

تبیین نقش پزشک، آموزش پزشکی، سنت و فرآیند حقوقی

نویسندگان:

روبرت. ال. شوارتز و جان. ام. گیسون

ترجمه:

محمود عباسی

قاضی دادگستری و مدیرگروه مطالعات و تحقیقات حقوقی دانشگاه آزاد اسلامی

پیشگفتار

پیشرفت دانش بشری در چند دهه اخیر و روند تکاملی آن موجب دگرگونی چشم گیری در تمام شئون زندگی اجتماعی شده است. در تکنولوژی جدید شیوه های نوینی در رشته های مختلف بوجود آمده که نه تنها از جنبه نظری و تئوری بلکه از دیدگاه تجربی و عملی و حتی سیاستهای اداری نیز دچار تحول شده است که گاهی توانسته اصل موضوع را زیر سؤال ببرد. تفسیر از دانش پزشکی به ویژه در زمینه درمان چه در بخش خصوصی یا عمومی نیز بسیار متنوع است تا حدی که پاره های از پزشکان از اصول بنیادین و اخلاقی و قداست و روحانیت حرفه پزشکی که جدا از حرص و طمع و آرزو و تمایلات دنیوی است بیگانه شدند. این انحراف از راه پاکد اخلاق و ایثار، دشواریها و گرفتاریهایی برای این پزشکان بوجود آورد. برخلاف گذشته که تنها عشق به کار و درک لذت بهبودی بیمار مطمع نظر پزشکان بود متأسفانه میل به کثرت طلبی و افزون خواهی بیشترین بخش فکر و فعالیت پاره های از پزشکان را اشغال نمود. در این راستا دیگر حسن اعتماد و اعتقاد در رابطه بین پزشک و بیمار خدشه دار شده و حالت بدبینی و سوءنیت جایگزین آن گردیده است. حائلی که به آسانی می تواند مشاجره برانگیز و شکایت آفرین باشد. با طرح شکایت، کار به محکمه کشیده می شود و پزشکانی که در واقع بیماران در برابر آنان موضعگیری نموده اند قاضی و حقوقدان را در مقابل خود می بیندارند و با این دگرگونی حرفه پزشکی که زمانی در مرتبه بالای قداست جای داشت یکسره به پله های پایین سودجویی و بهره وری سقوط نمود. پزشکی که در کمال آرامش و سرشار از عطف و مهربانی به کار خود می پرداخت، خود را درگیر اتهامات تخلف از موازین قانونی یافت. و کلاء و قضاتی را در برابر خود یافت که وی را به نظام پزشکی و پزشکی قانونی و سرانجام برای محاکمه به دادگاه فرا میخواندند. محکمه ای را در برابر خود دید که جزئیات امور درمانی او را زیر سؤال می برد و اموری را که ویژه خود می پنداشت و کسی را یاری مداخله در آن نمی دید متزلزل یافت. در این شرایط نامساعد واضح است که پزشک، بیمار معترض، وکیل دادگستری و قاضی دادگاه را مخالفان خود می بیند و از همین جا عدم استقلال و تشویش خاطر بر وجودش راه می یابد.

مقاله حاضر با ترسیم مثلی از بیمار معترض، پزشک معالج و قاضی محکمه به تبیین رابطه بین آنها می پردازد و ضمن توصیه پزشکان به احاطه و آگاهی بیشتر نسبت به قوانین و مقررات و مسائل فلسفه پزشکی بیان می کند که چگونه باید بر این مشکلات فائق آمد. لازم به ذکر است امروزه در کشورهایی مانند انگلیس و آمریکا که از سیستم حقوقی کامن لا⁽¹⁾ پیروی می نمایند این مشکل جنبه حیاتی داشته و تضاد شغلی شدیدی به چشم می خورد و هر چند در کشورهایی مانند جمهوری اسلامی ایران و فرانسه که از حقوق موضوعه پیروی می کنند این معضل هنوز جنبه جدی به خود نگرفته است، لیکن موجی است که به راه افتاده و بهتر است که از هم اکنون به آن توجه نمود و نسبت به آن آمادگی داشت.

۱- مقدمه

امروزه پزشکان در بسیاری از اعمال ابتدائی پزشکی با اعتراضات شدید و گوناگونی مواجه هستند و در این میان اگر راجع به عامل اصلی این برخوردها سؤال شود، حقوقدانان را بعنوان عامل اصلی در برانگیختن این اعتراضات مقصر می‌دانند. دخالت قانون در امور پزشکی علاوه بر طرح اعتراض در مورد درآمد، پزشکانی را که معتقد به پیروی از سنن می‌باشند مورد تهدید قرار می‌دهد. این پزشکان عقیده دارند که حرفه آنان اصولاً یک حرفه تخصصی و قابل تمایز از سایر حرفه‌هایی که مسئولیت اجتماعی کمتری دارد محسوب می‌شود. علاوه بر اینها نظرات و سؤالات متعددی از جانب نسل جدید فلاسفه و متخصصان اخلاق پزشکی مطرح می‌شود که برخلاف حقوقدانان در تماس روزمره با مشکلات حرفه‌ای نیستند مطرح می‌شود. تعارض و اختلاف بین دو حرفه پزشکی و حقوق که گسترش نیز یافته است، نشانی از خللی است که بر پیکر علمی و عملی طب سنتی وارد آمده است. حتی مروری اجمالی به تاریخچه مسأله نشان می‌دهد که پزشکان، فلاسفه، حقوقدانان و دیگران (که کم و بیش از معرفت بشری بهره‌ای برده‌اند) در حال حاضر عمیقاً مجبور به بازنگری درباره ذهنیات مربوط به تعریف طب بعنوان علم یا هنر و ساختار نظام تحصیل طب و اهداف پزشکی شده‌اند. در بررسی این موارد نه تنها ارزیابی پزشکان در مورد

