

واکاوی موضوع شفاف‌سازی خطاهای پزشکی تحلیل وضعیت نهاد پزشکی ایران

فاطمه جواهری^۱

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۳، تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۳۰

چکیده

موضوع شفاف‌سازی در حال تبدیل شدن به مطالبه‌ای اجتماعی است. به این معنا که تقاضای عمومی برای شفافیت از سطح نهادهای سیاسی و اقتصادی فراتر رفته و به نهاد پزشکی نیز تسری پیدا کرده است. بر این اساس، انتظار می‌رود پزشکان درباره عملکرد و به ویژه خطای عملکردشان پاسخگو باشند. در مقاله حاضر با تکیه بر روش تحلیل نظری موضوع شفاف‌سازی پزشکی را از نظر جامعه‌شناختی واکاوی کرده‌ایم. به این منظور ابتدا چارچوب مفهومی این اصطلاح و برخی دیدگاه‌های تبیین‌کننده آن مطرح شده، سپس زمینه‌های شکل‌گیری اندیشه شفاف‌سازی و دیدگاه موافقان و مخالفان آن تشریح شده است. در مرحله بعد، اقدامات بعضی کشورها در زمینه شفاف‌سازی خطاهای پزشکی معرفی شده است. در خاتمه با بهره‌گیری از یافته‌های پژوهشی موجود، وضعیت شفاف‌سازی خطاهای پزشکی در نهاد بهداشت و درمان کشور ایران تشریح شده است. اطلاعات این مقاله نشان می‌دهد که در ایران در زمینه شفاف‌سازی خطاهای پزشکی، اقدامات درخور ملاحظه‌ای صورت گرفته است، اما به دلیل پاره‌ای انسدادهای ساختاری تا تحقق کامل آن هنوز راه درازی در پیش است. پیش‌نیاز نیل به شفافیت تحول چندجانبه در سازوکارهای ساختاری جامعه، یعنی محیط بیرونی نهاد پزشکی، و هم‌زمان فراهم‌آمدن بستر مناسب در داخل این نهاد است.

واژگان کلیدی: شفاف‌سازی، خطای پزشکی، نهاد پزشکی ایران.

مقدمه

خطاکردن بخشی از طبیعت انسان است. از ابتدای تکوین جامعه بشری تاکنون، رفتار کنشگران انسانی در همه عرصه‌ها با میزانی از خطا و اشتباه آمیخته بوده است. انسان‌ها در سیر تکامل خود پیوسته کوشیده‌اند از وقوع خطا پیشگیری کنند. جست‌وجوی راهکارهای نظام‌یافته برای شناسایی و مدیریت خطاهای عملکردی امروزه از سطح فردی عبور کرده و به عرصه سازمانی و نهادی راه یافته است. در جهت تحقق این هدف، طی سال‌های اخیر در محافل فکری و عرصه‌های اجرایی و کاربردی گوناگون، مبحث شفاف‌سازی^۱ خطاهای عملکردی کنشگران انسانی یا سازمانی مطرح شده است. نمونه‌ای از خطاهای مختلفی که ممکن است بروز پیدا کند، خطاهای پزشکی است. عبارت «بسیاری از بیماران نخواهند مرد، اگر در بیمارستان بستری نشوند»، که به‌طور متعارف بین گفت‌وگوهای عادی مردم در جریان است، به‌شیوه‌ای مبالغه‌آمیز به این واقعیت اشاره دارد که درمان پزشکی و تولید سلامتی تاحدی نامطمئن و مخاطره‌آمیز است و همواره به نتایج دل‌خواه منجر نمی‌شود.

خطاهایی که در فرایند تشخیص، تجویز و درمان بیماری، یا در خلال به‌کارگیری تجهیزات، تخصیص منابع و تعامل میان پزشک-بیمار رخ می‌دهد، موجب به‌خطرافتادن سلامتی، کاهش کیفیت درمان، هدررفتن منابع انسانی، درمانی و مالی، تضعیف کارایی پزشک و درنهایت، بی‌اعتمادی به پزشک و نهاد پزشکی خواهد شد. از سوی دیگر، بسط اندیشه حقوق بشر، رشد آگاهی‌های بهداشتی و انتظارات فزاینده گیرندگان خدمات، رشد سرسام‌آور هزینه خدمات بهداشتی و درمانی، در مجموع، ممانعت از تضييع حقوق انسانی بیماران و هدررفتن منابع مادی را به ضرورت تبدیل کرده است. از این‌رو، عنایت به موضوع خطاهای پزشکی حائز اهمیت است. تلاش برای شناسایی منطقه‌های خطرآفرین، تنظیم نظام گزارش‌دهی و استراتژی‌های کاهش خطا می‌تواند به بسط پزشکی پیش‌گیرانه کمک کند. از طرف دیگر، از آنجاکه امروزه کیفیت زیست انسان‌ها معیار برتری کشورها قلمداد می‌شود، از طریق شفاف‌ساختن خطاهای پزشکی، سطح بالاتری از سلامتی، رضامندی و ایمنی بیماران تأمین خواهد شد. تلاش برای کاهش خطا و شیوه‌مقابله با آن ربط وثیقی به موضوع اخلاق پزشکی و جایگاه بیمار در نظام فکری-ارزشی پزشک دارد؛ زیرا چهار اصل اساسی اخلاق پزشکی عبارت‌اند از احترام به اختیار فردی،^۲ سودمندی،^۱ عدم زیان‌باری،^۲ و عدالت^۳ (لاریجانی و زاهدی، ۱۳۸۴: ۳).

1. Transparency

2. Autonomy

نویسنده این مقاله درصدد است موضوع شفاف‌سازی خطاهای پزشکی را از منظری جامعه‌شناختی بکاود. به این منظور دو پرسش زیر مدنظر است:

- در ایران برای شفاف‌سازی خطاهای پزشکی چه اقداماتی انجام شده است؟
 - نهاد پزشکی ایران برای تحقق شفافیت با چه مشکلاتی مواجه است؟
- برای پاسخگویی به پرسش‌های یادشده در درجه اول از روش تحلیل نظری استفاده کرده‌ایم. به این معنا که ابتدا فضای مفهومی، ابعاد و کارکردهای شفافیت در قالب نظری مطرح خواهد شد. سپس، به کمک مرور نظام‌مند یافته‌های پژوهشی داخلی و خارجی، تجربه برخی کشورهای خارجی و نیز کشور ایران در این زمینه معرفی می‌شود و هدف بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

چارچوب مفهومی و نظری

تعریف مفهوم شفافیت: «شفافیت در لغت به معنای عبور نور از شیشه به طوری است که اشیای پشت آن رؤیت‌پذیر باشد. این اصطلاح که در قلمروهای مختلف کاربرد دارد با مفاهیمی مانند آشکاربودن، صریح‌بودن، و رک‌وراست‌بودن مترادف است» (هولزر، ۲۰۰۷: ۵۰۷۹).

در حوزه‌های سازمانی «شفافیت به این معناست که ذی‌نفعان شامل اعضای هیئت‌مدیره، کارکنان، داوطلبان، مراجعه‌کنندگان، حامیان مالی، و عامه مردم اطلاعاتی به دست آورند که ممکن است به شناسایی موارد سوءاستفاده و حفظ منافع آنها کمک کند» (آنهیر و لیرت، ۲۰۰۶: ۲۷۰). در عرصه اقتصاد دولتی، شفاف‌سازی به معنای «اطلاع از وضعیت حسابداری دولت، عملکرد بنگاه‌های اقتصادی و وجود ابزارهایی برای سنجش فساد مالی مقام‌های دولتی است. صورت‌های مالی در شرایطی شفاف هستند که از ویژگی در دسترس بودن، قابل‌اتکاب بودن، جامع بودن، مربوط بودن و به موقع بودن برخوردار باشند» (دارابی و مرادلو، ۱۳۹۰: ۴۲). «در نشست لیون (۱۹۹۶) اعلام شد که کمیسیون جی هفت شفاف‌سازی را به مثابه راه درمان سوءمدیریت و فساد توصیه می‌کند» (فراستنبرگ، ۲۰۰۱: ۱۰۵). در عرصه سیاست «شفاف بودن دولت یکی از معرف‌های حکمرانی خوب است» (کیرکیگارد، ۲۰۰۸: ۴). «شفافیت یعنی اطلاعات مربوط به یک سیاست در دسترس باشد و شهروندان بدانند که در تحقق یک سیاست چه نقشی ایفا خواهند کرد» (بلومگرین و ساندن، ۲۰۰۸: ۱۵۱۲).

1. Beneficence
2. Nonmaleficence
3. Justice

وجه اشتراک تعریف‌های یادشده این است که شفافیت معادل گزارش عملکرد واقعی فرد، گروه، سازمان، یا نهاد به صورت آشکار و دقیق است؛ به طوری که اطلاع، ارزیابی و نظارت دیگران بر آن امکان پذیر شود.

واژه شفافیت ربط وثیقی به مفهوم‌های علنی بودن،^۱ مسئولیت‌پذیری،^۲ حسابرسی،^۳ ارزیابی،^۴ پایش^۵ و گزارش‌دهی^۶ دارد. پاسخگوبودن معادل احساس مسئولیت خدمت‌گزاران بخش عمومی درقبال منافع مردم است. «پاسخگوبودن»^۷ اغلب از طریق پایش و گزارش نظام‌ها و رویه‌هایی تحقق پیدا می‌کند که همه کارها و رفتارها را رؤیت‌پذیر و قابل اندازه‌گیری می‌سازد» (واکر، ۲۰۰۶: ۴؛ هانت و بکمن، ۲۰۰۸: ۸۷). «ممیزی»^۸ یک نوع ارزیابی است که براساس معیارهایی ازپیش‌تعیین‌شده درباب کارآمدی و کفایت یک برنامه قضاوت می‌شود و مجوز ادامه فعالیت یا جلوگیری از آن صادر می‌شود» (درگاهی و همکاران، ۱۳۸۴: ۱۱). در نتیجه پاسخگویی، حساب‌کشی و گزارش‌دهی، رفتار کنشگران فردی و جمعی پیش‌بینی‌پذیر و قابل نظارت می‌شود. از این‌رو، مجموعه این عناصر را فناوری‌های رؤیت‌پذیری^۹ نامیده‌اند (بلومگرین، ۲۰۰۷: ۶۹).

