

«روابط پزشکان با همکاران و سایر ارائه دهندگان خدمات پزشکی»

معرفی مورد:

دکتر "الف" یک متخصص بیهوشی است که جدیداً در بیمارستان مشغول کار شده است. در اتاق عمل وی از رفتار غیر اخلاقی جراح با سابقه بیمارستان ناراحت می شود. جراح در عمل روش قدیمی را به کار می برد که باعث طولانی تر شدن زمان جراحی و درد بیشتر بیمار بعد از عمل می شود و دوره بهبودی را نیز طولانی تر می کند، علاوه بر این وی در مورد بیمار شوخی های زننده ای می کند که مشخصاً پرستاران را ناراحت می کند. به عنوان یک پزشک تازه کار دکتر "الف" در مورد تذکر شخصی به وی و یا گزارش اقدامات وی به مراجع بالاتر مردد است. به هر حال او فکر می کند که باید در مورد اصلاح این وضعیت اقدامی انجام دهد.

مقدمه:

ما پزشکان و پرسنل ارائه دهنده خدمات پزشکی مانند افراد یک خانواده هستیم که اهداف مقدس و یکسانی داریم که مهم ترین آن وظیفه مقدس معالجه و مراقبت از بیماران و نیز پیشگیری از بیماری و عوارض آن و نجات جان بیماران و ارتقای کیفیت زندگی آنان است.

در راه انجام این وظیفه مهم و رسیدن به هدف مقدس خود لازم است موازین اخلاق پزشکی را رعایت نماییم این اصول شامل:

۱- احترام به خودمختاری بیمار Compassion

۲- ارائه اقدامات مفید و سودمند Beneficence

۳- جلوگیری از آسیب و صدمه Non - Maleficence

۴- عدالت Respect for Persons and Justice

می باشد. با توجه به اصول ذکر شده احترام به حقوق بیماران، فامیل آنان، همکاران و سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت و جامعه یکی از مهم ترین اولویت های ماست. برای دستیابی به این اولویت ها نه تنها رعایت اصول اخلاق پزشکی بلکه به طور کلی مسائل اخلاقی ضروری است و گرنه این همه سختی و مشقتی که در راه تحصیل علم و مهارت پزشکی متحمل شده ایم و باید آن را در جهت خیر و صلاح بیماران و جامعه به کار بریم، به علت عدم توانایی در برقراری رابطه مناسب بی حاصل می شود.

براساس بیانیه ژنو که در سال ۱۹۹۴ نوشته شد و آخرین بار در سال ۲۰۰۶ در فرانسه تأکید شد پزشک باید همکارانش را خواهر و برادرش بداند.

"My Colleagues will be my sisters and brothers"

حرفه ی پزشکی به صورت سنتی و تاریخی اهمیت زیادی به سلسله مراتب در مراقبت از بیمار می داده است که این مسأله هم در رابطه با خود پزشکان و هم در رابطه با سایر گروه های پزشکی به چشم می خورد، عده ای متخصص هستند و درآمد بالایی دارند. موقعیت دانشگاهی و علمی خاص دارند و به هر دلیلی مشهور و شاخص هستند و نظر آنها به سایرین ارجحیت مشخص دارد. از طرف دیگر در بالین بیمار در تعامل با پرستاران، داروسازان، سایر کادر خدمات درمانی، پزشکان هستند که حرف اول را می زنند و در رأس این سلسله مراتب قرار دارند. حال باید دید چه مباحث اخلاقی در این رابطه مطرح است. ذکر این نکته لازم است که چون بعضی مباحث کاملاً جدید است باید انتظار مخالفت و برخورد عقاید را داشت.

همان طور که پترنالیزم در طب جای خود را به شناخت حقوق بیماران در تصمیم گیری ها داده است و همکاری در تصمیم گیری جای تصمیم فردی را گرفته است در روابط بین پزشکان و سایر همکاران این حرفه نیز چنین تحولی رخ داده است و دیگر کسی تمایل ندارد دستوری را بدون فهم چرایی و علت آن اجرا نماید، دانشجو، دستیار، پرستار و ... هر کدام در رابطه با بیماران مسؤولیت های اخلاقی دارند و زمانی که احساس نمایند دستوراتی که داده می شود با دانسته های علمی، اخلاقی و تعهدی که احساس می نمایند هم خوانی ندارد سؤال و بحث می کنند، و ممکن است از اجرای آن سر باز زنند. در

گذشته همواره حق با پزشک بود و رابطه‌ی سنتی به‌صورت پدرسالانه بود. آن‌چه امروزه می‌توان مطرح کرد این است که همکاری پزشک و سایر همکارانش در حرفه‌ی پزشکی باید به طرف بحث و گفت‌وگو و تصمیم‌گیری در جهت مناسب‌ترین اقدام برای بیمار پیش رود. با این تغییر در قوانین، مسائل جدیدی پیش می‌آید که لازم است به فکر راه‌حلی در جهت حل چالش‌هایی که ایجاد می‌شود باشیم.

مشاوره

علم پزشکی روز به روز پیچیده‌تر می‌شود و گسترش دانش در رشته‌های مختلف طب به قدری سریع است که هر پزشکی در زمینه‌ی خاصی می‌تواند تا حدی توانایی داشته باشد و نمی‌تواند همه‌ی اجزای درمانی بیمار را پوشش دهد و نیازمند یاری گرفتن از سایر همکاران پزشک و حتی پرستار و فیزیوتراپ، داروساز، آزمایشگاه، مددکار اجتماعی روانشناس و بسیاری دیگر است. در این‌جا پزشکان باید بدانند چه‌گونه مهارت‌های ضروری جهت مراقبت و درمان بیمار که خود فاقد آن هستند را به‌دست آورند و آموزش ببینند و آموزش خود را به دوره تحصیل محدود ندانند.