آنچه که باید انجام دهند لازم است (مشکلی که برای حل آن غالباً به اقتصاددانان، برنامه‌ریزان بهداشتی، جامعه‌شناسان و فلاسفه رجوع می‌شود) بلکه ارزیابی توانایی انجام کار آنان نیز ضروری است. در رابطه با قسمت دوم (توانایی انجام کار) است که نقطه نظر سنتی علم و آموزش پزشکی از طریق تدریس و کار پزشکان در تمامی سطوح حفظ می‌شود و در تضاد با قانون قرار می‌گیرد. بی توجهی به بازنگری در مورد تعریف طب در آکادمیهای پزشکی و تقید آنها در حصار سنتها و تعریف غلط تاریخی از طب، سبب نادیده انگاشته شدن موارد اساسی مورد بحث در آموزش پزشکی شده است. در حالی که دخالت فلسفه و قانون تنها عامل خدشه‌دار شدن اقتدار طب سنتی نیست.

در مقاله امسال شاتاک^(۱)، دانیال کالاهان^(۲) در مورد موافقت بسیاری از پزشکان با مقررات و اخلاق پزشکی چنین توضیح داده شده است:

« مطمئن باشید که پزشکان و محققان امور پزشکی از قوانین جدید و مقرراتی که به آنها تحمیل شده است راضی نیستند. و بخوبی دریافته‌اند که یکی از علل مهم این تحولات بحث اخلاق اجتماعی است. آنها تمایلی ندارند که همواره وکلا و اخلاقیون در اطراف آنان پرسه بزنند و ایجاد مشکل کنند، آنهم در قلمرو محدوده‌ای که زمانی مایملک

۱- Shattuck

۲- Danial Callahan

خصوصی شأن تلقی می شده است. به نظر من دلیل اصلی و ابتدائی این مقاومت بسیار واضح و ساده است یعنی اگر اخلاق جدی گرفته شود بر روی تمامی اهداف اساسی و خصوصیات کار پزشکان اثر خواهد گذاشت و این امر چه از جانب اخلاق یا قانون و یا هر منبع دیگری خوشایند نیست. عمل کردن به انضباط پیچیده حتی با وجود هماهنگی در اهداف و دلایل کار آسانی نیست و در کنار آن مشکلات اخلاقی نیز وجود دارد. اما هنگامی که این مشکلات اخلاقی با بی ثباتی اهداف شغلی همراه باشد، زمینه ای بسیار مساعد برای ایجاد مشکلات دیگری نظیر اضطراب، شک و مقاومت بر دلیل از سوی پزشک به وجود خواهد آمد.^(۱)

از آنجا که اضطراب و حس عدم امنیت شغلی، به علت موشکافیهای فلسفی در مورد اهداف و اصول پزشکی رو به افزایش نهاده است، تعجیبی ندارد که تحقیقات حقوقدانان در مورد اهداف پزشکی و صلاحیت پزشکان تهدیدهای ملموس و مشخص برای بسیاری از پزشکان به حساب آید.

جای تردیدی نیست که به غیر از تضاد شغلی، عدم تطابق شخصی نیز بین پزشکان و حقوقدانان وجود دارد. بحث دادخواهیهای مربوط به «قصور پزشکی»^(۲) که پزشکان شایعاً در مورد آن شنیده اند و نیز بحث غیر معقولانه خطای پزشکان، توسط حقوقدانان که تنها بیماران شاکی را طرف صحبت قرار داده است، وضعیت

خصمانه و غیر معقولی را در مناظره دو گروه ایجاد کرده است.

طبیعت سخت و استثنائی دعاوی راجع به «قصور پزشکی» و عدم وجود صورتی موجه در مورد این دعاوی پزشکان را به اعتراض وامی دارد. لیکن پزشکان به جای شکایت از حقوقدانان دعاوی قانونی را مورد حمله قرار می دهند و این شکایات تحت عنوان «بحران قصور پزشکی» در مجالس قانونگذاری ایالتی در سراسر کشور مطرح می گردند. اکثریت نمایندگان مجلس قانونگذاری اعتماد دارند که این بحرانها که به عنوان مشکلی در سیستم قانونی «شبه جسم»^(۲) به حساب می آید به حقوقدانان طماع اجازه می دهد که پزشکان بیچاره را مورد هدف شکایات خود قرار دهند (و البته در همین راستا بیمه گران پزشکی مستمرر میگردند). البته در عمل برای کسی که به پزشکان متهم به تخلف، قبانونگاران زمان طرح شکایت در زمینه «قصور پزشکی» بر علیه پزشکان و نیز میزان غراستی که از پزشکان مطالبه می شود را محدود نموده است و حداقل در یک ایالت میزان حق الزحمه ای که در قبالت موفقیت یک حقوقدان به او داده می شود نیز مشخص گردیده است.

