان از زایمان است که نه تنها باعث رعب و وحشت مادر خواهد شد بلکه ممکن است به لحاظ روانی سبب مشکلات جدی برای او شود و حتی گاه تا مدت‌ها با تبعات جسمی بعد از زایمان دست‌وپنجه نرم کند به دلیل معاینات مکرر و همراه با خشونت ماماها و کادر درمان. بدر رفتاری با مادران باردار و ساختن خاطرات تلخ برای آن‌ها در روز زایمان باعث ایجاد نگرانی و دلهره برای مادر خواهد شد و او برای تکرار نشدن این خاطره تلاش می‌کند از فرزند آوری مجدد فرار کند.

ارتباط بین ماما و زن، تمام جنبه‌های خدمات مامایی را به هم پیوند می‌زند. اگر ارتباط بین ماما و مادر خوب نباشد، تنظیم اهداف، استفاده از روش‌ها، تجهیزات و سیاست‌گذاری‌ها محدود خواهد شد. این ارتباط در تجربه زن از درد زایمان تأثیرگذار است. یک ارتباط خوب بین این دو نفر، باعث تخفیف درد زایمان می‌شود. ماما نقش مهمی در رفاه نگرش زن نسبت به خود و نوزاد جدیدش دارد. (عطارها و کشاورز، ۱۳۹۵: ۲)

مامایی به مراقبت‌های جسمی، روانی و اجتماعی زنان در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان و نیز نوزادان مربوط می‌شود. حرفه مامایی از قداست و حساسیت خاصی برخوردار است و توجه به مبانی اخلاقی در آن ضروری به نظر می‌رسد. ماماها نقش



تأثیرگذاری در ارتقای سلامت باروری جامعه، حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک دارند. (معصومی، گل علیزاده بی‌بالان و روشنایی، ۱۳۹۵: ۶).

با توجه به اینکه عملکرد اخلاقی، یکی از مؤلفه‌های اصلی مراقبت از مادر و کودک است لازم است ماماها در ارائه خدمات و فعالیت‌ها از اصول و ارزش‌های مشترکی که نمایانگر تعهد حرفه‌ای آنان به جامعه است بهره گیرند. پزشکان به‌عنوان رهبر و مدیر بخش‌های مختلف بیمارستان به لحاظ اخلاقی به‌عنوان الگوی دانشجویان و ارباب‌رجوع هستند (محمدی فرو حسین پور، ۲۰۲۰: ۳). اگر دانشجویان در طول سال تحصیلی خود مکرراً با موقعیت‌هایی مواجه شوند که مجبور به انجام امور غیراخلاقی شوند به‌مرور برای خود به‌عنوان یک ماما و به‌عنوان یک انسان اصول اخلاقی مجزایی را تعریف می‌کنند که به‌طور ناخود آگاه سبب تغییر ارزش‌های آن‌ها می‌شود. نهادینه کردن اصول اخلاقی در بین دانشجویان و آماده نمودن آن‌ها برای زندگی حرفه‌ای آینده بخش مهمی از مسئولیت دانشگاه‌هاست (باغانی، فرامرزی، باغجری، زارع، تبرایی و ۱۳۹۱: ۳).

#### ۴- بررسی تأثیر فرهنگ حاکم بر جامعه

از دیدگاه روان‌شناسی، محدودیت‌های تابویی چیزی جدای از ممنوعیت دینی یا اخلاقی است. فروید معتقد است که تابوها به خود تکیه داشته‌اند و بر اساس فرمان‌های ملکوتی نیستند و تاریخ پیدایش آن مجهول وازدید ما درک نشدنی است. باین‌حال از دید افرادی که تحت سیطره آن زندگی می‌کنند کاملاً طبیعی است. همچنین، فروید تابو را به «وحشت مقدس» تعبیر می‌کند. (طباطبایی و مؤمنی، ۱۳۹۹: ۱۳)

