

## نیم نگاهی به صفحات نانوشته زندگی ما و آنها، چه می توان آموخت؟

نویسنده: دکتر علی اکبر حقدوست

### چکیده:

مجموعه زیر تعددی از مباحث جدا از یکدیگر است که نگارنده به صورت خاطرات شخصی خود نوشته و در آنها سعی نموده است تا به بعضی از جنبه های مخفی زندگی، کار و تحصیل در خارج و مقایسه آن با داخل کشور بپردازد. هدف اصلی از انتشار این خاطرات تنها انعکاس یک دیدگاه آن هم نسبت به تعداد محدودی از موضوعات نیست، لکن امید است خوانندگان محترم نیز به نگاشتن چنین موضوعاتی ترغیب شوند و سعی نمایند تا با نگارش تجربه های مفید خود و تحلیل عمیق آنها، تجربیات و دیدگاه های خود را با دیگران به اشتراک بگذارند و بدین شکل امکان یک تعامل گسترده تر بین فرهیختگان مهیا گردد. پر واضح است که ثبت و ضبط چنین خاطراتی نیز با انتشار گسترده متون ممکن می شود و لذا شاید توجه مجلات علمی داخل کشور به نشر چنین مقالات تحلیلی در کنار مقالات تحقیقی، انگیزه نگارش مقالاتی تحلیلی را بالا ببرد. کلید واژه: بخش خصوصی، خدمات بهداشتی، هنر و پزشکی، اورژانس، منظره علمی، شایسته سالاری

### نقش بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی

ارائه خدمات درمانی توسط بخش خصوصی امری کاملاً مرسوم در سطح دنیا می باشد. در ایران نیز از قرن ها قبل طبیبان در محل های خصوصی به درمان بیماران می پرداخته اند. با گسترش طب کلاسیک به سبک امروزی، مطبها، درمانگاهها و بیمارستانهای خصوصی در دنیا و بخصوص در ایران چندان مرسوم نمی باشد و شاید از محدود موارد ارائه خدمات بهداشتی در ایران بتوان تنها به تلقیح واکسن در بعضی مطبها اشاره نمود. از طرف دیگر تحقیقات متعددی در دهه های اخیر نشان داده است که اولاً ارائه خدمات بهداشتی توسط بخش دولتی در

مجموع بار مالی بیشتری به جامعه وارد می کند و همچنین تاثیر گذاری آن کمتر می باشد. به همین دلیل برنامه های بسیار زیادی توسط دولتها و سازمانهای بین المللی در حال انجام است تا بخش خصوصی را در آن امر وارد نموده و نقش مستقیم مردم را تقویت نماید.

به همین مناسبت سمیناری در تاریخ ۲۴ الی ۲۶ فوریه ۲۰۰۴ در انگلستان برگزار شد تا نقش بخش خصوصی را در ارائه خدمات بهداشتی در مبارزه با مالاریا را ارزیابی نماید که نتایج ارزنده آن نه تنها در مبارزه با مالاریا بلکه در پیشگیری بسیاری از

۳- نوآوری و خلاقیت در بخش دولتی بسیار کمتر از بخش خصوصی دیده می شود چرا که حیات بخش خصوصی در گرو نوآوری است.

۴- برخلاف بخش دولتی، در بخش خصوصی رقابت کاملاً تعریف شده و اجرائی است و به همین دلیل در صورت وجود یک سیستم نظراتی قوی، رقابتها می توانند در سازندگی و بهبود، نقش موثرتری ایفا نمایند.

۵- امکان جلب مشارکت مردم در بخش خصوصی بسیار بیشتر است. چرا که مصرف کنندگان و ارائه دهندگان خدمات در جامعه بصورت همگن تر با یکدیگر ترکیب هستند.

۶- در ارائه خدمات بهداشتی، آگاهی رساندن و ارتقاء فرهنگ بهداشتی جامعه یک از مهمترین ارکان ارائه خدمات است. در تحقیقات مختلف نشان داده شده است که بخش خصوصی بهتر و موثرتر می تواند فرهنگ سازی نماید که مهمترین دلایل آن نیز همان مواردی است که در قسمتهای قبل بیان شده است.

۷- در نظام اقتصاد آزاد که دنیا به سمت آن حرکت می کند، رکن اصلی فعالیتها، بخش خصوصی هستند. لذا شاید بتوان با اطمینان بیان نمود که در آینده نه چندان دور همه فعالیتها از جمله ارائه خدمات بهداشتی باید قالبی هم سو با سایر فعالیتهای جهانی قرار گیرد. در حال حاضر نیز به راحتی این موضوع قابل لمس است. به عنوان مثال سازمانهای جهانی مرتب با بهداشت کمتر تمایل نشان می دهند تا مستقیماً دولتها کمک مالی ارائه دهند در حالی که شرکتهای غیر دولتی (NGO) و خیریه ها در جذب منابع بین المللی بسیار موفقتر هستند.

### کاربرد خصوصی سازی در بهداشت ایران

در حال حاضر در سیستم بهداشتی ایران موضوع تقریباً فراموش شده است. البته بایست توجه ویژه ای به این نکته داشت که بهداشت جامعه یکی از حساسترین موضوعاتی است که یک اشتباه بسیار کوچک در آن می تواند برای جامعه بسیار خطرناک باشد. لذا بایست این موضوع را حتی بسیار حساستر از موضوع خودگرانی بیمارستانها دانست و برای هر گونه تصمیم در این زمینه تحقیقات و مطالعات عمیقی انجام داد.

معضلات بهداشتی جامعه قابل تعمیم می باشد. در ادامه بصورت فهرست وار به اهم یافته های این سمینار اشاره خواهد شد. بعنوان مثال در این سمینار مطرح شد که یکی از موثرترین روشهای ارائه خدمات بهداشتی توسط بخش خصوصی استفاده از کوپن می باشد. بدین معنی که بخش خصوصی برای ارائه خدمات مانند ارائه پشه بندای آغشته به سم و یا سم پاشی خانه ها از مردم مستقیماً پول دریافت کند ولی دولت از اقبال کم درآمد و یا جامعه پر خطر مانند بچه ها و خانمهای باردار از طریق کوپن حمایت به عمل آورد. به شکلی که بخش خصوصی در قبال دریافت کوپن بتواند از دولت معادل پولی آن را دریافت نماید. با این شیوه در حال حاضر با حمایت یونسف در چندین کشور آفریقایی به خانمهای باردار کوپن پشه بند آغشته به سم داده می شود که بخش خصوصی در قبال این کوپنها به ایشان پشه بند می دهد. همچنین در این سمینار به نتایج ارزشمند چندین برنامه بهداشتی از جمله واکسیناسیون، کنترل بیماریها، ارتقا آگاهیهای بهداشتی جامعه توسط بخش خصوصی اشاره شد.

به دلایل مختلف بنظر می رسد ارائه خدمات از طریق بخش خصوصی به ویژه خیریه ها بسیار موثرتر از بخش دولتی باشد که مهمترین دلایل آن به شرح زیر است:

۱- بصورت یک اصل کلی معمولاً خدمات بخش دولتی گرانتر از بخش خصوصی است. در زمینه دلایل آن بحثهای بسیار مفصلی وجود دارد که در این گزارش کوتاه مجال پرداختن به آن نیست. ولی شاید مهمترین دلیل آن وجود بروکراسی بیشتر و انگیزه کمتر افراد در بخش دولتی باشد.

۲- همچنین سیستمهای دولتی به دلیل ساختار گسترده و خشک خود کمتر توانای مانور دادن و سازگاری سریع با شرایط موجود منطقه را دارند. بعنوان مثال در حال حاضر شبکه ارائه خدمات بهداشتی در ایران بصورت یک ساختار بسیار گسترده در سراسر کشور از مناطق شهری گرفته تا روستاهای بسیار دور افتاده مشغول فعالیت است. با وجود موفقیتهای شایان این سیستم تاکنون، بسیار ساده قابل درک است که نتواند به سرعت و آسان با مشکلات محلی که عموماً بصورت آیدمی بروز می کنند سازگاری یافته و نقش موثری حداقل در کوتاه مدت ایفا نماید.