همانگونه که پزشکان از دخالت قانون در ارتباط مقدس پزشک و بیمار رنجیده می شوند، حقوقدانان نیز عمیقاً از دخالت

۱ - Mal practice

۲ - Tort law

ولی این موضوع هنوز اثبات نشده است و حتی در صورت اثبات، این تأثیر یقیناً ناچیز می‌باشد.

مطلب مهمتر وجود دو نظریه است که معمولاً مورد اختلاف پزشکان و حقوقدانان می‌باشد. اول اینکه هر دو گروه مدعی هستند که صلاحیت و نیز مسئولیت اجتماعی منحصر به فردی را دارا می‌باشند. موارد این مسئولیت شامل: تعیین استاندارد برای رسیدگی قضائی در مورد حضانت افرادی که عقب ماندگی ذهنی دارند، تعیین صلاحیت قانونی برای پرداخت وجه به افرادی که دچار معلولیت و بیماری شده‌اند، تعیین اهلیت متهمین کیفری در محکمه و تأیید یک استاندارد برای قصور پزشکی و درمان یا تنبیه معتادانی است که به اعمال خلاف موازین اجتماعی دست می‌یازند. از نظر پزشکان حل این مشکلات در حیطه تخصص پزشکان است و از نظر حقوقدانان نیز پاسخگوئی به این سئوالات یک ساختار حقوقی را می‌طلبد. در اینجا بخش قدرت بین دو گروه و تعیین مرز برای هریک از آنها کاری ساده نیست.

در مورد دومین دسته تعارضات، حقوقدانان بر این باورند که پزشکان در مورد حرفه خود نیز صلاحیت و تخصص ادعا شده را دارا نمی‌باشند. برای مثال آنها سعی دارند که قدرت سازمان نظارت بر امور دارویی و تغذیه (FDA)^(۱) و اجازه

پزشکی در حیطه صلاحیت خصوصی و سنتی خود راضی نیستند. شاید در منازعه بین پزشکان و حقوقدانان که مسئله «قصور پزشکی» از جدی‌ترین و جدیدترین آنها به حساب می‌آید مشکل واقعی بین این دو گروه تنها در حد نوشته‌ها و کتابها به نظر میرسد ولی واقعیت اینگونه نیست زیرا سخت‌ترین مدافعان، پزشکانی نیستند که در یک پرونده «قصور پزشکی» شکست می‌خورند و بیمه هزینه آنها را می‌پردازد، بلکه آن پزشکانی هستند که در دعوی به خوبی از عهده دفاع از خود برمی‌آیند و تیرئه می‌شوند و به این ترتیب می‌توانند از کسانی که گستاخانه به حصریم «خصوصی - حرفه‌ای» آنها تعرض کرده‌اند، شکایت نمایند.

اگر چه برخی پزشکان خود را در این بحرانها در تهدید مالی می‌بینند لیکن این چنین برداشتی به جای آنکه نشانگر یک واقعیت اقتصادی باشد، بیشتر یک تصور و خیال است زیرا با آنکه شرکتهای بیمه ذخیره مالی خود را برای پوشش به این بحرانها افزایش داده‌اند، هیچ مدرکی نشان نمی‌دهد که این بحرانها تابحال تأثیر چشمگیری بر درآمد پزشکان داشته است. «بحرانهای قصور پزشکی» تا به حال منافع بسیاری برای بیمه‌گران مراقبتهای بهداشتی به دنبال داشته است که بالغ بر ۱/۳ میلیون دلار می‌باشد. ازدیاد دعاوی مربوط به قصور پزشکی ممکن است بطور اتفاقی بر درآمد پزشکان یا حقوقدانان اثر بگذارد

به عداوت بین پزشکان و حقوقدانان دامن می‌زند ایجاد این محدودیتها و تقیدهاست.

۲- علم پزشکی، آموزش و اشتغال

بخش عمده‌ای از مخالفت‌هایی که منجر به کشمکش بین اطباء و سایر مشاغل می‌شود به علت بی‌ثباتی و تردید پزشکان در مورد خود و حرفه‌شان و نیز جلوگیری از طرح مباحث فلسفه علم و اخلاق پزشکی است. در حال حاضر جریاناتی با هدف بررسی مجدد پزشکی در سه بخش مجزا در حال وقوع است. اولین مرحله بنیان‌تثوری طب است. سردرگمی در مفهوم طب، نیاز به بررسی مجدد ساختار و پایه‌های فلسفی و علمی آن را نشان می‌دهد ولی از آنجا که تجزیه و تحلیل و انتقاد کمی نسبت به آن صورت گرفته، کاملاً فراموش شده باقی مانده است.

دومین مسئله در مورد آموزش پزشکان می‌باشد که بحث پیرامون ساختار و روند آموزش پزشکی در سیستم فعلی که علوم نظری را در ابتدا و فعالیت‌های بالینی و عملی را متعاقب آن تدریس می‌کنند مورد تردید قرار داده است. در این مورد مقالات و نوشته‌های فراوانی وجود دارد و مؤلفان کم‌کم متوجه می‌شوند که ریشه مشکل احتمالاً به خاطر مدل قدیمی این علم و تبعیت سیستم آموزشی از این سابقه است، هر چند که با وجود این بینش، تغییرات چندانی در دانشکده‌های پزشکی آمریکا صورت نگرفته است.

