مقاله پژوهشی

طراحی و ارائه مدل فرونتیک برای حل بحران مراقبت سلامت

سعیده بابایی، علیرضا منجمی*

چکیده

مقدمه: یکی از دو بحران مهم پیش روی پزشکی مدرن، بحران مراقبت است؛ بحرانی که ناشی از نادیده گرفتن نیازهای وجودی و روانشناختی بیماران توسط پزشکان، پرستاران و دیگر مراقبت کنندگان است. ما در این مقاله برآنیم تا مروری بر این بحران و اهمیت توجه به آن از جانب مراقبت‌کنندگان داشته باشیم. همچنین، چارچوبی را برای کارورزی مطلوب مراقبت، تحت عنوان مدل فرونتیک مراقبت ارائه می‌دهیم که آموزش آن به مراقبت‌کنندگان می‌تواند نویدبخش رهایی از بحران مراقبت باشد.

روش‌ها: این مطالعه با استفاده از روش مرور نقادانه (Critical Review) و مراحل پیشنهادی کارنول و دالی (Carnwell & Daly) برای طراحی مدل مفهومی به نگارش درآمده است. مفاهیم و منابع کلیدی مرتبط با بحران مراقبت در پایگاه‌های داده Google Scholar، Web of science، PubMed، ERIC، و Elsevier و Philpapers تا سال ۲۰۲۰ و با کلیدواژه‌های quality-of-care crisis, quality of care, care, practice, medical practice, healthcare practice, critical reflection, empathy, phronesis, practical wisdom, reflective practice جستجو شد و به روزترین و پرارجاع ترین مقالات و کتب مورد گزینش و مطالعه قرار گرفت.

نتایج: با مرور منابع دسته اول و مرتبط و ادغام آنها به تصویری از بحران مراقبت دست یافتیم که در آن نیازهای وجودی و روانشناختی فرد نادیده گرفته می‌شود. همچنین، با مطالعه‌ای انتقادی در باب چیستی مراقبت پزشکی، مدلی را طراحی کردیم که ۱۲ ویژگی برای کارورزی مراقبت فرونتیک (Phronetic) در آن ارائه شده است و این مدل می‌تواند به حل بحران مراقبت کمک کند.

نتیجه‌گیری: نظر به این که یکی از مهم‌ترین گام‌های حل بحران مراقبت، بازاندیشی در باب این مفهوم و مؤلفه‌های گوناگون آن است، چارچوب پیشنهادی نگارندگان برای تمرین عملی مؤلفه‌های گوناگون مراقبت، می‌تواند به عنوان مبنایی برای آموزش مهارت‌های مورد نیاز به مراقبت‌کنندگان و تربیت مطلوب آنها در جهت رهایی از بحران مراقبت قرار بگیرد.

واژه‌های کلیدی: علوم انسانی سلامت، بحران مراقبت، کارورزی مراقبت، رویکرد انتقادی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ تیر ۱۴۰۰؛ ۲۱(۱۹): ۲۲۳ تا ۲۳۶

مقدمه

یکی از پایه‌های اساسیِ حوزه علوم انسانی سلامت، اتخاذ رویکردی انتقادی در مواجهه با کارورزی (Practice) مراقبت سلامت است که در مقابل رویکرد کلاسیک مطرح می‌شود(۱و۲) مراقبت‌کنندگان برای آن که بتوانند کارورزی مراقبت سلامت را به غایت خود نزدیک کنند،

* **نویسنده مسؤول:** دکتر علیرضا منجمی (استادیار)، گروه فلسفه علم و فناوری، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران. monajemi@ihcs.ac.ir

سعیده بابایی، دانشجوی دکتری فلسفه علم و فناوری، گروه فلسفه علم و فناوری، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران. saeedeh.babaii@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۱۰/۱۰، تاریخ اصلاحیه: ۹۹/۱۱/۱۸، تاریخ پذیرش: ۴۰۰/۳/۵

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

ناگزیرند که نگاهی نقادانه به کارورزی خود و همچنین نهاد پزشکی داشته باشند. ارزیابی نقادانه کارورزی مراقبت سلامت، فعالان این حوزه را به سوی به رسمیت شناختن بحران‌های این کارورزی رهنمون می‌سازد که در مقاله حاضر، قصد داریم به یکی از مهم‌ترینِ آنها تحت عنوان بحران مراقبت (Quality-of-Care Crisis) بپردازیم. مارکوم (Marcum) در کتاب پزشک فضیلت مند اذعان می‌دارد که در بحران مراقبت، ایده محوری این است که پزشکی مدرن با تمرکز افراطی بر شاخصه‌هایی نظیر دمای بدن و ضربان قلب و علی رغم اهمیت انکارناپذیر مراقبت وجودی از بیمار، نتوانسته است مراقبت مطلوب را ارائه دهد و دغدغه کافی را برای مراقبت از بیمار نشان دهد(۳). به همین دلیل، پزشکی مدرن با بحران مراقبت دست و پنجه نرم می‌کند(۳ تا٦).

هافمن (Hofmann) در مقاله در باب ارزش باری تکنولوژی و همچنین هنسن (Hansson) در مقاله فلسفه تکنولوژی پزشکی استدلال می‌کنند که خیرگی تکنولوژیک و تخصصی شدن دانش پزشکی که امکان شناخت بیش‌تر و دقیق‌تر از بدن و اعمال کنترل روی آن را فراهم کرده، موجب شده که بیماری، به اختلال در عملکرد بیولوژیک بدن و فرایندهای شیمیایی در جسم تقلیل پیدا کند و در نتیجه، کارورزی مراقبت انسان زدایی (dehumanization) شده است(۷و۸). بنابراین، همانطور که کرل (Carel) بیان می‌دارد، آگاهی از تجربه شخصی بیمار از بیماری و شرایطی که در آن قرار گرفته است، بخشی ضروری از کارورزی پزشکی محسوب نمی‌شود(۹). بیمار نقش معرفت شناختی محدودی را ایفا میکند و خصوصاً، در مواردی مانند آزمایش‌های پیشگیرانه (predictive testing)، دانش پزشکی از علائم بیمار و تجربیات فردی او مستقل است به طوری که ممکن است بیمار در طول زندگی خود با هیچ علائمی از بیماری تشخیص داده شده مواجه نشود(۸و۱۰تا۱۲). در نتیجه، فاصله‌ای میان بیمار و مراقبت‌کننده سلامت ایجاد شده است و در اغلب مواقع، مراقبت‌کننده واجد اقتداری افراطی شده است که این سبب تشدید مشکلات ناشی از عدم مراقبت وجودی از بیمار شده است(۸).

ما با رهیافت هابرماس (Habermas) همدلیم که نخستین و چه بسا مهم‌ترین گام در رهایی از هر بحران، به رسمیت شناختن آن و آشکار کردن زوایای مختلف آن است(۱۳). علم و فناوری‌های پزشکی به گونه‌ای تحول یافته اند که احساس هویت بیمار در معرض تهدید قرار گرفته است. در نتیجه، شاهد بحران مراقبت در پزشکی هستیم(۳) که آموزش آن به مراقبت‌کنندگان و شیوه‌های اصلاح کارروزی مراقبت سلامت برای حل این بحران بسیار ضروری است. درکی جامع الاطراف از علل و آثار بحران مراقبت و همچنین، شناخت مقومات شکل‌گیری کارورزی مراقبت می‌تواند به مثابه نورافکنی باشد که در مسیر جستجو برای راهکارهای حل این بحران ما را هدایت می‌کند.