مسأله‌ی آموزش گرفتن به‌صورت دائم تا آخر عمر طبابت از ضروریات بالا نگاه داشتن سطح علمی و به منظور حل مشکلات بیماران است. و لازم است مهارت‌ها و توانایی‌هایی را هم که کسب می‌شود در اختیار سایر همکاران قرار داده، و با سایر کارشناسان بهداشتی در جهت حل مشکلات بهداشتی جامعه همکاری شود.

علاوه بر این پزشکان باید ناتوانایی‌های خود را در معالجه با توجه به گسترش و تخصصی شدن دانش پزشکی و غیرممکن بودن فراگیری آن در ابعاد مختلف درک نمایند و در هر زمینه به توانایی همکاران دیگر خود پی برده و در مواردی که لازم است در معالجه بیماران خود از آنان مشاوره دریافت نمایند. متأسفانه در حال حاضر مشاوره به نحو بسیار نامناسبی صورت می‌گیرد. این امر در بیمارستان‌های آموزشی و خصوصی هر کدام مشکلات خاص خود را دارد. مثلاً در بیمارستان آموزشی استاد در یک رشته بیماری را ویزیت می‌کند و لزوم مشاوره در رشته دیگر را حس می‌کند و به منظور انجام مشاوره دستیار سال دوم آن رشته بیمار را می‌بیند و یا به علت این‌که نفع مالی عاید پزشک مشاور نمی‌شود دیدن بیمار با تأخیر صورت می‌گیرد، مورد دیگر که می‌توان به آن اشاره نمود که به‌خصوص در مورد بیماران بدحال، زخم بستر، پای دیابتی و غیره رخ می‌دهد، بیمار مانند توپ پینگ‌پنگ از سرویسی به سرویس دیگر منتقل می‌شود و همه مسؤولیت را به گردن دیگری می‌اندازند و بیمار صدمات زیادی را متحمل می‌شود. در بیمارستان‌های خصوصی پزشک مسؤولیتی در قبال نوشتن شرح حال حس نمی‌کند و پزشک مشاور، حتی از مطالعه کل پرونده هم اطلاعاتی مناسب به دست نمی‌آورد. مورد دیگر این‌که پزشک ممکن است به منظور بده و بستان و جبران مشاوره‌ای که برایش شده است بدون این‌که ضرورتی وجود داشته باشد برای همکاری مشاوره بنویسد و بیمار هر روز هم توسط مشاور دیده شود و هزینه بالایی به بیمار تحمیل شود و برعکس گاهی آن قدر مشاوره دیر نوشته شود که هیچ‌گونه کمکی به بیمار صورت نگیرد بلکه فقط به منظور عدم وجود بهانه قانونی و یا شریک جرم گرفتن در مداوای بیمار بدحال این کار انجام شود.

شکل صحیح مشاوره، همراهی هر دو پزشک بر بالین بیمار و یا حداقل صحبت با یکدیگر در مورد بیمار است و گرنه با نامه‌ی معتبر و شرح حال مناسب می‌توان مشاوره درخواست نمود. لازم است بحث و جدل در رابطه با بیمار خارج از حضور وی صورت گیرد و احترام هر دو پزشک حفظ شود. به هر حال معمولاً مسؤولیت اصلی متوجه پزشک اولیه است و تصمیم‌گیری به عهده‌ی اوست؛ مگر پزشک اول این مسؤولیت را به پزشک مشاور بسپارد.

ارتباط با پزشکان، همکاران، اساتید و دانشجویان

به‌صورت سنتی از پزشکان انتظار می‌رود که مانند افراد یک خانواده باشند نه تنها با یکدیگر مانند غریبه رفتار نکنند بلکه فراتر از دوست هم باشند. جمله‌ی «همکاران من خواهر و برادر من هستند» دلیل این مدعاست. این جمله امروزه می‌تواند در کشورهای مختلف، معانی متفاوت داشته باشد. مثلاً جایی که خدمات پزشکی مستلزم پرداخت هزینه است. درمان همکاران

به صورت رایگان یک سنت قوی حاکی از ادب و نزاکت شغلی است و در استحکام رابطه پزشکان به طور کلی می تواند نقش مؤثری داشته باشد. ولی این عمل در کشورهایی که بیمه ها وجود دارد کم رنگ شده است و پزشکان خود هزینه درمانی را به همکارانشان نمی پردازند. در جامعه پزشکی ما در حال حاضر این مسأله شکل بسیار زننده پیدا کرده است و پزشکان بیمار نه تنها هزینه بیمارستان بلکه هزینه همکارانشان را هم به خصوص وقتی کار فراتر از یک ویزیت معمولی باشد می پردازند و بسیاری توجیه می نمایند که به راحتی می توان از یک ویزیت چند هزار تومانی گذشت ولی وقتی هزینه عمل جراحی در حد میلیون می باشد صرف نظر کردن از آن بسیار سخت تر می شود. با گسترش بیمه های تکمیلی می توان چنین رابطه های را اصلاح نمود.

به هر حال پذیرش محترمانه همکاران از ضروریات حرفه ای ماست که در جهت تحکیم رابطه ی پزشکان نقش مهمی ایفا می نماید.

