

باسمه تعالی

صور تجلسه شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جلسه شورای اخلاق دانشگاه در ساعت ۱۰ روز چهارشنبه مورخ ۹۹/۷/۱۶ با حضور دبیر و اعضای محترم شورای اخلاق دانشگاه تشکیل گردید. در ابتدا آیاتی از قرآن مجید تلاوت گردید.

دستور جلسه

۱) ارائه خلاصه گزارشی در رابطه با "نحوه‌ی مدیریت چالش‌های اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای در سایر حوزه‌های معاونت دانشگاهی" توسط:

✓ جناب آقای دکتر صبری معاون محترم آموزشی دانشگاه.

✓ جناب آقای دکتر رضایتمند معاون محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه.

✓ جناب آقای دکتر حسینی معاون محترم دانشجویی فرهنگی دانشگاه.

✓ سرکار خانم دکتر حق‌جوی معاون محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه.

۲) بحث در مورد تعیین راهکار مناسب جهت حل چالش اخلاقی با استفاده از فلوجارت قبلی که مرور شده در جهت کاربردی‌تر نمودن آن در بحران‌های مربوط به سلامت؛ توسط سرکار خانم دکتر یآوری عضو محترم هیأت علمی گروه اخلاق در علوم سلامت دانشگاه.

۳) ارائه گزارش در رابطه با تعیین استانداردهای انواع ماسک برای بهره‌برداری بهتر استفاده‌کنندگان؛ توسط جناب آقای دکتر اصلانی معاون محترم غذا و داروی دانشگاه.

۴) یادآوری برگزاری هشتمین کنگره سالانه اخلاق پزشکی به صورت مجازی در تاریخ ۲۷-۲۵/۹/۹۹ (مهلت ارسال مقالات از ۹۹/۷/۱۰ لغایت ۹۹/۸/۱۰).

بحث علمی

سرکار خانم دکتر یآوری عضو محترم هیأت علمی گروه اخلاق در علوم سلامت دانشگاه: ایشان بحث علمی "تصمیم‌گیری اخلاقی در بحران‌ها" را به طور مبسوطی به قرار زیر مطرح نمودند:

تصمیم‌گیری اخلاقی در بحران‌ها:

در جلسه ۹۸/۹/۱۴ شورای اخلاق دانشگاه در رابطه با سیر منطقی تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مطالبی تقدیم شد. ولی غالباً در شرایط بحرانی با توجه به ضیق وقت و اطلاعات گسترده مورد نیاز تصمیم‌گیری تحلیلی مطابق "فلوجارت تعیین راهکار مناسب حل مسائل اخلاقی" میسر نیست. لذا ارائه چارچوبی برای تصمیم‌گیری در مواقع بحرانی بر اساس یک چارچوب از پیش تعیین شده که می‌تواند خطاهای تصمیم‌گیری را به حداقل مقدار ممکن برساند ضروری به نظر می‌رسد.

به طور کلی در تصمیم‌گیری اخلاقی از دو مدل شناختی استفاده می‌شود:

۱) شناخت تحلیلی (Rational cognition): تصمیم‌گیری بر مبنای تحلیل منطقی

۲) شناخت شهودی (Intuitional cognition): تصمیم‌گیری بر مبنای شهود فردی

در فلوجارت پیشگفت، مراحل تصمیم‌گیری اخلاقی بر مبنای تحلیل منطقی از موقعیت شرح داده شد. از جمله این مراحل عبارتند از:

✓ جمع آوری اطلاعات لازم (conceptual/Moral/Factual)

✓ تهیه فهرستی از راه‌حل‌های ممکن

✓ تحلیل نقادانه هر یک از راه‌حل‌ها بر مبنای دیدگاه ذی‌نفعان / پیامدهای مثبت و منفی / تعهدات

✓ انتخاب مناسب‌ترین راهکار و محک زدن آن با درک شهودی خود

شناخت شهودی یک ادراک بی واسطه بر اساس باورهای درونی است. در شرایط بحرانی عملاً امکان تصمیم‌گیری بر مبنای شناخت شهودی نسبت به مدل تحلیلی بیشتر خواهد بود.

تعریف شناخت شهودی براساس دیکشنری Merriam Webster: قدرت دریافت یک دانش (شناخت) مستقیم بدون یک استنتاج آشکار و منطقی.

بنابراین شهود نوعی استدلال سریع، غیر تحلیلی و ناآگاهانه است که می‌تواند در شرایط بحرانی جهت تصمیم‌گیری مورد استفاده قرار گیرد.

نکته مهم دیگری که در اینجا مطرح می‌شود این است که با توجه به اینکه شهود، امری عینی و قابل اثبات نبوده و بر اساس مراحل تحلیل منطقی عمل نمی‌کند چگونه می‌توان در تصمیم‌گیری به آن اعتماد کرد. پاسخ این است که اگر چه احتمال بروز خطا در تصمیم‌گیری شهودی نسبت به تصمیم‌گیری تحلیلی بیشتر است، اما این احتمال را با روش‌هایی که در ذیل به آن اشاره می‌گردد، می‌توان به حداقل رساند:

(۱) تصمیم‌گیری شهودی مبتنی بر علم و تجربه کافی باشد. مدیری که تجارب کافی و موفق در حیطه مدیریت خود داشته باشد بیشتر می‌تواند با اتکا به دانش گسترده و تجارب قبلی خود به تصمیم‌گیری شهودی خود تا حد زیادی اعتماد کند.