شفاف‌سازی خطای پزشکی: شفاف‌سازی در این حوزه عبارت است از گزارش خطاهای پزشکی به طوری که این اطلاعات برای مسئولان و کاربران حوزه پزشکی و حتی مردم عادی فهمیدنی باشد. «خطای پزشکی»^{۱۰} زمانی رخ می‌دهد که پزشک برای دستیابی به هدف، به طور غیر عمد از وسائل اشتباه استفاده کند یا نتواند یک اقدام ازپیش‌طراحی‌شده را به‌ترتیبی که مدنظر بوده است به انجام برساند» (ایونس و همکاران، ۲۰۰۴: ۵۷۷). خطای پزشکی نشانه وجود مشکل در فرایند مراقبت، ناتوانی در تحقق عمل برنامه‌ریزی‌شده (خطا در اجرا) یا اتخاذ برنامه‌ای نادرست (خطا در برنامه) است. خطاهای پزشکی اغلب بیش از آنکه ناشی از وضعیت بیماری فرد باشد حاصل نقصان در مدیریت پزشکی است (کالرا، ۲۰۱۳: ۱۱۶۱؛ باکنال، ۲۰۱۰: ۱۵۱).

1. Openness
2. Responsibility
3. Accounting
4. Evaluation
5. Monitoring
6. Reporting
7. Accountability
8. Auditing
9. Visualizing technologies
10. Medical Error

«خطاهای پزشکی ممکن است پیش‌گیری‌ناپذیر،^۱ پیش‌گیری‌پذیر^۲ و سهل‌انگارانه^۳ باشند» (گریپراد، ۲۰۰۵: ۳۰۷). خطاهای پزشکی را به دو منبع انسانی و سازمانی تفکیک کرده‌اند. خطاهای انسانی در بسیاری مواقع ریشه‌های معرفتی و شناختی دارد؛ در این صورت اغلب از آنها با عنوان قصور پزشکی^۴ یاد می‌شود و دربردارنده مصادیقی مانند بی‌مبالاتی، یعنی غفلت از انجام عملی که باید انجام می‌شده است، بی‌احتیاطی یعنی انجام کاری که نباید انجام می‌شده است، ناآگاهی و ناتوانی در انجام کارهای تخصصی، و رعایت‌نکردن قوانین و آیین‌نامه‌های پزشکی است. گاهی نیز خطا حاصل وضعیت نامناسب روانی مانند فشار، خستگی و نگرانی است (وگهان و همکاران، ۲۰۱۲: ۱۰۴).

فعالیت‌های انسانی به سه گروه مهارت‌بنیان،^۵ قاعده‌بنیان،^۶ و شناخت‌بنیان^۷ تفکیک‌پذیرند. تفکیک‌پذیرند. فعالیت‌های مهارت‌بنیان شامل رفتارهایی است که به‌طور تکراری و ناخودآگاه انجام می‌شود. فعالیت‌های قاعده‌بنیان دستورالعمل‌آزایش‌تعیین‌شده مشکلات است. امور دانش‌بنیان زمانی رخ می‌دهند که راه‌حل‌های جدید مطرح شوند و مواجهه با آنها نیازمند فرایند تحلیل آگاهانه مبتنی بر ذخیره دانش باشد. برخورداری از مهارت‌های شناختی در فرایند تصمیم‌گیری نقش بسیار مهمی دارد. از آنجاکه نوآوری در عرصه فن‌آوری سریع‌تر از تصمیم‌گیری‌های معرفتی رشد می‌کند، این شکاف مبنای وقوع خطا می‌شود (کالرا، ۲۰۱۳: ۱۱۶۳).

البته برخی خطاها شامل مواردی است که در قانون به‌صراحت جرم دانسته شده و ارتکاب آنها مجازات کیفری به دنبال دارد؛ مانند سقط‌جنین غیرقانونی، سوءاستفاده در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی» (رشیدیان و جودکی، ۱۳۸۸: ۲۳۵-۲۳۴).

ازسوی دیگر، خطای پزشکی به دو نوع فعال و پنهان دسته‌بندی می‌شود. خطای فعال نتیجه مستقیم و بی‌واسطه عملکرد افراد متخصص حرفه‌ای است. خطای پنهان مواردی مانند سنگینی کار، آموزش ناکافی و تجهیزات نامناسب است که در داخل نظام مراقبت وجود دارند.

1. Unpreventable
2. Preventable
3. Negligent
4. Male practice
5. Skill-based
6. Rule-based
7. Knowledge- based

این نوع خطاهای غیرمشهود به شکل غیرمستقیم کنشگر را به ارتکاب خطای فعال نهایی سوق می‌دهند. بنابراین، برخی منابع خطا در عمل انسان و برخی دیگر در سازمان وجود دارد. سازمان ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی نظام سلسله‌مراتبی، سیاست‌های مدیریتی و محیط کار دارد. متخصصان مراقبت‌های درمانی در رأس این هرم قرار دارند و عیب‌های درون این نظام باعث می‌شود که آنها اشتباه کنند یا از قواعد تخطی کنند. بدیهی است که اقدامات اصلاحی باید نقصان‌های پنهان در زیرساخت‌های سازمانی را مرتفع سازد (همان، ۱۱۶۴).

از جهت نظری شاید اولین اندیشمندی که به موضوع خطاهای درمانی توجه کرد فایوان ایلیچ^۱ باشد. او معتقد بود پزشکی معاصر خود تهدیدکننده تن‌درستی است. او دو نوع بیماری‌زایی کلینیکی و بیماری‌های پزشک‌ساخته اجتماعی، فرهنگی و ساختاری را از یکدیگر تفکیک کرد. او بر این باور است که درمان‌های دارویی، فن‌آوری‌های پزشکی و محیط‌های کلینیکی در مجموع بیماری‌زا هستند. افزون‌برآن، دسترسی بیش‌ازاندازه به خدمات درمانی و بهداشتی موجب وابستگی (ذهنی و عملی) و برای سلامتی مضر است. او پیامدهای این روند را رواج بیماری‌های پزشک‌ساخته^۲ می‌داند (به نقل از آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۱۸۶-۱۸۵).

موضوع خطای پزشکی در قالب نظریه "جامعه مخاطره" بک^۳ نیز تحلیل می‌شود. از نظر او، امنیت انسان امروز بیشتر به واسطه مخاطرات بشرساخته تهدید می‌شود که حاصل توسعه فن‌آوری، گام‌نهادن از دوره کم‌یابی به پساکم‌یابی، تبدیل دغدغه نان به دغدغه امنیت، نیاز به پیش‌بینی و کنترل پیامدهای آتی کنش بشر و مخاطرات ناشی از مصرف شدید است (بک، ۱۳۸۸).

گیدنز نیز همانند بک معتقد است در جوامع پیشامدرن، ناامنی و خطر حاصل از بلایای طبیعی، جنگ و خشونت میان انسان‌ها بود؛ و اعتماد اجتماعی از طریق نظام خویشاوندی، اجتماع محلی، مذهب و سنت تأمین می‌شد. اما در دنیای مدرن، خطر و تهدید محصول دانشی است که به‌طور اجتماعی سازمان یافته است، در همان حال، این ویژگی اصلی مدرنیته است که می‌توان مخاطرات را براساس دانش تعمیم‌پذیر درباره خطرهای بالقوه و تحت‌تأثیر نظام‌های دانش متخصصان تخمین زد. ایمان شخص مدرن برپایه اعتماد تلویحی به کارآیی نظام‌های تخصصی استوار است. البته کنشگران در مناسبات خود با نظام‌های تخصصی دشواری‌هایی را که نتیجه خطاپذیری آنهاست تجربه می‌کنند. برای مثال، مردم سوار هواپیما می‌شوند، زیرا به سازوکار فنی و خلبان آن اعتماد دارند، اما هواپیما گاهی ممکن است سقوط کند. نظام

1. Ivan Illich
2. Iatrogenic
3. Ulrich Beck

تخصصی پزشکی برپایه این فرض قادر به عمل است که بیماران با کمال میل خود را در اختیار معاینه‌ها و معالجه‌های پزشک قرار می‌دهند. متزلزل شدن اعتماد به نظام‌های تخصصی پیامدهای بالقوه آسیب‌زایی برای امنیت وجودی کنشگران دارد (به نقل از کسل، ۱۳۸۳). در واقع نظام‌های تخصصی هم مولد اعتماد و هم مولد مخاطره و در نهایت بی‌اعتمادی هستند.

زمینه‌های شکل‌گیری اندیشه شفاف‌سازی

موضوع شفاف‌سازی برآیند مجموعه به‌هم‌پیوسته و تدریجی از تحولات فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی کشورهای توسعه‌یافته طی سال‌های متمادی است. برخی عوامل زمینه‌ساز آن به ترتیب زیرند:

نظام سیاسی مردم‌سالار: «براساس فلسفه اثبات‌گرایی و لیبرالیسم کلاسیک، شفافیت شالوده‌کمال‌یافتگی یک حکومت اعتدال‌یافته^۱ و سازمان‌های عمومی آن است. شفاف‌ساختن نظام قواعد، اعمال قدرت کنترل‌نشده را به حداقل می‌رساند. پاسخگو بودن سوءاستفاده از قدرت را برملا می‌سازد. نتایج حاصل از منافع شفافیت به پیش‌بینی‌پذیری، محاسبه‌پذیری و مشارکت در حیات عمومی منتهی خواهد شد» (فارستنبرگ، ۲۰۰۱: ۱۰۷). نظام‌های سیاسی که در این چارچوب معرفتی شکل می‌گیرند به تعیین قواعد تولید، گردآوری، ذخیره، انتقال، تنظیم و شیوه دسترسی به اطلاعات اهمیت زیادی می‌دهند و به‌منظور تحقق اهدافی مانند بهداشت عمومی، حفظ محیط زیست و توسعه اقتصادی خود به بزرگ‌ترین مصرف‌کننده اطلاعات تبدیل می‌شوند.

رشد جامعه مدنی: یکی از ویژگی‌های جامعه مدنی وجود شهروندانی آگاه، مؤثر و فعال است. در چنین جامعه‌ای رسانه‌ها نقش بسزایی در اطلاع‌رسانی شفاف، نقد وقایع و رویدادها و شکل‌گیری عرصه عمومی دارند. شهروندی فعال انتظار پاسخگویی از نهادها و سازمان‌ها را افزایش می‌دهد. «درکشورهایی که دموکراسی به بخشی از فرهنگ جافتاده و زیست اجتماعی مردم تبدیل شده است، حق دسترسی به اطلاعات به رسمیت شناخته می‌شود و نهادهای قانون‌گذار زیربنای حقوقی دستیابی به اطلاعات را فراهم می‌آورند» (کلهمان، ۲۰۰۹: ۵۱۳).