ما برای این که رابطه ی مناسب و صحیح داشته باشیم باید همدیگر را دوست داشته باشیم (مانند اعضای یک خانواده) و سعی نماییم نسبت به یکدیگر رفتارهای غیر اخلاقی مانند پیش داوری، حسادت، بدگویی، غیبت و تهمت را جایز ندانیم و توجه داشته باشیم که انتقاد از یکدیگر در جمع و مکان های عمومی و مطبوعات سبب از بین رفتن حرمت جامعه ی پزشکی خواهد شد و حاصل آن بی اعتمادی نسبت به پزشک و مراقبت های درمانی او خواهد بود. متأسفانه اصول اخلاقی در روابط عده ای از پزشکان رعایت نمی شود و خود حرمت یکدیگر را در مقابل بیماران و در نزد افراد غیر پزشک نگه نمی دارند و چنین امری موجب می شود که بی احترامی به حرفه پزشکی و پزشکان به بهانه های مختلف در مطبوعات باب شده و به صورت سوژه فیلم های کمدی و جدی تلویزیونی در آید، ریشه این امر را می توان در نوع روابط خودمان و حمایت نکردن از حقوق صنفی و اجتماعی حرفه مان بدانیم.

علاوه بر این که لازم است برای درمان بیمار، نهایت احترام و همکاری با سایر همکاران جهت ارائه بهترین خدمات به بیمار رعایت شود. مورد غیر اخلاقی که کد بین المللی اخلاق پزشکی WMA آن را به عنوان محدودیت در روابط بین پزشکان مطرح نموده است عبارت از این است که:

پزشک باید از دریافت هرگونه وجه نقد یا هدیه و غیره برای جلب بیماران و بیش تر شدن تعداد بیمارانش خودداری کند. مواردی اتفاق می افتد که پزشکی در یک بیمارستان به یک نگهبان یا کارمند پول می دهد که بیماران را جهت مراجعه به وی در مطب، ترغیب نمایند و از بیمارستان و پزشکان دیگر بدگویی نمایند. یا مثلاً با تبلیغاتی غیر واقعی و دور از شأن پزشکی بیماران را به خود جلب نماید. حتی در مواردی متأسفانه از همکارانش بیمار می دزدد، معمولاً این کار باید بدگویی و غیرعلمی جلوه دادن اقدامات پزشک صورت گرفته و بیمار را به خود جلب می کند، گاه مثلاً پزشکی برای مشاوره می رود و نزد بیمار از پزشک اصلی بدگویی می کند تا بیمار به وی بی اعتماد شده و به این پزشک مراجعه کند. در این جا اگرچه در ظاهر به تعداد بیماران پزشک مزبور اضافه شده است ولی حرمت و احترام و اعتماد پزشکان با جو بی اعتمادی و بدبینی که در بین بیماران و جامعه ایجاد می شود کاملاً خدشه دار می شود. علاوه بر این که ممکن است مطالب توسط بیمار به گوش پزشک اصلی رسیده و روابطشان را تیره نماید.

ارتباط اساتید و دانشجویان

در اخلاق پزشکی هیپوکرات ها، پزشکان برای اساتید خود احترام زیادی قائل بودند «در بیانیه ی ژنو می گوید: من نسبت به معلم خود احترام و قدردانی که شایسته اوست روا می دارم.»

I will Give to my teachers the respect and gratitude that is their due.

در حال حاضر آموزش پزشکی به گونه ای است که دانشجو اساتید متعدد دارد و ارتباط طولانی مدت با یک استاد بر خلاف گذشته ندارد. در آن زمان شاگرد مدت ها در کنار استاد بود و کارهای وی را انجام می داد و اقداماتی در جهت جلب نظر استاد انجام می داد تا بالاخره این شایستگی را پیدا می کرد که استاد مهارت های خود را به او آموزش دهد و شاگرد تا آخر

عمر خود را مدیون استاد می‌دانست البته استاد نیز حق‌الزحمه‌ای دریافت نمی‌نمود. امروز هم آموزش توسط استاد بیش‌تر حالت ایثارگری دارد و به انگیزه و ویژگی‌های مثبت شخصیتی وی در جهت آموزش دادن مربوط می‌شود. استاد اغلب سود و هزینه‌ای را که معادل ارزش کارش باشد دریافت نمی‌کند ولی آموزش دانشجویان پزشکی و سایر آموزش‌گیرندگان نیز خدشه‌دار نمی‌شود و به خودآموزی (self-instruction) تنزل نمی‌یابد، بدین ترتیب دانشجویان نیز خود را مرهون و سپاسگزار اساتیدشان می‌دانند و اساتید نیز پاداش معنوی خود را از این رابطه دریافت می‌نمایند.

اساتید لازم است با دانشجویان خود رفتار محترمانه داشته و مدل و الگوی مناسبی در رابطه با بیماران به دانشجویان ارائه دهند و این به‌عنوان برنامه‌ی آموزشی مخفی (hidden curriculum) آموزش پزشکی مطرح می‌شود، بدین صورت که استانداردهای رفتاری که توسط اساتید به نمایش گذاشته می‌شود بسیار مؤثرتر از برنامه‌های درسی اخلاق پزشکی است که تدریس می‌شود. اگر بین رفتار اساتید و آموزش‌های اخلاقی صریح تناقض وجود داشته باشد دانشجویان پزشکی معمولاً رفتار اساتید خود را تقلید خواهند کرد.

مدرسین به‌خصوص لزومی ندارد که به منظور آموزش بهتر مفاهیم پزشکی، دانشجویان را گرفتار رفتارهای غیر اخلاقی نمایند مثلاً لازم است که فرم رضایت در مورد درمان‌های پزشکی در شرایط کاملاً مناسب از بیمار گرفته شود به‌طور مثال بیمار روستایی، کم سواد را باید کاملاً به زبانی که بفهمد اطلاعات علمی مناسب داد و سپس از او رضایت گرفت و انجام اقدامات آموزشی مثل معاینه‌ی لگن، نمونه‌برداری، گرفتن مایع نخاع و غیره توسط دانشجو وقتی بیمار بیهوش است یا تازه فوت نموده به منظور آموزش وی صورت نگیرد، زیرا اخلاقی نیست. و انجام اقداماتی هر چند کوچک مانند رگ‌گیری بدون نظارت، توسط دانشجو که ممکن است خارج از توانایی‌های وی باشد از جمله دیگر موارد غیر اخلاقی است. در بیمارستان‌های آموزشی این مسأله به کرات اتفاق می‌افتد و حقوق بیمار کاملاً نادیده گرفته می‌شود. بسیار اتفاقاتی می‌افتد که پرستار دانشجو یا کارورز را جهت مثلاً لوله‌گذاری معده یا سوند ادراری می‌خواهد و او هم از ابراز این که تا به حال این کار را انجام نداده خجالت می‌کشد. لازم است پزشک مسؤول حتماً نظارت بر این کار داشته باشد و از توانایی دانشجو مطمئن شود.