درمان‌های تأیید نشده پزشکی، مثلاً طب سوزنی را، محدود نمایند. ضمناً در این میان می‌توان به سعی در اصلاح اصول اخذ رضایت نامه از بیماران، حق دسترسی بیمار به پرونده‌های پزشکی و توزیع قدرت تصمیم‌گیری پزشکان به نحوی که بیمار تصمیم‌گیرنده اولیه باشد و پزشک تنها نقش یک مشاور را داشته باشد اشاره کرد.

البته ادعای حقوقدانان این نیست که پزشکان قصد غصب جایگاه آنها را دارند، بلکه می‌گویند که طرح این نظریات ارائه یک خط مشی عمومی بوده و منحصر به حرفه پزشکی نمی‌شود. اگر چه در اولین گروه تعارضات، تناقض آشکارتری بین حوزه‌های صلاحیت دو گروه وجود دارد ولی دومین دسته تعارضات آسیب‌شدیدتری به شالوده طب که عهده‌دار تأمین سلامت بیماران می‌باشد وارد می‌کند. بعضی از پزشکان عقیده دارند که به این ترتیب مجبور به دست کشیدن از وظایف اخلاقی خود شده‌اند. آنها نقش خود را از قیومیت بهداشت جامعه به چیزی شبیه یک تکنیسین بهداشتی در حال تنزل می‌بینند و اگرچه گاهی متخصصان اخلاق پزشکی به عنوان عامل متهم به تنزل این نقش می‌باشند، پزشکان به گونه‌ای عمل می‌کنند که گویی تنها حقوقدانان در ایجاد این تغییرات مقصرند. پزشکان معتقدند که قانون نباید حق آنها را در انجام وظایفی که عرف برای آنها تعیین کرده است و باید محترم بماند مورد سؤال قرار دهد. آنچه که

اخیر در فلسفه نیاز به توسعه اپیستمولوژی^(۱) (شناخت شناسی)، مطالعه منشاء، ماهیت، متد و محدودیتهای دانش و اثر متافیزیک طب دارد که این علم را نه تنها به عنوان یک علم بیولوژیک، بلکه به عنوان عضوی از مجموعه علوم انسانی معرفی می نماید. این چنین تحقیق فلسفی می بایست مقدم بر ارائه تعریفی جدید از طب و بخشهای آن (چون مفهوم بیماری و سلامت) باشد و این مسئله مستقیماً به ابعاد بالینی و عملی مراقبت مؤثر از بیمار نیز مربوط می شود.

در انتها باید گفت فلاسفه بین توصیف و درک علمی وجه تمایزی قائلند. در توصیف علمی^(۲) فرض بر این است که وقایع در علوم طبیعی قانونمندند و مطمئناً قسمتی از طب که بر پایه بیولوژی، شیمی و یا قوانین فیزیک قرار دارد از این قانون تبعیت می کند. از طرفی توضیح واژه «درک علمی»^(۳) تأکید بر این نکته است که رفتار انسان (یا موضوعات مورد مطالعه انسان یا علوم اجتماعی) هیچگاه به طور کامل به صورت قانونمند و سببی قابل درک یا توضیح نیست. قصد اراده، انتخاب، خودآگاهی، همگی مقوله‌هایی خارج از حیطه علوم طبیعی است و در اینجا به جای علل ایجاد پدیده‌ها، رسیدن به نتایج بدنبال استدالات منطقی

نهایتاً نویسندگان، بخشی از جنبه‌های حرفه‌ای طب را مورد سؤال قرار می دهند که در تعارض با آموخته‌های سنتی پزشکان است و دقیقاً در همین مرحله است که تعارض با دیگر حرفه‌ها آشکار می شود. معهداً، وضعیت تدافعی پزشکان و آسیب پذیری شگفت‌انگیز آنها در زمانی که شاهد پیروزیهای چشمگیر علم و تکنولوژی در زمینه بیماریها می باشیم، تنها با تجزیه و تحلیل تمام مسائل مذکور قابل درک خواهد بود. پزشکان باید در مطالعه و بحث فلسفه علم و جایگاه طب که تاکنون برعهده فلاسفه گذارده شده است بیشتر شرکت نمایند. تنها بر پایه درکی صحیح و روشن از ماهیت پزشکی است که می توان دوره تحصیلی مؤثر و معقولی از طب را پایه گذاری کرد و تنها در این زمینه می توان به تعریفی مناسب از نقش حرفه‌ای پزشک دست یافت.

الف - طب به عنوان علم

همانگونه که دیدیم، پزشکان احساس می کنند حرمت رابطه پزشک و بیمار رعایت نمی شود و تا اندازه‌ای از گستاخی دیگران و اعتراض در مورد مزیت دانش و حرفه پزشکی هراس دارند و از طرف دیگر قادر به ارائه تعریفی صحیح از یک مشکل پزشکی در مقابل قانون، اقتصاد یا فلسفه نمی باشد. طب را چگونه می توان تعریف کرد؟ چه مهارتهای فکری پزشک را به پای بحث در مورد ماهیت و محدودیتهای شناخت فرضیات علمی می کشاند؟ بحثهای

۱- Epistemology

۲- Explanation

۳- Understanding

است که اهمیت دارد. همانگونه که یکی از مؤلفان عقیده دارد:

« طب در مرکز این — مایز روش شناختی (متدولوژیک) ایستاده است. بنابراین از طرفی پزشکی که به عنوان متخصص علوم طبیعی کار می کند از روی معاینات بالینی و مطالعات آزمایشگاهی بیماری را تشخیص می دهد و از طرف دیگر پزشکی که مفسر رفتار انسانهاست با احساس، شهود و تجارب خود به تشخیص بیماری می پردازد (مثلاً در تشخیصهای بالینی، ابراز احساسات بیمار، رفتار بیمار یا حتی برداشتهای ظاهری یا غیر محسوس پزشک به عنوان درک و تفاهم انسانی از انسان دیگر، بسیار راهگشاست) ».