پرسش اصلی ما در مقاله حاضر این است که چگونه می‌توان با آموزش مراقبت‌کنندگان، به حل بحران مراقبت کمک کرد؟ برای پاسخ، ابتدا با استفاده از روش مرور نقادانه به مطالعه ادبیات بسط یافته در حوزه علوم انسانی سلامت در رابطه با بحران مراقبت خواهیم پرداخت، تا چیستی بحران مراقبت را تشریح کنیم و به دلایل ضرورت توجه به این بحران برای کارورزی مراقبت سلامت اشاره کنیم. پس از این مرور نقادانه و با اتکا به یافته‌های حاصل از مطالعه وجوه مختلف بحران مراقبت، قادر خواهیم بود که ایده‌ای را برای آموزش شیوه‌های رهایی از این بحران، به افرادی که در کارورزی مراقبت سلامت مشغولند، استخراج کنیم. در بخش آخر مقاله، می‌کوشیم مدل فرونتیک مراقبت را طراحی کنیم که می‌تواند مبنایی برای آموزش مراقبت‌کنندگان در جهت ارتقای روابط مراقبتی میان مراقبت‌کننده و بیمار باشد.

روش‌ها

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

در این مطالعه، از روش مرور نقادانه (Critical Review) و مراحل پیشنهادی کارنول و دالی (Carnwell & Daly) برای طراحی مدل مفهومی بهره گرفته شده است. این روش ۵ مرحله دارد که عبارتند از: اول، تعریف حوزه‌ای که قرار است مرور شود، دوم، تعیین منابع مرتبط، سوم، مرور متون، چهارم، نوشتن متن مروری و پنجم، بهره‌گیری از متون مروری برای طراحی مدل(۱٤).

در این پژوهش با استناد بر متون علمی به بررسی دیدگاه‌های صاحب‌نظران، درباره بحران مراقبت در پزشکی پرداختیم. در این راستا مفاهیم مرتبط با بحران مراقبت هم مورد توجه قرار گرفت.

تعیین منابع مرتبط، از طریق جستجوی متون به شکل ساختاریافته، نظام مند و جامع با بهره‌گیری از موتور جستجو در پایگاه‌های داده و وب سایت‌هایی همچون,Google Scholar، Web of science، PubMed، ERIC و Elsevir و Philpapers با واژه‌های کلیدی quality-of-care crisis, quality of care, care, practice, medical practice, healthcare practice, critical reflection, empathy, phronesis, practical wisdom, reflective practice تا سال ۲۰۲۰ انجام شد. در جستجوی اولیه تعداد ۲۱۱ متن به دست آمد. معیار ما برای ورود مستندات میزانی بود که این مستندات واژگان کلیدی را پوشش می‌دهند و به تنوع بیش‌تری از واژگان کلیدی در آنها پرداخته می‌شود. همچنین، مستندات را بر اساس تعداد ارجاعات و به‌روز بودن آنها اولویت‌بندی کردیم. معیار خروج، پرداختن به بحران‌هایی غیر از بحران مراقبت -نظیر بحران حرفه‌ای گری- در حوزه سلامت بود.

در غربالگری اولیه بررسی ۲۱۱ عنوان (۱۷۳ مقاله انگلیسی ۳٤ کتاب انگلیسی و ٤ کتاب فارسی) انجام شد که ۱۰۳ مورد تکراری یا نامرتبط بودند و در این مرحله حذف شدند. ۱۰۸ منبع در مرحله دوم از نظر چکیده مورد بررسی قرار گرفتند که با توجه به معیار خروج ذکر شده، ۳۱ منبع حذف شد و ۷۷ مقاله در زمینه بحران مراقبت و کارورزی مراقبت وارد مرحله سوم بررسی شد. در مرحله سوم، با بررسی متن کامل مقالات و کتب، ۲۲ سند بر اساس معیارهای خروج حذف و در نهایت ۵۰ سند که تمرکز اصلی آنها بر بحران مراقبت و کارورزی مراقبت بود، وارد مطالعه شد.

نتایج

در این مطالعه پس از تعریف و تبیین بحران مراقبت و استخراج ویژگی‌ها و مؤلفه‌های بنیادین بحران و کارورزی مراقبت، مدل نظری ساختارمندی تحت عنوان مدل فرونتیک مراقبت مبتنی بر استدلال و سنتز محققان طراحی و ارائه گردید. در ابتدا به مراقبت در پزشکی پرداخته می‌شود.

در حوزه پزشکی، دو جنبه از مراقبت را می‌توان از یکدیگر تفکیک کرد:

۱. جنبه فنی و رفتاری که بیانگر کفایت فنی مراقبت‌کننده برای ارائه خدمات مراقبتی است

۲. جنبه انگیزشی که نشان دهنده دغدغه‌ای است که فرد را ترغیب می‌کند تا مراقبت‌کننده بیمار باشد(۱۵).

تنها با آمیختن این دو جنبه است که مراقبت‌کننده می‌تواند نیازهای فیزیولوژیک و وجودی بیمار را توأمان پاسخ گوید و در راستای غایت کارورزی مراقبت سلامت گام بردارد. مراقبان در کارورزی خود باید از مسیر یک رابطه مراقبتی، نیازهای بیماران را شناسایی و برآورده کنند و موقعیت منحصربفرد او را درنظر بگیرند. در نتیجه، تقلیل جایگاه مهم مراقبت به نقشی زینتی برای کارورزی مراقبت سلامت قابل قبول نیست و نباید نقش بنیادین و راهبردی مراقبت را انکار کرد(۱٦تا۱۸). دست کم، دو دلیل را می‌توان برای اهمیت نقش مراقبت در پزشکی برشمرد:

-دلیل اخلاقی

مسیر رشد و شکوفایی و رفع شدن نیازها در یک رابطه مراقبتی، یکسویه نیست. رابطه مراقبتی ماهیتی شکوفاکننده و رشددهنده دارد مراقبت‌کننده در مسیر مراقبت از دیگری،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

رشد اخلاقی پیدا میکند و خود را تحقق می‌بخشد(۱۹).

-دلیل معرفت شناختی

مشاهده یک مسأله از منظرهای مختلف، می‌تواند معرفت جامع تری را از مسأله شکل دهد و به قضاوت و تصمیم‌گیری بهتری درباره آن کمک کند. برای مثال، اگر پزشک با بیمار رابطه مراقبتی مطلوبی را برقرار کند، معرفت او نسبت به بیمار جامعیت بیش‌تری خواهد داشت. تکیه کردن به تنها یک شیوه برای تشخیص و درمان بیماری‌ها، چه این شیوه استفاده از فناوری‌های پزشکی باشد، یا گوش کردن به روایت بیمار، مکالمه با او، مشاهده وضعیت او و همدلی با او، یا تکیه به دانش زیست پزشکی، به تنهایی کافی نیست و همه این شیوه‌ها می‌توانند تصویر بالینی جامع تری از بیمار را برای کمک به قضاوت دقیق‌تر پزشک و تصمیم‌گیری بهتر او فراهم کنند(۱۹).