با توجه به این که اساتید در جایگاه بالاتری نسبت به دانشجویان قرار دارند معمولاً دانشجویان در سؤال کردن از اساتید و یا عدم اجابت دستورات آنان که به نظرشان صحیح نیست و غیر اخلاقی به نظر می‌رسد راحت نیستند و ملاحظه می‌کنند. اساتید لازم است به این مسأله توجه نموده و دانشجو را در شرایطی قرار ندهند که مجبور باشند اخلاق پزشکی را زیر پا گذارند، مثلاً به آنان گفته شود که وقتی قرار است برای بیمار اقدام خاصی انجام دهید لازم نیست بگویید کارورز هستید تا اعتماد بیمار کم شود.

امروزه در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی در کلاس‌های درس موارد بالینی که معرفی می‌شود علاوه بر مشکلات تشخیصی و درمانی پزشکی در آن موارد، مسائل اخلاقی نیز مورد بحث قرار می‌گیرد. دانشجویان باید در مورد جنبه‌های اخلاقی آموزش خود بتوانند به راه‌کارهایی برسند که مسائل غیر اخلاقی نظر آن‌ها را جلب نماید، آنان باید بتوانند آن مسائل پیش آمده غیر اخلاقی را بدون جنجال و مؤدبانه مطرح نمایند و اگر لازم باشد، در این رابطه مورد حمایت مراجع بالاتر قرار گیرند. و انتظار می‌رود دانشجویان رفتار اخلاقی را که شایسته‌ی یک پزشک است، داشته باشند زیرا به زودی پزشک می‌شوند. آن‌ها با سایر دانشجویان باید به‌عنوان همکاران آینده رفتار کنند و در صورت مشاهده‌ی رفتار غیرحرفه‌ای به آنان توصیه‌ی اصلاحی نمایند. آنان باید در طرح‌های تحقیقاتی، کشیک‌ها و سایر وظایفشان با هم مشارکت داشته باشند.

دانشجو باید واقعاً خود را پزشک آینده ببیند و مسؤولیت اخلاقی که در قبال مطالعه و یادگرفتن آموخته‌ها و به کار گیری آن به‌طور دقیق با رعایت اصول حرفه‌ای دارد جدی بگیرد.

گزارش رفتارهای غیر اخلاقی

به‌صورت سنتی افتخار رشته‌ی پزشکی در این است که خود قوانین خود را وضع می‌کند، در مقابل احترام و اعتمادی که

جامعه و بیماران برای پزشکان قائل هستند و انتظار بهترین رفتار را از آنان دارند. خود پزشکان هم بالاترین استانداردهای رفتاری را برای اعضای خود می‌خواهند و در صورت مشاهده‌ی رفتار غیر اخلاقی در صورت ضرورت پزشک مربوطه را تنبیه می‌کنند. در سال‌های اخیر این سیستم خود قانونی با مشکلاتی مواجه شده است و قدم‌هایی در جهت کمی‌کردن بیش‌تر حرفه‌ی پزشکی برداشته شده است مثلاً این که مراجع قانونی سازمان‌های نظام پزشکی از پزشکی انتخاب شوند که طبابت نمی‌کنند و یا خارج از سیستم کاری هستند. که ملاحظه‌کاری‌های خاص در رابطه با بی‌قانونی همکاران نداشته باشند. به هر حال ضرورت اصلی برای این سیستم قانونی، حمایت از صمیم قلب و با تمام وجود پزشکان از اصولشان و انگیزه‌ی قوی آن‌ها برای شناخت و برخورد با رفتار غیر سالم و غیر اخلاقی همکارانشان است.

گزارش بی‌کفایتی، سوء رفتار پزشکی و خطا از ضروریات اخلاق پزشکی است در بیانیه‌های متعدد اخلاق پزشکی (آخرین آن اکتبر ۲۰۰۶ در افریقای جنوبی) این مسأله تأکید شده است.

«یک پزشک باید با صداقت با بیمار و همکارانش رفتار کند و پزشکی را که رفتار غیر اخلاقی دارند و توانایی و مهارت کافی در کار خود ندارند و کلاهبرداری و نیرنگ در کار خود به کار می‌برند به مراجع ذی‌صلاح گزارش نماید.» و یا جمله این که «پزشک باید تمام جهد و کوشش خود را به کار برد که پزشکی را که ضعف شخصیتی یا مشکل در کار پزشکی دارند و در رفتارهای کلاهبردانه و خلاف وارد می‌شوند گزارش نماید.»

این امر بسیار مشکل است زیرا ممکن است پزشکی به علت مسائلی چون حسادت به همکار و یا تلافی بی‌احترامی قبلی وی بخواهد آبروی وی را ببرد و یا برعکس به علت این که پزشک خطاکار دوست او می‌باشد به گزارش در مورد وی، تمایلی نداشته باشد.

