

ضرورت ملاحظه‌ی حقوق پزشک در گفتمان اخلاق پزشکی

حمیدرضا نمازی^۱، سیده نفیسه مومنی^{۲*}

تاریخ دریافت: 98/3/4

تاریخ پذیرش: 98/6/13

تاریخ انتشار: 98/10/15

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

در سال‌های اخیر، در ادبیات اخلاق پزشکی و در خصوص رابطه‌ی پزشک و بیمار، به‌طوری گسترده، به حقوق بیمار پرداخته شده است؛ اما حقوق طرف دیگر این رابطه، کمتر در کانون توجه قرار گرفته و بیشتر، تکالیف او مطرح بوده است. از حقوق پزشک، دو تلقی می‌توان در نظر گرفت؛ حقوقی که در تقابل با حقوق بیماران قرار می‌گیرد و حق تعالی و بهبود نفس. در این نوشتار که به‌صورت مقاله‌ای نظری ارائه شده، سعی بر این بوده است تا دلایل این کم‌توجهی و عوارض ناشی از آن، بیان شود. عقیده‌ی سنتی بر وجود قدرت نامتوازن در رابطه‌ی پزشک و بیمار، تأکیدنکردن اصول اخلاق پزشکی به خود پزشک، نبود ساختارهای حمایتی، رواج مشتری‌مداری در پزشکی و رویکرد حرفه‌مندی افراطی را می‌توان از دلایل بی‌توجهی به حقوق پزشکان در ادبیات اخلاق پزشکی دانست. ادامه‌ی این امر، عوارضی گوناگون در پی دارد؛ عوارضی مانند برهم‌خوردن توازن در کار و زندگی پزشک، شکل‌گیری خشونت نمادین در جامعه‌ی آن‌ها، فرسودگی شغلی و نادیده‌انگاشتن اصل سپاس و قدردانی و درنهایت، رعایت‌نشدن حقوق بیماران. نتیجه این‌که در کنار لحاظ کردن اولویت حقوق بیماران، توجه به حقوق پزشک، به‌نحوی مقوم رعایت حقوق بیمار است که از اهداف اولیه‌ی اخلاق پزشکی به شمار می‌رود و بدین سبب باید مد نظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، حقوق بیمار، حقوق پزشک

1. استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، گروه آموزشی اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

2. دانشجوی دکتری تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، خیابان انقلاب، خیابان ۱۶ آذر، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱.

Email: nafisehmomeni@yahoo.com

مقدمه

حق^۱، در لغت، به معنای درستی، ثبوت، صدق، وجوب، شایستگی، احاطه و... است. در معنای اصطلاحی نیز، این واژه، بر مزیتی^۲ قانونی از سنخ ادعا، امتیاز، قدرت یا مصونیت، دلالت دارد. قانونی که پشتوانه‌ی حق لحاظ شده، یا ضمانت اجرایی بیرونی دارد (قدرت حاکمه که ناقضان حقوق را مجازات می‌کند) یا اجرای آن، دارای ضمانتی آشکار نیست، همچون اخلاق (۱).

در رابطه‌ی بین افراد، دو معنا از مفهوم حق می‌توان درک کرد؛ یکی ادعایی تعهدآور برای طرف مقابل و دیگری، امتیازی برای فرد در مقابل دیگران، به شرط آنکه تکلیفی در خودداری از آن امتیاز نباشد (۲). تداخل این معانی موجب رهنزی در موضوع حق و گمراهی در تعیین مصداق در روابط بین افراد می‌شود (۳).

در سال‌های اخیر، همان‌طور که اصل احترام به «خودتعیینی»^۳ بیمار، در پزشکی اهمیتی بیشتر پیدا کرده، برای دفاع از آن نیز، از گفتمانی جدید استفاده و صحبت از حقوق، به‌طوری فزاینده، در ارائه‌ی خدمات سلامت مطرح شده است (۴). در نتیجه، در همه‌ی بخش‌ها، از آموزش تا طبابت^۴، به شیوه‌های گوناگون، بر اهمیت و احترام به حقوق بیمار، به‌عنوان یک انسان، بسیار تأکید و در اثبات و گسترش آن، تلاش می‌شود؛ برای مثال، در زمان نگارش این متن، در عنوان ۶۰۱ مقاله‌ی موجود در پایگاه PubMed، عبارت «حقوق بیماران»^۵ درج شده است؛ اما درباره‌ی پزشکان که سمت دیگر رابطه‌ی پزشک و بیمارند، اغلب، مسئولیت‌ها و تکالیف آن‌ها در قبال خدمت‌گیرندگان، مطرح و تأکید می‌شود (۵). در متون

نیز، نمونه‌هایی اندک را می‌توان پیدا کرد که درباره‌ی موضوع حق پزشک، سخن گفته باشند؛ برای مثال، در زمان مشابه، در همین پایگاه اطلاعاتی، اصطلاح «حقوق کارکنان مراقبت سلامت»^۶ و «حقوق پزشکان»^۷، به‌ترتیب، فقط در عنوان یازده و یک مقاله دیده می‌شود. برخلاف آنچه تصور می‌شود، در قرن ۲۱، پزشکی، تنها، ثروت و بهره‌مندی نیست (۶) و مشکلاتی زیاد پیش روی پزشکان، به‌ویژه پزشکان جوان‌تر، وجود دارد؛ از این‌رو، نیاز به حمایت از حقوق پزشکان، بیشتر، احساس می‌شود. در این نوشتار، به دنبال پاسخ به این سؤال هستیم که چرا در متون اخلاقی، به حقوق پزشک پرداخته نشده است و این بی‌توجهی چه عواقبی به دنبال دارد.

روش کار

در مطالعه‌ی حاضر، از روش مقاله‌ی نظری برای پاسخ به سؤالات استفاده شده است؛ از این‌رو، نویسندگان مقاله، براساس مطالعات پیشین، اندوخته‌ی ذهنی و تحلیل خود، دلایل بی‌توجهی به حقوق پزشک در ادبیات اخلاق پزشکی را برشمرد و براساس مرور متون هدفمند، شواهدی را در هر مورد ارائه کرده‌اند. بدین منظور، جست‌وجوی غیرنظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Scopus، Google Scholar و SID، با استفاده از کلیدواژه‌های انگلیسی و فارسی «حقوق پزشک و بیمار» و «مسئولیت پزشک و بیمار» انجام شد؛ همچنین، با استفاده از موتور جست‌وجوگر Google و جست‌وجوی همان کلیدواژه‌ها، منابع مفید به دست آمدند. به‌علاوه، کتب مرتبط با موضوع، به‌صورت هدفمند، انتخاب و بررسی شدند.

دو تلقی از حقوق پزشک

بر اساس دو مفهومی که از حق ارائه شد، دو دسته از حقوق را می‌توان در رابطه‌ی پزشک و بیمار، برای

1. Right
2. Advantage
3. Autonomy
4. Medical Practice
5. Patients Rights

6. Health Care Workers' Rights
7. Physicians Rights

دیدگاه‌های جدیدتر «حرفه‌مندی پزشکی»^۱، حق پزشکی در کانون توجه قرار گرفته؛ اما در دیدگاه «پروفشنالیسم اولیه»^۲ که دیدگاه اغلب مدیران مراکز آموزشی و سازمان‌های حرفه‌ای است، توجه به خود پزشکی کم‌اهمیت است (۹)؛ لذا در مؤسسات ارائه‌ی خدمات سلامت، مسائلی مانند توقع انجام وظایف، بیش‌ازحد توان؛ نبود کنترل بر برنامه‌ی کاری؛ به‌خطرآفتادن زندگی شخصی و سلامت پزشکان و نادیده‌گرفتن حقوق آن‌ها، بیشتر، دیده می‌شود (۱۱ و ۱۰).

- از آنجا که حقوق کارکنان سلامت به رسمیت شناخته نشده، به تعویق افتاده و نادیده انگاشته شده، گاهی افرادی که تجربه‌ی کافی در ارائه‌ی خدمات سلامت ندارند و از پیچیدگی‌های آن بی‌اطلاع‌اند، با انتقادات تند و ناعادلانه، این گروه را خطاب قرار می‌دهند و اتهامات نادرست را به واسطه‌ی رسانه‌ها، عمومی می‌کنند. این امر به احساس تضییع حقوق در پزشکان دامن می‌زند (۷)؛ درحالی‌که امروزه، در نظر گرفتن حقوق همه‌ی اصناف جامعه، بخشی مهم از گفتن عمومی را تشکیل می‌دهد و همه‌ی افراد و گروه‌ها خواستار توجه به آن‌اند (۴).

دلایل غفلت از حقوق پزشک در ادبیات اخلاق پزشکی

- قدرت نامتوازن^۳: به‌طور سنتی، ارتباط پزشکی و بیمار، به‌صورت پدرسالارانه در نظر گرفته می‌شود و علی‌رغم این واقعیت که اهدافی چون سلامتی، موفقیت یا زیبایی، موضوعاتی بسیار خصوصی و کاملاً شخصی‌اند، پزشک مانند پدری خیرخواه و بر اساس تشخیص خود از مصلحت بیمار، اهداف درمان را تعیین و رهبری می‌کند (۱۲). با همین نگاه سنتی، پزشک، قوی و بیمار، ضعیف، نیازمند و گرفتار در نظر گرفته می‌شود. این مدل ارتباطی، به‌وجودآورنده‌ی این عقیده است که دانش پزشکی و نیاز افراد به این دانش و سازمان‌های حرفه‌ای، به پزشکی قدرت منحصربه‌فرد اعطا کرده و اگر بر

ارائه‌دهندگان خدمت در نظر گرفت؛ دسته‌ی نخست، حقوقی که به‌نوعی در رقابت و تقابل با حقوق بیماران قرار می‌گیرد و به‌نوعی، تعهد در قبال آن‌ها در تقابل با حق بیماران است و می‌توان آن را «حق تقابلی» نامید و دسته‌ی دیگر، حقوقی که تعهد به آن‌ها، هیچ‌گونه رقابتی با حقوق بیمار ندارد و در واقع، نوعی امتیاز است که هیچ قانونی، پزشک را از آن منع نمی‌کند (۲). این حقوق که می‌توان آن‌ها را «حق به تعالی و بهبود نفس» نامید، باید در ساحت سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان، مد نظر قرار بگیرد. در پیوند با هر دو حق، پزشکان احساس می‌کنند که حقوق آن‌ها در معرض خطر قرار گرفته یا نادیده انگاشته می‌شود (۷). شواهدی در این زمینه می‌توان برشمرد که در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌شود:

- ادبیات اخلاق پزشکی، مملو از دلایل اخلاقی برای برجسته‌سازی حقوق بیمار است. این تأکید یک‌طرفه بر حقوق بیمار و مسئولیت پزشک (۵)، اگرچه منافع فراوان داشته و موجب ارائه‌ی مطلوب‌تر خدمات سلامت شده، وظایفی مشکل بر دوش ارائه‌کنندگان خدمات نهاده است؛ برای مثال، در مواقعی که بیمار از درمان امتناع می‌کند، احترام به عقایدش، درعین جلوگیری از آسیب‌رسیدن به او، بسیار مشکل است یا همدلی‌کردن با بیمارانی با شرایط فرهنگی، اجتماعی و احساسی متفاوت، نیروی بسیار زیادی از پزشک می‌گیرد (۷). در این موارد و موارد مشابه آن، برخی متون، به حق پزشکی، به معنی آزادی، اشاره کرده‌اند؛ حقی مثل تصمیم برای نپذیرفتن بیمار؛ اما در زمان پذیرش بیماران، تنها به ذکر برخی از تکالیف بیمار که در جهت اولویت منافع اوست، بسنده شده و شواهدی که نشان‌دهنده‌ی توجه به حق ارائه‌دهنده‌ی خدمت، در حین رابطه با بیمار و در درون سازمان درمانی باشد، کمتر به چشم می‌خورد (۸).

- درباره‌ی حق تعالی و بهبود وضعیت حرفه‌ای، در ارتباطات درون حرفه‌ای نیز، سخن چندان بیانی نمی‌شود. در

1. Medical Professionalism
2. Nostalgic Professionalism
3. Power Imbalance

(۱۵).

- انقلاب کوپرنیکی در اخلاق: همان‌طور که کوپرنیک^۵ باور مرکزیت زمین در منظومه‌ی شمسی را به خورشیدمحوری تغییر داد، پس از جنبش‌های اخلاق حرفه‌ای و مردم‌سالاری، به جای حرفه‌مندان، گیرندگان خدمات بر مسند حرمت نشستند. زمانی گیرندگان خدمت، موظف به حرف‌شنوی از حرفه‌مندان، رعایت دستورات آن‌ها و به‌طور کلی، مراعات حداکثری اصول اخلاقی در رابطه با آن‌ها بودند؛ اما پس از این جنبش‌ها، اعتماد گیرندگان خدمت به حرفه، نقشی اساسی در موفقیت حرفه‌ای پیدا کرد (۱۸)؛ لذا کفه‌ی حق در ترازوی رابطه‌ی حرفه‌مند با خدمت‌گیرنده، به سمت گیرنده‌ی خدمت، سنگین‌تر شد و در کفه‌ی حرفه‌مند، فقط، وظایف و مسئولیت‌های او در قبال حقوق، باقی ماند. چنین نگاهی سبب شده است تا در ادبیات اخلاق پزشکی، کمتر به حقوق پزشک توجه شود؛ اما در هر حرفه‌ای، باید به حقوق همه‌ی عناصر آن توجه کرد و سپس، انتظار موفقیت داشت (۱۸). به نظر می‌رسد این نگاه، خطر ابزارپنداری پزشک را ایجاد می‌کند؛ زیرا پزشک، ابزارانگارانه، موظف، فرض و برای او، صرفاً، مسئولیت تعریف می‌شود.

- خلأ ساختارهای حمایتی: وقتی در اصول اخلاق پزشکی به حرفه‌مند توجه نشود و از رابطه‌ی درون‌حرفه‌ای غفلت شود، باید گفتمان اخلاقی حقوق پزشک را فراموش و در گفتمان حقوقی، این مهم را جست‌وجو کرد؛ اما در قوانین عمومی و خصوصی، برای پزشکان به سبب پزشک‌بودن، حقوقی ذکر نشده است. می‌توان تصور کرد که رابطه‌ی پزشک و بیمار، به‌صورت قراردادی، خصوصی فرض شده و بدین سبب، دخالت قانون، ضرورتی نمی‌یابد و این طرفین قراردادند که باید حقوق یکدیگر را تعیین کنند. با توجه به این تصور، شاید این خلأ حقوقی، منطقی باشد؛ اما، اولاً، همه‌ی

حقوق پزشکان تأکید شود، به این قدرت افزوده می‌شود. به همین دلیل، انصاف آن است که از حقوق ضعیف‌تر در مقابل این قدرت دفاع شود و توجه به قوی‌تر، لازم نیست. چنان‌که در سوگندنامه بقراط نیز، با اینکه برای بیمار حقوقی قائل شده است، نکته‌ای درباره‌ی حقوق پزشک یافت نمی‌شود.

با تغییر رویکرد پزشکی و تأکید احترام به خودتعیینی بیمار و حق تصمیم‌گیری او، ممکن است ادعا شود قدرت حرفه‌ای پزشکان کاهش یافته (۱۳)؛ اما همچنان نمی‌توان گفت که نابرابری قدرت رفع شده است (۱۴)؛ بنابراین در مقام تشخیص، معاینه و درمان، این تفوق^۱، بخشی از تعهد حرفه‌ای پزشکان است؛ ولی تسری این تفوق به کل رابطه‌ی پزشک و بیمار، جای بحث دارد.

- مغفول‌ماندن جایگاه پزشک در اصول اخلاق پزشکی: به نظر می‌رسد در اصول چهارگانه‌ی اخلاق زیستی که امروزه، مقبولیتی ویژه پیدا کرده‌اند، پزشک و حقوقش، چندان، دیده نشده است (۱۵). بوچام^۲ و چیلدرس^۳، این اصول را در نگاه نخست از وظایف نظریه‌ی راس^۴ برگرفتند و آن‌ها را برای حل معضلات اخلاقی، متناسب با هنجارهای حرفه‌ی پزشکی، پیشنهاد کرده‌اند (۱۶). راس، در نظریه‌ی خود، هفت وظیفه برمی‌شمرد که عبارت‌اند از: وفاداری، جبران خطا، سپاسگزاری، عدالت، سودرسانی، زیان‌مندنبودن و بهبود نفس (۱۷). او در این اصول، علاوه بر ارتباط فرد با دیگران، با در نظر گرفتن وظیفه‌ی بهبود نفس، ارتباط فرد با خودش را نیز، در نظر دارد؛ اما در چهار اصل اخلاق پزشکی، این وظیفه نادیده گرفته شده است. در این اصول، به فرد ارائه‌دهنده‌ی خدمت، توجه نمی‌شود و فقط ارتباط او با دیگران مد نظر قرار می‌گیرد؛ بنابراین، در سپهر اخلاق زیستی، گویا، به‌نحوی، خود پزشک فراموش شده است و حقوق او لحاظ نمی‌شود

1. Superiority
2. Beauchamp
3. Childress
4. Ross

5. Copernicus

به عمل می‌آید و چنانچه بیمار یا بستگان او، بدون اطلاع پزشک معالج، از پزشک دیگری برای درمان بیمار دعوت به عمل آورند، پزشک معالج اول می‌تواند از ادامه‌ی درمان بیمار خودداری کند؛ مگر اینکه این دعوت در مواقع فوری یا ضروری باشد. در این قانون، حق انتخاب مشاور و قطع درمان، برای پزشک در نظر گرفته شده است.

با توجه به اینکه معمولاً، در مقدمه‌ی قانون‌نویسی، مطالعه‌ی تطبیقی صورت می‌گیرد، شاید این نتیجه‌گیری خیلی دور از واقعیت نباشد که احتمالاً، در قوانین مکتوب کشورهای دیگر هم، نمونه‌هایی شایسته‌ی توجه از مدنظرگرفتن حقوق پزشکان، به‌آسانی، به چشم نیاید. در مروری که برای این مطالعه صورت گرفت، در مقالات، به چنین قوانینی اشاره نشده بود.

- حرفه‌مندی: در دیدگاه اکثر متون اخلاق پزشکی، بر مفاهیمی مانند فداکاری، ایثار و نثار، به‌عنوان باور و اعتقادی ذهنی، به‌قدری تأکید می‌شود که واضح و طبیعی است تقریباً به‌صورت قاعده‌ای واضح، بنیان همه‌ی روندها و تصمیماتی که روزمره، در این حوزه اتخاذ می‌شود، قرار گیرد. در دیدگاه حرفه‌مندی پزشکی که اکثر متون بر آن استوارند (حرفه‌مندی اولیه)، خود تعیینی بیمار و نوع‌دوستی، بیشترین اولویت و توجه به پزشک و منافع او، کمترین اهمیت را در ارائه‌ی خدمات دارد (۹)؛ بنابراین، از حقوق پزشک، کمتر، صحبت می‌شود. در این دیدگاه غالب که به دنبال حفظ اعتماد عمومی است و از پزشکان می‌خواهد تا در ارتباط با گیرندگان خدمات درمانی، اخلاق را به بیشترین میزان رعایت کنند (۲۰)، جایی برای مطالبه‌ی حق پزشک نمی‌ماند؛ البته در سال‌های اخیر و در دیدگاه «حرفه‌مندی انتقادی»، بر اهمیت توجه به پزشکان تأکید و بی‌توجهی به حقوق پزشک، نتیجه‌ی رویکرد حرفه‌مندی افراطی^۲ دانسته می‌شود (۹).

حقوق را نمی‌توان در قرارداد مشخص کرد و ثانیاً، رابطه‌ی پزشک و بیمار در بسیاری از مواقع، به‌صورت قراردادی نامکتوب است که عرف بر آن حکم می‌کند و اینکه آیا عرف رایج، حق پزشک را در نظر گرفته یا نه، محل تأمل است.

به‌علاوه، در حقوق عمومی هم، مواردی مثل حق حفاظت از سلامتی پزشک در مواقع بحران، آموزش مناسب، حق تعیین کارفرما، برنامه‌ی کاری و... ذکر نشده است. با اینکه در اینجا هم می‌توان استدلال کرد که این حقوق برای عموم در نظر گرفته شده و پزشکان هم از این امر مستثنا نیستند، حتی در قوانین انتظامی هم که برای این حرفه تنظیم شده است، به‌طور مستقیم، اشاره‌ای به این موضوع دیده نمی‌شود؛ مگر در ماده‌ی پنج آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته (۱۹). در این ماده آمده است: «پزشکان و دندان‌پزشکان و متخصصان و دکترای حرفه‌ای علوم آزمایشگاهی، ماماها و کایرو پراکتورها، موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بنا به تشخیص سازمان نظام پزشکی، حسب مورد، معاینه‌ی دقیق و انجام آزمایش‌های آن‌ها در یک زمان مناسب میسر می‌باشد». در اینجا از لفظ «میسر» استفاده شده است تا شاید، به‌طور ضمنی، حقی برای پزشک لحاظ شود؛ همچنین، در ماده‌ی یازده همان قوانین آمده: «شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، مکلف‌اند در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیری یا هنگام بروز بحران و سوانح از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا مراجع تعیین‌شده از طرف وزارت یادشده به آنان اعلام می‌شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند». در قانون، از لفظ «ممکن» استفاده می‌شود تا شاید، به‌نحوی، حق حفظ سلامتی پزشک را در نظر بگیرد. در ماده‌ی نوزده همان قانون نیز ذکر شده است: «در مواردی که مشاور پزشکی لازم باشد، انتخاب پزشک مشاور با پزشک معالج است؛ در صورتی که بیمار یا بستگان او، مشاوره‌ی پزشکی را لازم بدانند، مشاوره‌ی پزشکی با نظر پزشک معالج

1. Critical Professionalism
2. Hyperprofessionalism

پیامدهای غفلت از حقوق پزشک

حتی اگر با در نظر گرفتن نابرابری قدرت در رابطه‌ی پزشک و بیمار، تأکیدنشدن بر حق پزشک در تقابل با حق بیمار و استیفای حقوق او را موجه و پذیرفتنی بدانیم، نمی‌توان توجیهی پذیرفتنی برای نادیده‌انگاری حق تعالی پزشک پیدا کرد. حق دسترسی به آموزش مناسب و برابر، حق کار منصفانه، حق برابری، حق سلامت و ایمنی شغلی، حق جبران خسارات و آسیب‌های شغلی، حق آزادی در مراقبت، حق ارزیابی منصفانه‌ی حرفه‌ای و حق آزادی بیان، برخی از حقوقی‌اند که به‌ندرت، به آن‌ها اشاره شده است (۲۱ و ۲۲). این نادیده‌گرفتن حقوق پزشک در گفتمان اخلاق پزشکی، عوارضی در پی دارد که عبارت‌اند از:

- از بین رفتن توازن در کار و زندگی پزشک: در جوامع در حال گذر و توسعه‌ی امروزی، با تحولات وسیع در نهاد کار و خانواده، مانند افزایش تعداد زنان شاغل، مخصوصاً مادران؛ شاغل بودن زوجین؛ تک‌والدی‌بودن خانواده‌ها و تبدیل شدن زنان به گرداننده‌های اقتصادی، تعارض نقش، عموماً و تعارض بین نقش‌های شغلی و خانوادگی، به‌طور ویژه، اجتناب‌ناپذیر است.

کلارک^۱، تعادل کار- زندگی^۲ را «رضایت و عملکرد خوب در کار و خانواده، با حداقل تعارض نقش» (۲۳) و گرین‌هاوس^۳ و همکارانش آن را «تعادل در زمان صرف‌شده، درگیری و سطح رضایت از نقش‌های مختلف کاری و غیرکاری» توصیف کرده‌اند (۲۴). برقراری این تعادل، امروزه، تجربه‌ی مشترک بسیاری از پزشکان و رزیدنت‌هاست (۲۵ و ۲۶).

مطالعات نشان داده که تعارض کار و زندگی، منجر به کاهش رضایت شغلی، تعهد سازمانی، عملکرد شغلی، رضایت

از زندگی و افزایش ترک کار، نارضایتی زناشویی، خصومت در خانه، سوء مصرف الکل و استرس می‌شود. به‌علاوه، تأثیری بسیار منفی بر خستگی و رفتار افراد دارد (۲۷)؛ بنابراین، وقتی عواقب این مسائل در رابطه‌ی پزشک و بیمار در نظر گرفته شود، بسیار واضح است که بی‌توجهی کارفرمایان پزشکی به حقوق کار پزشکان، به‌نوعی، منجر به رعایت‌نشدن حقوق بیماران نیز، می‌شود.

ممکن است استدلال شود که پزشکان در ابتدای دوره‌ی تحصیل و کار، از این موضوع آگاهی داشته و آگاهانه، این مسیر را انتخاب کرده‌اند؛ اما باید گفت آنچه از بیرون و به وسیله‌ی شاهدی بیرونی دیده می‌شود، فقط، نوک قله‌ی یخ است.

- خشونت نمادین: اصطلاح «خشونت نمادین»^۴ را پیر بوردیو^۵، در سال ۱۹۹۲، به کار برده است. این اصطلاح، حاکی از نوعی خشونت است که در آن افرادی که خشونت بر آن‌ها اعمال می‌شود و افرادی که خشونت می‌کنند، همدستی ضمنی دارند و هر دو گروه، از اعمال آن، ناآگاه‌اند. این نوع از خشونت، بیشتر، از طریق سازوکارهای فرهنگی اعمال می‌شود، غیرمستقیم است و با شکل‌های مستقیم‌تر خشونت که اسباب کنترل اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند، تفاوت دارد. اطاعتی که با خشونت نمادین تحمیل می‌شود، به‌مثابه اطاعت درک‌نشده، بلکه به‌صورت «انتظارات اجتماع» فهمیده می‌شود؛ بنابراین، راهی است برای تحمیل فرهنگ به گروه‌ها و طبقات اجتماعی، به‌شیوه‌ای که به مشروع بودن نظام حاکم خدشه وارد نشود (۲۸). این خشونت، در عین تأثیر، ناشناخته و نامرئی است و امکان ایجاد دیگر گونه‌های آشکار و مشاهده‌شدنی خشونت را فراهم می‌کند؛ همچنین، علاوه بر ایجاد احساسات ناراحت‌کننده‌ی بسیار دشوار برای قربانیان، زندگی آن‌ها را نیز، نامطلوب‌تر می‌کند (۲۹)؛ به بیان دیگر،

4. Symbolic Violence
5. Pierre Bourdieu

1. Clark
2. Work- life Balance
3. Greenhaus

مجید، «شاکر» و «شکور» را از نام‌های خدا دانسته است؛ همچنین، خداوند در آیه‌ی ۱۴۴ سوره‌ی آل عمران می‌فرماید: «خداوند پاداش سپاسگزاران را به‌زودی خواهد داد.» بی‌شک، همان‌طور که شکرگزاری و سپاس از خالق، مطلوب است، قدردانی از مخلوق نیز، پسندیده است.

در ارتباط پزشکی و بیمار، تصور بر این است که چون بیمار، از نظر جسمی و روانی، در شرایطی دشوار قرار دارد، رفتار خشونت‌آمیز او با پزشک و تیم درمان، خشونت شغلی و یکی از دشواری‌های شغل پزشکی است (۳۲) که باید با آن کنار آمد (۳۳)؛ بنابراین، پزشک علی‌رغم این رفتار خشونت‌آمیز، اقدامات درمانی را ارائه می‌دهد و در واقع، اقدامات پزشکی، وظیفه‌ی صرف در نظر گرفته می‌شود؛ در نتیجه، سپاسگزاری از او، جا و معنایی ندارد. این تلقی، موجب ایجاد احساس ناامنی و فرسودگی پزشکان می‌شود، گرایش به فعالیت‌های مثبت و سازنده را کم‌رنگ می‌کند و به دلسردی و خمودگی می‌انجامد.

- فرسودگی شغلی: آنچه تاکنون گفته شد، موجب بی‌توجهی به حقوق انسانی پزشک می‌شود و به‌همراه استرس شغلی زیاد، عوارض «فرسودگی شغلی»^۱ در پزشکان را به وجود می‌آورد. فرسودگی شغلی، سندرمی روان‌شناختی، شامل سه بُعد «خستگی هیجانی»^۲، «مسخ شخصیت»^۳ و کاهش احساس «کفایت فردی»^۴ است. این سندرم، تحلیل‌رفتن قوا و انرژی را که در نتیجه‌ی کارهای خسته‌کننده و استرس‌زا ایجاد می‌شود، توضیح می‌دهد (۳۴). نتایج مطالعه‌ای در آمریکا نشان داده که میزان فرسودگی شغلی در پزشکان، بیش از حرفه‌های دیگر است و ادعا شده است که چهل درصد پزشکان، تحت تأثیر این پدیده‌ی روان‌شناختی قرار دارند (۲۷). شاید یکی از دلایل این موضوع، غفلت از حقوق آن‌ها

بسیاری از قربانیان این نوع خشونت، آن را خشونت نمی‌شمارند و از خشونت نمادین، به‌عنوان خشونت در فرهنگ جامعه یاد نمی‌شود؛ درحالی‌که این خشونت، ریشه‌ی اصلی بسیاری از خشونت‌های آشکار در جامعه است.

در فضای رقابتی امروز، سازمان‌ها در پی کوچک‌سازی‌اند و به منظور داشتن کارکنان کمتر برای انجام کارهای بیشتر، برنامه‌هایی گوناگون اجرا می‌شود. با توجه به این موضوع، بدفهمی و سوءاستفاده از شعارهای حرفه‌مندی، توسط صاحبان قدرت در نهادهای ارائه‌ی خدمات سلامت، در جایی که حقوق پزشکان شفاف نیست، می‌تواند ابزاری برای اعمال چنین خشونتی شود؛ از این‌رو، اگر پزشکان از حق خود، مطلع و از حمایت قانون برخوردار باشند، اولاً، دیگر در موقعیتی نیستند که آزار ببینند و ثانیاً، توصیه به آن‌ها برای صبر و سازگاری با وضعیت بیماران، معنای واقعی می‌یابد.

- بی‌توجهی به اصل سپاسگزاری و قدردانی: نمی‌توان سپاسگزاری را به‌عنوان یک حق دانست و درمان بیماران و رعایت اصول اخلاقی، وظیفه‌ی حرفه‌ای پزشکان و ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت است و نباید برای آن انتظار سپاس داشته باشند (۳۰)؛ باین‌حال، قدردانی از پزشکان، به آن‌ها کمک می‌کند تا از استرس‌های فراوان حرفه‌ای رهایی یابند (۳۱). با وجود این، درنگ شهودی بر گفتن تاریخ معاصر پزشکی، نشان می‌دهد رابطه‌ی پزشک و بیمار، به‌تدریج، از فضیلت سپاس تهی شده و نمایی قانونی و مطالبه‌گرانه به خود گرفته است؛ البته، اثبات این امر محتاج مطالعه و تحقیق گسترده است. به نظر می‌رسد متأسفانه، اصل سپاسگزاری که اصلی اخلاقی و مهم در همه‌ی فرهنگ‌هاست، به حاشیه‌ای اخلاقی تبدیل شده و زینت اخلاقی در نظر گرفته می‌شود.

باید یادآور شد سپاسگزاری و قدردانی از زحمات و نیکی‌های دیگران، از فنون حفظ و تقویت روابط انسانی است. تشکر و قدردانی، به‌قدری بافضیلت و محبوب است که قرآن

1. Burnout
2. Emotional Exhaustion
3. Depersonalization
4. Personal Accomplishment

نتیجه گیری

در سال‌های اخیر، اخلاق زیستی، بر آموزش و طبابت پزشکی، آثاری چشمگیر داشته است؛ به طوری که امروزه، همه‌ی دانشجویان لازم است اصول اخلاقی و قانونی و کاربرد آن‌ها در طبابت را بیاموزند و انتظار می‌رود حرفه‌مندان نیز، به درکی مناسب از وظایف اخلاقی رسیده باشند. در سراسر جهان، مجموعه‌هایی گسترده از دستورالعمل‌های اخلاقی در ارائه‌ی خدمات سلامت، تهیه و منتشر شده است؛ اما به نظر می‌رسد با همه‌ی این تدابیر، میزان شکایت و دادخواهی از پزشکان کاهش نیافته است. باید توجه داشت که توجه به حقوق پزشک، راهی برای تقویت رعایت حقوق بیمار است و اگر حقوق پزشک، در معنای حقوق اخلاقی و قانونی، برای تعالی و ارتقای توانمندی و آسایش شغلی او لحاظ نشود، آسیب مستقیم آن متوجه دریافت‌کنندگان خدمات پزشکی خواهد شد؛ از این رو، رویکرد حذف‌گرایانه به حقوق پزشک، بیش از آنکه موجب تقویت حقوق بیمار و تعهد حرفه‌ای شود، مخدوش‌کننده‌ی آن به نظر می‌رسد؛ لذا باید در متون اخلاقی، در کنار لحاظ کردن اولویت حقوق بیمار و منافع او در زمان تشخیص و درمان کامل، حقوق پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات نیز، مد نظر قرار گیرد.

باشد. به‌علاوه، مطالعات نشان داده که این مسأله در پزشکان زن، بیشتر است. علت را برخی، وابسته به مسئولیت‌های مضاعف زنان در رسیدگی به امور خانواده و نبود تعادل در کار و زندگی می‌دانند (۳۵).

باید توجه داشت که فرسودگی شغلی، با کاهش توانایی در توجه‌کردن به بیماران (۳۶) و افزایش خطای پزشکی همراه است (۳۷)؛ بنابراین، باز هم می‌توان نتیجه گرفت که غفلت از حقوق پزشک، موجب خدشه به رعایت حقوق بیماران می‌شود.

- رعایت‌نشدن حقوق بیمار: همان‌طور که پیش‌تر گفتیم، همه‌ی این پیامدها، به‌نحوی، موجب رعایت‌نشدن حقوق بیمار می‌شوند. به‌علاوه، اگر ارائه‌ی خدمات سلامت را در قالب یک سازمان ببینیم، نمی‌توان انتظار داشت که وقتی حقوق پزشکان درون سیستم در نظر گرفته نمی‌شود، حقوق بیماران که خارج از سازمان‌اند، رعایت و ارتباط درمانی مطلوبی با آن‌ها برقرار شود. اخلاق درونی سازمان، بر اخلاق بیرون آن مقدم است؛ به‌گونه‌ای که اخلاقی‌بودن رفتار در ارتباط درون‌سازمانی، زیرساختی برای رعایت اخلاق در تعامل با دیگران است. (۱۹). وقتی به حقوق حرفه‌مندان احترام گذاشته نشود، حریم خصوصی آن‌ها حفظ نشود، صداقت رعایت نشود و حفظ سلامت‌شان مد نظر نباشد، انتظار رعایت این مسائل از آن‌ها به‌جا نیست (۱۹). به تعبیر ناصرخسرو:

از هرچه سبو پر کنی، از سر و ز پهلوش

ز آن چیز برون آید و بیرون دهد آغاز

منابع

- 1- Talabi M, Talabi A. Types of rights in the philosophy of right. *The Journal of Philosophical - Theological Research*. 2014; 16(61): 7-32. [in Persian]
- 2- Rasekh M, KHodaparast A. Is there a right to reproduction?. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2014; 7(2): 37-45. [in Persian]
- 3- Nabavyan SM. [Hagh va Taklif va Talazome Anha]. *Ma'rifat-i Falsafi*. 1386; 18(2): 217- 53. [in Persian]
- 4- Smith M. Patients and doctors: Rights and responsibilities in the NHS. *Clin Med*. 2005; 5(5): 501-2.
- 5- Draper H, Sorell T. Patients' responsibilities in medical ethics. *Bioethics*. 2002; 16(4): 335-52.
- 6- Sheather J. Health professionals and human rights campaigners: Different cultures, shared goals. *Postgrad Med J*. 2009; 85(1001): 148-51.
- 7- Doyal L, Sokol D. Good medicine, human rights and the rights of doctors. *Postgrad Med J*. 2009; 85(1001): 113-4.
- 8- Evans HM. Do patients have duties?. *J Med Ethics*. 2007; 33(12): 689-94.
- 9- Wear D, Aultman JM. *Professionalism in Medicine: Critical Perspectives*. Boston: Springer; 2006.
- 10- Abbasi IN. Protest of doctors: A basic human right or an ethical dilemma. *BMC Med Ethics*. 2014; 15: 24.
- 11- Fernandez Nievas IF, Thaver D. Work-Life balance: A different scale for doctors. *Front Pediatr*. 2015; 24(3):115.
- 12- Asemani O. A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2012; 5(4) :36-50. [in Persian]
- 13- Nimmon L, Stenfors-Hayes T. The "Handling" of power in the physician-patient encounter: Perceptions from experienced physicians. *BMC Med Educ*. 2016; 16: 114-8.
- 14- Goodyear-Smith F, Buetow S. Power issues in the doctor-patient relationship. *Health Care Anal*. 2001; 9(4): 449-62.
- 15- Namazi H. *A Comparative Study of the Philosophical Foundations of the Four Principles of Medical Ethics [dissertation]*. Tehran (Iran). Tehran University of medical sciences; 1395. [in Persian]
- 16- Beauchamp B, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- 17- Atrak H. [Tahlile Mafhoome "Vazifeh dar Negahe Nakhost" dar akhlaghe David Ross]. *Ma'rifat-i Ākhlaqī*. 2012; 3(2): 5-26. [in Persian]
- 18- Faramarz Gharamaleki A. [Daramadi bar Akhlaghe Herfeyi]. Tehran: Saramad; 1392. [in Persian]
- 19- Anonymous. [Aein name resdegi be takhalofate senfi va herfeei shaghelan herfe haye pezeshki va vabaste]. <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/119395> (accessed on: 2019). [in Persian]
- 20- Namazi H, Aramesh K, Larijani B. The doctor-patient relationship: toward a conceptual re-examination. *J Med Ethics Hist Med*. 2016; 9: 10.
- 21- Anonymous. DOCTORS' RIGHTS. [http://eanamed.eu/images/EA-documents/2017_Basel/RIGHTS_OF_DOCTORS .pdf](http://eanamed.eu/images/EA-documents/2017_Basel/RIGHTS_OF_DOCTORS.pdf) (accessed on: 2019)
- 22- Anonymous. The rights and duties of health care workers. <http://rhap.org.za/wp-content/uploads/2014/05/Health-and-Democracy-the-rights-and-duties-of-health-care-workers.pdf> (accessed on: 2019)
- 23- Clark A.E. Job Satisfaction and Gender: Why are Women so Happy at Work? *Labour Economics*. 1997; 4(4): 341-372.
- 24- Greenhaus J, Powell G. When work and family collide: Deciding between competing role demands. *Organisational Behaviour and the Human Decision Processes*. 2003; 90(2): 291-303.
- 25- Fernandez Nievas IF, Thaver D. Work-Life balance: A different scale for doctors. *Front Pediatr*. 2015; 3: 115-9.
- 26- Safari Nia M, salehmirhasani, V. The study of relationship between Workload, Job control and Work-Life balance. *Social Cognition*, 2013; 2(1): 76-88.
- 27- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012; 172(18): 1377-85.
- 28- Naghibzadeh A, Ostovar M. Bourdieu and

- symbolic power. *Political Quarterly*. 2012; 42(2): 279-94. [in Persian]
- 29- Anonymous. Exploring symbolic violence in the everyday: Misrecognition, condescension, consent and complicity research-repository. http://standrews.ac.uk/bitstream/handle/10023/10214/Sanghera_2016_FR_SymbolicViolence_AM.pdf (accessed on: 2019)
- 30- Szawarski Z. A right to gratitude. *Acta Bioethica*. 2005; 11(1). <http://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/16740/17436>. (accessed on: 2019)
- 31- Brozena C. How gratitude can reduce burnout in health care. https://greatergood.berkeley.edu/article/item/how_gratitude_can_reduce_burnout_in_health_care (accessed on: 2019).
- 32- Reddy IR1, Ukrani J, Indla V, Ukrani V. Violence against doctors: A viral epidemic?. *Indian J Psychiatry*. 2019; 61(Suppl 4): S782-5.
- 33- Anonymous. [Barresi Khoshunt e Bimaran Alayhe Pezeshkan]. <https://www.drlink.ir/blog/investigating-the-violence-of-patients-against-doctors> (accessed on: 2019). [in Persian]
- 34- Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A. Prevalence of burnout in the residents of Kashan and Isfahan Universities of Medical Sciences in 2012. *RME*. 2015; 7(1): 27-34. [in Persian]
- 35- Maghsudi M, Mohamadi S. A study on the relationship between job burnout and couple burnout of female gynecologists (Case study: Tehran). *Women in Development & Politics*. 2010; 8(3): 57-71. [in Persian]
- 36- Sahebi L, Ayatollahi M. Mental health status of hospitals staffs in Shiraz. *Horizon Med Sci*. 2007; 12(4): 26-33. [in Persian]
- 37- Albuquerque J, Deshauer D. Physician health: beyond work-life balance. *CMAJ*. 2014; 186(13): E502-3.

Need for Considering Rights of Physicians in Medical Ethics Discourse

Hamid Reza Namazi¹, Nafiseh Momeni^{*2}

¹Assistant Professor, Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

²PhD Student of Medical Ethics, Department of Medical Ethics, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Over the past years in the literature of medical ethics about the doctor-patient relationship, patient's rights have been greatly considered, but the other side of this relationship is not concerned, and the physician's obligations have been highlighted. The two meanings are understood from the concept of 'physicians' rights; their rights in conflict with the patient rights' and the right to self improvement. We want to review the causes of this neglect and its complications. The reasons for not paying attention to the physician's rights include: traditional beliefs about the power imbalance in doctor-patient relationship, lack of emphasis in the four principles of medical ethics, lack of supportive structures, customer-orientation in medicine, and hyper medical professionalism. Continuing this neglect creates complications that include: physicians' work-life imbalance, symbolic violence in their society, burnout of physicians, forgetting the principle of gratitude and ultimately, the lack of respect for patients' rights. Consequently, the discourse of medical ethics fails to achieve its primary goals.

Keywords: Medical ethics, Patient rights, Physician rights

* Corresponding Author: nafisehmomeni@yahoo.com