بحران مراقبت در پزشکی

به باور بسیاری از متخصصان حوزه علوم انسانی سلامت، پزشکی مدرن با دو بحران اصلی روبروست: ۱. بحران حرفه‌ای گری (Professionalism)، ۲. بحران مراقبت(۳و٤و۲۰و۲۱). در این مقاله، ما به بحران حرفه‌ای گری نمی‌پردازیم و بر بحران مراقبت متمرکز می‌شویم. مراقبت سلامت نوعی کارورزی است که میتوان غایت بنیادین آن را مراقبت از فردی دانست که تجربه‌ای از رنج و ناخوشی را از سر می‌گذراند تا چنین رنجی در او تسکین یابد یا از آن پیشگیری شود(۲۲و۲۳). مراقبت فضیلت اصلی در کارورزی پزشکی محسوب می‌شود، چرا که تحقق فضیلت‌های دیگر را امکان‌پذیر می‌سازد(۱۷و۱۸و۲٤و۲۵).

علوم زیست-پزشکی به دلایل مختلف، از جمله تخصصی شدن و نیز، اتکای روزافزون به فناوری، به سوی اقتدار و خودمختاری افراطی پیش رفته و از بیمار و تجربه زیسته او فاصله گرفته اند(۸) و این موجب خودمختاری افراطی پزشکی و نادیده گرفتن رنج بیمار و همدلی با شده است.

بحران مراقبت از یک سو می‌تواند به اضطراب، تشویش، آسیب فیزیکی و حتی مرگ بیمار بینجامد(۳) و از سوی دیگر، می‌تواند منجر به فرسودگی مراقبت‌کنندگان شود.

در کارورزی مراقبت سلامت، اغلب با بیمار به مثابه موجودی که از یک ناخوشی (illness) رنج می‌برد، برخورد نمی‌شود. در عوض، بیمار به عنوان ماشین معیوبی درنظر گرفته می‌شود که بخش‌هایی از بدن او درست عمل نمی‌کنند و باید این بخش‌ها را به کمک علم و فناوری تعمیر یا جایگزین کرد(۲٦). علم پزشکی مدرن فردیت بیمار را به مجموعه‌ای از داده‌ها تقلیل می‌دهد و شکایت‌های او را در مکالمه‌ها و تحلیل‌های علمی-پزشکی نادیده می‌گیرد(۲۷).

حال که با این بحران مواجهیم، چه راه‌هایی را برای برون رفت از آن می‌توانیم پی بگیریم؟ برای مثال، مارکوم (James Marcum) به شیوه‌هایی آموزشی برای فضیلت مند کردن پزشکان اشاره می‌کند و پزشک فضیلت مند را واجد فضایلی اخلاقی و معرفتی می‌داند که به او اجازه ارائه مراقبت خوب و باکیفیت را می‌دهند(۳). اما به باور نگارندگان، برای آن که این شیوه‌ها مؤثرتر عمل کنند، اولاً باید سیاق بزرگ‌تر کارورزی مراقبت سلامت را دید، محدوده آموزش را فراتر از پزشکان درنظر گرفت و اهمیت غیرقابل چشم پوشی سایر مراقبت‌کنندگان را نیز به خاطر داشت. ثانیاً، برای تأثیرگذاری بیش‌تر مداخلات آموزشی، نیازمند مطالعه‌ای عمیق تر، نظام مندتر و وسیع‌تر درباره مفهوم کارورزی مراقبت سلامت هستیم که مقاله حاضر چنین هدفی را دنبال می‌کند. در بخش بعد، صورت بندی جدیدی را از مجموعه ویژگی‌های یک کارورزی مراقبت مطلوب ارائه می‌کنیم که آموزش آنها به مراقبت‌کنندگان، گامی ضروری در جهت کاهش بحران مراقبت در پزشکی خواهد بود.

طراحی و ارائه «مدل فرونتیک مراقبت»

مراقبت سلامت را می‌توان به مثابه نوعی کارورزی در نظر گرفت که برای تحقق آن، مراقبت‌کننده نیازمند انجام

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و دارا بودن مهارت‌های مختلف است. برآمدن از عهده پیچیدگی موقعیت‌ها و رفتار فضیلت‌مندانه در مواجهه با آنها، مستلزم داشتن معرفتی فراتر از معرفت گزاره‌ای، نظری و علمی است که ارسطو آن را حکمت عملی یا فرونسیس (phronesis) می‌خواند. فرونسیس واژه‌ای یونانی به معنای حکمت عملی است و فرونتیک (phronetic) موجودی است که واجد حکمت عملی باشد. به تعبیر ارسطو، حکمت عملی خصوصیتی است که در نتیجه انجام عمل و مشارکت در کارورزی حاصل میشود و خود نیز راهبر و آگاهی بخش یک کارورزی است. ما از این واژه برای نامگذاری مدل خود بهره گرفته ایم، چرا که مؤلفه‌های سازنده این مدل، تحقق بخش حکمت عملی در کارورزی مراقبت هستند. برخی از اندیشمندان بر این باورند که حکمت عملی را نمی‌توان آموزش داد، بلکه فرد تنها از مسیر تجربه میتواند آن را به نحوی غیر مستقیم یاد بگیرد(۲۸). داشتن مهارت برای انجام کارورزی و تعهد به غایات کارورزی، در خلال تجربه آموخته می‌شود. ارسطو می‌گوید شخصیت و حکمت عملی ما باید توسط نهادهای بزرگی که زیر سایه آنها کارورزی را انجام می‌دهیم، رشد یابند. اما در جهان مدرن حکمت عملی در نهادها با قواعد و انگیزه‌هایی که معیارهایی مانند کارآمدی و منفعت اقتصادی آنها را تعیین می‌کنند، جایگزین شده است و موانعی جدی برای رشد حکمت عملی و در نتیجه، رونق گرفتن کارورزی‌ها به وجود آمده است.

در ادامه شرحی از ویژگی‌های متعددی که مؤلفه‌های سازنده مدل فرونتیک مراقبت هستند را ارائه می‌کنیم:

الف) مقومات کارورزی فرونتیک مراقبت

۱. آمیختگی غایت و ابزار

یکی از ویژگی‌های اصلی هر کارورزی، غایت‌مندی آن است. کارورزی و غایت کارورزی در هم آمیخته اند(۲۹). بنابراین، نباید میان کنش‌های مراقبت‌کننده و غایت کارورزی مراقبت گسست و جدایی وجود داشته باشد. مراقبت‌کننده اگر با نگاهی ابزاری نسبت به مراقبت شونده از او مراقبت کند، یکپارچگی کارورزی مراقبت را به مخاطره انداخته و نتیجه این گسست، عدم بهره مندی او از خیرهای درونی موجود در کارورزی مراقبت است(۳۰). اما این که این غایات چگونه باید در کارورزی دنبال شوند، مستلزم ترجمه آنها به کنش‌هایی انضمامی در آن کارورزی خاص است و برای انجام این کار، نیاز به حکمت عملی داریم. فردی که به دنبال دستیابی به غایت کارورزی است، اگر این کار را صرفاً برای دریافت پاداش یا اجتناب از تنبیه انجام دهد، به این غایت دست نمی‌یابد. او کنش‌هایش را مطابق با موازین تعریف شده برای کارورزی انجام می‌دهد، از این رو که مثلاً پزشک یا معلمِ خوب بودن و دستیابی به غایت کارورزی، مستلزم انجام این کنش‌هاست. در حین انجام این کنش‌ها، او همواره باید عواقب کنشی که انجام می‌دهد را نیز درنظر بگیرد. برای برآمدن از عهده این کار، فرد باید به دنبال کسب و تقویت حکمت عملی باشد(۳۱).

۲. قضاوت حکیمانه

قواعد به خودیِ خود نمی‌توانند جایگزین حکمت عملی شوند و در بهترین حالت، می‌توانند به مدیریت رفتار کسانی کمک کنند که فاقد حکمت عملی هستند. اما اگر همین قواعد، بدون حکمت عملی و کورکورانه پیروی شوند، احتمال سرپیچی از آنها بالاست و پیروی از آنها نیز افراد را به غایت کارورزی نمی‌رساند. مقدمه فضیلت مندی و حل تنگناهای اخلاقی در کارورزی، درک و ارزیابی کلی از موقعیت است که بر اساس آن، فردی که واجد حکمت عملی است می‌تواند قضاوت کند که عمل فضیلت‌مندانه و تصمیم درست چیست(۳۲).

۳. کارورزی تأملی

کارورزی نیازمند این است که کارورز، میل به یادگیری مداوم از تجربیاتش از طریق شناسایی و اصلاح خطاهایش داشته باشد و غایت او از درگیری در این کارورزی، رشد

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

کردن باشد. تجربه به تنهایی نمی‌تواند منجر به یادگیری شود. بلکه کارورز باید تأملاتی انتقادی را نسبت به نظریات و فعالیت‌هایش اتخاذ کند تا در نتیجه آن، بصیرت‌های خود را رشد دهد(۳۳). یکی از بسترهایی که فرد می‌تواند تجربیات حرفه‌ای خود را بسط دهد، کارورزی مراقبت سلامت است. چرا که بافتار این کارورزی مدام در حال تغییر است و دانش پزشکی نیز دائماً در حال رشد است(۳٤). با درگیر شدن به شکل عملی در این کارورزی فرد بینش‌هایی را می‌آموزد که از طریق یادگیری صوری و مطالعه متون آموزشی حاصل نمی‌شوند. در چنین کارورزی‌هایی است که فرد می‌تواند نظریه و کارورزی را در هم بیامیزد. کارورزی تأملی (Reflective Practice) تنها از مسیر نگاه به فعالیت‌های گذشته محقق نمی‌شود، بلکه فرد باید در طول کارورزی درباره احساسات، تجربیات، کنش‌ها و واکنش‌های خود تأملی آگاهانه داشته باشد و بر اساس آنها معرفت خود را به نحو مستمر بازسازی کند(۳۵).

٤. همکاری محوری

مراقبت یک کارورزی است و افراد درگیر در یک کارورزی باید بتوانند با همکاری با یکدیگر غایت کارورزی را محقق کنند(۳۰). بنابراین، مهار ت‌های لازم برای همکاری با دیگران برای رسیدن به هدفی مشترک از الزامات شکل‌گیری کارورزی مطلوب است. مهارت‌هایی از جمله تعامل، مسؤولیت‌پذیری، از خود گذشتگی.

٥. آگاهی از زمان

مراقبت‌کننده برای آن که بتواند فعالیت‌ها و تصمیمات خود را ناظر به غایت کارورزی تنظیم کند، نیاز به دوراندیشی و مهارت آگاهی از زمان دارد. به این معنا که باید بتواند در افق آینده، ببیند که نتیجه کنش‌هایی که در این لحظه تصمیم به انجام آنها میگیرد چه خواهد بود. تدبیر کند که چه کنشهایی را بهتر است ناظر به آینده بهتر و مطلوبتر برای بیمار در این لحظه انجام دهد. چنان که گادامر (Hans Georg Gadamer) نیز تصریح می‌کند «...(آگاهی از زمان) به معنای توانایی صرفنظر از کامبخشی آنی ترین هدف، به نفع هدف مشخص بلندمدت است.»(۳٦)

ب) مهارت‌های رابطه مراقبتی

کارورزی مراقبت، یک کارورزی مبتنی بر رابطه است(۳۷و۳۸). روابط مختلف در آن ارزشمند هستند و کارایی‌های غیر قابل چشم‌پوشی دارند. روابط میان بیمار/خانواده، بیمار/پزشک و پرستار، خانواده/پزشک و پرستار، بیمار/زیست‌جهان، خانواده و پزشک و پرستار/زیست‌جهان بیمار روابطی هستند که حذف هر یک از آنها موجب از دست رفتن بخشی از غنای کارورزی مراقبت می‌شود. بنابراین، برای حفظ و تقویت کارورزی مراقبت باید به راهکارهایی برای تقویت و عمق‌بخشی به این روابط اندیشید. در ادامه، برخی از مهارت‌های لازم برای برقراری یک رابطه مراقبتی مطلوب را برمی‌شماریم:

۱. توجه به نیازهای بیمار

برای مراقبت از یک فرد، ابتدا باید نیازهای مختلف او که موجب شده اند او در موقعیت فعلی گرفتار شود را شناسایی کرد. پس از شناسایی این نیازهاست که مراقبت‌کننده درمی یابد که چه کنش‌هایی را در جهت رفع این نیازها میتواند انجام دهد و می‌سنجد که توان او برای رفع این نیازها چه اندازه است(۳۷). مراقبت‌کننده فقط یک گوش شنوا برای شنیدن حرف‌های مراقبت شونده نیست، بلکه باید بتواند مسأله و نیاز او را بررسی کند و وظیفه پاسخ‌گویی در مقابل این نیازها را برای خود قائل باشد.

۲. همدلی

همدلی شیوهای برای فهم دیگری و حضور یافتن دیگری و رنج او نزد من است(۳۸). همدلی مؤلفه‌ای احساسی برای کارورزی، شرطی اساسی و منبعی برای دانش اخلاقی است و در عین حال، نیروی محرک‌های برای عمل به شیوه‌ای اخلاقی است(۳۹). مراقبت‌کننده نیازمند نوعی هوشمندی احساسی است که به او مهارت شنیدن فرد دیگر و قدرت درک

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

احساسات او را می‌دهد. همدلی در پزشکی موجب می‌شود درک کنیم که بیمار چگونه و چرا در رنج است و تصمیماتی اخلاقی متناسب با آن بگیریم.

به باور اریک توپول (Eric Topol)، هوش احساسی باید در انتخاب پزشکان آینده درنظر گرفته شود. اکثر مدارس پزشکی، مهارت‌های گوش کردن، معاینه کردن و همدلی را آموزش نمی‌دهند. دانشجویان پزشکی باید به جای بیماری محور بودن، انسان محور شوند. تشخیص بیماری از طریق نگاه کردن به اسکن‌ها یا نتایج آزمایشگاهی به جای ارتباط لمسی و نزدیک با بیمار هم می‌تواند صورت گیرد. این شیوه‌ها بسیار ساده‌تر و سریع‌تر از شناختن یک انسان هستند. اما توپول آزمایشی روی دو گروه از دانشجویان را مطرح میکند که نشان می‌دهد کسانی که آموزش دیدند تا بافتار زندگی بیمار را بررسی کنند، به او اجازه دهند که صحبت کند، درباره نحوه زندگی او، چیزهایی که برایش مهمند و چیزهایی که نگرانش می‌کنند کنجکاو بوده اند، در تشخیص بیماری نیز موفق‌تر عمل کردند(٤٠).

در همدلی، فرد تحت تأثیر احساسات بیمار است و برای او احساس تأسف می‌کند. به همین خاطر، قدرت تحمل او در مقابل سختی‌های مراقبت کردن بیش‌تر خواهد بود(٤١). همدلی چیزی مابین تکیه بر عقل گسسته و غوطه ور شدن همدردانه (sympathic) است. همدلی نوعی استدلال مبتنی بر احساس است که ممکن است خطا هم در آن راه داشته باشد. پزشک باید خودآگاه باشد که احساسات تأییدنشده خود را به بیمار تحمیل نکند(٤٢).

۳. گفتگومحوری

مراقبت در بستر یک رابطه محقق می‌شود و مکالمه یکی از راه‌های برقراری ارتباط است. واژه‌ها و مفاهیم این قدرت را دارند که پاسخ‌های عاطفی را در ما بربیانگیزند. یکی از راه‌های برانگیختن همدلی در طرف مقابل، گفتگو با اوست. در بسیاری از مواقع، می‌توان رد علائم ناشی از بیماری را در داستان زندگی بیمار پیدا کرد(۲۳). بیمار و مراقبت‌کننده در همکاری متقابل با یکدیگر و از طریق گفتگو به معرفتی درباره موقعیت میرسند که در حالت عادی آشکار نیست.

بنابراین، گفتگو در کارورزی مراقبت دارای اهمیت اساسی است که نه به عنوان مقدمه‌ای برای درمان، بلکه بخشی از فرایند درمان است(٣٦). اما گفتگویی که از آن صحبت می‌کنیم، با فرایندی که پزشک از بیمار شرح حال می‌گیرد متفاوت است. چنآن که گادامر (Gadamer) نیز در رازوارگی سلامت تصریح می‌کند «گفتگوی میان پزشک و بیمار صرفاً به این منظور انجام نمی‌شود که تاریخچه وضع بیمار را محرز کند. شکلی از ارتباط تعدیل شده است که به گفتگوی میان پزشک و اصولاً بیمار تعلق دارد؛ زیرا بیماران میخواهند سابقه درمانیشان را به یاد بیاورند و حکایت کنند. گاهی این کار درست همانگونه انجام می‌شود که پزشک مایل است و «بیماران» میتوانند فراموش کنند که بیمارند و تحت درمان. اگر بیماران به مواجهه با همان نوع گفتگویی موفق شوند که معمولاً در تلاش برای رسیدن به توافق با کسی دنبال می‌کنند، این [موضوع] می‌تواند مانند تجربه کسب مجدد تعادل، به ارزیابی فرایند جاری تسهیل ارتباط میان درد و سلامت کمک کند. گفتگو می‌تواند به مقدار زیادی به ارتباط میان پزشک و بیمار یاری رساند. البته این گفتگو صرفاً هنگامی به طور کامل موفق است که گویی، در واقع، مکالمه‌ای عادی است.»(٣٦)

۳. دوطرفگی رابطه

یک رابطه مراقبتی رابطه‌ای یک سویه نیست که در آن فقط مراقبت‌کننده مجموعه‌ای از رفتارها و انگیزه‌های مراقبتی را از خود نشان دهد. مراقبت شونده نیز باید با توجه به تغییر وضعیتی که در خود مشاهده می‌کند، به مجموعه رفتارهای مراقبتی مراقبت‌کننده بازخورد نشان دهد(۳۷). او باید بیان کند که این رفتارها چه تأثیرات مثبت و منفی‌ای را روی بهبود شرایط او گذاشته اند تا مراقبت‌کننده بتواند متناسب با این بازخورد در صورت لزوم تغییراتی را در

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

روند خود ایجاد کند.

٤. رابطه مبتنی بر اعتماد

همکاری‌های مشترک انسانی بر پایه اعتماد بنا شده اند. اگر اعتماد کافی میان افراد درگیر در یک کارورزی وجود داشته باشد، بسیاری از پیچیدگی‌ها و دشواری‌های همکاری میان آنها از بین می‌رود و امکان شکل‌گیری و تداوم همکاری بیش‌تر می‌شود. پزشک باید بتواند اعتماد بیمار را جلب کند و در نسبت با او، دغدغه، همدردی، صداقت، حساسیت و درایت داشته باشد(١٥). گاهی یک تماس چشمی یا لمس می‌تواند به تقویت اعتماد میان آنها کمک کند. مراقبت شونده اگر نتواند به مراقبت‌کننده اعتماد کند و از انگیزه‌های اخلاقی و کفایت فنی او خاطرجمع شود، توصیه‌های او را نیز عملی نخواهد کرد و این به معنای پایان فرایند مراقبت است.

٦. حفظ فاصله متعادل

مراقبت‌کننده و مراقبت شونده لازم است که فاصله احساسی مناسبی را از یکدیگر حفظ کنند. مراقبت‌کننده برای درک بهتر از موقعیت مراقبت شونده و فهمیدن امیدها، ترس‌ها، تجربه شخصی بیمار و انگیزه‌های او برای زندگی نیاز دارد که تا حدی به زیست جهان او نزدیک شود و رابطه‌ای نزدیک و همدلانه را با او شکل دهد. در عین حال، باید بتواند از بیمار تا حدی فاصله بگیرد و موقعیت او را ارزیابی کند و بر اساس آن بهترین تصمیم را برای بهبود شرایط بیمار بگیرد. این دو موضع باید در تعادل و همزیستی با یکدیگر باشند. به این معنا که این همدلی نباید تا حدی پیش برود که مراقبت‌کننده نتواند تعادلی را میان احساسات و تأملات عقلانی خود برای تصمیم‌گیری درست برقرار کند به گونه‌ای که یا آنقدر به بیمار نزدیک شود که به او آسیب بزند یا به قدری از او دور شود که نسبت به او با بی تفاوتی عمل کند(٢٢).

٧. رهایی‌بخشی

در یک رابطه مراقبتی مطلوب، یکی از طرفین دارای اقتدار مطلق نیست و هر دو طرف عاملیت دارند. این رابطه اگرچه شیب‌دار است و یکی از طرفین نسبت به دیگری دارای اقتدار و خودمختاری بیش‌تر و وابستگی کم‌تر است، اما این اقتدار را طرف دیگر رابطه به او اعطا کرده‌است. در رابطه پزشک و بیمار نیز پزشک اگرچه واجد نوعی اقتدار نسبت به بیمار است، اما این اقتدار را بیمار به او می‌دهد و پزشک بودن او وابسته به وجود بیمار است. رابطه مراقبتی میان پزشک و بیمار رابطه‌ای یک سویه نیست که وابستگی مطلق بیمار و اقتدار مطلق پزشک را محقق کند(٣٦). خودمختاری بیمار یکی از الزامات اخلاقی کارورزی مراقبت سلامت است که به او این حق را می‌دهد که از پذیرش مداخلاتی که مطلوب او نیست، امتناع کند(٤٣).

مراقبت‌کننده اگر بخواهد به وظیفه مراقبتی خود عمل کند، در یک نقطه باید چنین رابطه‌ای را قطع کند. زیرا اگر بنابر این باشد که بیمار تا پایان عمر خود به مراقبت‌کننده وابستگی مطلق داشته باشد، رابطه مراقبتی به علت اقتدار مطلق مراقبت‌کننده دچار اختلال می‌شود و بیمار به نوعی تحت انقیاد مراقبت‌کننده در خواهد آمد و دیگر تحت مراقبت او نیست. برای مقابله با این اقتدار، بیمار باید به نوعی رهایی بخشی دست یابد. بیمار همواره باید از نوعی آزادی ناب برای نقادی برخوردار باشد. پیش شرط تأیید اقتدار برتر دیگران توسط ما و تأیید اقتدار ما توسط دیگران همین ظرفیت انتقاد کردن است.

بحث

این مطالعه به دنبال تعریف بحران مراقبت و ارائه چارچوبی برای کارورزی مطلوب تحت عنوان مدل فرونتیک مراقبت، بود. در شکل ١ زنجیره‌ای از علل منجر به بروز این بحران (نقشه مفهومی) توسط نویسندگان ترسیم شده است.

به باور نگارندگان، شکاف ایجادشده میان بیمار و مراقبت‌کننده ریشه اصلی بحران مراقبت است که برای حل

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

آن، باید درباره کارورزی پزشکی و نقش مراقبت در آن به نحوی انتقادی تأمل کرد. بنابراین، مراقبت‌کنندگان برای آن که قادر باشند کارورزی خود را به نحوی مؤثر و مطلوب انجام دهند، ناگزیرند از این که بحران مراقبت را به رسمیت بشناسند و با وجوه و علل گوناگون آن آشنا شوند. چرا که این بحران، مانعی انکارناپذیر در جهت دستیابی به غایت کارورزی مراقبت سلامت، یعنی مراقبت از بیمار در جهت کاهش رنج و ناخوشی اوست. از آنجایی که علت اصلی بحران مراقبت، مخدوش شدن رابطه مراقبتی میان مراقبت‌کننده و مراقبت شونده است، مراقبت‌کنندگان باید دانش و مهارت‌های لازم را برای شکل دادن به یک رابطه مراقبتی کارآمد کسب کنند و آنها را تمرین و کارورزی کنند تا بتوانند سهم مهم خود را در احیای روابط مراقبتی و کمرنگ شدن بحران مراقبت ایفا کنند.

در این مطالعه، مهارت‌ها و ویژگی‌های کارورزی مراقبت سلامت با استفاده از بصیرت‌ها و تعاریف ارائه شده توسط ارسطو، السدر مکینتایر (Alasdair MacIntyre) و آلبرت بورگمان (Albert Borgmann) در باب مفهوم کارورزی و همچنین، آموزه‌های بسط یافته در حوزه علوم انسانی سلامت و اخلاق مراقبت در ادبیات پزشکی و مراقبت سلامت بازسازی شده است (شکل ۲).

شکل ۱: زنجیره علل به وجود آمدن بحران مراقبت کننده

هر یک از مقومات پنجگانه کارورزی فرونتیک مراقبت وجوه مختلف این کارورزی را نشان می‌دهند و در عین حال، خود نیز در هم تنیده‌اند؛ از یکدیگر منتج می‌شوند و یکدیگر را نتیجه می‌دهند. از چشم‌انداز هر یک از این مقومات که به کارورزی می‌نگریم، ما را به وجوه دیگر کارورزی رهنمون می‌سازند. آمیختگی غایت و ابزار در کارورزی به این معناست که انجام یک عمل، هم‌زمان تحقق هدف آن عمل را نیز در پی دارد. مراقبت نیز به مثابه یک کارورزی، هم غایت است و هم ابزار؛ هم انجام کارورزی است و هم تحقق هدف کارورزی. در این شیوه نگریستن به مراقبت انسان زدایی دیگر منتج نخواهد

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

شد. چراکه برای مراقبت از بیمار باید با او در تعاملی دوطرفه بود، گفتگو کرد، اعتماد او را جلب کرد و به نیازهای فردی او پاسخ گفت.

همچنین، مراقبت‌کننده برای آن که بتواند با بیمار همدلی کند، باید فهمی از بیمار و قضاوتی حکیمانه درباره شرایط او پیدا کند و برای چنین قضاوتی نیازمند تأمل درباره کارورزی خود و ارزیابی عملکرد خود در موقعیت‌های مختلف و اصلاح خطاهای پیشین است. ترکیبی از قضاوت، تأمل و همدلی است که مراقبت‌کننده را قادر می‌سازد فاصله متعادلی را با بیمار حفظ کند و نه در دام همدردی (در مقابل همدلی) با او بیفتد و نه اقتدار مطلق را در نسبت با او اختیار کند. در مدل فرونتیک مراقبت، آمیختگی غایت و ابزار به علاوه مؤلفه همکاری محوری و تأمل به مراقبت‌کننده این امکان را می‌دهند که بتواند به شیوه درست و در زمان مناسب بیمار را رهایی ببخشد و تمایل بی پایان به مداخله و کنترل خود بر بیمار را محدود کند.

شکل ۲: مدل فرونتیک مراقبت

دوازده ویژگی ارائه شده برای کارورزی مراقبت را می‌توان در قالب «مدل فرونتیک مراقبت» برای آموزش به مراقبت‌کنندگان معرفی کرد. تمایز این مدل با مطالعات انجام شده در این حوزه این است که مؤلفه‌های مراقبت در آثار اندیشمندان این حوزه به شکلی تک‌افتاده و منفرد طرح شده و ارتباط میان آنها تبیین و استخراج نشده است. حال آن که نگارندگان این مقاله، مدل جامع را طراحی کرده‌اند که برجسته‌ترین مؤلفه‌های مراقبت در آن طرح و روابط و همبستگی‌های میان این مؤلفه‌ها و تأثیر و تأثر آنها بر یکدیگر نیز احصاء شده است و این صورت‌بندی تاکنون

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

انجام نشده است.

تأکید مطالعه حاضر بر آن است که فراروی از دستورالعمل‌ها و توصیه‌های ارائه شده در حوزه‌هایی نظیر اخلاق پزشکی نیازی ضروری برای مراقبت‌کنندگان است(٤٤). همچنین، نگاه‌های خوش بینانه به ورود بی سابقه فناوری‌های پزشکی و تکیه به آنها برای انجام کارورزی مراقبت، خود نیز به بحران مراقبت دامن خواهد زد و نمی‌توان حل این بحران را به عوامل دیگری نظیر فناوری محول کرد(٤٥).

یکی از نقاط ضعف این مدل این است که توجه چندانی به نهاد مراقبت سلامت و جنبه اجتماعی این کارورزی نداشته است. مراقبت‌کنندگان در نهاد مراقبت سلامت با یکدیگر مرتبط‌اند و لازمه شکل‌گیری کارورزی مراقبت این است که خود این نهاد نیز فرونتیک باشد. این موضوعی است که بری شوارتز (Barry Schwartz) و کن شارپ (Kenneth Sharpe) در کتاب خود "*حکمت عملی: شیوه درست برای انجام کار درست* (Practical Wisdom: The Right Way to do the Right Thing)" به آن پرداخته‌اند(٣١). مراقبت یک وظیفه اخلاقی فردی صرف نیست، بلکه نیازمند نهادی است که ساختار آن به شکلی فرونتیک طراحی شده باشد. ما در این مقاله مؤلفه‌های مؤثر در روابط فردی را روشن کردیم و پژوهش‌های آینده می‌توانند به ابعاد مختلف نهاد فرونتیک بپردازند.

پی بردن به ریشه‌های بحران مراقبت و آشنایی مراقبت‌کنندگان با مدل فرونتیک هدفی است که نگارندگان این مقاله سعی در دستیابی به آن داشتند. برای تحقق عملی مدل فرونتیک، نهاد مراقبت سلامت و آموزش سلامت نیز باید به نحوی فرونتیک بازطراحی و اصلاح شوند. کارورزی مراقبت یک دانش ضمنی است که آموزش آن در قالب کتاب یا واحدهای درسی دانشگاهی نمی‌تواند عملاً آن را محقق کند. برای تحقق آن نیازمند فراهم‌سازی بافتار مناسبی هستیم که بیمار در آن آسیب جسمی و روحی نبیند. به علاوه، می‌توانیم مدل را در بافتار عملی دوره‌های آموزشی در نهاد مراقبت سلامت به‌کار بگیریم و با شواهد تجربی نشان دهیم که مدل در عمل تا چه اندازه کیفیت مراقبت را ارتقای می‌دهد و درصد رضایت بیمار و مراقبت-کننده را تغییر می‌دهد. بنابراین، برای آموزش این مهارت‌ها، باید به نحوی هوشمندانه از شیوه‌های نظری و عملی متنوع و مؤثری که متناسب با بافتار بیمار و کارورزی مراقبت باشد، استفاده شود و چگونگی آموزش مدل موضوعی است که می‌تواند در پژوهش‌های آینده مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه با بازخوانی مؤلفه‌ها و ویژگی‌های کارورزی مراقبت، مدل فرونتیک مراقبت برای آموزش مراقبت‌کنندگان طراحی شد تا با ترویج آن، مراقبت‌کنندگان نگاهی مجدد به نقش حیاتی خود در ایجاد رضایتمندی در بیمار و ارتقای کیفیت زندگی او و در نتیجه، کاهش بحران مراقبت بیفکنند و با این تغییر نگاه و آگاهی بخشی، الگوی رابطه مراقبتی میان مراقبان و بیماران اصلاح شود.

با توجه به مطالب پیشگفته، آموزش بحران مراقبت به مراقبت‌کنندگان و همچنین، آموزش مدل فرونتیک برای کارورزی مراقبت و ویژگی‌های یک مراقبت‌کننده ایده‌آل، می‌تواند گام ایجابی مهمی در راستای رهایی از بحران مراقبت در پزشکی باشد. ایجاد تغییراتی بنیادین در روند آموزش مراقبت‌کنندگان، برای مثال، آموزش نظری و عملی دروس حوزه علوم انسانی مانند فلسفه، ادبیات، هنر و نیز، تقویت مهارت‌هایی نظیر تفکر انتقادی، برقراری ارتباطات انسانی مؤثر، قدرت تصمیم‌گیری در شرایط پیچیده و پیش‌بینی نشده از جمله پیشنهادات کاربردی است که می‌تواند نقش مؤثری در کاهش بحران مراقبت داشته باشد. اما در ایجاد این تغییرات آموزشی باید توجه داشت که عوامل دیگری نیز در شبکه بزرگ مراقبت سلامت وجود دارند که می‌توانند در کاهش یا تشدید بحران مراقبت سهم داشته باشند. در حل بحران مراقبت، عوامل اقتصادی،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

سیاسی، فرهنگی و همچنین عواملی مانند فناوری‌های پزشکی، ساختارها و نهادهای جاافتاده مراقبت سلامت نیز باید در تصویری بزرگ‌تر مورد تأملات نقادانه قرار بگیرند و به نحوی فرونتیک طراحی شوند تا در نگاهی کل‌گرایانه، عوامل انسانی، نهادی، فناورانه در مساهمت با یکدیگر به حل بحران مراقبت کمک کنند.

قدردانی

از همه اساتید و دوستانی که در تدوین این مقاله ما را راهنمایی کردند، سپاسگزاریم.

منابع

1. Bleakley A, Medical Humianities And Medical Education: How The Medical Humanities Can Shape Better Doctors, 1st Ed. New York: Routledge; 2015.
2. Cole TR, Carson RA, Carlin NS. Medical Humanities: An Introduction. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2015.
3. Marcum JA, The Virtuous Physician. New York City: Springer; 2012.
4. Blumer RH, Meyer N, Reeve D. The New Medicine. New York, NY: Middlemarch Films; 2006.
5. Cassell EJ. Doctoring: The Nature Of Primary Care Medicine. Oxford, England: Oxford University Press; 1997.
6. Weatherall DJ. Science And The Quiet Art: The Role Of Medical Research In Health Care. Mountain View, California: Norton; 1996.
7. Hansson SO. Philosophy Of Medical Technology. In: Gabbay DM, Thagard P, Woods J, Meijers AW. Editors. Handbook Of Philosophy Of Science. Volume 9: Philosophy Of Technology And Engineering Sciences. Amsterdam, Netherlands: Elsevier ; 2009: 1275-1300.
8. Hofmann B. On The Value-Ladenness Of Technology In Medicine, Medicine. Med Health Care Philos. 2001; 4(3): 335-46.
9. Carel H. The Phenomenology Of Illness. 1st Ed. Oxford: Oxford University Press; 2016.
10. Black WC, Welch HG. Advances In Diagnostic Imaging And Overestimations Of Disease Prevalence And The Benefits Of Therapy. N Engl J Med. 1993; 328(17): 1237-43.
11. Stewart-Brown S, Farmer A. Screening Could Seriously Damage Your Health. BMJ Clinical Research. 1997; 314(7080): 533-4.
12. Kavanagh AM, Broom DH. Embodied Risk: My Body, Myself?. Soc Sci Med. 1998; 46(3): 437-44.
13. Habermas J, Mccarthy TH. Legitimation Crisis. 1st Ed. Boston, Massachusetts: Beacon Press; 1975.
14. Carnwell R, Daly W. Strategies For The Construction Of A Critical Review Of The Literature. Nurse Educ Pract. 2001; 1(2): 57-63.
15. Blumenthal D, Quality Of Care?—What Is It?. New England Journal Of Medicine 1996; 335: 891– 894.
16. Barbour A. Caring For Patients: A Critique Of The Medical Model.1st ed. Stanford, CA: Stanford University Press; 1995.
17. Brody J. Virtue Ethics, Caring, And Nursing. Sch Inq Nurs Pract .1988; 2(2): 87-101.
18. Fry S. A Theory Of Caring: Pitfalls And Promises. In: Gaut DA, Leininger MM, Editors. Caring: The Compassionate Healer. New York, National League For Nursing Press; 1991: 161–172.
19. Peabody FW. The Care Of The Patient. JAMA. 1927; 88(12): 877-882.
20. Relman AS. Medical Professionalism In A Commercialized Health Care Market. JAMA. 2007; 298(22): 2668-2670.
21.Swick H, Bryan CS, Longo LD. Beyond The Physician Charter: Reflections On Medical Professionalism. Perspect Biol Med. 2006; 49(2): 263-75.
22. Ahlzen R. Arts And Humanistic Science. Medicine. Med Health Care Philos. 2007 ; 10(4): 385-93.
23. Wright HG. Means, Ends And Medical Care. New York City : Springer; 2007.
24. van Hooft S. Caring About Health. 1st ed. Abingdon-on-Thames, Oxfordshire: Routledge ; 2006.
25. Watson J. Nursing: The Philosophy And Science Of Caring. 1st ed. Boulder, CO: University Press Of Colorado; 2008.
26. Lee K. Technology And Dehumanization Of Medicine. In: Schramme T, Edwards S, Editors. Handbook Of The Philosophy Of Medicine. New York City : Springer; 2017: 661-675.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

27. Gaiger J, Walker N, (Translator). The Enigma Of Health. Gadamer HG, (Author). Stanford, CT: Stanford University Press; 1996.
28. Kemmis S. Phronesis, Experience, And The Primacy Of Praxis. In: Kinsella EA, Pitman A, Editors. Phronesis As Professional Knowledge. Professional Practice And Education: A Diversity Of Voices, Vol 1. Rotterdam: Sense publishers ; 2012: 147-162.
29. Borgman A. Technology And The Character Of Contemporary Life: A Philosophical Inquiry. Chicago: University Of Chicago Press; 1987.
30. Macintyre AC. After Virtue: A Study In Moral Theory. 3rd ed. Indiana: University of Notre Dame Press; 2007.
31. Schwartz B, Sharpe K. Practical Wisdom: The Right Way To Do The Right Things. New York City: Riverhead Books; 2010.
32. Hosseini M. [Hekmat: Chand Roykard Be Yek Mafhoom]. Tehran: Hermes; 2009. [Persian]
33.Loughran JJ. Effective Reflective Practice: In Search Of Meaning In Learning About Teaching. Journal Of Teacher Education. 2002; 53 (1): 33–43.
34. Price A. Encouraging Reflection And Critical Thinking In Practice. Nursing Standard 2004; 18 (47): 46–52.
35. Paterson C, Chapman J. Enhancing Skills Of Critical Reflection To Evidence Learning In Professional Practice. Phys Ther Sport. 2013; 14(3): 133-8.
36. Tajik N, (Translator).[Enigma of Health]. Gadamer HG, (Author). Tehran: Pegah-E-No; 2014.[Persian]
37. Tronto J. Moral Boundaries: A Political Argument For An Ethic Of Care. Abingdon-on-Thames, Oxfordshire: Routledge; 1993.
38. Held V, Oberbrunner CW. Justice And Care: Essential Readings In Feminist Ethics. Boulder, Colorado: Westview Press; 1995.
39. Svenaeus F. Empathy As A Necessary Condition Of Phronesis: A Line Of Thought For Medical Ethics. Med Health Care Philos. 2014; 17(2): 293-9.
40. Topol E. Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. New York: Basic Books; 2019.
41. Evans HM. Medical Humanities: Stranger At The Gate Or Long Lost Friend?. Med Health Care Philos. 2007 ; 10(4): 363-72.
42. Halpern J. From Detached Concern To Empathy: Humanizing Medical Practice.1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.
43. Haber PAL. High Technology In Geriatric Care. Clin Geriatr Med. 1986 ; 2(3): 491-500.
44. Stempsey WE. Medical Humanities And Philosophy: Is The Universe Expanding Or Contracting?. Med Health Care Philos. 2007; 10(4): 373-83.
45. Wachter R. The Digital Doctor: Hope, Hype, And Harm At The Dawn Of Medicine's Computer Age. 1st ed. New York: Mcgraw-Hill Education; 2017.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]

Designing and Proposing a Phronetic Model to Solve the Care Crisis

Saeedeh Babaii[1], Alireza Monajemi[2]

Abstract

Introduction: *One of the two major crises modern medicine is confronting with is the quality-of-care crisis (QCC); The QCC is the result of the ignorance of the existential and psychological needs of patients by doctors, nurses, and caregivers. In this paper, we aim to review this crisis and the importance of taking it into consideration by caregivers. We also develop a framework, called The Phronetic Model for Care, for an ideal care practice that can be used as a basis for training caregivers and this could be a major step to overcome QCC*

Methods: *This study has been written using the Critical Review method and the proposed steps by Carnwell & Daly to design a conceptual model. The concepts and resources related to the QCC have been searched for in databases including Google Scholar, Web of Science, PubMed, ERIC, Elsevier, and PhilPapers with the keywords medical practice, healthcare practice, critical reflection, empathy, phronesis, practical wisdom, reflective practice and the latest and most cited papers and books have been selected and read.*

Results: *This study has been written using the Critical Review method and the proposed steps by Carnwell & Daly to design a conceptual model. The concepts and resources related to the QCC have been searched for in databases including Google Scholar, Web of Science, PubMed, ERIC, Elsevier, and PhilPapers with the keywords medical practice, healthcare practice, critical reflection, empathy, phronesis, practical wisdom, reflective practice and the latest and most cited papers and books have been selected and read.*

Conclusion: *Regarding that one of the most important steps to alleviate QCC is rethinking the concept of QCC and its various components, the proposed framework for practicing care can be used as a basis for teaching the skills required by caregivers and their proper training in order to emancipate from QCC.*

Keywords: Medical Humanities, Quality-Of-Care Crisis, Care Practice, Critical Approach

Addresses:

1. PhD candidate of Philosophy of Science and Technology, Department of philosophy of Science and Technology, Institute for Humanities and Cultural Studies, Tehran, Iran. Email: saeedeh.babaii@gmail.com
2. (✉) Assistant Professor, Department of Philosophy of Science and Technology, Institute for Humanities and Cultural Studies, Tehran, Iran. Email: monajemi@ihcs.ac.ir

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2024-10-12]