و مسأله‌ی دیگر این که گزارش دهی می‌تواند سبب دشمنی همکار مربوطه و حتی سایر همکاران شود. و انسان به‌عنوان فردی خائن، چاپلوس و حق‌ناشناس مطرح شود. به هر حال این یک وظیفه‌ی حرفه‌ای پزشکان است زیرا آنان نه فقط مسؤول حفظ آبروی حرفه‌ی پزشکی در جامعه هستند، تنها کسانی هستند که بی‌کفایتی، بیسوادگی، فریب و نیرنگ همکارانشان را می‌فهمند.

در هر صورت، اولین قدم باید تذکر رفتار اشتباه به همکار پزشک باشد و اگر موضوع حل نشد به مسؤول مستقیم و یا سوپروایزر اطلاع داده شود که تصمیم‌گیری نماید و اگر این روش هم مؤثر نشد به مراجع قانونی ارجاع شود. در نهایت این که گزارش همکاران به مراجع قانونی باید آخرین کار باشد و در صورتی که سایر اقدامات بی‌فایده بوده است انجام شود.

ارتباط با سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

مسأله‌ی احترام و عدالت در رابطه با کلیه همکاران کادر سلامت بسیار مهم است و لازم است بر علیه هرگونه تبعیض مالی، جنسی، سنی، قومی، نژادی و اجتماعی در رابطه با همکاران مبارزه نمود که این کار لازمه ارتباط با همکاران است (بیانیه‌ی ژنو) و در جهت ایجاد رابطه بهتر، احترام به همکاران ضروری است. احترام به تجربیات و مهارت‌های کلیه‌ی حرف مرتبط با پزشکی از جمله پرستاران اساسی است.

مسئلاً همه حرف پزشکی در زمینه‌ی دانش، آموزش و مهارت یکسان نیستند ولی همگی به‌هرحال خواهان بهبودی بیماران هستند. گروه حرف پزشکی حق دارند همکاران خود را براساس اعتمادی که به توانایی و قوام شخصیتی آنان دارند انتخاب نمایند. نمی‌توان آنان را به همکاری با یکدیگر مجبور نمود ولی این مسأله باید از انگیزه‌های کم ارزشی که از نظر اخلاقی اهمیتی ندارند افتراق داده شود. و نباید به هر دلیل واهی از همکاری با یکدیگر سرباز زدند.

پرستاران نیز مسؤولیت اخلاقی در جهت بهره‌رسانی به بیماران دارند و باید همکاری توانا و ارزشمند برای پزشکان باشند. پزشک و پرستار باید به هم اعتماد کنند و احترام بین آنان در این مورد نقش حیاتی دارد. پرستاران در رابطه با پزشکان نقشی مستقل، در عین حال وابسته و تداخلی دارند و هر دو گروه لازم است منشور حقوق بیمار را در نظر داشته باشند که لازمه‌ی آن اجرای مراقبت‌های استاندارد بیماران است.

در گذشته رابطه‌ی پزشکی و پرستار نامتعادل و یک طرفه و با برتری پزشک بوده و پرستاران در موقعیت پایین‌تر و کاملاً وابسته به پزشکان بودند. در حال حاضر چنین نیست و موقعیت پرستاران برجسته‌تر شده است.

امروزه با توجه به این‌که همکاری تیمی و گروهی در بیمارستان‌ها حاصل و نتیجه بهتری را در سرویس‌دهی به بیماران ایجاد می‌کند، لازم است در جهت برقراری رابطه‌ی مناسب و درک سختی کار یکدیگر قدم‌های بیش‌تری برداشته شود. و نباید موجبات ناراحتی یکدیگر را در کار فراهم نمایند مثلاً پزشک لازم است به موقع در درمانگاه حاضر شود و پرستاران را مواجه با بیماران ناراضی و شاکی نکند. پزشکان در بخش‌ها و اتاق عمل مقررات را رعایت نمایند، کار بی‌هوده و زیاد بر پرستاران تحمیل نکنند، اهمیت وجود آنان را درک کنند. در بیمارستان‌های دانشگاهی متأسفانه گاه رفتار نامناسب و تحکم‌آمیز از طرف پرستاران به دستیاران و کارورزان و دانشجویان اعمال می‌شود و وظایفی را که بر دوش خودشان است به آنان محول می‌نمایند و آرامش محیط کار را از بین می‌برند. در این رابطه لازم است اساتید با درایت سعی نمایند چنین مشکلاتی پدید نیاید و حدود وظایف هر کس در رابطه با بیماران مشخص شود و بر رعایت اصول اخلاقی گوش زد گردد و جانبداری غیرمنصفانه از هیچ گروهی به عمل نیاید.

بسیاری از اوقات بیماران می‌خواهند پرستاران را کنار زده و با پزشک صحبت نمایند پزشک نباید در مقابل بیماران آنان را کم‌اهمیت جلوه دهند. ممکن است این کار با تعبیر حالت در چهره نشان داده شود. بسیاری از اوقات پزشکان پرستاران را مقصر می‌دانند بدون این‌که به اشتباهات خود توجه کنند باید دانست که پرستاران در بخش‌ها ساعات بیش‌تر با بیماران به سر می‌برند و روحیات آنان را بهتر می‌شناسند و در مواردی کاملاً راهنمایی‌های مناسبی می‌نمایند. لازم است بدانیم که کلیه‌ی رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی در ارائه‌ی خدمات سلامتی ارتباط تنگاتنگی دارند و کیفیت این خدمات در صورت وجود رابطه‌ی مؤثر خوب و محترمانه می‌تواند بالا رود و باید درک مناسبی از نقش و مسؤولیت هر کس در این راستا داشته باشیم.