## دکتر علی اکبر حقدوست

به شدت با تجویز دارو مخالفت کرده بود. در زمانی که همراه بیمار با عزمی جزم برای مخالفت با تجویز دارو به اتاق مریض وارد شده بود است پرستار و پزشک بعد از بررسی حالات بیمار و اطمینان از بی خطر بودن دارو در زمان بارداری، مشغول تزریق دارو بوده اند. در این لحظه همراه بیمار به آنها حمله نموده و از سایر همراهان نیز برای ادب ایشان یاری طلبیده بود.

این داستان نسبتاً طنز آمیز یکی از هزاران نمونه های عینی است که در بیمارستانهای ایران رایج است. مشکل همراهان بیمار که عمدتاً فرهنگی است به شیوه بسیار ناموزونی تمامی فعالیتهای بیمارستانی را تحت شعاع قرار داده است. جالب است که بدانید معمولاً بیمارستانهای ایران توالت عمومی برای همراهان ندارند و اگر هم داشته باشند در اوقات ملاقات معمولاً بسته هستند! دلیل آن این است که همراهان برای باقی ماندن در بیمارستان و دور ماندن از چشم نگهبانان به هر اقدامی دست می زنند حتی مخفی شدن در توالتها. پرسنل هم بدون رعایت اخلاق پزشکی، به راحتی و در حضور همراهان گاه سخنانی می گویند که اگر چه در فرهنگ خاص ایشان کاملاً رایج و عادی است ولی برای همراهانی که اولین بار در بیمارستان حضور می یابند بسیار ثقیل است. مثال بالا در خصوص موارد منع احتمالی مصرف دارو، نمونه واضحی بود که در بحثهای کادر پزشکی چندان غریب نیست ولی برای همراهان برداشتی نگران کننده، همراه باشک و تردید ایجاد نموده بود.

البته وجود همراه مریض همیشه منفی نیست. درمان بیماران در بیمارستانها دولتی ایران بدون همراه، واقعا میسر نیست. چرا که همراه بیمار بسیار از مسئولیتهای پرسنلی بیمارستان را به عهده دارد. از بردن نمونه های خون بیمار به آزمایشگاه و گرفتن نتایج آنها تا خرید دارو و حتی یادآوری پرستاران به دادن داروی بیمار در وقت مقرر.

حال این سؤال مطرح است که آیا در سایر نقاط دنیا هم این مشکلات وجود دارد؟ دیگران با این معضلات چگونه کنار آمده اند؟ در این گزارش کوتاه سعی می شود تا خاطرات نگارنده بدلیل همراه شدن با یک بیمار در اورژانس یک بیمارستان لندن و مقایسه داستان گونه با موارد مشابه در ایران، معضلات موجود را

به همین لحاظ پیشنهاد می شود تا مسئولین محترم بهداشتی کشور با بررسی علمی دقیق نقش بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی را در برنامه کاری دراز مدت خود قرار دهند و سعی نمایند با تربیت نیرو متخصص در این زمینه و همچنین به روز نگاه داشتن اطلاعات موجود از تجربیات ارزشمند سایر کشورها به نحوه موثری بهره بگیرند. یک از عملیاتی ترین روشهای پیشنهادی قرار دادن این موضوع به عنوان پایان نامه چند دانشجوی مقطع دکترا در داخل و یا خارج از کشور است تا نهایتاً ضمن تربیت نیروی متخصص، این موضوع بصورت کاملاً علمی با کمک گرفتن از تجربیات سایر متخصصین در سطح دنیا بررسی شده و نتیجه گیری دقیق همراه با راهکارهای اجرایی منطبق با شرایط خاص ایران تنظیم گردد.

## از اورژانس بیمارستان حضرت رسول تا بیمارستان

### Charing cross

بعد از ظهر گرم مرداد ماه در بخش اورژانس بیمارستان حضرت رسول به ناگاه مردی تنومند با چهار همراه هیکل مند به سرپرست و پرستار بخش افتادند و تا رسیدن نگهبان پیر و نحیف، این دو نفر تا حد مرگ مورد نوازش قرار دادند. بعد از دخالت تقریباً همه مردم حاضر، پنج مهاجم به همراه مریضشان افتخار آمیز قصد خروج از بیمارستان را داشتند که نیروی انتظامی سر رسید و افراد را دستگیر کرد. با توجه به حساس بودن احوال مریض و با پادرمیانی سرپرست بخش، نیروی انتظامی اجازه داد تا بیمار در بیمارستان باقی بماند و بقیه را دستگیر نمود. اوضاع تقریباً بعد از حدود یک ساعت عادی شد و این امکان را فراهم آورد که جرات کرده پرسیم دلیل این زد و خورد چه بوده است. بیمار، خانم بارداری بود که بدلیل تهوع و استفراغ زیاد به بیمارستان آورده شده بود. یکی از پرسنل می خواست به بیمار آمپول ضد تهوع بزند و پرسنل دیگر بدلیل ترس از عوارض دارو در بارداری مانع این کار شده بود. در این بین یکی از همراهان بیمار با شنیدن اختلاف نظر بین پرسنل، با زرنگی خاص پرونده بیمار را بدست آورده بود و از طریق تلفن با یکی از اقوام که مختصر اطلاعات پزشکی داشته مشورت کرده بود. از قضا مشاور تلفنی

برجسته نماید.

ساعت هشت شب بود که به من خبر دادند یکی از آشنایان که مدتی است به تنهایی در لندن زندگی می‌کند دچار مسمومیت شده است و حالش بد است. من با عجله کیف دارویی خودم را با ترکیبی از داروهای شیمیایی و البته گیاهی آماده کردم و به منزل ایشان رساندم ولی به سرعت فهمیدم که اوضاع وخیمتر از آنچه‌ی است فکر می‌کردم بعد از صحبت کوتاهی متوجه شدم که بیمار دست به خودکشی زده است و لذا چاره‌ای نبود جز کمک گرفتن از اورژانس.

آمبولانس در عرض ده دقیقه رسید و دو نفر با تجهیزات وارد شدند. در بدو ورود برای آنها ماجرا را شرح دادم و سپس آنها با مریض چند دقیقه‌ای صحبت کردند وقتی که متوجه شدند فرد نزدیک به ۸۰ قرص رامیل نموده، بدون درنگ و خجالت به بیمار گفتند که احتمال مردنش حتی در صورت انتقال به بیمارستان زیاد است! چیزی که ما در ایران حتی به بیماران سرطانی نیز به سختی می‌گوییم.

ماجرای آمبولانس رانی در لندن هم جالب بود. بیمارستان در نزدیکی یک باشگاه ورزشی قرار داشت و از بخت بد، در همان زمان مسابقه یکی از تیمهای مشهور (Chelsea) پایان یافته بود. آمبولانس هم بدون زدن آژیر آهسته در کاروان اتومبیلها قرار گرفت. من در این احوال طاقت نیاوردم و از راننده خواستم اگر می‌شود سروصدایی راه بیاندازد. ولی پاسخ دندان شکن راننده مرا از خواب بیدار نمود که هان‌ای پسر اینجا همه چیز قانون دارد. راننده به من گفت بر اساس دستورالعملی که ایشان دارند بیمار در رده ۳ از نظر اورژانسی بودن قرار می‌گیرد و در این حالت آمبولانس تنها وقتی حق دارد از آژیر استفاده نماید که سرعت حرکت به کمتر از ۲۰ مایل در ساعت برسد. سکوت حاکم بعد از شنیدن این پاسخ مرا به یاد خاطرات دوران دانشجویی انداخت که گاه فقط برای سریعتر رسیدن به بیمارستان (حتی بدون بیمار) رانندگان آمبولانسها بر سر ماشینها با آژیرشان داد می‌زدند و رانندگان هم با کمال خونسردی به راهشان ادامه می‌دادند و در دلشان می‌گفتند که دیگر گول آژیرتان رانمی‌خوریم در ضمن، اگر به فرض هم در آمبولانس مریضی باشد، زودتر رساندنش به

بیمارستان که چندان شانس زنده ماندنش رانمی‌افزاید. بگذریم. بعد از ۱۵ دقیقه به اورژانس وارد شدیم. بیمار را بر روی تختی خوابانیدیم و به من و دیگر همراهش گفتند لطفا در انتهای سالن روی صندلی منتظر بمانیم. ماهم بدون هیچ مقاومتی دستورات را اجرا نمودیم. از آنجا تقریباً می‌توانستیم تمام تختهای اورژانس را ببینیم. البته اکثر آنها با پرده از هم جدا شده بودند و مریضا دیده نمی‌شدند. مریض ما نیز در محاصره پرده‌ها قرار داشت و ما فقط می‌دیدیم که هر چند دقیقه یکبار یکی به حریم اندر پرده بیمارمان وارد و خارج می‌شود.