سودمندگرایی: مراقبت‌های بهداشتی مانند هر خدمت دیگری دارای وجوه اقتصادی است. زیرا «منابع قابل دسترس برای مراقبت‌های بهداشتی محدود و تقاضا برای دریافت آن بیش از عرضه است. عامل کمیابی به‌آسانی و با افزایش اعتبارات بهداشتی از میان نمی‌رود؛ زیرا اهمیت هزینه‌های

1. Subdued

فرصت معمولاً نادیده گرفته می‌شود. علاوه بر آن، تخصیص بخش مشخصی از اعتبارات تولید ناخالص ملی به امر بهداشت و درمان متضمن انواعی از ملاحظات اقتصادی است» (پوررضا، ۱۳۸۲: ۳۰۱). بنابراین، تلاش برای کاهش خطا تاحدی تابع محدودیت‌های اقتصادی، تمایل به صرفه‌جویی در مصرف منابع و گرایش به افزایش کارایی اقتصادی است (کلهمان، ۲۰۰۹: ۵۱۷، ۵۱۴ و چسین، ۲۰۰۲: ۵۰). «تقاضا برای اطلاع‌رسانی شفاف نشانه توجه به نحوه مصرف مالیات‌هایی است که مردم پرداخت کرده‌اند» (بلومگرین و ساندن، ۲۰۰۸: ۱۵۱۲).

مشتری‌مداری: نظام‌های اقتصادی امروز اغلب براساس اصل مشتری‌مداری عمل می‌کنند؛ به این معنا که «می‌کوشند تا احترام و ارتباط متقابل، مهارت فنی، تداوم و مقبولیت خدمت، آموزش و کسب اطلاعات مورد نیاز، صرف زمان مناسب برای خدمت و رضایت مشتری را محقق سازند» (صدیقی و همکاران، ۱۳۸۱: ۱۹). «نظام‌های مراقبت بهداشتی که براساس انتخاب مصرف‌کننده بنا شده‌اند، ملزم هستند اطلاعات مطمئن و مقایسه‌پذیر را، نه تنها درباره برنامه‌های بیمه و ابعاد اقتصادی آن، بلکه درباره کیفیت عملکرد پزشکان، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها در اختیار داشته باشند» (ویدن، ۱۹۹۵: ۳۸۰). اگر نهاد پزشکی استفاده‌کنندگان از خدمات درمانی را شهروند- مصرف‌کننده در نظر بگیرد، در برابر آنها موظف به پاسخگویی است. بر اثر چنین تحولی، «نظام مراقبت و سلامت پدرمآبانه^۱ به نظام بیمارمحورانه دگرگون می‌شود. این تحول دو عنصر مصرف‌گرایی و گزینشگری را در مراقبت‌های بهداشتی دربردارد و هدف آن ایجاد فضایی است که در آن اولویت‌ها و تقاضاهای بیماران به صورت نیروهای شکل‌دهنده بازار و ارائه خدمات عمل کند» (کاکرهام، ۱۳۹۲: ۵۶۹).

سیاست بهداشتی: با ظهور دولت رفاه، برخورداری از سلامت به نوعی حق تبدیل شد. براین پایه «سازمان بهداشت جهانی (۱۹۶۴) در اعلامیه‌ای اظهار کرد که برخورداری از بالاترین استاندارد به دست آمدنی سلامت حق هر انسان است. حق سلامت^۲ حقی طبیعی نیست، جامعه موظف است از طریق فراهم آوردن تمهیدات لازم آن را محقق سازد» (ونگ، ۱۹۹۲: ۶۹۷). از این پس، دولت‌های عضو این میثاق متعهد شدند دستیابی به حق سلامت را برای شهروندان خود امکان‌پذیر سازند. به این ترتیب، دولت‌ها مسئولیت اطلاع‌رسانی شفاف در باب رخدادهای بهداشتی و درمانی و هشارسازی مردم درباره وقوع خطاهای پزشکی را به عهده گرفتند.

1. Paternalistic health care

2. Right to health

ظهور جامعه اطلاعاتی: انقلاب ارتباطات برخورداری از اطلاعات را به ضرورت روزمره زندگی مردم تبدیل کرده و باعث شده است که اکثر فعالیت‌ها به صورت واحدهای اطلاعاتی بین مردم درگرددش باشد. مفهوم شفافیت به ظهور ارزشی جهانی درباب دسترسی آزادانه به اطلاعات مرتبط است. به آن معنا که «همه مراکز قدرت موظف هستند اطلاعات خود را علنی سازند و توده مردم نیز حق دانستن^۱ دارند» (هولزر، ۲۰۰۷: ۵۰۷۹). طی سال‌های گذشته «شکل‌گیری اتحادیه اروپا، واحد پول مشترک و برداشته شدن مرزهای جغرافیایی باعث شد ملت‌های اروپایی به اعتمادسازی^۲ میان خود نیازمند شوند. در وضعیتی که رابطه‌ها مبتنی بر فواصل زیاد و دور است، دسترسی به اطلاعات معتبر، مطمئن و آزاد به سنگ بنای اعتماد اجتماعی تبدیل می‌شود» (همان، ۵۰۸۱). به این ترتیب چرخش جهانی اطلاعات، مبنای تحول در آگاهی‌ها، انتظارات و ارزش‌های مربوط به سلامت شد و از این‌پس سلامت دست‌مایه ایدئولوژی گردید. «ایدئولوژی سلامت‌گرایی^۳ مشوق شناخت بدن و نظارت بر آن است. از نشانه‌های غلبه چنین فرهنگی وجود انواع فن‌آوری‌ها، دوربین‌ها، آزمایش‌های غربال‌گری، آزمون‌های کامپیوتری است که حتی در سوپرمارکت‌ها نیز دردسترس است. این وضعیت که کالبد جسمانی مردم را به بدن‌هایی شفاف تبدیل می‌کند نشانه رشد جامعه اطلاعاتی و مصرف‌گرایی در موضوع سلامت است» (چریسانتو، ۲۰۰۲: ۴۷۲).

مدیریت دانش: «مدیریت دانش با تبدیل سرمایه‌های انسانی به دارایی‌های فکری سازمان یافته برای سازمان مدنظر ارزش ایجاد می‌کند و به منظور تحقق اشتراک دانش (ضمنی و صریح) بر پیوند اطلاعات با اطلاعات، اطلاعات با فعالیت‌ها و اطلاعات با افراد تمرکز دارد. مدیریت دانش برای دستیابی به اهداف سازمانی و از طریق کاهش زمان و هزینه آزمون و خطا یا تکرار، به ایجاد ارزش می‌پردازد» (پیری و آصف‌زاده، ۱۳۸۵: ۱۲۵). مدیریت دانش ابزار مناسبی برای ثبت اطلاعات پزشکی و توانایی حذف دانش منسوخ و ناکارآمد فراهم آورده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، اندیشه شفاف‌سازی برآیندی از تحولات چندجانبه، هماهنگ و تدریجی در ساختار جامعه است. تحقق این اصل در جامعه‌ای امکان‌پذیر است که از پیش‌زمینه‌های لازم برای رشد برخوردار باشد.

1. Right to know
2. Trust building
3. Healthism

آرای موافقان و مخالفان شفاف‌سازی پزشکی ارزیابی خوش‌بینانه از آثار شفاف‌سازی

تأمین حقوق بیمار: از آنجاکه نظام بهداشت و درمان یکی از مهم‌ترین نهادهای تأمین‌کننده حق سلامت و کیفیت خوب زندگی است، سهم آن در تحقق حقوق انسان‌ها کمتر از دستگاه قضایی یا نظام سیاسی مردم‌سالار نیست. بنابراین، اتخاذ سیاست‌های مبتنی بر کاهش خطا، احتمال تحقق حقوق انسانی و اخلاقی مردم را افزایش می‌دهد. به‌ویژه اینکه «به‌دلیل فاصله پایگاه معرفتی بیمار، وی نمی‌تواند عملکرد پزشک را به‌طور کارشناسانه ارزیابی نماید. بنابراین اگر پزشک وقوع خطا را اعلام نکند، بیمار متوجه نخواهد شد که آیا صدمه‌ای ایجاد شده یا آیا آسیب رخ داده بخشی از عوارض عادی و غیرقابل پیش‌بینی یک اقدام درمانی است یا خطایی اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. به‌خصوص که قبل از هر درمان، بیمار رضایت‌نامه‌ای را امضا می‌کند که تا حدی پزشک را از وقوع عوارض جانبی درمان مبرا می‌سازد. در چنین مواقعی بیمار اختلال ایجادشده را به‌عنوان عارضه معمول بیماری یا درمان می‌پذیرد یا ممکن است برای مشاوره نزد پزشک دیگر برود. در این صورت پزشک دوم دچار این معضل اخلاقی خواهد شد که آیا حرمت همکار خود را حفظ کند، زیرا ممکن بود چنین اتفاقی برای خود وی پیش بیاید، و آیا حق تضییع‌شده بیمار را مبنا قرار دهد و او را از صدمه ناشی از خطا مطلع سازد» (اصغری، ۱۳۸۹: ۵۴).

کاهش سلطه پزشک: هرچند رابطه والد-فرزند متداول‌ترین شکل رابطه میان پزشک و بیمار است، امروز انتظارات بیماران درباره حفظ استقلال، رضایت آگاهانه، در نظر گرفتن ترجیحات و سهم‌بودن در تصمیم‌گیری افزایش یافته است. «اگر پزشکان بخواهند نیاز بیماران به حفظ فردیت شان را مراعات کنند، باید اطلاعات لازم را در اختیار آنها قرار دهند» (مکانیک، ۲۰۰۸: ۳۳۱). این وضعیت به کاهش سلطه یک‌جانبه پزشک منتهی می‌شود و امکان مشارکت بیمار را فراهم می‌آورد.

نظارت اجتماعی همگانی: شفاف‌سازی یکی از سازوکارهای غیرمستقیم کنترل اجتماعی است. زیرا بر اثر آن مرزهای سنتی اقتدار و حصر پزشکی شکسته می‌شود و افراد عادی هم می‌توانند بر عملکرد پزشکان نظارت داشته باشند؛ به‌ویژه آنکه «امروزه علاوه بر نظارت بر نتیجه درمان، نظارت بر فرایند درمان هم مهم شده است» (هانت و بکمن، ۲۰۰۸: ۸۳).

اصلاح سازمانی: «شفاف‌سازی نقش تنظیم‌کننده دیوان‌سالاری را از نظام مبتنی بر فرماندهی-کنترل به نظامی مبتنی بر نظارت و سرپرستی تغییر می‌دهد» (بلومگرین و ساندن،

۲۰۰۸: ۱۵۱۲). «شفاف‌سازی به رشد سازمان‌های یادگیرنده^۱ می‌انجامد؛ زیرا باعث می‌شود سازمان‌ها از رخداد‌های ناگواری که آثار مهلکی در پی دارد درس بیاموزند» (سون سن و کورتس، ۲۰۰۸: ۲۳۴) و از این طریق خود را اصلاح کنند.

تقویت اعتماد اجتماعی: فرایند شفاف‌سازی ربط وثیقی به مفهوم اعتماد اجتماعی دارد؛ زیرا «اعلام صریح اطلاعات و پاسخگوبودن در برابر خطاها نشانه‌ی تعهد، مسئولیت‌پذیری و قابل‌اعتمادبودن پزشک و نهاد پزشکی است» (ابلسون و همکاران، ۲۰۰۹: ۶۳) و به اعتمادپذیری آنها کمک می‌کند. **بهبود عملکرد:** تمایل به ارتقای شایستگی‌های حرفه‌ای موجب تلاش برای کاهش خطا می‌شود. گزارش خطاهای پزشکی از یک سو به افزایش رقابت، رشد قابلیت‌های شغلی و کارآیی بیشتر پزشکان منتهی خواهد شد. شفاف‌کردن خطاهای پزشکی شکاف میان حوزه پژوهش، درمان و تصمیم‌گیری را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود که در جریان تصمیم‌گیری، اطلاعات بیشتری به کار گرفته شود و به این ترتیب کارآیی افزایش یابد. با ملاحظه‌ی نکته‌های یادشده می‌توان گفت شفاف‌سازی رویه‌های درمانی در به‌گشت اجتماعی مؤثر واقع خواهد شد. زیرا «دستیابی به بالاترین استاندارد سلامتی سهم مهمی در ساختن جامعه‌ی سالم و مراقبت‌های بهداشتی مساوات‌طلبانه دارد» (هانت و بکمن، ۲۰۰۸: ۹۰).

ارزیابی منفی از آثار شفاف‌سازی

باوجود ارزیابی‌های مثبت از پیامدهای شفاف‌سازی، این پدیده از ابعادی هدف انتقاد قرار گرفته است: **دشواری تعیین مصداق خطا:** به‌منظور تعیین خطای پزشکی ضروری است تمام عناصر مؤثر بر اقدام درمانی مرکز توجه قرار گیرد. «گاهی فرد دارای انواع بیمارهاست و هم‌زمان لازم است مجموعه‌ای از اقدامات متنوع انجام شود. اگر در فرایند درمان‌های مختلف، صدمه‌ای وارد شود، مسئولیت آن متوجه چه کسی است؟ آیا فرد جراح که سرپرستی تیم پزشکی را به‌عهده دارد مسئول است یا اینکه مسئولیت جراح در سرپرستی تیم پزشکی نافی مسئولیت ناشی از خطاهای ارتكابی سایر همکاران نیست. نظریه‌ی "ناخدای کشتی" مسئولیت ناشی از اعمال همکاران جراح در تیم پزشکی را متوجه جراح می‌داند. دیدگاه "مسئولیت قانونی" بر این فرض استوار است که وقتی در یک تیم پزشکی چند نفر با یکدیگر همکاری دارند، هر یک مسئولیت خویش را برعهده دارند؛ زیرا آنها از نظر قانونی دارای صلاحیت مداخله در امور پزشکی هستند و

1. Learning organization

هریک سهم مستقلی از دیگران دارند» (عباسی، ۱۳۸۵: ۲). ازسوی دیگر، در بخش‌های اورژانس یا در بیمارستان‌های دولتی پرمراجعه و فاقد کارکنان و تجهیزات کافی احتمال خطر بیشتر است. واقعیت دیگر آن است که تشخیص مرز بین قصور و تقصیر دشوار است. بنابراین، «ناآگاهی از پیچیدگی وقوع خطا، دشواری تشخیص آن و داوری براساس اطلاعات ناقص، ممکن است به‌جای شفافیت باعث ادراک اشتباه و تزامم در تعاملات اجتماعی گردد. ازطرف دیگر، فردی‌کردن گزارش خطاها با رویکردی که عملکرد نامناسب نظام را عامل خطاهای انسانی می‌داند متعارض است» (ایوانس و همکاران، ۲۰۰۴: ۵۷۹). به‌این‌ترتیب، از خطاهای زیربنایی و ساختاری مغفولت می‌ماندیا به سطح فردی تقلیل داده می‌شود. چنین وضعیتی ممکن است موجب دلسردی پزشکان شود.

تضعیف اعتماد به پزشک: برخلاف تصور معمول، دستیابی به اطلاعات گاه به کاهش اعتماد و اختلال در نظم اجتماعی منجر می‌شود؛ زیرا دسترسی افراد غیرمتخصص به اطلاعات تخصصی موجب تفسیر اشتباه است. «این وضعیت به این دلیل رخ می‌دهد که ماهیت زمینه‌زدایی‌شده اطلاعات دستیابی به فهم مشترک را دشوار می‌سازد. برای روشن‌شدن این وضعیت متناقض‌نما به این مثال توجه کنید: در انگلستان به‌منظور ایمنی بیمار و پاسخگوبودن جراحان، در اتاق‌های جراحی دوربین نصب شده است. زیرا فرض بر آن است که دوربین‌های مداربسته می‌توانند جهان را برای عابران، مسافران و خریداران امن‌تر کنند. اما واقعیت این است که دوربین‌ها دربارهٔ بیماران چنین عمل نمی‌کنند؛ زیرا عمل جراحی مانند عبور از خیابان یا خریدکردن نیست، بلکه نوعی رفتار اجتماعی پیچیده است. زیرا جراح از انواع مختلفی از مهارت‌ها استفاده می‌کند و سبک زندگی خاصی دارد که از نگاه بیرونی تحلیل‌پذیر نیست. دوربین صرفاً آنچه را مشاهده‌شدنی است ثبت و منتقل می‌کند. بعضی پزشکان از آشکارشدن این واقعیت هراس دارند که اتاق‌های جراحی مکان استراحت، خنده و جوک‌گفتن است و اینکه گاهی درحین انجام جراحی حساس و پیچیده‌ای موسیقی سنگین راک پخش می‌شود یا بارانی از ناسزا بین همکاران ردوبدل می‌شود؛ این درحالی است که در هر لحظه ممکن است خون فوران کند، زیرا در این‌صورت اعتماد مردم به آنها از بین می‌رود. به‌عبارت دیگر، جراح به کارهایی می‌پردازد که ممکن است از نگاه مشاهده‌کننده معنادار نباشد، اما از نگاه عامل آن کاملاً معقول است. این بدان دلیل است که بیمار اغلب با نادیده‌گرفتن زمینه‌ای که عمل و تخصص جراح در آن اعمال می‌شود به قضاوت می‌پردازد. هرچه محیطی که جراح در آن کار می‌کند مبهم‌تر باشد، اعتماد بیمار به او بیشتر می‌شود. ممکن است از نظر بیمار، شنیدن

موسیقی در حین عمل جراحی نوعی سهل‌انگاری باشد، اما شاید این کار برای جراحی که روزانه بیش از هشت‌ساعت را در اتاق عمل می‌گذرانند، مفید و کارآمد باشد» (تسوکاس، ۱۹۹۷: ۸۳۵).

مشکل به‌روزشدن اطلاعات: سرعت تولید اطلاعات در نظام سلامت بسیار زیاد است؛ مثلاً حجم مجموعه کل صفحه‌های وب که مربوط به دانش پزشکی و علوم وابسته به آن است هرچندماه دوبرابر می‌شود. سالانه تعداد بسیار زیادی از مقالات پزشکی منتشر می‌شود. این وضعیت به‌روزبودن اطلاعات پزشک را مشکل می‌سازد. بنابراین، بین دانش پزشکی و ورود آن به عرصه عمل همیشه شکاف وجود دارد و طبیعی است که به‌این‌دلیل خطاهایی صورت گیرد.

کاهش امنیت شغلی پزشکان: میدان‌دادن به نظارت افراد غیرمتخصص بر عملکرد پزشکان استقلال حرفه‌ای آنها را به خطر می‌اندازد. اعلان خطاهای پزشکی انگیزه پزشکان برای اقدام به درمان و معالجه‌های پرخطر را کاهش می‌دهد. این وضعیت زمانی تشدید می‌شود که برخورد با خطاهای پزشکی بیش از آنکه تابع نگاهی ترمیمی و اصلاحی باشد تابع نگرشی تنبیهی است.

از دست رفتن فرصت درمان: در کشورهای در حال توسعه و مناطق محروم، که نیازهای گسترده بهداشتی و درمانی و فقر اقتصادی میزان دسترسی به پزشک و خدمات درمانی را محدود می‌سازد، شفاف‌سازی اطلاعات دایره انتخاب بیماران را محدودتر می‌کند. از طرف دیگر، در کشورهای در حال توسعه، که سواد عمومی و میزان آگاهی‌های بهداشتی بیماران ضعیف است، افراد زیادی از منشور حقوق بیمار، تشخیص خطا و روش طرح دعوا بی‌اطلاع هستند. در چنین وضعیتی یا خطاها گزارش نمی‌شود یا گزارش آنها در عمل بی‌نتیجه خواهد ماند.

محدودیت سیاسی: در کشورهایی که دسترسی آزادانه به اطلاعات موضوعی سیاسی و امنیتی تلقی می‌شود، اطلاع‌رسانی شفاف درباره نارسایی‌ها و عیب‌ها منع می‌شود. چنین وضعیتی در کشورهایی که پزشکان در آنها از اقتدار حرفه‌ای و نفوذ فرهنگی-اجتماعی برخوردارند و گاه به‌مثابه گروه صاحب‌نفوذ عمل می‌کنند محتمل‌تر است.

تجربه شفاف‌سازی خطای پزشکی در برخی کشورها

کشورهای پیشرفته نیز با مصادیق مختلفی از خطای پزشکی مواجهند و کوشیده‌اند از طریق وضع قوانین و مقررات متعدد تاحدی بر آن مدیریت داشته باشند. «درانگلستان شکایت‌های مربوط به سهل‌انگاری کلینیکی در فاصله سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۸ حدود ۷۲ درصد افزایش داشت. تخمین زده می‌شود میزان خسارت مالی خطاهای پزشکی از ۱/۳ میلیارد پوند در سال

۱۹۹۷-۱۹۹۶ به ۲/۶ میلیاردپوند در سال ۲۰۰۰-۱۹۹۹ یعنی دوبرابر رسیده باشد» (کاکرهم، ۱۳۹۲: ۵۶۲).