در طی تحصیل هیچ‌گونه توجه ویژه و رسمی به آموزش این مسائل و رابطه بین همکاران و حدود وظایف هر کس نمی‌شود. باید دانست که همه‌ی پرسنل پزشکی در کنار پزشکان ایده مشترک کمک به بیماران و کاهش درد و رنج و بهبود کیفیت زندگی آنان را دارند. پرسنل پزشکی از جمله پرستاران در طی دوره‌ی تحصیل و بعد از آن سیستم‌های انضباطی خاص و نظام پرستاری دارند. گرچه همواره پزشکان احساس می‌کنند که با فرآیند آموزشی و مسؤولیت‌های آنان آشنا هستند ولی چنین نیست. زیرا آن موارد در آموزش پزشکان وجود ندارد.

پرستاران و پزشکان هر کدام محدوده‌ی کاری خود را دارند و در صورت تداخل کاری باید تعامل در جهت نفع بیمار صورت گیرد.

وقتی پرستار متوجه احتمال خطری در مورد بیمار می‌شود باید برای پیشگیری از آن اقدام کند گاه ممکن است بحث و اختلاف پیش آید و حتی پرستار اجرای دستور پزشک را مغایر دانسته‌های خود بداند و مخالفت کند و از اجرای آن سر باز زند و در معرض برکناری قرار گیرند. به‌هرحال، نرس‌ها هم در برابر مراقبت از بیمار مقرراتی دارند که باید در برابر مسؤولین خود جوابگو باشند و به صرف اجرای دستور پزشک نمی‌توانند مسؤولیت حرفه‌ای خود را توجیه کنند.

همکاری و کار گروهی

طب در عین حال که بسیار فردی است یک حرفه نیازمند به همکاری سایر همکاران در این رشته دارد. به عبارت دیگر، پزشکان در مورد بیمارانشان کاملاً مسؤول هستند و انحصار بیمارانشان را دارند و به خوبی می‌توان ادعا کرد که ارتباط هر پزشک با بیمارانش بهترین راه کسب اطلاعات بیمار و ادامه‌ی مراقبت‌های مناسب پزشک از وی است ولی با توجه به پیچیدگی طبابت و تخصصی شدن آن همکاری نزدیک با سایر رشته‌ها با توانایی‌ها و مهارت کافی، لازم به‌نظر می‌رسد و این مسأله بحث دیگری در اخلاق پزشکی را ایجاد می‌کند.

گرچه قدرت پترنالیزم (پدرسالاری) در پزشکی کاهش یافته، به‌هرحال، این باور که پزشکان بیماران خود را دارند قوت

گرفته است. حق بیمار برای تقاضای نظریه‌ی پزشک دیگر به سایر پرسنل پزشکی که ممکن است نیازهای بیمار را بهتر برآورده کنند گسترش یافته (در زمینه‌ی روان درمانی - فیزیوتراپی و غیره) و در اینجا پزشک اصلی به‌عنوان هماهنگ‌کننده عمل می‌کند و می‌تواند پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان خدمات را انتخاب نماید و حتی اگر سایر افراد تیم در مراقبت از بیمار بسیار توانا باشد پزشک مناسب‌ترین فرد برای هماهنگی و کمک به تصمیم‌گیری‌های نهایی و اصلی بیمار است البته پزشکان باید دلیل اقدامات خود را نه تنها به بیمار بلکه به سایر اعضای تیم پزشکی هم توضیح دهند و مهارت مناسب ارتباطی داشته باشند و باید بتوانند اختلافاتی را که در تیم ایجاد می‌شود حل نمایند.

در بیمارستان‌های دانشگاهی به علت وجود دانشجو، انترن، دستیار، پرستار، داروساز و حتی رده‌های آموزشی در این رشته‌ها کار بسیار پیچیده‌تر است و لازم است در یک کار تیمی تعادل مسؤولیت‌ها، ارزش‌ها، دانش و مهارت‌ها و اهداف درمانی، در مد نظر قرار گیرد. البته مسلماً برای پزشکان سخت است که از این روش که دستور دهند و دیگران اجرا کننده دست بردارند، به‌خصوص وقتی اختلاف نظریات در افراد تیم وجود دارد چون پزشک نظر خود را صحیح‌تر می‌داند و تصور می‌کند همه باید آن را قبول نمایند پس مسأله پیچیده‌تر می‌شود. در سال ۱۹۴۹ جمله‌ی همه مسؤولیت‌ها با کاپیتان کشتی است برای اولین بار در یک دادگاه پنسیلوانا اجرا شد به این ترتیب که انترنی که قطره‌ی نیترات نقره در چشم نوزادی به نادرست ریخته و منجر به کوری نوزاد شد و والدینش شکایت کردند پزشک متخصص زنان را مسؤول پرداخت خسارت نمودند زیرا انترن در یک بیمارستان خیریه کار می‌کرد و در نتیجه خیریه بودن بیمارستان را مبرا کرد و انترن هم که در حال آموزش زیر نظر استاد بود، پس استاد مسؤول شناخته شد.

ولی این امر به مرور دستخوش تغییر شده است زیرا سازمان‌های بیمه‌گر پزشکان را در مورد قصور و خطا بیمه می‌کنند و پزشکان خود خسارت را پرداخت نمی‌کنند. از طرفی قضاوت متوجه شدند که پیچیدگی کارهای درمانی به قدری زیاد است که نمی‌توان یک فرد را مسؤول همه چیز دانست مگر این که خود پزشک همه مسؤولیت را بپذیرد. دانشجو، انترن، دستیار گرچه در حال آموزش هستند و باید زیر نظر استاد که با تجربه است کار کنند ولی اگر با کاری که استاد می‌کند مخالفند باید دلیل آن را جویا شوند و خود نیز استدلال کنند و اینها در پرونده درج شوند و گرنه آن‌ها نیز مسؤول کارهای خود هستند. گاه اتفاق می‌افتد که دستیار کشیک در مورد بیمار اورژانس به تشخیص و اقدام درمانی خود اعتماد کامل داشته و به استاد آنکال اطلاعاتی در مورد وی نمی‌دهد، در این صورت عواقب تصمیماتش به عهده خود اوست.

