

بررسی میزان رعایت تناسب جنسیتی بیماران تحت عمل جراحی با کادر درمان و تحلیل جنبه‌های اخلاقی و شرعی موضوع

زینب پیمانی^{۱*}، زهرا اسدی کلمه^۱، سیده مریم شرافت^۱، فرزاد محمودیان^۲

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

از مهم‌ترین اصول اخلاق حرفه‌ای و پزشکی و حقوق بیمار، حفظ و رعایت شأن و منزلت وی به‌عنوان یک انسان است. همواره می‌بایست مریض را در چرخه‌ی درمان، در جایگاه انسانی نگریست و از نگاه ابزارگرایانه به او پرهیز نمود. در این میان، حفظ و کنترل پوشش بدن بیمار به‌خصوص در جریان فرایند اعمال جراحی و مراحل مختلف آن، در راستای تأمین و احترام به اصل شأنیت، (respect dignity) از حقوق بدیهی بیماران است. این تحقیق براساس مشاهدات اولیه‌ی نویسندگان از وضعیت موجود اتاق‌های عمل و بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان‌ها پایه‌ریزی شد که در آن‌ها مسائلی خلاف حقوق بیماران به چشم می‌خورد؛ از جمله حضور بسیاری افراد جنس مخالف، در مشاغل مختلف بر بالین بیمار برهنه. برای ارزیابی بهتر این وضع به‌صورت جزئی، به بررسی و تحلیل آمار حضور افراد غیرهم‌جنس با بیمار در سیمت تکنسین اتاق عمل در دو مرکز بهداشتی - درمانی پرداختیم. در مجموع، آمار جراحی‌های ۱۷۶۳ بیمار استخراج و تحلیل شد. در بیمارستان اول ۳۵ درصد و در بیمارستان دوم ۳۹ درصد جراحی‌ها امن و بدون حضور تکنسین جنس مخالف صورت می‌پذیرد. آمارها معادل ۱ درصد جمعیت شیراز را در سال از لحاظ برهنگی در اتاق عمل در مقابل تکنسین جنس مخالف، آسیب‌پذیر نشان می‌دهد. در ادامه‌ی مقاله به تشریح یکی از راهکارهای پیشنهادی پرداخته می‌شود که اگر توزیع پرسنل موجود، منطبق با جنسیت بیماران انجام پذیرد، می‌توان آمار برهنگی در مقابل تکنسین جنس مخالف را از ۱ درصد به ۰/۶ درصد کاهش داد.

واژگان کلیدی: تناسب جنسیتی، پوشش بیمار، حریم بیمار، شأن بیمار، اتاق عمل

^۱ دانشجوی پزشکی و پژوهشگر کمیته‌ی تحقیقات گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

^۲ عضو هیأت علمی و دبیر کمیته‌ی تحقیقات گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

* نشانی: شیراز، میدان امام حسین (ع)، دانشکده‌ی پزشکی، ساختمان شماره‌ی ۲ (کتابخانه)، طبقه‌ی ۹، گروه اخلاق پزشکی،

تلفکس: ۰۷۱۱-۲۳۴۸۹۸۰، Email: paymaniz@yahoo. com

مقدمه

حفظ شأن و منزلت بیمار به عنوان یکی از مسائل مهم و عمده‌ی اخلاق پزشکی از گذشته تا به حال در فرایند درمان مطرح بوده است. اصل اول بیانیه‌ی حقوق بشر اعلام می‌دارد که حفظ شأن، از حقوق اولیه‌ی تمام افراد بشر است (۱). شأن و احترام هر فرد ارتباط قوی و مهمی با حریم^۱، ظاهر و نحوه‌ی پوشش فرد دارد، بدین مفهوم که بدن وی در معرض دید نباشد (۲). وقتی نسبت به پوشش بیمار بی‌اهمیت باشیم، شأن انسانی بیمار خدشه‌دار می‌شود (۳). بنابراین، احترام به کرامت و به تبع آن پوشش و حریم بیماران، به عنوان یک اصل جدی باید سرلوحه‌ی رفتار شغلی و حرفه‌ای دست‌اندرکاران و عوامل درمان و بهبود باشد. مسأله‌ای که در این مقاله به آن پرداخته می‌شود، بحث پوشش بیماران در اتاق‌های عمل است. همان‌طور که می‌دانیم یکی از اصول بهداشتی در اتاق عمل این است که بیماران قبل از ورود به اتاق عمل بیمارستان باید در اتاق رختکن کاملاً برهنه شده و گان^۲ مخصوص بپوشند و در اتاق عمل این گان را از بدن بیمار خارج کرده، بدن او را در محل جراحی و اطراف آن شست‌وشو می‌دهند^۳ و با گان استریل می‌پوشانند^۴ و سپس جراحی را شروع می‌نمایند.

در بیمارستان‌های مختلف وظیفه‌ی پرپ و درپ را افراد مختلفی مثل تکنسین‌ها، رزیدنت‌های جراحی و یا خود جراحان بر عهده دارند. بر اساس مشاهدات اعضای تیم این پژوهش ملاحظه گردید در برخی بیمارستان‌ها، قبل از بیهوشی، به پرپ بیمار می‌پردازند و در بعضی دیگر بعد از بیهوشی این عمل انجام می‌شود. در هر حالت همیشه بین خروج گان و درپ شدن بیمار افراد مختلفی اعم از تکنسین‌های اتاق عمل، جراحان، متخصصین و تکنسین‌های بیهوشی و سایر پرسنل اتاق عمل در اتاق به راحتی رفت و

آمد می‌کنند و در این وضعیت، حریم شخصی و امنیت روانی بیمار به مخاطره می‌افتد که با اصول اخلاقی به‌خصوص اخلاق حرفه‌ای مغایرت دارد.

گان ناآشنای بیمارستان، راحتی لباس معمول را برای بیمار ندارد و در معرض دید قرار گرفتن مکرر بدن ناشی از معاینات در بیمارستان، احساس برهنگی را در بیمار ایجاد می‌کند و در یک بیمار آگاه، رنج برهنگی به سایر دشواری‌های بیماری افزوده می‌شود (۴).

Leon R. Kass پزشک و دانشمند ۷۰ ساله‌ی آمریکایی، استاد و پروفیسور کمیته‌ی تفکر اجتماعی^۵ دانشگاه شیکاگو در مقاله‌ی «تفکر در مورد بدن^۶» می‌نویسد: «معنای برهنگی چیست؟ چرا آگاهی از برهنگی به فرد حس شرم می‌دهد؟ برهنگی قطعاً یعنی: بی‌دفاع بودن، بی‌حفاظ بودن و در معرض بودن، که انسان‌ها را آسیب پذیرتر از اشیا و حیوانات می‌گرداند» (۵).

اگر بیمار را برهنه یا نیمه برهنه کنیم حریم وی خدشه‌دار می‌شود (۶). پس برهنگی بیمار با شأن انسانی او ناسازگار است و متناقض با اولین حق از حقوق مساوی تمام افراد بشر است. حتی اگر برهنگی در اتاق عمل و آسیب شخصیتی متعاقب آن را بر اساس اصول بهداشتی ضروری و اجتناب‌ناپذیر بدانیم؛ از آن‌جا که احساس در معرض دید بودن^۷، حرمت و حریم بیمار را مخدوش می‌کند (۷)، برای کاهش آسیب به شأن انسانی بیماران وظیفه داریم از شدت این احساس بکاهیم. همان‌گونه که می‌دانیم یکی از اصول مهم در فرهنگ ایرانی اسلامی ما، پوشاندن کامل بدن در مقابل افراد جنس مخالف و پوشاندن نواحی خاصی از بدن حتی در مقابل افراد هم‌جنس است. پس این حس در معرض بودن در حضور افراد جنس مخالف بارزتر و آزاردهنده‌تر خواهد بود. از آن‌جا که جراحان و دستیاران جراحی در کیفیت عمل

¹ privacy

² gown

³ preparation=prep.

⁴ draping

⁵ Social Thought

⁶ thinking about the body

⁷ feeling "on view"

(سیرکولار و اسکراب) استخراج شده - با این فرض که جراحان، رزیدنت‌های جراحی، پزشکان بیهوشی و دانشجویان پزشکی عمومی را از تطابق جنسیتی مستثنی بدانیم - و آمار تکنسین‌های بیهوشی، و پرسنل خدماتی و اپراتورها که امکان رفت و آمد در اتاق‌ها را دارند نادیده گرفته شده است؛ پس الزاماً نتایج حاصله به‌عنوان اتاق در معرض تخمینی پایین‌تر از واقعیت^۳ خواهد داشت و نتایج حاصله به‌عنوان اتاق امن تخمینی بالاتر از واقعیت بیرونی^۴ خواهد داشت.

در شیراز در بین مراکز آموزشی - درمانی، از بین ۳ مرکز با حداکثر تعداد جراحی‌ها، یکی به‌دلیل ثبت نامناسب اطلاعات از بررسی حذف شد و دو بیمارستان دیگر مورد بررسی قرار گرفتند. این مراکز از مراکز اصلی آموزشی - درمانی می‌باشند که انواع جراحی‌های عمومی و قلبی در آنها انجام می‌پذیرد. مبنای انتخاب این بیمارستان‌ها، مرکزیت آنها و تعداد و تنوع بالای جراحی‌ها در این مراکز است.

ابتدا پرونده‌های ۵۰۹ بیمار از مرکز آموزشی - درمانی شماره ۱ که در نیمه‌ی اول تیر ماه ۱۳۸۷ و همچنین پرونده‌ی ۱۲۵۴ بیمار از مرکز آموزشی - درمانی شماره ۲ که در مرداد ماه ۱۳۸۷ تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، مورد بررسی قرار گرفت. از این پرونده‌ها جنسیت خود بیمار و جنسیت ۲ تکنسین سیرکولار و اسکراب حاضر در اتاق عمل استخراج شد و بر روی داده‌ها، بررسی‌های آماری انجام گرفت.

نتایج

طبق آمار، در بیمارستان شماره ۱ از روز اول تا پانزده تیرماه سال ۸۷، ۵۰۹ بیمار تحت عمل جراحی عمومی و قلب قرار گرفتند که ۲۰۲ نفر از آنان زن و ۳۰۷ نفر مرد بودند. در این مدت، مشارکت پرسنل زن ۷۳۳ نفر - عمل و مشارکت پرسنل مرد ۳۰۴ نفر - عمل بوده است. طبق محاسبات، اتاق‌های امن از نظر وجود تکنسین‌ها، برای زنان ۱۲۲ مورد

به‌صورت مستقیم اثر گذارند و نسبت زنان و مردان یا توزیع تخصص در زنان و مردان جراح الزاماً همگون نمی‌باشد، به‌علاوه حق انتخاب جراحان در بسیاری بیمارستان‌ها با خود بیمار است، از پرداختن به جنسیت آنان اجتناب گردید. اما در این تحقیق بین سایر مشاغل موجود در اتاق‌های عمل بررسی از تکنسین‌ها شروع گردید که عموماً جنسیت در کیفیت انجام وظایف آنان تأثیر مستقیمی نخواهد گذاشت و بیماران هرگز در انتخاب آنان مشارکتی ندارند.

پس در این مقاله به بررسی میزان رعایت تناسب و همگونی جنسیتی بیمارانی که در اتاق‌های عمل تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند با کاردان‌ها و تکنسین‌های اتاق عمل می‌پردازیم. در نهایت هم به بحث در مورد علل بی‌توجهی به این وضعیت در کشور و برخی راهکارهای مفید در این زمینه خواهیم پرداخت.

روش کار

برای بررسی وضعیت موجود توزیع تکنسین‌ها در اتاق‌های عمل از لحاظ تطابق جنسیتی با بیماران، ابتدا موارد زیر تعریف گردید:

✓ حضور هر تکنسین جراحی اعم از سیرکولار و اسکراب در هر اتاق عمل با یک واحد نفر - عمل بیان گردید یعنی هر شخصی که با سمت تکنسین بر سر یک عمل جراحی حاضر شده است.

✓ اتاق‌هایی به‌عنوان اتاق در معرض^۱ معرفی شده است که حداقل یک تکنسین از جنس مخالف بیمار در اتاق حاضر باشد مثلاً تکنسین سیرکولار، زن و بیمار تحت جراحی مرد باشد.

✓ اتاق‌هایی امن^۲ دانسته شده که الزاماً هر دو تکنسین سیرکولار و اسکراب، هم‌جنس با مریض باشند.

لازم به ذکر است در این بررسی برای سهولت استخراج اطلاعات از پرونده‌ها فقط آمار دو تکنسین اصلی اتاق عمل

³ underestimate

⁴ overestimate

¹ exposed rooms

² safe rooms

پرسنلی از جنس مخالف خواهند بود. بدون لحاظ سایر بیمارستان‌های شهر اعم از خصوصی یا دولتی و با فرض جمعیت شیراز برابر ۱,۷۱۱,۱۸۶ نفر (۸) این برهنگی در مقابل تکنسین جنس مخالف، سالانه حداقل در گستره‌ای معادل ۱ درصد از جمعیت این شهر رخ خواهد داد.

بحث

با وجود تأکید فرهنگ دینی و ملی ما بر حفظ شأن و جایگاه انسان‌ها و خصوصاً بیماران و رعایت کامل پوشش آن‌ها، وضع موجود در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، شرایط مطلوب و قابل قبولی ندارد و در خور و شایسته‌ی نظام اسلامی و اخلاق حرفه‌ای نمی‌باشد. اما چرا تاکنون بیماران در این زمینه اعتراض گسترده‌ای بروز نداده‌اند؟ این امر می‌تواند دلایل مختلفی به شرح زیر داشته باشد:

۱- برخی معتقدند با وجود این‌که نبود حریم، شأن بیمار را تهدید می‌کند اما بیماران با تغییر نگرش خود با این وضع تطابق می‌یابند (۱۰، ۹). یعنی همان‌طور که به‌وضوح مشاهده می‌شود بیماران در ایران به ترویج تفکر اشتباه اصل محرمیت پزشکی و پرسنل بیمارستان روی آورده‌اند تا با این نگرش بتوانند از تهدید شخصیت بکاهند؛ اما در رساله‌های مراجع و فرهنگ اسلام این محرمیت را نمی‌یابیم. به‌عنوان نمونه امام خمینی (ره) در کتاب احکام روابط زن و مرد می‌فرمایند: «پزشک محرم نیست، لذا در غیر موارد ضروری و اضطرار نمی‌تواند به بدن نامحرم نگاه کند و اگر پزشکی در مقام اضطرار مجبور شد به عضوی از بدن نامحرم نگاه کند، باید به همان‌مقدار لازم اکتفا کند و نمی‌تواند بیش از آن عضو را ببیند و اگر می‌تواند باید از روی لباس معاینه نماید» (۱۱). و در رساله‌ی سایر مراجع هم، موارد مشابهی وجود دارد: «اگر مراجعه به پزشک جنس مخالف ضرورت ندارد و منجر به لمس و نظر حرام شود، جایز نیست» (۱۲). «جهت کارهای درمانی مانند نصب سرم، تزریق آمپول، تعویض پانسمان و شست‌وشوی زخم و ... اگر کادر پزشکی هم‌جنس وجود دارد، نمی‌توان به پزشک غیرهم‌جنس مراجعه کرد. مسائلی

بوده، که ۶۰ درصد جراحی‌ها را شامل می‌شود و ۴۰ درصد اتاق‌ها در معرض بوده‌اند. اتاق امن برای مردان ۵۵ مورد بوده که ۱۷/۹ درصد جراحی‌ها را شامل می‌شده است و ۸۲/۱ درصد اتاق‌ها در معرض بوده‌اند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: آمار اتاق‌های امن و در معرض

	بیمار	
	مرد ۳۰۷ نفر	زن ۲۰۲ نفر
اتاق امن	۵۵ ٪۱۷/۹	۱۲۲ ٪۶۰
اتاق در معرض	۲۵۲ ٪۸۲/۱	۸۰ ٪۴۰

طبق آمار، در بیمارستان شماره ۲ از روز اول مرداد تا سی و یکم مردادماه ۸۷، ۱۲۵۴ نفر تحت عمل جراحی قرار گرفتند که ۸۶۱ بیمار مرد و ۳۹۳ بیمار زن بودند. مشارکت پرسنل تکنسین زن در جراحی‌ها ۱۴۳۰ نفر - عمل و پرسنل مرد ۶۴۹ نفر - عمل بود. طبق محاسبات اتاق‌های امن برای زنان ۲۳۳ اتاق یا ۵۹ درصد و اتاق در معرض ۴۱ درصد بوده است. اتاق عمل امن برای مردان ۲۵۳ اتاق یا ۲۹ درصد و اتاق در معرض ۷۱ درصد بوده است.

جدول شماره ۲- آمار اتاق‌های امن و در معرض

	بیمار	
	مرد ۸۶۱ نفر	زن ۳۹۳ نفر
اتاق امن	۲۵۳ ٪۲۹	۲۳۳ ٪۵۹
اتاق در معرض	۶۰۸ ٪۷۱	۱۶۰ ٪۴۱

حال اگر آمار را در یک‌سال تخمین بزنیم فقط در این دو بیمارستان سالانه ۱۷۱۸۴ بیمار به‌صورت برهنه در معرض دید

- ۲- اشتغال شدید پزشکان و پرسنل به مسائل علمی و قرار دادن حریم اخلاق در مراتب بعدی اهمیت؛
 - ۳- ریخته شدن قبح گناه و عادت کردن به وضع موجود؛
 - ۴- دور از دسترس بودن جو اتاق‌های عمل از نگاه‌های پرسشگر و نقاد پژوهشگران، مردم یا حتی سایر کادر درمان؛
 - ۵- نگاه ابزارگرایانه به بیمار به جای دیدگاه انسان‌مدارانه که بیمار را فاقد شخصیت و هوش انسانی می‌داند (۱۵)؛
 - ۶- احساس عدم گناه به دلیل ناقص بودن اطلاعات مذهبی پرسنل و عدم اطلاع از مفهوم صحیح شأن بیمار؛
 - ۷- اعتقاد به جدایی علم از مذهب و اخلاق به صورت ناخود آگاه در پزشکان ایرانی حتی افراد مذهبی؛
 - ۸- غرور علمی و فراموش کردن حضور خداوند؛
 - ۹- عدم احساس نیاز به امر به معروف در پرسنل و جراحان معتقد اتاق عمل؛
 - ۱۰- کمبود امکانات جداسازی اتاق‌ها و کمبود پرسنل لازم در برخی بیمارستان‌ها.
- بیمار به کادر درمان اعتماد کرده است و جسم خود را در حین بیهوشی به پزشک سپرده است و کادر درمان به دلیل شرایط خاص بیمار، مسئول تعیین میزان و نحوه‌ی پوشش بیمار هستند (۱۶). پس اگر ما به مسأله‌ی حریم و شأن بیمار نپردازیم و حضور افراد، بدون ضرورت، بر بالین بیمار برهنه، هم‌چنان ادامه یابد، در واقع مثل این است که برای بیماری که خودش مصداق «والذین هم لفروجهم حافظون» (مؤمنان کسانی هستند که پاکدامنند) است، ما مصداق «والذین هم لأماناتهم و عهدهم راعون» (مؤمنان کسانی هستند که به عهد و امانت خویش وفادارند) نباشیم.^۳

راهکارها

راهکارهای کوتاه مدت

طرح اول: طرح اجبار استفاده از لباس‌های زیر یکبار مصرف و گان‌های یکبار مصرف در بیمارستان‌های عمومی

مانند دوری راه، یا تبهر و دقت زیاد فلان شخص که از جنس مخالف است نمی‌تواند دلایل موجهی برای این کار شود، اما در صورت نبودن کادر پزشکی و درمانی هم‌جنس و اضطرار، مراجعه به جنس مخالف اشکال ندارد. در غیراین موارد جایز نیست» (۱۳). «در سونوگرافی یا هر عملیات پزشکی دیگر در صورتی که بتوان به پزشک یا متخصص زن در آن رشته رجوع کرد، توسط مرد نامحرم حرام است» (۱۱).

۲- در بیمارستان‌ها توزیع نامتناسب قدرت^۱ بین بیماران و پرسنل وجود دارد؛ به طوری که بیمار به دلیل نیاز و احتیاج به پرسنل، نمی‌تواند ناراحتی خود را به راحتی ابراز کند (۲). این‌که بیمار برهنه بماند تا کارهای پرسنل تسهیل شود، به سادگی نشان می‌دهد که چگونه عدم تعادل قدرت بین بیمار و پرسنل وجود داشته و راحتی پرسنل بر نیاز بیمار به احترام به شأن و شخصیت خویشتن ارجحیت می‌یابد (۱۴).

۳- عدم آگاهی بیماران از حقوق خود؛

۴- بیهوش بودن بیمار در اتاق عمل و عدم آگاهی از تمام فرایندها؛

۵- اصل مضطر بودن بیمار به دلیل آزار بیماری (لا علی المریض حرج)^۲ که بیمار به دلیل شرایط خاص بیماری وظیفه‌ای در دفاع از خود ندارد و دفاع از حقوق بیماران از وظایف افراد سالم است.

مسأله‌ی مهم دیگری که در ریشه‌یابی این چالش مطرح می‌گردد، این است که چرا مدیران، مسؤولان و پرسنل درمانی به این موضوع توجه لازم را ندارند و در صدد حل این مشکل بر نیامده‌اند و با وجود گذشت سه دهه از انقلاب اسلامی، هم‌چنان این مشکل در مراکز درمانی ما وجود دارد؟ شاید بتوان فرضیات زیر را به عنوان دلایل این مسأله عنوان نمود:

۱- رواج یافتن باور اشتباه محرم بودن تمام کادر درمانی به بیمار؛

^۱ power imbalance

^۲ سوره‌ی فتح، آیه‌ی ۱۷

^۳ سوره‌ی مومنون، آیات ۵ و ۸

که پشت لباس آن‌ها کامل بسته می‌شود. در حالی که هم اکنون در بسیاری از بیمارستان‌ها پشت گان قبل از عمل، باز است.

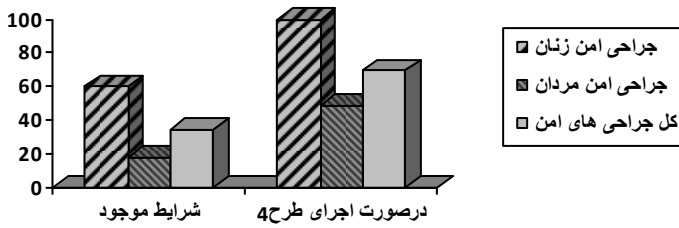
طرح دوم: طراحی تمامی تخت‌های اتاق عمل به فرمی که سر مریض به سمت در اتاق باشد تا در صورت باز شدن در به‌صورت ناگهانی ناحیه‌ی ژنیتال در معرض نباشد.

طرح سوم: استخدام پرسنل خدماتی زن برای انجام اموری از قبیل نظافت محیط اتاق عمل و جابجایی بیمار از تخت عمل به تخت انتقال. متأسفانه، به دلیل این‌که جابجایی بیمار به توانایی جسمی بالایی نیاز دارد به‌طور معمول تکنسین‌های زن از انجام این عمل خودداری کرده و آن را به مردان واگذار می‌کنند.

طرح چهارم: برنامه‌ریزی صحیح برای کاهش دادن تعداد عمل‌های ناامن یا در معرض با توجه به پرسنل موجود به‌صورت راهکاری موقت. به این صورت که در هر ماه بر اساس لیست جراحی‌های موجود، ساعات کاری پرسنل را تا حد امکان بر اساس تطابق جنسیتی با بیمار چینش کنیم.

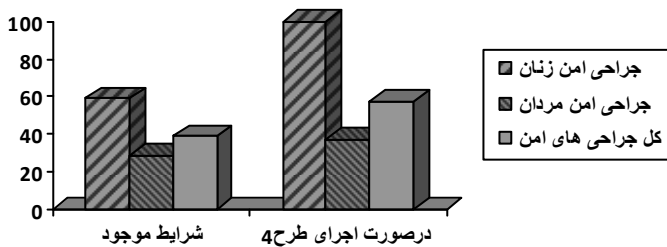
این راهکار فقط در مورد جراحی‌های الکتیو^۱ قابل اجراست. با فرض لزوم حضور ۲ تکنسین در هر جراحی در بیمارستان شماره‌ی ۱ اگر پرسنل زن با همین ساعات کاری در اتاق‌های با بیمار زن به درستی توزیع می‌شدند، این امکان وجود داشت که تمام ۲۰۲ عمل به‌صورت امن برای زنان انجام گیرد و در اتاق بیماران مرد هم اگر پرسنل صحیح توزیع می‌شدند ۴۹ درصد عمل مردان، امن می‌بود. (نمودار ۱)

طبق محاسبات در بیمارستان شماره‌ی ۲ در صورت توزیع با دقت پرسنل، جراحی امن زنان می‌توانست ۱۰۰ درصد باشد و در مورد مردان به ۳۷/۶ درصد می‌رسید. (نمودار ۲)



نمودار شماره‌ی ۱ - بررسی روند بهبود وضعیت در صورت

اجرای طرح ۴ از راهکارهای کوتاه‌مدت در بیمارستان شماره‌ی ۱



نمودار شماره‌ی ۲ - بررسی روند بهبود وضعیت در صورت

اجرای طرح ۴ از راهکارهای کوتاه‌مدت در بیمارستان شماره‌ی ۲

راهکارهای آموزشی

طرح اول: آگاه‌سازی بیماران از حقوق خود که موجب می‌شود مطالبه‌ی حقوق توسط بیماران افزایش یابد؛ هر چند که بیماران وظیفه‌ای در دفاع از خود ندارند و این وظیفه بر عهده‌ی پرسنل درمانی است (۱۶).

طرح دوم: آموزش پرسنل و دانشجویان پزشکی از نظر حقوق بیمار و احکام شرع.

طرح سوم: پذیرش و آموزش جراحان زن کارآمد تا خلأ موجود در این بخش جبران شود؛ چون زنان بایستی در صورت تمایل، به پزشک زن برای مراقبت‌های سلامت دسترسی داشته باشند (۱۷).

راهکارهای عملیاتی و اجرایی

طرح اول: لایحه‌ی جداسازی اتاق‌های عمل بیمارستان‌های کنونی و الزام طراحی اتاق عمل مجزای زنان و

¹ elective

سن و جنس بیماران در برهنه ماندن‌های تصادفی در بخش مراقبت‌های ویژه را اثبات می‌کند؛ به طوری که این میزان در بیماران زن و در بیماران جوان بیش‌تر بوده است! وحتى توزیع نواحی برهنگی بر اساس جنس به طرز معناداری متفاوت بوده است، مثلاً برهنه ماندن زنان در ناحیه‌ی قفسه‌ی سینه^۴ ۳۷/۹ درصد و در مردان در ناحیه‌ی قفسه سینه ۱۷ درصد بوده است (۱۶)؛ این نتایج در یک جامعه‌ی آزاد از لحاظ مسائل جنسی به‌دست آمده است که برهنگی به حد اعلا در آن وجود دارد و احتمالاً جذابیت‌های بدن برهنه‌ی یک بیمار در مقابل برهنگی‌های جامعه‌ی غرب ناچیز می‌نماید! در جامعه‌ای مانند ایران که مسائل جنسی در جامعه و برهنگی در انظار عموم، مجالی برای بروز نمی‌یابند، احتمالاً آسیب ناشی از برهنگی بیش‌تر از این خواهد بود.

سرویس سلامت انگلستان در حقوق بیمار چنین عنوان می‌کند: «زنان باید همیشه به یک پرسنل خانم دسترسی داشته باشند و یک همراه از جنس خود داشته باشند؛ پرسنلی که بیمار را معاینه می‌کنند باید هم‌جنس او باشند یا یک همراه هم‌جنس^۵ آن‌جا باشد» (۱۷).

نیاز به تعمیم و گسترش دامنه‌ی تناسب جنسیتی به‌خصوص در محیط اتاق عمل که پوشش مریض بنا به ضرورت و نیاز درمان کم‌تر می‌باشد، بیش‌تر احساس می‌گردد. فقه و شرع مقدس در زمینه‌ی پزشکی همه‌ی دست اندرکاران اعم از بیمار و همراهان وی، پرسنل، دانشجویان، اساتید و مدیران واحدهای درمانی را و می‌دارد که برای ارج نهادن بیش‌تر و بها دادن به ارزش‌های والا و متعالی انسانیت و تقویت و تحکیم فرهنگ عالی انسانی و اسلامی نظام مقدس اسلامی کشورمان با به‌کارگیری راهکارهای مناسب در صد رفع چالش‌های موجود برآیند تا بتوانند الگوی تمام‌نمای حافظان حقوق بیماران گردند.

کم‌رنگ شدن حساسیت‌های دینی و مذهبی و عدم التفات

مردان در نقشه‌ی بیمارستان‌های نوساز.

طرح دوم: نظارت بر بیمارستان‌های خصوصی و دولتی به‌صورت مداوم.

طرح سوم: طرح همگون‌سازی پرسنل و بیماران در اتاق‌های عمل و بخش‌های مراقبت‌های ویژه و ریکاوری در بیمارستان‌ها.

طرح چهارم: سنجش نیاز بومی هر منطقه از نظر پرسنل و تکنسین و اعلام نیاز به دانشگاه‌ها تا دانشجویان رشته‌های اتاق عمل به نسبت لازم پذیرش شوند.

طرح پنجم: تعریف و استخدام تکنسین‌هایی^۱ برای حمایت از حریم و شأن بیماران در نظام بیمارستانی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و ریکاوری و اتاق‌های عمل که این افراد، مورد اعتماد بیمار و پرسنل درمانی باشند تا هر بیمار در صورت تمایل از آن‌ها برای حفظ حریم خود یاری بگیرد (۲۰-۱۸).

نتیجه‌گیری

فیلسوف و تاریخ‌شناس فرانسوی Michel Foucault در کتاب «تاریخچه‌ی جنسیت^۲» مطرح کرده است که بدن انسان، محل بررسی‌های پزشکی و نگاه‌هایی است که احساسی یا اجتماعی نیست و ربطی به جنسیت بیمار ندارد؛ یعنی وی بیمار را فاقد ویژگی جنسی^۳ می‌داند که نگرستن پرسنل درمانی به او بی‌اشکال است (۲۱). اگر این‌طور نگرشی داشته باشیم، به‌نظر می‌رسد شأن انسانی هر فرد را به‌صورت هویتی مستقل (زن یا مرد) نادیده گرفته‌ایم و در این صورت اعمال تغییر و ارائه‌ی راهکارها معنایی نخواهد داشت. از آن‌جا که هر حکم کلی با یک مثال مغایر نقض می‌شود، تئوری Foucault را نمی‌توان پذیرفت تا آن‌جا که رگه‌هایی از اغراض و توجه سودجویانه به جنسیت بیمار و آسیب‌های حاصل از آن ثبت شده است.

Turnock C استاد دانشگاه نورتامبریا در سال ۲۰۰۱، تأثیر

^۱ chaperone

^۲ The History of Sexuality

^۳ asexual

^۴ chest

^۵ chaperone

منابع

- 1- Anonymous. The Universal Declaration of Human Rights. www.un.org/en/documents/udhr. (accessed on 2009)
- 2- Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(1): 23-36.
- 3- Davidson L. Patient clothing. Time for a change. *Nurs Times* 1989; 85(48): 26-9.
- 4- English DC. Intensive care: the crucifixion of the dying? *Christ Century* 1986; 489.
- 5- Kass LR. Thinking about the body. *Hastings Cent Rep* 1985; 15(1): 20-30.
- 6- Hurst K, Ward L. Modesty in ICUs. *Nurs Times* 1991; 87(28): 40-1.
- 7- Smith C. In need of intensive care – a personal perspective. *Intensive Care Nurs* 1987; 2(3): 116-22.
- 8- Sanger L. Shiraz. <http://en.wikipedia.org/wiki/Shiraz> (accessed on:2009)
- 9- Enes SP. An exploration of dignity in palliative care study. *Palliat Med* 2003; 17(3): 263-9.
- 10- Matiti MR. Patient Dignity in Nursing - A Phenomenological Study [dissertation]. Huddersfield. University of Huddersfield, School of Education and Professional Development; 2002.
- ۱۱- معصومی س م. احکام روابط زن و مرد و مسائل اجتماعی آنان مطابق با فتاوی مراجع تقلید، چاپ چهاردهم. قم: دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم؛ ۱۳۷۶، ص ۳۶-۳۷.
- ۱۲- محمودی س م. مسائل جدید از دیدگاه علما و مراجع تقلید، جلد اول، چاپ سیزدهم. ورامین: انتشارات علمی فرهنگی صاحب الزمان؛ ۱۳۸۴، ص ۱۸۵.
- ۱۳- استشاره ف. احکام پرستاری (فقه و زندگی ۴). قم: انتشارات نورالسجاد؛ ۱۳۷۹، ص ۱۴۱.
- 14- Turnock C. A study into the views of intensive care nurses on the psychological needs of their patients. *Intensive Care Nurs* 1989; 5(4): 159-66.
- 15- Johnson G. Patients' dignity exposed. *Br J Theat Nurs*. 1990; 27(3): 22-23.
- 16- Turnock C. Maintaining patient dignity in

به رعایت مسائل اخلاقی و شرعی در محیط‌های کاری به‌خصوص اتاق‌های عمل و وجود بعضی روزمره‌گی‌ها، اهتمام به برنامه‌ریزی‌ها را ضعیف می‌گرداند که این امر عوارض، آسیب‌های اجتماعی- روانی و در نهایت فرهنگی و مذهبی را از خود به‌جا می‌گذارد.

ما در جامعه‌ای اسلامی زندگی می‌کنیم که زنان و مردان برای حریم و حجاب خود احترام قائلند، اما متأسفانه هر روزه در تمام بیمارستان‌های کشور بدون استثنا زنان محجبه و مردان معتقد را به‌صورت کاملاً برهنه و بدون هیچ ضرورت علمی- درمانی و به اجبار بیماری در معرض دید جنس مخالف قرار می‌دهیم.

قدردانی

با سپاس فراوان از اساتید گرامی جناب آقای دکتر سید وحید حسینی و جناب آقای دکتر سید ضیاءالدین تابعی و سرکار خانم حکیمه پارسایی که در انجام این طرح ما را یاری نموده‌اند.

- 19- Anonymous. Clinical Governance Committee. Policy and Guidance on the Role and the Effective Use of Chaperones for Healthcare Professionals and Independent Contractors http://www.darlingtonpct.nhs.uk/documents/uploaded/C008ChaperonePolicy_CDD_.pdf (accessed on 2009)
- 20- Anonymous. Chaperone (clinical). [http://en.wikipedia.org/wiki/Chaperone_\(clinical\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Chaperone_(clinical)) (accessed on 2009)
- 21- Foucault M. The History of Sexuality: An Introduction (first volume). Victoria: Penguin Books; 1978.
- intensive care settings. Intensive Care Nurs 2001; 17 (3):144-154.
- 17- Anonymous. Safety, Privacy and Dignity in Mental Health Units: Guidance on Mixed Sex Accommodation for Mental Health Services. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007095 (accessed on 2009)
- 18- Anonymous. Chaperones. <http://www.cnpbc.bc.ca/PDF-2007/Chaperones.pdf> (accessed on 2009)