«در سال ۲۰۰۰ کل مخارجی که به‌عنوان مابه‌ازای سلامت ملی امریکا تزییع شد ۳۷/۶ میلیارد دلار بود که ۵۰ میلیون دلار آن صرف عوارض ناخواسته گردید و سهم عوارض ناخواسته قابل پیشگیری بین ۱۷ تا ۲۹ میلیارد دلار بود» (دباغ، اکبری و فتیحی، ۱۳۸۵: ۹۵۸). همچنین برآورد شده است که «در بیمارستان‌های امریکا سالانه حدود صد هزار بیمار از بیماری‌های قابل پیشگیری می‌میرند. این رقم در هر سال تقریباً ۹ میلیارد دلار هزینه ایجاد می‌کند. علاوه‌براین، خطاهای گزارش‌نشدهٔ رخداد‌های منفی^۱ بین ۹۶-۵۰ درصد در نوسان است» (باراچ و اسمال، ۲۰۰۰: ۷۵۹).

«در دههٔ ۱۹۶۰، اولین اقدام عملی برای کاهش خطا در کشورهای درحال توسعه‌یافته صورت گرفت. براین‌اساس کشورهایمانند امریکا، انگلستان و فرانسه به‌منظور استاندارد کردن دانش پزشکی، حفظ استقلال حرفه‌ای پزشکان، و پرهیز از هدررفتن منابع مالی کشور مجموعه‌ای از اصول راهنما^۲ را که برای تشخیص بیماری، درمان و مدیریت بر بیمار ضروری بود، تدوین کردند. این فرایند به‌طور غیرمستقیم زمینه‌ای برای ارزیابی صلاحیت حرفه‌ای پزشکان، حفظ ایمنی بیماران و کیفیت بهتر مراقبت‌های درمانی فراهم آورد و باعث شد رابطهٔ پزشک - بیمار به بخشی از قلمرو همگانی وارد شود و شکل جدیدی از نظارت دیوان‌سالارانه، عقلانیت و دانش به خود بگیرد» (ویس و همکاران، ۲۰۰۷: ۶۹۲-۶۹۱).

افزون‌براین، براساس قواعد اخلاق حرفه‌ای انجمن پزشکی امریکا، پزشک موظف است با بیمار خود با صداقت و صراحت ارتباط برقرار کند و او را از تمام ابعاد بیماری‌اش آگاه سازد تا اطمینان حاصل شود که بیمار به فهم درست آنچه درحال وقوع است دست یافته است. نتایج مطالعات نشان داده است که پزشکان دربارهٔ خطاهای خود با دوستان و همکارانشان صحبت می‌کنند، اما از گزارش آنها به افراد مسئول و به خود بیمار پرهیز دارند (لیانژ و همکاران، ۲۰۱۰: ۴۹۵).

یکی از اقداماتی که در این زمینه انجام شده این است که پزشکان داوطلبانه به بیان خطاهای خود ترغیب شوند. گفت‌وگوی صادقانهٔ پزشک با بیمار و افشای آنچه رخ داده در شناسایی منابع خطا و مواجههٔ درست با خطاهای پزشکی نقش مهمی دارد.

1. Adverse events
2. Guidelines

در امریکا مدیریت اطلاعات خطاهای پزشکی که از آن به نهضت ایمنی بیمار^۱ یاد می‌شود از دهه ۱۹۷۰ فعالیت خود را آغاز کرد (گریپراد، ۲۰۰۵: ۳۰۸). در انگلستان به‌منظور افزایش کارایی درمانی و ارتقای ایمنی بیمار، موضوع ثبت الکترونیکی پرونده بیماران از سال ۱۹۹۷ در دستورکار قرار گرفت (چکلند و همکاران، ۲۰۰۷: ۶۹۴). در سوئد از ابتدای دهه ۱۹۹۰ اصلاح نظام بهداشت و درمان با هدف افزایش شفافیت هدف توجه قرار گرفت (بلومگرین، ۲۰۰۷: ۶۸). اتحادیه اروپا در سال ۱۹۹۱ و امریکا در سال ۱۹۹۸ قانون دسترسی آزادانه به اطلاعات را که زمینه‌ساز شفاف‌سازی اطلاعات است تصویب کردند. مسئولان کشورهای اروپایی برای آنکه احتمال سوءاستفاده از اطلاعات را کاهش دهند در سال ۲۰۰۱ براساس صدور اصلاحیه‌ای دسترسی عمومی به اطلاعات را در مواردی مستثنا کردند:

- اطلاعاتی که به رخدادهای جنایی مربوط است؛
- اطلاعاتی که امنیت فردی یا حقوقی را به خطر بیندازد؛
- اطلاعاتی که هنوز درباره آنها تصمیم‌گیری نشده باشد؛
- اطلاعات مربوط به ارتش و مسائل دفاعی کشور؛
- دسترسی به اطلاعات برای افراد غیرشهروند براساس مجوز خاص امکان‌پذیر است (کیرکیگارد، ۲۰۰۴: ۲۰).

از آنجا که بخش مهمی از خطاها بنیان سازمانی دارد و یک فرد تنها مسئول خطای رخ داده نیست، امروزه تأکید بر آن است که به‌جای متهم کردن، سرزنش، طرد و تضعیف اعتبار اجتماعی کارگزاران پزشکی، آنها داوطلبانه به افشای خطاهای خود تشویق شوند. یافته‌های یک تحقیق نشان می‌دهد که «بی‌نام‌ونشان بودن بیش از تنبیه انگیزه افراد را برای گزارش داوطلبانه خطا افزایش می‌دهد» (گریپراد، ۲۰۰۵: ۳۰۷). «براساس نظرسنجی از ۱۹۷۰ (۲۰۰۲) حدود ۹۵ درصد از پاسخگویان استرالیایی گزارش خطا را اعم از اختیاری یا اجباری و صرف‌نظر از میزان تخریب آن ضروری دانسته‌اند. ۶۸ درصد از آنها معتقد بودند نام فرد خاطی باید درج شود و ۲۹ درصد بر بی‌نام‌بودن فرد اتفاق نظر داشتند» (ایونس و همکاران، ۲۰۰۴: ۵۷۷).

به این دلیل در برخی کشورهای پیشرفته خود افشاگری راه افزایش شفافیت تلقی می‌شود. در امریکا در سال ۲۰۰۱ هیئت یک‌پارچه اعتباربخشی به سازمان‌های مراقبت بهداشتی، طرح افشای نتایج پیش‌بینی‌نشده را به‌منزله نوعی معیار اعتباربخشی به اجرا درآورد. دو سال بعد، در انگلستان نظام خدمات سلامت ملی طرحی را برای پزشکان و مدیران مبنی بر مطلع‌ساختن

1. Patient-safety movement

بیماران از بی‌مبالاتی یا غفلت از علت‌های وقوع آسیب پیاپی کرده، و برای جبران خسارات ایجادشده برنامه‌ای را متشکل از ارائه مراقبت‌های درمانی، عذرخواهی و جبران مالی طراحی کرد. در سال ۲۰۰۳ شورای استرالیایی ایمنی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در سطح نظام ملی معیارهایی را برای ارتباطات باز در بیمارستان‌های بخش دولتی و خصوصی در نظر گرفت (کالرا و همکاران، ۲۰۱۳: ۱۶۷).

کشور اتریش به‌منظور تقویت کیفیت مراقبت‌های درمانی، نظام انفورماتیک پزشکی راه‌اندازی کرده است. این نظام از این قابلیت برخوردار است که سوءاستفاده، اشتباه و تأثیر جانبی پیش‌بینی‌نشده مراقبت‌های درمانی را آشکار سازد. البته طراحی، اجرا و کارکردن این نظام نیازمند همکاری پزشکان، پرستاران، مدیران بیمارستان و متخصصان علم انفورماتیک است (گانتر، ۲۰۰۱: ۶۹).

باوجود اقدامات متعدد کشورهای توسعه‌یافته برای نظارت بر خطای پزشکی، به اعتراف صاحب‌نظران آنها هنوز آگاهی کارگزاران مراقبت‌های بهداشتی از علت‌های وقوع خطا و راه‌کارهای اجتناب از آن در سطح نازلی قرار دارد. این موضوعها به‌ندرت در نظام آموزش پزشکی تدریس می‌شود و هنوز در مراحل آغازین رشد خود قرار دارد (وگهان و همکاران، ۲۰۱۲: ۱۰۴).

وضعیت شفاف‌سازی خطای پزشکی در ایران

در ایران طی سال‌های اخیر به‌منظور حمایت از ایمنی بیماران و پاسخگوبودن نهاد پزشکی گام‌های مهمی برداشته شده است. شاید اولین فعالیت در این زمینه تصویب قانون نظام ارزشیابی بیمارستان‌های کشور در سال ۱۳۶۶ بود. این قانون سال بعد به کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شد (مردی و همکاران، ۱۳۷۷: ۵۲).

«در سال ۱۳۶۷ کمیسیون ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتی مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام در جهت ضرورت نظارت دولت بر فعالیت مؤسسه‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی تصویب شد و وظیفه تشخیص وقوع جرم یا تخلف را به‌عهده گرفت» (سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲).

گام بعدی در سال ۱۳۸۰ به همت شورای سیاست‌گذاری سلامت وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برداشته شد. این شورا مجموعه‌ای از قواعد را با عنوان "منشور حقوق بیمار" تدوین کرد و طی دستورالعملی کلیه مراکز درمانی را به نصب این منشور در محل مناسب و رعایت آن ملزم کرد. در این منشور، که ۵ محور و ۳۷ بند دارد، بر دریافت

مطلوب خدمات سلامت، تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات، و دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات تأکید شده است. براین اساس بیمار حق دارد درخصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً یا از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج درخواست کند.^۱

به موازات این اقدام‌ها و به‌منظور بهبود مستمر کیفیت خدمات قابل ارائه در بیمارستان‌ها در سال ۱۳۸۹ معیارهای اعتباربخشی^۲ به‌مثابه ابزاری دارای نظام و هدف تنظیم شد و اجرای آن برای تمام بیمارستان‌های کشور الزامی شد. این معیارها که قرار است جایگزین معیارهای ارزشیابی شود با درنظرگرفتن سه مجموعه عامل شامل آخرین دستاوردهای بین‌المللی، اولویت‌های وزارت بهداشت و درمان و اوضاع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خاص جامعه ایران تنظیم شده و معیارهای کنترل کیفیت در واحدها و بخش‌های مختلف بیمارستانی را دربرمی‌گیرد (جعفری و همکاران، ۱۳۸۹).

در ایران، سازمان نظام‌پزشکی، به‌منزله تشکل اصلی صنفی پزشکان، دادگستری و سازمان پزشکی قانونی، به‌مثابه ضابط قوه قضائیه مسئول رسیدگی به تخلفات پزشکی و شکایات‌های بیماران هستند. برخی محققان اندیشه راه‌اندازی نظام منسجم ثبت خطاهای پزشکی در سطح سازمان نظام‌پزشکی یا پزشکی قانونی را مطرح کرده‌اند.^۳ «فرم نظام‌مند ثبت اطلاعات ناشی از قصور پزشکی شامل چهار عنصر است: اطلاعات هویتی بیمار شاک، اطلاعات مربوط به فرد پزشک که از او شکایت‌شده، اطلاعات مربوط به نوع و علت قصور پزشکی، اطلاعات مربوط به نحوه پاسخگویی به شکایت‌ها» (صفدری و همکاران، ۱۳۸۴: ۹۹). اطلاعات به‌دست‌آمده کمک می‌کند منبع خطا، دسته‌بندی خطاها، فراوانی و اولویت‌های آن و تفکیک آن براساس حوزه جغرافیایی و نوع تخصص به‌درستی مشخص شود.

یکی از اقدامات مهم در این زمینه حرکت درجهت تشکیل پرونده الکترونیک سلامت است. «پرونده الکترونیک سلامت^۴ یک مجموعه جامع و سازماندهی‌شده الکترونیکی داده‌ها و

۱. به منظور اطلاع بیشتر به سایت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (<http://behdasht.gov.ir/index.aspx>)
ذیل منشور حقوق بیمار مراجعه کنید.

2. Hospital Accreditation

۳. این طرح هنوز به مرحله اجرا در نیامده است.

4. Electronic health record

اطلاعات بالینی، دموگرافیکی، اجتماعی و مالی است که مراقبت بهداشتی ارائه شده به فرد را در طول زمان مستند می‌کند» (صفدری و سید فرج‌اله، ۱۳۸۸: ۴۸).

براساس ماده ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۴) وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی موظف شد جهت طراحی استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی اقدام کند. پرونده الکترونیکی سلامت با فراهم آوردن اطلاعات لازم برای پزشک موجب کاهش خطا در نسخه‌نویسی، تفسیر نتایج آزمایش‌ها و تصاویر تشخیصی می‌شود؛ به این ترتیب پزشکان از سوابق بیماران مطلع می‌شوند و میزان تجویزهای تکراری کاهش پیدا می‌کند. هم‌اکنون مرکز مدیریت و فن‌آوری اطلاعات وزارت بهداشت مسئولیت تعریف سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس) را به عهده دارد.

بدون تردید، هریک از اقدامات یادشده حرکت مهمی در جهت تحقق شفاف‌سازی پزشکی است. با وجود این، هنوز موانع زیادی وجود دارند. «به گزارش معاون درمان، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی کشور ما در حال حاضر در زمینه پاسخگویی نظام سلامت در جهان رتبه صدم را دارد. اما یکی از کشورهای منطقه در این زمینه رتبه بیست‌وششم را دارد» (امامی‌رضوی، ۱۳۹۰: ۵۱).

توجه به یافته‌های پژوهشی از وجود برخی موانع و نارسایی‌ها در تحقق شفافیت حکایت دارد. برای مثال، بررسی وضعیت چند بیمارستان منتخب نشان داد که فقدان زیرساخت‌های مناسب تشکیل پرونده‌های الکترونیک سلامت، استفاده از تجهیزات سخت‌افزاری نامناسب، وجود سیستم‌های نرم‌افزاری مختلف در بیمارستان و یک‌پارچه نبودن داده‌ها از مهم‌ترین چالش‌های استفاده از مدارک پزشکی کامپیوتری شده و شفاف‌سازی اطلاعات است (سقاییان‌نژاد اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۷۷۴).

نتایج یک نظرخواهی (۱۳۸۸) از ۸۵۰ بیمار بخش اورژانس یکی از بیمارستان‌های دولتی حاکی از آن است که تقریباً نیمی از بیماران این بخش دست‌کم نگران بروز یک خطای پزشکی بودند. این موارد به ترتیب شامل نگرانی از اقامت طولانی در اورژانس، دانشجو بودن پزشک، اشتباه ناشی از تجهیزات پزشکی، تشخیص اشتباه، سقوط از تخت، خطای پزشک، اشتباه گرفته شدن با بیمار دیگر، خطای پرستار، اشتباه در آزمایشگاه و تجویز داروی اشتباه بوده است (کیانمهر و همکاران، ۱۳۸۸: ۴۳۳-۴۳۱).

در عین حال، کارکنان واحدهای پزشکی نیز به گزارش خطاهای پزشکی بی‌ رغبت هستند. نتایج پژوهشی در بیمارستان‌های تهران نشان داد پزشکان و پرستاران به ضرورت رعایت قریب به اتفاق ابعاد منشور حقوق بیمار اذعان داشتند، اما درباب اظهار خطای درمانی موافقت کامل

وجود نداشت. آنان گزارش خطای درمانی جبران‌پذیر را ضروری نمی‌دانند و فقط بیان خطاهای جبران‌پذیر مرتفع‌نشده و جبران‌ناپذیر را ضروری می‌دانند (پارساپور و همکاران، ۱۳۸۸: ۸۹). تحقیق درباره شکایات رسیده به سازمان نظام پزشکی استان آذربایجان غربی (۱۳۸۹-۱۳۸۵) نشان داد که طی پنج‌سال ۳۵۹ شکایت از تیم پزشکی وکادر درمانی مطرح شده بود. تعداد شکایات‌ها از ۳۷ پرونده در سال ۱۳۸۵ به ۱۲۹ پرونده در سال ۱۳۸۹ افزایش یافته بود؛ یعنی در طول پنج‌سال میزان شکایات چهاربرابر شده است (همتی‌مسلک پاک و همکاران، ۱۳۹۲: ۷). اینکه افزایش شکایات نشانه رشد آگاهی‌های بهداشتی مردم و توجه بیشتر به حفظ سلامتی است یا نشانه رشد خطاهای پزشکی، موضوع درخور تأملی است. نتیجه تحقیقی دیگر در سطح بیمارستان‌های دولتی و خصوصی کشور نشان داده است که باوجود منشور حقوق بیمار، درصد درخور توجهی از بیماران در مراکز درمانی خصوصی و دولتی فاقد آگاهی لازم درباره مفاد این منشور هستند (کلاهی و سهرابی، ۱۳۸۷: ۶۵؛ باطنی و همکاران، ۱۳۸۹: ۴۸۵؛ فارسی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۰۲).

در مطالعه‌ای (۱۳۹۰) بین ۱۳۳ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پزشکی، دندان پزشکی، داروسازی، پرستاری، پیراپزشکی، بهداشت و طب سنتی مکمل مشخص شد که آگاهی اعضای هیئت علمی دانشگاه درباره موضوع آموزش پاسخگو محدود است (زاهد مقدم و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۰). تحقیق دیگری در پنج بیمارستان آموزشی درمانی ارومیه این واقعیت را آشکار ساخت که بیمارستان‌های تحت پوشش از نظر استانداردهای لازم برای اجرای طرح مدارک پزشکی الکترونیکی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند (گوزلی، لنگری‌زاده و صدوقی، ۱۳۹۲: ۳۹۱).

اطلاعات دو پژوهش دیگر نشان می‌دهد که مهم‌ترین خطای پرستاران خطاهای دارویی است. آنان مهم‌ترین علت‌های موانع گزارش‌دهی خطاهای دارویی را کمبود اطلاعات درباب نحوه گزارش‌دهی و فراموش کردن گزارش خطای دارویی، ترس از تنبیه انضباطی، ترس از واکنش همکاران، ترس از واکنش بیمار و خانواده او، نگرانی از کسر حقوق، بی‌لیاقت‌قلمداد شدن و نگرانی از انتشار خبر به بیمارستان‌های دیگر دانسته‌اند (صیدی و زردشت، ۱۳۹۱: ۱۴۵؛ مردانی حموله و شهرکی واحد، ۱۳۸۸: ۵۸).

جلالی فراهانی (۱۳۹۰)، رئیس بیمارستان قلب شهید رجایی، فقدان ارتباط صحیح بین بیمار و پزشک را از مهم‌ترین علت‌های خطای پزشکان دانسته است. او معتقد است برقراری ارتباط عاطفی با بیمار جهت دریافت اطلاعات صحیح به‌منظور تشخیص و درمان موفق از اصلی‌ترین وظایف پزشکان است که متأسفانه در کشور ما این ارتباط به شکل مقبول صورت

نمی‌گیرد. این مسئله ناشی از ضعف آموزش دانشگاهی پزشکان در زمینه آشنایی با مسائل انسانی، عاطفی و فرهنگی بیمار است.

نظرخواهی از ۳۹۶ نفر از صاحبان فرایندهای پزشکی شاغل در ۵۷ بیمارستان استان تهران مبین آن است که چهار تهدید مهم (به ترتیب فرد ارائه‌دهنده خدمت، فرد بیمار، مواد مصرفی و محیط کار) عامل بروز خطاهای پزشکی در بیمارستان‌های دولتی استان تهران هستند (کیکاوسی‌آرانی و نصیری‌پور، ۱۳۹۰: ۶۸-۷۰).

از سوی دیگر، در پی عمومیت یافتن اصل ۴۴ قانون اساسی، این اندیشه شکل گرفت که اگر بیمارستان‌های دولتی به واحدهایی خودگردان تبدیل شوند، میزان پاسخگویی آنها افزایش خواهد یافت. نتیجه مصاحبه با تعدادی از مدیران ارشد دو بیمارستان اصفهان که مدیریت آنها از شیوه دولتی به مدیریت خودگردان تغییر کرده است نشان داده که این انتظار تحقق نیافته و روند پاسخگویی درون بیمارستانی تغییر زیادی نکرده است (فردوسی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۲۸).

به نظر می‌رسد نهادهای پزشکی جامعه ایران برای شفاف‌بودن کمتر با موانع حقوقی و قانونی مواجهند و موانع موجود بیشتر جنبه فرهنگی-اجتماعی و مدیریتی دارد. این عوامل در ذهن افراد رسوخ کرده و جزء نگرش مردم شده است، در مناسبات اجتماعی جافتاده و به بخشی از تعاملات روزمره تبدیل شده است. در ایران از جهت فرهنگی مردم در حد زیادی تحت تأثیر منزلت و شهرت پزشک هستند و این مانع تردید در باب صحت عملکرد او خواهد شد. مصداق دیگری از موانع اجتماعی، شیوع فساد مالی پنهان در نهاد پزشکی است. طی چند سال گذشته شکلی از فساد با عنوان پدیده زیرمیزی (تقاضای پزشکان متخصص، به خصوص جراحان، برای دریافت دستمزدی فراتر از تعرفه‌های معمول) وارد رابطه پزشک با بیمار شده است. در اغلب موارد موقعیت اضطراری بیمار او را به پذیرش تقاضای غیرقانونی پزشک وادار می‌کند.

این پدیده با وجود ظاهر غیرقانونی‌اش به رویه معمول و نوعی گریز نهادی شده از قانون تبدیل شده است. «گریز نهادی از قانون رفتارهایی است که الگوی نسبتاً مشخصی دارد، به وسیله شماری از مردم پذیرفته شده است، به شکلی ماهرانه با همکاری افرادی که عهده‌دار اجرای قوانین هستند سازمان پیدا کرده است، به ندرت مجازات دارد یا اگر هم مجازات داشته باشد بیشتر جنبه نمادی دارد» (مرتون، ۱۳۷۶: ۶۹). معضل زیرمیزی پزشکان آن قدر جدی شده که کمیسیون بهداشت مجلس اعلام آمادگی کرده تا قوانین جدید و جدی‌تری برای برخورد با فساد در حوزه سلامت مصوب کند. حسینعلی شهریاری، رئیس کمیسیون بهداشت مجلس، می‌گوید قبح زیرمیزی شکسته است. متأسفانه این پدیده طی چند سال گذشته رشد چشمگیری داشته و حتی به نقاط محروم کشور هم سرایت کرده است (تابناک، ۹۱/۱/۳۱).

اطلاعات موجود مبین این واقعیت است که در ایران به دلیل وجود پاره‌ای آشفته‌گی‌های اجتماعی و اختلال‌های هنجاری هنوز ظرفیت کافی برای تحقق شفاف‌سازی پزشکی فراهم نشده است.

نتیجه‌گیری

در دوران معاصر، افزایش آگاهی‌های عمومی، رشد اطلاعات بهداشتی، عدالت‌خواهی و مشارکت‌طلبی باعث شده است شفافیت فعالیت‌ها و امور به ارزش و مطالبه عمومی تبدیل شود. این فرایند در جوامع توسعه‌یافته از خلال دگرگونی‌های چندجانبه و تدریجی و در هماهنگی با تحول ساختارهای اقتصادی، سیاسی و فرهنگی شکل گرفته است. در نتیجه این فرایند، احترام به حقوق انسان‌ها و تحقق عدالت از سطح اخلاق فردی فراتر رفته و بخشی از مسئولیت اخلاقی سازمان‌ها شده است. «مسئولیت اخلاقی سازمان‌ها تعهد به انجام کار درست، عادلانه، منصفانه و پرهیز از آسیب‌رساندن است» (کرین و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۷).

در ایران اندیشه شفاف‌سازی خطاهای پزشکی تحت تأثیر ادبیات پزشکی رایج در سطح جهانی وارد کشور شده است؛ در حالی که زیرساخت‌های ضروری آن هنوز به طور کامل مهیا نشده است. در این زمینه نوعی شکاف فرهنگی وجود دارد. جلایی‌پور (۱۳۹۲) به همین دلیل جامعه ایران را کژمدرن می‌نامد؛ زیرا اجزای این جامعه فاقد هماهنگی داخلی هستند یا عناصر داخلی با اقتضائات محیط بیرونی متناسب نیستند. به دلیل درون‌زانبودن روند شفاف‌سازی و پشتیبانی نکردن بخش‌ها و عناصر دیگر جامعه از آن، شاهد آن هستیم که با وجود تصویب قواعد و دستورالعمل‌ها، شفاف‌سازی خطاهای پزشکی در عمل به وضعیتی مستقر و پایدار تبدیل نشده است. بدون شک، این مهم نیازمند فراهم‌آوردن تمهیدات لازم در بستر سیاسی، اقتصادی و فرهنگی جامعه و نیز تحولات چندجانبه در داخل نهاد پزشکی است.

علی‌الاصول، شفافیت در جامعه‌ای تحقق‌پذیر است که نظام ثبت اطلاعات در همه عرصه‌های آن نهادی شده باشد، دسترسی به اطلاعات موضوعی سیاسی و امنیتی قلمداد نشود، بلکه بخشی از حقوق مدنی افراد باشد؛ جامعه‌ای که در آن سازوکارهای نظارتی فقط از سطوح بالا به پایین اعمال نمی‌شود، بلکه از سطوح پایین به بالا نیز فعال باشد؛ جامعه‌ای که در آن تکثرگرایی فکری، آزادی بیان و چندصدایی بودن رسانه‌ها محترم باشد و نقد صاحبان قدرت به فرهنگ عمومی تبدیل شده باشد؛ در عرصه اقتصادی نیز ارتقای کارآیی، رضایت مشتری و مبارزه جدی با فساد مبنای عمل باشد.

افزون‌براین، زمانی می‌توان انتظار شفاف‌سازی خطاهای پزشکی را داشت که این الگوی رفتاری به دیگر حرفه‌ها و مشاغل نیز تسری پیدا کند. به این معنا که صاحبان همه مشاغل خود را در برابر تأمین چهار ارزش برابری، کیفیت، ارتباط و بازدهی مسئول و پاسخگو بدانند. شفافیت زمانی تحقق عینی پیدا می‌کند که منزلت مبالغه‌آمیز پزشک و اعتماد محض به او تعدیل شود، میزان سواد بهداشتی توده مردم افزایش پیدا کند، بیماران از شیوه طرح شکایت از کارکنان واحدهای پزشکی آگاه باشند و به مؤثر بودن پیگیری‌های خود امید داشته باشند. در این صورت کارکنان واحدهای پزشکی دیگر نمی‌توانند مصرف‌کنندگان خدمات خود را نادان فرض کنند.

در عین حال، در سطح نهاد پزشکی نیز باید ظرفیت‌های لازم ایجاد شود. برای مثال، اقداماتی مانند تعریف یک واحد درسی رسمی برای آموزش پاسخگویی پزشک و کاهش خطا، تثبیت فرهنگ خودگزارش‌دهی، ترویج آموزش پزشکی جامعه‌نگر^۱، تأکید بر نگرش کل‌گرایانه به بیمار و نه جزء‌نگرانه، تقویت نگرش سیستمی به خطاها و نه نگرش فردی، استقرار نظام ارجاع، و در نهایت نظام ثبت الکترونیک اطلاعات بیمار در آشکارشدن خطاهای پزشکی نقش مهمی خواهد داشت. توسعه بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان می‌تواند نگرانی حاصل از آشکارشدن خطا را کاهش دهد.

تقویت روحیه کار جمعی و هماهنگی بین فعالیت تیم پزشکی و تعهد به اخلاق حرفه‌ای احتمال بروز خطاهای عمدی و سهل‌انگارانه را کاهش و احتمال گزارش شفاف خطاها را افزایش می‌دهد. به هر حال باید به این واقعیت اذعان کرد که در دوران معاصر، کارگزاران پزشکی نسبت به همکاران پیشین خود با مشکلات بیشتری مواجهند.

همان‌طور که گیدنز اشاره می‌کند، این ناشی از وضعیت متناقض‌نمای زیست انسان در دوران معاصر است که افراد برای حصول به احساس ایمنی به قابلیت و کارایی نظام‌های تخصصی اعتماد می‌کنند، ولی امنیت آنها از ناحیه عملکرد همان افراد متخصص در معرض خطر قرار می‌گیرد.

منابع

۱. در آموزش جامعه‌نگر، برنامه‌های آموزشی با لحاظ کردن افزایش پاسخگویی نظام سلامت به خواسته‌های به حق جمعیت و تسهیم عادلانه امکانات تنظیم می‌شود (انتظاری و همکاران، ۱۳۸۹: ۵۳).

- آرمسترنگ، دیوید (۱۳۷۲) *جامعه‌شناسی پزشکی*، ترجمه احمدخزاعی و محمد توکل، تهران: دانشگاه صنعتی شریف.
- اصغری، فریبا (۱۳۸۹) «لزوم اظهار خطای پزشکی و تعارض آن با بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان»، *مجله پزشکی قانونی*، شماره ۱: ۵۷-۵۲.
- امامی‌رضوی، حسن (۱۳۹۰) «پاسخگویی نظام سلامت ما رتبه صدم را دارد»، *مجله نظام پزشکی*، شماره ۱۴۲: ۵۱.
- انتظاری، عباس و همکاران (۱۳۸۹) «چالش‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر در ایران»، *طب و تزکیه*، شماره ۷۷: ۶۴-۵۲.
- باطنی، سیدمحمدرضا، زینب‌السادات سجادی و سیدمحسن حسینی (۱۳۸۹) «میزان آگاهی بیماران از منشور حقوق بیمار»، *مدیریت اطلاعات سلامت*، شماره ۱۶: ۴۸۵-۴۸۹.
- بک، اولریش (۱۳۸۸) *جامعه درمخاطره جهانی*، ترجمه محمدرضا مهدی‌زاده، تهران: کویر.
- پارساپور، علیرضا و همکاران (۱۳۸۸) «بررسی نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های نمونه آموزشی-درمانی، خصوصی درجه یک و درمانی-دولتی در خصوص ضرورت رعایت مفاد منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۵»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، دوره ۲، شماره ۴: ۷۹-۹۰.
- پوررضا، ابوالقاسم (۱۳۸۲) «اقتصاد بهداشت: عرصه‌ها و چشم‌اندازها»، *پایش*، سال دوم، شماره ۴: ۲۹۷-۳۰۲.
- پیری، زکیه و سعید آصف‌زاده (۱۳۸۵) «چگونه می‌توان مدیریت دانش را به کار گرفت؟»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، شماره ۳۸: ۱۲۴-۱۳۲.
- تابناک: زیرمیزی پزشکان باز هم خبرساز شد: <http://www.tabnak.ir/fa/print/239185>
- جعفری، غلامعلی و همکاران (۱۳۸۹) *استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران، معاونت درمان، دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، اداره ارزشیابی مراکز درمانی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی*، تهران: صدا.
- جلالی‌فراهانی، علیرضا (۱۳۹۰) «ثبت خطاهای پزشکی در کشور بسیار ضعیف است»، *مجله نظام پزشکی*، شماره ۱۴۳: ۳۱.
- جلایی‌پور، محمدرضا (۱۳۹۲) *جامعه‌شناسی ایران: جامعه کژمدرن*، تهران: علم.
- دارابی، رؤیا و حسین مرادلو (۱۳۹۰) «بررسی رابطه بین شفافیت اطلاعات و محتوای اطلاعاتی سود و حسابداری در شرکت‌های پذیرفته‌شده در بورس اوراق بهادار تهران، فصلنامه حسابداری و مدیریت، سال چهارم، شماره ۱۱: ۴۱-۵۱.
- دباغ، علی، محمداسماعیل اکبری و محمد فتاحی (۱۳۸۵) «بررسی الگوهای خطاهای پزشکی در نظام سلامت»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی*، شماره ۱۵: ۹۵۷-۹۶۶.
- دردی‌عنصری، آنا (۱۳۹۲) «بنیاد سه‌گانه ایمنی بیمار»، *پزشکی امروز*، سال ۲۲، شماره ۹۴۶: ۹-۱۰.
- درگاهی، حسین، ناصر صدرممتاز و فرزاد فرجی (۱۳۸۴) *استانداردهای بیمارستان*، تهران: دانشگاه تهران.

- رشیدیان، آرش و حسین جودکی (۱۳۸۸) «بررسی تخلفات و شکایات مرتبط با ارائه خدمات سلامت در ایران: مرور نظام‌مند مطالعات انجام‌شده در کشور»، *مجله پزشکی قانونی*، دوره ۱۵: ۲۳۴-۲۴۳.
- زاهدی، حسنعلی و همکاران (۱۳۹۲) «بررسی نظرات اعضای هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد درمورد آموزش پزشکی پاسخگو»، *مجله آینده آموزش پزشکی*، شماره ۳: ۲۰-۳۵.
- سقایان نژاد اصفهانی، سکینه و همکاران (۱۳۹۰) «وضعیت مدارک پزشکی کامپیوتری شده در بیمارستان‌های منتخب شهرهای اهواز، اصفهان و شیراز»، *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره هشتم، شماره ۶: ۷۷۴-۷۸۴.
- صدیقی، ژیلا و همکاران (۱۳۸۱) «مدل پایش خدمات در نظام سلامتی: شیوه خودارزیابی»، *پایش*، سال دوم، شماره ۱: ۱۷-۲۴.
- صدوری، رضا و همکاران (۱۳۸۴) «اهمیت نظام ثبت اختصاصی الکترونیکی برای شکایات ارجاعی به علت قصور پزشکی در سازمان پزشکی قانونی کشور»، *مجله پزشکی قانونی*، دوره ۱۱، شماره ۲: ۹۹-۱۰۶.
- صدوری، رضا و سیده صدیقه سیدفرج‌اله (۱۳۸۸) «راهکارهای حفظ حقوق بیمار در سیستم پرونده الکترونیک سلامت»، *طب و تزکیه*، شماره ۷۵-۷۴: ۴۸-۵۶.
- صدیدی، معصومه و رقیه زردشت (۱۳۹۱) «بررسی دیدگاه پرستاران در مورد علل خطاهای دارویی و موانع گزارش دهی آن در بخش کودکان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، سال دوم، شماره ۳: ۱۴۲-۱۵۰.
- عباسی، محمود (۱۳۸۵) «مسئولیت تیم پزشکی در اعمال جراحی»، *نشریه جراحی ایران*، شماره ۳: ۱-۱۱.
- فارسی‌نژاد، محمدرضا و همکاران (۱۳۹۱) «مقایسه رضایتمندی مراجعین از رعایت منشور حقوق بیماران در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی منتخب شهر تهران»، *فصلنامه اخلاق پزشکی*، سال ۶، شماره ۲: ۹۹-۱۱۳.
- فردوسی، مسعود و همکاران (۱۳۹۲) «نظام پاسخگویی بیمارستان‌های هیئت‌امنایی براساس الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی در شهر اصفهان»، *پیاورد سلامت*، دوره ۷، شماره ۳: ۲۲۸-۲۳۸.
- کارهام، ویلیام سی. (۱۳۹۲) *جامعه‌شناسی پزشکی*: محمد خواجه دلویی، هم‌زنجانی زاده، ملیحه دادگر، سمانه خادمی، رضااسدی، مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- کرین، آندرو، درک ماتن، و لوراجی اسپنس (۱۳۸۹) *مسئولیت اجتماعی سازمان‌ها: برداشت‌ها و مورد پژوهی‌ها در عرصه جهانی*، گروه مترجمان بنیاد توانمندسازی منابع انسانی ایران، ناظر محمدحسن امامی، تهران: جامعه‌شناسان.
- کسل، فیلیپ (۱۳۸۳) *چکیده آثار آنتونی گیدنز*، ترجمه حسن چاووشیان، تهران: ققنوس.
- کلاهی، علی‌اصغر و محمدرضا سهرابی (۱۳۸۷) «بررسی آگاهی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) از منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۶»، *طب و تزکیه*، شماره ۷۱-۷۰: ۶۵-۷۶.

کیانمهر، ناهید، مانی مفیدی و مرضیه حاجی‌بیگی (۱۳۸۸) «آیا بیماران در بخش اورژانس از بروز خطای پزشکی نگرانند؟»، *مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره ۲۷، شماره ۴: ۴۳۱-۴۳۶.

کیکاووسی‌آرانی، لیلا و امیراشکان نصیری‌پور (۱۳۹۰) «تهدیدات آشکار مؤثر بر خطاهای پزشکی در بیمارستان‌های دولتی استان تهران»، *طب و تزکیه*، دوره ۲۰، شماره ۱ و ۲: ۶۵-۷۴.

گوزلی، الهه، مصطفی لنگری‌زاده، فرحناز صدوقی (۱۳۹۲) «بررسی امکان اجرای مدارک پزشکی الکترونیکی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه از نظر استانداردهای نیروی انسانی به‌عنوان یکی از الزامات پیاده‌سازی»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، دوره یازدهم، شماره ۵، پی‌درپی ۴۶: ۳۹۱-۳۹۷.

لاریجانی، باقر و فرزانه زاهدی (۱۳۸۴) «طب و اخلاق پزشکی نوین»، *مجله دیابت و لیپید/ایران*، ویژه‌نامه اخلاق در پژوهش‌های بالینی پزشکی، دوره سوم: ۱-۱۱.

مرتون، رابرت کی. (۱۳۷۶) *مشکلات اجتماعی و نظریه جامعه‌شناختی*، ترجمه نوین تولایی، تهران: امیرکبیر.

مردانی حموله، مرجان و عزیز شهرکی واحد (۱۳۸۸) «گزارش‌دادن خطاهای کارکنان پرستاری از دیدگاه آنها»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، دوره دوم، شماره ۴: ۵۵-۶۱.

مردنی، علیرضا و همکاران (۱۳۷۷) *سلامت در جمهوری اسلامی ایران*، تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

هدایتی، مهرنگ، ماندانا نژادنیک و مهرداد ستاره (۱۳۹۰) «عوامل مؤثر در نتیجه حکم صادره در پرونده‌های شکایت از قصور پزشکان»، *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، سال ۲۹، شماره ۱۶۱: ۱۴۹۷-۱۵۱۰.

همتی‌مسلک پاک، معصومه و همکاران (۱۳۹۲) «بررسی پرونده شکایات وارده به سازمان نظام پزشکی استان آذربایجان غربی طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، دوره یازدهم، شماره ۱، شماره پیاپی ۴۲: ۷-۱۳.

سایت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی: <http://behdasht.gov.ir/index.aspx>

Abelson Julia, Miller Fiona A. Miller & Mita Giacomini (2009) "What Does it Mean to Trust a Health A System? A Qualitative Study of Canadian Health Care Values", *Health Policy*, Vol. 91, p:63-70.

Anheier Helmut K., Regiba A. Lirt (2006) *A Dictionary of Civil Society, Philanthropy and the Non-profit -Sector*, London & New York: Routledge.

Barach Paul, Stephen D. Small (2000) "Reporting and Preventing Medical Mishaps: Lesson from Non-Medical Near Miss Reporting Systems", *BMJ*, Vol. 320, p:759-763.

- Blomgren Maria (2007) "The Drive for Transparency: Organization Field Transformations in Swedish Healthcare", *Public Administration*, Vol. 85, No.1, p: 67-82 .
- Blomgren Maria, Eva Sunden (2008) "Constructing a European Healthcare Market: The Private Healthcare Company Capio and Strategic Aspect of the Drive for Transparency", *Social Science & Medicine*, Vol. 67, p: 1512-1520.
- Bucknall Tracey K. (2010) "Medical Error and Decision Making: Learning from the Past and Present in Intensive Care", *Australian Critical Care*, Vol.23, p: 150-156.
- Chassin Mark R. (2002) "Achieving and Sustaining Improved Quality: Lessons from New York State and Cardiac Surgery". *Health Affairs*, Vol. 21, No.4, p: 40-51.
- Checkland Kath, Ruth McDonald & Steve Harrison (2007) "Ticking Boxes and Changing the Social World: Data Collection and the New UK General Practice Contract", *Social Policy & Administration*, Vol. 41, No.7, p:693-710.
- Chrysanthou Marc (2002) "Transparency and Selfhood: Utopia and the Informed Body", *Social Science & Medicine*, Vol. 54, P:469-479.
- Evans Sue M., Jesia G. Berry, Brain J. Smith and Adrian J. Esterman (2004) "Anonymity or Transparency in Reporting of Medical Error: A Community-Based Survey in South Australia", *Medicine and the Community*, Vol. 180, P: 577-580.
- Furstenberg George M. Von (2001) "Hopes and Delusions of Transparency", *North American Journal of Economics and Finance*, No.12, p: 105-120.
- Grepperud Sverre (2005) 'Medical Errors: Getting the Incentives Right', in *International Journal of Health Care Finance and Economics*, No.5, p: 307-326.
- Gu'nther Gell (2001) "Side Effects and Responsibility of Medical Informatics", *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 64,p: 69-81.
- Kalra Jawahar (2013) "Medical Error, Disclosure and Patient Safety: A Global View of Quality Care", *Clinical Biochemistry*, Vol.46, P:1161-1169.
- Kierkegaard Sylvia (2008) "Open Access to Public Documents-More Secrecy, Less Transparency!", *International Association of IT Lawyers*, Denmark, Elsevier Ltd.www.sciencedirect.com, www.compseconline.com/publications/prodclow.htm. 2008.12.001
- Kuhlman Ellen, Judith Allsop & Mike Saks (2009) "A Comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany", *Current Sociology*, Vol. 57, No. 4, p:511-528.
- Hauser Geprard (1998), "Vernacular Dialogue and the Rhetoricity of Public Opinion", *Communication Monographs* 65 (2): p:83-107 .