اختلافات چه شخصی و چه علمی و غیره در یک کار تیمی همیشه پیش می‌آید ولی باید محترمانه و خارج از منظر بیمار و سایرین حل و فصل شود و نباید به محاوره‌ی غیرحرفه‌ای و برخوردهای لفظی تبدیل شود. رفتار محترمانه یعنی شنیدن و توجه به همه مطالب طرف مقابل علیرغم این که با آن مخالفیم و حتی این احترام باید در صورت و اعمال ما هم متجلی باشد و به هیچ‌وجه با نگاهی توهین‌آمیز و تحقیر آمیز مسأله را ختم نکنیم بلکه باید محترمانه بگوییم مثلاً با همه‌ی احترامی که برای شما قائلم در این مورد با شما موافق نیستم. به هر حال توجه داشته باشیم که رفتار غیر محترمانه واکنشی غیر محترمانه را به دنبال دارد. اگر با شیوه‌های بحث و گفت‌وگوی مؤدبانه مشکل تیم حل نشد، باید بدون این که این اختلافات ارتباط ما را با بیمار تحت تأثیر قرار دهد از کمیته‌ی اخلاقی بیمارستان در صورتی که وجود دارد و یا مسؤولین بخش و نهایتاً بیمارستان کمک گرفت. لازم است نظریه‌ی کلیه افراد حتی اگر در رده پایین‌تری هستند با احترام مورد توجه باشد، اگر نهایتاً علیرغم همه‌ی کوشش‌ها توافقی در یک تصمیم واحد درمانی صورت نگیرد باید تصمیم فردی که قدرت تصمیم‌گیری دارد مثل رئیس بخش مورد قبول قرار گیرد (لازم است ذکر شود که این اقدامات نباید سبب تأخیر در درمان بیمار و در خطر قرار دادن وی گردد).

گرچه پزشکان حق دارند به‌عنوان هماهنگ‌کننده با سایر اعضای تیم که به آن‌ها نیاز است عمل کنند ولی مجبور نیستند این همکاری را به قیمت تکه‌تکه کردن مسؤولیت خودشان در رابطه با بیمار بپذیرند و باید توجه داشت که اصول اخلاقی رابطه‌ی پزشک و بیمار ارجحیت دارد و مسائل باید با آن سنجیده شود، به لحاظ دانش و توانایی پزشکان مناسب‌ترین فرد برای مسؤولیت تیم پزشکی هستند ولی باید بپذیرند که مجبور هستند در مواردی نقش خود را تغییر دهند. به‌عنوان مثال،

بیمار HIV⁺ را که چندین جلسه در کلینیک می‌بینید و تحت درمان قرار دارد، دارویش را قطع کرده است. زیرا دچار عارضه گوارشی و عصبی شده است. دستیار اصرار دارد که بیمار احتیاج به مشاوره دارد و شما مشاور را در این امر ناتوان می‌دانید و عوارض را دلیل قطع می‌دانید، بیان می‌دارید با تغییر دارو مسأله حل می‌شود. نرس درمانگاه ابراز می‌کند احتمالاً بیمار مجدداً به مصرف مواد برگشته است، در این جا گرچه پزشک اصلی براساس تجربیات خود علت قطع دارو را عوارض می‌داند ولی با توجه به نظریات مختلف که مطرح شده که می‌تواند صحیح هم باشد می‌تواند قسمتی از مسؤولیت را به دستیار واگذار نماید که ترتیب مشاوره برای بیمار را بدهد.

مورد دیگر که ممکن است موجب اختلاف همکاران شود تمایل به طب گیاهی، سنتی و یا جایگزین است که امروزه در میان مردم هم هوادارانی دارد و به‌خصوص در آسیا و آفریقا گسترش زیادی یافته و در اروپا و آمریکا هم رو به گسترش است، در ایران نیز مردم به طب جایگزین تمایل زیادی دارند و عده‌ای از گروه‌های وابسته به تیم پزشکی و یا حتی پزشکان وارد حیطه‌های درمانی از این قبیل شده‌اند در این موارد هم به هر حال بسته به شرایط و نوع اقدامات درمانی و اثرات سودمند بعضی از آن‌ها باید تصمیم گرفت به موقع از آنان یاری جست و در صورت مخالف بودن هم احترام همکاران را نگهداشت ولی سلامتی بیمار باید مهم‌ترین شرط در این همکاری باشد و این اقدامات سبب تأخیر درمانی نشود. از طرفی سوءرفتار عده‌ای از گروه‌های پزشکی باید کاملاً مورد توجه باشد. مثلاً به کرات در مورد به‌خصوص بیماری‌های صعب‌العلاج مردم به این روش‌های جایگزین روی می‌آورند و موجب تأخیر اقدامات مفید درمانی آنان می‌شود.

مشکلات پزشکان با سایر حرف پزشکی مختلف است ممکن است این مسائل مالی باشد و یا در روش‌های خاص درمانی باشد. به هر حال به دلایل مختلف در رابطه با اهداف مراقبت و درمان بیمار می‌تواند اختلاف عقیده وجود داشته باشد و محدودیت در منابع و سیاست‌های حاکم هم ممکن است در این اختلافات نقش داشته باشد، باید توجه نمود که این اختلافات نباید ارتباط با بیمار را تحت تأثیر قرار دهد، عدم توافق پرسنل پزشکی و سیستم اداری بیمارستان در مورد بودجه و هزینه‌ها نیز باید در دور از حضور بیمار بحث و حل شود. همیشه باید در ابتدا مذاکره مستقیم و دوستانه صورت گیرد سپس به مراجع رسمی‌تر مراجعه نمود. و هر زمان که پرسنل پزشکی پی می‌برند که تصمیمی که گرفته می‌شود با قضاوت حرفه‌ای و اصول اخلاقی آن‌ها جور در نمی‌آید می‌توانند بعد از اطمینان از این که بیمار در خطر نمی‌افتد از مسؤولیت کنار روند و به دیگری بسپارند.