پس با توجه به مراتب فوق بهتر است پزشکان به ارزیابی دوباره نظریاتشان از طب به عنوان یک علم پردازند و نیز روشهای دیگری را که نیاز به تفسیر بیشتری داشته و در آنها از روش قیاسی و اطاعت محض کمتری استفاده می شود، تجربه نمایند. در این مدلها انسان براساس فردیت او و به طور انفرادی مورد توجه می باشد و این امر برخلاف روش شناخت انسان برپایه آمار است که اساس علم پزشکی قرار می گیرد. با درک محدودیتهای مدل سنتی زمینه استنتاجی، دیگر نمی توان توانایی پزشک در اعمال مراقبتهای علمی و مناسب را مورد سؤال قرار داد بلکه برعکس، با کنار گذاشتن تئوریهایی که برای توجیه بیماریها کافی نیستند (مانند تئوری تک سببی بودن

بیماریها) و با بررسی مدلهای دیگر تصمیم گیری و حل مسائل، قلمرو و قدرت علم گسترش می یابد. به علاوه قبل از آنکه پزشکان بتوانند به اعتراضاتی که تواناییهای آنها را برای تعریف اصول و مرز مسائل مورد مطالعه در پزشکی محدود می کند، پاسخ گویند، نیاز به ایده ای صریح و روشن در مورد محتویات این تعریف دارند و رسیدن به چنین ایده ای نیاز به شناخت قلمرو علوم پزشکی و محدودیتهای آن دارد. پزشکان باید از عوامل محدودکننده قدرت خود اطلاع داشته و توانایی توضیح آن را داشته باشند.

ب - آموزش پزشکی

استفاده از تعریف سنتی علم پزشکی شاید در هیچ کجا کاملتر و دقیقتر از اکثر دانشکدههای پزشکی آمریکا نباشد و آثار آبراهام فلکسنر^(۱) نویسنده معروف مطالعات آموزش پزشکی دلیل بر این مدعاست.

مروری مختصر بر اکثر دوره های تحصیلی پزشکی این مسئله را تأیید میکند: علوم پایه جزو اولین آموزشهایی است که به دانشجویان پزشکی داده می شود و به عنوان پایه های اساسی جهت صلاحیتهای حرفه ای بعدی قلمداد می شود. تنها هنگامی به دانشجویان پزشکی اجازه ارتقاء به مرحله بالینی داده می شود که موضوعات علمی را فرا گرفته باشند. به دانشجویان آموزش داده

۱ - Abraham Flexner

خدمت است. خدمت برای یک تکنولوژیست مفهوم بیگانه‌ای نیست ولی یک دانشمند همیشه با آکراه از این موضوع تبعیت می‌کند. در جامعه پزشکی اگر علم و تکنولوژی، بطور صحیح مورد استفاده واقع شوند، تنها خادمان اجیر شده‌ای هستند ولی شواهد روشنی در دست است که در حال حاضر این خادمان اجیر در حال تسلط بر مخدوم خود می‌باشند.

در نتیجه این تعلیمات که در آنها ارزش تنها بر پایه مهارت‌های پزشکی بنا نهاده شده است، یک پزشک جوان اغلب اطلاعات و توانایی لازم برای درک و حل معضلاتی که در رقابتهای حرفه‌ای و نیز برای کسب شهرت و اعتبار با آن روبرو می‌شود نخواهد داشت و بدین ترتیب وی قادر به پیش بینی و آینده‌نگری نخواهد بود و فقط به صورت انفعالی در مقابل مسائل و معضلات عمل می‌کند و بدین ترتیب جای هیچگونه تعجبی نیست که پزشکان خود را در دام کشمکشهای قانونی و اجتماعی پایان ناپذیر که دائماً حیطه سنتی پزشکی آنها را تهدید می‌کند، گرفتار می‌بینند.

ج - حرفه پزشکی

تکرار می‌کنیم که پزشکان، حرفه خود را مورد حملات منابع خارج از طب می‌بینند و همانگونه که گفته شد سردرگمی درونی و عدم اطمینان پزشکان، در آسیب پذیری این رشته مؤثر بوده است ولی شکی نیست که درک جامعه از ماهیت این رشته نیز تغییر کرده است اکثر افراد قبول دارند که

شده که به علم در بالاترین درجه احترام بنگرند، پیشرفت طب در قرن بیستم نتیجه پیشرفت علوم فیزیک و شیمی در قرن نوزده محسوب می‌شود.

حتی اکثریت دانشجویان پزشکی که با ذهنیت قبلی و اطلاعات مختصری از علوم پایه در دانشگاه پذیرفته شده‌اند از طرح مباحث فلسفی و علمی در مدهای متغیر پزشکی آگاه نیستند و طبیعی است که در سیستم آموزشی تغییرات قابل توجهی به دنبال این مباحثات به وقوع بپیوندد.