(۲) اتخاذ تصمیم‌های اخلاقی بر اساس شناخت تحلیلی در شرایط معمول، توانایی ذهن را برای اخذ تصمیم‌های صحیح و اخلاقی بر مبنای شهود در شرایط بحرانی به شدت افزایش می‌دهد. در مطالعات مختلف نشان داده شده است که رابطه خطی مستقیمی بین توانایی ذهنی برای تحلیل منطقی مسائل در شرایط معمول با اتخاذ تصمیم‌های شهودی مناسب در شرایط بحرانی وجود دارد. به عبارت دیگر تمرین ذهنی مدیران تصمیم‌گیرنده با مراحل تحلیل مسأله می‌تواند در ذهن آنها مدل ساختاریافته‌ای برای تصمیم‌گیری ایجاد نماید که در تصمیم‌گیری‌های شهودی بسیار کمک‌کننده بوده و احتمال خطا در این نوع تصمیم‌گیری‌ها را به حداقل می‌رساند.

(۳) شناخت سوگیری‌های متداول شناختی در فرآیند تصمیم‌گیری (Cognitive biases) گام نخست و مهم‌ترین گام برای اجتناب از مبتلا شدن به این سوگیری‌ها در تصمیم‌گیری‌ها است. این مسأله به ویژه در تصمیم‌گیری‌های شرایط بحرانی که با سرعت بالا و دسترسی ناکافی به اطلاعات انجام می‌شوند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

مروری بر ادبیات مرتبط با موضوع مورد بحث نشان می‌دهد بیش از ۲۵۰ نوع سوگیری شناختی وجود دارد که هر یک از آنها می‌تواند تصمیم‌گیری افراد را با خطا مواجه نماید. برخی از متداول‌ترین این سوگیری‌ها عبارتند از:

(۱) Self-serving bias: اصولاً نوع بشر تمایل دارد برداشت‌های ذهنی خود را تأیید نموده و در صورت مواجه شدن با پیامدهای منفی پس از تصمیم‌گیری، خطای رخ داده را معلول اشتباه دیگران یا شرایط محیطی نامناسب بداند. این سوگیری می‌تواند فرصت جبران خطا و درس گرفتن از آن برای عملکرد بهتر در موقعیت‌های آتی را از فرد سلب نماید.

(۲) Cognitive fluency: اصولاً ذهن افراد در زمان تصمیم‌گیری به دنبال راه‌حل‌های سریع و آسان است. بدیهی است این راه‌حل‌ها الزاماً بهترین راهکارهای ممکن نیستند و محدود شدن حوزه شناخت و تأمل فرد تصمیم‌گیرنده به آنها می‌تواند منجر به اتخاذ

تصمیم‌های سهل‌الوصول اما سطحی گردد. این سوگیری به ویژه در تصمیم‌گیری بحرانی با توجه به فشار روانی بالایی که برای تصمیم‌گیری‌های سریع و آسان وجود دارد می‌تواند مشکل‌ساز باشد.

۳) Sunk cost fallacy (مغالطه هزینه از دست رفته): مثلاً بلیطی برای تماشای فیلم سینما می‌خریم و در حین دیدن فیلم احساس می‌کنیم فیلم ارزش دیدن ندارد. در اینجا می‌توان دو نوع تصمیم گرفت: بعضی تصمیم می‌گیرند تا آخر فیلم را ببینند چون برای آن هزینه کرده‌اند و برخی تصمیم می‌گیرند برای جلوگیری از اتلاف وقت از سینما خارج شوند. ما در تصمیم‌گیری باید به این bias توجه کنیم و به فواید پیش روی تصمیم گرفته شده فکر کنیم نه به ضررهایی که در گذشته متحمل شده‌ایم. اگر در جایی احساس کردیم تصمیم ما نادرست بوده است همان موقع باید از ادامه دادن آن تصمیم صرفه‌نظر کنیم.

۴) Confirmation bias: چنانچه در سوگیری نوع اول گفته شد اصولاً همه افراد علاقمند به تأیید نتایج تحلیل‌های ذهنی خود از موضوعات مختلف هستند. خطر دیگری که این تمایل درونی در زمان تصمیم‌گیری ایجاد می‌نماید این است که مدیر تصمیم‌گیرنده ناخودآگاه به سراغ اطلاعاتی می‌رود که با برداشت‌های ذهنی خودش همخوانی دارد و تصمیم اتخاذ شده را تأیید می‌نماید. مثلاً اگر فردی مثبت‌اندیش باشد همه افراد را خوب می‌بیند و به طور ناخودآگاه ذهن او در مورد افراد شواهدی را جستجو می‌کند که این باور قبلی او را تأیید می‌نماید. بدیهی است این سوگیری مانع از داشتن یک دید همه‌جانبه و تأمل بر ابعاد و زوایای مختلف موضوع در زمان تصمیم‌گیری شده و می‌تواند نتایج منفی متعددی را به دنبال داشته باشد.

توصیه‌هایی برای تصمیم‌گیری بهتر در شرایط بحرانی (پیش از تصمیم‌گیری):

✓ اطمینان از وجود مجاری ارتباطی مناسب برای پیشگیری از تحریف اطلاعات: معمولاً مدیران ارشد سازمان اطلاعات را از مدیران رده میانی و آنها از مدیران رده پائین‌تر می‌گیرند. مدیران ارشد سازمان باید مراقب باشند که این اطلاعات دستخوش تغییر و تحریف نشده باشند و اطلاعات خام و دست‌نخورده جهت تصمیم‌گیری استفاده شود.

✓ ایجاد ساختار دو جانبه در سازمان (Dual structure): یک سازمان موفق ۲ نوع ساختار دارد. یک ساختار برای رفع و رجوع مسائل در شرایط عادی است و ساختار دوم برای شرایط بحرانی باید در نظر گرفته شود. ساختار دوم باید مدام محیط را رصد کند و با دریافت اطلاعات، آنها را به مدیران ارشد اطلاع دهد. هر چه در ساختار دوم، ساختار و اعضای آن پایدار و ثابت‌تر باشند نتایج بهتری حاصل خواهد شد و نباید افراد این تیم را مدام عوض کرد و یا در هر بحرانی آنها را تغییر داد. مثلاً برای بیماری کووید-۱۹ تیمی تشکیل شود و این بحران را مدیریت کنند و برای بحران دیگر این تیم عوض شوند.

✓ ایجاد آمادگی قبلی برای تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی (decision support plan): همیشه از قبل برای تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی آماده باشیم. این مسئله به ویژه در کشورهایی که از نظر بهداشتی حادثه‌خیز هستند بیشتر نمود دارد و باعث افزایش قدرت سازمان در تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی می‌شود. این آمادگی دو هدف اصلی را تأمین می‌کند:

- رصد هوشیارانه و مداوم سیستم برای یافتن خطرات بالقوه

- ایجاد آمادگی در سیستم برای مواجهه با خطر احتمالی (سناریونویسی): قبل از بروز بحران، از اعضای تیم خواسته شود که سناریوهای مختلفی برای شرایط مختلف بحرانی نوشته شود و راه‌حل‌های احتمالی آن را نیز بنویسند و به فواید و خطرات ناشی از اتخاذ آن تصمیم بپردازند تا تیم در هنگام مواجهه با بحران دچار سردرگمی و نگرانی نگردد.

✓ انعطاف‌پذیری در تنظیم دستورالعمل‌های سازمانی جهت فراهم شدن امکان تطبیق این استانداردها با شرایط بحرانی

توصیه‌هایی برای تصمیم‌گیری بهتر در شرایط بحرانی (حین تصمیم‌گیری):

(۱) اتخاذ تصمیم به صورت گروهی جهت:

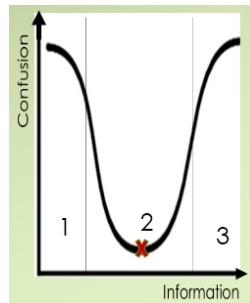
- ✓ استفاده از ظرفیت مشورت با متخصصین در حوزه‌های مرتبط (cognitive diversity)
- ✓ مقایسه نتیجه تصمیم فردی و تصمیم جمعی
- ✓ کاستن از فشار روانی بر روی تیم تصمیم‌گیرنده: هر چه تیم تصمیم‌گیری محدودتر باشد در شرایط بحرانی احساس مسئولیت بیشتر خواهد شد و استرس بیشتری بر افراد تحمیل می‌گردد. ضمناً احتمال bias نیز بیشتر می‌شود که ممکن است افراد منافع کوتاه مدت را بیشتر در نظر بگیرند و باورهای اولیه تیم را تأیید کنند و این آفت بزرگی در تصمیم‌گیری را به دنبال دارد.
- ✓ پیشگیری از فیلتر اطلاعات (to avoid self-serving bias)
- ✓ پیشگیری از کاهش قدرت تجزیه و تحلیل

(۲) ممانعت از بروز تک فکری در گروه و در نتیجه اتخاذ تصمیمات غیر واقع‌بینانه/ توجیه از طریق:

- ✓ تشویق دیدگاه‌های انتقادی (ایفای نقش مخالف): پیشنهاد می‌شود فرد یا افرادی نقش مخالف را هنگام اخذ تصمیمات بازی کنند تا بهتر بتوان به تصمیم واقع‌بینانه رسید.
- ✓ دعوت از هر یک از اعضا برای نگاه به مسئله از یک زاویه خاص
- ✓ سناریونویسی

(۳) اطمینان از کیفیت و کمیت داده‌ها:

- ✓ اطمینان از وجود مجاری موثق برای دریافت اطلاعات خام صحیح
- ✓ بازبینی متناوب داده‌ها با توجه به عدم ثبات در شرایط بحران
- ✓ اطمینان از کفایت میزان اطلاعات برای تصمیم‌گیری:



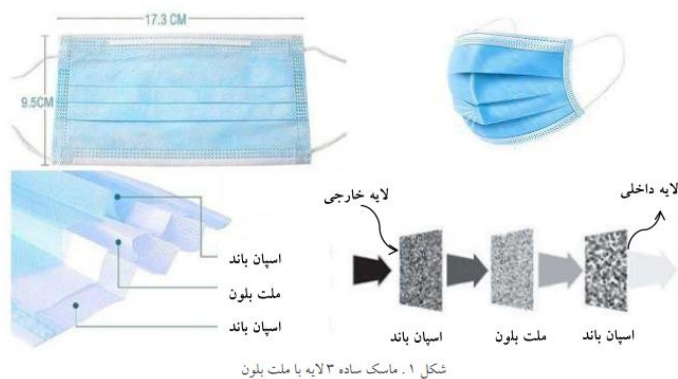
در این نمودار رابطه بین اطلاعات و confusion نمایش داده شده است. زمانی که میزان اطلاعات خیلی کم (منطقه ۱) و یا خیلی زیاد (منطقه ۳) باشد، confusion بیشتر اتفاق خواهد افتاد و یک مدیر خوب باید اطلاعات کافی (منطقه ۲) داشته باشد تا بتواند میزان confusion را کاهش دهد.

توصیه‌هایی برای تصمیم‌گیری بهتر در شرایط بحرانی (پس از تصمیم‌گیری):

- ✓ شفاف‌سازی در زمینه علل تصمیم اتخاذ شده و مدل اجرایی آن برای کلیه ذی‌نفعان
- ✓ حضور یک عضو از تیم اجرا در فرآیند تصمیم‌گیری جهت:
 - اطمینان از قابلیت اجرای تصمیم اتخاذ شده
 - ایجاد انگیزه و احساس مسئولیت در تیم اجرا در قبال تصمیم
- ✓ انعطاف‌پذیری در رابطه با تصمیم اتخاذ شده برای اجتناب از مغالطه هزینه از دست رفته

جناب آقای دکتر اصلانی رئیس محترم کمیته اخلاق در غذا و داروی دانشگاه: به ارائه گزارشی در رابطه با استانداردهای انواع ماسک برای بهره‌برداری بهتر استفاده‌کنندگان به شرح زیر پرداختند:

(۱) ماسک‌های سه لایه جراحی - پرستاری:

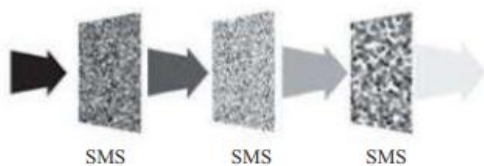


شکل ۱. ماسک ساده ۳ لایه با ملت بلون

لایه ملت بلون به عنوان فیلتر عمل می‌کند و ذرات ریزتر (از یک حدی) را اجازه عبور نمی‌دهد.

(۲) ماسک‌های چند لایه فیلتردار:

(الف) ماسک‌های سه لایه پارچه‌ای بافت SMS با گرماژ ۲۵: این ماسک‌ها چون از ۳ لایه SMS تشکیل شده‌اند. ولی در اصفهان چون امکان تولید ماسک‌های جراحی را داریم از این ماسک‌ها تولید نمی‌شود. در بسیاری از دانشگاه‌ها برای بیمارستان‌ها از این ماسک‌ها هم استفاده می‌گردد.



شکل ۲. ماسک ساده ۳ لایه بدون ملت بلون

(ب) ماسک‌های چند لایه فیلتردار - N95: این ماسک‌ها در نوع ۳، ۴، ۵ و ۶ لایه تولید می‌شود. ساده‌ترین فرم آن ۴ لایه است که ۲ لایه بیرونی آن از اسپان باند است و ۲ لایه داخلی از یک لایه ملت بلون و یک لایه کربن می‌باشد.



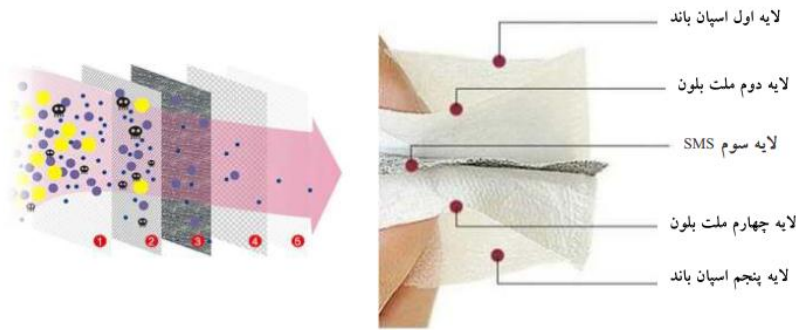
۱-۲ ماسک N95 بدون سوپاپ ۴ لایه (شکل ۳)

- ⊙ دو لایه پارچه بی بافت Spunbond (اسپان باند) با گرماژ ۲۵ تا ۳۰
- ⊙ یک لایه پارچه ملت بلون با گرماژ ۱۷
- ⊙ یک لایه فیلتر کربن اکتیو یا پلی استر

شکل ۳. ماسک N95 بدون سوپاپ ۴ لایه

۱-۳ ماسک N95 ۵ لایه (شکل ۴)

- ⊙ دو لایه پارچه بی بافت اسپان باند (Spunbond) با گرماژ ۲۵ تا ۳۰
- ⊙ دو لایه ملت بلون
- ⊙ یک لایه پارچه بی بافت SMS اضافی با گرماژ ۱۷ که بین دو لایه ملت بلون قرار می‌گیرد



شکل ۴. ماسک ۵ لایه (هرچه از لایه بیرونی ماسک (لایه ۱) به سمت لایه درونی (لایه ۵) پیش می‌رویم، تعداد و اندازه ذرات قابل تنفس کمتر و کوچکتر می‌شوند) شکل سمت چپ))

ماسک N95 سوپاپ‌دار، ماسکی صنعتی است و خاص شاغلین در معادن و پالایشگاه‌ها و ... است و در بحران کووید-۱۹ استفاده از آن برای افراد عادی جامعه و یا بیمار به هیچ‌وجه توصیه نمی‌شود. زیرا در بازدم کل آلودگی‌های ریه‌ها از جمله ویروس همراه CO2 دفع می‌گردد که خطر انتقال ویروس را افزایش می‌دهد.



"انواع طراحی ماسک‌های N95"

(B) ماسک‌های پارچه‌ای:

استفاده از ماسک‌های پارچه‌ای خانگی در شرایط ویژه کشور متعاقب شیوع بیماری ناشی از ویروس کرونا برای کادر غیر درمانی و سالم موردی ندارد. ماسک‌های پارچه‌ای تولیدی توسط اصناف و گروه‌های جهادی (نامه شماره ۲۶/۶۶۴/ مورخ ۹۹/۱/۱) است.

مشخصات ماسک خانگی به شرح زیر است:

✓ پارچه‌های ۱۰۰ درصد پنبه یا متقال (به طور کلی پارچه‌های بدون پرز که حساسیت ایجاد نمایند). قبلاً این نوع ماسک‌ها در اتاق عمل استفاده می‌شد و بعد از هر بار استفاده، شستشو و بعد در اتوکلاو استریل می‌شد.

✓ حداقل دو لایه باشد. اگر ۳ لایه باشد ۲ لایه بیرونی هیدروفوب می‌باشد و لایه وسطی از جنس ملت بلون است. ولی چون ملت بلون برای ماسک‌های جراحی و ... استفاده می‌شود و امکان کمبود آن هست برای ماسک‌های پارچه‌ای از ترموباند استفاده می‌کنند که تا ۶ بار قابلیت شستشو دارد و بعد از هر بار استفاده ماسک (تنه ماسک بجز کش آن) را در آب ۷۰-۸۰ درجه سلسیوس به مدت ۱۰ دقیقه باید قرار دهند. بعد از خشک شدن و اتو کردن آن باز قابل استفاده است.

✓ تولیدکننده می‌بایست نحوه استفاده از ماسک را به صورت بروشور داخل بسته‌بندی قرار دهد و در آن قید گردد که به منظور اطمینان از سلامت محصول، مصرف کننده باید ماسک پارچه‌ای را قبل از استفاده ابتدا با مواد شوینده شستشو داده و سپس با اتو خشک نماید.

✓ این نوع ماسک تقریباً ۴ ساعت قابل استفاده است و باید مجدد مورد شستشو قرار گیرد.

✓ این نوع ماسک نیاز به مجوز خاصی از معاونت غذا و دارو ندارد.

جدول ۲- درصد توقف ویروس آنفولانزای پرندگان (AIV) با ماسک‌های مختلف در مقایسه با یک لایه پارچه

نوع ماسک	درصد ویروس متوقف شده (بازه اطمینان ۹۵٪)
ماسک N95	۹۹.۹۸٪ (۹۹.۹۸ - ۹۹.۹۹٪)
ماسک پزشکی	۹۷.۱۴٪ (۹۴.۳۶ - ۹۸.۵۵٪)
ماسک خانگی یک لایه پارچه پلی‌استر و یک لایه دستمال کاغذی آشپزخانه ۴ لایه	۹۵.۱۵٪ (۹۰.۹۷ - ۹۷.۳۹٪)

در شرایط کنونی با توجه به تحقیقات انجام شده در این حوزه توسط مؤسسات معتبر بین‌المللی (دانشگاه کمبریج انگلستان، دانشگاه نیوسات ولز سیدنی، آکادمی‌های ملی علوم مهندسی و پزشکی آمریکا و ...) استفاده از ماسک‌های پارچه‌ای برای عموم مردم مفید دانسته شده است.

بطور کلی توصیه می‌شود:

✓ کادر درمان در بخش‌های کرونایی بیمارستان‌ها از ماسک N95 بدون فیلتر استفاده کنند ولی در بخش‌های دیگر ماسک‌های جراحی کفایت می‌کند.

✓ فقط برای مشاغل صنعتی معادن و پالایشگاه و ... ماسک‌های N95 فیلتردار (سوپاپ دار) توصیه می‌شود ولی برای بیماری کووید-۱۹ بهیچ وجه مصرف آن نه برای پرسنل و نه بیماران مبتلا و نه افراد سالم توصیه نمی‌شود.

گزارش عملکرد سایر کمیته‌های تخصصی معاونت‌های دانشگاهی در رابطه با

مدیریت چالش‌های اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای در بیماری کووید-۱۹

سرکار خانم دکتر یمانی دبیر محترم کمیته اخلاق در آموزش دانشگاه: ایشان توضیحاتی را در رابطه با مدیریت چالش‌های اخلاقی در حوزه آموزش در بحران کووید-۱۹ به طور اختصار به شرح زیر عنوان فرمودند:

چالش یا بحران؟ تغییر یا فرصت؟

✓ تغییر بستر آموزش از حضوری به مجازی

✓ تجربه بستر جدید آموزش برای استاد، دانشجو و کارکنان

✓ تغییر در نوع تعامل استاد و دانشجو

✓ نیاز به آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های جدید

✓ نیاز به امکانات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری جدید

- ✓ ارائه آموزش‌های بالینی در حضور کرونا
- ✓ مواجهه با تجارب جدید و بعضاً دشوار به ویژه برای یادگیرندگان بالینی
- ✓ عدم ارائه آموزش‌های عملی
- ✓ عدم دسترسی یکسان دانشجویان به امکانات مورد نیاز آموزش مجازی

فرصت‌ها و تجارب مثبت آموزشی در دوران شیوع کووید-۱۹:

- ✓ حضور اساتید در بیمارستان‌های آموزشی در بحران کرونا علیرغم خطرات و نگرانی‌ها: وظیفه‌شناسی
- ✓ تلاش خارج از وظیفه از سوی تعدادی از اساتید برای مدیریت کرونا و حضور بر بالین بیماران کرونایی: از خود گذشتگی و ایثار
- ✓ حضور داوطلبانه دستیاران رشته‌های مختلف در بخش‌های کرونا به قصد کمک: از خود گذشتگی
- ✓ ایجاد حس همدلی در جامعه و حضور داوطلبانه در مقابل بیمارستان‌ها برای قدردانی از کادر پزشکی: همدلی
- ✓ خنثی شدن جو بدبینی جامعه نسبت به کادر پزشکی و ایجاد حس قدردانی: ارتباط با جامعه
- ✓ ایجاد فرصت برای تجربه بستر جدید آموزش هم برای استاد و هم برای دانشجو
- ✓ ایجاد فرصت جدید یادگیری: مدیریت بحران، بیماری نوظهور، ارتباط و تعامل بخش‌های مختلف
- ✓ افزایش تعامل بین دانشگاه‌های مختلف داخلی و خارجی از طریق وبینارها و جلسات مجازی
- ✓ تشکیل جلسات مجازی: کم شدن تعداد مأموریت‌ها و نتیجتاً صرفه‌جویی در: زمان، انرژی، هزینه و
- ✓ تجربه آموزش مجازی در آموزش‌های بالینی..... راند مجازی، کنفرانس مجازی، جلسه مجازی.....
- ✓ آموزش در هر زمان و هر مکان

چالش‌های آموزشی در دوران شیوع کووید-۱۹:

(۱) نقش و وظایف استاد؛ مسئولیت پذیری، صداقت، وظیفه شناسی:

- ✓ استفاده از فرصت و ایجاد بدعت
- ✓ همکاری نکردن در ارائه آموزش مجازی
- ✓ ضعف در توانایی‌های دانشی و مهارتی در ارتباط با آموزش مجازی
- ✓ تلاش نکردن برای یادگیری بستر جدید
- ✓ وقت نگذاشتن و تلاش نکردن با وجود بحران و شرایط جدید
- ✓ استفاده از فرصت تعطیلی به دلیل بحران برای کارهای شخصی و ندرتاً عدم حضور
- ✓ عدم ارائه آموزش به موقع و ایجاد کاستی‌ها در آموزش

(۲) وظایف دانشجو؛ مسئولیت پذیری، صداقت، وظیفه شناسی:

- ✓ بدعت از سوی دانشجو

- ✓ عدم همکاری در شرایط جدید و شرایط بحرانی آموزش
- ✓ سوءاستفاده از تعطیلی پیش آمده و ترک آموزش
- ✓ مراجعه نکردن به سایت آموزش مجازی و محتوای مجازی آماده شده توسط اساتید
- ✓ انجام ندادن تکالیف تعیین شده توسط اساتید و بهانه اینترنت
- ✓ پیروی نکردن از دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های تدوین شده در شرایط جدید
- ✓ رعایت نکردن موارد اخلاقی در آموزش مجازی و تکالیف: تقلب، سرقت ادبی،...
- ✓ رعایت نکردن موارد اخلاقی در آزمون: تقلب، عدم پیروی از چارچوب‌ها، عدم حضور به بهانه ضعف اینترنت

۳) مدیریت و کادر اجرایی:

- ✓ زیر پا گذاشتن آیین‌نامه‌ها و مقررات (چه در سطح دانشگاه و چه در سطح وزارت)
- ✓ تفاوت عملکرد حوزه‌های مختلف و نبود هماهنگی لازم بین دانشگاه و وزارت
- ✓ آماده نبودن برای بحران در آموزش
- ✓ ناپایداری تصمیمات مدیریتی به دلیل بحران پیش آمده
- ✓ اطمینان نداشتن به وضعیت موجود و وضعیت آینده: عدم امکان پیش‌بینی‌های صحیح
- ✓ مواجه شدن با فشار دانشجویان و درخواست‌های بعضاً غیرمنطقی آنان

مدیریت چالش اخلاقی مربوط به اساتید:

مشکل: همکاری نکردن در ارائه به موقع دروس

راه حل: تقویت راه‌های نظارتی، تدوین دستورالعمل و آیین‌نامه

اجرای راه حل: نظارت بر کمیت و کیفیت دروس ارائه شده در سامانه نوید از مسیرهای مختلف از قبیل گزارش نوید، بازخورد دانشجویان، مشاهده درس توسط مدیر گروه، ارزشیابی استاد توسط فراگیر

ارزشیابی اجرا: دروس ارائه شده در پایان نیمسال (تأیید کمیت و کیفیت دروس)

مدیریت چالش اخلاقی مربوط به دانشجویان:

مشکل: رعایت نکردن اصول اخلاقی در آزمون

راه حل: تدوین دستورالعمل (تنوع سوالات، فرصت محدود پاسخ دهی، عدم برگشت به سوالات قبلی، گرفتن تعهد اخلاقی، ...)

اجرای راه حل: تدوین راهنما و دستورالعمل آزمون، تصویب و اجرایی ساختن آن

ارزشیابی راه حل: بررسی، تحلیل و مقایسه نتایج تحلیل آزمون‌های نیمسال فعلی و قبلی

مدیریت چالش اخلاقی مربوط به مدیریت و کادر اجرایی:

مشکل: نبود هماهنگی بین تصمیمات حوزه‌های مختلف / دانشگاه‌های مختلف

راه حل: افزایش تعامل، داشتن جلسات مشترک، تصمیم‌گیری‌های واحد، ابلاغ به موقع تصمیمات

اجرای راه حل: تشکیل شورای کلان مناطق، تشکیل وینارهای مشترک وزارتی

ارزشیابی راه حل: وجود دستورالعمل‌ها و تصمیم‌گیری‌های مشترک

سرکار خانم دکتر یوری دبیر محترم کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه: در رابطه با یکی از چالش‌های اخلاق پزشکی که در طی بحران شیوع بیماری کووید-۱۹ در این معاونت وجود داشته، به شرح زیر بحث نمودند:

مسأله اخلاقی به مخاطره افتادن safety بیماران به ویژه در فعالیت‌های پژوهشی کارآزمایی‌های بالینی بوده است. گزارش‌های متفاوتی از بیمارستان‌ها در رابطه با مشکلات این پژوهش‌ها رسیده است که بعضی از پژوهش‌ها مصوبه علمی- اخلاقی نداشتند و برخی مصوبه علمی- اخلاقی داشتند ولی نحوه اجرای آنها به گونه‌ای بود که منطبق بر پروتکل تصویب شده نبود و safety بیماران را به مخاطره می‌انداختند. با پیدایش پاندمی کووید-۱۹ محققین دانشگاهی به دلایل متعدد مادی و معنوی از جمله امکان چاپ مقالات در مجلات معتبر تمایل زیادی داشتند که در فعالیت‌های پژوهشی شرکت نمایند در ماه‌های اولیه فضای علمی در رابطه با کووید-۱۹ بسیار مهیم بود که این برای معاونت پژوهشی تکلیفی را ایجاد کرد که در این پژوهش‌ها به safety بیماران توجه شود. چون در این پژوهش‌ها safety بیماران به شدت در معرض آسیب بود. بنابراین مسأله اخلاقی که مورد توجه قرار گرفت "ارائه راهکارهایی برای اطمینان از ایمنی بیماران شرکت‌کننده در کارآزمایی‌های بالینی مرتبط با کووید-۱۹ بود".

برای حل این مسأله بر اساس فلوچارت تصمیم‌گیری اخلاقی، ابتدا اطلاعات لازم برای شفاف‌سازی مفاهیم به کار رفته در عنوان چالش جمع‌آوری شدند (Conceptual Information). از جمله می‌توان به ارائه تعریف روشن از safety آزمودنی‌ها و میزان خطر قابل قبول در پژوهش‌های درمانی و غیردرمانی اشاره کرد. همچنین تعریف RCT و ویژگی‌های یک کارآزمایی بالینی صحیح به لحاظ علمی و اخلاقی مورد تأمل قرار گرفتند. اطلاعات اخلاقی (Moral Information) نیز با توجه به اصول اخلاقی مطرح در مسأله مورد نظر از جمله اتونومی آزمودنی‌ها، اصول سودرسانی و عدم ضرررسانی و عدالت مورد بحث قرار گرفتند. در پایان اطلاعات میدانی وسیعی که در رابطه با وضعیت اجرای کارآزمایی‌های بالینی در مراکز درمانی از طرق مختلف به معاونت تحقیقات و فناوری ارسال شده بود جمع‌آوری و مورد تحلیل قرار گرفتند (Factual Information).

در مرحله بعد برای تصمیم‌گیری بر مبنای اطلاعات جمع‌آوری شده با گروه‌های مختلف ذی‌نفعان مذاکره شد: بیماران، کارشناسان متخصص اخلاق در کشور، رؤسای بیمارستان‌های سانتر پذیرش کرونا و ... که مشکلات از همگی شنیده شد و دیدگاه‌های مختلف آن‌ها به دست آمد. سپس با توجه به اطلاعات به دست آمده، پیشنهادهای مطرح شد که پیامدهای مثبت و منفی عمل به هر یاز آنها به همراه تعهداتی که اتخاذ هر تصمیم ایجاد می‌نمود بررسی گردید. در نهایت بر اساس کلیه مراحل پیش گفت کمیته اخلاق در پژوهش معاونت تحقیقات و فناوری تصمیم گرفت چند مکانیسم را بطور همزمان فعال نماید:

- (۱) آموزش ضوابط و اصول علمی و اخلاقی لازم‌الاجرا در کارآزمایی بالینی از طریق برگزاری وینار در تیرماه ۹۹.
- (۲) تسریع تخصیص کد علمی و اخلاقی برای کارآزمایی‌های بالینی کووید-۱۹ (به طور متوسط ۴۸ ساعت داوری علمی و ۴۸ ساعت داوری اخلاقی)

۳) تقویت نظارت بر انجام کارآزمایی‌های بالینی مرتبط با کووید ۱۹.

این نظارت به دو شکل اصلی انجام گرفت:

- دریافت گزارش از مجریان محترم کارآزمایی‌های بالینی در دانشگاه
- مراجعه حضوری به مراکز درمانی محل اجرای پژوهش و نظارت مستقیم بر روند اجرا

برای این منظور کمیته ای تحت عنوان " کمیته نظارت بر حسن انجام کارآزمایی‌های بالینی مرتبط با کووید ۱۹ با عضویت اساتید و پژوهشگران برجسته دانشگاه تشکیل شد و از نظرات کارشناسانه این بزرگواران در هر دو شکل نظارت استفاده گردید.

مذاکرات

در صورت تمایل به دریافت متن مربوط به مذاکرات جلسه، می توانید به ایمیل شورای اخلاق علوم پزشکی دانشگاه به نشانی ethicscouncil1397@gmail.com درخواست خود را اعلام فرمائید. ان شاءالله طی ۳ روز اداری بعد از دریافت ایمیل شما، متن مذاکرات را دریافت خواهید نمود.

مصوبات

- ۱) با توجه به تلاش‌های ارزشمند معاونت محترم پژوهشی برای نظارت بر پژوهش‌های کووید-۱۹ به ویژه از منظر اخلاق، شورای اخلاق آن را امری ضروری و مورد تأکید می‌داند. این معاونت کماکان برای رعایت **safety** بیماران روند قبلی را ادامه دهند.
- ۲) ضرورت دارد همه معاونت‌های محترم دانشگاهی در بحران‌ها از جمله کووید-۱۹ در فعالیتهای خود اصول همکاری تیمی و مبانی علمی "نحوه مدیریت مسائل اولویت‌دار اخلاق پزشکی" را مطابق مباحث علمی ارائه شده در جلسات اخیر شورا رعایت نمایند تا موجب افزایش کیفیت مراقبت‌ها و در نتیجه ارتقاء سطح سلامت خدمت‌گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات گردد.
- ۳) به منظور تهیه‌ی شیوه‌نامه‌های رعایت اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای (تعیین حدود و ثغور اقدام عاجل علمی-تخصصی در شرایط بحرانی از جمله کووید-۱۹ نسبت به شرایط معمول)، ضرورت دارد نشست‌های تخصصی علوم پزشکی با مشارکت اداره پزشکی قانونی، سازمان نظام پزشکی و مسئولین ستادی ذیربط دانشگاه علوم پزشکی و متخصصین اخلاق پزشکی دانشگاه برگزار گردد. مسئولیت پیگیری تشکیل این نشست‌ها برحسب موضوع با مسئولین ستادی دانشگاه تا ۲ ماه آینده می‌باشد.
- ۴) به منظور افزایش میزان رعایت پروتکل‌های بهداشتی ضرورت دارد نظارت بر کیفیت اجرا در همه سطوح ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در هر حوزه مسئولیتی دانشگاه تقویت گردد.
- ۵) به منظور افزایش رضایتمندی به ویژه دانشجویان تحصیلات تکمیلی در رابطه با رعایت عدالت در آموزش و پژوهش ضرورت دارد مسئولین محترم دانشکده‌ها مصوبات و آئین‌نامه‌های این دو حوزه را به گونه‌ای نظارت نمایند که ویژگی شرایط بحرانی رعایت گردد.
- ۶) با توجه به غیبت اعضای شورای اخلاق در جلسه امروز و پیشنهاد بعضی از اعضا مبنی بر تغییر ساعت و یا روز جلسه، مقرر شد دبیرخانه شورا با هماهنگی دفتر ریاست محترم دانشگاه با ارسال نامه‌ای به اعضای شورا در رابطه با تغییر ساعت و یا روز جلسه، نظرات را جمع‌آوری و طبق نظر اکثریت در صورت امکان ساعت و روز جلسه تغییر نماید.

۱) ارائه خلاصه گزارشی در رابطه با "نحوه‌ی مدیریت چالش‌های اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای در سایر حوزه‌های معاونت دانشگاهی" توسط:

✓ جناب آقای دکتر رضایتمند معاون محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه.

✓ جناب آقای دکتر حسینی معاون محترم دانشجویی فرهنگی دانشگاه.

۲) ارائه نقطه‌نظرات اداره پزشکی قانونی و سازمان نظام پزشکی در رابطه با بند ۳ مصوبات شورای اخلاق مورخ ۹۹/۷/۱۶.

۳) پرسش و پاسخ پیرامون بند ۲ مصوبات شورای اخلاق مورخ ۹۹/۷/۱۶.