تبادل نظر با سایر همکاران مثل آزمایشگاه، داروساز لازم است. پزشک درمانگر باید با متخصص علوم آزمایشگاه ارتباط مناسب و سازنده داشته باشند. در رابطه با درخواست آزمایش، مصالح بیمار، توانایی علمی آزمایشگاه مربوطه، نزدیکی به محل زندگی بیمار، مسائل اقتصادی و راحتی وی در مد نظر باشد.

باید آزمایشگاه از نتیجه‌ی که گزارش می‌کند مطمئن باشد. در صورت اشتباه آزمایشگاه، به منظور اصلاح آن اشتباه به آزمایشگاه اطلاع داده شود. پزشک در مورد نوع آزمایش هم می‌تواند با مسؤول مربوطه مشورت نماید بهتر است اطلاعاتی از بیمار نیز به مسؤول آزمایش داده شود، به هر حال تفسیر آزمایش با پزشک است.

از گروه‌های دیگر که با پزشک در ارتباط هستند داروسازان هستند. گرچه هر کدام مسؤولیت خود را در رابطه با اثربخشی و بی‌خطری داروها برای بیماران دارند ولی شایع‌ترین اختلاف بین پزشکان و داروسازان به علت ارتباط نامناسب بین آنان است بسیاری از اوقات این اختلاف ناشی از آن است که پزشکان نقش داروسازان را در توصیه به بیماران در رابطه با روش مصرف و عوارض در نظر نمی‌گیرند.

در گذشته پزشکان داروهای مصرفی خود را هم به خوبی شناخته و تهیه می‌کردند در حال حاضر چنین نیست و داروسازی خود رشته‌ی گسترده، پیچیده و مستقل ولی کاملاً مرتبط به پزشکی است. پزشک و داروساز باید با هم ارتباط فعال داشته باشد. این امر می‌تواند از سرگردانی بیماران در مورد داروهایی که کمیاب است جلوگیری کند. بسیاری اوقات بیماران اطلاعات در مورد داروی تجویز شده را از داروساز می‌خواهند و ممکن است داروساز صحبت‌هایی کند که روی بیمار و اعتماد وی اثر منفی بگذارد مثلاً این دارو مضر است و عوارض زیادی دارد. در این جا بهتر است تعامل بین پزشک و داروساز

صورت گیرد تا بیمار دچار سردرگمی نشود. داروساز وقتی متوجه شد نسخه‌ای اشتباه است باید تماس تلفنی با پزشک بگیرد نه این که در بیمار تردید ایجاد کند و یا مثلاً یادداشت در بسته‌ای برای پزشک بنویسد و به بیمار بدهد که به پزشک برساند. پزشک نباید غرور داشته باشد و بسیاری اطلاعات را از داروساز سؤال کند در مورد عوارض، تداخل داروها، قیمت، داروسازان می‌توانند پزشکان را به خوبی یاری نمایند.

توضیح مورد:

در مورد شرح حال ذکر شده، حق با دکتر "الف" است. زیرا هم بیمار در معرض خطر قرار می‌گیرد و هم احترام سایر پرسنل و بیمار خدشه دار شده است و وظیفه وی است که در این مورد بی توجه نباشد. به عنوان قدم اول نباید حمایتی از رفتار جراح قدیمی بنماید، مثلاً نباید به شوخی‌هایش بخندد. اگر تصور می‌کند که صحبت با جراح موثر است می‌تواند چنین کند و گرنه به سایر مسوولین در بیمارستان اطلاع دهد، اگر آنان هم تمایلی به دخالت ندارند، می‌تواند به افراد با صلاحیت مسؤول در این رابطه پیشنهاد تحقیق بنماید.

مراجع:

سخنرانی جناب آقای دکتر یلدا استاد گروه عفونی دانشگاه علوم پزشکی تهران در اولین کنگره اخلاق پزشکی، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، جلد ششم "پزشک و جامعه"

۱- Medical ethics manual "PHYSICIANS AND COLLEAGUES" chapter ۴, ۸۰-۸۷, ۲۰۰۶

۲ -Adopted by the AMA's House of Delegates June ۱۷, ۲۰۰۱.

۳ - Ian E. Marshall* Physicians and the pharmaceutical industry: a symbiotic relationship? Chapter ۵, at page ۵۷, in "The Power of Pills: Social, Ethical and Legal Issues in Drug Development, Marketing and Pricing", edited by Jillian Clare Cohen, Patricia Illingworth and Udo Schuklenk(Pluto Press, ۲۰۰۶)

۴ - Ethics, Law and Medical Practice ۱۴ THE DOCTOR AND INTERPROFESSIONAL RELATIONSHIPS Book by Kerry J. Breen, Stephen M. Cordner, Vernon D. Plueckhahn Allen & Unwin, ۱۹۹۷

۵ - Radcliff M.Reviews: Doctors and nurses: new game, same results. British MedicalJournal ۲۰۰۰; April:۱۰۸۵-۷.

Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. Cochrane Database System Review ۲۰۰۰;۲:CD۰۰۰۰۷۲.

۶ - The American Medical Association House of Delegates adopted a revised version of the Principles of Medical Ethics in June ۲۰۰۱.

۷ - Canadian Medical Association. ۲۰۰۳