عموماً در طب پذیرفته شده است که هنر تا اندازه‌ای به جای علم، و عمل به جای تئوری می‌نشیند. بسیاری از افراد در حقیقت در مورد این مسئله بحث می‌کنند که طب هنگامی می‌تواند در امر تصمیم‌گیری و حل مشکلات به طور موفق مداخله کند که علاوه بر توانایی توضیح علل، قادر به تصمیم‌گیری و انتخاب یک روش درمان از میان چند روش برای یک فرد خاص باشد. ولی متأسفانه به جای اینکه این فعالیتها به صورت یک اصل بنیادی در دوران تحصیلات پزشکی درآید، تقریباً همیشه در دو سال آخر تحصیلات پزشکی مورد بحث قرار می‌گیرد. اعضای دانشکده بر طبق سلسله مراتب ارزشی به کارگماشته شده و ابقاء می‌شوند و سرمایه‌ها بیشتر در خدمت تحقیقات علوم پایه می‌باشد و دانشجویان پزشکی که همیشه به نوآوری و پویایی شهرت داشته‌اند، همچنان از سنتهای قدیمی پیروی می‌کنند. روح وجودی طب،

طب و شاید خود علم تبدیل به تشکیلاتی با مسئولیت اجتماعی شده است و این حقیقی است که پزشکان با بی میلی قبول می کنند. کانون نمایندگان پزشکی آمریکا A.M.A.^(۱) تلاش زیادی در جهت شناخت نقش جدید پزشکان در «اصول اخلاق پزشکی» انجام داده است. اگر چه این کانون در اعمال نقش قیومیت خود که به خوبی در قوانین اخلاقی سال ۱۸۴۷ مشهود است پزشکان را به فروتنی و مهربانی در عین تحکم و ثبات دعوت می نمود، در اصول جدید به ارزیابی اساسی تری از پزشکان می پردازد. برای مثال در اصل چهارم که جدیداً مورد قبول و استفاده قرار گرفته، مقرر شده است که یک پزشک باید به حقوق بیمار، همکارانش و سایر حرفه های مربوط به درمان و بهداشت احترام گذاشته و اسرار بیمار را به صورت محرمانه حفظ کند. این اصول نه تنها به خوبی بیان می کنند که A.M.A اولین ارگان رسمی است که به زبان قانون سخن می گوید، بلکه نشان می دهد در این قوانین که پزشک تابع اصول اخلاقی باشد موظف به انجام همان عملی است که قانون به آن نیاز دارد و از او درخواست می کند، و بدین شکل تعارض بین خواسته های قانون از پزشک و خواسته های سنت، در نهایت به نفع قانون حل می شود. تغییر تصور و نگرش پزشکان نسبت به تصویری که از خود ساخته اند از آثار واقعگرایی است که در پیش نویس «اصول اخلاق پزشکی» در مجمع عمومی به چشم

می خورد مبنی بر اینکه پزشکان تنها قیوم سلامت جامعه نیستند. در نتیجه قیومیت طب سنتی در تعارض با جامعه قرار می گیرد، همزمان بودن این تغییرات جزئی و نحوه نگرش اطباء که باید با اعتراضات حقوقدانان نسبت به صلاحیت پزشکان همخوانی داشته باشد اتفاقی نیست. بخش عمده این تغییرات ناشی از قانون و قانونگذاری است.

۳- وکلاء، قانون و تبیین صلاحیت پزشکان
تعارض بین پزشکان و حقوقدانان در بطن نقشی است که هر یک از آنها ایفا می کنند و ریشه های آن در اپیستمولوژی (شناخت شناسی)، سنتها و خواسته های اخلاقی جای دارد و عمیق تر از مسأله عدم توافق اقتصادی است. ذهنیت سنتی نسبت به اقتدار و شکوه علم پزشکی فراتر از یک حرفه تجاری ساده است لیکن حملات حقوقدانان به تعهدات و حقوق پزشکان همانند ضربه ای است که به منفعتهای اقتصادی و مالی حرفه وارد می شود.

روسکی پوند^(۲) رئیس دانشکده حقوق هاروارد و حقوقدان برجسته، «حرفه»^(۳) را به نحوی کاملاً متمایز از انگیزه ها و

۱- American Medical Association

۲- Rosscee Pound ۳- Profession

«مشاغل»^(۱) اقتصادی تجاری تعریف می‌کند:

در حرفه‌هایی چون حقوق، طب، تدریس و ... ما مفاهیمی بیش از آنچه که در حرفه‌هایی با شأن سنتی به آن پرداخته می‌شود در نظر داریم، منظور گروهی از افراد هستند که به دنبال کسب هنری عالمانه با روح خدمت به مردم می‌باشند و به چیزی کمتر از خدمت نمی‌اندیشند زیرا در این صورت این اندیشه ممکن است به مفهوم انجام وظیفه برای امرار معاش باشد. در این موارد هدف اصلی خود حرفه است و کسب معاش پدیده‌ای جنبی است و این در حالی است که کسب درآمد تمام هدف یک تاجر را تشکیل می‌دهد. بنابراین اگر یک مهندس وسیله‌ای جدید را کشف یا اختراع کند ممکن است در ازای آن امتیاز انحصاری دریافت کرده و از آن سود ببرد، در حالیکه اگر پزشک راه تشخیص جدیدی را پیدا کند و یا یک جراح روش جراحی جدیدی را ابداع کند، نتیجه این کشف یا اختراع در سراسر دنیا منتشر می‌شود. از نظر تاریخی سه ایده و اندیشه اساسی در یک حرفه وجود دارد. پیشرفت دانش (تعقیب یک هنر عالمانه)، روح خدمت به خلق. در کنار این سه ایده، اندیشه کسب درآمد نیز به نحوی تمامی حرفه‌ها را درگیر می‌کند، در حرفه‌های دانشگاهی پول ساز کسب معاش اگر

تنها هدف نباشد هدف عمده را تشکیل می‌دهد و در حرفه‌های فوق‌الذکر درآمد یک پدیده اجتناب ناپذیر است.