تابو، taboo یا tabou به ممنوعیت یا محدودیت فرهنگی یا اجتماعی در برابر برخی رفتارها، اعمال یا موضوعاتی اشاره دارد که غیرقابل قبول، نامناسب یا از نظر اخلاقی بد تلقی می‌شوند. این محدودیت‌ها اغلب از طریق هنجارهای اجتماعی، آداب‌ورسوم و گاهی اوقات حتی قوانین، اعمال می‌شوند. تابوها در فرهنگ و جوامع مختلف متفاوت هستند ولی می‌توانند به طیف وسیعی از موضوعات مانند تابوهای جنسی، تابوهای مذهبی، تابوهای سیاسی و فرهنگی و دیگر موارد مرتبط باشند. هدف تابوها حفظ نظم اجتماعی و تقویت ارزش‌های فرهنگی است اما همچنین می‌توانند آزادی‌های شخصی را محدود کنند و از بحث آزاد و صادقانه درباره موضوعات مهم جلوگیری کند. (مجله آی سنج، ۱۴۰۱)

در فرهنگ اجتماعی و مذهبی ما مسائل مربوط به جنسیت و اعضای جنسی تابو محسوب می‌شوند که در دسته تابوهای اخلاقی قرار می‌گیرد. رابطه جنسی پیش از ازدواج، داشتن پارتنر جنسی، باکرگی دختران و اهمیت آن در جامعه مذهبی ما به‌مثابه فضیلت عمل می‌کند؛ و این فرهنگ غالب بر جامعه باعث شده که پزشکان زنان و ماماها بیشتر در مقام قاضی و موعظه‌گر اخلاقی عمل کنند و استقلال بیمار و اصول اخلاقی را زیر سؤال ببرند.

باورهای غلط و تحولات نظام ارزشی مرتبط به آن، در دهه‌های اخیر به تهدیدی جدی علیه سلامت جنسی جوامع مبدل گشته‌اند. سلامت جنسی به مفهوم یک حالت جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی در رابطه با مسائل جنسی توأم با امکان داشتن تجربیات جنسی ایمن، بدون اجبار، تبعیض و خشونت و نه صرفاً به مفهوم فقدان بیماری، اختلال عملکرد یا معلولیت به‌عنوان یک حق شناخته شده است و باید برای همه افراد بشر محترم شمرده شود. در این راستا علی‌رغم نگرش منفی برخی جوامع به‌ویژه مسلمانان نسبت به آموزش مسائل جنسی، با استناد به شواهد موجود این قبیل آموزش‌ها نه تنها سبب افزایش فعالیت جنسی نمی‌شود بلکه در صورت رعایت چارچوب‌های فرهنگی و باورهای مردمی حاکم بر جامعه و سن و جنس مخاطبین به‌طور مؤثر سبب کاهش بیماری‌های مقاربتی و بارداری نوجوانی می‌گردند.

پزشکان زنان و ماماها به‌عنوان مشاور و مراقب سلامت جنسی باید در کنار بیماران خود باشند و به حریم خصوصی و استقلال آنان تجاوز نکنند. با توجه به آنکه مشاوره جنسی یکی از نقش‌های مهم پرسنل مامایی است اما تعداد کمی از آنان این نقش را





در محیط بالینی به درستی ایفا می‌کنند. در بسیاری موارد سلامت جنسی و مشاوره جنسی به دلیل عوامل سازمانی و ساختاری و برخی خصوصیات فردی در حد مورد انتظار ارائه نمی‌شود. به‌علاوه صحبت کردن در خصوص مسائل جنسی در بسیاری از کشورها و از جمله در ایران به‌عنوان یک تابو می‌باشد. در موارد متعددی مراقبین سلامت با وجود تمایل بیماران برای صحبت در این زمینه به دلایل مختلفی همچون عقاید و باورهای مذهبی، اخلاقی، خجالت یا راحت نبودن، محدودیت زمانی، ترس از ناکافی بودن آگاهی و عدم مهارت کافی، عدم اطلاع از روش‌های درمانی و به‌طور کلی نداشتن آموزش کافی در این زمینه توانایی لازم برای توجه به سلامت جنسی مراجعین خود را ندارند این عوامل باعث می‌شوند که مشکلات جنسی علی‌رغم شیوع و اهمیت قابل توجه، حل نشده باقی بمانند که خود منجر به افت کیفیت زندگی می‌شود. (محسنی، ریاضی، کریمیان و نصیری، ۱۴۰۱: ۳). از آنجایی که سلامت جنسی به‌عنوان یکی از جنبه‌های اصلی سلامت فردی در نظر گرفته می‌شود به نظر می‌رسد پرداختن به موضوعات حیطة سلامت جنسی نه‌تنها پرداختن به سلامت تک‌تک افراد، بلکه پرداختن به سلامت جامعه است (درونه، شیخان، نصیری و ازگلی، ۱۳۹۵: ۳).

#### ۵- اصول اخلاق حرفه‌ای و حقوق بیماران و ضمانت اجرای آن

زمانی که با قوانین رفتار حرفه‌ای سروکار داریم، معمولاً از اخلاق حرفه‌ای کاربردی یا اجرای دستورالعمل‌های اخلاقی در موقعیت‌های کاری در دنیای واقعی سخن می‌گوییم. اخلاق حرفه‌ای چیزی جز رعایت حقوق مردم در کسب‌وکار نیست و مهم‌ترین حق مردم احترام اصیل و نامشروط آن‌هاست، به تعبیر فوکویاما: اگر افرادی تنها بر گرایش نفع فردی (معقول) عمل کنند آنگاه چیزهای سرنوشت‌ساز دیگری چون تهور و سرزندگی، از خودگذشتگی، نیکوکاری یا هرگونه فضایل دیگر را که به جامعه قابلیت زیست و بقا و تکامل تاریخی می‌دهد در میان نخواهد بود. اخلاق حرفه‌ای نوعی تعهد اخلاقی و وجدان کاری نسبت به هر نوع کار، وظیفه و مسئولیت است. اخلاقی بودن در حرفه حاصل دانستن، خواستن، توانستن و نگرش است. (فاضلی باوند پور، رضایی طلاویرانی، مظفری و حیدری مقدم، ۱۳۹۱: ۳).

مهم‌ترین بحران زندگی اجتماعی انسان در دوره‌های مختلف تاریخ بشر، مسئله اخلاق و نحوه سلوک انسان در جامعه باهم نوعان خود بوده است. در جامعه پزشکی طرح بحث فلسفه اخلاق به دلیل اهمیت حرفه پزشکی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و حتی مباحث اخلاق پزشکی با عنوان (Medical ethics) مباحث علمی بسیار جدی و گسترده‌ای را به خود اختصاص داده‌اند. علت تأکید بر اهمیت آن از این‌رو است که مسائل آن فراتر از اخلاق عمومی بوده و آنچه به‌عنوان اخلاق عمومی مطرح می‌شود، نمی‌تواند پاسخگوی نیازهای اخلاق در حرفه پزشکی باشد. اخلاق پزشکی حوزه‌ای است که به مسائل اخلاقی مربوط به حرفه پزشکی می‌پردازد و آن‌ها را از دیدگاه فلسفی، حقوقی و الهی بررسی می‌کند. (خانی جزنی، ۱۳۸۶: ۳).

اخلاقیات شاخه‌ای از فلسفه است که با درست و نادرست بودن مفاهیم و امور سروکار دارد و علم اخلاق، علمی است که از انواع صفات خوب و بد بحث می‌کند. صفاتی که با افعال اختیاری انسان مرتبط است. به عبارت دیگر اکتساب و یا کنار گذاشتن این صفات به اختیار خود انسان است پس موضوع علم اخلاق، صفات فاضله و رذیله است و از آن جهت که برای انسان قابل اکتساب و یا غیرقابل اکتساب و یا قابل اجتناب است (خانی جزنی، ۱۳۸۶: ۴).

اولویت حقوق بیماران حفظ شان و کرامت انسانی‌شان است. پیشینه مفهوم «حمایت از حقوق بیمار» از نظر تاریخی به توصیه‌های سقراط در تأکید بر حفظ احترام و منزلت بیمار برمی‌گردد و توجه به این واژه در متون و تحقیقات اخلاق پزشکی در طی چند دهه اخیر گسترش یافته و موضوع مباحث زیادی در مراقبت‌های بهداشتی بوده است. حقوق بیمار عبارت است از تکالیفی که مرکز درمانی در قبال بیمار بر عهده دارد. به بیان دیگر، حقوق بیمار رعایت نیازهای جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول است که به‌صورت استانداردها و قوانین و مقررات درمانی تبلور یافته و تیم درمان مسئول و موظف به اجرا و رعایت آن می‌باشند (آویژگان و میرشاه جعفری، ۱۳۹۰: ۵). توجه به کرامت و شأن بیمار در رشته‌های گروه پزشکی سابقه‌ای دیرینه دارد



دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

کنفرانس ملی ارتقای سلامت عمومی حقوقی پزشکی فراروی

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



و شاید بتوان گفت که از نظر تاریخی به توصیه‌های سقراط و تأکید وی بر احترام و حفظ و منزلت بیمار بازمی‌گردد. این مفهوم در آثار برجای مانده از ارسطو و افلاطون و در دوران قبل از اسلام نیز مشاهده می‌شود. این در حالی است که اسلام نه تنها این بحث را مورد تأکید قرار داده بلکه بر ابعاد گوناگون آن مانند حقوق متقابل پزشک و بیمار نیز توجه زیادی مبذول داشته است. در اعلامیه ۱۹۴۸ مجمع عمومی سازمان ملل متحد به اهمیت حفظ شان و مقام به‌عنوان پایه و اساس سلامت انسان تأکید شده است. سازمان بهداشت جهانی نیز در اعلامیه ۱۹۹۴ آمستردام توجه به شأن و مقام را در ارتقای سلامت بیماران یک فاکتور مهم تلقی می‌کنند. در کشور ایران نیز منشور ده ماده‌ای در سال ۱۳۸۱ توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت تصویب شده و در اولین ماده آن ذکر شده است که بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب و مؤثر همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی، مذهبی از گروه‌های درمان دریافت کند (آویژگان و میر شاه جعفری، ۱۳۹۰: ۵).

باور و فرهنگ‌های تغییر یافته بر روابط بین زنان و ماماها تأثیر می‌گذارد. ماماها باید به قانون‌گذاری علاقه‌مند باشند زیرا این قانون بر تمام جنبه‌های، نقش یک ماما تأثیر می‌گذارد. صرف نظر از اینکه ماما در کجا کار می‌کند یا نوع فعالیت ماما، در صورت لزوم ماماها در قبال رفتار و عملکرد شخصی و حرفه‌ای خود پاسخگو هستند. ماماها باید درک درستی از چارچوب‌های اخلاقی، قانونی و حرفه‌ای داشته باشند. مامایی یک هنر است و یک علم، به همین ترتیب مامایی می‌تواند اخلاقی و قانونی هم باشد. (Elinor J. Clarke, 2015)

اگرچه امور اخلاقی ضرورتاً ارتباطی با حقوق ندارد و احکام اخلاقی بالضروره، احکام حقوقی نیستند اما عکس این قضیه می‌تواند صادق نباشد، در واقع تمام قواعد اخلاقی موضوع حکم قانون قرار نمی‌گیرند. (آسمانی و امامی، ۱۳۸۹: ۳)

اخلاق مامایی و مدل مراقبت ماماها بر تصمیم‌گیری و عملکرد اخلاقی ماماها تأثیر می‌گذارد. کدهای اخلاقی رسمی نشان‌دهنده بلوغ حرفه‌ای است که یک نقطه عطف برای رشد این رشته است.

آموزه‌های اخلاقی ممکن است در یک سنت شفاهی منتقل شده باشد و مختص جامعه‌ای باشد. تصور کنید در یک روستای کوچک زندگی می‌کنید که از بقیه دنیا دور است و شما به‌عنوان مامای روستا با همه اعضا آن جامعه در ارتباط هستید و احساس مشترکی در مورد نحوه رفتار با مادر، پدر، بزرگ‌تر و بچه‌دارید. علاوه بر این، شما درک روشنی از پیامدهای مرتبط با تخلفات اخلاقی دارید. رفتار شما ممکن است تحت نظارت هیئت صدور مجوز یا سازمان حرفه‌ای نباشد اما مطمئناً توسط اعضای روستا ارزیابی می‌شود. حال سؤال این است که اگر یک سنت شفاهی اخلاق برای مدت طولانی کار می‌کرد چرا در سال‌های اخیر ما به سمت کدهای اخلاق منتشر شده، مجوزها و گواهینامه‌ها، پارامترهای قانونی و ... رفته‌ایم؟!

در جواب باید گفت که ممکن است عوامل زیادی وجود داشته باشد از جمله، تغییر جوامع روستایی به شهری، افزایش دعاوی حقوقی، افزایش تخصص در مراقبت‌های بهداشتی، فشارهایی که پزشکان بر ماما وارد می‌کنند و نیاز مامایی برای تعریف و تمایز خود از سایر حرفه‌ها. توسعه کدهای اخلاق و دستورالعمل‌های مامایی نشان‌دهنده پاسخی به تغییر فرهنگ‌ها و مقررات است. (Illysa R. Foster & Jon Lasser 2010)

### نتیجه

این پژوهش باهدف درک بیشتر فرایندهایی که می‌توانند به بهبودی ارتباط ماما با مراجعه‌کننده کمک کنند، انجام گردید. ارزش نهادن به نقش ماماها، در رشد و توسعه روابط ویژه بین آنان با مراجعین بسیار مهم است. نتایج پژوهش حاضر لزوم توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان ارائه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی درمانی را به ایجاد زمینه‌های برقراری ارتباط مؤثر، بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت که در حوزه‌های بهداشتی درمانی، حلقه مفقوده‌ای می‌باشد را بیش از پیش تأکید و شفاف‌سازی می‌کند. سیاست‌گذاران نیاز به درک فاکتورهای پیچیده‌ای دارند که این وضعیت را تحت تأثیر قرار داده تا بتوانند موانع ارتباط ماما با مراجعه‌کننده را مرتفع سازند. به بیان دیگر لازم است شرایط و زمینه لازم جهت حمایت و تقویت مهارت‌های ارتباطی و مراقبتی ماماها، در محیط‌های بالینی فراهم گردد. تغییر فرهنگ بیمارستان آسان نیست، اما شواهد فزاینده نشان می‌دهد که



لازم است این فرایند شروع شود. مدیران بخش منابع انسانی می‌بایست با برنامه‌ریزی مدون و برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی، نسبت به ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها و خدمات اقدام کنند. یک ضرورت بسیار مهم در تقویت توانمندی مراقبین بهداشتی در برخورد با مراجعین، جدی‌گرفتن آموزش مهارت‌های بین‌فردی، مهارت‌های ارتباط با بیمار و اصول اخلاق پزشکی در قالب واحد درسی در کوریکولوم دانشجویان گروه‌های پزشکی، خصوصاً رشته‌های پزشکی و تمام مقاطعی تحصیلی مامایی و پرستاری می‌باشد.

بدون اخلاق در حرفه مامایی، ماماها را کد و به‌طور استعماری به دلیل رویه، خط‌مشی و سیاست فلج می‌شوند و بدون فکر کردن به پیامدهای آن از بین می‌روند، درواقع بدون اخلاق، غیرانسانی خواهند بود. تلاش ما این نیست که مامایی مرجع اخلاق در نظر گرفته شود بلکه بیشتر به‌عنوان یک‌صدا می‌باشند. واقف به این هستیم که تصمیمات اخلاقی با عوامل پیچیده‌ای احاطه شده‌اند، اخلاق یک فرآیند است. یک جزر و مد مستمر رشد محور. ممکن است وقتی فارغ‌التحصیل می‌شوید ماهرترین ماما نباشید، در

عوض امیدواریم که یاد بگیرید اخلاقی فکر و عمل کنید. (Illysa R. Foster & Jon Lasser, 2010)

آموزش و آگاهی دادن، مراقبت از سلامت جسمی و جنسی، روانی و اجتماعی و بهداشتی زنان در دوران بارداری، زایمان و پس‌از آن در حیطه وظایف ماماها می‌باشد که انتظار می‌رود با آرامش و متانت و رعایت شئون انسانی در برخورد با مراجعه‌کنندگان خود به‌درستی این مهم را انجام دهند. همان‌طور که گفته شد حرفه مامایی از قداست و حساسیت خاصی برخوردار است و توجه به مبانی اخلاقی در آن ضروری به نظر می‌رسد. ماماها نقش تأثیرگذاری در ارتقای سلامت باروری جامعه، حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک دارند.

با توجه به اینکه در کشور ما ماماها و پزشک زنان نیز زن هستند و در حوزه کاری خود باهم جنس خود در مراد می‌باشند شایسته است که درک و همدلی بیشتری نسبت به مراجعه‌کنندگان خود داشته باشند.

مسئولین مربوطه نیز با عنایت به اینکه مامایی نقش تأثیرگذاری در ارتقای سلامت جنسی و باروری جامعه دارد انتظار می‌رود که در پذیرش ماماها سخت‌گیری‌های لازم را اعمال کنند، مامایی همچون معلمی است؛ شغلی ظریف درعین‌حال سخت و پر چالش است. یک ماما شناختی لازم و علمی از بدن یک زن دارد، هر آنچه یک زن یا دختر از جسم و جنس خود بداند را با صبر و شکیبایی به او بیاموزند، بدون پیش‌داوری و قضاوت و اعمال نظر شخصی سعی در درمان و راهنمایی بیمار داشته باشند. در برخورد با مادران جوان و زنان باردار با آرامش و برخوردی مناسب رفتار کنند، هر آنچه مادران جوان در ابتدای مسیر و تجربه مادرانگی لازم دارند به آنان بیاموزند، تجربه تولد، در سرتاسر دوران زندگی زن همراه او خواهد بود بدون عشق و حمایت ماماها و پزشکان زنان مادرانی سالم نخواهیم داشت، اجازه ندهیم درد زایمان و تجربه تلخ آن در رگ‌های زندگی مادران جاری شود. باین‌حال منکر رفتار شایسته و انسانی برخی از ماماها و پزشکان زنان نخواهیم بود، ماماها و پزشکان زنان هرروز با دوراهی‌های اخلاقی مواجه می‌شوند موارد ذکرشده را نمی‌توان به همه آنان تعمیم داد قطعاً کسانی هستند که پایبند به اصول و دستورالعمل‌های اخلاقی باشند. در سال ۱۳۹۲، وزارت بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران باهدف ارتقای کیفیت خدمات مامایی در کشور اقدام به تهیه و انتشار ۸۵ کد اخلاق حرفه‌ای مامایی، در قالب ۶ حیطه بر اساس شرایط کار و فرهنگ ایرانی نمود (معصومی، گل‌علیزاده بی‌بالان و روشنایی، ۱۳۹۵: ۶).

روابط بین‌نگرانی‌های اخلاقی و حقوقی را نیز باید در نظر بگیریم، گاهی وضعیت حقوقی یک عمل لزوماً آن را اخلاقی نمی‌کند! علی‌رغم تدوین کدهای اخلاق حرفه‌ای، عدم به‌کارگیری و رعایت آن توسط کارکنان و دانشجویان مامایی، می‌تواند نتایج علمی‌ترین مراقبت‌ها را دچار خلل نماید. (معصومی، گل‌علیزاده بی‌بالان و روشنایی، ۱۳۹۵: ۷).

اصول اخلاقی لزوماً مدون نیستند، اخلاق برحسب عملکرد انسان‌های نیک‌اندیش و تأسی سایر افراد جامعه نسل به نسل و سینه‌به‌سینه انتقال یافته و به حیات خود در اندیشه و روان بشر ادامه داده است. در حقیقت، اخلاق عموماً نانوشته است و تلاش



ما برای به رشته تحریر درآوردن منشورهای اخلاقی در درمان حاکی از تمایل به مستندسازی و به دنبال آن، مواخذه اخلاقی افرادی است که آن را رعایت نکرده‌اند (آسمانی و امامی، ۱۳۸۹: ۴).

## منابع

۱. ابوالحسنی نیارکی، فرشته و شجاعی، امیر احمد (۱۳۹۱)، ارتباط خوب میان پزشک و بیمار/ مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره ۵، شماره ۵، شماره سه، مرداد ۱۳۹۱.
۲. ازگلی، گیتی، درونه، طیبه، شیخان، زهرا و نصیری، ملیحه (۱۳۹۵)، ارتباط تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت با عملکرد جنسی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۵/ سلامت اجتماعی، دوره ششم، شماره دو، بهار ۱۳۹۸، صفحات ۱۳۰ تا ۱۳۸.
۳. آسمانی، امید و امامی، محمد (۱۳۸۹)، حقوق پزشکی و ضمانت اجرایی اخلاق پزشکی/ فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری، سال پنجم، شماره‌های یک و دو، ۱۳۸۹.
۴. افشار، لیلا و رزاقی، محمدرضا- چهارچوب مفهومی رابطه‌ی پزشک و بیمار: یک مطالعه کیفی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گروه اخلاق پزشکی، چکیده مقالات- سخنرانی.
۵. اکبری، حسین، زارعی پور، مرادعلی، خان بیگی، محمد و صادقی، رویا (۱۳۹۰)، وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی/ مجله سلامت و مراقبت، سال سیزدهم، شماره چهار - زمستان ۱۳۹۰.
۶. اکبری، علی و فلاحیان، مهدی (۱۴۰۰)، حریم خصوصی در نظام حقوقی ایران و اسلام/ تمدن حقوقی، دو فصلنامه، دوره ۵، شماره ۹، پاییز و زمستان ۱۴۰۰.
۷. آویژگان، مریم و میرشاه جعفری، سید ابراهیم (۱۳۹۰)، کرامت در طبابت: با تأکید بر حفظ کرامت بیماران در مرحله آخر حیات/ مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ویژه نامه توسعه آموزش و ارتقای سلامت، اسفند ۱۳۹۰: ۱۱۱(۹): ۱۴۹۶ تا ۱۵۱۰.
۸. جهان پور، فائزه و خواجه احمدی، معصومه (۱۳۹۵)، بررسی عملکرد حفظ حریم شخصی بیماران در دانشجویان کارآموز و کارورز دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر/ اخلاق و تاریخ پزشکی سال ۱۳۹۶، دوره ۱۰.
۹. جودکی، بهزاد و خالقی، ابوالفتح، (۱۳۹۰)، حریم خصوصی بیماران و حمایت کیفری از آنان در حقوق ایران/ فصلنامه حقوق پزشکی، سال پنجم، شماره هفدهم، تابستان ۱۳۹۰.
۱۰. حسین پور، اسماعیل و محمدی فر، مژگان (۱۳۹۸)، بررسی رابطه سبک رهبری اخلاقی مدیران با تعهد حرفه‌ای و حساسیت اخلاقی پزشکان در یک بیمارستان نظامی.
۱۱. حیدری مقدم، رشید، رضایی طلاویرانی، مصطفی، فاضلی، زینب، فاضلی باوندپور، فاطمه السادات و مظفری، مصیب (۱۳۹۱)، اخلاق حرفه‌ای و نقش آن در حرفه‌ی پزشکی/ مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام دوره بیستم، شماره ۴، چهارم، زمستان ۹۱.
۱۲. حیدری، اکرم، دهقانی، فریبا، شاکری، منصوره، عباسی نیا، محمد، فیروزی، فاطمه و محمد صالحی نرگس (۱۳۹۸)، دیدگاه بیماران نسبت به حریم خصوصی توسط کادر درمان بیمارستان شهید بهشتی قم.
۱۳. ریاضی، هدیه، کریمیان، زهرا، محسنی، مریم و نصیری، ملیحه (۱۴۰۱)، ارائه خدمات سلامت جنسی توسط ماما در مراکز جامعه سلامت: یک پژوهش کیفی در ایران/ نشریه پژوهشگاه علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی سال بیست و دوم، شماره اول، بهمن - اسفند ۱۴۰۱.
۱۴. روزنامه الکترونیکی؛ جهان صنعت، شناسه خبر: ۱۴۰۷، ۲۰۱۷.
۱۵. طباطبایی، حسین و مؤمنی، الهام (۱۳۹۹)، مفهوم تابو در فرهنگ عامه مردم سر کویر/ دوماهنامه فرهنگ و ادبیات عامه، سال ۹ شماره سی و هفت، فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۰.



۱۶. عطارها، مهتاب و کشاورز، زهره (۱۳۹۵)، تبیین تجارب ماما از ارتباط ماما-مادر در اتاق زایمان، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه / دوره چهاردهم، پی‌درپی ۸۷، دی ۱۳۹۵.
۱۷. غفاری، فرزانه (۱۳۸۹)، دور نمایی از اخلاق پزشکی و رعایت حقوق بیمار در برخی متون طب سنتی ایران و اسلام/ فصلنامه تاریخ پزشکی، سال دوم، شماره چهارم، پاییز ۱۳۸۹.
۱۸. مهرانگیز کار (۱۳۸۷)، پژوهشی درباره‌ی خشونت علیه زنان در ایران/ انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
19. Professional Ethics in Midwifery Practice, Illysa R. Foster & Jon Lasser, books. Google.com- IRFoster, J Lasser- (2010).
20. Journal of Midwifery & womens Health, A human rights framework for midwifery Care, Joyce Beebe. Thompson CNM, Dr, PH.
21. Law and Ethics for Midwifery (Elinor J. Clarke), books, google.com- E clark- (2015).
22. Mendizabal & Adys, (2016), Racial concordance, autonomy, and Justice: Evidence for the ethical need of diversity in medicine.



## Investigating Verbal Assaults & Non-respect of Women's Privacy in Referring to Midwife & Gynecologist

**Faeze Ganji**

Bachelor of Law Student, Islamic Azad University, Sanandaj Branch  
faezeganji0@gmail.com

### Abstract

**Background & Purpose:** The purpose of this research is to investigate the effects and consequences of verbal assaults and ignoring the rights of women referring to midwives or gynecologists. Values are like directional signals for our lives. Values guide our behavior and provide a specific lens through which we see ourselves as good, bad, normal, or abnormal in relation to others. It is precisely this "value lens" that shapes one's initial view of girls and women and the way they are treated in society.

**Research method:** The research method in this study is descriptive and analytical.

**Findings:** Working with women and taking care of women is the essence of midwifery practice. So; It is very important that every midwife understands the value of the lens used. Doctors, as leaders and managers of different departments of the hospital, are ethically a role model for students and masters of reference. If during their academic year students are repeatedly faced with situations where they are forced to do unethical things, they will gradually define separate moral principles for themselves as a midwife and as a human being.

**Conclusion:** Midwives should see women and their health needs as objects in themselves that deserve respect and care. Group examinations that are in conflict with women's privacy, assaults and verbal violence by some midwives and doctors are against women and their human and legal dignity, the experience of such events leads to the deterioration of the relationship between the doctor and the patient, so that The patient refuses to continue his treatment and will not want to continue his treatment process.

**Keywords:** Verbal Abuse, Privacy, Professional Ethics, Midwifery, Human Dignity