دو ساعت به این شکل گذشت. در این مدت من با خودم شرایط آن اورژانس را با اورژانسهایی که در ایران دیده بودم و کار کرده بودم مقایسه نمودم. شاید برای شما هم شنیدن بعضی از این تفاوتها جالب باشد.

اولا در این جا کسی نمی‌پرسد که بیمار بیمه است یا نه، تا چه برسد به اینکه ما بخواهیم با خواهش ساعت دستمان را تا روز بعد برای فراهم کردن پول گرو بگذاریم. بیمار به محض وارد شدن تحت درمان قرار می‌گیرد. مسایل مالی موارد است که به پرسنل درمانی مربوط نیست و از مجاری خاص خود و البته بعد از رفع خطر و درمان بیمار پیگیری خواهد شد.

نکته جالب دیگر این بود که هیچ کس از ما حتی یک سؤال هم نکرد. از خود بیمار و پرونده کوتاه آمبولانس اطلاعات لازم در آورده شده بود. حتی کسی به ما نگفت که شما با بیمار چه نسبتی دارید. البته شاید این مورد کاملاً منطقی بنظر آید چون که در مدتی که ما در اورژانس بودیم ۱۲ نفر دیگر وارد شدند که بجز ۳ نفر بقیه اصلاً همراهی نداشتند. اینجا چندان رسم نیست که مریض بالشکری از همراهان به بیمارستان وارد شوند.

بخصوص که بیماران اورژانس را عموماً افراد پیری تشکیل می‌دهند که یا تنها زندگی می‌کنند و یا از مراکز نگهداری سالمندان به بیمارستان اعزام می‌شوند. به همین دلیل در درمان بیماران، همراهان اصلاً نقشی ندارند.

رفتار محدود همراهان مراجعه کننده به بیمارستان نیز جالب بود. به محض استقرار بیمارشان بر روی تخت، به خارج از محوطه اورژانس می‌رفتند و با خوردن قهوه و یا کشیدن سیگار

شما پزشک نیستید گفت نه در حال حاضر در اورژانس پزشک حضور ندارد، اگر مسئله خاصی پیش نیاید تا یک ساعت دیگر پزشک برای سرکشی خواهد آمد. کمی عجیب بود چرا که بیماران بدحالی به اورژانس آورده شوند. لذا با تعجب پرسیدم ببخشید منظور تان پزشک متخصص است؟ گفت نه پزشک عمومی هر ۲ ساعت یکبار به بخش اورژانس مراجعه می کند و بیماران را ویزیت می نماید مگر موارد بسیار حاد که خوب با درخواست بخش اورژانس، پزشک کار خود را در سایر بخشهای بیمارستان متوقف نموده و به سرعت مراجعه می کند. گفتم پس پزشکی متخصص چه؟ گفت فردا صبح در صورت نیاز خواهد آمد.

در این لحظه مرد مذکور که از چهره من، تعجب و حیرت را خوانده بود گفت من پرستارم و با پزشکان از طریق کامپیوتر و تلفن مرتب در ارتباطم نگران نباشید حال بیماران وخیم نیست. به هر شکل کم کم فرد متقاعد شد که اطلاعات مختصری از پرونده پزشکی وی را در اختیار من بگذارد. شاید فکر می کردم که بدون این کار نمی تواند از شر من خلاص شود.

برگشتم و به دوست دیگری که همراه من بود توضیح دادم. گفت بد نیست صبر کنیم تا پزشک هم بیاید و با او صحبت کنیم. لذا در انتظار دیدن روی پزشک باز بر روی مرکب خیال و خاطرات تکیه زدم. شبی را بیاد آوردم که در بیمارستان هفت تیر تهران (شهر ری) یک اتوبوس آدم مجروح را آوردند. اتوبوس از اراک عازم تهران بود که در نزدیکی حرم امام با کامیونی تصادف نموده بود. وضعیت عجیبی بود. نزدیک ۳۰ مصدوم که حداقل ۱۰ نفر از آنها واقعا بد حال بودند. در عرض کمتر از ۱۰ دقیقه بیش از ۱۵ نفر پزشک (و دانشجوی پزشکی) از من که سال آخر دوره پزشکی عمومی بودم تا پزشک متخصص ارتوپدی جراحی و مغز و اعصاب در اورژانس حاضر شدیم. همه با تمام وجود تلاش می کردیم ولی خوب مشکلات فقط کادر پزشکی که نبود من حدود نیم ساعت در بخشهای مختلف می دویدم و دستکش و ست بخیه پانسمان گدایی می کردم. وقتی که آمدم دیدم همه مشغولند. یکی از رزیدنتها گفت برو بین این پسر ۵-۶ ساله چطور هست که اینقدر گریه می کند. رفتم بالای سرش،

خودشان رامدتی سرگرم می کردند و بعد از شروع درمان بایک خداحافظی ساده بیمارشان را تنها می گذاشتند و بیمارستان را ترک می کردند. این در حالی است که گاه در ایران تخت برای همراه بیماران کم می آید تا خود بیماران!!!

اما داستان پرسنل بیمارستان شنیدنی تر بود. هر چه من در چهره رنگارنگ پرسنل بیشتر خیره می شدم رفتار ماشین گونه آنها بیشتر نمایان می شد. یکی مسئول گرفتن فشار خون بود و بس، دیگری را فقط برای گرفتن نمونه خون صدامی زدند و کار به کار بقیه مسائل مریضها نداشتند. چند نفری هم باقیافه و ژستی قهرمان گونه به مریضها سرکشی می کردند و چیزهایی می نوشتند و بعد به سراغ کامپیوترشان می رفتند و اطلاعات را وارد می نمودند این در حالی است که در ایران همه، همه کاره اند. البته این نکته را من کاملا منفی نمی دانم و فکر می کنم که در مجموع مهارت پرسنل پزشکی ایران واقعا قابل ستایش است؛ واقعیتی که قبل از آمدن به این کشور و لمس مسایل از نزدیک باورش برایم بسیار دشوار بود همانگونه که ممکن است برای شما نیز ثقیل باشد.

بعد از حدود یک ساعت کمی خسته شدم و با خود گفتم بعد نیست بروم با یکی از همین افراد حاق سلامتی بکنم و با معرفی پیشته پزشکی خود کمی حرف از زبانش بکشم. بالاخره سراغ مرد جوانی که به نظر پزشک بخش بود رفتم و خودم را معرفی کردم و از احوالات مریضمان سؤال کردم. جوان با دقت به حرفهای من گوش داد و در پاسخ گفت شما چه نسبتی با بیمار دارید؟ گفتم دوستم است؟ گفت ببخشید من نمی توانم در مورد پرونده پزشکی وی چیزی با شما در میان بگذارم. کمی ناراحت شدم ولی سریع به یاد مطالبی افتادم که در درس اخلاق پزشکی در خصوص رازداری اسرار بیمار خوانده بودیم ولی هرگز رعایت نکرده بودیم! سؤال کردم خوب من چه باید بکنم. گفت بهتر است بروید منزل فقط یک تلفن بگذارید که اگر کار اورژانسی پیش آمد با شما تماس بگیریم. گفتم اول فکر می کنم وضع بیمار ما اورژانسی بوده که آوردنش اینجا. گفت بله ولی خوب حضور شما اینجا بی فایده است و در ضمن نحوه درمانش هم منوط به دستورات پزشک خواهد بود. پرسیدم ببخشید مگر

دستورالعمل ارائه شده و آنها بود نه براساس یک نوع عاطفه انسانی. این احساس در روزهای بعد که من بیشتر به بیمارستان مراجعه کردم قوی تر شد. شاید بسیار سخت باشد تا این حس را در کلام آورد ولی واقعا وجود دارد آن نوازش گرم پرستار از مریض و یا عمق دردی که از دیدن درد بیمار در کادر پزشکی ایران ایجاد می شود در اینجا کمتر بروز می کند. همه طبق وظیفه عمل می کردند نه براساس درد و عشق. البته باید این رانیز اذعان داشت که کلیت دادن به این برداشت شاید صحیح نباشد. در ایران هم افرادی مانند مسئول رادیولوژی آن شب یافت می شوند که ... و در اینجا هم مسلما افراد نوع دوست وجود دارند ولی خوب برداشت من بعد از چند سال زندگی در این جامعه این است که ما باید به این قوت فرهنگی خود بیاییم و سعی کنیم آن را هر روز پر رنگتر کنیم. بی خود نیست که غریبها به ما شرفیها می گویند آدمهای احساسی هستیم.

خیالات من هم با آمدن پزشکی به اورژانس پاره شد بعد از مدتی این افتخار نصیب ما شد که با پزشک بخش چند دقیقه ای هم صحبت شویم. در این گفتگوی کوتاه او به ما اطمینان داد که هر چه را که در توانشان است بکار خواهد گرفت و از ما خواست با خیال راحت اورژانس را ترک کنیم. ولی نکته جالب آن بود که گفت متاسفانه داروی خنثی کننده مورد نیاز برای بی اثر نمودن یکی از قرصایی که بیمار خورده در بیمارستان نیست و از بیمارستان دیگری خواسته اند تا داروی مورد نیاز را ارسال نماید و افزود که احتمالا آن دارو هم تا یک ساعت دیگر به دستشان خواهد رسید. عجیب بود ولی به هر حال واقعیت که در مرکز شهر لندن نیز یک بیمارستان بزرگ، در سم زدایی دارویی بسیار رایج مانند پاراسیتومول (استامینوفن) مشکل دارد.

با این صحبتهای پزشک تصمیم گرفتیم که بیمارمان را تا فردا روزی تنها بگذاریم و داستان شبی در اورژانس لندن به پایان ببریم.

#### رابطه هنر با علوم

گزارشی کوتاه از فعالیتهای هنری در دانشکده بهداشت لندن بسته بندی رشته های علمی اگر چه سابقه دیرینه داشته و ریشه

دیدم پسرک از ناحیه بازو و صورت آسیب دیده است. بنظر بینی او شکسته بود و همچنین گونه اش دچار پارگی شده بود. با هزار مکافات با پسر بچه ارتباط برقرار کردم و بردمش بخش رادیولوژی که از بینی او عکس بگیریم. ماجرا را کوتاه کنم که بچه بعد از دیدن تجهیزات رادیولوژی زد زیر گریه. داشتم آرامش می کردم که مسئول عکس برداری که یک خانم مسن بود داد زد خفه! من دیگه حوصله سر و صدا ندارم به خانم گفتم از شما تعجب می کنم که اصلا درک نمی کنید که به سر این بچه امشب چه آمده است؟ خانم هم با شنیدن این صحبت قهر کرد و گفت که اصلا دستگاه داغ کرده و فعلا نمی تواند عکس بگیرد من هم که می دانستم در بیمارستان آنهم در این مواقع هزار رئیس وجود دارد و بحث کردن بی فایده است از اتاق بیرون آمدم در این بین بخود می گفتم ما همه چیز داریم جز سیستم. بگذریم که در آن شب پر خاطره چه چیزهایی یاد گرفتم هم از مدیریت اورژانس و هم از تکنیکهای جدید درمانی، چرا که بدلیل نیاز، بعضی تکنیکهای پیچیده بخیه زدن را بدون نظارت و براساس خوانده ها و دیده ها بر روی مریضها بکار بستم که خدا می داند نتیجه اش چه شد.

اما در این سوی دنیا سیستم قوی است و تجهیزاتشان خوب، ولی اول شدت از کمبود پرسنل متخصص رنج می برند و ثانيا عاطفه، بوی ماشینی بخود گرفته است. بگذارید این دو موضوع را کمی باز کنم. همانطور که در قبل گفتم، در ایران در هر بخش اورژانسی کلی پزشک و پرستار کار میکنند و البته اینکه این کادر چقدر کارایی دارند بحثی جداست ولی من تقریبا مطمئنم که اگر به یکباره اتوبوس مجروح بیمارستان هفت تیر به بیمارستان در لندن منتقل می شد. بخش به هیچ وجه نمی توانست از عهده ارائه خدمات برآید. در این مورد من هیچ شکی ندارم.

نکته دیگر درباره رنگ و بوی عاطفه ماشینی است. در این بخش همه، چه سیاه و چه سفید لبخندی به لب داشتند و بسیار آرام و متین رفتار می کردند. از هر یکی و کلمه ای که به کار می بردند یک کلمه *sorry and excuse me* بود ولی نمی دانم چرا این احساس را داشتم که همه این حرکات تصنعی و براساس



آخرین دسته از اشیا این نمایشگاه که بیشتر جنبه هنری به خود گرفته بود، شامل قطعاتی در حد چند سانتیمتر بود که به لحاظ تجسمی و باساز یک نوع درک هنرمندانه با بعضی بیماریها ارتباط داشتند و رنگ و بوی هنر پست مدرن در آن تجسم یافته بود بعنوان مثال بیماری طاعون در تاریخ بصورت یک بلای آسم-انی بسیار کشنده که بصورت ناگهانی بروز می نموده و بعد از چند ماه خود بخود از بین می رفته، شناخته می شده است در مقابل بیماری سل از دسته بیماریهای کشنده مزمنی بوده است که بصورت دائم و تقریباً در همه جوامع به همراه بشر بوده ولی مرگ و میر کوتاه مدت آن هرگز به اندازه طاعون نبوده است. در این نمایشگاه سعی شده بود در قالب اشیا کوچک و عمدتاً باستانی نوعی ترس حاد و بلاگونه را به طاعون و ترس دائم و همیشگی را به سل نسبت دهند. البته دامنه این نمایشگاه صرفاً به این دو بیماری خلاصه نمی شد و تعداد زیادی از بیماریهای بشر بخصوص بیماری عفونی قدیمی را در بر می گرفت. از دیگر فعالیتهای قابل ذکر در زمینه هنر و بیولوژی، برگزاری مسابقه ای بود که در آن از علاقمندان خواسته شد که چهره مرگ و حیات را در نمونه های سلولی در زیر میکروسکوپ به تصویر بکشند. هنرمندان و نقاشان و طراحی چهره هایی که غم، شادی، تولد، مرگ و سایر احساسات را نشان می دهند کاملاً آشنا هستند ولی شاید کمتر کسی به این فکر افتاده باشد تا این حالتها را در زیر میکروسکوپ جستجو نموده و آنها را به تصویر بکشد به همین لحاظ این مسابقه نیز در نوع خود بدیع بود.

در انتها شاید بتوان یک توصیه کوچک ولی بسیار ارزشمند ارائه نمود، چه خوب است تا متخصصین رشته های مختلف که شاید کمتر بایکدیگر ارتباط سازمان یافته عملی دارند با عینکی نوبه حیطه های علمی یکدیگر بنگرند و سعی نمایند در این گاه، ایده های جدیدی را بیافرینند، چه بسا نتایج این موضوعات ارزش سالها پژوهش داشته باشد.

### اتحادیه های صنفی در دانشگاه های بریتانیا

در دانشگاه های بریتانیا دو دسته اتحادیه صنفی بصورت متشکل فعالیت می نمایند. یکی از این اتحادیه ها توسط دانشجویان، مدیریت

در تاریخ علم دارد ولی در دهه های اخیر بدلیل انفجار اطلاعات و یافته های علمی، سرعت ایجاد رشته ها و تخصص های خاص بسیار سریعتر بوده است.

در نگاه اول بنظر می رسد که این شاخه های جدید بدلیل واگیری رشته ها و تخصصها بوده باشد. ولی نگاه عمیقتر، واقعیت دیگری را نیز مشخص می کند که آن رشته های ترکیبی است. بدین مفهوم که از ترکیب رشته های شناخته شده قبلی رشته های جدیدی متولد شده است.

این مهم در رشته پزشکی به راحتی ملموس است. از ترکیب این رشته با فیزیک، شیمی، جامعه شناسی، اخلاق، جغرافیا، کامپیوتر و حتی هنر رشته هایی متولد شده است که هر یک در حیطه خود دارای منابع رو به گسترشی هستند بعنوان مثال در حال حاضر در خصوص فلسفه علم پزشکی (طب کلاسیک و یا طبهای آلترناتیو مانند هیپنوتیزم، هومیوپاتی، سونی و سنتی) تحقیقات بسیار گسترده ای در حال انجام است و کاربرد معادلات پیچیده ریاضی در مدل سازی بیماریها از سطح کلی در جامعه تا حد سلولی و ملکولی آنچنان وسیع شده است که بعضی معتقدند در آینده ریاضیات پاسخگوی بسیاری از سئولات پزشکی خواهد بود.

اما مورد که انگیزه نوشتن این من را برانگیخت نحوه کاربردی نمودن هنر در پزشکی و بیولوژی است که بصورت فعال در دانشکده بهداشت لندن در حال پیگیری است. سال گذشته این دانشکده به همراه چند باستان شناس و هنرمند، نمایشگاهی از لوازم و اشیا باستانی برپا نمود که در آن چند صد شی باستانی یافت می شود که به نوعی به بیماریهای مختلف بشر و سلامتی مرتبط هستند. بعضی از این اشیا در درمان بیماریها کاربرد داشته اند مانند صلیب و اشیایی که مردم معتقد بوده اند که شیاطین را دفع می کنند همچنین قطعاتی که ظروفی شیشه ای و یا گلی که در تهیه داروها استفاده می شده است.

دسته دیگری از اجزاء این نمایشگاه متعلق به بقایای اجساد بوده است که توسط روشهای مولکولی، مواد ژنتیکی عوامل بیماری زا از آنها استخراج شده است.

متفاوت است. در این بین شاید یکی از مهمترین وظایف اکثر اتحادیه، اطلاع رسانی و آموزش تخصصی به اعضا در خصوص حرفه مربوطه و تلاش در جهت آشنا نمودن اعضا به حقوق خود باشد. همچنین در مواردی این اتحادیه ها سعی می نماید حمایت‌های مادی و غیر مادی ویژه ای نیز به اعضا خود در شرایط خاص ارائه نماید.

یکی از اصول مهم و اساسی اتحادیه مستقل بودن آنهاست. به همین جهت اتحادیه ها از نظر مالی عموماً فقط متکی به کمک‌های اعضا هستند. بدین معنی که افراد برای عضو شدن حق عضویت مختصری می پردازند، در نتیجه مسئولین منتخب اعضا برای مدیریت اتحادیه ها لاجرم باید بصورت شفاف پاسخگوی اعضا باشند و هرگونه تخلف و یا کوتاهی مسئولین و مدیران در انجام وظایف محوله، بر اساس مکانیزم تعریف شده ای قابل بررسی و بازخواست اعضا میباشد.

بعد از این مقدمه نسبتاً طولانی باید گفت که اتحادیه کارکنان دانشگاه ها در بریتانیا، تشکیلات مستقلی هستند اعضا آن را طیف گسترده ای از افراد تشکیل می دهند که تحت عناوین مختلف در دانشگاه ها کار حرفه ای انجام می دهند. بدین لحاظ تفاوت فاحشی بین کادر علمی دانشگاه ها با کارشناسانی که خدمات اداری و یا پشتیبانی ارائه می دهند گذاشته نشده است. در حال حاضر بزرگترین این اتحادیه ها، حدود ۴۶،۰۰۰ عضو در کلیه دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی دانشگاه های بریتانیا دارد و بیش از ۱۷،۰۰۰ نماینده از سطوح پائین مانند نمایندگان دپارتمانها تا سطوح بالا مانند مدیر اصلی در سطح کشور، به امور این اتحادیه می پردازند. سرعت رشد این اتحادیه نیز در خور توجه است به شکلی که تعداد اعضا آن در ده سال گذشته حدود ۳۰٪ رشد داشته که در مقایسه با سایر اتحادیه ها بسیار چشمگیر می باشد.

**این اتحادیه به اعضا خود خدمات زیر را ارائه می دهد:**

۱- حمایت از اعضا و دفاع از حقوق آنها (چه در خصوص میزان دستمزد و چه در زمینه شرایط کار) در مقابل کارفرمایان، مسئولین و مدیران دانشگاهها و حتی در مقابل سطوح بالای تصمیم گیری در کشور

آموزشی و تحقیقاتی کارکنان اداری، کارکنان کتابخانه ها و قسمتهای کامپیوتری است. در این گزارش بصورت مختصر نحوه کار بزرگترین اتحادیه مربوط به کارکنان دانشگاه مرور می شود ولی از آنجایی که تقریباً کلیه اطلاعات این اتحادیه در اینترنت قابل دسترس است، به علاقمندان توصیه می شود برای کسب اطلاعات مبسوط به این وب سایت مراجعه نمایند.

**(The Higher Education Union) www.aut.org.uk**

شناخت اتحادیه صنفی کارکنان دانشگاه بدون شناخت و آشنایی با نحوه کار اتحادیه های صنفی بصورت اعم در بریتانیا ممکن نیست. لذا در مقدمه بصورت کاملاً مختصر لازم است کارایی اتحادیه های صنفی تعریف شود.

در یک بیان کلی، تحقق حقوق فردی در سایه حمایت جمعی مسلماً آسانتر می باشد. لذا تقریباً تمام اصناف و اقشار جامعه با یک صدا شدن می توانند تشکیلاتی قویتری برای دفاع از حقوق خود بوجود آورند. این امر در جوامع توسعه یافته کاملاً امری بدیهی است. در این جوامع، گسترش اتحادیه ها به حدی است که حتی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن همانند دیابت و بعضی بدخیمی ها نیز برای خود اتحادیه تشکیل داده اند. همچنین در سالهای اخیر اتحادیه ها بعضاً مرزهای جغرافیایی کشورها را نیز شکسته اند و با توجه به مفهوم جهانی شدن، در صدد ایجاد اتحادیه های فراکشوری هستند.

نفوذ و اثر اتحادیه های صنفی به حدی است که در اکثر کشورهای توسعه یافته جهان، مسئولین اتحادیه های بزرگ در تصمیمات و قانون گذاریها نقش بسیار مهمی را بازی نموده و بدون موافقت آنها اجرای بسیاری از تصمیمات مکمن نیست. همچنین در قانون نیز حقوق ویژه ای برای این اتحادیه ها در نظر گرفته شده است که مهمترین آنها حق برگزاری اعتصابهای صنفی (با مکانیسمی تعریف شده) در صورت محقق نشدن خواستههای آنها از طریق مذاکره و مصالحه است.

اگر چه هدف اولیه اتحادیه ها دفاع از حقوق اعضا خود بوده است، ولی در حال حاضر کارآیی های گسترده تری به خود گرفته اند که البته بسته به نوع اتحادیه و اعضا آنها، این کارآیی ها



اتحادیه‌ها به سبک بریتانیا را در ایران غیر ممکن می‌نماید لازم به ذکر است که حتی در بین کشورهای توسعه یافته نیز همین تفاوتها باعث شده است که عملاً اتحادیه‌ها کاملاً مشابه نباشد لذا بررسی همه جانبه و فراگیر قوانین اتحادیه‌ها در سطح دنیا و بومی نمودن اصول این تشکیلات بسیار مهم می‌باشد اما توجه به این نکته مهم است که تقریباً هدف همه اتحادیه‌های صنفی باید دفاع از حقوق اعضا باشد.

در ایران شاید بسیاری از اصناف هنوز به ضرورت داشتن اتحادیه‌ها پی نبرده‌اند و به همین دلیل بسیار از آنها هنوز عملاً برای تاسیس این مجموعه‌ها اقدام نکرده‌اند از آن جمله می‌توان به کادر علمی و اعضا دانشگاه‌ها اشاره نمود که بصورت متشکل دارای یک اتحادیه صنفی نمی‌باشند. همچنین با وجود اینکه نظام پزشکی یکی از قدیمی‌ترین اصناف صنفی ایران می‌باشد، بسیار از اقشار کادر پزشکی هنوز یا دارای اتحادیه نیستند و یا مانند نظام پرستاری بسیاری تازه تاسیس می‌باشند لذا بنظر می‌رسد که افراد باید ابتدا ضرورت این نیاز را لمس نمایند و بدانند که در نظام دمکراتیک اولاً حق دارند که نظر دهند و مسئولین باید صدای آنها را بشنوند و ثانیاً تک صدا بودن و تکروری جز هدر دادن انرژی هیچ نتیجه دیگری را به ارمغان نخواهد آورد. البته باید اذعان داشت که عملاً اتحادیه‌های صنفی در یک نظام مردم سالار می‌توانند ایفای نقش نمایند در جامعه ایران که در حال تجربه اولین علائم مردم سالاری است، انتظار وجود اتحادیه قوی و قدیمی شاید بی‌مورد باشد اما این نکته را نیز بایست باور نمود که بدون ساختار بخشیدن به این اتحادیه‌ها، بخش قابل توجهی از آرمانهای مردم سالاری نیز تقریباً غیر تحقق خواهد بود.

بعد از این مقدمه شاید بتوان اضافه نمود که احتمالاً در ایران قسمت قابل توجهی از انرژی و سرمایه تعداد محدود اتحادیه‌های صنفی موجود نیز صرف منافع کل اعضا نمی‌شود بعنوان مثال دیده می‌شود که خواستگاه بعضی از فعالان سیاسی ایران در حال حاضر اتحادیه‌های صنفی است که از تشکیلات مذکور استفاده ابزاری می‌نمایند تا امکان ابراز عقاید خود را پیدا نمایند و به امور خارج از محدوده صنفی خود پردازند به عبارت دیگر

۲- ارائه کمکهای مستقیم به اعضا و خانواده‌های آنها در شرایط دشوار و ویژه همانند کمکهای مالی از قبیل وام و حمایت‌های غیر مادی

۳- ارائه خدمات مشاوره‌ای ۲۴ ساعته در کلیه روزهای سال  
۴- ارائه کمکهای حقوقی (وکالت) در موارد اختلافی بین اعضا و کارفرمایان

۵- مشاوره برای تنظیم بهترین مکانیزم مربوط به بازنشستگی و بیمه (با توجه به اینکه در بریتانیا بازنشستگی و بیمه بصورت خصوصی می‌باشد و افراد باید در خصوص شکل این موارد خود تصمیم بگیرند)

۶- اطلاع رسانی در خصوص آخرین تصمیمات و مسائل حرفه‌ای از طریق اینترنت و یا تماس مستقیم با اعضا

۷- انتشار مجله ویژه (شماره در سال) و ارسال آن به اعضا همچنین این اتحادیه خود را متعهد می‌داند تا به همه اعضا بدون در نظر گرفتن ملیت، مذهب، جنس، سن و سابقه کار به یک شکل خدمات ارائه دهد و در مقابل هرگونه تبعیض در محیط‌های کاری به شدت موضع‌گیری نماید.

همانگونه که ذکر شد اتحادیه‌ها از نظر مالی به خود عضویت اعضا متکی هستند حق عضویت اتحادیه کارکنان دانشگاه‌ها بسته به میزان حقوق متفاوت است. بیشترین حق عضویت سالانه ۱۰/۲۲ پوند و کمترین میزان آن ۷۳۴ پوند می‌باشد.

از مهمترین فعالیتهای این اتحادیه نیز در چند ماه گذشته برگزاری یک اعتصاب عمومی با هماهنگی اتحادیه مربوط به معلمان مدارس و اتحادیه دانشجویی بود که هدف اصلی آن اعتراض به دریافتی پائین اعضا در مقایسه با سایر اقشار مشابه در جامعه بود. اگر چه این هدف بصورت کامل برآورده نشده است ولی قدمهای بسیار مهمی در این مورد برداشته شده و امید است که در سال آینده پایه دریافتی مقداری افزایش یابد.

### مروری بر اتحادیه‌های صنفی در ایران

شاید مقایسه اتحادیه‌های صنفی در ایران چندان صحیح نباشد چرا که تفاوت‌های بسیار فاحش در فرهنگ و فواین کار و مکانیسم‌های کنترلی، اساساً در بعضی موارد کارایی مفید

### مناظره در سمینارهای علمی

کنفرانسهای علمی تخصصی عموماً قالب اجرایی مشابه‌ای دارند و قسمت اصلی آنها شامل ارائه مقالات توسط محققین و بحثهای کوتاه مدت در خصوص نتایج این تحقیقات است. البته در بعضی از این کنفرانسها، تعداد محدودی سخنرانی خاص توسط افراد صاحب نظر نیز گنجانده می‌شود.

در سالهای اخیر در بعضی کنفرانسها قسمت جدید به عنوان مناظره علمی نیز گنجانده شده است که بدلیل اهمیت و تاثیر گسترده آن در شرکت کنندگان و معرفی آن بعنوان یک الگوی برای استفاده در داخل کشور، این گزارش کوتاه تنظیم شده است.

#### قالب اجرایی

این مناظره در خصوص یک موضوع تخصصی صورت می‌گیرد که در مورد پاسخ به آن در بین افراد صاحب نظر اختلاف وجود دارد بعنوان مثال در دو کنفرانسی که نویسنده در آن شرکت داشته موضوع امکان ساختن واکسن برای بیماری HIV-ADIS در آینده نزدیک و همچنین تاثیر گرم شدن هوا بر روی بیماری مالاریا در اروپا به مناظره گذشته شد.

شکل اجرایی مناظره به این صورت است که ابتدا یک دارو بصورت خلاصه موضوع را برای شرکت کنندگان در طی چند دقیقه بیان می‌نماید و دلایل وجود اختلاف نظر در آن موضوع را ارائه می‌کند سپس از شرکت کنندگان خواسته می‌شود تا بر اساس استدلال خود به موضوع مورد مناظره ای رای دهند تا قبل از بحث، بصورت کلی مشخص شود جمع چه گرایشی دارد.

سپس یک یا دو نفر به عنوان موافق و مخالف در رابطه با موضوع سخن می‌گویند البته این افراد از قبل مشخص شده‌اند و صحبت‌هایشان کوتاه (حداکثر ۱۰ دقیقه) علمی و در عین حال هم‌ره با یک نوع هیجان است بعد از این صحبتها، به تعداد محدودی از شرکت کنندگان وقت داده خواهد شد تا کوتاه به عنوان موافق یا مخالف صحبت کنند. در قسمت آخر نیز مجدد به طرفین منظره چند دقیقه وقت داده می‌شود تا از نظرات خود

سیاست زدگی در این اتحادیه‌ها به شدت دیده می‌شود این امر احتمالاً یکی از عوامل اصلی است که باعث شده است تا افراد کمتر گرایش به عضو شدن در اتحادیه‌ها داشته باشند چرا که فکر می‌کنند مسئولین اتحادیه‌ها در نظر دارند از آنها بعنوان نردبان ترقی خود استفاده کنند.

مثال بارز این امر در تشکلهای متعدد دانشجویی است. در حالی که در دانشگاههای کشور حداقل ۳ تشکیلات دانشجویی وجود دارد ولی به جرات می‌توان ادعا نمود که اولاً روی هم اعضا این تشکلهای جز ناچیزی از تعداد کل دانشجویان را شامل می‌شوند و عملاً قسمت عمده دانشجویان تمایل به عضویت در این مجموعه‌ها ندارند، ثانیاً به واقع هرگز این مجموعه‌ها به دنبال دفاع از حقوق صنف دانشجویان نیستند. دلیل واضح این ادعا را می‌توان در محتوای بیانیه‌ها و شعارهای ارائه شده از این مجموعه‌ها یافت در اینجا لازم است بیان شود که این نتیجه گیری مغایر با اهداف ارزشمند و نقش سازنده تشکیلات دانشجویی در بالندگی جامعه ایران در دهه‌های اخیر نیست، بلکه به این نکته اشاره دارد که اطلاق لفظ تشکل صنفی دانشجویان به مجموعه‌های موجود با نحوه فعالیت آنها مغایرت دارد.

از طرف دیگر بدلیل وابستگیهای مالی عمده اتحادیه‌های صنفی به غیر اعضاء در عمل نمی‌توانند مستقل باشند زمانی می‌توان انتظار داشت که اتحادیه‌ها بصورت شفاف و در راستای حقوق اعضاء فعالیت نمایند که اعضا با تامین نیازهای مالی اتحادیه‌ها و انتخاب مسئولین آنها از نزدیک در تصمیم‌گیریها و نظارت بر حسن اجرای آنها ایفای نقش نمایند اما عملاً انتخابات آزاد به معنی واقعی نظارت توسط اعضا و پاسخگویی از سوی مسئولین در اتحادیه‌های صنفی بسیار کم‌رنگ است.

در انتها نیز شاید تکرار این موضوع بی ارزش نباشد که اتحادیه‌های صنفی بعنوان یکی از ابزارهای مردم سالاری باید مورد توجه خاص قرار گیرند با توجه به سمت و سرعت حرکت جامعه ایران بسیار با اهمیت است تا مسئولین و محققین بصورت عمیقتری جایگاههای اتحادیه‌های صنفی را در دنیا مرور نموده و الگوهای متناسب با فرهنگ و نیازهای جامعه ارائه نمایند.

دفاع نمایند.

در آخرین قسمت مناظره مجدد از شرکت کنندگان رای به عمل می آید تا مشخص شود که آیا بحث کنندگان توانسته اند نظرات حضار را تعبیر دهند یا نه.

### تأثیرات این گونه مناظرات

جدای از ارزش کاربردی این مناظرات، در طی بحث شرکت کنندگان به شدت تحت تأثیر موضوعات مطرح شده قرار می گیرند و به فکر کردن واداشته می شوند بدین جهت یکی از مهمترین و با ارزشترین نتایج این گونه مناظرات، واداشتن شرکت کنندگان به تفکر است که در عمل باعث تولید ایده های تحقیقاتی ارزشمندی خواهد شد. عبارات دیگر در تربیت تفکر پژوهش نقش بسیار موثری ایفا می کند.

همچنین این تصمیمات می تواند نتایج کاربردی نیز داشته باشد نکته جالب آن است که نتایج هر دو مناظره علمی که نویسنده در آن شرکت داشته توسط معتبرترین مجلات علمی به چاپ رسیده است و در حال حاضر در بسیار از مقالات و یا جلسات تصمیم گیری به نتایج رای گیری آخر مناظرات مذکور اشاره شده و به آن به عنوان یک نظر معتبر که توسط افراد کارشناس گرفته شده است استناد می شود.

### کاربرد اینگونه مناظرات در کشور

در جریان سیاستگذارهای خرد و کلان کشور موضوعات بسیار زیادی وجود دارد که یافتن پاسخ آنها بدون در نظر گرفتن نظرات متخصصین میسر نیست بعنوان مثال در زمینه بهداشت و درمان کشور از سئوالات کلانی مانند ادغام آموزش پزشکی با وزارت آموزش، تحقیقات و فناوری تا سئوالات بسیار تخصصی مانند بکارگیری متدهای ویژه درمانی / جراحی وجود دارد که نظرات کارشناسی می توانند مسئولین تصمیم گیری کننده را بسیار کمک نماید.

در نظر داشته باشید که در بسیار از سمینارهای علمی، بین یافته های علمی با تصمیم گیریهای اجرایی هیچ رابطه ای تعریف شده ای وجود ندارد. عبارات دیگر شرکت کنندگان در سمینارها

معمولاً بعد از شرکت اگر چه ممکن است از نظر علمی برداشتهای خوبی داشته باشند ولی معمولاً در عمل بصورت روشن و صریح هیچ تصمیم توصیه و یا راهنمایی کارشناسانه ای را به مقامات مسئول اجرایی ارائه نمی کنند. عبارات دیگر فاصله و شکاف بین علم عمل چندان پر نمیشود به همین دلیل به نظر می رسد شاید اینگونه بحثها و مناظرات در کنار بخش صرفاً علمی سمینارها بتواند در کاربردی نمودن نتایج بسیار کارا باشد.

البته باید توجه داشت که انتخاب موضوع مناسب برای مناظره و انتخاب کارشناس و صاحب نظر برای ارائه بحثی دقیق و کارشناسانه بسیار با اهمیت است.

### شایسته سالاری در عمل

گزارشی کوتاه از نحوه گزینش ریاست یک دپارتمان دانشگاه لفظ شایسته سالاری بسیار زیباست ولی در مقام عمل، تعریف معیار شایستگی و اندازه گیری آن بسیار مشکل است. در این گزارش سعی میشود بصورت عملی شیوه گزینش یکی از مدیران دانشگاه لندن بر اساس شایسته سالاری ارائه شود.

### بیان مسئله

دانشکده بهداشت لندن (London School of Hygiene) با بالغ بر ۶۰۰ کادر علمی یکی از بزرگترین مراکز آموزشی تحقیقاتی اپیدمیولوژی در بریتانیا و حتی دنیا است. این دانشکده از نظر ساختار تشکیلاتی سه دپارتمان دارد که بزرگترین آنها بخش بیماریهای عفونی است. این بخش خود پنج واحد (unit) و سه مرکز تحقیقاتی دارد. رئیس قبلی این دپارتمان حدود پنج سال ریاست این دپارتمان را به عهده داشتند و از معروفترین شخصیتهای علمی این دانشکده بودند. ایشان شخصاً از July سال ۲۰۰۱ اعلام کردند که قصد کنار گذاشتن این سمت را دارند، بعد از این تاریخ، بصورت گسترده فعالیت برای گزینش جایگزین شروع شد که در اینجا بدان پرداخته خواهد شد.

### شیوه گزینش

ابتدا رئیس قبلی دپارتمان رسماً موضوع را به ریاست

1 - School of Social Sciences, Tehran University

2 - Welfare and Rehabilitation University

سپس مسئولین واحدها افراد پیشنهادی واحد خود را به همراه گزارش مختصری از دلایل گزینش این افراد را به ریاست دانشکده ارائه نمودند و ریاست دانشکده نیز بعد از چند جلسه مشورتی و همچنین مصاحبه با کاندیداهای برتر، یکی از افراد را برگزید و به مناسب پیام کریسمس به کل دانشکده معرفی نمودند.

البته بعد این انتخاب مقرر شد که رئیس قبلی و جدید به مدت یک ماه هم‌زمان در کنار یکدیگر کار نمایند تا انتقال مسئولین بدون کمترین مشکلی پیش برود و سپس رئیس قبلی به مدت دو ماه بعنوان مشاور، از نزدیک با فرد انتخاب شده همکاری داشته باشد.

### تجزیه و تحلیل

در این شیوه انتخاب چند نکته با اهمیت به چشم می‌خورد که در ادامه مختصراً به آنها پرداخته می‌شود:

۱- تغییر مدیریت و انتخاب فرد جدید در یک پروسه چندین ماهه صورت گرفت و نتیجه‌گیری به صورت فوری انجام نشد. این مطلب بسیار آموزنده است چرا که در انتخاب سریع، نه تنها امکان اشتباه بیشتر است بلکه معمولاً از مقبولیت کمتری نیز در بین گروه برخوردار است.

۲- در روش فوق، شیوه قانونمندی برای جذب مشارکت گروهی و حق اظهار نظر ایشان وجود داشت و افراد در دو مرحله تعیین معیارهای گزینش و همچنین شناسایی افراد اصلح، فعالانه ایفای نقش نمودند. در عین حال حق انتخاب برای مدیر ارشد بصورت کامل محفوظ بود. بدین شکل، تک تک اعضا و حتی دانشجویان احساس نمودند که در این انتخاب سهم هستند که از این نظر بسیار حائز اهمیت است. مسلماً امکان خطا در عقل جمعی کمتر است. در عین حال انتصاب بدون در نظر گرفتن آرای کلیه اعضا مرتبط فی نفسه مشکل‌آفرین است.

۳- شیوه انتخاب و معیارهای گزینش کاملاً شفاف بود و دقیقاً طبق دستورالعمل تنظیم شده در اولین جلسه ریاست دانشکده، مدیر قبلی دپارتمان و مسئولین واحدها بود. این مسئله نه تنها نشان دهنده فرهنگ حاکمیت قانون است بلکه جلوی هر سوء

دانشکده و اعضا دپارتمان اعلام و دلایل خود را برای کناره‌گیری مطرح نمودند. در این نامه ذکر شده بود که ایشان تا زمانی که مسئول جدید انتخاب می‌شود تمام وظایف خود را انجام خواهد داد ولی تقاضا نموده بودند که در صورت امکان این مدت بیش از شش ماه نباشد.

بعد از آن، ریاست دانشکده در جلسه‌ای با حضور رئیس قبلی و مسئولین ۵ واحد زیر مجموعه دپارتمان، ضمن تحلیل دلایل ذکر شده، زمان بندی شش ماهه‌ای را برای شناخت فرد جدید تنظیم نمودند.

در اولین مرحله از کلیه واحدها خواسته شد تا صرفاً معیارهای لازم برای گزینش ریاست دپارتمان را به ترتیب اولویت لیست نمایند. در این مرحله هر واحد با تشکیل جلسات متعدد با حضور کادر علمی و دانشجویان Ph.D در بحثی هدفمند، معیارهای خود را تنظیم نموده و طی ۳ هفته به ریاست دانشکده اعلام نمودند.

سپس ریاست دانشکده با تشکیل گروه کارشناسی، معیارهای ارائه شده از سوی واحدهای مختلف را بررسی و با ادغام آنها، یک نسخه نهایی از معیارهای لازم برای گزینش ریاست دپارتمان را به کلیه واحدها ارسال نمودند و از واحدهای خواستند تا طی یک ماه، افراد واجد شرایط را بر اساس معیارهای مذکور وزن داده و سه نفر برتر را بعنوان افراد پیشنهادی معرفی نمایند.

در این مرحله نیز بحث روشنی در درون واحدها شروع شد و کلیه اعضا واحدها، اعم از کادر علمی، دانشجویان مقطع دکترا و حتی افراد اداری مانند منشیان بخش، نظرات خود را بصورت شفاف ارائه داده و به کاندیداهای مطرح شده بر اساس معیارهای گزینش امتیاز دادند. حتی در مواردی از کاندیداهای مطرح شده درخواست شد تا در جلسات هفتگی واحد حضور یابند و به سؤالات پاسخ داده و برنامه‌های خود را بصورت روشن ارائه دهند. مهمترین سؤالاتی که از این کاندیدها پرسیده می‌شد در خصوص مدیریت مال، شیوه تصمیم‌گیریهای مدیریتی نحوه تقسیم امکانات در بین واحدها، و دیدگاه ایشان به آموزش و پژوهش و اولویت بندی آنها بود.

بهرگز

۶۶  
تابستان ۸۳ / شماره ۵۲

جامعه ما در تعیین و گزینش مدیران شایسته باشد، ولی مسلماً در بسیاری از پستهای اداری بخصوص آنهایی که به تخصصهای ویژه نیاز دارند این گونه گزینشها کارآمدتر خواهند بود.

آنچه مسلم است تعیین معیارهای عینی گزینش افراد شایسته، اولین گام عملی است چراکه در غیر اینصورت به راحتی اعمال نظرهای فردی با توجهیهای مختلف، راه را بر شایسته سالاری خواهد بست باید سعی نمود تا معیارهای گزینش بیشتر جنبه عینی پیدا نمایند و از حالت نظری خارج شود. چراکه در غیر این صورت نه می توان میزان شایستگی افراد را سنجید و نه می توان یک همفکری در جمع برای گزینش بهترینها ایجاد نمود.

از طرف دیگر شاید در بسیاری از قسمتهای نظام اداری در ایران چهار چوب محکم و استواری وجود نداشته باشد تا این امکان فراهم شود که افراد پائین دست بتوانند نظرات خود را به راحتی ارائه نمایند. همچنین به دلیل باورهای سنتی غلط در بطن جامعه، به واقع مدیریت پائین به بالا بسیار دشوار است. مدیران عموماً با مفهوم پاسخگو بودند کمتر آشنا هستند و افراد پائین دست هم اصلاً از حق خود برای بازخواست مسئولین بالا دست اطلاع ندارند لذا اکثراً مدیریت سنتی به شیوه حکمرانی در سازمانها وجود دارد و افراد پائین دست اعتراضات خود را با کارشکنی و یا بهانه گیریهای غیر مستقیم نمایش می دهد.

ولی نهایتاً باید قبول نمود که تعویض یک روزه مدیران حتی در رده های ارشد جامعه، بدون بررسی جوانب امر، بیماری مزمن-نی است که درمانی زمانبر می طلبد. و صد البته همتی والا، عزمی مستحکم و اراده ای جمعی و ملزومات آن میباشد.

نظر را می گیرد در ضمن این دستورالعمل را نیز خود مجموعه تنظیم نمودند و به هیچ وجه دیکته شده از بالا به پائین نبود.

۴- کاندیداهای پیشنهادی بدون هیچ تعارفی مورد بازخواست قرار می گرفتند و در عین حال دقیقاً می دانستند که مدیریت آینده آنها براساس صحتهای ارائه شده در همین جلسات خواهد بود لذا از هرگونه بلندپروازی در این جلسات به شدت اجراز می نمودند.

۵- مدیر جدید و قدیمی در یک مدت نسبتاً طولانی بایکدیگر و از نزدیک در مسائل کاری همکاری داشتند و بدین شکل سعی شد که سئوالات حین کار دقیقاً روشن شده و از تجربه فرد قبلی، نهایت بهره برده شود. این در حالی است که در ساختار موجود بریتانیا تقریباً حتی جزئی ترین مطالب بصورت مکتوب بایگانگی می شود و نقش حافظه و منابع غیر مکتوب در مدیریت بسیار پائین است.

۶- کاندیداهای معرفی شده هر چند در گرفتن پست ناکام مانده باشند ولی در نهایت رضایت نسبی داشتند چرا که تنها کاندیدای این پست شدن در مجموعه بسیار با ارزش قلمدار می شود، و می توانند در آینده صرف معرفی برای اجراز پس ریاست دیارتمان را در سوابق خود مطرح نمایند.

### عملی شدن- این شیوه در ایران

مسلماً این شیوه انتخاب مدیر خالی از اشکال نیست و زمانبر می باشد در عین حال با توجه به تفاوت فرهنگی هرگز نمیتوان انتظار داشت که چنین روندی به تمام و کمال پاسخگوی نیاز