این حقوقدان معروف، با اعتراف به اینکه ممکن است انگیزه‌های مالی بسیاری را به انحراف کشاند پیشنهاد می‌کند که «حرفه‌ها تحت تعقیب سنن و با یک هدف عمده همراه باشند تا فعالیت‌های آنها سازمان بندی شده و بر آن اساس دنبال شوند ...» این امر نشان می‌دهد آنچه یک حرفه را مشخص و تعریف می‌کند حقوقی نیست که براساس نیازهای جامعه و به صورت عالمانه وضع شده باشد بلکه تعهداتی است که توسط اهداف عمده سنتی بر آنها تحمیل شده است. از آنجایی که این اهداف عمده در پزشکی روشن نیست و سنتی که آن را تعریف و مشخص می‌کند خود مورد حملات مؤثر قرار دارد، جای تعجب نیست که بسیاری از پزشکان از قوانین جدید اخلاق پزشکی احساس ناامنی و بی‌ثباتی کنند، زیرا چنانچه پزشکان قادر به تأمین خواسته‌های سنتی و کسب درآمد نباشند آیا حرفه آنها به یک شغل تجاری بدل نخواهد شد و شباهتی با مشاغل چون لوله‌کشی و تعمیر اتومبیل نخواهد داشت؟ پس ناامنی و عدم ثبات (نه فقط در زمینه‌های مالی) به عنوان تهدیدی واقعی برای این حرفه به شمار می‌آید. تعجبی ندارد که کوشش‌های قانونی در

پزشکان را مورد بررسی قرار می دهد، آشنا باشند. AMA نقش پزشک را به گونه ای که منطبق با خواسته ها و نیازهای قانونی باشد تعریف کرده است، و این در حالی است که به دانشجویان پزشکی آموزش داده می شود که باید طبق روال سنتی بر بیماریها تسلط داشته و بیماریها را آنگونه که به آنها آموخته شده، درمان کنند.

حداقل دخالت قانون که در مخالفت با تصمیم گیری پزشکی نیز موفق بوده است در تفویض اختیار پزشکان در مورد تصمیم گیریهای درمان است. این موضوع که بهبودی بیمار به خود او مربوط می باشد، اکنون به عنوان یکی از موضوعات حقوقی مورد تأیید قرار گرفته است و در همین زمینه بحث تصمیم گیری بیماران فاقد صلاحیت مطرح می گردد. برای مثال در قضیه مشهور «کوئین لان»^(۱) دادگاه قدرت تصمیم گیری را که عرفاً به عهده پزشکان گذارده شده بود از آنها گرفت. همچنین با آنکه به اهمیت شرکت پزشکان در تصمیم گیریهای تخصصی تکنیکی معترف بود، اعلام نمود احتیاج پزشکان به تصمیم گیریهای اخلاقی را نیز نمی توان نادیده انگاشت.

در قضیه «کوئین لان» دادگاه عالی نیوجرسی چنین رأی داد که تعیین ماهیت، کیفیت و تناسب مدت مراقبت با استانداردهای جامعه از مسئولیتهای یک پزشک می باشد و اخلاق و وجدان

جهت محدود نمودن اختیارات پزشکان با توجه به عدم شناختی که پزشکان از نقش خود دارند، مورد اعتراض چندانی قرار نگرفته است، زیرا اولاً انتقال مفهوم حق از دانش حقوق به دانش طب راه ساده ای برای آنالیز بسیاری از مشکلات که پزشکان به راحتی قادر به حل آن نیستند فراهم می کند، و سپس اینکه بحث در مورد حقوق افرادی که در میان ارزشهای گوناگون براساس مصلحت جمع تصمیم می گیرند آسانتر از بحث در مورد افرادی است که براساس انتخاب شخصی خود به نتیجه می رسند. پزشکان به راحتی تعریف قانون از نقش پزشکان را پذیرفته و متقاعد شده اند، در حالی که در این تعریف گرچه آسانترین راه از بین بردن احساس ناامنی پزشکان (ولو در صورت نیاز) پیش بینی شده است، لیکن قلمرو کاری پزشکان را محدود کرده و مشکلات اساسی را حل نشده باقی می گذارد.

این تصویر جدید که با محدودتر شدن قلمرو پزشکی همراه است هنوز راهی به مباحث آموزش پزشکی باز نکرده است و هنوز نسخه های سنتی نقش پزشکی به دانشجویان تجویز می شود. عدم تدریس دوره هایی توسط وکلاء و سایر حقوقدانان در دانشکده های پزشکی باعث شده تا تعارض بین حقوقدانان و پزشکان به صورت لاینحل باقی مانده و به دانشجویان پزشکی منتقل نشود، در حالی که هر نسل جدید از پزشکان باید با تعاریف تازه ای که نقش

1- Re Quin Lan

طرفین است. در انتها او تأکید می‌کند که بدون رضایت بیمار هیچ اقدامی نباید انجام شود. شاید بحثی جدی مابین پزشک و حقوقدان ما را به این نکته برساند که گاهی اوقات تلاش هر دو، جهت دستیابی به یک مدل است و در نتیجه هر دو در جستجوی یک هدف هستند.

گاهی اوقات مصالح بیمار و پزشک با هم در تعارض بوده و این به رویارویی این دو در دادگاه منجر می‌شود، که این رویاروییها نشانگر آن است که مدل‌های پزشکی و حقوقی برای حل این مشکلات نه تنها مختلف می‌باشند، بلکه گاهی نیز متناقض هستند. در نهایت حل این مشکلات در حیطه اقتدار دادگاه می‌باشد و قانون در مواردی که مستقیماً به تصمیم یک پزشک حمله می‌شود، وارد عمل می‌گردد و حقوقدان در این موارد باید با داشتن یک مدل قانونی که حداقل در اینگونه موارد نقش صلاحیتهای پزشکی را تعیین نماید، در صدد حل مشکل برآید.

نکته‌ای که پزشکان نادیده گرفته‌اند این است که قانون تمایل به دادن وزنه بیشتر به بحثهای اصولی پزشکان در تبیین نقش پزشک دارد. تصمیمی که قانون می‌گیرد به هر حال یک تصمیم حقوقی است ولی این به آن معنی نیست که پزشکان را در این تصمیم دخالت نمی‌دهد و حتی غلبه ممکن است با نقطه نظر پزشک از نقش خودش

اجتماعی این مسئولیت را بر عهده پزشک می‌گذارد. چه مجوزی برای برداشتن بار مسئولیت از دوش پزشکان وجود دارد؟

دیوان عالی قضائی ماساچوست که تنها قدرت یگانه در تعیین استانداردهای قانون در اخلاق پزشکی در سالهای اخیر می‌باشد، مرجعی را که قدرت تصمیم‌گیری در باب اخلاق پزشکی را داشته باشد معین نکرده است.

سه سال قبل دیوان نظر داد که سئوالات مربوط به مرگ و زندگی نباید بر عهده پزشکان گذارده شود چون این گونه مسائل عدم دخالت عاطفه و احساسات شخصی را می‌طلبد و به همین دلیل تصمیم‌گیری ایده‌آل در مورد این گونه مسائل در حیطه مسئولیت حقوقدان می‌باشد و به هیچ گروه دیگری که خود را نماینده اخلاق جامعه بدانند واگذار نمی‌شود.

طبق نظر پروفیسور رابرت برت^(۱) هر دو مدل پزشکی و حقوقی در باب تصمیم‌گیری پزشکی بر این اصل استوار است که بیمار نیاز به حمایت دارد. اما ادعای خیرخواهی از جانب کدام حرفه را باید پذیرفت؟ و بعد پاسخ می‌دهد که ادعای هیچکس نباید به طور کامل قبول یا رد شود. اعم از اینکه ادعاکننده پزشک یا قاضی و یا خود بیمار باشد. به هر حال پرسش در مورد حل مشکلات کماکان باقی است. وقتی که بیمار و پزشک در مورد انجام درمان با هم مخالف هستند چه باید کرد؟ سپس او می‌گوید: راه حل، درک موقعیت مشترک

۱- Robert Burt

جریانات قانونی هستند اما تهدیدی برای پزشکانی که هویت حرفه‌ای آنها بطور تنگاتنگی با روش پزشکی سنتی پیوند خورده است به شمار می‌آید. خیلی از پزشکان طرح این مباحثات را حاشیه‌ای می‌دانند. برای حل این مسائل و برای اینکه پزشکان از راه حل راضی باشند، چاره‌ای جز شرکت در مباحثات ندارند و باید بدانند که شرکت در مباحثات قسمتی از صلاحیت حرفه‌ای آنها محسوب می‌شود. در آموزش پزشکی باید بر این موارد تأکید شود و پزشکان باید خود را به ابزارهای عقلانی لازم برای مناظره مستقیم فلسفی، اخلاقی و ابعاد حقوقی حرفه خود با همان درجه اعتماد، تخصص و سهولتی که در امر تشخیص و درمان به خرج می‌دهند، مجهز کنند.^(۱)

باشد. به هر حال پزشکان باید توانایی و تمایل شرکت در مباحثات را داشته باشند و آن را نه تنها به عنوان قسمتی از مسئولیت حرفه‌ای خود بلکه تنها در صلاحیت حرفه‌ای خود ببینند. از آنجایی که بحث در مورد فلسفه‌های گوناگون، علم یا هنر پزشکی و مسئولیت پذیری از آموزش حرفه‌ای پزشکان حذف شده است، تعجبی ندارد که اکثر پزشکان جوان هیچگونه دیدگاهی در مورد شرکت در سیاست‌گذاری‌های اجتماعی و مباحث قانونی نداشته باشند خصوصاً در مواردی که تعریف دوباره‌ای از نقش پزشکی و تعیین صلاحیتها لازم می‌شود. حتی روشی که در اینگونه مباحثات پیش گرفته می‌شود برای یک پزشک تشویش برانگیز است. سئوالات، بحثها، اعتراضات از اصول

ژوئیه‌شگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی