



ကိနွရိကိနွရာ ၂၀၁၉(၂)

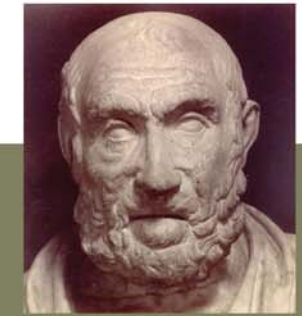
အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်လက်စွဲ

အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်လက်စွဲ

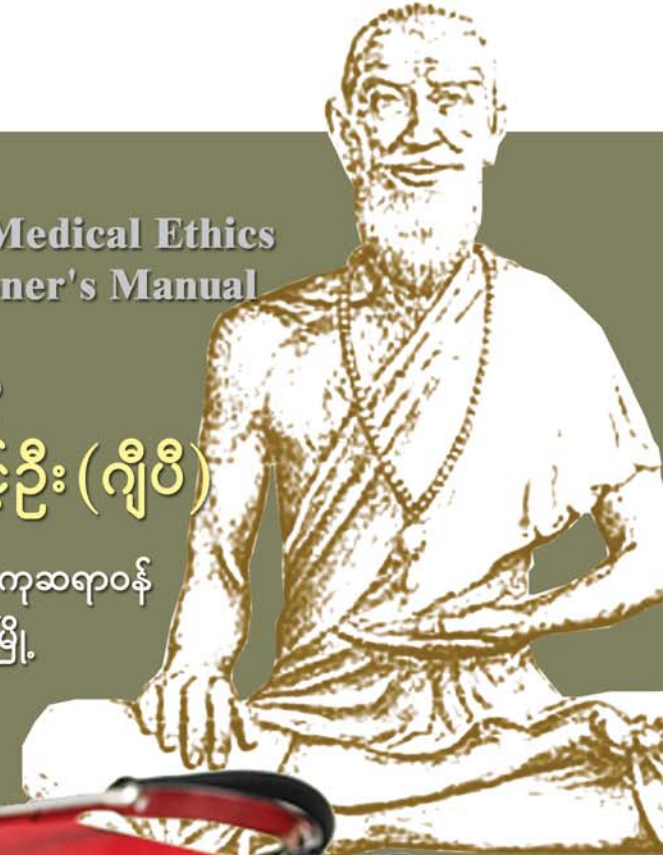
အခြေခံသမားကျင့်ဝတ်

နှင့်

ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာဆောင်းပါးများ



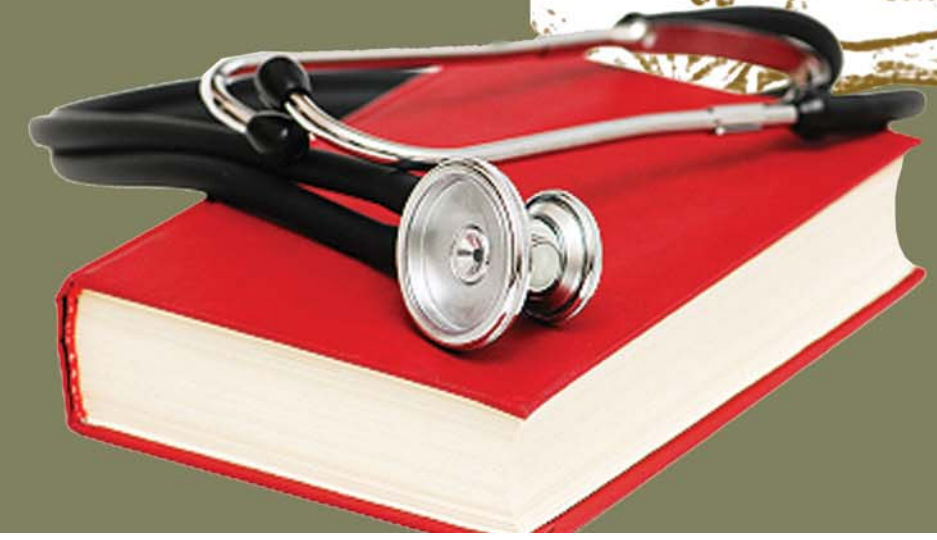
Fundamentals of Medical Ethics
General Practitioner's Manual



ပြုစုသူ
ဒေါက်တာမြင့်ဦး (ဂျီပီ)
အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်
ရန်ကုန်မြို့။

အခြေခံသမားကျင့်ဝတ်

ဒေါက်တာမြင့်ဦး (ဂျီပီ)



ဒေါက်တာမြင့်ဦး(ဂျီပီ)ဟာ အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်တစ်ဦး ဖြစ်နေတာကြောင့် သူ့စာအုပ်ကို အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန် လက်စွဲလို့ အမည်တပ်ပေးထားတာပါ။ တကယ်တော့ ဆေးပညာ ကျင့်ဝတ်ဆိုတာဟာ လူနာစောင့်ရှောက်မှုနဲ့ပါဝင်ပတ်သက်နေတဲ့ အထူးကုဆရာဝန်တွေ၊ သူနာပြုတွေ၊ ဓါတ်ခွဲခန်းဝန်ထမ်းတွေ၊ လူနာရဲ့မိသားစုဝင်တွေ၊ ဌာနဆိုင်ရာအဖွဲ့အစည်းတွေ၊ လူမှုရေး အသင်းအဖွဲ့တွေ၊ တိုင်းရင်းဆေးဆရာတွေ၊ ဆေးပညာပေးဆောင်းပါး ရေးနေတဲ့သူတွေနဲ့၊ လူနာတွေကိုယ်တိုင်ပါ လက်စွဲလက်ကိုင်ပြု ဖတ်ရှုကြည့်ဖို့လိုအပ်တဲ့စာအုပ်တစ်အုပ်လို့ ကျွန်တော်ပြောလိုက် ချင်ပါတယ်။



အဘ ဒေါက်တာလှမြင့်
MBBS, DTM& H, FRCP
ယခင် ဆေးပညာပါမောက္ခနှင့် သမားတော်ကြီး
အငြိမ်းစား ပါမောက္ခချုပ်၊ ဆေးတက္ကသိုလ် (၁)
ရန်ကုန်မြို့။

အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်လက်စွဲ

အခြေခံသမားကျင့်ဝတ်



နှင့်

ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာဆောင်းပါးများ

Fundamentals of Medical Ethics

General Practitioner's Manual

မြ၊စုသူ

ဒေါက်တာမြင့်ဦး (ဂျီပီ)

tax&en*pub&nDeTeEubfW

ကိစ္စရိုက်ကိစ္စရာစာစဉ်(၂)

စာမူခွင့်ပြုချက်အမှတ်

၄၀၀၉၆၄၀၈၀၉

မျက်နှာပုံးခွင့်ပြုချက်အမှတ်

၄၀၀၉၃၈၀၈၀၉

အကြိမ်နှင့်ထုတ်ဝေသည့်ကာလ

ပထမအကြိမ်၊ ၂၀၀၉ခုနှစ်၊ စက်တင်ဘာလ

စီစဉ်သူ

မြို့တော်ထွန်းရည်

စောင်ရေ

၁၀၀၀

တန်ဖိုး

၃၅၀၀ကျပ်

ထုတ်ဝေသူ

ဦးစိုးရီ (၀၄၄၄၄)

အမေ့သားထိုက်စာပေ

အမှတ်-၃၃၇၊ လှော်ကားလမ်းမကြီး

(၅၄)ရပ်ကွက်၊ ဒဂုံမြို့သစ်မြောက်ပိုင်း၊ ရန်ကုန်မြို့။

မျက်နှာပုံးနှင့်အတွင်းပုံနှိပ်သူ

ဒေါက်တာခိုင်စိုးဝင်း (မှတ်ပုံတင်အမှတ်-၀၇၄၈၃)

စရုဏပုံနှိပ်တိုက်

အမှတ်-၂၄၉၊ သိမ်ဖြူလမ်း၊ မင်္ဂလာတောင်ညွန့်မြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

“ထုတ်ဝေသည့်စာအုပ် ကတ်တလောက်အညွှန်း” (CIP)

၈၀၈. ၈၄

မြင့်ဦး၊ ဒေါက်တာ (ဂျီပီ)

အခြေခံသမားကျင့်ဝတ်နှင့် ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ဆောင်းပါးများ/

ဒေါက်တာမြင့်ဦး (ဂျီပီ)။ - ရန်ကုန်၊

အမေ့သားထိုက်စာပေ၊ ၂၀၀၉။

၂၀၀-စာ၊ ၁၈. ၂၉ စင်တီမီတာ x ၂၄. ၃၈ စင်တီမီတာ

(၁) အခြေခံသမားကျင့်ဝတ်နှင့် ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ဆောင်းပါးများ

အကျွန်ုပ်အား ဆရာဝန်ကောင်းတစ်ယောက်အဖြစ်သို့ ရောက်ရှိရန်
သွန်သင်ဆုံးမသင်ကြားပြသခဲ့ပါသော
ကျွန်ုပ်၏ဆရာသမားများအား ဤစာအုပ်ဖြင့် ဦးညွတ်ကန်တော့အပ်ပါ၏။

ကျေးဇူးစကား

ဤစာအုပ်ဖြစ်မြောက်ရေးအတွက် အထောက်အပံ့ပေးကြသော ပြည်တွင်းရှိဆရာဝန်များနှင့်
ကမ္ဘာတစ်လွှားရောက်ရှိနေကြသော
ပြည်ထောင်စုမြန်မာနိုင်ငံ အမိဆေးတက္ကသိုလ်ကျောင်းတော်ဆင်း ဆရာဝန်များအား
လှိုက်လှဲစွာ ကျေးဇူးအထူးတင်ရှိပါသည်။

Acknowledgement

We express our heartfelt thanks to

"Alumni Myanmar Institutes of Medicines Association – AMIMA, which is a global nonprofit humanitarian organization made up of former graduates of Myanmar Institutes of Medicines from all over the world. It is registered as an entity in the state of Pennsylvania, USA. Further information can be obtained at www.burmesedoctors.org."

Without AMIMA's support, this book would not be happened.



ကာတွန်းသရုပ်ဖော်ပုံများ ရေးဆွဲပေးသော ဆရာအော်ပီကျယ် (ဦးဝင်းနိုင် B.E., M.P.A. Harvard)
နှင့် စာအုပ်ထွက်ပေါ်လာရေးအတွက် ကူညီပံ့ပိုးသော စာရေးဆရာ မြို့တော်ထွန်းရည်
အားလည်း အထူးကျေးဇူးတင်ရှိပါသည်။

ormusi h w f u p d i t k a i ; o m & j c i f

မြန်မာနိုင်ငံတွင် စဉ်ဆက်မပြတ်ဆေးပညာသင်ကြားရေး(Continuing Medical Education: CME)အစီအစဉ်နှင့် စဉ်ဆက်မပြတ်သမားစွမ်းရည်မြှင့်တင်ရေး(Continuing Professional Development:CPD) အစီအစဉ်များ ရှိနေပြီဖြစ်သော်လည်း အဆိုပါအစီအစဉ်များတွင် ဆေးပညာကျင့်ဝတ်သင်ကြားရေးများ မပါရှိသေးသည်ကို တွေ့မြင်နေရပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံဆေးပညာရှင်အသင်းကြီးနှင့် မြန်မာနိုင်ငံဆရာဝန်အသင်းတို့မှ သမားကျင့်ဝတ်နှင့်ပတ်သက်ပြီး ဦးဆောင်ဦးရွက်ပြုနေသည့် အချိန်ကာလတွင် အခြေခံဆေးပညာကျင့်ဝတ်စာအုပ်တစ်အုပ် ထွက်ပေါ်လာသင့်သည်ဟု ယူဆမိပါသဖြင့် ဤစာအုပ်ကိုရေးခြင်းဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ဆေးပညာကျင့်ဝတ်နှင့်ပတ်သက်သည့် စာပေများကို စိတ်ဝင်တစားဖတ်ရှုလေ့လာပြီး အပတ်စဉ်ထုတ်ဂျာနယ်များတွင် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာဆောင်းပါးများကို စတင်ရေးသားလာခဲ့ပါသည်။ ၂၀၀၇ ခုနှစ်တွင် ပဲခူးမြို့၌ကျင်းပသော အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်ညီလာခံ၌ လူနာအခွင့်အရေးဆရာဝန်အခွင့်အရေးခေါင်းစဉ်ဖြင့် ဆွေးနွေးပွဲတစ်ခုကို ဦးဆောင်ပြုလုပ်ခဲ့ပါသည်။ ထိုညီလာခံအပြီးတွင် အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်များအဖွဲ့(ရန်ကုန်)၌ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်နှင့် ဥပဒေရေးရာကော်မတီ (Ethics and Medicolegal Committee)သစ် တစ်ရပ်ကို တိုးချဲ့ဖွဲ့စည်းခဲ့ပြီး ထိုကော်မတီ၏တာဝန်ခံတစ်ဦးအဖြစ် တာဝန်ပေးခြင်း ခံလိုက်ရပါသည်။ ထိုအခါမှ ကျင့်ဝတ်ရေးရာများကို ပိုမိုပြုလုပ်လာနိုင်ခဲ့ပါသည်။ အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်များအဖွဲ့(ရန်ကုန်)မှ စီစဉ်သော စဉ်ဆက်မပြတ် ဆေးပညာသင်ကြားရေးအစီအစဉ်၏ Public Health module တွင် လူနာညွှန်ပို့ရာ၌ လိုက်နာရမည့်သမားကျင့်ဝတ်များ (Ethical Consideration in Patient Referral)ခေါင်းစဉ်ဖြင့်လည်းကောင်း၊ ဆရာဝန်နှင့်ဆေးကုမ္ပဏီများ ဆက်ဆံရေး(Relationship between Physicians and Industries)ခေါင်းစဉ်ဖြင့်လည်းကောင်း ဟောပြောပို့ချမှုများကို ပြုလုပ်လာနိုင်ခဲ့သည်။ ၂၀၀၈ ခုနှစ် နိုဝင်ဘာလတွင် ပုသိမ်မြို့၌ကျင်းပသော အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်ညီလာခံ၌ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်အလုပ်ရုံဆွေးနွေးပွဲတစ်ရပ်ကို အောင်မြင်စွာ စည်းရုံးကျင်းပနိုင်ခဲ့ပါသည်။ ထိုအလုပ်ရုံဆွေးနွေးပွဲ၏နောက်ဆက်တွဲအဖြစ် အထွေထွေရောဂါကု ဆရာဝန်များအတွက် ရည်ရွယ်ပြီး သမားကျင့်ဝတ်လက်စွဲစာအုပ်ကို စတင်ရေးသားဖြစ်ခဲ့ပါသည်။ ၂၀၀၉ခုနှစ်ဦးပိုင်းတွင် ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီးနှင့် နော်ဝေးနိုင်ငံ ဆရာဝန်အသင်းတို့ ပူးပေါင်းပို့ချသည့် အခြေခံသမားကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ဘွဲ့လွန်သင်တန်းကို အောင်မြင်ခဲ့

ပါသည်။ ဤသင်တန်း၏ ပြဋ္ဌာန်းစာအုပ်ဖြစ်သော **ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီး၏ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်လက်စွဲ (Fundamentals of Medical Ethics)** စာအုပ်ကို အခြေခံကျောရိုးပြုလျက် အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်များအတွက် အခြေခံသမားကျင့်ဝတ် လက်စွဲစာအုပ်ကို ရေးသားထုတ်ဝေလိုက်ခြင်းဖြစ်ပါသည်။ ဆင်ခြင်တွေးတောရမည့် နမူနာပြဿနာများတွင် အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်များ ကြုံတွေ့နေရသော အဖြစ်အပျက်များကို ထပ်လောင်းဖြည့်စွက်ပေးထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ထုတ်ဝေထားပြီးဖြစ်သော ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ဆောင်းပါးများအနက်မှ အချို့ကို ဤစာအုပ်၏ နောက်ဆက်တွဲတွင် ပူးတွဲတင်ပြထားပါသည်။ စာရှုသူများအနေဖြင့် ဆေးပညာကျင့်ဝတ်အခြေခံများကို သိရှိသတိမမိကြလျက်၊ နေ့စဉ်ကြုံတွေ့နေကြရသော လူနာ၊ ဆရာဝန်နှင့် လူမှုအသိုင်းအဝန်းနယ်ပယ်အသီးသီး၌ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်နှင့်လျော်ညီစွာ ကျင့်ကြံအားထုတ်နိုင်ကြလိမ့်မည်ဟု မျှော်လင့်မိပါသည်။



Course Certificate

Postgraduate and Continuing Medical Education,

Myint Oo

Fundamentals of Medical Ethics

The course discusses the role of ethics in medicine, how ethical issues can be recognised when they arise in medical practice and how to deal with these issues in a systematic manner.

The Course is accredited by the Norwegian Medical Association with 8 hours in postgraduate and continuing training for all specialties.

Oslo, 17 April 2009

Course coordinator
The Norwegian Medical Association



The Norwegian
Medical Association

DEN NORSKE LEGEFORENING

ကိုယ်ရေးအကျဉ်း



၁၉၅၄ ခုနှစ် ဇူလိုင်လတွင် အဘ ဦးထွန်းခင်၊ အမိ ဒေါ်သန်းညွန့်တို့မှ မွေးဖွားသည်။ ရန်ကုန်မြို့ မြို့မအထက်တန်းကျောင်းတွင် စတင်ပညာသင်ယူခဲ့သည်။ ရန်ကုန်ပဲခူးကရင်တန်းမြင့်ကျောင်းတွင် ၁၀တန်းအထိ ပညာသင်ယူခဲ့သည်။ ၁၉၇၁ ခုနှစ်တွင် အခြေခံပညာအထက်တန်းစာမေးပွဲကို အောင်မြင်သည်။ ၁၉၇၉ခုနှစ် မတ်လတွင် ရန်ကုန်ဆေးတက္ကသိုလ် (၁) မှ ဆေးပညာဘွဲ့ရရှိခဲ့သည်။ ၁၉၈၀ခုနှစ်မှ ယနေ့ထိတိုင်အောင် ကိုယ်ပိုင်ဆေးကုခန်း တောက်လျှောက် ဖွင့်လှက် အသက်မွေးမှုပြုနေသည်။ ၂၀၀၃ ခုနှစ်တွင် အမေရိကန်နိုင်ငံမှ ချီးမြှင့်သော Hubert Humphrey Fellowship ပညာသင်ဆုကိုရရှိခဲ့သည်။

- အပတ်စဉ်ထုတ်ဂျာနယ်များ၊ လစဉ်ထုတ်မဂ္ဂဇင်းများတွင် ဆေးပညာပေးဆောင်းပါး ၃၀၀ ကျော် ရေးသားပြီးစီးပြီးဖြစ်သည်။
- မြန်မာ-အမေရိကန် နှစ်နိုင်ငံ ပညာရေး၊ ယဉ်ကျေးမှု၊ လူမှုရေး၊ ကျန်းမာရေး အပြန်အလှန်ဖလှယ်ရေး (Myanmar-United States Friendship Exchange: MUSFEX) အစီအစဉ်များကို စေတနာ့ဝန်ထမ်းဆောင်ရွက်နေသည်။
- မြောက်ကယ်ရိုလိုင်းနားပြည်နယ်ရှိ Medicine & Beyond အဖွဲ့ကြီး၏ မြန်မာနိုင်ငံဆိုင်ရာ ညှိနှိုင်းရေးမှူးတာဝန်ကို လက်ရှိထမ်းဆောင်နေဆဲဖြစ်သည်။
- ၂၀၀၅ ခုနှစ်တွင် Institute of International Education, Washington D.C မှချီးမြှင့်သော Alumni Impact Award ဆု ရရှိခဲ့သည်။
- ၂၀၀၉ ခုနှစ်တွင် World Medical Association နှင့် Norwegian Medical Association တို့ ပူးပေါင်းကျင်းပသော Fundamentals of Medical Ethics သင်တန်း ဒီပလိုမာအောင်လက်မှတ် ရရှိခဲ့သည်။

မာတိကာ

ပါမောက္ခ (အဘ) ဦးလှမြင့်၏ ဥယျောဇဉ်	၁
နိဒါန်း	၁၉
ဟစ်ပိုကရေးတီးစ်၏ ကတိသစ္စာပြုလွှာ	၂၁
မြန်မာဆေးတက္ကသိုလ်ဘွဲ့ရဆရာဝန်များ၏ ကတိသစ္စာပြုလွှာ	၂၄
မြန်မာနိုင်ငံ၌လက်ရှိဖြစ်ပျက်နေသော ဆေးပညာကျင့်ဝတ်အခြေအနေ	၂၅
သမားကျင့်ဝတ်ဆိုသည်မှာ	၂၉
သမားကျင့်ဝတ်ကို ဘာကြောင့်လေ့လာထားသင့်ပါသလဲ	၃၃
သမားကျင့်ဝတ်နှင့်တရားဥပဒေ	၃၅

အခန်း ၁

သမားကျင့်ဝတ်၏ ထူးခြားချက်များ	၃၈
ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီး၏ ဂျီနီဗာကြေငြာစာတမ်း	၄၁
သမားကျင့်ဝတ်ဟာ ပြောင်းလဲမှုရှိတတ်ပါသလား	၄၄
ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီး၏ အခန်းကဏ္ဍ	၄၆
ကျင့်ဝတ်မှန်ကန်ဖို့ ချဉ်းကပ်နည်းများ	၅၀
ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ အခြေခံသဘောတရားကြီး (၄) ရပ်	၅၂

အခန်း ၂

လူနာနဲ့ဆရာဝန်	၅၅
လူနာ-ဆရာဝန်ချိတ်ဆက်ခြင်းနှင့် သဘောတူညီမှုရယူခြင်း	၆၂
အကျိုးမရှိ အလဟဿကုသချက်များ	၆၇
ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းမရှိသောလူနာအတွက် ဆုံးဖြတ်ပေးခြင်း	၆၈
လျှို့ဝှက်ချက်ကို ထိန်းသိမ်းပေးခြင်း	၇၂
ဘဝအစတည်မှု ပြဿနာများ	၇၈
ဘဝနိဂုံးပြဿနာများ	၈၀

အခန်း ၃

ဆရာဝန်နှင့်လူမှုအဖွဲ့အစည်းဆက်ဆံရေး	၈၅
နှစ်ခွသစ္စာထားရှိခြင်း	၈၇
အရင်းအမြစ်ဝေခြမ်းသုံးစွဲခြင်း	၉၀
လူထုကျန်းမာရေးလုပ်ငန်း	၉၅
ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာကျန်းမာရေး	၉၈

အခန်း ၄

ဆရာဝန်အပေါင်းအဖော်	၁၀၁
ဆေးကျောင်းသားနှင့် သင်ကြားရေးဆရာဝန် ဆက်ဆံရေး	၁၀၄
ကျင့်ဝတ်နှင့် မလျော်ညီသော အပြုအမူများကို တိုင်ကြားခြင်း	၁၀၇
အခြားကျန်းမာရေးလောကသားများနှင့် ဆက်ဆံရေး	၁၀၈
ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း	၁၀၉
ပဋိပက္ခဖြေရှင်းခြင်း	၁၁၂

အခန်း ၅

သမားကျင့်ဝတ်နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာသုတေသန	၁၁၅
သုတေသနပြုမှုအတွက် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာလိုအပ်ချက်	၁၂၁
သုတေသနသုံးသပ်ရေးကော်မီတီအတည်ပြုချက်	၁၂၃
သုတေသနအန္တရာယ်နှင့် ကောင်းကျိုး	၁၂၆
သုတေသနပြုသူကဏ္ဍနှင့် ဆရာဝန်ကဏ္ဍ ပဋိပက္ခဖြစ်မှု	၁၂၉
ခရာမှုတ်အသိပေးခြင်း	၁၃၀
မဖြေရှင်းနိုင်သေးသော ပြဿနာများ	၁၃၁

အခန်း ၆

ဆရာဝန်များ၏ တာဝန်နှင့် ရပိုင်ခွင့်များ	၁၃၃
မိမိအပေါ် ထားရှိရမယ့် တာဝန်	၁၃၆
ဆေးပညာကျင့်ဝတ်၏ အနာဂတ်အလားအလာ	၁၃၈

နောက်ဆက်တွဲ (က)၊ စဉ်းစားတွေးတောရန် ကျင့်ဝတ်ပြဿနာများ	၁၄၀
နောက်ဆက်တွဲ (ခ)၊ မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီမှ ထုတ်ပြန်ထားသော အထွေထွေဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များ	၁၄၅
ဆေးကုခွင့်လိုင်စင် ပယ်ဖျက်နိုင်သော အခြေအနေ	၁၅၂
နောက်ဆက်တွဲ (ဂ)၊ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာဝေါဟာရများ	၁၅၃
နောက်ဆက်တွဲ (ဃ)၊ Medical Ethics Resources on Internet	၁၅၆
နောက်ဆက်တွဲ(င)၊ ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီးမှ သမားကျင့်ဝတ် သင်ရိုးပြဋ္ဌာန်းချက်အချို့	၁၅၈
နောက်ဆက်တွဲ(စ)၊ ဒေါက်တာမြင့်ဦး(ဂျီပီ) ရေးသားထုတ်ဝေပြီးခဲ့သော ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာဆောင်းပါးများ	၁၆၀
- ဆရာဇီဝက၏ သမားကျင့်ဝတ်နှင့် စံနမူနာကုထုံးများ	၁၆၁
- လူနာ့အခွင့်အရေး (Patient's Rights)	၁၆၅
- ဆရာဝန့်အခွင့်အရေး (Doctor's Rights)	၁၆၆
- လူနာညွှန်းပို့ခြင်း (Referral Ethics)	၁၇၀
- လူနာမှတ်တမ်းဆိုရာဝယ် (Medical Record)	၁၇၄
- ဆရာဝန့်လက်ရေး (Doctor's Handwriting)	၁၇၈
- သမားခေါ်ဆောင်လာသောရောဂါ (Iatrogenesis)	၁၈၁
- ဆေးလောကမှ အာရဂေများ (Kickback)	၁၈၅



ပါမောက္ခသမားတော်ကြီး (အဘ)ဦးလှမြင့်၏ ဥယျောဇဉ်
နှင့်
ဆေးလောကသားများသို့ ပန်ကြားချက်



ဒေါက်တာမြင့်ဦး(ဂျီပီ)ရေးသားပြုစုသည့် အထွေထွေရောဂါကု ဆရာဝန်လက်စွဲ အခြေခံသမားကျင့်ဝတ် Fundamentals of Medical Ethics – General Practitioner’s Manual နှင့် ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ဆောင်းပါးများ စာအုပ်သည် မြန်မာ့ဆေးပညာလောကအတွက် ပထမဦးဆုံး သော ကျင့်ဝတ်စွဲစာအုပ်အဖြစ် ထွက်ပေါ်လာခဲ့တာကို လှိုက်လှဲစွာ ကြိုဆိုအပ်ပါတယ်။ ရေးသားပြုစုတင်ပြသည့် ဒေါက်တာမြင့်ဦး(ဂျီပီ) ကိုလည်း ချီးကျူးဂုဏ်ပြုအပ်ပါတယ်။

ယခုအခါ ဆရာဝန်ဦးရေတွေများပြားလာသည့်အလျောက် လူနာ များအား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးကြရာတွင် အချို့သောဆရာဝန်များ ဖက်မှ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာ လျော့ရဲအားနည်းလာလျက်ရှိနေခြင်းကို လူထုက အားရကျေနပ်မှုမရှိကြသဖြင့် ပြည်သူလူထုအတွင်း တီးတိုးပြောဆိုလာနေ ကြခြင်း၊ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနနှင့် မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီသို့ လိုအပ် သလို အရေးယူပေးပါရန် တိုင်ကြားမှုပြုလာကြခြင်း၊ မဂ္ဂဇင်းဂျာနယ်များတွင် လည်း ဆေးလောကအတွင်း မနှစ်မြို့ဖွယ်ရာ စိတ်ပျက်ဖွယ်ရာကုသမှုများနှင့် ခံစားကြုံတွေ့နေရခြင်းများကို ရင်ဖွင့်ပြောဆိုရေးသားကာ ပြည်သူလူထုအား အသိပေးနေခြင်းများ ဖြစ်ပေါ်လာနေပါတယ်။ အချို့က တရားစွဲဆိုရန် ဆန္ဒ များပင် ပေါ်ပေါက်လျက်ရှိနေကြပါတယ်။ ဒါတွေဟာ အခုမှ ဘာကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာရသလဲ၊ အလျင်တုန်းက ဘာဖြစ်လို့ မရှိခဲ့ရသလဲဆိုတာတွေကို ကျွန်တော်တို့ ဆန်းစစ်ဖို့လိုပါတယ်။

စစ်ကြိုခေတ်ဆေးလောကကို လေ့လာပါက ၁၉၂၀ ခုနှစ်ဝန်းကျင် လောက်မှာ ဆေးကျောင်းသားဦးရေ နှစ်စဉ် ၇၀ မှ ၉၀ လောက်သာရှိခဲ့ပြီး၊ ၁၉၂၃ ခုနှစ်ကစလို့ ရန်ကုန်ဆေးကောလိပ် (Rangoon Medical College)ကို Faculty of Medicine under University of Rangoon အနေနဲ့ ဖွင့်လှစ်လိုက် တဲ့အခါမှာ နှစ်စဉ် ကျောင်းသားဦးရေ ၄၀သာလျှင် လက်ခံခဲ့ပါတယ်။ လွတ်လပ်ရေးရပြီးတဲ့အခါမှာ ဆေးပညာကို လေ့လာလိုက်စားချင်သော

ကျောင်းသားများ တိုးတက်များပြားလာတဲ့အတွက် ၁၉၄၈-၄၉ ခုနှစ် ကစပြီး ကျောင်းသား ၁၂၀ အထိ တိုးမြှင့်လက်ခံလာခဲ့ပါတယ်။ ၁၉၅၀ ခုနှစ်လောက်မှာပဲ Branch Medical College, Mandalay အနေနဲ့၊ နှစ်စဉ်ကျောင်းသား ၅၀ဖြင့် Second MBBS အတန်းမှ စတင်ဖွင့်လှစ်ခဲ့ပါတယ်။ ၁၉၆၂-၆၃ တော်လှန်ရေး အစိုးရလက်ထက်ရောက်တဲ့အခါမှာတော့ ကျောင်းသားဦးရေဟာ တစ်နှစ်လျှင် ၅၅၀ တိုးမြှင့်လို့ လာခဲ့ပါတယ်။ အဲ့ဒီအချိန်မှာ ဆေးကျောင်း သုံးကျောင်းရှိနေပြီး၊ ရန်ကုန်က ၃၅၀၊ မန္တလေးမှာ ၁၅၀ နဲ့ မင်္ဂလာဒုံက ၅၀ လက်ခံခဲ့ပါတယ်။ ယနေ့ကာလမှာ ဆေးကျောင်း ငါးကျောင်းအထိဖြစ်ပေါ်လာပြီး တစ်နှစ်လျှင် ဝင်ခွင့်ပြုတဲ့ ဆေးကျောင်းသားဦးရေက သုံးထောင်နီးပါးလောက်အထိ ဖြစ်လာနေပါတယ်။ ဆေးတက္ကသိုလ် (၁) ကတော့ ကျောင်းသားဦးရေ အများဆုံးပါပဲ။

စစ်ပြီးခါစ ဂျပန်ခေတ်မှာ ဆရာဝန်၊ သူနာပြုများ မလုံလောက်သဖြင့် လူနာများ အသက်ဆုံးရှုံးမှု များဖြစ်ခဲ့ရသည်ကို ပြုပြင်ပြောင်းလဲလိုသော ဆန္ဒရှိသူများက ဆေးပညာသင်ကြားရေးကို စိတ်ပါဝင်စားစွာနဲ့ သင်ယူခဲ့ကြပါတယ်။ ဝေဒနာရှင်များအား အသက်ကယ်ဆယ်လိုခြင်း၊ ရောဂါဝေဒနာခံစားမှုများ သက်သာစေ လိုခြင်း စတဲ့ ပြင်းပြသောဆန္ဒများကြောင့် စိတ်ဝင်စားမှု(Interest)၊ အထုံဝါသနာပါရမီ (aptitude)၊ အကြင်နာ ကရုဏာနဲ့ပြုစုလိုသည့် ဟန်အမူအယာ(attitude)စတဲ့ အချက်သုံးချက်ပေါ်မူတည်ပြီး ဆေးပညာကို လေ့လာ လိုက်စားခဲ့သူများ ပေါများလာခဲ့ပါတယ်။

၁၉၆၂ ခုနှစ်မတိုင်ခင်အထိ ဆေးပညာသင်ကြားလိုသောပုဂ္ဂိုလ်တိုင်းဟာ ၁၀ တန်း သို့မဟုတ် တက္ကသိုလ်ဝင်တန်းအောင်မြင်ပြီးလျှင် ရန်ကုန်တက္ကသိုလ်သို့ လျှောက်ထားကြရပါတယ်။ (Intermediate of Science) အတန်းမှာ Physics, Chemistry & Biology ဘာသာရပ်တွေကို ၂ နှစ်ကြာသင်ယူကြရပြီး ဘာသာရပ်တိုင်းမှာ အမှတ်ရာခိုင်နှုန်း ၅၀ ကျော်တဲ့ကျောင်းသားတိုင်းကို ဆေးကောလိပ်သို့ ဆက်လက်ပညာ သင်ကြားခွင့်ပေးထားပါတယ်။ ၁၀ တန်းမှာ အမှတ်များများ D များများရနေစရာမလိုပါ။ တက္ကသိုလ်ဝင်တန်း အောင်မြင်ပြီးသူတိုင်း ဆေးကျောင်းတက်ရောက်နိုင်ခွင့် ရှိကြပါတယ်။ ဆေးပညာလိုက်စားသူများဟာ မိမိတို့ရဲ့ Interest, Aptitude နှင့် Attitude ကို အခြေခံပြီး ယုံကြည်ခိုင်မာသော Dedication ဖြင့် ကိုယ်ပိုင်ဆန္ဒနဲ့ ခက်ခဲနက်နဲတဲ့ ဆေးပညာတွေကို သင်ကြားခဲ့ကြတာဖြစ်ပါတယ်။ ဝေဒနာရှင်များ ရောဂါပျောက်ကင်းစေရေး အသက်ရှည်စေလိုရေးတွေကို စွမ်းစွမ်းတမံဆောင်ရွက်ကြဖို့ စိတ်ပိုင်းဖြတ်ပြီး ဆေးကျောင်းတက်ခဲ့ကြသူ များ ဖြစ်ကြပါတယ်။

ဆေးကောလိပ်မှာ ငါးနှစ်သင်တန်းတက်ပြီး စာမေးပွဲအောင်မြင်ပြီးတာနဲ့ ဆေးကုသခွင့်လိုင်စင်ရရှိဖို့ ဆေးကောင်စီမှာ register လုပ်ရပါတယ်။ အောင်စာရင်းထွက်ပြီးတာနဲ့ ဆေးကောလိပ်များကနေ အောင်မြင်သူ စာရင်းကို မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီကို ပို့ပေးရပါတယ်။ အောင်ပြီးတဲ့ကျောင်းသားတိုင်းကို ဆေးကောင်စီက register လုပ်ပေးပါတယ်။ အဲ့ဒီတုံးက registration fee က ၂ ကျပ်ပဲပေးရပါတယ်။ ငွေ ၂ ကျပ်နဲ့ တစ် သက်လုံး ဆေးကုသခွင့်လိုင်စင်ရရှိသွားကြပါတယ်။ ဆရာဝန်ကျင့်ဝတ်သိက္ခာနဲ့ မညီညွတ်တာတွေရှိလာခဲ့ရင်

registration ကို ခေတ္တဆိုင်းငံ့ထားတာ၊ ရပ်ဆိုင်းထားတာမျိုးတွေရှိပေမယ့် နောက်ပြန်လျှောက်လိုက်ရင် ပြန်ရရှိနိုင်ပါတယ်။

စာမေးပွဲအောင်မြင်တယ်ဆိုတာဟာ အတတ်ပညာရှင်တစ်ဦးအဖြစ် လူနာတွေရဲ့အသက်ကို ကယ်တင်နိုင်အောင် ကျွမ်းကျင်တတ်မြောက်ထားတယ်ဆိုတဲ့အကြောင်း ဆေးကျောင်းကနေ အသိအမှတ်ပြုပေး လိုက်တာဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးကုသခွင့်လိုင်စင်ဆိုတာကတော့ မြန်မာနိုင်ငံအတွင်းမှာ ဘယ်နေရာမှာပဲဖြစ်ဖြစ် ဆေးကုသခွင့်ရှိတယ်ဆိုတဲ့ အခွင့်အရေးတစ်ရပ်ပေးလိုက်တာပါ။ Register လုပ်တဲ့အခါမှာ ဆေးကောင်စီက ထုတ်ပြန်ထားတဲ့ လေးမျက်နှာပါရှိတဲ့ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာလမ်းညွှန်ချက် စာရွက်လေးတွေကို ပေးဝေလေ့ရှိပါတယ်။ ယခုလည်းပေးနေတုန်းပါ။ ဆေးပညာဘွဲ့နှင့်သဘင် တက်ရောက်တဲ့အခါမှာ ပါမောက္ခချုပ်ကနေ အဓိဋ္ဌာန်ပြု သစ္စာ ၈ ချက်ကို တိုင်တည်ပေးပါတယ်။ အဲ့ဒီ ၈ ချက်ကလည်း အခု ဒေါက်တာမြင့်ဦး(ဂျီပီ) ပြုစုထားတဲ့ စာအုပ်ထဲမှာပါပါတယ်။ နောက်ပိုင်းမှာတော့ တစ်ချက်တိုးလာလို့ ၉ ချက်ဖြစ်သွားပါတယ်။

ဆေးပညာလည်းအောင်မြင်ပြီးပြီ။ ဆေးကုသခွင့်လိုင်စင်လည်းရပြီးပြီဆိုရင်၊ နိုင်ငံတော်အစိုးရ ကျန်းမာရေး ဝန်ကြီးဌာနမှာ အလုပ်လုပ်ချင်တဲ့ဆန္ဒရှိရင် လျှောက်ထားလို့ရပါတယ်။ ကိုယ်ပိုင်ဆေးကုခန်း ဖွင့်ပြီး ဂျီပီလို့ခေါ်တဲ့ General Practitioner လည်း လုပ်လို့ရပါတယ်။ တခြားကုမ္ပဏီတွေမှာလည်း ဝင်လုပ်လို့ ရပါတယ်။ အလုပ်လုပ်နိုင်တဲ့အခွင့်အရေးတွေ အများကြီး ရှိခဲ့ပါတယ်။ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှာ လက်ထောက်ဆရာဝန်တစ်ယောက်ရဲ့ Basic Pay Scale က ၃၅၀ ကျပ်ရှိပါတယ်။ ရှားပါးစရိတ်က ၇၅ကျပ် ဖြစ်တာမို့ တစ်လကိုစုစုပေါင်း ၄၂၅ ကျပ်ရပါတယ်။ ကုန်ဈေးနှုန်းကလည်း မကြီးမြင့်သေးတော့ ဆရာဝန် တစ်ယောက် မိသားစုလေးယောက် ကောင်းကောင်းမွန်မွန်ဝဝလင်လင် စားသောက်၊ ဝတ်စားဆင်ယင်နိုင်ပြီး မိဘတွေကိုလည်း ထောက်ပံ့နိုင်တဲ့အပြင်၊ အလှူအတန်းတွေလည်း လုပ်နိုင်ခဲ့ကြပါတယ်။ အလုပ်ကလည်းပေါ့၊ ဆရာဝန်ဦးရေကနည်း၊ လူနာဦးရေကလည်းနည်းပြီး မိမိဝင်ငွေနဲ့ အဆင်ပြေနေတဲ့အချိန်ဖြစ်ပါတယ်။ လွတ်လပ်ရေးရပြီးခါစမှာ တိုင်းပြည်အနေနဲ့ အထူးကုဆရာဝန်တွေ ထွက်ပေါ်လာစေရေးအတွက် State Scholar ပညာသင်ဆုတွေပေးပြီး အင်္ဂလန်နိုင်ငံကိုပို့ပေးနေတဲ့အချိန်လည်း ဖြစ်ပါတယ်။ တချို့လည်းသွား ကြတယ်။ တချို့လည်း ပြည်တွင်းမှာပဲ ဆက်လုပ်ကြတယ်။ ဂျီပီတွေလည်း အဆင်ပြေနေကြတဲ့အတွက် လောဘ၊ ဒေါသ၊ မောဟတွေ မရှိကြပါဘူး။ အထူးသဖြင့် ဆရာဝန်တစ်ယောက်နဲ့တစ်ယောက် အချင်းချင်းညီညွတ်မှုရှိ အောင် မြန်မာနိုင်ငံဆရာဝန်အသင်းက တစ်လကို နှစ်ခါလောက် picnic ထွက်ပေးတဲ့အစီအစဉ်တွေ လုပ်ပေး ပါတယ်။ တစ်ယောက်နဲ့တစ်ယောက် ချစ်ချစ်ခင်ခင်ရင်းရင်းနီးနီး ပေါင်းသင်းဆက်စပ်မှုတွေရှိလာပြီး တစ်ဦး တလေမှာ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာလျော့ရဲတာတွေများရှိခဲ့ရင် အားလုံးက ပိုင်းပြီးဆုံးမပြီးတော့၊ ဖြေရှင်းသွားနိုင်အောင် ပညာပေးပြုပြင်သွားကြတာတွေ ရှိခဲ့ပါတယ်။ ဆရာဝန်အသင်းနေနဲ့ ကျင့်ဝတ်ထိန်းသိမ်းရေးအပိုင်းတွေကို တော်တော်များများ လုပ်ဆောင်ပေးနိုင်ခဲ့ပါတယ်။ ဘွဲ့နှင့်သဘင်မှာရွတ်ဆိုခဲ့ရတဲ့ အဓိဋ္ဌာန် ၈ ချက်နဲ့ ဆေး

ကောင်စီရဲ့ ညွှန်ကြားလွှာတွေကို ပြန်လည်အောက်မေ့လေ့လာမှုတွေ ပြုလုပ်လေ့ရှိတဲ့အတွက် ကျင့်ဝတ်သိက္ခာနဲ့ ပတ်သက်ပြီး အကြီးအကျယ် နာမည်ပျက်လောက်တာတွေ မပေါ်ပေါက်ခဲ့ပါဘူး။ အားလုံးအဆင်ပြေခဲ့ပါတယ်။

အဲဒီအချိန်တုန်းက လူနာတွေဟာ ဆရာဝန်တွေကို အင်မတန် လေးစားကြည်ညိုကြတယ်။ ဆေးရုံမှာ ဆေးကုသနေရင်း သူ့ဘာသာသူ ကံကုန်သွားတာကိုတောင်မှ ဆေးကုသပေးတဲ့ဆရာဝန်ဆရာမတွေကို ကျေးဇူး အထူးတင်ရှိကြောင်း လူနာရှင်တွေ ဆွေမျိုးတွေက သတင်းစာထဲမှာ ထည့်သွင်းဖော်ပြတာတွေ ရှိခဲ့ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေအပိုင်းကလည်း အကြီးအကျယ် ကျင့်ဝတ်ဖောက်ဖျက်တာတွေ မရှိခဲ့ပါဘူး။ ဆေးကျောင်း ငါးနှစ် တာကာလအတွင်း ကျင့်ဝတ်သိက္ခာနဲ့ပတ်သက်ပြီး ဥပဒေရေးရာ ဆေးပညာဘာသာရပ်မှာ တစ်နာရီသင်တန်း သုံးကြိမ် ပို့ချတာလောက်ပဲ ရှိခဲ့ပါတယ်။ post mortem ရင်ခွဲရုံသင်တန်းပေးတဲ့အခါမှာလည်း ကြုံရင်ကြုံသလို ကျင့်ဝတ်သိက္ခာရေးရာတွေကို ဆွေးနွေးပို့ချသွားတာတွေရှိပါတယ်။ ကုသရေးဆိုင်ရာ ခွဲစိတ်၊ ဆေးကု၊ ကလေး ပညာ၊ သားဖွားမီးယပ်စသဖြင့် ဘာသာရပ်ဆိုင်ရာ ဆရာဝန်ကြီး ဆရာဝန်မကြီးတွေကလည်း အထူးသဖြင့် အတွင်းလူနာတွေနဲ့ ဆက်ဆံပုံ၊ ပြောဆိုပုံ၊ လူနာနဘေးမှာနေရာယူပုံ၊ ကိုင်တွယ်ပုံ စတာတွေကို ကိုယ်ပိုင် Role Model အနေနဲ့ ပြုမူဆက်ဆံ သင်ပြသွားကြပါတယ်။ အဲသလို ကူညီသင်ကြားတာတွေ၊ ကျောင်းသား အချင်းချင်း ညီရင်းအစ်ကိုမောင်ရင်းနှမသဖွယ် တိုးတိုးတိတ်တိတ်ဆုံးမပဲ့ပြင်တာတွေကြောင့် ကျင့်ဝတ်သိက္ခာ ပျက်ဆီးမှုဆိုတာတွေဟာ ပြောပလောက်အောင် မရှိခဲ့ပါဘူး။

နယ်အဝေး တောကြိုအုံကြားမှာ သွားရောက်အမှုထမ်းကြရတဲ့ ဝန်ထမ်းဆရာဝန်တွေအနေနဲ့လည်း အချိန်တန်ရင် မြို့ကြီးပြကြီး သင်ကြားရေးဆေးရုံကြီးတွေကို ပြန်လည်ပြောင်းရွှေ့ နေရာချထားပေးတာတွေ ရှိတဲ့အတွက် မမည်းမညူဘဲ သွားရောက်အမှုထမ်းကြပါတယ်။ သင်ကြားရေးဆေးရုံကြီးတွေကို ပြန်ရောက်ရင် နည်းပညာတွေ၊ ကျင့်ဝတ်တွေ ပြန်လည်ဆည်းပူးရတော့မှာပဲဆိုတဲ့ ခံယူချက်အပြည့်နဲ့ လုပ်ဆောင်ကြတဲ့အတွက် အစိုးရဝန်ထမ်းအပိုင်းမှာလည်း ပြဿနာ ထွေထွေထူးထူး မပေါ်ပေါက်ခဲ့ပါဘူး။ အပြင်မှာလုပ်နေတဲ့ ဂျီပီတွေနဲ့ ဝန်ထမ်းဆရာဝန်တွေအကြားမှာ လူနာပြုစောင့်ရှောက်ရေးနဲ့ပတ်သက်ပြီး တစ်ဖက်နဲ့တစ်ဖက် ကိုင်းကျွန်းမို့ ကျွန်းကိုင်းမို့ ဆိုသလို အပေးအယူတွေတည့်ပြီးတော့ အဆင်ပြေနေခဲ့ပါတယ်။

မြန်မာနိုင်ငံက မွေးထုတ်လိုက်တဲ့ဆရာဝန်တွေကို ဗြိတိန်နိုင်ငံရဲ့ General Medical Council က ၁၉၃၇ ခုနှစ်ကစပြီး အသိအမှတ်ပြု လက်ခံခဲ့ပါတယ်။ ဆေးကျောင်းသုံးကျောင်းက အောင်တဲ့အောင်စာရင်း တွေကို နှစ်စဉ် General Medical Council ကို ပို့ပေးရပါတယ်။ အဲသလိုပို့လိုက်တာနဲ့ သူတို့က automati- cally အလိုအလျောက် အသိအမှတ်ပြုပါတယ်။ နောက်ပိုင်းမှာ ၁၉၅၅ ခုနှစ်လောက်ကစပြီး အဲသလို အသိအမှတ်ပြုတာကို ရုတ်သိမ်းလိုက်ပါတော့တယ်။ ရုတ်သိမ်းလိုက်ရတဲ့အကြောင်းရင်းကတော့ မြန်မာနိုင်ငံ ဆေးကျောင်းတွေမှာ ကျောင်းသားတွေတိုးပြီး လက်ခံနေတဲ့အတွက် ဆရာ-ကျောင်းသားအချိုးအစား၊ ကျောင်းသား-လူနာအချိုးအစား၊ စာသင်ခန်းထဲမှာ ချောင်ချောင်ချိချိ ထိုင်နိုင်၊ စာသင်ကြားနိုင်၊ ရေးနိုင်၊

မှတ်နိုင်တာတွေ ချို့ယွင်းလာတာကြောင့် အရည်ချင်းပြည့်ဆေးပညာသင်ကြားရေး အဆင့်မမီဘူးဆိုပြီး ငြင်းပယ်လိုက်တာပါ။

တော်လှန်ရေး အစိုးရတက်လာတဲ့အခါမှာ ဆေးကျောင်းသားဦးရေကို တိုးပြီးလက်ခံလာခဲ့ပါတယ်။ မင်္ဂလာဒုံမှာ ဆေးကျောင်းအသစ်တစ်ခု ထပ်ဖွင့်ပြီး၊ ရန်ကုန်၊ မန္တလေးနဲ့ မင်္ဂလာဒုံကျောင်းသုံးကျောင်းကို ကျောင်းသား ၅၅၀အထိ လက်ခံလာပါတော့တယ်။ ကျောင်းဝင်ခွင့်ရွေးချယ်ရာမှာလည်း စိတ်အားထက်သန် သူတွေ ပါဝင်မလာနိုင်တော့ဘဲ တက္ကသိုလ်ဝင်တန်း အောင်မြင်တဲ့သူတွေထဲက အမှတ်အများဆုံး ပထမ ၅၅၀ ကို ဆေး (၁)၊ ဆေး (၂) နဲ့ ဆေး-မန်းကို ဖြန့်ဝေပေးလိုက်ပါတယ်။ လူတော်လူကောင်းတွေ ရရှိတယ် လို့ ဆိုကြပါတယ်။ တော်လည်းတော်ကြပါတယ်။ တော်လှန်ရေးတွေ ဘဝင်ကိုင်သွားကြတာတွေ၊ တစ်ဦးကိုတစ်ဦး ပေါင်းသင်းဆက်ဆံရေး ပျက်ပြားလာတာတွေရှိလာပါတယ်။ ဆေးကျောင်း မတက်လိုက်ရတဲ့သူတွေအနေနဲ့ လူမဝင်ဆန့်တော့သလို ခံစားလာကြရပါတယ်။ လူမှုရေးအသိုင်းအဝန်းမှာ သိမ်ငယ်လာကြရပါတယ်။ ဆေးတက္ကသိုလ် (၁) အနေနဲ့ ကျွန်တော် သတိပြုမိတာကတော့ ကျောင်းသား ၃၅၀ ထဲက ပထမဆုံး Roll Number တစ်ကနေ နှစ်ဆယ်အစိတ်အထိ ရရှိထားသူတွေက၊ နောက်ပိုင်း Roll Number မှာနေရတဲ့ ကျောင်းသားကျောင်းသူတွေကို အဖက်မတန်သလို ပြုမူဆက်ဆံကြတာတွေ ရှိလာပါတယ်။ ကျောင်းသားအချင်း ချင်း စိတ်ဝမ်းကွဲပြားမှုတွေရှိလာပြီး interpersonal relationship, cohesion စတဲ့ ချစ်ခင်ယုံကြည် ကိုးစားတဲ့ စိတ်တွေ လျော့နည်းလာကြပါတယ်။ ဒါတွေဟာ နောက်ပိုင်းမှာ ဆရာဝန်တွေ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာပျက်စေရတဲ့ အကြောင်းရင်းရဲ့ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအနေနဲ့ ပါဝင်လာပါတယ်။

အဲဒီတော့ အိုင်အယ်လ်အေ စနစ်က ကောင်းတာတွေရှိသလို မကောင်းတာတွေလည်း ပါလာပါတယ်။ ဆေးကျောင်းစရောက်တဲ့ ပထမဆုံး Fresher's Meet မှာ ဆေးတက္ကသိုလ်(၁) ကျောင်းသားတွေက ဘာတွေ မေးသလဲဆိုရင် မြန်မာနိုင်ငံမှာ ဘယ်မြို့က ဆရာဝန်လုပ်ရင် practice အကောင်းဆုံးလဲ။ ဘယ်ဘာသာကို အထူးကုလိုက်စားရင် ဝင်ငွေအရဆုံးဖြစ်မှာလဲ စသဖြင့် ဆေးပညာမလိုက်စားခင်မှာ interest တွေ၊ attitude တွေ၊ aptitude တွေကို ဘေးခေါက်ထားပြီး စီးပွားရေးဆန်ဆန်နဲ့ ဝင်လာကြတာတွေ ပါလာတယ်။ ဆေးပညာသင်ချင်လိုသူတွေရဲ့ အခွင့်အရေးကို ပိတ်ပင်တဲ့အပိုင်းမျိုးတွေ ရှိလာကြပါတယ်။ ဆရာဝန်ဖြစ်လာ ကြရင်လည်း ဆေးကုသတာထက် စီးပွားရေးဆန်ဆန် ဆေးရောင်းတာတွေ၊ ဆေးရုံထောင်တာတွေ ဆေးပညာ ခုတုံးလုပ်ပြီး စီးပွားရေးလုပ်ဆောင်လာတာတွေ ရှိလာကြတဲ့အတွက် ဆေးလောက ကျင့်ဝတ်သိက္ခာဟာ လျော့ရဲလာရပါတယ်။

ကျောင်းသားများလာတော့ စာပေသင်ကြားတဲ့အခါမှာ ဆရာတွေအနေနဲ့ ပိုမို အားစိုက်ထုတ်လာ ကြရပါတယ်။ Meaningful Teaching ဆိုတာ မရရှိခဲ့ပါဘူး။ ဆေးတက္ကသိုလ်(၁) မှာ ကျောင်းသားဦးရေကသာ တိုးလာပြီး ဆရာဦးရေက မတိုးခဲ့ပါဘူး။ စာသင်ခန်းအဆောက်အဦတွေကိုလည်း မတိုးချဲ့ခဲ့ပါဘူး။ ဟိုတုန်းက

ကျောင်းသား ၄၀ လက်ခံတဲ့ စာသင်ခန်းမှာ ကျောင်းသား ၃၀၀ ကျော် ထားရှိလာပါတယ်။ ဆရာတွေက အဆင်းရဲခံ အပင်ပန်းခံပြီး၊ ရရှိနိုင်တဲ့အခွင့်အရေးအတွင်းမှာပဲ ဖြစ်မြောက်အောင် သင်ကြားပေးခဲ့ကြတဲ့အတွက် ရန်ကုန်ဆေးကျောင်းထွက်ဆရာဝန်တွေရဲ့ အရည်အသွေးဟာ ကမ္ဘာပေါ်မှာ ကျော်ကြားလျက်ရှိနေတုန်းပါပဲ။

အိုင်အယ်လ်အေ စနစ်နဲ့ဝင်လာပြီး တစ်ယောက်နဲ့ အတူအပြိုင်ဖြစ်လာကြ၊ စိတ်ဝမ်းတွေကွဲကြ၊ လောဘတွေတိုးလာကြ၊ စတာတွေဟာ ဆရာဝန်များ ကျင့်ဝတ်ပျက်ပြားစေသော အကြောင်းရင်းတွေလို့ ဆိုနိုင်ပါတယ်။ နောက်ပိုင်းမှာ ဆရာဝန်တွေကများ အလုပ်ကရှား ဖြစ်လာရပြန်ပါတယ်။ ဆေးကျောင်းတွေက တစ်နှစ်ကို ကျောင်းသား ၅၅၀ လက်ခံနေပြီး၊ ဆရာဝန်ဖြစ်လာသူတွေက တစ်နှစ်ကို ၃၅၀-၄၀၀ လောက်ရှိနေတဲ့အချိန်မှာ အစိုးရအလုပ်ခန့်ပေးနိုင်တာက ၁၅၀-၂၀၀ လောက်ပဲဖြစ်နေပါတယ်။ ကျန်တဲ့သူတွေက အပြင်မှာ အလုပ်လုပ်ကြရပါတယ်။ ဂျီပီလုပ်တော့လည်း ပေါင်းသင်းဆက်ဆံရေးက မကောင်းလာခဲ့တော့ ထင်သလောက် မတိုးနိုင်ကြတော့ပါဘူး။ ဒါနဲ့ပဲ ဆေးလောကနဲ့ မစပ်ဟပ်တဲ့ စီးပွားရေးတွေ လုပ်လာကြပါတော့တယ်။ ကုန်ဈေးနှုန်းတွေ တိုးမြင့်လာတာနဲ့အမျှ လစာငွေနဲ့မလောက်ငြိမ်လာကြပါတယ်။ ဆရာဝန်ကျင့်ဝတ်နဲ့ မလျော်ညီတဲ့ အလုပ်တွေကို လုပ်ကိုင်လာကြပါတော့တယ်။ ဒါတွေဟာလည်း ကျင့်ဝတ်သိက္ခာ ပျက်ပြားစေတဲ့ အပိုင်းတစ်ခုပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ မိသားစုစိတ်မရှိကြတဲ့အပြင် တစ်ယောက်နဲ့ တစ်ယောက် အပြိုးတွေထားကြ၊ Jealousy တွေ ဝင်လာကြ၊ Vindictive ဖြစ်လာကြ စသဖြင့် စိတ်ဓာတ်တွေပျက်ပြားပြီး ကိုယ်ထင်ရာကိုယ်စိုင်း လုပ်ကုန်ကြပါတော့တယ်။

၁၉၇၀ ခုနှစ်လောက်တုန်းက နိုင်ငံခြားကပြန်လာတဲ့ ဆရာဝန်တစ်စုဆိုရင် ရန်ကုန်ပြန်မရောက်ခင် လမ်းမှာတင် လောဘတွေတက်ပြီး တစ်နှစ်အတွင်း သူတို့ရှာဖွေနိုင်မယ့်ဝင်ငွေကို အလောင်းအစားလုပ်ပြီး အချင်းချင်း ပြိုင်ဆိုင်လာကြတာတွေ ရှိခဲ့ပါတယ်။ လောဘတွေဝင်ပြီး လုပ်ကိုင်လိုက်ကြတဲ့အတွက် အဲဒီအုပ်စုထဲက ဆရာဝန်တစ်ယောက်ဟာ တရားစွဲလည်း



ခံရ၊ စိတ်ဓာတ်ကျရောဂါရပြီး အသက်ဆုံးရှုံးသွားရတာတောင် ဖြစ်ခဲ့ပါတယ်။ အပြိုင်အဆိုင်ကများ၊ အတို့အဆိတ်ကများ၊ ပခုံးတက်ကျော်နင်း၊ ရာထူးလုတာတွေ ဖြစ်လာကြပြီး ဆရာဝန်တစ်ယောက်နဲ့တစ်ယောက် ဟီရိုဩတ္တပ္ပတရားတွေကင်းမဲ့၊ လူစိတ်မရှိကြတော့ဘဲနဲ့ အစဉ်အဆက် ထိန်းသိမ်းလာခဲ့တဲ့ ညီအစ်ကိုမောင်နှမ မိသားစုစိတ်ဓာတ်တွေ ပျက်ပြားကုန်ကြ၊ ရန်ငြိုးတွေ ဖွဲ့ကုန်ကြတာတွေဟာ ဆရာဝန်လောကရဲ့ကျင့်ဝတ် သိက္ခာပျက်ပြားစေတဲ့ အကြောင်းတွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။

ကုန်ဈေးနှုန်းကြီးလာလို့ စားဝတ်နေရေး စရိတ်က ကြီးလာတဲ့အပြင် အသက်ရွယ်ကြီးလိုက်လာ တဲ့ သားသမီးတွေကို ကျူရှင်တွေ အပြိုင်အဆိုင်ထားပေးရတာတွေ ရှိလာကြပြန်တယ်။ ရတဲ့လခနဲ့မလောက် တော့ အပိုင်ငွေကို ရတဲ့နည်းလမ်းနဲ့ ရှာကြံကြလေတော့ ဆရာဝန်ကျင့်ဝတ်တွေ ဖောက်ဖျက်ကုန်ကြပါတယ်။ ကုန်ကျစရိတ်တွေကမိအောင် ငွေကိုပဲဖိရှာနေကြတဲ့အတွက် အကျင့်စာရိတ္တတွေ ကိုယ်ကျင့်တရားတွေ ပျက်ပြား လာကြရတာဖြစ်ပါတယ်။

ဈေးကွက်စီးပွားရေးစနစ်နဲ့အတူ ပြင်ပဆေးကုဌာန (ပုဂ္ဂလိကဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းကြီးတွေ) ပေါ်ပေါက် လာတဲ့အခါမှာ အစိုးရသင်ကြားရေးဆေးရုံနဲ့ အထူးကုဆေးရုံကြီးတွေမှာ အမှုထမ်းနေတဲ့ ဆရာဝန်ကြီး တွေဟာ အပိုင်ငွေရအောင်ဆိုပြီး ဆေးရုံအချိန်တွေကိုဖဲ့လို့ သွားရောက်လုပ်ဆောင်ပေးတာတွေ ရှိလာ ပြန်တယ်။ ဒီဆရာဝန်ကြီးတွေရဲ့ သီးသန့်လူနာတွေအတွက် ဆေးရုံတင်ကုသပေးခွင့်ကို အစိုးရ ဆေးရုံကြီး တွေက ကန့်သတ်လာတဲ့အခါမှာ ပြင်ပမှာရှိနေတဲ့ ပုဂ္ဂလိကဆေးရုံတွေမှာတင်ပြီး ကုသပေးကြပါတော့တယ်။ ဆေးကုသခ၊ စမ်းသပ်ခတွေကို မတရားရယူကြ။ လူနာတွေအနေနဲ့ ပေးနေရတာကများပြီး၊ ဝန်ဆောင်မှုနဲ့ စမ်းသပ်တာတွေကို မကျေမနပ်ဖြစ်လာကြပါတော့တယ်။ တစ်ယောက်နဲ့တစ်ယောက် တီးတိုးပြောဆိုကြ၊ မခံမရပ်နိုင်တော့ တိုင်ကြာ၊ တောကြာ၊ ဂျာနယ်မဂ္ဂဇင်းတွေမှာ ရင်ဖွင့်ကြတာတွေရှိလာပါတယ်။

လူတစ်ယောက်ဟာ မွေးလာကတည်းက ကိုယ်လုံးတီးနဲ့လာခဲ့ကြတာပါ။ သေတဲ့အခါမှာလည်း မြေကြီး ထဲကိုမြုပ် ဒါမှမဟုတ် မီးရှို့ခံလိုက်ကြရတာပါ။ မြန်မာပြည်မှာမို့လို့ သစ်သားခေါင်းတွေနဲ့အလှဆင်နေကြ တာပါ။ တခြားတိုင်းပြည်မှာ သစ်သားကလည်းရှားတော့ ပိတ်ဖြူနဲ့ပတ်ပြီးမြေမြုပ်၊ မီးရှို့၊ ရေထဲပစ်ချလိုက်ကြရ တာပါ။ ဒီလိုဘဝမျိုးဆိုတာသိနေလျက်သားနဲ့ လောဘ လောဘ လောဘ ဆိုတာကို အတောမသပ်နိုင်ကြဘူး ဖြစ်နေကြပါတယ်။ ဒါတွေကို သတိထားမိကြဖို့ ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ လိုအပ်လာပါပြီ။ ဆရာဝန်တွေထဲမှာ ဝိပဿနာ တရားထိုင်ပြီး ဉာဏ်စဉ် ၇ ဆင့် ၈ ဆင့် ရောက်ရှိနေပါပြီဆိုတဲ့ ပုဂ္ဂိုလ်ကြီးတွေကိုယ်တိုင်တောင် လောဘတကြီးနဲ့ ဆေးကုသခတွေ၊ ခွဲစိတ်ကုသခတွေကို လူနာတွေဆီက မတန်တဆရယူနေပြီး ကုသပေးနေတာ တွေ ရှိနေတုန်းပါ။ သူတို့ကိုယ်ချည်းလည်း အပြစ်တင်လို့မရပါဘူး။ ဆရာဝန်တွေရဲ့ စိတ်ဓာတ်တွေ ပျက်စီး လာအောင်၊ ကျင့်ဝတ်တွေ ဖောက်ဖျက်လာအောင် ဖန်တီးတွန်းပို့နေတဲ့ ပတ်ဝန်းကျင် အခြေအနေတွေကလည်း အင်မတန်မှ ကြောက်စရာကောင်းလှပါတယ်။

လောဘနဲ့ပတ်သက်ပြီးတော့ အလျင်တုန်းကလည်း လောဘကြီးတဲ့ဆရာဝန်တွေရှိခဲ့ပါတယ်။ အထူးသဖြင့် အိန္ဒိယလူမျိုးဆရာဝန်တွေဟာ ငွေမက်တယ် ငွေအဆမတန်ရမှ ဆေးကုသပေးတာတွေ ရှိခဲ့တယ်။ မြန်မာလူထုကလည်းရောဂါသက်သာမယ်၊ အသက်ရှည်မယ်ဆိုရင် ဘယ်လောက်ပဲကုန်ကုန် ချေးငှားပေါင်နဲ့ ရောင်းချပြီး ဆေးကုသခံယူတတ်ကြပါတယ်။ တောနေအုံကြားကလူနာတွေဆိုရင် ငွေကြေးမတတ်နိုင်ကြပါဘူး။ သူတို့ကို မြန်မာဆရာဝန်တွေက အခကြေးငွေမယူဘဲ အလကားကုသပေးတာမျိုးတွေ ရှိပါတယ်။ အရင်ခေတ်က စပါယ်ရှယ်လစ်ဆိုရင် လူနာတစ်ယောက်ကို စမ်းသပ်ခ ၃၂ ကျပ်ယူပါတယ်။ ရိုးရိုးဆရာဝန်က ၁၆ ကျပ်ယူတာဟာ ထုံးစံလိုဖြစ်နေပါတယ်။ ဆေးကောင်စီက သတ်မှတ်ပေးထားတာလည်း မဟုတ်ပါဘူး။ တပည့်ဆရာဝန်တွေကို မှာကြားရတယ်။ စမ်းသပ်ခ ၁၆ ကျပ် မတတ်နိုင်တဲ့လူနာတွေကို အလကားကုသပေးလိုက်ပါ။ ရောဂါသက်သာသွားလို့ရှိရင် လူနာတွေဟာ ငွေကြေးမဟုတ်သော်လည်း သူတို့မှာရှိနေတဲ့ ကြက်ဥတို့၊ ကြက်တို့၊ အသီးအနှံတွေ ဆန်အိတ်တွေ စတာတွေကို ဆရာဝန်တွေဆီကို ကြည်ညိုကျေးဇူးတင်အားကြီးလွန်းလို့ လာပို့ပေးကြတဲ့ စေတနာတုံ့ပြန်မှုတွေဟာဖြင့် ၁၆ ကျပ်မက တန်ဖိုးကြီးမားလှပါတယ်။ တစ်ခါတလေ နယ်ကလာတဲ့ လူနာ၊ လမ်းမှာ ခါးပိုက်နှိုက်ခံလိုက်ရလို့ ဆေးကုသခငွေ ရှင်းမပေးနိုင်တဲ့အပြင်၊ သူတို့ အိမ်ပြန်လမ်းစရိတ်ကိုတောင် ကိုယ်က စိုက်ထုတ်ပေးလိုက်ရတာမျိုးတွေ ကြုံရနိုင်ပါတယ်။ စေတနာနဲ့ကုသပေးလိုက်ဖို့သာ အရေးကြီးပါတယ်။ ဒီလိုလူနာတွေဟာ ဆရာဝန်ရဲ့ စေတနာတွေကို ဘယ်တော့မှ မမေ့တတ်ကြပါဘူး။



ဆရာဝန်ကသာ မမှတ်မိရင်နေမယ်၊ သူတို့တွေက မှတ်မိနေပြီး စားသောက်ဆိုင်မှာ တွေ့ရင် ဖြစ်ဖြစ်၊ ရုံးတစ်ခုခုမှာ တွေ့ရင်ဖြစ်ဖြစ် ကြုံရင် ကြုံသလို ဆရာဝန်ကို ပြန်လည် ကျေးဇူးတုံ့ပြန်သွားတာမျိုးတွေ ရှိကြပါတယ်။ စေတနာနဲ့ ကုသပေးလိုက်ရတဲ့အတွက် လူနာမှာရော ဆရာဝန်မှာပါ နှစ်ဖက်စလုံး ပီတိဖြစ်ပြီး ကြည်နူး ကျန်ရစ်နေခဲ့တတ်ပါတယ်။ အလှူဒါနတစ်ခု ပြုလိုက်ရသလို သာဓုခေါ်ယူထိုက်ပါတယ်။ သတင်းစာထဲထည့်ပြီး ငွေသိန်း ဆယ်၊ ရာ၊ ထောင်သောင်းချီပြီး အခမ်းအနားနဲ့ လှူဒါန်းတဲ့ အလှူတွေထက်တောင် ပိုပြီး မွန်မြတ်ပါသေးတယ်။

ဟိုတုန်းက ဆရာဝန်တွေသည်သာလျှင် လူနာကို စမ်းသပ်တယ်၊ ရောဂါအမည် ဖော်

ထုတ်တယ်။ လိုအပ်တဲ့ဆေးကို prescription ရေးပေးရတယ်။ သူနာပြုတွေက ဆရာဝန်ရဲ့ညွှန်ကြားချက်အတိုင်း လုပ်ဆောင်ပေးကြရပါတယ်။ နောက်ပိုင်းမှာတော့ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့ကြီးကနေ Basic Health Workers အခြေခံကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းဆိုပြီး အုပ်စုတစ်ခုကို ဖွဲ့လိုက်ပါတယ်။ အဲဒီအုပ်စုထဲမှာ ဆရာဝန်တွေအပြင် သူနာပြုတွေ လက်ထောက်ကျန်းမာရေးမှူးတွေ၊ ဝမ်းဆွဲဆရာမတွေ၊ PHS-1, PHS-2 လို့ခေါ်တဲ့ Public Health Supervisors - ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးကြီးကြပ်တွေ၊ တောကြိုအုံကြားမှာဆိုရင် volunteer health workers တွေကိုတောင် ထည့်သွင်းဖွဲ့စည်းထားပေးပါတယ်။ ပဏာမ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနယ်ပယ်မှာ ဆရာဝန်တွေကို ကျေးလက်ကျန်းမာရေး ဆေးပေးခန်းလို့ခေါ်တဲ့ Rural Health Center(RHC) အထိအောင် ပို့လွှတ်ခဲ့ပေမယ့် ဆရာဝန်တွေဟာ RHC အထိ မသွားဘဲ မြို့မှာပဲတက်ပြီး practice လုပ်နေတဲ့အတွက် စီမံချက်ဟာ ပျက်ပြားသွားခဲ့ရပါတယ်။ Primary Health Care level မှာ Health For All by the year 2000 ဆိုပြီးတော့ Alma Ata Declaration အရ သူနာပြုတွေ၊ ကျန်းမာရေးမှူးတွေ အခြေခံကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းတွေ အကုန်လုံးကို အဓိကဆေးဝါးစီမံချက်အရ prescription ရေးပေးနိုင်ဖို့ prescribers အဖြစ် အသိအမှတ်ပြု ပေးလိုက်ပါတယ်။ အခြေခံကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းတွေဟာ လူနာလာရင် မေးမြန်း၊ စမ်းသပ်၊ ရောဂါအမည် ဖော်ထုတ်ပြီးရင် ဆေးပေးဖို့ prescription ရေးပေးကြရပါတယ်။ ဒီအတွက် Standard Treatment Guidelines ခေါ် စံညွှန်းကုထုံးတွေကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနေတဲ့ level အလိုက် ထုတ်ပေးထားတာ ရှိပါတယ်။ ဥပမာ။ Township Hospital အတွက် တစ်ခု၊ Station Hospital အတွက်တစ်ခု၊ RHC အတွက် တစ်ခု၊ Sub-center အတွက်တစ်ခုဆိုပြီးတော့ ပဏာမကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအဆင့် လေးဆင့်အလိုက်၊ လက်စွဲစာအုပ်တွေ ပြုစုပေးထားပါတယ်။ အဲလို ဆောင်ရွက်နေရတဲ့အတွက် သမားကျင့်ဝတ်ဆိုတာကို Medical Ethics ဆိုတာထက် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းအားလုံးနဲ့ အကျုံးဝင်အောင် Health Ethics ဆိုပြီး



ပြောင်းလဲသတ်မှတ်ပေးလာပါတယ်။ သွားဖက်ဆိုင်ရာ ဆရာဝန်တွေအတွက်လည်း မြန်မာနိုင်ငံမှာ Dental Medical Council ကနေ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာတွေ ထိန်းသိမ်းပေးနေပါတယ်။ လက်ထောက်ကျန်းမာရေးမှူး Health Assistant တွေ၊ Nurses တွေ၊ PHS-1, PHS-2 တွေအတွက်လည်း ကောင်စီလေးတွေကနေ ထိန်းသိမ်းလာတဲ့အတွက် Health Ethics ဆိုတာ ပေါ်လာရပါတယ်။

ဆေးထုတ်လုပ်တဲ့ကုမ္ပဏီတွေ၊ ဆေးဝါးစက်ရုံတွေအတွက်လည်း ကျင့်ဝတ်သိက္ခာစောင့်ထိန်းမှုတွေ ရှိလာပါတယ်။ ဆေးဝါးအရောင်းမြှင့်တင်တာတွေကို Ethics နဲ့ ထိန်းသိမ်းထားပါတယ်။ ဆေးဝါးတစ်ခု ထုတ်လုပ်ရင် efficacy, safety, side effects, poisoning effect, contraindication, drug interaction စတဲ့ ဆေးဝါးရဲ့ Basic information of a drug တွေကို ဖော်ထုတ်အသိပေးရပါတယ်။ ဆေးဝါးရဲ့ မကောင်းတဲ့အပိုင်း တွေကို ထိန်ဂှက်ထားလို့မရပါဘူး။ ဒါတွေကို FDA: Food and Drug Administration လို့ခေါ်တဲ့ အစားအစာ နဲ့ဆေးဝါးထိန်းကွပ်ရေးအဖွဲ့က ထိန်းချုပ်ပေးပါတယ်။ မြန်မာနိုင်ငံဆေးဝါး ဥပဒေအရ National List of Essential Drugs ဆိုတာကို နိုင်ငံရဲ့ထိပ်သီးပါရဂူကြီးတွေဖြစ်တဲ့ clinicians တွေနဲ့ public health experts တွေ pharmacologist တွေ၊ pharmacist တွေက ရေးဆွဲထုတ်ပြန်ထားပြီး ဖြစ်ပါတယ်။ အဲဒီစာရင်းမှာ မပါဝင်တဲ့ ဆေးဝါးတွေကို ပြည်တွင်းမှာ ထုတ်လုပ်ပိုင်ခွင့်မရှိပါဘူး။ ရောင်းချခွင့် မရှိပါဘူး။ သုံးစွဲပိုင်ခွင့် လည်းမရှိ။ ပြည်တွင်းကို တင်သွင်းခွင့်၊ လျှင်ဒါန်းခွင့်လည်းမရှိပါဘူး။ ခွင့်ပြုထားတဲ့ဆေးကို ပြည်တွင်းမှာ လျှင်ဒါန်းချင်ရင် လူနာတစ်ဦးစီအတွက် full course အပြည့်အစုံလျှင် လိုအပ်ပါတယ်။ လျှင်ဆေးဝါးရဲ့အမည်၊ ဆေးစွမ်းအင်၊ စတာတွေကို ပြည်တွင်းမှာကိုင်တွယ်အသုံးပြုမယ့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတွေ နားလည်တဲ့ဘာသာ နဲ့ ရေးထားရတဲ့အပြင် ဆေးဝါးရဲ့ expiry date လည်း ပါရှိရပါမယ်။

အခုခေတ် Globalization နဲ့အတူ ကျင့်သုံးလာတဲ့ Market economy စနစ်မှာ ဆေးကုမ္ပဏီကြီးတွေ က ဆေးတစ်မျိုးမျိုးကြော်ငြာမယ်၊ အရောင်းမြှင့်တင်မယ်ဆိုရင် နိုင်ငံခြားက ပညာရှင်တွေကိုဖိတ်ခေါ်ပြီး ဟိုတယ်ကြီးတွေမှာ ဟောပြောပွဲတွေ လုပ်လာကြတယ်။ ပြည်တွင်းက ပါမောက္ခတစ်ဦးဦးကို သဘာပတိ လုပ်ခိုင်းတတ်တယ်။ ဆေးကုမ္ပဏီကိုယ်စားလှယ်က ဆေးအကြောင်းတွေဟောပြောပြီး ဆေးနမူနာတွေပေးလို့ သူတို့ဆေးကို သုံးစွဲဖို့ မြှူစွယ်ကြတယ်။ ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ သူတို့ပြောတဲ့အတိုင်း prescribe လုပ်ပေးဖို့ မလိုအပ်ပါဘူး။ ခုန ပြောပြထားတဲ့ဆေးဝါးတစ်ခုရဲ့ အခြေခံသတင်းအချက်အလက်တွေကို လေ့လာပြီး ယုံကြည်ချက်ရှိမှ ချင့်ချိန်ပြီးတော့ သုံးစွဲဖို့သင့်ပါတယ်။ အကျင့်သိက္ခာပျက်တဲ့ ဆရာဝန်ကြီးတချို့ဟာ ဆေး ကုမ္ပဏီနဲ့ပူးပေါင်းပြီး ကုမ္ပဏီထုတ်ဆေးဝါးတွေကို prescribe လုပ်ဖို့ မြှူဆွယ်နေကြပါတယ်။ သူတို့ကိုယ်တိုင် လည်း prescription တွေကို ခိုင်ခံ့ရေးပေးနေပါတယ်။ ဒီလိုရေးပေးတဲ့အတွက် ကုမ္ပဏီတွေက တစ်လတစ်လကို ဒေါ်လာ ၇၀၀ က နေ ၁၀၀၀ အထိ ပေးနေတယ်လို့ ကြားမိပါတယ်။ open door market economy စနစ် ပေါ်လာကတည်းက ဒီလို လုပ်စားနေကြတာ ကြာမြင့်ခဲ့ပါပြီ။ ဟိုတလောကမှ ဆေးရုံကြီးတစ်ရုံအပေါ်မှာ ပါရဂူကြီးတစ်ယောက်နဲ့ ဆေးကုမ္ပဏီကိုယ်စားလှယ်တို့ prescription ရေးတာ နည်းတဲ့အပေါ်မူတည်ပြီး

အကြီးအကျယ်ရန်ဖြစ် စကားများကြလို့ ဟိုးလေးတကျော်ကျော်နဲ့ ပွစိပွစိဖြစ်သွားခဲ့ပါသေးတယ်။ ဒါတွေဟာ ဆရာဝန်တွေဖက်က မလုပ်သင့်မလုပ်ထိုက်တာတွေကို လုပ်ခဲ့မိလို့ဖြစ်ခဲ့တာပါ။ ဆရာဝန်တွေနဲ့ဆေးကုမ္ပဏီတွေ ဆက်ဆံတဲ့နေရာမှာ နှစ်ဖက်စလုံးက စည်းကမ်းကလေးနဲ့ ကျင့်ဝတ်တွေကို လိုက်နာကျင့်သုံးဖို့လိုပါတယ်။ ဆေးပရိုမိုးရှင်းတစ်ခုမှာ ဆေးဝါးရဲ့ အခြေခံအချက် ၈ ချက်ပါဝင်ရမယ်လို့ မြန်မာနိုင်ငံဆေးဝါးဥပဒေမှာ ဖော်ပြထားပြီးဖြစ်ပါတယ်။ ကောင်းတဲ့အချက်ကလေးကိုပဲ ရှင်းပြပြီး သုံးစွဲကြဖို့ သာသာထိုးထိုးပြီး ပြောသွားတာတွေဟာ ကျင့်ဝတ်နဲ့မကိုက်ညီပါဘူး။ FDA အနေနဲ့ ကုမ္ပဏီတွေကိုလည်း guidance ပေးဖို့လိုပါတယ်။ National List of Essential Drugs မပါဝင်တဲ့ ဆေးတွေကို မသုံးစွဲရရုံမက ဖျက်ဆီးပစ်ရမယ့်အထိ မြန်မာနိုင်ငံဆေးဝါး ဥပဒေမှာ ပြဋ္ဌာန်းထားတာရှိပါတယ်။ မြန်မာနိုင်ငံ FDA မှာ register မလုပ်ထားတဲ့ဆေးဝါးတွေကို ဖျက်ဆီးပစ်ဖို့ လိုအပ်နေပါတယ်။ အခုတလော သတင်းစာတွေမှာ မြန်မာ FDA မှာ မှတ်ပုံတင်မထားထားတဲ့ တိုင်းရင်းဆေးနဲ့ allopathic ဆေးတွေကို ဖော်ထုတ်ကြေငြာပေးနေတာတွေ ရှိပါတယ်။ ဒီလိုဆေးဝါးတွေကို သိမ်းဆည်းဖျက်ဆီးဖို့လည်း လိုပါတယ်။

ဆရာဝန်တွေ prescription ရေးတဲ့အခါမှာ လူနာနာမည်၊ လူနာရဲ့အသက်၊ ကျားမ၊ လိပ်စာ၊ ရောဂါ တိတိကျကျကို ရေးဖို့လိုပါတယ်။ ပြီးမှ Rx ဆိုပြီး ညွှန်းမယ့်ဆေးအမယ်တွေရဲ့ generic name ကို အမှတ်စဉ် တပ်ပြီး ရေးပေးရပါတယ်။ generic မသိလို့ရှိရင် trade name or brand name ကိုရေးပါ။ ပြီးရင် ဆေးအမယ်တစ်ခုစီအတွက် dosage ၊ မိလီဂရမ်ဘယ်လောက်ကို တစ်နေ့ဘယ်နှစ်ကြိမ်သောက်ရမလဲ၊ ဘယ်နှစ်ရက်သောက်ရမလဲ စသဖြင့် တိတိကျကျရေးပြီး လက်မှတ်ထိုးရပါတယ်။ လက်မှတ်အောက်မှာမှ ဆရာဝန်နာမည်ကို block letter နဲ့ ထင်ထင်ရှားရှား ရေးပေးရပါတယ်။ ဆရာဝန်မှတ်ပုံတင်အမှတ် (ဆမ) ကိုပါ ရေးရပါတယ်။ ဆရာဝန်ရဲ့ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်နဲ့လိပ်စာ သို့မဟုတ် ဆေးခန်းရဲ့လိပ်စာကို ဖော်ပြရပါတယ်။ prescription တစ်ခုမှာ ဆေးအမယ် ၄ မယ်ထက် မပိုကြပါဘူး။ အများအားဖြင့် ၃မယ်ဝန်းကျင်ပဲ ရှိတတ်ပါတယ်။ လက်ရေးလက်သားရှင်းမှ ဆေးရောင်းလိုက်တဲ့သူ ဆေးပေးလိုက်တဲ့သူတွေက မမှားမယွင်းရအောင် လုပ်ဆောင်ပေးနိုင်မှာ ဖြစ်ပါတယ်။ prescription ရေးတာဟာလည်း ကျင့်ဝတ်သိက္ခာမှာ အရေးကြီးတဲ့အပိုင်းက ပါနေပါတယ်။

ဆေးရုံဆေးခန်းတွေကထုတ်ပေးတဲ့ မှတ်တမ်းတွေမှာ ဆရာဝန်ညွှန်ကြားချက်ကို ဖတ်လို့ရအောင် ရေးရမယ့်အပြင် လူနာနားလည်အောင် ရှင်းပြဖို့လိုပါတယ်။ ဆေးအာနိသင်တွေကိုလည်း ရှင်းပြရပါမယ်။ ဒီဆေးသောက်ရင် ခေါင်းမူးတတ်တယ်၊ အိပ်ချင်မယ်။ ကားမမောင်းပါနဲ့။ အမြင့်ပေါ်မတက်ပါနဲ့။ မြစ်ကမ်းနားကို မသွားပါနဲ့။ မီးဖိုနားမှာမနေပါနဲ့ စသဖြင့် ရှင်းပြပေးဖို့လိုပါတယ်။ သတိပေးရမယ့်အချက်တွေကို ဆရာဝန်ကရှင်းပြပေးရပါမယ်။ ဒီလိုရှင်းပြနိုင်ဖို့ရာ လူနာတစ်ယောက်နဲ့ စစ်ဆေးစမ်းသပ်တဲ့အခါမှာ အနည်းဆုံး ၁၅ မိနစ်ခန့်ကြည့်ပေးဖို့လိုပါလိမ့်မယ်။ လူနာအသစ်တစ်ယောက်ကို ကြည့်မယ်ဆိုရင် ၁၅ မိနစ်ကနေ မိနစ် ၃၀ အထိ အချိန်လိုအပ်ပါတယ်။ လူနာအဟောင်းဆိုရင်တော့ ဒီလောက်မကြာပါဘူး။ ကျွန်တော့်ကို

ဆေးခန်း



ဂျာနယ်တစ်ခုက မေးဖူးပါတယ်။ ရန်ကုန်မြို့က ပြင်ပနာမည်ကြီး ဆေးရုံကြီးတစ်ခုမှာ အင်မတန် နာမည်ကြီးတဲ့ အထူးကုဆရာဝန်ကြီးတစ်ယောက်ဟာ ညနေဖက် နှစ်နာရီအတွင်းမှာပဲ လူနာ ၃၀၀ကို ကြည့်ရှုပေးနေတာကို ဘယ်လို သဘောထားပါသလဲတဲ့။ ကျွန်တော်က ကြည့်တဲ့သူအပေါ်မှာ မူတည် တယ်လို့။ နောက်ရောဂါ အခြေအနေနဲ့ လူနာအဟောင်းတွေကို ကြည့်ရှုရတဲ့ အပေါ်မှာလည်း မူတည်ပါတယ်လို့။ စဉ်းစားကြည့် ပေါ့ဗျာ။ မိနစ် ၁၂၀ မှာ လူ ၃၀၀ ကြည့်ရှုတယ်ဆိုတော့ လူ တစ်ယောက်ကို မိနစ်ဝက်တောင် အချိန်ပေးနိုင်မှာ မဟုတ်ပါ ဘူး။ အဲ့ဒီတော့ ဖြစ်နိုင်မဖြစ်နိုင် ခင်ဗျားတို့ဘာသာ စဉ်းစားကြည့်ကြပါ။ သူ့ဟာ နဲ့သူ ကြည့်နိုင်တယ်ဆိုရင် သူ့ရဲ့အတတ်ပညာ အတွေ့အကြုံနဲ့ သူ့ရဲ့စွမ်းအင်နဲ့ ကြည့်ရှုသွားတဲ့အပိုင်းပဲ ဖြစ်ပါလိမ့်မယ်။ ခင်ဗျားတို့အနေနဲ့ အချိန်ပေးတာ နည်း တယ်ထင်ရင် သွားမပြကြနဲ့ပေါ့။ အချိန်များများပေးတဲ့ ဆရာဝန်ဆီကို သွားကြ ပါလို့။ ကိုယ်သိချင်တာတွေကို မေးမြန်းနိုင်ဆွေးနွေးနိုင်မယ့် ဆရာဝန်တွေဆီမှာ ပြသလို့ရပါတယ်။ ဆရာဝန်တစ်ယောက် နာမည်ကြီးပြီဆိုရင် လူနာတွေက လည်း အဲ့ဒီဆရာဝန်ဆီကိုပဲ စုပြုံ ပြီး လိုက်တိုးနေကြပါတယ်။ ကိုယ့် ရောဂါနဲ့စပ်ဟပ်သလား မစဉ်းစား တော့ဘဲ နှလုံးအထူးကု ဆရာဝန် ဆီမှာလည်း ဗိုက်နာတာကို သွားပြ လိုက်ကြတာပဲ။ လူနာတွေဖက် ကလည်း အထူးကုလို့ နာမည်ကြီး တိုင်း သူနဲ့ပြသမှဖြစ်တော့မှာပဲ ဆိုတဲ့စိတ်တွေ မမေ့မြူကြပါနဲ့။ ဒေါက်တာမြင့်ဦးရေးထားသလို

ဆေးကုသရေးမှာ လူနာကိုယ်တိုင် ပါဝင်ဆုံးဖြတ်နိုင်တဲ့ အခွင့်အရေးတွေ ရရှိစေဖို့ လူနာနဲ့ဆရာဝန်ထိတွေ့ ချိန် တော်တော်များများပေးဖို့ လိုအပ်ပါလိမ့်မယ်။ ဆရာဝန်က လူနာရဲ့ ရောဂါအကြောင်းကို ရှင်းပြပေးဖို့ လိုပါတယ်။ ခွဲစိတ်ကုသမှုလိုရင် ဘာကြောင့်လိုရတာလဲ။ လူနာက မခွဲချင်ရင်တောင်မှ လူနာသဘောပေါက် နားလည်လာအောင် အချိန်ယူပြီး ရှင်းပြရပါမယ်။ အချိန်မပေးနိုင်တဲ့အခါမျိုးမှာ အခုကျွန်တော့်သဘောထားကို မေးမြန်းလိုက်သလိုမျိုး ပြဿနာရပ်တွေ ဖြစ်လာရပါတော့တယ်။

အထူးကုတော်တော်များများဟာ သူတို့ဆီရောက်လာတဲ့လူနာတွေကို ကိုယ်နဲ့ဆိုင်သည်ဖြစ်စေ မဆိုင်သည်ဖြစ်စေ လက်ခံထားလိုက်ပြီး သေသေချာချာ မစမ်းသပ်တော့ဘဲ ရှိသမျှ Battery of tests တွေကို အကုန်လုပ်ချလိုက်တာ လူနာခမျာ ၇ သိန်းခွဲ ၈ သိန်းလောက် ကုန်သွားရပါတယ်။ CT Scan ရော၊ MRI ရော၊ အကုန်လျှောက်လုပ်ခိုင်းတော့တာပါပဲ။ နောက်ဆုံး ရောဂါရှာမတွေ့ပေမယ့် ဆေးအမယ် ၁၉မျိုးလောက် ပေးလွှတ်လိုက်တာမျိုးတွေ ရှိနေပါတယ်။ ဒါကြောင့် အထူးကုတွေက ဒါတွေလုပ်ရမယ်ဆိုတိုင်း လျှောက်လုပ်မနေဘဲ ကိုယ်တတ်နိုင်တဲ့ငွေနဲ့ချင့်ချိန်ကြည့်ဖို့နဲ့၊ ငွေကြေးမတတ်နိုင်ခဲ့ရင် ဈေးနှုန်းသက်သာတဲ့ မိသားစုဆရာဝန်လေးတွေနဲ့ second opinion သဘောမျိုး ရင်းရင်းနှီးနှီး တိုင်ပင်ကြည့်ဖို့လိုအပ်ပါတယ်။

အသက် ၁၃ နှစ်အရွယ်ကလေးတစ်ယောက် ဖျားတာကို အထူးကုဆရာဝန်ကြီးတစ်ယောက်ဆီမှာ ၃ ရက် ကုသနေလိုက်တယ်။ တစ်နေ့ကို သုံးပုလင်းလောက် Drip ချိတ်တယ်။ အဖျားကလည်းမကျ၊ Antibiotics ကိုလည်း စုံလင်အောင်ပေးထားတယ်။ သွေးစစ်ဝမ်းစစ် CT Scan, X-Ray, Ultrasound, MRI ရိုက်တာတွေအပြင် ငှက်ဖျားပိုးကို နည်းမျိုးစုံနဲ့ရှာတယ်။ မတွေ့ဘူး။ ငွေ ၇သိန်းခွဲလောက်ကုန်ပြီး လေးရက်မြောက်နေ့မှာ ဆေးတွေ ၁၉မျိုးလောက်သောက်နေရတဲ့ ကလေးက မခံရပ်နိုင်တော့လို့ နောက်သမားတော်ကြီးတစ်ဦးဆီကို ပြောင်းပြုကြတယ်။ ကလေးက ဗိုက်နာနေလို့ ဗိုက်ကိုစမ်းကြည့်လိုက်တော့ အသည်းရောင်နေတာကို ချက်ချင်းသွားတွေ့တော့တာပါပဲ။ ပထမဆရာဝန်ကြီးက ဗိုက်ပေါ်လက်တင်ပြီး မစမ်းသပ်လိုက်ဘဲကိုး။ ဝမ်းကိုက်ပိုးကြောင့် အသည်းရောင်နေတဲ့ကလေးကို သောက်ဆေးနှစ်မျိုးသောက်ခိုင်းရုံနဲ့ နောက်ထပ်သုံးရက်အတွင်းမှာပဲ အဖျားကျသွားပြီး ပျော်ပျော်ရွှင်ရွှင်ဖြစ်သွားကြပါတယ်။ အခုခေတ် အထူးကုဆရာဝန်တွေဟာ ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်တာတွေကို အားကိုးလွန်းပြီး လူနာကို သေသေချာချာ မစမ်းသပ်ကြတော့ပါဘူး။ နှလုံးခုန်တာကိုတောင် auscultation လုပ်တာ အင်္ကျီမချွတ်ဘဲနဲ့ အပေါ်ကနေ နားထောင်နေတယ်ဆိုကတည်းကိုက ဟိုးတုန်းက physical signs တွေ သင်ကြားပေးခဲ့တဲ့ ဒေါက်တာဦးရွှေဖီ မေဂျာရွှေဖီကို သင်္ချိုင်းကနိုးပြီး ကျွန်တော်က ပြောပြလိုက်ချင်ပါတယ်။ ဆရာကြီးသင်သွားခဲ့တဲ့တပည့်တွေက သင်ထားတဲ့ အတိုင်းမလုပ်ဘဲ အပေါ်ယံလေးနဲ့ လုပ်နေကြပါတယ်လို့။ clinical method ဆိုတာဟာ တစ်ဆင့်ပြီးတစ်ဆင့် လုပ်ဆောင်သွားရတာမျိုးပါ။ အထူးကုဆိုပြီး အထူးကုစတိုင်နဲ့ လုပ်နေကြတာတွေ အများကြီးပါ။ အစာအိမ်လမ်းကြောင်းပါရဂူတွေကလည်း ဗိုက်နာသူမှန်သမျှကို ရိုးရိုးဆေးမျိုးပြီး Barium Meal ဓာတ်မှန်ရိုက်တာတွေ မလုပ်တော့ဘဲနဲ့ အပေါ်ကရော အောက်ကပါ endoscopy တွေကြည့်ပြီးတာနဲ့ အစာအိမ်အဝက ရောင်နေတယ်၊ ပိုးကြောင့်ဖြစ်ရတာ၊ အနာဖြစ်တော့မယ်ဆို ခြိမ်းခြောက်၊ H. pylori ဆေးတွေကို ၃ လကနေ ၅လ လောက်အထိ တိုက်တော့တာပါပဲ။ ၂ သိန်းခွဲ ၃ သိန်းခွဲကုန်သွားပြီး ပျောက်လားဆိုတော့လည်း မပျောက်။ သူတို့က အသည်းကို မစမ်းကြည့်ကြတော့ဘဲနဲ့ မှန်ပြောင်းပဲကြည့်နေကြတော့တာကိုး။ နောက်ဆုံးမတော့ ဝမ်းကိုက်ပျောက်ဆေးနဲ့ပဲ ပျောက်ကင်းသွားရတာမျိုးတွေ ရှိလာပါတယ်။ ဗမာလူမျိုးတွေဟာ မဆလာစား၊ ငရုတ်သီးစား၊ ချင်းစား၊ ကြက်သွန်စား

ပူတဲ့အစားအစာစားတဲ့သူတွေမို့လို့ သူတို့ရဲ့ mucous membrane ကို မှန်ပြောင်းထိုးကြည့်လိုက်ရင် နီရဲနေမှာပေါ့။ အဲ့ဒါကို အနာဖြစ်တော့မယ် ရောင်နေတယ် ဘာညာလျှောက်ပြောပြီး ဆေးတွေကို ၄-၅လ သောက်ခိုင်းလိုက်ကြတော့တာပဲ။ ရောဂါနဲ့ဆေးနဲ့ တခြားစိဖြစ်နေတာပေါ့။ ပြောလိုတာက ဝေဒနာတစ်ခုဟာ တစ်ရက်နှစ်ရက် ဆေးကုသပြီးလို့ရှိရင် ပြန်လည်စိစစ်ရမယ်။ တောင်ကြီးကလူနာ ကျောင်းဆရာမကြီးတစ်ယောက် paraplegia နဲ့ ရန်ကုန်ရောက်လာပြီး Neurophysician တစ်ယောက်နဲ့ ပြသတယ်။ ပြီးတော့ Neurosurgeon ကိုပြတယ်။ Myelogram လုပ်ကြည့်လိုက်တော့ ခါးဆစ် L4 နဲ့ L5 ကြားမှာ အကြိတ်ရှိလို့ ခွဲရမယ်ပြောတယ်။ ခွဲရင်ပျောက်မှာလားလို့ မခွဲခင် ကျွန်တော့်ကို လာတိုင်ပင်တယ်။ ကျွန်တော်က ခွဲပြီးရင်ရက်ပိုင်းအတွင်း လမ်းပြန်လျှောက်နိုင်မှာပါလို့ ရှင်းပြလိုက်ပါတယ်။ ဒါနဲ့ခွဲပြီး ၆ပတ် လောက်ကြာတာတောင် ဆေးရုံက မဆင်းရသေးတာနဲ့ ကျွန်တော့်တစ်ခါလာပြောတယ်။ Myeloma ဆိုတာ ဖိနေတဲ့အကြိတ်ကို ခွဲစိတ်ဖယ်ထုတ်လိုက်ရင် လမ်းလျှောက်လို့ရမယ့်ဥစ္စာ။ ဒါနဲ့နောက်ထပ် Neurosurgeon တစ်ယောက်နဲ့ ပြောင်းပြီးပြသကြည့်ခိုင်းလိုက်တော့ ပထမဆရာဝန်ခွဲစိတ်လိုက်တာက အောက်နားနည်းနည်းရောက်နေတဲ့ အကြိတ်လောက်ကိုပဲ ခွဲစိတ်ပေးလိုက်တာကိုး။ အပေါ်မှာက အကြိတ်အကြီးကြီးက ကျန်နေသေးတယ်။ ဒါနဲ့နောက်တစ်ခါ ပြန်ခွဲထုတ်ယူလိုက်မှ လူနာက ပကတိကောင်းသွားတယ်။ လမ်းပြန်လျှောက်နိုင်တယ်။ အဲ့ဒါတွေဟာ ဆရာဝန်တွေဘက်က Malpractice လို့ခေါ်တယ်။ မပြုသင့်မပြုထိုက်တဲ့ အရာတွေပါပဲ။ အနောက်နိုင်ငံမှာဆိုရင် လျော်ကြေးပေးရလို့ကို လောက်မှာမဟုတ်ပါဘူး။ ဒီကိစ္စမှာ ဆရာဝန်တွေရဲ့ ကျွမ်းကျင်မှု စွမ်းအင်တွေ ကျဆင်းနေပြီး ကျင့်ဝတ်သိက္ခာ ပျက်စီးနေတာကို ပြသနေပါတယ်။ အထူးကုတွေအနေနဲ့ သေသေချာချာမစမ်းတာတွေ၊ ပြန်လည်သုံးသပ်တာတွေ လျော့နည်းလွန်းနေပါတယ်။ ကျွန်တော့်အနေနဲ့ သူများနယ်ပယ်ကို ဝင်ပြောရတာဟာ ကျင့်ဝတ်နဲ့ပတ်သက်နေလို့ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။

ဟိုတုန်းက ကုလားဆရာဝန်တွေဟာ ဆေးခန်းမှာ ဒလန်တွေထားကြတယ်။ လူနာပွဲစားတွေထားတယ်။ Taut လို့ ခေါ်တာပေါ့လေ။ အခုခေတ်မှာလည်း ဒါမျိုးတွေ နည်းနည်းပါးပါး ပြန်ပေါ်လာနေတာတွေ တွေ့ရတယ်။ ပြင်ပအထူးကုဆေးရုံကြီးတစ်ရုံမှာ ဖြစ်ပျက်ခဲ့တဲ့ ကျွန်တော့်မိတ်ဆွေတစ်ယောက်ဆိုရင် ဆေးရုံမှာ အချိန်ပိုင်းထိုင်တဲ့ သူပြနေကျ ခွဲစိတ်ဆရာဝန်ကြီးနဲ့ ပြသဖို့အလာမှာ ဆရာဝန်ကြီးမလာရောက်နိုင်တာကို လည်းသိရော ဆေးရုံ reception မှာရှိတဲ့ လူနာပွဲစား tautတွေက ဆေးရုံမှာ လက်ရှိရှိနေတဲ့ ခွဲစိတ်ဆရာဝန်နောက်တစ်ဦးနဲ့ ပြသဖြစ်အောင် လူနာစိတ်မပါဘဲ ဇွတ်အတင်း ဖန်တီးလိုက်ကြပါတော့တယ်။ ဒါဟာ လူနာကို လူယူလိုက်တာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးရုံနာမည်ပျက်စေတဲ့ ဒီလို reception ဒလန်တွေကို ဖျောက်ဖျက်ပစ်ကြဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ကိုယ့်ဆေးရုံမှာ ထိုင်တဲ့ဆရာဝန်တွေကိုလည်း နားလည်သဘောပေါက်အောင် ရှင်းပြထားဖို့လိုပါတယ်။

အုပ်ချုပ်ရေးပိုင်းနဲ့ ပတ်သက်တဲ့ကျင့်ဝတ်အချို့ကိုလည်း ပြောပြလိုက်ပါဦးမယ်။ အသက် ၅၅ နှစ်ရှိတဲ့ လူနာတစ်ယောက် မျက်လုံးတစ်ဖက်ပိတ်ပြီး Ptosis ဖြစ်နေတယ်။ ဆရာဝန်က 3rd Nerve palsy များဖြစ်လေမလား။ Pituitary tumor များဖြစ်မလား စဉ်းစားရတာပေါ့။ လူနာကို history ယူပြီး ဓာတ်မှန်

ရိုက်ရမယ့် အကြောင်းပြောလိုက်တော့ လူနာရဲ့သမီးက အားလုံးလုပ်ပြီးပြီတဲ့၊ ဆရာကြီးပြောတဲ့အတိုင်း brain tumor ပါပဲတဲ့။ ခွဲစိတ်ဖို့ ငွေမတတ်နိုင်လို့ ဆရာကြီးနဲ့လာကုတာပါလို့ ပြောပါတယ်။ ငွေက ဘယ်လောက် ကုန်မှာလည်း မေးကြည့်လိုက်တော့ ၃၈ သိန်းကုန်မယ်တဲ့။ လူနာက စက်မှုလယ်ယာမှာ tractor မောင်းတဲ့ အလုပ်လုပ်တော့ ငွေကြေးမတတ်နိုင်ရှာဘူး။ ခွဲမှပျောက်မှာဖြစ်ပြီး ငွေကြေးမတတ်နိုင်တဲ့အတွက် ရန်ကုန် ဆေးရုံကြီးကို လွှဲပေးလိုက်ပါတယ်။ OPD က စရိတ်မျှပေး စနစ်ရှိနေတာကြောင့် ငွေမသွင်းနိုင်ရင် ဘာမှ မတတ်နိုင်ဘူးဆိုပြီး ပြန်ရောက်လာတယ်။ စက်မှုလယ်ယာမှာ နှစ်ပေါင်း ၂၅ နှစ်ကျော် အလုပ်လုပ်နေသူ ဖြစ်တော့ ဌာနဆိုင်ရာညွှန်ချုပ်ကနေတစ်ဆင့် အကူအညီတောင်းဖို့ အကြံပေးလိုက်မိတာ ပေါ်မလာတော့ ပါဘူး။ တိုင်းပြည်အကျိုးကို တောက်လျှောက်စွမ်းစွမ်းတမံ ထမ်းဆောင်လာခဲ့တဲ့ tractor မောင်းသမားကြီးကို ဆုလဒ်တစ်ခုအနေနဲ့ အခမဲ့ မကုသပေးနိုင်ကြတော့ဘူးလား။ အုပ်ချုပ်ရေးပိုင်းတွေက ပညာရပ်ဆိုင်ရာ ကျင့်ဝတ်အနေနဲ့ ပြန်လည်သုံးသပ်အဖြေရှာဖို့ လိုလာပါလိမ့်မယ်။

ပြင်ပဆေးရုံကြီးတွေမှာ လူနာအခန်းခအပြင် အထူးကုဆရာဝန်ကြီးရဲ့အခ၊ ဆေးရုံ Ward MO အခ၊ သူနာပြုဆရာမအခ စသဖြင့် လူနာကို လာကြည့်တိုင်းကြည့်တိုင်း လူနာတွေကပေးနေကြရတယ်။ အင်္ဂလန်နိုင်ငံ လန်ဒန်မြို့က London Clinic ရဲ့ နမူနာကို ပြောပြပါမယ်။ အဲ့ဒီမှာ ဆေးရုံတက်ရင် တစ်နေ့ကို ၁၀ ပေါင် ပေးရတယ်။ ၁၀ ပေါင်ထဲမှာ အထူးကုလာကြည့်ခ၊ Ward MO အခ၊ သူနာပြုဆရာမတွေရဲ့အခနဲ့ အစားအသောက်တွေအတွက်ပါ အကုန်ပါတယ်။ ဆေးဖိုးနဲ့ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်ခတွေကတော့ သပ်သပ်ပေးရတယ်။ ဒီမှာက တော့ အထူးကုတစ်ယောက်က တစ်နေ့ ၆ ခါလာကြည့်ရင် သူ့အတွက် ၆ ကြိမ်စာပေးနေရတယ်။ ward MO က နားကြပ်နဲ့ထောက်စမ်းတိုင်း၊ လူနာကလိုအပ်လို့ ခေါ်လိုက်တဲ့အခါတိုင်း အခကြေးငွေပေးနေရတယ်။ သူနာပြုတွေရဲ့ အဖျားတိုင်းတာ ရေပတ်တိုက်ပေးတာတွေကအစ အခကြေးငွေပေးနေရတယ်။ ဆေးကုသပေးတာကို ကုန်ပစ္စည်းရောင်းသလိုလုပ်လာတယ်။ ဒါတွေဟာ မလုပ်သင့်တာတွေပါ။ အခန်းခထဲမှာ ဝန်ဆောင်မှု တွေအကုန်ပါနေရမယ့်အရာတွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ တစ်ခါ လက်ဖက်ရည်ဆိုင်တွေမှာလို ထူးတို့ ရှယ်တို့ ပါလာနေပြန်တယ်။ စမ်းသပ်ခ နှစ်ဆပေးနိုင်ရင် တန်းစီစောင့်စရာလိုဘူး။ ရှယ်ဆိုရင် လူနာရောက်ရောက်ချင်း ဆရာဝန်ကိုယ်တိုင် သွားခေါ်ပြီး ကြည့်ပေးရတာမျိုးတွေရှိလာတယ်။ ထူးရှယ်ဆိုရင်တော့ ဆေးခန်းထဲမှာ ထိုင်ခုံအကောင်းစားနဲ့ ထိုင်ခိုင်းပြီး ချက်ချင်းကြည့်ရှုပေးရတယ်။ ငွေမျက်နှာကိုပဲကြည့်လာကြတယ်။ မထူးနိုင် မရှယ်နိုင်တဲ့လူနာတွေအဖို့ မျက်နှာငယ်လာရတော့တာပေါ့။ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာအပျက်ဆုံးကတော့ ကိုယ်တာဝန် ယူ ကုသပေးနေတဲ့လူနာတွေကို ညဖက်မှာ အရေးပေါ်ပြဿနာတက်လာရင် သွားမကြည့်ပေးချင်ကြတော့ဘူး။ အရေးပေါ် တစ်ခါလာကြည့်ရင် အထူးကုဆရာဝန်ကြီးတစ်ယောက်ကို တစ်သောင်း၊ တစ်သောင်းခွဲ၊ နှစ်သောင်း၊ သုံးသောင်းအထိပေးထားတာကိုတောင် ကိုယ့်လူနာတွေကို ပစ်ပယ်ထားချင်ကြတယ်။ ဆေးရုံတင်တုန်းက သူတို့ပဲ တင်ခိုင်းလိုက်ကြပြီး တကယ်တမ်းအရေးကြီးလာတဲ့အခါကျတော့ လာမကြည့်ချင်ကြ၊ နောက်ဆုံး လူနာနဲ့

ကတောက်ကဆ ဖြစ်လာတဲ့အခါမှာ နောက်ဆရာဝန်နဲ့ပြောင်းပြတော့ဆိုပြီး လူနာကိုလွယ်လွယ်ကူကူပဲ abandon ပစ်ပယ်ထားသလို လုပ်ပစ်လိုက်ကြတယ်။

ဒေါက်တာမြင့်ဦး(ဂျီပီ)ဟာ အထွေထွေရောဂါကု ဆရာဝန်တစ်ဦးဖြစ်နေတာကြောင့် သူ့စာအုပ်ကို အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်လက်စွဲလို့ အမည်တပ်ပေးထားတာပါ။ တကယ်တော့ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဆိုတာ ဟာ လူနာစောင့်ရှောက်မှုနဲ့ပါဝင်ပတ်သက်နေတဲ့ အထူးကုဆရာဝန်တွေ၊ သူနာပြုတွေ၊ ဓာတ်ခွဲခန်းဝန်ထမ်းတွေ၊ လူနာရဲ့ မိသားစုဝင်တွေ၊ ဌာနဆိုင်ရာအဖွဲ့အစည်းတွေ၊ လူမှုရေးအသင်းအဖွဲ့တွေ၊ တိုင်းရင်းဆေးဆရာတွေ၊ ဆေးပညာပေးဆောင်းပါးရေးနေတဲ့သူတွေနဲ့၊ လူနာတွေကိုယ်တိုင်ပါ လက်စွဲလက်ကိုင်ပြု ဖတ်ရှုကြည့်ဖို့ လိုအပ်တဲ့စာအုပ်တစ်အုပ်လို့ ကျွန်တော်ပြောလိုက်ချင်ပါတယ်။

ဆရာဝန်တွေ သိက္ခာတိုးတက်လာရအောင် မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီနဲ့ ဆေးကျောင်းတွေကချည်း ထိန်းသိမ်းလုပ်ဆောင်နေလို့မရနိုင်ပါဘူး။ ပတ်ဝန်းကျင်အခြေအနေဖြစ်တဲ့ စားဝတ်နေရေး မလုံလောက်ရတဲ့ အကြောင်းတွေ၊ ကုန်ဈေးနှုန်း ကြီးမြင့်လာရတဲ့အကြောင်းတွေ၊ ဝင်ငွေနဲ့သုံးငွေ မညီမျှတဲ့အပိုင်းတွေကြောင့် လူတွေအကျင့်စာရိတ္တတွေ ပျက်စီးလာရသလို၊ ဆရာဝန်တွေလည်း ကျင့်ဝတ်တွေလျော့ရဲလာတာဖြစ်ပါတယ်။ ဒါတွေကို ထိန်းသိမ်းရအောင် ဆေးကောင်စီတစ်ခုတည်းကို အားကိုးနေလို့မရပါဘူး။ မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီ အနေနဲ့ ၂၀၀၀ ခုနှစ်ကစပြီး အချက် ၃၁ ချက်ပါဝင်တဲ့ အထွေထွေဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များ ဆိုတာကို ဆရာဝန်ဘွဲ့ရပြီး လာရောက်မှတ်ပုံတင်တဲ့ ဆရာဝန်တိုင်းကို ဝေငှထားပြီးဖြစ်ပါတယ်။ အခု ဒေါက်တာမြင့်ဦး(ဂျီပီ) ရဲ့ အခြေခံသမားကျင့်ဝတ်လက်စွဲစာအုပ် နောက်ဆက်တွဲ(ခ)မှာလည်း ထည့်သွင်းဖော်ပြ ထားတာကို တွေ့ရပါတယ်။ ဘွဲ့နှင်းသဘင် အဓိဋ္ဌာန်သစ္စာ ကိုးချက်ကိုလည်း ထည့်ပေးထားပါတယ်။ ဆရာဝန် တိုင်းဟာ ဒီညွှန်ကြားချက်တွေကို ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်နေကြပါပြီ။ နားလည်သဘောပေါက်ထားပြီးလည်း ဖြစ်ကြပါ တယ်။ ဒါပေမယ့် ဘာကြောင့် ဒီလို ကျင့်ဝတ်အင်အားတွေ လျော့နည်းနေရသလဲဆိုတာကတော့ ခုနပြောခဲ့တဲ့ ပတ်ဝန်းကျင်အသိုင်းအဝန်းရဲ့ ဖျက်ဆီးမှုအပိုင်းတွေ ရှိနေလို့လည်းဖြစ်ပါတယ်။ ဒေါက်တာမြင့်ဦး ဖော်ပြလိုက် တဲ့ World Medical Association ရဲ့ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာလမ်းညွှန်ချက်တွေကို ဖတ်ရှုပြီးရင် ပိုမိုသဘောပေါက် လာပါလိမ့်မယ်။ ဆရာဝန်တွေအကျင့်သိက္ခာ မြင့်တက်လာရအောင် ဒေါက်တာမြင့်ဦးက နည်းနည်းပါးပါး သူလက်လှမ်းမှီရာ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာလျော့ရဲမှုတွေကို ဆရာဝန်များ၊ လူနာများနဲ့ ပြည်သူလူထု သဘောပေါက် လွယ်အောင် နည်းနည်းလောက်ပဲ ဖော်ပြပေးလိုက်တာပါ။ ဒီထက်မက အကျင့်ပျက်နေတာတွေ အများကြီး ရှိနေပါတယ်။ ဂျာနယ်တွေ မဂ္ဂဇင်းတွေကို ပြန်ဖတ်ကြည့်လိုက်ပါ။ အမျိုးစုံမကျေနပ်ချက်တွေကို ရင်ဖွင့်နေ တာတွေ၊ ဆရာဝန်တွေကို တရားစွဲဖို့ပြင်ဆင်နေတာတွေ၊ အနောက်နိုင်ငံတွေမှာလို Law suit တွေနဲ့ လျော်ကြေး တောင်းချင်နေတဲ့ အပိုင်းတွေကို တွေ့မြင်ရပါလိမ့်မယ်။ ဆရာဝန်တွေကျင့်ဝတ်သိက္ခာ မြင့်တက်လာရအောင် ဆေးကောင်စီရဲ့ လုပ်နည်းဥပဒေ ထွက်ရှိမလာသေးတာကြောင့် သေချာရေရာတဲ့လုပ်ဆောင်ချက်တွေ လုပ်

မပေးနိုင်သေးပါဘူး။ လက်ရှိအနေအထားမှာ ဆေးကောင်စီကတစ်ပိုင်း၊ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနကတစ်ပိုင်း၊ သင်ကြားရေးဆေးရုံက ဆရာဝန်ကြီးတွေရဲ့ Role Model နဲ့ မပျောက်ပျက်အောင် စံနမူနာပြု သင်ကြားပေးဖို့ ကတစ်ပိုင်း လိုအပ်နေပါလိမ့်ဦးမယ်။ ဆေးသိပ္ပံကျောင်းအနေနဲ့ အလျင်တုန်းက ဆေးပညာ curriculum ငါးနှစ် အတွင်းမှာ ကျင့်ဝတ်နဲ့ပတ်သက်ပြီး သုံးနာရီပဲသင်ကြားပေးခဲ့ရတာကို အခုနောက်ပိုင်းမှာ PSM Department နဲ့ Medico-legal Department တို့ ပူးပေါင်းပြီး သင်တန်းတွေ seminar တွေ တိုးချဲ့ လုပ်ဆောင်လာနေ ပါပြီ။ ၂၀၀၃ ခုနှစ်ကလုပ်ခဲ့တဲ့ Sixth Medical Education Seminar မှာ ဆရာဝန်တွေရဲ့ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာတွေ လျော့ရဲလာရတဲ့အတွက် ဆေးပညာသင်ကြားတဲ့ နှစ်ကာလ အတန်းတိုင်းမှာ ပထမနှစ်သင်ရိုးကစပြီး၊ နောက် ဆုံးနှစ်အထိ ဆရာဝန်ကျင့်ဝတ်ကို သင်ကြားပေးဖို့၊ အလုပ်သင်ဆရာဝန်အပိုင်း၊ ဘွဲ့လွန်သင်တန်းအပိုင်း တွေမှာလည်း Medical Ethics ကို သင်ကြားပေးသွားဖို့ အဆိုပြုတင်သွင်းထားခဲ့ပြီး ဖြစ်ပါတယ်။

“သမား ကျင့်ဝတ်ဆိုတာဟာ ဘယ်သူမပြုမိမိမှု” ဆိုသလိုပဲ ဆရာဝန်တွေကိုယ်တိုင်ကပဲ ထိန်းသိမ်း စောင့်ရှောက်သွားရမှာဖြစ်ပါတယ်။ စားဝတ်နေရေး မလုံလောက်တာထက်၊ ပတ်ဝန်းကျင်က လှုံ့ဆော်နေတာထက်၊ မိမိကိုယ်တိုင်အပေါ်မှာသာ မူတည်ပါတယ်။ ကိုယ်ကောင်းရင် ခေါင်း ဘယ်ကိုမှ မရွေးပါဘူး။ ကိုယ့်ဟာနဲ့ ကိုယ်သာ ထိန်းကြပါ။ ကိုယ့်စိတ်ကိုယ်သာ ထိန်းသိမ်းကြပါ။ သူများအမှားလုပ်တာကို ကိုယ်က လိုက်မလုပ်မိပါ စေနဲ့။ သူများမှားနေတာတွေရင်လည်း ကိုယ်ကပြုပြင်လိုတဲ့စိတ်နဲ့ ကူညီဆောင်ရွက်ပေးဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာ မြင့်မားလာစေဖို့ ဆေးကောင်စီ၊ ဆေးကျောင်းတွေ၊ ဆရာတွေအပြင် ပြည်သူ လူထုရဲ့ အခန်းကဏ္ဍကလည်း အရေးကြီးပါတယ်။ ပြည်သူလူထုက ဝိုင်းဝန်းထိန်းကျောင်းသွားဖို့လိုပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်နဲ့မလျော်ညီတဲ့ ကိုယ်လိုချင်တာကိုယ်လုပ်စေချင်တာတွေကို လုပ်ဆောင်စေဖို့ ဆရာဝန်တွေကို ငွေကြေးအမြောက်အမြားပေးပြီး မခိုင်းကြဖို့လည်းလိုအပ်ပါတယ်။ လူဆိုတာ ငွေမက်မောတတ်ကြတယ် ဆိုလေ တိုင်း၊ ကိုယ်ကိုယ်တိုင်က ဆရာဝန်ဖြစ်နေတာမို့ လောဘ မဖက်မိကြဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာ လျော့ရဲတာတွေဟာ မြို့ကြီးတွေမှာ အဖြစ်များကြပါတယ်။ ပြင်ပဆေးကုခန်းတွေ ဆေးရုံတွေကို ဆေးကောင်စီနဲ့ ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနက ထိန်းသိမ်းဖို့ လိုအပ်နေပါတယ်။ အထူးသဖြင့် အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်များ အဖွဲ့ (General Practitioners' Society) အနေနဲ့လည်း ဂျီပီဆရာဝန်အချင်းချင်း ထိန်းကျောင်းသွားဖို့ လိုပါတယ်။ အထူးကုဆရာဝန်အဖွဲ့တွေကလည်း အထူးကုတွေအချင်းချင်း ထိန်းကျောင်းကြဖို့တာဝန်ရှိပါတယ်။ သမားကျင့်ဝတ်ဆိုတာကို မပြောခင် ဆရာဝန်တွေ အကုန်လုံး လူ့ကျင့်ဝတ်ကို အလျင်ထိန်းကြပါ။ လူလူချင်း ဘယ်လိုစောင့်ရှောက်ရမလဲ။ ဘယ်လိုကူညီရမလဲ။ ဘယ်လိုကြင်နာတရားတွေ ထားရမလဲ။ ဆေးကုသမှု အပိုင်းကျမှ မိမိကျွမ်းကျင်တတ်မြောက်ထားတဲ့ ဆေးပညာနဲ့ လူနာတွေကို ဘယ်လိုခံစားမှုသက်သာအောင် လုပ်ပေးကြမလဲ။ နောက်ဆုံးအနေနဲ့ ဆရာဝန်အပေါင်းကို ကျွန်တော်ပန်ကြားချင်တာကတော့ ကိုယ့်သိက္ခာကို ကိုယ်တိုင်ထိန်းသိမ်းကြပါ။ လူ့ကျင့်ဝတ်တွေကို ထိန်းသိမ်းကြပြီး ဆရာဝန် ကျင့်ဝတ်သိက္ခာနဲ့ပေါင်းစပ်

ဆေးကုသသွားကြမယ်ဆိုရင် ကုသိုလ်လည်းရ ဝမ်းလည်းဝတဲ့ မွန်မြတ်တဲ့ အသက်မွေးဝမ်းကျောင်းတစ်ခု အဖြစ် ပေါ်ထွန်းလာပါလိမ့်မယ်လို့ ယုံကြည်မိပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေ၊ ဆေးလောကသားတွေ အကုန်လုံး လူနာကို ပညာပေးဟောပြောမှုတွေ ပြုလုပ်ပေးကြပါ။ ဆေးကုသနေရင်း လူနာနားလည်အောင် ရှင်းလင်း ပြောဆိုမှုတွေ လုပ်ပေးကြပါ။ ကိုယ်ကိုယ်တိုင် လောဘမဖက်ဘဲ လူနာအတွက် အချိန်ပေးနိုင်တဲ့ ဆရာဝန်များ အဖြစ် ပြုမူနေထိုင်ကြပါ။ compassion ပြည့်ဝတဲ့ ကယ်တင်ရှင်ဆရာဝန်များအဖြစ် မြင်တွေ့လိုပါတယ်။

လူနာများနှင့် ဆရာဝန်များအားလုံး ကိုယ်စိတ်နှစ်ဖြာကျန်းမာ ချမ်းသာကြပါစေ။



အဘ ဒေါက်တာလှမြင့်
 MBBS, DTM&H, FRCP
 ယခင် ဆေးပညာပါမောက္ခနှင့်သမားတော်ကြီး။
 အငြိမ်းစားပါမောက္ခချုပ်။ ဆေးတက္ကသိုလ် (၁) ရန်ကုန်မြို့။

မှတ်ချက်။ (အဘသည် ၁၉၂၈ ခုနှစ်တွင် ပဲခူးတိုင်း သာယာဝတီခရိုင်၊ သုံးဆယ်မြို့တွင် မွေးဖွားခဲ့ပါသည်။ ၁၉၄၄ ခုနှစ်တွင် ၁၀ တန်းအောင်မြင်ခဲ့သည်။ ၁၉၅၂ ခုနှစ်တွင် ရန်ကုန်ဆေးကောလိပ်မှ MBBS ဘွဲ့ ရရှိခဲ့သည်။ ၁၉၅၂ ခုနှစ် ဒီဇင်ဘာလတွင် Civil Assistant Surgeon အဖြစ် ရန်ကုန်ဆေးရုံကြီး အခန်းအမှတ် ၁၅-၁၆ တွင် ပါမောက္ခ ကာလ်နယ်မင်းစိန်၏ လက်အောက်၌ စတင်အမှုထမ်းခဲ့သည်။ ၁၉၅၄ ခုနှစ်တွင် ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာန ရှေ့တန်း စစ်မြေပြင်ဆေးတပ်မှူး (Team Leader) အဖြစ် လားရှိုးခြေလျင်တပ်ရင်း အမှတ်(၆) သို့ volunteer လျှောက်ထားပြီး ဝနှင့်ကိုးကန့်နယ်မြေများသို့ လှည့်လည်ဆေးကုသခဲ့သည်။ ၁၉၅၅ မှ ၁၉၅၈ ခုနှစ်အတွင်း UK နိုင်ငံတွင် DTM&H နှင့် MRCP သင်တန်းတက်ရောက်အောင်မြင်ခဲ့သည်။ ထို့နောက် ရန်ကုန်ဆေးရုံကြီးအခန်း အမှတ် ၁-၂ တွင် မေဂျာရွှေဇံ လက်ထောက်အဖြစ် အမှုထမ်းခဲ့ရပြန်သည်။ သင်ကြားရေးတာဝန် တွဲဖက်လုပ်ဆောင်ခဲ့သည်။ ၁၉၆၁ မှ ၁၉၆၃ အထိ တောင်ကြီးစစ်ထွန်းဆေးရုံသို့ ပြောင်းရွှေ့အမှုထမ်းသည်။ ၁၉၆၃ တွင် ရန်ကုန်ဆေးရုံကြီးသို့ ပြန်ရွှေ့ခဲ့ပြီး ၁၉၆၇ ခုနှစ်တွင် ဆေးပညာပါမောက္ခဖြစ်လာသည်။ ၁၉၇၁ ခုနှစ်တွင် FRCP အသိအမှတ်ပြုခံရပြီး၊ ရန်ကုန်ဆေးတက္ကသိုလ်(၁) ၏ ဆေးပညာဌာနမှူး ဖြစ်လာသည်။ ၁၉၈၄ ခုမှ ၁၉၈၈ ခုနှစ်အထိ ပါမောက္ခချုပ်ဖြစ်ခဲ့သည်။ မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီအဖွဲ့ဝင်အဖြစ် ၁၉၆၄ ခုနှစ်မှ ၂၀၀၈ ခုနှစ်အထိ တာဝန်ယူခဲ့ရာတွင် ၂၀၀၀ ခုနှစ်မှ ၂၀၀၈ ခုနှစ်အထိ ဆေးကောင်စီဥက္ကဋ္ဌအဖြစ် ထမ်းရွက်ခဲ့သည်။)

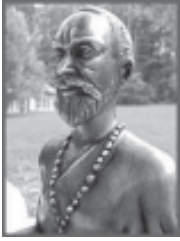
ebpf

လူ့လောကကြီးပွားတိုးတက်စေရေးအတွက် လူ့အများလိုက်နာကြရန် လမ်းပြရှေ့ဆောင်သော ကျမ်းတစ်စောင်ကို လောကနီတိ ဟုခေါ်ဆိုပါသည်။ နီတိဟူသည် လိုက်နာရမည့်စည်းကမ်းဟု အဓိပ္ပာယ်ရပါသည်။ လောကအတွက် လောကနီတိကျမ်းကြီးရှိသလို ဗုဒ္ဓဘာသာတရားတော်တွင်လည်း လူသားတို့ တာဝန်ယူလိုက်နာကျင့်သုံးရမည့် တာဝန်ဝတ္တရားများ ရှိနှင့်နေပြီးဖြစ်ပါသည်။ မိဘဝတ်၊ သားသမီးဝတ်၊ မိတ်ဆွေဝတ်၊ ဆရာဝတ်၊ တပည့်ဝတ်၊ အကြီးအကဲဝတ်စသည်တို့မှာ လူလူချင်းဆက်ဆံမှုကို အခြေခံသော ကျင့်ဝတ်များဟု ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ ရဟန်းတော်များလိုက်နာရမည့် ဝိနည်းသိက္ခာများလည်းရှိနေသည်။ ထိုနည်းတူစွာ လူနာများကို ပျောက်ကင်းချမ်းသာအောင် ဆေးကုသပေးနေကြရသောဆရာဝန် (သမားပုဂ္ဂိုလ်များ) အတွက်လည်း **သမားကျင့်ဝတ်** ဟူ၍ သတ်မှတ်ထားရှိပြီးဖြစ်ပါသည်။ ဆေးကုသမှုများ တိုးတက်ကောင်းမွန် ဖြစ်ထွန်းလာစေရန် စံနမူနာထားကျင့်ကြံကြရမည့် ညွှန်ကြားချက်များပါရှိနေသဖြင့် **သမားနီတိ** ဟု ခေါ်ဆိုလိုရန် ပါသည်။ အနောက်တိုင်းဆေးပညာ၏ ဖခင်ကြီး ဟစ်ပိုကရေးတီးစ်(ဘီစီ-၄၇၀-၃၇၀) ၏ ကတိသစ္စာတိုင်တည်ချက် (Hippocratic Oath) သည် လည်းကောင်း၊ မြန်မာ့ဆေးလောကတွင် ဆရာတစ်ဆူဖြစ်ခဲ့သော သမားတော်ဇီဝက(ဘီစီ-၅၆၄-၄၈၃)၏သမားကုထုံးများသည်လည်းကောင်း၊ ထိုမှတစ်ဆင့် ၂၀ရာစုတွင် ဆက်လက်ပေါ်ထွက်လာသော ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီး(World Medical Association) ၏ ဂျီနီဗာကြေငြာစာတမ်း (Declaration of Geneva) သည်လည်းကောင်း ဆေးကုမှုဖြင့် အသက်မွေးဝမ်းကျောင်းပြုနေကြကုန်သော ဆရာဝန်များ၊ သမားတော်များအတွက် စံနမူနာထားလိုက်နာသင့်သည့် သမားကျင့်ဝတ်များပင်ဖြစ်တော့သည်။ မြန်မာနိုင်ငံတွင် ၁၉၅၃ခုနှစ် မတိုင် ခေတ်ကာလတစ်လျောက်လုံး အရည်အချင်း မပြည့်ဝသူ ဆေးဆရာများနှင့် အရည်အချင်းပြည့်မီသူဆရာဝန်များ ရောပြွမ်းပြီး ဆေးကုသခွင့်ရရှိနေခဲ့ကြသည်။ မြန်မာနိုင်ငံ ဆေးကုသရေးဆိုင်ရာအက်ဥပဒေ (Burma Medical Act) ကို ပြဋ္ဌာန်းလိုက်သောအခါတွင် မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီ (Burma Medical Council) ဟုပေါ်ပေါက်လာပြီး ဆရာဝန်များကိုသာ ဆေးကုသခွင့်မှတ်ပုံတင် (Medical Register) ထုတ်ပေးလျက် ဆေးပညာအဆင့်အတန်းကို ထိန်းကွပ်ခြင်းနှင့် သမားဂုဏ်အင်္ဂါနှင့် မလျော်ညီသော မအပ်မရာကျင့်မိစ္ဆာများကို အရေးယူခြင်းများကို အဓိကထား လုပ်ဆောင်ပေးနိုင်ခဲ့ပါသည်။ ထို့ကြောင့် လူထုမှလေးစားကြည်ညိုသော အရည်အချင်းရှိ သိက္ခာပြည့်ဝသည့်ဆရာဝန်များအဖြစ် ရပ်တည်လာခဲ့ကြပါသည်။ နောက်တွင်ဆေးကောင်စီဥပဒေပါ အချက်အလက်များမှာ ပြောင်းလဲလာသောခေတ်နှင့် အံမဝင်ဖြစ်လာရပြီး ဖွဲ့စည်းလိုက်သည့်ဆေးကောင်စီမှာလည်း နှစ်ကာလအတော်ကြာအောင် တိမ်မြုပ်သွားခဲ့ရပါသည်။ ၁၉၆၂ ခုနှစ်တွင် ကျန်းမာရေးဌာနမှ ဆရာဝန်မှတ်ပုံတင်ရေးဘုတ်အဖွဲ့ (ဆမဘုတ်) ကို ပြန်လည်ဖွဲ့စည်းပေးပြီး ဆေးကောင်စီ၏ လုပ်ငန်းတာဝန်အချို့ကို ပြန်လည် လုပ်ဆောင်လာနိုင်ခဲ့ပါသည်။ ၂၀၀၀ ခုနှစ်တွင် ပြည်ထောင်စုမြန်မာနိုင်ငံတော်၊ နိုင်ငံတော်အေးချမ်းသာယာရေးနှင့်ဖွံ့ဖြိုးရေးကောင်စီမှ ဥပဒေအမှတ် ၁/

၂၀၀၀ မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီ ဥပဒေကို ပြဋ္ဌာန်းပေးလိုက်ပြီး မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီကို ပြန်လည် ဖွဲ့စည်းလျက် . . .

- (က) အရည်အသွေးမီ၍ ထိရောက်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းများကို အများပြည်သူတို့ ခံစားခွင့် ရရှိစေရန်၊
- (ခ) ဆရာဝန်များ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအရည်အသွေး၊ အဆင့်အတန်းကို ထိန်းသိမ်းမြှင့်တင်ရန်၊
- (ဂ) ဆေးပညာကိုခေတ်နှင့်အညီ အဆင့်အတန်းမြင့်မားစွာ လေ့လာသင်ကြားနိုင်စေရန်၊
- (ဃ) ဆေးပညာတိုးတက်မှုကို ဆရာဝန်များ စဉ်ဆက်မပြတ် လေ့လာဆည်းပူးနိုင်စေရန်၊
- (င) ဆရာဝန်များ၏ ဂုဏ်သိက္ခာထိန်းသိမ်းမြှင့်တင်နိုင်ရန်၊
- (စ) ဆရာဝန်၏ကျင့်ဝတ်သိက္ခာများနှင့်အညီ လိုက်နာစောင့်ထိန်းရေးအတွက် ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲနိုင်ရန်ဟူ၍ ရည်ရွယ်ချက်ကြီး ၆ရပ်ဖြင့် လုပ်ဆောင်လျက် ရှိနေပါသည်။

၂၀၀၃ ပြည့်နှစ် မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီ၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သမားကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက် များသည် မြန်မာဆရာဝန်များအတွက် သမားကျင့်ဝတ်(Medical Ethics)များပင်ဖြစ်ပါသည်။ ပြည်သူလူထု၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတွင် ရှေ့တန်းတိုက်စစ်မှူးများအသွင် တက်ကြွစွာ ပါဝင်ဆောင်ရွက်နေကြသော အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်များ (ခေတ်အခေါ်- ဂျီပီ ဆရာဝန်များ)အတွက် ဆေးကုသရင်းလိုအပ်သလို ရည်ညွှန်းအသုံးပြုနိုင်သည့် နိုင်ငံတကာအဆင့်မီ ကျင့်ဝတ်လက်စွဲစာအုပ်တစ်အုပ် လိုအပ်နေပါသည်။ အထက် တွင်ဖော်ပြခဲ့သော သမားကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်အသီးသီးကို ပေါင်းစည်းကိုးကား၍ **ကမ္ဘာ့ဆရာဝန် အသင်းကြီး၏** ကျင့်ဝတ်လက်စွဲစာအုပ်ကို ကျောရိုးပြုထားသော **အခြေခံသမားကျင့်ဝတ်လက်စွဲ** စာစောင် တစ်ခုကို ရေးသားထုတ်ဝေလိုက်ရပါသည်။ ဂျီပီဆရာဝန်များသာမက အထူးကု ဆရာဝန်များ၊ တိုင်းရင်းဆေး ဆရာများ၊ လူနာများ နေ့စဉ်ကြုံတွေ့နေရသော ဆေးကုသမှုဖြစ်စဉ်များမှ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာပြဿနာများကို ကူညီဖြေရှင်းပေးနိုင်လိမ့်မည်ဟု မျှော်လင့်မိပါသည်။



သမားတော်ကြီးဆရာဇိဝက (ဘိစိ။ ၅၆၄-၄၈၃)

ဂရိဘာသာဖြင့် ရေးသားထားသော ဟစ်ပိုကရေးတီးစ် သစ္စာပြုလွှာမူရင်း



Hippocratic Oath—Classical Version

I swear by Apollo Physician and Asclepius and Hygieia and Panacea and all the gods and goddesses, making them my witnesses, that I will fulfil according to my ability and judgment this oath and this covenant:

To hold him who has taught me this art as equal to my parents and to live my life in partnership with him, and if he is in need of money to give him a share of mine, and to regard his offspring as equal to my brothers in male lineage and to teach them this art - if they desire to learn it - without fee and covenant; to give a share of precepts and oral instruction and all the other learning to my sons and to the sons of him who has instructed me and to pupils who have signed the covenant and have taken an oath according to the medical law, but no one else.

I will apply dietetic measures for the benefit of the sick according to my ability and judgment; I will keep them from harm and injustice.

I will neither give a deadly drug to anybody who asked for it, nor will I make a suggestion to this effect. Similarly I will not give to a woman an abortive remedy. In purity and holiness I will guard my life and my art.

I will not use the knife, not even on sufferers from stone, but will withdraw in favor of such men as are engaged in this work.

Whatever houses I may visit, I will come for the benefit of the sick, remaining free of all intentional injustice, of all mischief and in particular of sexual relations with both female and male persons, be they free or slaves.

What I may see or hear in the course of the treatment or even outside of the treatment in regard to the life of men, which on no account one must spread abroad, I will keep to myself, holding such things shameful to be spoken about.

If I fulfil this oath and do not violate it, may it be granted to me to enjoy life and art, being honored with fame among all men for all time to come; if I transgress it and swear falsely, may the opposite of all this be my lot.

Translation from the Greek by Ludwig Edelstein. From The Hippocratic Oath: Text, Translation, and Interpretation, by Ludwig Edelstein. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1943.

ဟစ်ပိုကရေးတီးစ်၏ အဓိဋ္ဌာန်ပြုလွှာ
(မူရင်းဂရိဘာသာမှ လုဒ်ဝစ်အက်ဒယ်စတီး၏ အင်္ဂလိပ်ဘာသာပြန်ဆိုချက်ကို
မြန်မာလို ဆီလျော်အောင် ပြန်ဆိုထားခြင်းဖြစ်ပါသည်။)

ဆေးဝိဇ္ဇာအကျော်အမော် ဆရာသခင်များဖြစ်ကြကုန်သော သမားရှင် အပိုလိုအားလည်းကောင်း၊ တောင်ဌေးကိုင် အက်စ်ကလီးစ်ပီးယပ်စ် နတ်မင်း၊ ရောဂဝိဇ္ဇာ-ဟိုက်ဂျီးယေ့နတ်မင်း၊ အဆိပ်ပြီးဝိဇ္ဇာ-ပင်နေးရှေးနတ်မင်းတို့နှင့်တကွ ဝိဇ္ဇာဇော်ဂျီ၊ ဟူးရားသခင်သမားရှင်အပေါင်းတို့အား သက်သေထားလျက် ဤကတိသစ္စာတိုင်တည်ချက်ကို ကိုယ်စွမ်းဉာဏ်စွမ်းရှိသရွေ့ လိုက်နာကျင့်ကြံ အားထုတ်ပါမည်ဟု အကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် သစ္စာပြု ကျိန်တွယ်အပ်ပါ၏။

အကျွန်ုပ်အား ဆေးပညာသင်ကြားပေးလိုက်ကြကုန်သော ဆရာသခင်များအား မိဘနှင့်တစ်ဂိုဏ်း တည်းထားလျက် မိသားစုသဖွယ် ထောက်ပံ့ဆည်းကပ်မှုပြုပါအံ့။ ဆရာသခင်တို့၏သားသမီးများကိုလည်း မိမိ၏ညီရင်း အစ်ကိုမောင်နှမများသဖွယ် မှတ်ယူ၍၊ ထိုသူတို့မှ ဆေးပညာ ဆည်းပူးလိုသည် ရှိခဲ့ပါသော် မိမိမှ အခကြေးငွေမယူဘဲ ဆေးပညာပြန်လည်ပို့ချ သင်ကြားပေးအပ်ပါမည်။ ဆေးပညာသင်ကြားလိုသူ မှန်သမျှကိုလည်း သမားမြတ်တို့၏ ကျင့်ဝတ်နှင့်လျော်ညီစွာ မိမိတတ်မြောက်ထားပြီးသော ဆေးပညာများကို ဆက်လက်ဖြန့်ဖြူးပေးဆပ်ပါမည်။

ဂီလာနုပုဂ္ဂိုလ်များအား အကျိုးဖြစ်ထွန်းစေသော အာဟာရဓာတ်စာများကိုသာ ပေးကမ်းလမ်းညွှန်လျက် ဘေးဥပါဒ်ဖြစ်စေရန်နှင့် တရားမျှတခြင်းဖြစ်စေရန် ကိုယ်စွမ်းရှိသရွေ့ ကူညီစောင့်ရှောက်ပါမည်။

ဘေးဥပါဒ်ဖြစ်စေသောဆေးနှင့် သေစေတတ်သောဆေးများကို လူနာမှ တောင်းဆိုလာသည့်တိုင် အောင် ကိုယ်တိုင်ပေးခြင်း၊ တစ်ပါးသူအားပေးခြင်းနှင့် အကြံပြုခြင်းများကို အခါခပ်သိမ်းရှောင်ကြဉ်ပါမည်။

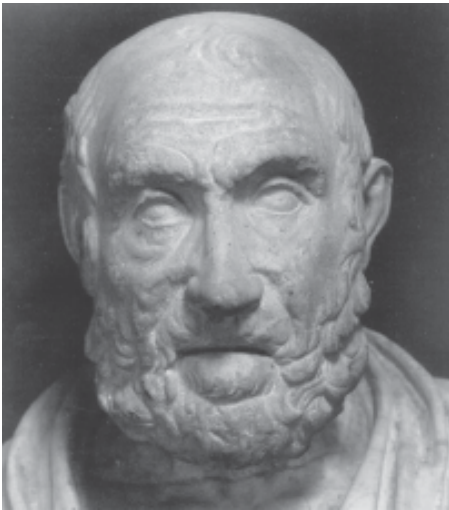
မိမိ၏သိက္ခာနှင့် တတ်ကျွမ်းသည့်ပညာကို တန်ဖိုးထားကာကွယ်သောအားဖြင့် ကိုယ်ဝန်ဆောင် မိခင်အား ကလေးပျက်ကျစေရန် ဘယ်သောအခါမျှ ပြုလုပ်မည်မဟုတ်ပါ။

ခွဲစိတ်ရန်မလိုအပ်သော ဝေဒနာသည်များအား ဓားတင်ခွဲစိတ်ခြင်းများမှ ရှောင်ကြဉ်ပါမည်။

လူနာပင့်ဖိတ်သဖြင့် ဆေးကုသရန်အလိုငှာ မည်သည့်အိမ်သို့ ဝင်ရောက်သည်ဖြစ်စေ လူနာ၏ ကျန်းမာရေးအကျိုးကိုသာ ဆောင်ရွက်ပါမည်။ လူနာအား ထိခိုက်နစ်နာစေမှုများနှင့် မဖွယ်မရာဖြစ်စေမှုများ မပေါ်ပေါက်စေရန် ထိန်းသိမ်းကာကွယ်ပါမည်။ အထူးသဖြင့် အိမ်ရှိ ယောက်ျား/မိန်းမ စသူတို့နှင့် လိင်မှုကိစ္စ ဖောက်ပြားမှောက်မှားမှုများ မရှိရလေအောင် အခါခပ်သိမ်းထိန်းသိမ်းရှောင်ကြဉ်ပါမည်။

ဆေးကုသမှုဖြစ်စဉ်၌သော်လည်းကောင်း လူနာ၏ဘဝဖြစ်စဉ် တစ်လျှောက်လုံး၌သော်လည်းကောင်း မိမိကိုယ်တိုင်ကြားသိရသမျှ မြင်သိရသမျှအလုံးစုံကို ပြင်ပကမ္ဘာသို့ မပေါက်ကြားရအောင် ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ပါမည်။ ပေါက်ကြားပြောဆိုခြင်းကို ရှယ်ဖွယ်လိလိဖြစ်ရပ်အဖြစ် ခံယူပါမည်။

ဤသို့အဓိဋ္ဌာန်ပြုသည့်အတိုင်း မကျိုးမပေါက် ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်နိုင်သည် ဖြစ်ပါသော် ကောင်းကျိုးမင်္ဂလာအပြာဖြာနှင့် ပြည့်စုံရပါစေသား။ အကယ်တမ္မ မထိန်းနိုင်၊ မသိမ်းနိုင်၊ အဓိဋ္ဌာန် ကျိုးပေါက် မစောင့်ရှောက်နိုင်သည် ဖြစ်သော်ငြားအံ့၊ မကောင်းသောဘေး၊ မကောင်းသောအန္တရာယ်၊ ရန်စွယ် အသွယ်သွယ်နှင့် ရင်ဆိုင်တွေ့ကြုံရလျက် နတ်မိစ္ဆာတို့၏ ကျိန်စာအသင့်ခံရပါစေသား။



ဟစ်ပိုကရေးတီးစ်(ဘီစီ။ ၄၃၀-၃၇၀)



ဆေးတောင်စားကိုင် Asclepius နတ်မင်း

မြန်မာနိုင်ငံဆရာဝန်များ ဆေးတက္ကသိုလ်ဘွဲ့နှင့်သဘင်၌ ရွတ်ဆိုကြရသည့် အဓိဋ္ဌာန်ပြုကတိသစ္စာ

ကမ္ဘာတစ်လွှား ကျော်ကြားထင်ရှားခဲ့သော သမားဟူးရားကြီးများအား သက်သေထား၍ ကျွန်ုပ်သည် ဤအဓိဋ္ဌာန်ပြု ကတိသစ္စာကို ရွတ်ဆို သစ္စာပြုပါအံ့။

- ၁။ ကျွန်ုပ်သည် လူသားအားလုံးတို့၏ ကိုယ်၏ကျန်းမာရေး၊ စိတ်၏ချမ်းသာရေးကို အကျွန်ုပ်၏အရေးကဲ့သို့ ယူဆပါအံ့။
- ၂။ ကျွန်ုပ်အားဆေးပညာသင်ကြားပေးခဲ့သော ဆရာသမားများအား မိဘသဖွယ် ရိုသေလေးစားပါအံ့။
- ၃။ ကျွန်ုပ်သည် လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက် ဆေးပညာရှင်များကို ညီရင်းအစ်ကိုမောင်ရင်းနှမကဲ့သို့လေးစားစွာ ဆက်ဆံပါအံ့။
- ၄။ ကျွန်ုပ်သည် သမားကောင်းတစ်ဦး၏ ကိုယ်ကျင့်တရားနှင့် မွန်မြတ်သည့်ဂုဏ်သိက္ခာ အစဉ်အလာကို ထိန်းသိမ်းပါအံ့။
- ၅။ ကျွန်ုပ်သည် ဆည်းပူးတတ်မြောက်ထားသော ဆေးပညာဖြင့် ဂီလာနပုဂ္ဂိုလ်များ၏ကျန်းမာရေးကို စေတနာ မေတ္တာရှေ့ထား၍ လူမျိုးဘာသာ ဆင်းရဲချမ်းသာမရွေး စွမ်းစွမ်းတမံ စောင့်ရှောက်ကုသပါအံ့။
- ၆။ ကျွန်ုပ်သည် ဂီလာနပုဂ္ဂိုလ်များအား ကုသနေစဉ် တွေ့မြင်ကြားသိရသည့် လျှို့ဝှက်အပ်သော အတွင်းရေး ကိစ္စများကို ဖွင့်ဆိုအပ်သည်တို့မှလွဲ၍ မည်သည့်အခါတွင်မဆို ဖွင့်ဟခြင်းမှ ရှောင်ကြဉ်ပါအံ့။
- ၇။ ကျွန်ုပ်သည် လူသားတို့အား ဘေးဥပါဒ်ဖြစ်စေတတ်သောဆေး၊ သေစေတတ်သည့် ဆေးများကို ကိုယ်တိုင် ပေးခြင်းမှသော်လည်းကောင်း၊ သူတစ်ပါးအား ပေးစေခြင်းမှသော်လည်းကောင်း အခါခပ်သိမ်း ရှောင်ကြဉ် ပါအံ့။
- ၈။ ကျွန်ုပ်သည် တရားမဝင်သော ကုသခြင်းတို့မှ အမြဲတစေ ရှောင်ကြဉ်ပါအံ့။
- ၉။ ကျွန်ုပ်သည် ဆည်းပူးတတ်မြောက်ထားသောဆေးပညာဖြင့် လူသားတို့၏ ဘဝနှင့်အသက်ကို တန်ဖိုး ထား လေးစားစွာ ကာကွယ်စောင့်ရှောက်ပါအံ့။

ယခု ကတိသစ္စာပြုသည့်အတိုင်းဆောင်ရွက်ပါသော် အကျွန်ုပ်သည် ကောင်းကျိုးမင်္ဂလာအဖြာဖြာနှင့် ပြည့်စုံပါစေသား။



ဆေးတက္ကသိုလ် (၁)
ရန်ကုန်၏ အမှတ်တံဆိပ်

မြန်မာနိုင်ငံ၌ လက်ရှိဖြစ်ပျက်နေသော ဆေးပညာ ကျင့်ဝတ်အခြေအနေ

Current Situation on Unethical Practice in Myanmar

(ဆေးတက္ကသိုလ် ဥပဒေဆိုင်ရာဆေးပညာဌာန နောက်ဆုံးနှစ်အပိုင်း(က) သင်ရိုး (Lecture Notes)
အတွဲ (၃) တွင်ဖော်ပြထားချက်ကို ဘာသာပြန်ဆိုတင်ပြပါသည်။)

၁၉၉၉ ခုနှစ် ဇူလိုင်လတွင် ရန်ကုန်ဆေးတက္ကသိုလ်(၁) ဥပဒေဆိုင်ရာဆေးပညာဌာနနှင့် ကာကွယ်ရေးနှင့်လူမှုရေးဆေးပညာဌာနတို့ နှစ်ခုပူးပေါင်းပြီး အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်များအကြား ဆေးပညာကျင့်ဝတ် တန်ဖိုးထားမှုနှင့်ပြဿနာရပ်များ (ethical values/issues) ကို သိသာနိုင်ရန် ရန်ကုန်မြို့ တွင် လေ့လာမှုတစ်ရပ်ပြုလုပ်ခဲ့ပါသည်။ ပုဂ္ဂလိကကဏ္ဍမှ အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန် (၃၄) ဦးပါဝင်ခဲ့ပါ သည်။ စိတ်ဝင်စားဖွယ်ရာ ကျင့်ဝတ်ကိစ္စများ တွေ့ရှိလာခဲ့ပါသည်။

၁။ လူနာညွှန်းပို့ခြင်းနှင့်ပတ်သက်၍ . . .

- ၁. ၁။ လူနာညွှန်းပို့ခံရသူ/ တောင်းခံခြင်းသည် ကျင့်ဝတ်နှင့် လျော်ညီပါသလား။
- ၁. ၂။ လူနာတစ်ယောက်ကို ရည်ညွှန်းပေးပို့လိုက်သောအခါတွင် တချို့သော အစိုးရဆေးရုံများမှ အချို့သော အထူးကုဆရာဝန်များနှင့် အရေးပေါ်ဌာန တာဝန်ကျဆရာဝန်များသည် ပို့လွှတ်လိုက်သော အထွေ ထွေရောဂါကုဆရာဝန်အား နှိမ့်ချခြင်းနှင့် စော်ကားမော်ကားသော အပြုအမူများပြုမူခြင်း (insulting and degrading manners)၊
- ၁. ၃။ အချို့သော အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်များသည် ဆေးကုသ အခကြေးငွေများ ပိုမိုရရှိလိုသော ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် တမင်နောက်ကျစွာ လူနာအား ဆေးရုံ သို့မဟုတ် အထူးကုဆရာဝန်ထံသို့ လွှဲ ပြောင်းပေးနေကြခြင်း၊
- ၁. ၄။ အချို့သော အထူးကုဆရာဝန်များသည် အထူးကုသမှုကဏ္ဍပြီးဆုံးပါသော်လည်း လူနာအား မူလ ပို့လွှတ်ပေးလိုက်သော အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်ထံ ပြန်လည်လွှဲအပ်ပေးခြင်း၊
- ၁. ၅။ အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်နှင့် အထူးကုဆရာဝန်အကြား လူနာလွှဲပြောင်းမှု-ပြန်လည်လွှဲပြောင်းမှု စနစ်ကျနစွာ မရှိသေးခြင်း၊

၂။ ဆေးကုသရေးကျင့်ဝတ်နှင့်ပတ်သက်၍ . . .

၂. ၁။ ဆေးကုသရန်ငြင်းဆိုခြင်း

- (က) အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်တစ်ဦး အထူးသဖြင့် အမျိုးသမီးဆရာဝန်တစ်ဦးသည် ညရေးညတာ အချိန် မတော်တွင် အိမ်ပင့်လူနာအား လိုက်လံကြည့်ရှုရန် သို့မဟုတ် အရေးပေါ်ကုသမှုပေးရန် ငြင်းဆို လိုက်ခြင်းသည် ကျင့်ဝတ်နှင့်လျော်ညီပါသလား။
- (ခ) ဆေးရုံတက်ကုသရန်လိုအပ်သည့် ဆင်းရဲသောလူနာများအား ဒေသဆိုင်ရာ အစိုးရဆေးရုံတစ်ခုခုမှ လက်ခံရန်ငြင်းဆိုခြင်း၊
- (ဂ) ဆေးရုံဝန်ထမ်းတစ်ဦးမှ ဆေးပစ္စည်းတစ်ခုခုကို ကွယ်ဝှက်ထိန်းသိမ်းထားလိုက်ခြင်းအားဖြင့် လူနာ အတွက် ကောင်းမွန်ထိရောက်သော ကုသချက် ဖြစ်ပေါ်မလာစေရန် ပြုမူခြင်း (refusal of optimal treatment)၊
- ၂. ၂။ အချို့အထူးကုဆရာဝန်များသည် မလိုအပ်သော စစ်ဆေးစမ်းသပ်မှုများကို ထပ်ခါတလဲလဲပြုလုပ် ခြင်းနှင့် လိုအပ်သည်ထက် ပိုမိုပြုလုပ်ခြင်း (unnecessary repetition and over investigation)၊
- ၂. ၃။ အချို့သောအထူးကုဆရာဝန်များမှ လူနာ၏ကုန်ကျစရိတ်ဖြင့် ပိုမိုအထူးပြုလုပ်ဆောင်ခြင်း (over specialization at the expense of the patient)၊
- ၂. ၄။ အချို့အထူးကုဆရာဝန်များမှ လူနာအား စနစ်တကျ စမ်းသပ်စစ်ဆေးခြင်းမပြုလုပ်ဘဲ အလျင် အမြန် ရောဂါဖော်ထုတ်ကုသမှုပေးနေခြင်း (hasty diagnosis and treatment)၊
- ၂. ၅။ လူနာ၏တောင်းဆိုချက်ကြောင့် အာနိသင်မသေချာသော ဆေးဝါးများကိုသုံးစွဲနေကြခြင်း (using drugs of questionable potency due to patients' demand)၊
- ၂. ၆။ မေ့ဆေးပေးခံထားရသောလူနာအား ဂရုမစိုက်ခြင်း (ခွဲစိတ်ကုသမှု ပြုလုပ်နေစဉ်အတွင်း လူနာမှ သိရှိနေကြောင်း အချက်ပြအသိပေးပါသော်လည်း ဂရုမစိုက်ခြင်း)- (neglecting patient under anesthesia)၊

၃။ သတင်းအချက်အလက်များဖွင့်ဟခြင်း (Disclosure of information)

- ၃. ၁။ လူနာကိုဆုံးခန်းတိုင်ကုသနိုင်ရန်အတွက် ရောဂါအမည်အမှန်ကို ဖုံးကွယ်ပြီး လိမ်ညာပြောဆိုထား ခြင်း။ (ကင်ဆာရောဂါကို ဓာတ်ရောင်ခြည်ပေး ကုသရမည့်အခြေအနေမျိုး)၊
- ၃. ၂။ လျှို့ဝှက်ထားရမည့်အချက်နှင့် လူထုအကျိုးစီးပွား (confidentiality versus community interest)
 - (အိပ်ချ်အိုင်ဗီလူနာနှင့် လူထုဝန်ဆောင်မှုများယှက်နွှယ်နေခြင်း - ဥပမာ။ လူထုအပန်းဖြေ ရေကူးကန်တွင် အိပ်ချ်အိုင်ဗီပိုးရှိနေသော ဆီးပူညောင်းကျလူနာ ရေကူးနေမှု)၊

- ၃. ၃။ လူနာရရှိသောရောဂါ/ဒဏ်ရာသည် ရာဇဝတ်မှုကြောင့် ဖြစ်ပေါ်ရကြောင်း လူနာကိုယ်တိုင်မှ ဖုံးကွယ်ထားသောအခါ ဆရာဝန်မှ မည်သို့ပြုမူရမည်နည်း။
- ၃. ၄။ တုံ့ပြန်လွယ်သောပြဿနာ (sensitive issues) များ၏ သတင်းအချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ခြင်း (အပျိုစင်တစ်ယောက် ကိုယ်ဝန်ရှိလာခြင်းကို ၎င်း၏အစ်ကို/မောင် ဖြစ်သူအား ဖွင့်ဟပြောဆိုခြင်း)၊

**၄။ သေခါနီးလူနာကိုကုသခြင်းနှင့် သေစာရင်းရေးပေးခြင်း
(Management of dying cases and certification of death)**

- ၄. ၁။ သေခါနီးလူနာကို ကုသပေးရန် တောင်းဆိုလာသောအခါ ဆရာဝန်တစ်ယောက်အနေဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ပြုမူရမည်နည်း။ မကုသဘဲ ဆေးရုံသို့လွှဲပေးလိုက်ခြင်းသည် ကျင့်ဝတ်နှင့်လျော်ညီပါသလား။ ကုသပေးနေစဉ်၌ သေဆုံးသွားခဲ့ပါက ဆရာဝန်ပေါ့လျော့မှုကြောင့် ဖြစ်ရသည်ဟု စွပ်စွဲလာဖွယ်ရှိသည်များကို မည်သို့ကာကွယ်ထားရမည်နည်း။
- ၄. ၂။ လူနာမသေဆုံးမီ နောက်ဆုံးကုသပေးခဲ့ရသော တစ်ဦးတည်းသော ဆရာဝန်တစ်ယောက်ဖြစ်နေရသည့်အတွက် သေစာရင်း (death certificate) ရေးပေးနိုင်ပါသလား။
- ၄. ၃။ လူနာသေဆုံးရသော လတ်တလောအကြောင်းရင်းနှင့် နောက်ခံအကြောင်းရင်းများကို သိရှိထားသူ ဆရာဝန်တစ်ယောက်အနေနှင့် သေစာရင်းရေးပေးနိုင်ပါသလား။
- ၄. ၄။ သေစာရင်းရေးပေးခြင်းအတွက် အခကြေးငွေ သတ်မှတ်တောင်းခံခြင်းသည် ကျင့်ဝတ်နှင့်လျော်ညီပါသလား။

၅။ ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်း ကိုယ်ဝန်ပျက်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်သော ကျင့်ဝတ်ပြဿနာများ

- ၅. ၁။ မလိုလားအပ်သော ကိုယ်ဝန်ကုသခြင်းနှင့် တရားမဝင်ကိုယ်ဝန် ဖျက်ခြင်းစိစစ်ရမည့်အတွက် အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်များ၏ (စာရိတ္တပိုင်းဆိုင်ရာနှင့်ဥပဒေပိုင်းဆိုင်ရာ) မထင်ရှားသော အခန်းကဏ္ဍ (ill-defined role – moral and legal) တွင်ရှိနေခြင်း။ အပျိုစင်များ၏မလိုလားအပ်သောကိုယ်ဝန်ကို မည်ကဲ့သို့ဖြေရှင်းရမည်နည်း။ အိမ်ထောင်ရှိသူ အမျိုးသမီး၏ မလိုလားအပ်သည့်ကိုယ်ဝန်ကို မည်သို့ဖြေရှင်းရမည်နည်း။ ကိုယ်ဝန်ပျက်အောင်ပြုလုပ်နေခြင်းကို တားဆီးနိုင်ရန် မည်သို့သော လမ်းညွှန်ချက်များရှိသနည်း။ (guidelines for prevention of induced abortion)



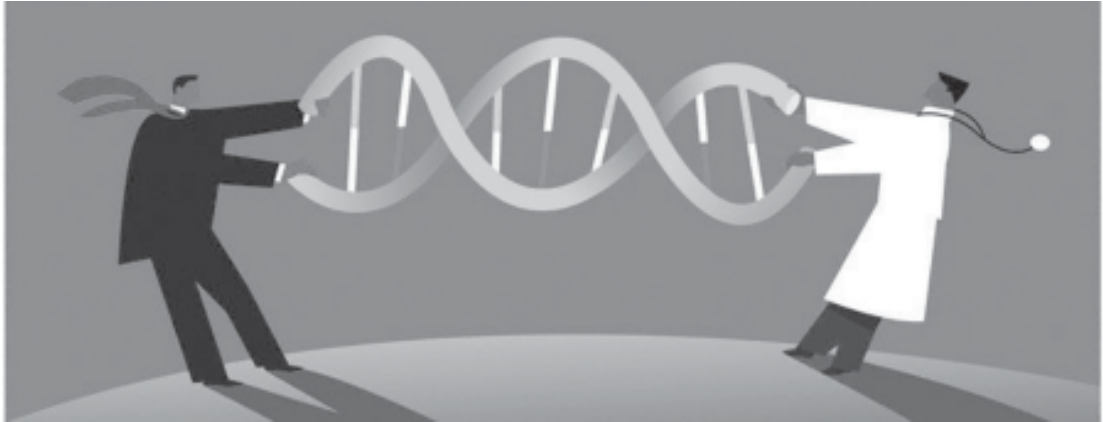
၆။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဥပဒေနှင့်ပတ်သက်သော ပြဿနာများ (Medico-legal)

- ၆. ၁။ ပြစ်မှုထိုက်သော ကိုယ်ဝန်ဖျက်ချမှုကို ကုသရာ၌ အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်၏အခန်းကဏ္ဍ၊
- ၆. ၂။ အများတကာသိရှိထားသည့် (နာမည်ကြီး) ကိုယ်ဝန်ဖျက်ချနေသူများကို မည်သို့ပြုမူဆောင်ရွက်သင့်သနည်း၊
- ၆. ၃။ သေဆုံးရသည့် လတ်တလောအကြောင်းရင်းနှင့် အခြေခံအကြောင်းရင်းကိုမသိရှိထားသော သေဆုံးသူအား ဆရာဝန်မှ သေစာရင်းရေးပေးသင့်ပါသလား။
- ၆. ၄။ မူးယစ်ဆေးမသုံးစွဲဖို့ ဆရာဝန်မှညွှန်ကြားထားသည်ကို မလိုက်နာသော ဆေးစွဲသူလူနာအား မည်သည့်အချိန်တွင် တိုင်တန်းဖို့လိုအပ်ပါသလဲ။

၇။ အထွေထွေ

- ၇. ၁။ ရမ်းကုများအတွက် ဘာတွေပြုလုပ်ပေးသင့်ပါသလဲ၊
- ၇. ၂။ ပုဂ္ဂလိကဓာတ်ခွဲခန်းများနှင့် ပုဂ္ဂလိကဆေးဝါးများတွင် အရည်အချင်းထိန်းကွပ်မှုနှင့် စံနှုန်းသတ်မှတ်မှုကင်းမဲ့နေရသောကိစ္စများ၊
- ၇. ၃။ ဆေးဆိုင်များမှ မှားယွင်းစွာအညွှန်းပေး ဆေးရောင်းချနေမှုများ (ဥပမာ၊ ဆာလ်ဖာမတည့်သူအား Septrim သောက်သုံးရန် အကြံပေး ရောင်းချနေမှုများ)၊
- ၇. ၄။ ပုဂ္ဂလိကဆေးရုံများ၌ ဆေးကုသခံယူမှုစနစ်သည် အလွန်အမင်း ဈေးနှုန်းမြင့်မားနေခြင်း (ဝန်ဆောင်မှုအရ ငွေကြေးပေးနေရခြင်း)။ ထိုပြဿနာအပေါ် စည်းကမ်းသတ်မှတ်မှုလျော့နည်းနေခြင်း။
- ၇. ၅။ လက်ထောက်ကျန်းမာရေးမှူးအား အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန် အမည်ကို အသုံးပြုစေ၍ ဆေးကုမှုခွင့်ပြုထားခြင်းကိစ္စ။





ဝေဖန်ခြင်း

သမားကျင့်ဝတ်ဆိုတာကို အဓိပ္ပာယ်မဖွင့်ဆိုခင် နိုင်ငံတိုင်းမှာ ကြုံတွေ့ရနိုင်တဲ့ အောက်ပါအဖြစ်အပျက် နမူနာ ၄ ခုကို ဦးစွာပထမ လေ့လာကြည့်ရှုလိုက်ကြပါစို့လား။

နမူနာပြဿနာ-၁။

ဒေါက်တာမောင်ဖေသည် ပုဂ္ဂလိကဆေးရုံကြီးတစ်ခုတွင် အချိန်ပိုင်း ဆေးကုသမှုတာဝန်ယူနေရသော ခွဲစိတ်ဆရာဝန်တစ်ယောက် ဖြစ်ပါသည်။ သူ၏ညဂျူတီအချိန်ပြီးဆုံးခါနီးတွင် အမျိုးသမီးလူနာတစ်ယောက်ကို မိခင်ဖြစ်သူက ဖေးမကူညီလျက် စမ်းသပ်ခန်းအတွင်းသို့ ခေါ်ဆောင်လာသည်။ မိခင်ဖြစ်သူက လူနာမိန်းမကို ဆေးကုသစရိတ်ငွေ အနည်းငယ်ပေးထားခဲ့ပြီး၊ အိမ်မှာကျန်ရစ်ခဲ့သည့် ကလေးငယ်များအား စောင့်ရှောက်ရန်ရှိနေကြောင်း တာဝန်ကျဆရာမကို ပြောဆိုမှာကြား၍ လူနာကိုဆေးရုံ၌ ထားရစ်ခဲ့ပါတော့သည်။ လူနာမှာ မိန်းမကိုယ်မှသွေးဆင်းနေပြီး ဆီးစပ်၌ ကိုက်ခဲနာကျင်နေသည့် ဝေဒနာခံစားနေရပါသည်။ ဒေါက်တာမောင်ဖေ စမ်းသပ်ကြည့်ရှုလိုက်သောအခါ ကိုယ်ဝန်ပျက်နေကြောင်း သို့တည်းမဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဖျက်ချထားကြောင်း သိရှိလိုက်ရပါတော့သည်။ ချက်ချင်းဆိုသလို သားအိမ်ခြစ် (dilatation and curettage) ကုသပေးလိုက်ပါတော့သည်။ လူနာအခြေအနေစိတ်ချသွားရန် ဆေးရုံ၌တစ်နေ့တာ တက်ရောက်နေထိုင်ရန် လိုအပ်သည့်အတွက် သူနာပြုဆရာမမှတစ်ဆင့် ငွေကြေးတတ်နိုင် မတတ်နိုင် မေးမြန်းကြည့်ခိုင်းလိုက်ပါသည်။ နောက်ထပ်အချိန်ပိုင်းတာဝန်ယူရန် ဒေါက်တာမောင်ဖေအေးရောက်ရှိလာပြီဖြစ်သဖြင့် ဒေါက်တာမောင်ဖေမှာ လူနာအားစကားတစ်ခွန်းမျှပင် မပြောနိုင်တော့ဘဲ အိမ်သို့ပြန်သွားပါတော့သည်။

နမူနာပြဿနာ-၂။

လူနာတော်တော်များများဟာ ခံစားနေရတဲ့ရောဂါဝေဒနာ တစ်ခုတည်းကိုပဲ တခြားဆရာဝန်တွေ ဆီမှာပြသလာပြီးကာမှ သူ့ဆီမှာ ထပ်မံ လာရောက်ပြသနေကြတဲ့အတွက် ဒေါက်တာလွင်မေဦးတစ်ယောက် တော်တော်ကို စိတ်ပျက်နေမိပါတယ်။ သူ့ဆီမှာပြသလိုပြီးသွားရင်လည်း ဒီဝေဒနာကိုပဲ တခြားဆရာဝန်တွေ ဆီမှာ ထပ်မံသွားရောက်ပြသတာမျိုးကိုလည်း ကြုံတွေ့နေရပါတယ်။ လူနာတွေအနေနဲ့ ဒီလိုလုပ်နေကြတာဟာ ကျန်းမာရေးအရင်းအမြစ်တွေကို ဖြုန်းတီးပစ်ရာရောက်နေတဲ့အပြင် လူနာကျန်းမာရေးအတွက်လည်း အကျိုး မရှိတဲ့ဖြစ်ရပ်လို့ သူ့ကိုယ်တိုင် ယုံကြည်မိပါတယ်။ ရောဂါဝေဒနာတစ်ခုတည်းကိုပဲ၊ ဟိုပြီဒီပြဆက်လက် ပြုလုပ်နေတဲ့လူနာမျိုးရောက်ရှိလာရင် သူ့ဆီမှာဆေးကုသမှုမပေးနိုင်တော့ဘူးလို့ ပြောပြဖို့ ဆုံးဖြတ်လိုက်ရပါ တယ်တဲ့။ ဒီလိုပုံစံမျိုးနဲ့ ကျန်းမာရေး အရင်းအမြစ်တွေ အလွဲသုံးစားပြုနေကြတာတွေကို ကာကွယ်တားဆီးနိုင်ဖို့ နိုင်ငံတော်အဆင့်ဆေးကောင်စီကိုချဉ်းကပ်ပြီး အစိုးရအပိုင်းကို အကြံပေးဖို့ သူ့ခမျာကြံရွယ်ထားပါတယ်။

နမူနာပြဿနာ-၃။

ဒေါက်တာမောင်စိန်ဟာ မြို့တော်ဆေးရုံကြီးမှာ ဝင်ရောက်လုပ်ကိုင်နေတဲ့ ခွဲစိတ်ခန်းအကူ အထွေထွေရောဂါကု ဆရာဝန်အသစ်လေး တစ်ယောက်ဖြစ်ပါတယ်။ ခွဲစိတ်ခန်းထဲမှာ လုပ်သက်ရင့် ခွဲစိတ် ဆရာဝန်ကြီးတစ်ယောက်ရဲ့ အပြုအမူကိုတွေ့ရှိလိုက်ရပြီး ထိတ်လန့်တုန်လှုပ်သွားခဲ့ရပါတယ်။ ခွဲစိတ်ဆရာဝန် ကြီးဟာ ခေတ်မမီတော့တဲ့ ခွဲစိတ်ကုသနည်းတွေကိုသုံးစွဲပြီး ခွဲစိတ်ကုသနေတဲ့အတွက် လူနာတွေဟာ ပိုမို နာကျင်နေကြရပြီး၊ နာလန်ထတာတွေလည်း နှေးကွေးနေရပါတော့တယ်။ လူနာတွေကိုလည်းရိုင်းစိုင်းတဲ့ နောက်ပြောင် ကျီစယ်မှုတွေ ပြုလုပ်လေ့ရှိတဲ့အတွက် သူနာပြုတွေနဲ့ဝန်ထမ်းတွေကတောင် မျက်နှာပူကြရ ပါတယ်။ ဒေါက်တာမောင်စိန်အနေနဲ့ လုပ်သက်နုပြီး ငယ်ရွယ်သူဖြစ်နေတာကြောင့် ခွဲစိတ်ဆရာဝန်ကြီး ရဲ့ အပြုအမူကို မဝေဖန်ရဲဘဲရှိနေတဲ့အပြင်၊ အထက်အာဏာပိုင်တွေကိုလည်း မတိုင်ကြားရဲဘဲရှိနေရပါတယ်။ အခြေအနေတွေ ကောင်းမွန်လာရအောင် သူ့အနေနဲ့ တစ်ခုခုတော့ ပြုလုပ်သင့်တယ်လို့ တွေးတောနေမိ နေလေရဲ့။ ဒေါက်တာမောင်စိန်နေရာမှာ သင်သာဆိုရင် ဘယ်လို ဖြေရှင်းပေးမှာလဲ။

နမူနာပြဿနာ-၄။

ဒေါက်တာမခင်လှဟာ နယ်မြို့တစ်မြို့မှာ ကိုယ်ပိုင်ဆေးခန်းဖွင့်နေတာ နှစ်နှစ်ဆယ်နီးပါးကြာမြင့် နေပါပြီ။ သူ့ဆေးခန်းကို ဆေးကုမ္မဏီတစ်ခုက အရိုးအဆစ်ရောင်ရမ်းရောဂါ(Osteoarthritis)အတွက် စတိုးရိုက်မပါဝင်သောအရောင်လျော့ဆေး(Nonsteroidal anti-inflammatory drug: NSAID)တစ်မျိုးကို ဆေးကုသရေးတွင် စမ်းသပ်အသုံးပြုရန် သုတေသနပြုမှုတစ်ခု ပြုလုပ်ပေးဖို့အတွက် ဖက်စပ်အကျိုးတူ ပြုလုပ်ဖို့ ကမ်းလှမ်းလာပါတယ်။ ဆေးဝါးတချို့ကို ထောက်ပံ့ပေးမယ်လို့လည်း ပြောဆိုပါတယ်။ ဆေးကုမ္မဏီ

က ဒီဆေးကိုဈေးကွက်မှာ အသစ်ဖြန့်ဝေနိုင်ဖို့ ကြံစည်နေရာမှာ ဒေါက်တာမခင်လှရဲ့ဆေးခန်းက လူနာတွေကို စမ်းသပ်သုံးစွဲပေးဖို့ ကမ်းလှမ်းတာပဲဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးသုံးစွဲမှုတွေကို မှတ်တမ်းထားရှိရမှာဖြစ်ပြီး ဆေးတုံ့ပြန်မှုတွေကိုလည်း ဆေးကုမ္ပဏီကို သတင်းပို့ ပေးအပ်ရမှာဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးတစ်လုံးသုံးစွဲပေးတိုင်း ဒေါက်တာမခင်လှကို ကုမ္ပဏီက ငွေ ၈၀၀၀ ကျပ် ပေးအပ်မှာဖြစ်ပါတယ်။ ဒေါက်တာမခင်လှတစ်ယောက် ဒီလို သုတေသနမျိုးကို အရင်တုန်းက မပြုလုပ်ခဲ့ဖူးပါဘူး။ အခုသုတေသနမှာ သူ့ကိုယ်တိုင်ပါဝင်ရတော့မှာ ဖြစ်တဲ့အပြင် အပိုင်ငွေလည်း ရရှိတော့မှာဖြစ်လို့ဝမ်းသာနေမိပါတယ်။ သုတေသနပြုပိုင်ခွင့်အတွက် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ အာမခံချက်ရရှိထားပြီးဖြစ်ကြောင်း ဆေးကုမ္ပဏီက အာမခံပြောကြားတဲ့အတွက် ဒေါက်တာမခင်လှတစ်ယောက် ဆက်လက် စုံစမ်းမနေတော့ဘဲ ဝမ်းသာအားရနဲ့ ကိုယ်ပိုင်ဆေးခန်းဖွင့်ရင်း သုတေသနပြုချက်ကို လက်ခံဆောင်ရွက်ပေးနေပါပြီ။

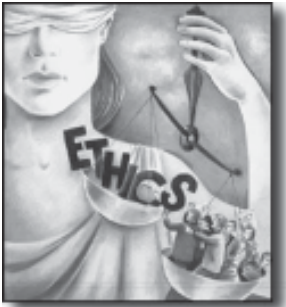
အခုတင်ပြလိုက်တဲ့ အဖြစ်အပျက်နမူနာတွေအားလုံးကို ကြည့်လိုက်ရင် ဆရာဝန်တွေရဲ့ဆေးသိပ္ပံအတတ်ပညာကျွမ်းမှုတွေဖြစ်တဲ့ သွေးတိုးရောဂါကို ဘယ်လိုကုသရမယ်၊ ဆီးချိုရောဂါကို ဘယ်လိုစမ်းသပ်စစ်ဆေးရမယ်ဆိုတာတွေနဲ့ ပတ်သက်တာတွေမဟုတ်ဘဲ၊ ဆရာဝန်တွေရဲ့ အပြုအမူ (Behavior)နဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှု (Decision-Making)စတဲ့ အမူအကျင့်ပိုင်းဆိုင်ရာတွေနဲ့ပတ်သက်နေတာကိုတွေ့ရမှာဖြစ်ပါတယ်။

တစ်နည်းအားဖြင့် ဆရာဝန်-လူနာနှစ်ဦးနှစ်ဖက်စလုံးရဲ့ တန်ဖိုးထားမှု (Values)၊ ရပိုင်ခွင့်(Rights)၊ တာဝန်ယူမှု (Responsibilities) စတာတွေနဲ့ ပတ်သက်နေတာကို တွေ့မြင်ရနိုင်ပါတယ်။ အရေပြားကွဲရှုသွားတဲ့လူနာတစ်ယောက်ကို ဘယ်လိုချုပ်ပေးရမယ်၊ အရိုးကျိုးသွားတဲ့ လူနာကို ဘယ်လိုပုံစံနဲ့ ကျောက်ပတ်တီးစည်းပေးရမယ်ဆိုတာတွေဟာ ဆေးပညာရပ်မှာ ငြင်းခုံနေစရာမလိုတဲ့ကိစ္စတွေ ဖြစ်နေပေမယ့်၊ တီဘီရောဂါကို ဘယ်လိုကုသရမယ်၊ သွေးတိုးရောဂါကို ဘယ်လိုဆေးတွေတွဲပြီး သုံးရမယ်ဆိုတာတွေကိုတော့ ဆရာဝန်တစ်ယောက်နဲ့ တစ်ယောက် အမြင်ကွာဟမှုတွေ ရှိနေဆဲပဲဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေရဲ့အပြုအမူပိုင်းကို ကြည့်မယ်ဆိုရင်လည်း တူညီတာတွေရှိသလို ကွဲပြားခြားနားတာတွေလည်း ရှိနေပါတယ်။ ဥပမာ-သုတေသနပြုဖို့အတွက် လူနာရဲ့သဘောတူချက်ကို ယူရမယ်ဆိုတာကို ဆရာဝန်တိုင်းက သိရှိနားလည်လက်ခံ သဘောတူထားကြပေမယ့်၊ ကုသချက်ကို ငြင်းဆန်နေတဲ့လူနာတစ်ယောက်နဲ့ ရင်ဆိုင်တွေ့ကြုံရတဲ့အခါမျိုးမှာ ဒါမှမဟုတ် ဘယ်လိုပဲကုသကုသ၊ ကောင်းကျိုးထက်ဆိုးကျိုးတွေသာ များလာစေမယ့်အခြေအနေမျိုးနဲ့ ကြုံတွေ့လာရတဲ့ အခါမျိုးတွေမှာတော့ ဆရာဝန်က လူနာကို ဘယ်လိုဘယ်ပုံအကျိုးရှိအောင် အကြံပေးရမလဲဆိုတာတွေကို ဆရာဝန်အများ သဘောတူနိုင်တဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်မျိုးရရှိလာဖို့ရာ ခဲယဉ်းလာရပါတော့တယ်။

ဒီလိုအခြေအနေမျိုးတွေမှာ ဆရာဝန်အများစု ကျင့်ကြံရမယ့် ကျင့်ဝတ်အတိုင်း တစ်နည်းအားဖြင့် သမားကျင့်ဝတ်အတိုင်း လိုက်နာဆောင်ရွက်ခြင်းသည်သာလျှင် အကောင်းဆုံး အထောက်အကူဖြစ်လာစေမှာဖြစ်ပါတယ်။ ဒီလိုဆိုရင် ကျင့်ဝတ်ဆိုတာ ဘာကိုခေါ်ဆိုတာပါလဲ။

ကျင့်ဝတ်(Ethics) ဆိုတာ ဘာကိုခေါ်တာပါလဲ။

အကျင့် သီလ သိက္ခာ စတဲ့စိတ်နေသဘောထားစာရိတ္တ (Morality) ပိုင်းဆိုင်ရာ လေ့လာမှုကို ကျင့်ဝတ်လို့ ခေါ်ဆိုပါတယ်။ အတိတ်၊ အနာဂတ်၊ ပစ္စုပ္ပန် ကာလသုံးရပ်စလုံးအတွက် လူတွေရဲ့အပြုအမူနှင့် စာရိတ္တပိုင်းဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်တွေကို စနစ်တကျဝေဖန်ပိုင်းခြားပြီး တုံ့ပြန်မှုတွေကို လေ့လာ တဲ့ ပညာရပ်ဖြစ်ပါတယ်။



Ethics is the study of morality: careful and systematic reflection on an analysis of moral decisions and behavior, where past, present or future.

တစ်နည်းအားဖြင့် စာရိတ္တပိုင်းဆိုင်ရာ အပြုအမူများကို နားလည် သဘောပေါက်ခြင်းလို့ အဓိပ္ပါယ် သတ်မှတ်လို့ရပါတယ်။

လူတွေရဲ့စာရိတ္တ (Morality)ပိုင်းဆိုင်ရာကို လေ့လာတော့မယ်ဆိုရင် ရပိုင်ခွင့်တွေ (Rights)၊ တာဝန်တွေ (Responsibilities)၊ ပါရမီစွမ်းအားတွေ (Virtues) ပါဝင်ပတ်သက်နေသလို၊ ကောင်းတာ (Good)-ဆိုးတာ (Bad or Evil)၊ မှန်ကန်တာ (Right)၊ မှားယွင်းတာ(Wrong)၊ တရားမျှတမှုရှိတာ(Justice)၊ တစ်ဖက်သတ်ကျတာ (Unjustice) တွေလည်း ပါဝင်နေရပါတော့တယ်။

အခြေခံအားဖြင့်တော့ ကျင့်ဝတ်(Ethics)ဆိုတာဟာ သိမှုကိစ္စ (Matter of Knowing)ဖြစ်ပြီး စာရိတ္တ(Morality)ဆိုတာကတော့ ပြုမှုကိစ္စ (Matter of Doing)လို့ ဆိုနိုင်ပါတယ်။ သိမှုပြုမှုနှစ်ခုနဲ့တော့နေခြင်းဟာ ကျင့်ဝတ်ပဲ ဖြစ်ပါတော့တယ်။

ကျင့်ဝတ်ရဲ့သဘောသဘာဝကို နားလည်သဘောပေါက်ပြီးရင် သမားကျင့်ဝတ်ဆိုတာကို အဓိပ္ပါယ် ဖွင့်ဆို ကြည့်ကြပါစို့လား။

သမားကျင့်ဝတ်(Medical Ethics)ဆိုတာ ဘာကိုခေါ်တာပါလဲ။

သမားကျင့်ဝတ်ဆိုတာ ဆေးကုသမှုနဲ့ အသက်မွေးဝမ်းကျောင်းပြုနေကြတဲ့ ဆရာဝန်တိုင်းအတွက် စာရိတ္တပိုင်းဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်တွေကို ခေါ်ဆိုတာဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးကုသနေစဉ်မှာ လူနာတွေနဲ့ဆက်ဆံ ရေး၊ ဆရာဝန်အချင်းချင်း ဆက်ဆံရေးတွေ ပါဝင်နေပါတယ်။ သမားကျင့်ဝတ်ကို ဆရာဝန်တွေရဲ့ အပြု အမူတွေနဲ့ ခံယူချက်တွေက ထိန်းချုပ်ပေးထားရပါတယ်။ ဆေးလောကတစ်ခုလုံးရဲ့ ကျင့်ဝတ်ဖြစ်လို့ ဆေးပညာကျင့်ဝတ် လို့လည်း ခေါ်ဆိုကြပါတယ်။

Medical Ethics means the moral principles, which should guide the members of the medical profession in the course of the practice of medicine and their relationship with their patients, and other members of the profession. It is governed by the collective opinion and behavior of the medical profession.

သမားကျင့်ဝတ် အယူအဆဟောင်း က ဆရာဝန်နဲ့လူနာဆက်ဆံရေးကိုသာ အာရုံစိုက်ထားတာဖြစ်ပါတယ်။

သမားကျင့်ဝတ် အယူအသစ် ကတော့ လူနာကိုဆေးကုသနိုင်ဖို့အတွက် ဆရာဝန်တွေဟာ အများတကာကို မှီခိုနေရတယ်။ တောင်းဆိုလာချက်တွေကြောင့် ပဋိပက္ခတွေဖြစ်လာပြီး၊ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာပြဿနာတွေ ပေါ်ပေါက်လာနေတယ်လို့ ခံယူထားပါတယ်။ (New ethics recognizes that doctors are dependent of others for patient care and that moral issues may arise that represent conflicting demands)

ဇီဝကျင့်ဝတ်(Bioethics or Biomedical Ethics)နဲ့ ဘယ်လို ကွာခြားမှုရှိပါသလဲ။

ပိုမိုကျယ်ပြန့်ပြီး သတ္တလောကတစ်ခုလုံးနဲ့ ဆက်နွယ်တဲ့ အပြုအမူပိုင်းဆိုင်ရာတွေကို လေ့လာတဲ့ ဘာသာရပ်ကိုတော့ ဇီဝကျင့်ဝတ်လို့ ခေါ်ဆိုကြပါတယ်။ သမားကျင့်ဝတ်နဲ့ နီးနွယ်မှုရှိပေမယ့် လူသား မျိုးနွယ်ဓလေ့စရိုက် (Traditional values)တွေကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားလေ့မရှိပါဘူး။

ဆရာဝန်ချင်း ပြုမူဆက်ဆံကြတဲ့လောကဝတ် (လောကွတ်) ဆိုတာကော ရှိပါသလား။

လောကဝတ်ဆိုတာ လူ့အလွှာအသီးသီးမှာရှိနေရပါတယ်။ ဆရာဝန်လောကရဲ့လောကဝတ်ကိုတော့ အင်္ဂလိပ်လို **Medical Etiquette** လို့ ခေါ်ဆိုပါတယ်။ ဆရာဝန်အချင်းချင်း ယဉ်ယဉ်ကျေးကျေး (Coutesy) နဲ့ အရေးတယူတလေးတစား(Respect)နဲ့ အပြန်အလှန် ဆက်ဆံပြုမူနေကြတာကို ခေါ်ဆိုတာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဥပမာ ဆရာဝန်အမျိုးသမီးကို မမလို့ခေါ်ဆိုတာမျိုး၊ ဆရာဝန်အမျိုးသားကို ဒေါက်တာ ဒါမှမဟုတ် ဆရာလို့ အလေးထားခေါ်ဆိုတာမျိုးတွေအပြင် အတွေ့အကြုံရင့်ကျက်ပြီးသား ဆရာဝန်ကြီးတွေကို အရေးပေး ဆက်ဆံတာမျိုးတွေဟာ ဆရာဝန်လောကရဲ့ လောကဝတ်တွေဖြစ်ပါတယ်။

သမားကျင့်ဝတ်ကို ဘာကြောင့်လေ့လာထားသင့်ပါသလဲ။

ဆရာဝန်ဆိုတာဟာ ဆေးကုသမှုကျွမ်းကျင်နေရင်ပြီးတာပါပဲ။ ကျင့်ဝတ်ဆိုတာကို ဆေးကျောင်းမှာ တုန်းက လေ့လာခဲ့ရတာမှမဟုတ်တာ။ မိသားစုထဲမှာမှ လေ့လာရတဲ့ဥစ္စာပဲ။ ကျင့်ဝတ်စာအုပ်တွေ ဖတ်နေရင် လည်း အပိုပါပဲ။ ကိုယ့်ရှေ့ကဆရာဝန်တွေ လုပ်သလို ကိုယ်ကလိုက်လုပ်လိုက်ရင်လည်း ပြီးတာပါပဲ။ စဉ်ဆက် မပြတ် ဆေးပညာတွေကို အမိလိုက်နေရလို့ သမားကျင့်ဝတ်ဆိုတာကို လေ့လာဖို့အချိန်မရှိပါဘူး။ စတဲ့ စတဲ့ အကြောင်းပြချက်တွေနဲ့ သမားကျင့်ဝတ်ကို မျက်ကွယ်ပြုလာနေကြတာတွေ ရှိနေပါတယ်တဲ့။

ယခုကာလမှာ ပုဂ္ဂလိကဆေးရုံတွေ၊ ဆေးခန်းတွေ၊ တိုးပွားလာပြီး ဆေးကုသစရိတ်တွေ ကြီးမားလာ လို့ ဆေးလောကကြီးတစ်ခုလုံးကို စီးပွားရေးဆန်လာတယ်လို့ ဝေဖန်မှုတွေရှိလာနေပါတယ်။ ကျင့်ဝတ် စောင့်ထိန်းမှု အဆင့်အတန်းတွေလည်း လျော့ကျလာနေတယ်လို့ စွပ်စွဲမှုတွေ ရှိလာနေရပါတယ်။ ဆေးဖိုးဝါးခ တွေ အဆမတန် ဈေးတက်ယူလာကြတာတွေ၊ ဆေးဝါးတွေကို အရမ်းကာရော ညွှန်းပေးလာနေကြတာတွေ၊ မလိုအပ်ဘဲ ခွဲစိတ်မှုတွေ ပြုလုပ်လာနေကြတာတွေ၊ ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်မှုတွေကို အကြိမ်ကြိမ် ထပ်ခါတလဲလဲ စမ်းသပ်ခိုင်းနေကြတာတွေ၊ ဆေးထောက်ခံချက်အတုတွေ ရေးပေးနေကြတာတွေဟာ အဓိကကျင့်ဝတ် ပြဿနာကြီးတွေ ဖြစ်လာနေပါတယ်။ ဒါ့အပြင် HIV ဝေဒနာသည်တွေကို ခွဲခြားဆက်ဆံတာ၊ ဆေးဖိုးကျသင့် ငွေ ပိုမိုတောင်းခံတာ၊ ကူးစက်လာမှာစိုးလို့ ဆေးကုသပေးဖို့ ငြင်းဆိုတာတွေဟာ သမားကျင့်ဝတ်နဲ့ မလျော်ညီ တဲ့အပြုအမူတွေဖြစ်လာနေပါတယ်။ (Lecture notes-volume 3: Forensic Medicine Department. University of Meidcine-1)

အထွေထွေရောဂါကု ဆရာဝန်လောကမှာလည်း မမှန်ကန်တဲ့ ဆေးလက်မှတ်ထောက်ခံချက်တွေ ရေးပေးနေရတာတွေ၊ မလိုအပ်ဘဲ ဆေးထိုးပေးနေရတာတွေ၊ အကြောဆေးသွင်းပေးနေရတာ၊ ပုလင်းချိတ်ပေး နေရတာ၊ လူနာတွေက ယုံကြည်ပုံအပ်လွန်းလို့ ကိုယ့်ရဲ့ကျွမ်းကျင်မှုဘောင်ကို ကျော်လွန်ပြီး လုပ်ဆောင်ပေး နေကြရတာ၊ ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်ကော်မရှင်ခတွေ လက်ခံယူနေကြတာ၊ လူနာရဲ့အတွင်းရေးတွေ ပေါက်ကြားနေ တာ၊ လူနာညွှန်းပို့မှုမှာ စိတ်တိုင်းမကျဖြစ်နေကြရတာ၊ ဆေးကုမ္မဏီတွေရဲ့ ဆေးဝါးအရောင်းမြှင့်တင်ရေး တွေကိုရင်ဆိုင်နေကြရတာ၊ စတာတွေဟာ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်နဲ့ ပတ်သက်နေတဲ့ကိစ္စတွေ ဖြစ်လာလို့နေပါပြီ။

ဆေးလောကမှာ ကျင့်ဝတ်ဟာ မဖြစ်မနေ ပါဝင်လာနေရပါပြီ။ ကျင့်ဝတ်ခြေခံမှု (Ethical Principles) တွေဖြစ်တဲ့ လူတွေကိုအရေးထား လေးစားရခြင်း(Respect)၊ ကျိုးကြောင်းအသိပေးပြီး သဘော တူညီချက်ရယူခြင်း (Informed Consent)၊ သတင်းအချက်အလက်ကို လျှို့ဝှက်ထိန်းသိမ်းပေးထားရခြင်း (Confidentiality) စတာတွေဟာ လူနာ-ဆရာဝန် ဆက်ဆံရေးရဲ့အခြေခံမူတွေဖြစ်နေပါတယ်။ ဒီမူတွေကို လက်တွေ့ကျင့်ကြံကြရာမှာ ဘယ်ဟာတွေကမှန်တယ် ဘယ်လိုအပြုအမူတွေက မှားယွင်းတယ်ဆိုတာတွေကို ဆရာဝန်တွေ၊ လူနာတွေ၊ လူနာရှင်မိသားစုဝင်တွေ၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်နေကြသူတွေအကြားမှာ သဘောထားကွဲလွဲမှုတွေ ရှိနေဆဲပဲ ဖြစ်ပါတယ်။

ဆေးပညာကျင့်ဝတ်(သမားကျင့်ဝတ်)ကို လေ့လာသိရှိခြင်းအားဖြင့် ဆရာဝန်တွေ ရင်ဆိုင်တွေ့ကြုံ နေရတဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာအခက်အခဲတွေကို ကျိုးကြောင်းဆင်ခြင်သုံးသပ်နိုင်ပြီး ခိုင်မာတဲ့ဆုံးဖြတ်ချက် (Rational and principled manner)နဲ့ လိုက်နာကျင့်သုံးလာနိုင်မှာဖြစ်ပါတယ်။ လူနာတွေနဲ့ ဆက်ဆံရေး တွေမှာသာမက ဆရာဝန်အချင်းချင်းဆက်ဆံရေး၊ ရပ်ရွာလူထုနဲ့ဆက်ဆံရေးနဲ့ သုတေသနပြုလုပ်ငန်းတွေမှာ ပါ အထောက်အကူဖြစ်စေမှာဖြစ်ပါတယ်။

(Medical Professionalism) ဆိုတဲ့စကားရပ်

ဆေးပညာရဲ့ဖခင်ကြီးဖြစ်တဲ့ ဂရိဆေးပညာရှင် ဟစ်ပိုကရေးတီးစ် လက်ထက်- ခရစ်တော်မပေါ်ခင် ဘီစီ ၅ ရာစုကတည်းက ကျင့်ဝတ်ဆိုတာဟာ ဆေးပညာရဲ့အခရာဖြစ်ခဲ့ပါတယ်။ ဆေးပညာကို (Profession) တစ်ရပ်အနေနဲ့ ခံယူခဲ့ကြပါတယ်။ Profess ဆိုတဲ့စကားရပ်ဟာ မှန်ကန်စွာ လုပ်ဆောင်ပုံမယ်လို့ လူရှေ့ သူရှေ့မှာ မိမိရဲ့ယုံကြည်ချက်ကို ထွက်ဆိုခြင်းပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေဟာ လူနာတွေရဲ့အကျိုးကို မိမိအကျိုးစီးပွားထက် ပိုမိုအလေးထားပုံမယ်လို့ လူအများရှေ့မှာ ကတိကဝတ်ပြုခဲ့ကြသူများ ဖြစ်ပါတယ်။ Professionalism ဆိုတာကတော့ အဆင့်မြင့်တဲ့ အတတ်ပညာတစ်ခုကို ကျွမ်းကျင်စွာတတ်မြောက် ပိုင်နိုင် ထားပြီးတဲ့သူက သူတတ်သိထားတဲ့ပညာနဲ့ မြင့်မြတ်စွာအသက်မွေးမြူခြင်းလို့ အဓိပ္ပာယ်ရပါတယ်။ (the skill, competence or character expected of a member of a highly trained profession)။ ဆေးပညာကျွမ်းကျင်တတ်မြောက်ထားပြီးသူတွေဟာ Medical Professionalism ကို ကျင့်ကြံနေကြသူများ ဖြစ်ပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်နဲ့ Professionalism ဆက်သွယ်ပတ်သက်နေတာတွေကို နောက်ပိုင်းအခန်းကဏ္ဍတွေ မှာ ပိုမိုသိသာထင်ရှားလာပါလိမ့်မယ်။

သမားကျင့်ဝတ်နှင့်လူ့အခွင့်အရေး

ယနေ့ကာလမှာတော့ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဟာ လူ့အခွင့်အရေး ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှုရဲ့လွှမ်းမိုးခြင်းကို ခံယူလာနေရပါပြီ။ ယဉ်ကျေးမှုတွေ အမျိုးမျိုးအထွေထွေများမြောင်လှတဲ့ (Pluralistic) ကမ္ဘာကြီးမှာ လူမျိုး စရိုက်တွေ အမျိုးမျိုးကွဲပြားနေကြတဲ့အတွက် အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာ လူ့အခွင့်အရေး သဘောတူညီချက်တွေက နိုင်ငံတိုင်း ယဉ်ကျေးမှုတိုင်းက လက်ခံနိုင်တဲ့ ဆေးပညာကျင့်ဝတ် အခြေခံအုတ်မြစ်တွေကို ချမှတ်ပေးနိုင်ပြီ ဖြစ်ပါတယ်။ အတင်းအကြပ်ပြောင်းရွှေ့နေရာချထားမှု၊ ညှဉ်းပန်းနှိပ်စက်မှု စတဲ့ လူ့အခွင့်အရေးချိုးဖောက်မှု တွေကြောင့် ပေါ်ပေါက်လာရတဲ့ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပြဿနာတွေကိုလည်း ဆရာဝန်တွေ ရင်ဆိုင်လာနေရပြီ ဖြစ်ပါတယ်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု(Healthcare)ဟာ လူ့အခွင့်အရေးတစ်ရပ် ဖြစ်တယ်ဆိုတဲ့ ငြင်းခုံမှု တွေလည်းရှိလာနေပါတယ်။ တိုင်းပြည်တစ်ပြည်မှာ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ခံယူပိုင်ခွင့် ဘယ်လိုရရှိနေသလဲ ဆိုတာတွေက ကျင့်ဝတ်နဲ့ လူ့အခွင့်အရေးကိစ္စရပ်တွေကို ဆုံးဖြတ်ပေးမှာဖြစ်ပါတယ်။ လူ့အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ ပြဿနာတွေဟာ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်မှာ ထည့်သွင်းစဉ်းစားရတဲ့ အချက်တွေ ဖြစ်လာနေပြီဖြစ်ပါတယ်။

သမားကျင့်ဝတ်နှင့်တရားဥပဒေ။

ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဟာ ဥပဒေပညာနဲ့လည်း နီးနွယ်နေပြန်ပါတယ်။ နိုင်ငံတော်တော်များများမှာ ဆေးကုသရေးနဲ့ သူတေသနပြုရေး ဆိုင်ရာကျင့်ဝတ်ပြဿနာတွေကို ဥပဒေသတ်မှတ်ပြဋ္ဌာန်းထားရှိပြီး ဖြစ်ပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်ချိုးဖောက်တဲ့ဆရာဝန်တွေကို အရေးယူအပြစ်ပေးတာတွေ၊ ဆေးကုသခွင့်လိုင်စင်ဖျက်

သိမ်းတာတွေကို အဖွဲ့အစည်းဖွဲ့ပြီး ထိန်းသိမ်းဆောင်ရွက်လေ့ ရှိကြပါတယ်။ အမှန်တကယ်တော့ ကျင့်ဝတ်နဲ့ ဥပဒေဟာ တစ်သားတည်း ကျနေတာ မဟုတ်ပါဘူး။ မကြာခဏဆိုသလို **ကျင့်ဝတ်ဟာ ဥပဒေသတ်မှတ်ချက်ကို ကျော်လွန်ပြီး မြင့်မြတ်တဲ့ အပြုအမူတစ်ရပ်အနေနဲ့ စောင့်စည်းရတာမျိုးဖြစ်ပါတယ်။** ရံဖန်ရံခါ ဥပဒေက ခွင့်ပြုထားတဲ့ ကျင့်ဝတ်နဲ့ မလျော်ညီတဲ့ အပြုအမူတွေကိုတောင်၊



ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ ငြင်းဆန်ကျင့်ကြံကြဖို့ သမားကျင့်ဝတ်က ခွင့်ပြုပေးထားရပါတယ်။ (Quite often ethics prescribes higher standards of behavior than does the law, and occasionally ethics requires that physicians disobey laws that demand unethical behavior)။ တစ်နိုင်ငံနဲ့တစ်နိုင်ငံ ဥပဒေသတ်မှတ်ချက်တွေက မတူညီနိုင်ပေမယ့် ကျင့်ဝတ်ဆိုတာကတော့ နိုင်ငံနယ်နိမိတ်တွေကိုကျော်လွှားပြီး လိုက်နာစောင့်စည်းရတဲ့အရာမျိုး ဖြစ်ပါတယ်။

ဆေးပညာဆိုတာဟာ သိပ္ပံပညာနဲ့ ဝိဇ္ဇာပညာရပ်နှစ်ခုစလုံးကို ပေါင်းစည်းထားတာ ဖြစ်ပါတယ်။ သိပ္ပံပညာရပ်ပိုင်းမှာ တွေ့မြင်သိရှိတာတွေ၊ တိုင်းထွာသိရှိတာတွေ ပါဝင်ပါတယ်။ ကျွမ်းကျင်တဲ့ဆရာဝန်တစ်ယောက်အနေနဲ့ အနာရောဂါရဲ့လက္ခဏာတွေကို ဖော်ထုတ်ပြီး ကျန်းမာလာအောင် ပြုစုကုသပေးရပါတယ်။ သိပ္ပံနည်းကျဆေးပညာမှာ လူတစ်ဦးချင်းအပေါ်၊ ယဉ်ကျေးမှုအပေါ်၊ ဘာသာတရား၊ လွတ်လပ်မှု၊ အခွင့်အရေးရရှိမှုနဲ့ တာဝန်ယူနိုင်မှုအပေါ်တွေမှာ မူတည်ပြီး ကန့်သတ်မှုတွေရှိနေရပါတယ်။ ဝိဇ္ဇာပညာရပ်ပိုင်းမှာတော့ တတ်သိထားတဲ့ဆေးသိပ္ပံပညာရပ်ကို လူနာတစ်ယောက်ချင်းအပေါ်မှာ၊ မိသားစုအပေါ်မှာ၊ လူထုအပေါ်မှာ ဘယ်လို အသုံးချမလဲဆိုတာတွေ ပါဝင်နေပါတယ်။ အသုံးချပုံအသုံးချနည်းတွေဟာလည်း တစ်သမတ်တည်းမတူညီနိုင်ပါဘူး။ ပြုစုပုံခြင်းမတူညီရတာတွေဟာ ဇီဝကမ္မပြောင်းလဲမှုဖြစ်စဉ်တစ်ရပ် မဟုတ်လို့ဘဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဒီလိုခြားနားချက်တွေကြောင့် ဝိဇ္ဇာပညာရပ်၊ လူမှုရေးသိပ္ပံပညာရပ်နဲ့ကျင့်ဝတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ဆက်ဆံမှုတွေဟာ အရေးပါလာရပါတော့တယ်။ တခြားဘာသာရပ်တွေရဲ့အသိ(Insights)နဲ့၊ သတင်းအချက်အလက် (Data)တွေက ကျင့်ဝတ်ကို အားဖြည့်ဆည်းပေးထားပါတယ်။ ဥပမာအားဖြင့် ဆေးကုသစဉ် ကြုံတွေ့ရတဲ့ မဝေခွဲနိုင်တဲ့ပြဿနာတစ်ရပ်ကို ရှုမြင်မှုဘက်ပေါင်းစုံကနေ ပြဇာတ်ဆန်ဆန် တင်ပြလိုက်ခြင်းအားဖြင့် သာမန်ဆေးကုသမှုအမြင်ထက်ပိုပြီး ဆေးပညာကျင့်ဝတ်အမြင်ကို ရောင်ပြန်ဟပ်စေနိုင်၊ သုံးသပ်လာစေနိုင်မှာ ဖြစ်ပါတယ်။

သမားကျင့်ဝတ်လက်စွဲစာအုပ်ဟာ ဆေးပညာကျင့်ဝတ် အခြေခံနိဒါန်းနဲ့ အဓိကကျင့်ဝတ်ပြဿနာကြီးတွေကိုသာ ဖော်ထုတ်သွားမှာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးပညာတတ်မြောက်ထားပြီးသူတွေအတွက် ကျင့်ဝတ်အမြင်ပိုင်းကိုအလေးထားလာစေပြီး မိမိဆေးကုသမှု ဖြစ်စဉ်တစ်လျှောက်မှာ ကျင့်ဝတ်ပြဿနာတွေ ပေါက်ပေါက်လာရင် ဘယ်လိုဖြေရှင်းမလဲဆိုတာတွေကို သိသာရုံလောက်သာ ရည်ညွှန်းထုတ်ဝေခြင်းဖြစ်ပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ဆက်လက်လေ့လာဖို့လိုအပ်သည်များကို နောက်ဆက်တွဲ စာရင်းမှာ ဖော်ပြပေးထားပါတယ်။

t cef(1)

ရည်ရွယ်ချက်။ ဤအခန်းကိုလေ့လာပြီးပါက သင်သည် . . .

- ကျင့်ဝတ်က ဆေးပညာမှာ ဘာလို့အရေးကြီးနေရသလဲဆိုတာကို ရှင်းပြလာနိုင်မည်။
- ဆေးပညာကျင့်ဝတ်၏ အကြောင်းရင်းခံများကို ပိုင်းခြားသိရှိလာမည်။
- ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်နိုင်ဖို့ ချဉ်းကပ်နည်းအသွယ်သွယ်ကိုသိရှိလာပြီး ကိုယ်ပိုင် ချဉ်းကပ်နည်းကို သတ်မှတ်လာနိုင်မည်။

ဆေးပညာရဲ့ထူးခြားချက်

သမိုင်းတစ်လျှောက်ကိုပဲကြည့်ကြည့်၊ ကမ္ဘာ့နေရာဒေသအလိုက်ကိုပဲကြည့်ကြည့် ဆရာဝန်ဖြစ်တယ်ဆိုတာဟာ တစ်နည်းနည်းတော့ ထူးခြားနေတယ်လို့ဆိုကြပါတယ်။ လူတွေဟာသူတို့ခံစားနေရတဲ့ဝေဒနာတွေ၊ အနာရောဂါတွေ ပျောက်ကင်းချမ်းသာစေချင်ကြလို့ ဒါမှမဟုတ် ပိုမိုကျန်းမာလာစေချင်ကြလို့ ဆရာဝန်တွေဆီကို အားကိုးတကြီးနဲ့ ပြသအကူအညီ တောင်းခံတတ်ကြပါတယ်။ မမြင်ဝံ့ဆေးဆရာဆိုတဲ့စကားလို သူတို့ရဲ့ ကိုယ်ခန္ဓာတစ်ကိုယ်လုံး ဖုံးကွယ်လျှို့ဝှက်ထားရမယ့်နေရာတွေပါမကျန်အောင် ယုံကြည်စွာနဲ့ပဲ ကိုင်တွယ်ခွင့်စမ်းသပ်ခွင့်တွေပေးကြပါတယ်။ ဘာကြောင့်လဲဆိုတော့ ဆရာဝန်တွေကိုယုံကြည်ကြ(Trust)လို့ပဲဖြစ်ပါတယ်။

ဆရာဝန်တွေကို အဆင့်အတန်း သတ်မှတ်ပေးထားချက်ဟာ တစ်နိုင်ငံနဲ့တစ်နိုင်ငံ မတူညီကြပါဘူး။ တစ်နိုင်ငံတည်းမှာတောင် တစ်နေရာနဲ့ တစ်နေရာ မတူညီကြပါဘူး။ ယေဘုယျအားဖြင့် အဆင့်အတန်းသတ်မှတ်ပေးထားချက်ဟာ ယိုယွင်းလာနေတယ်လို့ထင်ရပေမယ့် ဆရာဝန်အများစုကိုယ်တိုင်က အရင်တုန်းကလို အရှိအသေမခံကြရတော့ဘူးလို့ ခံစားလာနေကြရပါတယ်။ (Many physicians feel that they are no longer as respected as they once were)။ တချို့သော နိုင်ငံတွေမှာဆိုရင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ထိန်းချုပ်နေတဲ့သူတွေဟာ ဆရာဝန်တွေ မဟုတ်တော့ဘဲ ဗြူရိုခရက်တွေ၊ မန်နေဂျာတွေဆီကို တဖြည်းဖြည်း ရွှေ့ပြောင်းသွားနေပါတယ်။ ဒီလူတွေက ဆရာဝန်တွေကို မိတ်ဘက်လို့မမြင်တော့ဘဲ ဆူးညောင့်ခလုတ်လို့ တောင် မြင်လာနေကြပါတယ်။ တစ်ချိန်တုန်းက ဆရာဝန် ပြုသမျှအနုခံရခဲ့ပြီး ဘာစောဒကမှမတက်ခဲ့ကြတဲ့ လူနာတွေကလည်း ဆရာဝန်တွေရဲ့ ကုသချက်တွေကို မေးခွန်းထုတ်လာခဲ့ကြပါတယ်။ တခြားဆရာဝန်တွေရဲ့ ကုသချက်တွေ၊ အင်တာနက်ပေါ်က သူတို့သိရှိထားလာတာတွေနဲ့ နှိုင်းယှဉ်လာကြပါတော့တယ်။ တစ်ချိန်တုန်းက ဆရာဝန်တွေသာလျှင် ပြုလုပ်နိုင်ခဲ့တဲ့ တချို့သောကုသချက်၊ စမ်းသပ်ချက်တွေကို အခုအခါမှာ ဓာတ်ခွဲကျွမ်းကျင်သူတွေ၊ သူနာပြုတွေ၊ ဆေးဝါးကျွမ်းကျင် သင်တန်းတက်ထားသူတွေ၊ ဆေးရောင်းနေသူတွေ၊ တိုင်းရင်းဆေးဆရာတွေနဲ့ တတ်ယောင်ကားရမ်းကုတွေကတောင် ပြုလုပ်လာနေကြပါတယ်။ ဒီလို ပြောင်းလဲလာမှုတွေက ဆရာဝန်တွေရဲ့အဆင့်အတန်းကို ထိခိုက်လာစေသော်ငြားလည်း၊ လူနာတွေဘက်ကတော့

ဆေးပညာတတ်ကျွမ်းသူတွေကို တန်ဖိုးထားလျက်ရှိနေဆဲပဲ ဖြစ်နေပါသေးတယ်။ ဆရာဝန်ဖြစ်ချင်တဲ့သူတွေလည်း ပေါများလာနေဆဲပဲဖြစ်ပါတယ်။ လူနာအများစုနဲ့ ဆရာဝန်ဖြစ်လာစေချင်သူတွေရဲ့ မျှော်လင့်ချက်တွေကို ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်ဖို့ လက်ရှိဆရာဝန်တွေကိုယ်တိုင်က သမားကျင့်ဝတ်ရဲ့အခြေခံတန်ဖိုးထားမှု (Core Values) တွေဖြစ်တဲ့ စာနာကရုဏာတရားထားရှိမှု (Compassion)၊ ကျွမ်းကျင်တတ်မြောက်မှု (Competence) နဲ့ လွတ်လွတ်လပ်လပ်ဝေဖန်ဆုံးဖြတ်နိုင်မှု (Autonomy) ဆိုတာတွေကို စံနမူနာထားပြီး ကျင့်သုံးပြုသနေဖို့ လိုအပ်လှပါတယ်။ ကျောရိုးကျတဲ့ တန်ဖိုးထားမှုတွေနဲ့အတူ အခြေခံလူ့အခွင့်အရေးတွေကို လေးစားလိုက်နာခြင်းဟာ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ရဲ့ အခြေခံအုတ်မြစ်တွေပဲဖြစ်ပါတော့တယ်။

သမားကျင့်ဝတ်ရဲ့ ထူးခြားချက်များ။

ဆေးပညာမှာ စာနာကရုဏာထားရှိမှု၊ ကျွမ်းကျင်တတ်မြောက်မှုနဲ့ လွတ်လပ်စွာဝေဖန် ဆုံးဖြတ်နိုင်မှု ဆိုတာတွေရှိနေရုံနဲ့တင် မလုံလောက်ပါဘူး။ ဆရာဝန်တွေဟာ အခြားအခြားသောပညာရှင်တွေထက်၊ လူပုဂ္ဂိုလ်တွေထက် ဒီတန်ဖိုးတွေကို အဆင့်ဆင့်မြင့်မြင့် စံနမူနာထားပြီး လိုက်နာကျင့်သုံးဖို့ မျှော်မှန်းထားရပါမယ်။

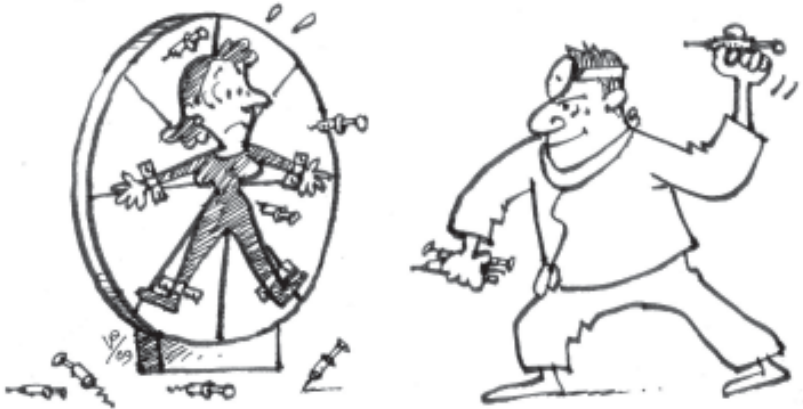
စာနာခြင်းကရုဏာ (Compassion)

လူတစ်ဦးရဲ့ ဝေဒနာခံစားမှု၊ စိုးရိမ်ကြောင့်ကြမှုတွေကို ကိုယ်တိုင် ခံစားနေရသလို သိရှိနားလည်ထားခြင်းလို့ အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုထားပါတယ်။ ကိုယ်ချင်းစာတရားလို့လည်း ခေါ်ဆိုနိုင်ပါတယ်။ ဆေးလောကမှာမရှိမဖြစ် လိုအပ်တဲ့အရာလည်း ဖြစ်ပါတယ်။ (Compassion, defined as understanding and concern for another person's distress, is essential for the practice of medicine)။ ဆရာဝန်တစ်ယောက်ဟာ လူနာတစ်ယောက်ကို နားလည်စေနိုင်ဖို့အတွက် လူနာမှာဖြစ်ပေါ်နေတဲ့ လက္ခဏာတွေ၊ အဲ့ဒီလက္ခဏာကိုဖြစ်စေတဲ့ အကြောင်းတရားတွေကို သိရှိထားရမယ့်အပြင် လူနာခံစားနေရတာတွေကို ကူညီဖြေရှင်းပေးချင်တဲ့ ဆန္ဒတွေလည်းရှိဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်က လူနာစိုးရိမ်နေတာတွေကို ကိုယ်ချင်းစာနားလည်ပေးပြီး ရောဂါတစ်ခုတည်းကိုသာ အာရုံစိုက်ကုသ မနေဘဲ လူသားတစ်ယောက်အနေနဲ့ အကြင်နာထားပြီး ဆက်ဆံပေးလိုက်တယ်ဆိုတာနဲ့ လူနာဘက်က ပိုမိုကောင်းမွန်တဲ့ တုံ့ပြန်မှုတွေရရှိလာရပါတယ်။ ဆေးလိုက်လာတယ်လို့ ဆိုနိုင်ပါတယ်။



ကျွမ်းကျင်တတ်မြောက်မှု (Competence)

ဆရာဝန်တစ်ယောက်ထံမှာ အဆင့်မြင့်ကျွမ်းကျင်ပိုင်နိုင်တဲ့ ဆေးပညာရပ်ကို မျှော်လင့်ထားနိုင်သလို ရှိလည်းရှိနေဖို့လည်း လိုအပ်ပါတယ်။ ကျွမ်းကျင်မှုမရှိလို့ လူနာသေဆုံးရတာတွေ အကြီးအကျယ် ထိခိုက် နစ်နာရတာတွေရှိလာတတ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တစ်ယောက်ဖြစ်လာဖို့ နှစ်ရှည်လများ ပညာဆည်းပူးခဲ့ရသလို အရှိန်အဟုန်နဲ့ တိုးတက်ပြောင်းလဲနေတဲ့ ဆေးပညာရပ်တွေကို အမီလိုက်နိုင်ဖို့ စဉ်ဆက်မပြတ် ဆေးပညာ ဆိုတာတွေကို ဆက်လက်ဆည်းပူးနေဖို့လိုပါတယ်။ ဆေးပညာရပ်သာကမ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာအသိ၊ ကျွမ်းကျင်မှု နဲ့ ခံယူချက်(Ethical knowledge, skills and attitudes)တွေကိုပါ တိုးတက်လာအောင် ကျင့်ကြံအားထုတ် နေကြရပါမယ်။ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာပြဿနာတွေဟာလည်း ဆေးပညာပြောင်းလဲတာနဲ့အမျှ၊ လူမှုဘဝပြောင်းလဲ တာနဲ့အမျှ၊ နိုင်ငံရေးပြောင်းလဲတာနဲ့အမျှ လိုက်လံပြောင်းလဲနေလို့ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။



ကိုယ်ပိုင်လွတ်လပ်စွာဆုံးဖြတ်နိုင်မှု (Autonomy or Self-determination)

အဓိကတန်ဖိုးတွေထဲက အပြောင်းလဲနိုင်ဆုံးသောအရာကတော့ လွတ်လပ်စွာ ဝေဖန်ပိုင်းခြားနိုင်မှုပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တစ်ဦးချင်းကိုကြည့်ရင် လူနာဆေးကုသမှုမှာ ဆရာဝန်က လုံးဝဥသုလွှမ်းမိုးချုပ်ကိုင်ထားတဲ့စနစ်ကို ခေတ်အဆက်ဆက်ပျော်မွေ့ခဲ့ကြတာ ကို တွေ့ကြရပါလိမ့်မယ်။ ဆရာဝန်တွေပေါင်းစုပြီး (Medical Profession) တစ်ခုလုံးအနေနဲ့ကြည့်ရင် ဆေးပညာသင်ကြားရေးနဲ့ ဆေးကုသရေးတွေကို သူတို့ကိုယ်တိုင် လွတ်လွတ်လပ်လပ် ဆောင်ရွက်ခဲ့ကြတာကိုတွေ့ကြရပါမယ်။ ဒီလို ဆရာဝန်တွေကိုယ်တိုင် လွတ်လွတ်လပ်လပ်လုပ်ဆောင်နေတာတွေကို နိုင်ငံတော်တော်များများမှာ သက်ဆိုင်ရာအစိုးရနဲ့ အာဏာပိုင်တွေက ထိန်းကွပ် လာကြပါတော့တယ်။ စိန်ခေါ်မှုတွေရှိလာပေမယ့် ဆရာဝန်တွေဟာ ဆေးကုသမှုပိုင်းဆိုင်ရာ လွတ်လပ်ခွင့်နဲ့



အသက်မွေးဝမ်းကျောင်းဆိုင်ရာ လွတ်လပ်မှုတွေကို ဆက်လက်တန်ဖိုးထားနေကြပြီး ဆက်လက်ထိန်းကျောင်းထားနိုင်ဖို့ ကြိုးစားနေကြဆဲဖြစ်ပါတယ်။ တစ်ချိန်တည်းမှာပဲ လူနာတွေရဲ့လွတ်လပ်စွာ ဝေဖန်ဆုံးဖြတ်နိုင်မှု ဆိုတာတွေကို ဆရာဝန်တွေဘက်က ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့် လက်ခံလာနေကြရပါပြီ။ လူနာဖြစ်ပျက်နေတာတွေကို လူနာကိုယ်တိုင်က နောက်ဆုံး အဆုံးအဖြတ်ပေးသင့်တယ်လို့ ခံယူလာကြရပါပြီ။ အခုစာအုပ်က ဆရာဝန်ရဲ့လွတ်လပ်စွာဆုံးဖြတ်မှုနဲ့ လူနာရဲ့လွတ်လပ်စွာ ဆုံးဖြတ်မှုတွေကြောင့် ပေါ်ပေါက်လာနိုင်တဲ့ ပဋိပက္ခမှုနာတွေကို ဆွေးနွေးတင်ပြပေးသွားမှာဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ အဓိက တန်ဖိုးတွေအပြင်၊ ထူးခြားပြီး အများသူငါရှေ့မှောက်မှာ ကြေညာကျင့်သုံးရတဲ့ ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အဖွဲ့ကြီး (World Medical Association)ရဲ့ ဂျီနီဗာကြေညာစာတမ်း (Declaration of Geneva)ကိုလည်း ဖော်ပြပေးသွားမှာဖြစ်ပါတယ်။ ကတိသစ္စာပြုလွှာတွေနဲ့ ကျမ်းကျိန်လွှာတွေဟာ တစ်နိုင်ငံနဲ့တစ်နိုင်ငံ ကွဲပြားခြားနားနေတတ်ကြပေမယ့် လူနာ့အရေးကို မိမိအရေးထက်ဦးစားပေး လုပ်ဆောင်ပါမည်ဆိုတာတို့၊ လူမျိုး၊ ဘာသာအယူဝါဒ၊ လူ့အခွင့်အရေး ခံယူချက်တွေနဲ့ပတ်သက်ပြီး လူနာကိုခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုဘူးဆိုတာတို့၊ လူနာရဲ့ လျှို့ဝှက်ချက်ကို မပေါက်ကြားစေရပါဘူးဆိုတာတွေနဲ့၊ လိုအပ်နေသူကို အရေးပေါ်ဆေးကုသမှုပေးပါမယ်ဆိုတဲ့ အချက်အလက်တွေမှာတော့ အားလုံးတူညီနေကြတာကို တွေ့ရမှာဖြစ်ပါတယ်။

The World Medical Association
Declaration of Geneva

At the time of being admitted as a member of the medical profession:
 I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity;
 I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due;
 I will practice my profession with conscience and dignity;
 The health of my patient will be my first consideration;
 I will respect the secrets which are confided in me, even after the patient has died;
 I will maintain by all means in my power, the honor and the noble traditions of the medical profession;
 My colleagues will be my sisters and brothers;
 I will not permit considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, or social standing to intervene between my duty and my patients;
 I will remain the utmost respect for human life from its beginning even under threat and I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity;
 I make these promises solemnly, freely and upon my honor.

ပုဂ္ဂိုလ်တို့၏ အကျိုးစီးပွား

- ဆေးလောကသို့ စတင်ဝင်ရောက်သည့်အချိန်မှစ၍ ဆရာဝန်တစ်ဦးဖြစ်သော အကျွန်ုပ်သည် . . .
- မိမိဘဝသက်တမ်းတစ်လျှောက်လုံးတွင် လူသားအကျိုးပြု ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများကို မြှင့်တင် ဆောင်ရွက်ရန် လေးနက်တည်ကြည်စွာ ကတိပြုသစ္စာပြုပါ၏။
 - ဆရာသမားများကို ကျေးဇူးတရားရင်ဝယ်ထားလျက် ရိုသေလေးစားစွာ ဆက်ဆံပါမည်။
 - ဆေးကုသမှုပြုစဉ် သတိတရားလက်ကိုင်ထား၍ ဂုဏ်သိက္ခာရှိစွာ ပြုမူနေထိုင်ပါမည်။
 - လူနာ၏ကျန်းမာရေးကို ကျွန်ုပ်၏ပထမဦးစားပေးအဖြစ် ဆင်ခြင်ဆောင်ရွက်ပါမည်။
 - ကျွန်ုပ်ကြားမြင်သိရှိလာသော လူနာ၏အတွင်းရေးများကို (လူနာ သေဆုံးသွားသည်ဖြစ်ခဲ့ပါလျှင်လည်း) ရိုသေစွာ ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ပါမည်။
 - မြင့်မြတ်သော သမားအစဉ်အလာနှင့်သမားတို့၏ ဂုဏ်သိက္ခာကို ကျွန်ုပ်စွမ်းအားရှိသမျှ အတတ်နိုင်ဆုံး ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ပါမည်။
 - လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်ဆရာဝန်အချင်းချင်း ညီရင်းအစ်ကိုမောင်ရင်းနှမသဖွယ် ပြုမူနေထိုင်ပါမည်။
 - ကျွန်ုပ်၏လူနာနှင့်အကျွန်ုပ်၏တာဝန်အကြားတွင် အသက်အပိုင်းအခြားအပေါ် မူတည်၍လည်းကောင်း၊ ရောဂါဖြစ်မှု၊ ကိုယ်အင်္ဂါချို့ယွင်းမှု၊ အသားအရောင်ခွဲခြားမှု၊ လူမျိုး၊ ကျားမ၊ နိုင်ငံသားဖြစ်မှု၊ နိုင်ငံရေးအသင်းအဖွဲ့ကွာခြားမှု၊ အမျိုးနွယ်ဖွား၊ လိင်သတ်မှတ်မှု၊ သို့တည်းမဟုတ် လူမှုရေးရပ်တည်ချက်ကွာခြားမှု စသည့်အချက်အလက်များပေါ်မူတည်၍လည်းကောင်း ဆင်ခြင်သုံးသပ်ခြင်းကို ခွင့်ပြုမည် မဟုတ်ပါ။
 - လူ့ဘဝတည်သည်မှအစပြု၍ လူသား၏အသက်ကို အတတ်နိုင်ဆုံး တန်ဖိုးထားပါမည်။
 - ကျွန်ုပ်အား ခြိမ်းခြောက်စေခိုင်းမှုများ ပြုလာပါလျှင်လည်း ကျွန်ုပ်တတ်အပ်ပြီးသော ဆေးပညာကို အသုံးပြု၍ လူသားအကျိုးပြု တရားသဘော(Law of Humanity) နှင့် ဖီလာဆန်ကျင့်၍ ဘယ်သောအခါမှ ပြုလုပ်မည် မဟုတ်ပါ။
- ဤသစ္စာပြုချက်များကို လွတ်လွတ်လပ်လပ်သိက္ခာရှိစွာဖြင့် ကျင့်ကြံအားထုတ်ပါမည်ဟု လေးနက်တည်ကြည်စွာ ကတိပြုသစ္စာပြုပါ၏။

ကျင့်ဝတ်နဲ့လျော်ကန်တယ်လို့ ဘယ်သူက အဆုံးအဖြတ်ပေးပါသလဲ

ကျင့်ဝတ်ဆိုတာဟာ များမြောင်လှတဲ့ချဉ်းကပ်မှုတွေ၊ စရိုက် လက္ခဏာတွေနဲ့ရောယှက် (Pluralistic) နေတာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဘယ်ဟာက မှန်တယ် ဘယ်ဟာကမှားတယ်လို့ ဆုံးဖြတ်ရာမှာ တစ်ဦးနဲ့တစ်ဦး မတူညီနိုင်ပါဘူး။ ဆုံးဖြတ်ချက်ခြင်းတူနေရင်တောင် အကြောင်းပြချက်တွေက မတူညီနိုင်ပြန်ပါဘူး။ မတူညီတာကိုက ကိုယ်ကြိုက်သလို လွတ်လပ်စွာ စီမံခွင့်ရှိတဲ့ တချို့သော လူမှုအဖွဲ့အစည်းတွေမှာ တစ်ပါးသူရဲ့ အခွင့်အရေးတွေကို မထိခိုက်မချင်း သာမန်စရိုက်လက္ခဏာတွေအဖြစ် လက်ခံထားကြတယ်။ ပိုပြီးရှေးရိုး ဆန်တဲ့ လူ့အဖွဲ့အစည်းတွေမှာတော့ ကျင့်ဝတ်ကို ဥပဒေပြဋ္ဌာန်းပြီး ကျောထောက်နောက်ခံပြုပေးထားတဲ့ အတွက် ဘယ်လိုပြုမူရမယ်ဆိုတာကို အများကသဘောတူထားပြီး၊ လူမှုရေးဖိအားတွေ ပိုမိုကျရောက်နေတတ် ပါတယ်။ ဒီလိုအဖွဲ့အစည်းတွေမှာ ရိုးရာယဉ်ကျေးမှုနဲ့ ဘာသာတရားက လွှမ်းမိုးချုပ်ကိုင်ထားလိုက်ပါတော့ တယ်။ ဒါ့ကြောင့် ယေဘုယျအားဖြင့် ကျင့်ဝတ်နဲ့လျော်ကန်တယ်လို့ ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာမှာ အဖွဲ့အစည်းတစ်ခု နဲ့တစ်ခု ကွဲပြားမှုတွေရှိလာရပါတော့တယ်။ ပိုမိုလွတ်လပ်တဲ့ လစ်ဘရယ် အဖွဲ့အစည်းတွေမှာတော့ မိသားစု၊ သူငယ်ချင်း၊ ဘာသာတရား၊ မိမိယာ စာနယ်ဇင်းနဲ့ အခြားလွှမ်းမိုးမှုတွေပါရှိလာပြီး၊ ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးချင်းရဲ့ လွတ်လပ်စွာ ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ကို အသားပေးထားကြပါတယ်။ ပိုမို ရှေးရိုးဆန်တဲ့အဖွဲ့အစည်းတွေမှာတော့ မိသားစုအပြင်၊ လူကြီးသူမတွေ၊ ဘာသာရေး အကြီးအကဲတွေ၊ နိုင်ငံရေးခေါင်းဆောင်တွေက တစ်ဦးချင်း ဆုံးဖြတ်နိုင်မှုကို ကျော်လွှားပြီး ကျင့်ဝတ်နဲ့လျော်ကန်မှုရှိမရှိ သူတို့ကပဲ ဆုံးဖြတ်သွားတတ်ကြပါတယ်။

ကျင့်ဝတ်နဲ့ပတ်သက်လို့ ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းရှိသူတွေ ကွဲပြားနေလင့်ကစား လူသားအများစုအတွက် အခြေခံကျတဲ့ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ မူဝါဒတွေမှာတော့ တစ်သမတ်တည်း သဘောတူပြီးသားတွေရှိနေပါတယ်။ အဲဒါတွေကတော့ တစ်ကမ္ဘာလုံးက ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့်လက်ခံထားကြတဲ့ ကမ္ဘာ့ကုလသမဂ္ဂအဖွဲ့ကြီးရဲ့ နိုင်ငံ တကာလူ့အခွင့်အရေးကြေညာစာတမ်း (Declaration of Human Rights)နဲ့ အခြားစာချုပ်စာတမ်းတွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်နဲ့ပတ်သက်ပြီး အရေးကြီးတဲ့ လူ့အခွင့်အရေးပြဋ္ဌာန်းချက်တွေကတော့ လူသားအဖြစ် အသက်ရှင်နေထိုင်ပိုင်ခွင့် (Right to life)၊ ခွဲခြားဆက်ဆံမှု၊ နှိပ်စက်ညှဉ်းပန်းမှု၊ လူသားမဆန် မှုနဲ့ လူသားသိက္ခာညှိုးနွမ်းစေသော အပြုအမူများမှ လွတ်ကင်းရေး(Freedom from discrimination, torture and cruel, inhuman or degrading treatment)၊ လွတ်လပ်စွာ ဆန္ဒထုတ်ဖော်ပိုင်ခွင့်နဲ့ ပြုမူပိုင် ခွင့်(Freedom of opinion and expression)၊ လူထုအကျိုးပြု ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများနဲ့ ဆေးကုသမှု လုပ်ငန်းတွေမှာ သာတူညီမျှပါဝင်နိုင်ခွင့် (equal access to public services in one's country and to medical care)တွေပဲ ဖြစ်ကြပါတယ်။

ကျင့်ဝတ်ကို ဘယ်သူက ဆုံးဖြတ်သလဲဆိုတဲ့မေးခွန်းကို ဆရာဝန်တွေကို မေးခဲ့မယ်ဆိုရင် သာမန်လူ တွေ ဖြေတာနဲ့ ကွဲလွဲနေဦးမှာဖြစ်ပါတယ်။ နှစ်ပေါင်းရာစုများစွာကတည်းက ဆေးလောကသားတွေကိုယ်တိုင် စံထားရမယ့်အပြုအမူတွေကို ကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက် (Code of ethics)တွေအနေနဲ့ မူဝါဒ ချမှတ်ထားခဲ့ကြပြီး

ဖြစ်ပါတယ်။ ကမ္ဘာတစ်ခုလုံး အတိုင်းအတာအနေနဲ့ ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အဖွဲ့ကြီး (World Medical Association)က ဘယ်နေရာ ဘယ်ဒေသက ဆရာဝန်ပုံဖြစ်ဖြစ် လိုက်နာသင့်တဲ့ လျော်ကန်သင့်မြတ်တဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာကြေညာချက်တွေ၊ အပြုအမူတွေကို ထုတ်ပြန်ထားပြီးဖြစ်ပါတယ်။ နိုင်ငံအသီးသီးမှာရှိနေတဲ့ နိုင်ငံလုံးဆိုင်ရာ ဆရာဝန်အသင်းကြီးတွေ၊ ဆေးကောင်စီတွေက စံထားရမယ့် ကျင့်ဝတ်တွေကိုထုတ်ပြန်ပေးပြီး လိုက်နာလာကြရအောင် တွန်းအားပေးဖို့ တာဝန်ယူထားကြရပါတယ်။ သက်ဆိုင်ရာနိုင်ငံက ဆေးကောင်စီ ဥပဒေတွေကို ပြဋ္ဌာန်းပြီး စံပြုကျင့်ဝတ်တွေဟာ ဥပဒေအဆင့် ရောက်ရှိသွားရတာမျိုးတွေလည်းရှိပါတယ်။ ဆေးလောကက ကိုယ့်ကိုယ်ကိုဂုဏ်မြှင့်ပြီး သတ်မှတ်နေတဲ့ စံထားကျင့်ဝတ်တွေဟာ ဘယ်သောအခါမှ ပြီးပြည့်စုံမှုမရှိတတ်ပါဘူး။ ဥပမာပြရရင် . . .

- ဆရာဝန်တိုင်းဟာ ဒေသရဲ့တည်ဆဲဥပဒေတွေကို လေးစား လိုက်နာဖို့လိုပါတယ်။ ဥပဒေကို ချိုးဖောက်ရင် အများနည်းတူ အပြစ်ပေးခံရမှာဖြစ်ပါတယ်။
- တချို့သော ဆရာဝန်အသင်းတွေ၊ ဆေးကောင်စီတွေဟာ ဘာသာတရားလွှမ်းမိုးမှုတွေ ရှိနေတတ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေဟာ ကျင့်ဝတ်ကို စောင့်စည်းရရုံမက ဘာသာရေးတာဝန်တွေကိုပါ ထမ်းဆောင်လာကြရပါတယ်။
- စံကျင့်ဝတ်ကို သတ်မှတ်တဲ့အသင်းအဖွဲ့တွေမှာ ဆရာဝန် မဟုတ်သူတွေက စံနှုန်းသတ်မှတ်တာတွေ၊ လိုက်နာလာအောင် ကွပ်ကဲတာတွေကို လုပ်ကိုင်လာနေကြပါတယ်။

ဆေးကောင်စီတွေက သတ်မှတ်တဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာလမ်းညွှန်ချက်တွေဟာ ယေဘုယျသဘောပဲ ပါဝင်လေ့ရှိပါတယ်။ ဆရာဝန်တစ်ဦးချင်းစီ ရင်ဆိုင်နေရတဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာပြဿနာတိုင်းကို မဖြေရှင်းပေးနိုင်ပါဘူး။ ဆရာဝန်တွေကိုယ်တိုင်က ကိုယ်ရင်ဆိုင်နေရတဲ့ပြဿနာတွေကို ဘယ်လိုပြုမူ သင့်သလဲဆိုတာကို ဆုံးဖြတ်ရမှာဖြစ်ပါတယ်။ ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာမှာလည်း တူညီတဲ့အခြေအနေတစ်ရပ်မှာ တခြားဆရာဝန်တွေက ဘယ်လိုဆုံးဖြတ်ချက်ချခဲ့သလဲဆိုတာတွေကို ကိုယ့်ကိုအထောက်အကူဖြစ်စေပါတယ်။ (in making decisions, it is helpful to know what other physicians would do in similar situations)။ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက်နဲ့ မူဝါဒ ကြေညာချက်တွေဟာ ဆရာဝန်အများစုပြုမူသင့်တာတွေကို အများသဘောတူထားကြတဲ့အတိုင်း ပေါ်လွင်အောင် ထင်ဟပ်ရေးပေးထားရတာ ဖြစ်ပါတယ်။ အဖွဲ့ဝင်ဆရာဝန်တိုင်းက လိုက်နာဖို့သင့်ပါတယ်။ မလိုက်နာနိုင်ခဲ့ရင်လည်း အများတကာ လက်ခံနိုင်တဲ့ အကြောင်းပြချက်ရှိဖို့တော့ လိုအပ်ပါတယ်။

သမားကျင့်ဝတ်ဟာ ပြောင်းလဲမှုရှိတတ်ပါသလား

ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ရဲ့ တချို့သောအပိုင်းတွေဟာ ကာလကြာတာနဲ့အမျှ ပြောင်းလဲလိုက်လာတွေ ရှိပါတယ်။ အရင်တုန်းကဆရာဝန်တွေဟာ လူနာကိုဘယ်လိုကုသမယ် ဘာတာဝန်တွေယူမယ်ဆိုတာလောက်ကို သာ အာရုံစိုက်ခဲ့ကြပြီး လူနာကို အကျိုးအကြောင်းဖွင့်ဆိုရှင်းပြပြီး သဘောတူညီချက် (Informed consent) တောင်းခံတာမျိုးတွေ မရှိခဲ့ပါဘူး။ ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်များအဖွဲ့ကြီးက ထုတ်ပြန်တဲ့ လူနာ့အခွင့်အရေးကြေညာ စာတမ်း (WMA Declaration on the Rights of the Patient)ရဲ့ ၁၉၉၅ ခုနှစ် ပြင်ဆင်ချက်မှာ “ယနေ့ကာလ မှာ ဆရာဝန်နဲ့လူနာ၊ ဆရာဝန်နဲ့လူမှုအသိုင်း အပိုင်းဆက်ဆံရေးတွေဟာ သိသိသာသာကြီး ပြောင်းလဲခဲ့ပါပြီ။ ဆရာဝန်တစ်ယောက်ဟာ သူ့ရဲ့ပင်ကိုယ်အသိစိတ်နဲ့ လူနာအကျိုးရှိအောင် အကောင်းဆုံး ဆောင်ရွက်ပေး နေဆဲမှာပဲ၊ လူနာရဲ့လွတ်လပ်စွာဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်နဲ့ တရားမျှတစေမှုတွေကို လိုက်နာဆောင်ရွက်ပေးရမယ်” လို့ ပါရှိလာပါတယ်။ လူတွေဟာ သူတို့ကိုယ်သူတို့ မှုလဘူတကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်နေသူများလို့ ခံယူ လာနေကြပြီး၊ ဆရာဝန်တွေကို အတိုင်ပင်ခံတစ်ယောက်လို၊ နည်းလမ်း ညွှန်ကြားပေးတဲ့သူတစ်ယောက်လို ပြုမူလာနေကြပါတယ်။ ဒီအပြုအမူမျိုးဟာ တစ်ကမ္ဘာလုံးက လက်ခံလာတာမဟုတ်သေးပေမယ့် တော်တော် ပြန့်နှံ့လာနေပြီး၊ လူနာ-ဆရာဝန်ဆက်ဆံရေးမှာ အပြောင်းလဲကြီး ပြောင်းလဲဖို့ တာစူနေပါပြီ။ ဆရာဝန်ရဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာတာဝန်ယူရတဲ့အပိုင်းတွေဟာ အလျင်ကထက် ပြောင်းလဲလာနေပြီဖြစ်ပါတယ်။

ဆရာဝန်တွေဟာ တစ်ချိန်တုန်းက သူတို့ကိုယ်သူတို့ရော၊ ဆရာဝန်အချင်းချင်းကိုရော တာဝန်ခံ (Accountable) ခဲ့ကြရပါတယ်။ ဘာသာရေး ကိုင်းရှိုင်းသူတွေက သူတို့ရဲ့ဘုရားသခင်ကို တာဝန်ခံကြသလိုမျိုး ပါပဲ။ ယနေ့ကာလမှာတော့ နောက်ထပ်တာဝန်ခံစရာတွေ ပိုလို့လာခဲ့ပါပြီ။ သူတို့ရဲ့လူနာတွေကို တာဝန်ခံကြ ရတယ်။ တတိယကြားခံအဖွဲ့အစည်းတွေဖြစ်တဲ့ ဆေးရုံတွေ၊ ဆေးကုသရေးအဖွဲ့အစည်းတွေ၊ ဆေးကုသလိုက်စင် ထုတ်ပေးရေးအဖွဲ့တွေ၊ စည်းကမ်းကြပ်မတ်ရေးအဖွဲ့တွေနဲ့ တရားရုံးတွေကိုပင်လျှင် တာဝန်ခံရမှုတွေရှိလာ ပါတယ်။ ဒီလိုတစ်ကွဲတစ်ပြားစီ တာဝန်ခံပေးရတာတွေကြောင့် တစ်ခုနဲ့တစ်ခု ပဋိပက္ခတွေဖြစ်လာရပါတော့ တယ်။ (Different accountabilities can conflict with one another) နှစ်ခွဲသစ္စာထားပေးနေရတာတွေ ကိုတော့ အခန်း-၃ မှာ ဆက်လက် ဆွေးနွေးတင်ဆက်ပေးပါမယ်။

ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဟာ နောက်ထပ်တစ်နည်းနဲ့လည်း ပြောင်းလဲနေပါသေးတယ်။ ကိုယ်ဝန်ဖျက်ချ တာကို အရင်တုန်းက ဘယ်သမားကျင့်ဝတ် လမ်းညွှန်ချက်တွေကမှ ခွင့်မပြုခဲ့ပါဘူး။ ယနေ့ကာလမှာတော့ နိုင်ငံတော်တော်များများမှာ ဆရာဝန်တွေကိုယ်တိုင် ချွင်းချက်နဲ့ လက်ခံဆောင်ရွက်ပေးနေကြရပါပြီ။ တစ်ချိန် တုန်းက လူနာအပေါ်မှာသာ လုံးစေ့ပတ်စေ့ တာဝန်ယူပေးရမယ်လို့ဆိုတဲ့သမားကျင့်ဝတ်ဟာ၊ ယနေ့ကာလမှာ တော့ ရှားပါးတဲ့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အရင်းအမြစ်တွေကို ဘယ်လိုနေရာချ သုံးစွဲမလဲ(allocating scarce healthcare resources) ဆိုတဲ့ ကျင့်ဝတ်တွေ ပါဝင်လာနေပြီဖြစ်ပါတယ်။

ဆေးသိပ္ပံနဲ့နည်းပညာတွေ တိုးတက်လာနေတာနဲ့အမျှ ရှေးရိုးသမားကျင့်ဝတ်နဲ့ အဖြေရှာလို့မရတဲ့ ကျင့်ဝတ်ပြဿနာအသစ်တွေလည်း ပေါ်ပေါက်လာနေပါတယ်။ မျိုးပွားအထောက်အကူပြုကုသချက်တွေ (Assisted reproduction)၊ မျိုးဗီဇပညာ(Genetics)၊ ကျန်းမာရေး စာရင်းအင်းပညာ(Health informatics)နဲ့ အသက်ဆွဲဆန့်ပေးထားရတဲ့ နည်းပညာတွေမှာ ဆရာဝန်တွေ ပါဝင်ပတ်သက်လာနေရပါပြီ။ ဒီနည်းပညာ တွေကြောင့် လူနာတွေမှာ အကျိုးအမြတ်တွေရရှိနေသလို၊ တစ်ဖက်မှာလည်း သုံးစွဲတဲ့စနစ်အပေါ်မှာမူတည်ပြီး လူနာတွေကို ထိခိုက်နစ်နာမှုတွေ ရှိလာနေပါတယ်။ ဘယ်လိုအခြေအနေမျိုးမှာ ဆရာဝန်တွေ ပါဝင်သင့်တယ် ဆိုတာကို ဆုံးဖြတ်နိုင်ဖို့ သက်ဆိုင်ရာဆရာဝန်အသင်းတွေက ကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက်တွေကို တစ်သမတ်တည်း တွယ်ကပ်မနေဘဲ နည်းလမ်းအသစ်ရှာဖွေ ကူညီလမ်းညွှန်ပေးဖို့လိုလာပါတော့တယ်။

သမားကျင့်ဝတ်မှာ သိသာထင်ရှားတဲ့ပြောင်းလဲမှုတွေရှိနေပေမယ့် သမားကျင့်ဝတ်ရဲ့အခြေခံမူ (Fundamental values and ethical principles of medicine)တွေကတော့ တစ်ကမ္ဘာလုံးလက်ခံထားဆဲပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ပြောင်းလဲသွားမှာမဟုတ်ပါဘူး။ ပြောင်းလည်းမပြောင်းလဲသင့်ပါဘူး။ လူရယ်လို့ဖြစ်လာရင် တစ်နေ့နေ့တစ်ချိန်ချိန်မှာ နာခြင်းဆိုတဲ့ ဒုက္ခသစ္စာတရားနဲ့ မလွဲမသွေရင်ဆိုင်ကြရပါလိမ့်မယ်။ ဒီလိုအချိန်မှာ ကြင်နာတရားရှိတဲ့(Compassionate)၊ အရည်အချင်းပြည့်ဝတဲ့ (Competent)၊ လွတ်လပ်မှန်ကန်စွာ ဆုံးဖြတ် နိုင်တဲ့ သမားကောင်းသမားမြတ်ဆရာဝန် (Autonomous physicians)တွေက ပြုစုကုသပေးကြရပါလိမ့်မယ်။

သမားကျင့်ဝတ်က တစ်နိုင်နဲ့တစ်နိုင် ကွဲပြားခြားနားမှုရှိပါသလား

ဆေးသိပ္ပံနည်းပညာနဲ့လူမှုတန်ဖိုး(Societal values)တွေ တိုးတက်လာတာနဲ့အမျှ ဆေးပညာကျင့် ဝတ်တွေဟာ ပြောင်းလဲလိုက်လာနေပါတယ်။ တိုင်းပြည်တစ်ခုနဲ့တစ်ခုလည်း ကွာဟမှုတွေရှိလာရပါတယ်။ ဥပမာအားဖြင့် (Euthanasia)လို့ခေါ်တဲ့ ဆရာဝန်အကူအညီနဲ့ လျင်မြန်စွာ အသက်ထွက်အောင် လုပ်ဆောင် ပေးမှုတွေအပေါ်မှာ ဆရာဝန်အဖွဲ့အစည်းတော်တော်များများရဲ့သဘောထားတွေက ကွဲပြားလာနေပါတယ်။ တချို့အဖွဲ့အစည်းတွေက အပြစ်တင်ရှုတ်ချနေကြပြီး၊ တချို့က ကြားမှာနေကြပါတယ်။ တော်ဝင်ဒတ်ချ် ဆရာဝန်အသင်းကြီး(Royal Dutch Medical Association) ကတော့ ချွင်းချက်နဲ့လက်ခံထားပါတယ်။ နောက်ထပ်ဥပမာတစ်ခုကတော့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ခံယူပိုင်ခွင့်နဲ့ပတ်သက်ပြီး နိုင်ငံအချို့ရဲ့ ဆရာဝန် အသင်းတွေက နိုင်ငံသားအားလုံးကို သာတူညီမျှ အထောက်အကူပေးနေကြပေမယ့် တချို့နိုင်ငံတွေမှာတော့ မညီမျှနေတာကိုပဲ သည်းခံခွင့်လွတ်ပေးထားတတ်ကြပါတယ်။ တချို့သောနိုင်ငံတွေမှာ နည်းပညာတိုးတက်မှု ကြောင့် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာပြဿနာတွေကို အသင်းအသစ်ဖြေရှင်းနေရတဲ့အချိန်မှာ ဒီလိုနည်းပညာ မရရှိတဲ့ နိုင်ငံတွေမှာ ဒီလိုကျင့်ဝတ်ပြဿနာတွေ မပေါ်ပေါက်လာနိုင်တော့ပါဘူး။ တချို့သောနိုင်ငံတွေမှာ ဆရာဝန် တွေဟာ သက်ဆိုင်ရာ အစိုးရတွေရဲ့ အကြံပေးမှုကိုမခံကြရပေမယ့်၊ တချို့တွေမှာကျတော့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ တာဝန်ယူမှု(Ethical obligation)တွေ လိုက်နာနိုင်ဖို့ ခက်ခဲနေကြပြန်ပါတယ်။ ဥပမာ-လူနာရဲ့အတွင်းရေး

ကို စောင့်ထိန်းဖို့ တာဝန်ယူရာမှာ ရဲတွေ၊ စစ်သားတွေက သူတို့သံသယရှိတဲ့သူတွေရဲ့ ဒဏ်ရာအခြေအနေတွေကို သူတို့ဆီကို သတင်းပို့ခိုင်းနေတာမျိုးတွေဖြစ်ပါတယ်။

တစ်နိုင်ငံနဲ့တစ်နိုင်ငံ ကျင့်ဝတ်စောင့်ထိန်းမှုမှာ ကွဲပြားမှုရှိနေပေမယ့်လည်း တူညီတာတွေလည်း အများကြီးရှိနေပါသေးတယ်။ ကမ္ဘာအနှံ့က ဆရာဝန်တွေဟာ ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီးဆီကို ရောက်လာပြီး အငြင်းပွားနေတဲ့ ကျင့်ဝတ်ပြဿနာတွေကို ဆွေးနွေးတိုင်ပင်နှီးနှောရင်း ငြင်းခုံရင်း သဘောတူညီမှုတွေ ရရှိသွားတတ်ကြပါတယ်။ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ရဲ့ အခြေခံတန်ဖိုးတွေဖြစ်တဲ့ ကိုယ်ချင်းစာတရားထားရှိခြင်း (Compassion)၊ အရည်အချင်းပြည့်ဝခြင်း(Competence)၊ ကိုယ်ပိုင်လွတ်လပ်စွာဆုံးဖြတ်ခြင်း (Autonomy) စတာတွေနဲ့အတူ၊ ဆရာဝန်တွေရဲ့ အတွေ့အကြုံရင့်ကျက်မှု၊ ကျွမ်းကျင်မှုတွေက ကျင့်ဝတ်ပြဿနာတွေကို ဝေဖန်ပိုင်းခြားနိုင်စွမ်းရှိလာပြီး၊ လူနာအကျိုးရှိစေမယ့်၊ နိုင်ငံသားတွေအကျိုးရှိစေမယ့်၊ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးတွေ တိုးတက်လာစေမယ့် ရလဒ်ကောင်းတွေကို ဆောင်ကြဉ်းလာနိုင်မှာဖြစ်ပါတော့တယ်။

ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီး၏အခန်းကဏ္ဍ (The Role of the WMA)

ကမ္ဘာပေါ်မှာ ရှိရှိသမျှဆရာဝန်တွေအားလုံးကို ကိုယ်စားပြုနိုင်ဖို့ ကမ္ဘာ့ဆရာဝန် အသင်းကြီးက ဆေးပညာကျင့်ဝတ် အထွေထွေစံနှုန်းကို သတ်မှတ်ပေးထားနိုင်ခဲ့ပါတယ်။ (. . the WMA has undertaken



the role of establishing general standards in medical ethics that are applicable worldwide)။ စတင် တည်ထောင်လိုက်တဲ့ ၁၉၄၇ခုနှစ် ကနေစပြီး နာဇီဂျာမဏီနိုင်ငံက ဆရာဝန်တွေ လုပ်ဆောင်ခဲ့တဲ့ ကျင့်ဝတ်နဲ့မလျော်ညီတဲ့ အပြုအမူတွေမျိုး နောက်ထပ်မံ မပေါ်ပေါက်လာရစေအောင် ကြိုးပမ်းအားထုတ် ခဲ့ပါတယ်။ WMA ရဲ့ပထမဆုံးတာဝန်က ၂၀ ရာစုနှစ်အတွက် ဟစ်ပိုကရေးတီးစ် သစ္စာတိုင်တည်ချက်ကို ခေတ်နဲ့လျော်ညီအောင် ပြင်ဆင်ခဲ့ရတာပဲဖြစ်ပါတယ်။

ရလဒ်ကတော့ ၁၉၄၈ ခုနှစ် ဒုတိယအကြိမ် အထွေထွေညီလာခံကြီးမှာ ဂျီနီဗာကြေညာစာတမ်း (Declaration of Geneva)ဆိုတာ ပေါ်ထွက်လာခဲ့ပါတယ်။ ဒီစာတမ်းကိုလည်း အကြိမ်ကြိမ် ပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ခဲ့ရပါတယ်။ နောက်ဆုံးပြင်ဆင်ခဲ့တာကတော့ ၁၉၉၄ ခုနှစ်မှာဖြစ်ပါတယ်။ ဒုတိယတာဝန်ကတော့ ၁၉၄၉ ခုနှစ် တတိယ အကြိမ် အထွေထွေညီလာခံကြီးကနေ အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာသမားကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက် (International Code of Medical Ethics)ကို ပြဋ္ဌာန်းပေးခဲ့ပြီး ၁၉၆၈ခုနှစ်နဲ့ ၁၉၈၃ ခုနှစ်တွေမှာ ပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်မှုတွေ လုပ်ပေးနိုင်ခဲ့ပါတယ်။ ယခုလက်ရှိမှာလည်း ဆက်လက်ပြင်ဆင်နေဆဲပဲဖြစ်ပါတယ်။ နောက်ထပ်လုပ်ငန်း စဉ်တစ်ခုကတော့ လူသားသုတေသနပြုမှုတွေအတွက် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်တွေရေးဆွဲပေးခဲ့တာ ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဒီတာဝန်က ပထမတာဝန်နှစ်ရပ်ထက် ပိုမိုအချိန်ယူခဲ့ရပါတယ်။ ၁၉၆၄ ခုနှစ်ကျကာမှ ဟယ်လ်စင်ကီ ကြေညာစာတမ်း(Declaration of Helsinki) ဆိုပြီး ထွက်ပေါ်လာနိုင်ခဲ့ပါတယ်။ ဒီကြေညာ

စာတမ်းကိုလည်း အချိန်ကာလအလျောက် ပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်မှုတွေ ပြုလုပ်ခဲ့ရပြီး နောက်ဆုံး ၂၀၀၀ ခုနှစ်မှာ တင် ထပ်မံပြင်ဆင်ခဲ့ရပါသေးတယ်။ ဒီလိုအခြေခံကျတဲ့ ကျင့်ဝတ်ကြေညာချက်တွေကို ထုတ်ပြန်ပေးရုံတင် မကပါဘူး။ ထူးခြားတဲ့ပြဿနာရပ်ပေါင်း ၁၀၀ ကျော်အတွက် မူဝါဒချမှတ်ပေးရတာ(Policy statements) တွေကိုလည်း လုပ်ဆောင်ပေးခဲ့ပြီးဖြစ်ပါတယ်။ ဒီပြဿနာတွေထဲမှာ အများစုက ကျင့်ဝတ်ရေးရာတွေဖြစ်ပြီး ကျန်တာတွေက ဆေးပညာသင်ကြားရေး(Medical education)နဲ့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုစနစ် (Health systems)စတဲ့ လူမှုရေးနဲ့ဆေးပညာနီးနွယ်နေတဲ့ဘာသာရပ်(Social-medical topics) တွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ နှစ်စဉ် WMAရဲ့ အထွေထွေညီလာခံကြီး(General Assembly)ကနေ ရှိရင်းစွဲ မူဝါဒတွေကို ပြန်လည် သုံးသပ်တာတွေ၊ အသစ်ပြဋ္ဌာန်းတာတွေပြုလုပ်လေ့ရှိနေပါတယ်။

ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီးဟာ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့ကြီးနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်လျက်ရှိပြီး ယနေ့ကာလမှာ အဖွဲ့ဝင်နိုင်ငံပေါင်း ၈၆ နိုင်ငံရှိနေပါပြီ။ အဖွဲ့ဝင်စာရင်းမှာ မြန်မာနိုင်ငံ မပါရှိသေးတာကို ဝမ်းနည်းဖွယ်ရာ တွေ့ရှိရပါတယ်။

ကျင့်ဝတ်နဲ့လျော်ကန်တယ်ဆိုတာကို WMA က ဘယ်လိုဆုံးဖြတ်ချက်ပေးပါသလဲ။

ဆရာဝန်တွေအကြားမှာ အငြင်းပွားနေကြတဲ့ ကျင့်ဝတ်ရေးရာကိစ္စတွေကို နိုင်ငံတကာသဘောတူညီ ချက် ရယူနိုင်ဖို့ဆိုတာဟာ လွယ်ကူလှတဲ့ကိစ္စတော့မဟုတ်ပါဘူး။ WMA အနေနဲ့ မူဝါဒ ကြေညာချက် (Policy statement) တစ်ရပ် ထုတ်ပြန်နိုင်ဖို့ ဒါမှမဟုတ် ပြင်ဆင်နိုင်ဖို့ အထွေထွေညီလာခံကြီးမှာ၊ ထောက်ခံမဲ ၇၅% ရရှိဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ဆုံးဖြတ်ချက်မချခင် မူကြမ်းကို ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့်ဆွေးနွေးငြင်းခုံကြရပြီး၊ အဖွဲ့ကြီးရဲ့ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ကော်မတီ (WMA Medical Ethics Committee)ရဲ့ဝေဖန်သုံးသပ်မှုတွေ၊ တစ်ခါတလေမှာ အထူးခန့်အပ်တာဝန်ပေးထားတဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာကျွမ်းကျင်သူတွေရဲ့ ယူဆချက်တွေကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားကြရပြီး မူလမူကြမ်းကိုပြန်လည်ပြင်ဆင်ရတာမျိုးတွေ၊ ထပ်မံဆွေးနွေးရတာမျိုးတွေ ပြု လုပ်ရလေ့ရှိပါတယ်။ ပြဿနာရဲ့ရှုပ်ထွေးမှု၊ ဆန်းပြားမှုအပေါ်မှာမူတည်ပြီး အချိန်ပေးဆွေးနွေးကြရတာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဥပမာပြရရင်၊ ဟယ်လ်စင်ကီကြေညာစာတမ်းရဲ့ နောက်ဆုံးပြင်ဆင်ချက်ကိုဆွေးနွေးကြစဉ် တုန်းက ၁၉၉၇ ခုနှစ်ဦးပိုင်းကစတင်ခဲ့ပြီး ၂၀၀၀ ခုနှစ် အောက်တိုဘာလမှာမှ ပြင်ဆင်အတည်ပြုပေးနိုင်ခဲ့ ပါတယ်။ ဒါတောင် တချို့ထူးခြားတဲ့ပြဿနာရပ်တွေကို ချန်လှပ်ထားခဲ့ရပြီး၊ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ကော်မတီ က ပြီးမြောက်အောင်ဆက်လက်ဆောင်ရွက်ဖို့ ကျန်ရှိနေပါသေးတယ်။

လုပ်နည်းလုပ်ဟန်ကောင်းဖို့က အရေးကြီးတာ မှန်ပေမယ့် လုပ်ဟန်ကောင်းတိုင်း ကောင်းမွန်တဲ့ ရလဒ်တွေ ထွက်ပေါ်လာစေရမယ်လို့ အာမခံ မထားနိုင်ပါဘူး။ ကျင့်ဝတ်နဲ့လျော်ညီပါတယ်လို့ဆုံးဖြတ်နိုင်ဖို့ WMA အနေနဲ့ အရင်တုန်းက ဆုံးဖြတ်ခဲ့ဖူးတဲ့သာဓကတွေကို အခြေခံထားရပါတယ်။ ဆွေးနွေးဆဲပြဿနာ တွေကိုလည်း နိုင်ငံအလိုက်ဖြစ်စေ၊ နိုင်ငံတကာအနေနဲ့ဖြစ်စေ၊ ကျင့်ဝတ်ကျွမ်းကျင်သူအနေနဲ့ဖြစ်စေ

ဆက်လက်တင်ပြပေးဖို့ မှတ်တမ်းတင်ထားရှိရပါတယ်။ လူနာကို ဖွင့်ဆိုရှင်းပြသဘောတူညီမှု (Informed consent) ယူရတဲ့ကိစ္စမျိုးမှာ အများစု ထောက်ခံမဲရရှိနိုင်ခဲ့ပါတယ်။ လူနာရဲ့လျှို့ဝှက်ချက်ကိုထိန်းသိမ်းရမယ် (Confidentiality)ဆိုတဲ့ ကိစ္စရပ်မှာတော့ ဆရာဝန်တွေရဲ့ကဏ္ဍကို၊ သက်ဆိုင်ရာအစိုးရတွေ၊ ကျန်းမာရေး စီမံအုပ်ချုပ်သူတွေ၊ စီးပွားရေးသမားတွေရဲ့ တွန်းအားပေးစေခိုင်းမှုတွေကို ကျော်လွန်လုပ်ဆောင်လာနိုင်အောင် အတင်းအကြပ်မြှင့်တင်ပေးရတာမျိုးတွေလည်း ရှိကောင်းရှိလာရပါတယ်။ (On some issues, ...the position of physicians may have to be promoted forcefully against those of governments, health system administrators and/or commercial enterprises)။ WMA အဓိကလုပ်ဆောင်နေတဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာကိစ္စတွေကတော့ လူနာတစ်ဦးချင်းစီအတွက်နဲ့ သုတေသနစီမံကိန်းတွေအပေါ်မှာ အာရုံစိုက်ဦးစားပေးပြီး လုပ်ဆောင်နေပါတယ်။ ဂျီနီဗာကြေညာချက် (Declaration of Geneva) ကိုရွတ်ဆိုရာမှာ ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ မိမိရဲ့လူနာအကျိုးကို ပထမဦးစားပေးပြီးဆောင်ရွက်ပါမည် (The health of my patient will be my first consideration) လို့ ပါရှိနေပြီး၊ ဟယ်လ်စင်ကီကြေညာစာတမ်း(Declaration of Helsinki) မှာ လူသားကိုအသုံးပြု၍ ဆေးဝါးသုတေသနလုပ်ဆောင်မည်ဆိုပါက၊ လူသား၏ကျန်းမာရေးဘေးကင်းလုံခြုံမှုကို သိပ္ပံပညာတိုးတက်ရေး၊ လူမှုဘဝတိုးတက်ရေးတို့ထက် ရှေ့တန်းတင်ဦးစားပေးဆောင်ရွက်ရမည် (In medical research on human subjects, considerations related to the well-being of the human subject should take precedence over the interests of science and society)လို့ပါရှိနေပါတယ်။

ကျင့်ဝတ်နဲ့လျော်ညီပါတယ်လို့ ဆရာဝန်တစ်ဦးချင်းစီက ဘယ်လိုဆုံးဖြတ်နေကြပါသလဲ။

ဆရာဝန်တွေဆေးကျောင်းသားတွေအဖို့ သမားကျင့်ဝတ်ဟာ WMA က ချမှတ်ထားတဲ့လမ်းညွှန်ချက်တွေအတိုင်း လိုက်နာလိုက်ရုံနဲ့ မပြီးပြည့်စုံနိုင်ပါဘူး။ ဒီလမ်းညွှန်ချက်တွေအကုန်လုံးဟာ ယေဘုယျအချက်အလက်တွေသာဖြစ်နေပြီး၊ တစ်ဦးချင်းစီအတွက် ကိုယ်တိုင်ကြုံတွေ့ရတာတွေကို ကိုယ်တိုင်ဆုံးဖြတ်နိုင်ဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ပြဿနာတော်တော်များများဟာ သက်ဆိုင်ရာဆရာဝန်အသင်းတွေရဲ့ လမ်းညွှန်ချက်တွေမှာ စုံလင်အောင်ပါရှိမနေတတ်ပါဘူး။ နောက်ဆုံး ဆုံးဖြတ်ကျင့်သုံးရမယ့် တာဝန်ဟာ ဆရာဝန်တစ်ယောက်ချင်းစီအပေါ်မှာ ကျရောက်လာရပါတော့တယ်။ (Individuals are ultimately responsible for making their own ethical decisions and for implementing them)။

ဤစာအုပ် နိဒါန်းအစမှာ ပြဆိုထားခဲ့တဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာပြဿနာ နမူနာလေးတွေကို မှန်ကန်စွာ ဖြေရှင်းနိုင်ဖို့ ချဉ်းကပ်နည်းအသွယ်သွယ်ရှိလာရပါတော့တယ်။ အကြမ်းဖျင်းအားဖြင့် ချဉ်းကပ်နည်း နှစ်နည်း ရှိပါတယ်။ ဆင်ခြင်တုံတရားဖြင့်ချဉ်းကပ်နည်း(Rational approach) နဲ့၊ ဆင်ခြင်တုံတရား မလိုတဲ့ ချဉ်းကပ်နည်း(Non-rational approach) ဝဲဖြစ်ပါတယ်။ ဆင်ခြင်တုံတရားမလိုတဲ့ ချဉ်းကပ်နည်းဆိုတာဟာ



ဆင်ခြင်တုံကင်းမဲ့နေတာ(Irrational)မဟုတ်ဘူးဆိုတာကိုတော့ သတိချပ်ထားကြရပါမယ်။ ဆုံးဖြတ်ချက် ချမှတ်ရာမှာ အကျိုးအကြောင်းကို စနစ်တကျထင်ဟပ်နိုင်တဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက် (systematic, reflective use of reason in decision-making) နဲ့ကွဲပြားသွားစေချင်လို့ ဆင်ခြင်တုံတရားမလိုတဲ့ ချဉ်းကပ်နည်းလို့ သုံးစွဲလိုက်ရတာဖြစ်ပါတယ်။

ဆင်ခြင်တုံတရား မလိုသောချဉ်းကပ်နည်းများ (Non-rational approaches)-

- **အမိန့်နာခံတဲ့နည်း (Obedience)**။ ဒီဆုံးဖြတ်နည်းဟာ ကလေးငယ်တွေကိုစေခိုင်းရာမှာ အသုံးပြုတတ်သလို၊ အမိန့်ပေးစေခိုင်းလေ့ရှိတဲ့ဌာန (စစ်တပ်၊ ပုလိပ်၊ တချို့သော ဘာသာရေး အဖွဲ့အစည်း၊ စီးပွားရေးလုပ်ငန်းရှင်များ စသည်)တို့မှာ လုပ်ကိုင်နေတဲ့သူတွေ သုံးစွဲလေ့ရှိတဲ့ နည်းပဲဖြစ်ပါတယ်။ စာရိတ္တပိုင်းဆိုင်ရာ ပြုမူချက်တွေကို ကိုယ်ကသဘောတူသည်ဖြစ်စေ မတူ သည်ဖြစ်စေ အာဏာပေးစေခိုင်းသူတွေ ညွှန်ကြားတဲ့စည်းမျဉ်းအတိုင်း လိုက်နာဆောင်ရွက်ရ တာမျိုးဖြစ်ပါတယ်။
- **တုပ်ပြုမှုတဲ့နည်း (Imitation)**။ အမိန့်နာခံတဲ့နည်းနဲ့ ဆင်ဆင်တူပါတယ်။ တစ်ဦးရဲ့အမှား အမှန် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို နောက်တစ်ဦးက လိုက်တုလုပ်တာမျိုးဖြစ်ပါတယ်။ အရင်ဆုံးပြုမှုတဲ့သူကို စံပြနမူနာပုဂ္ဂိုလ် (Role model) အဖြစ်ထားရှိပြီး လိုက်လံပြုမူရတာ ဖြစ်ပါတယ်။ ကိုယ်အားကျ တဲ့ဆရာဝန်ကြီး(Aspiration physicians)တွေ၊ အတိုင်ပင်ခံသမားတော်ကြီးတွေကို စံနမူနာ ထားပြီး သူတို့ရဲ့သမားကျင့်ဝတ်တွေ၊ တန်ဖိုးထားလုပ်ဆောင်မှုတွေကို လေ့လာအတုယူပြုမူတာ မျိုးဖြစ်ပါတယ်။
- **ခံစားမှုသို့မဟုတ်ဆန္ဒဖြည့်ဆည်းနည်း (Feeling or Desire)**။ မိမိရဲ့ပုဂ္ဂလိကဓိဋ္ဌာန် ဆုံးဖြတ် ချက်သာလျှင်ဖြစ်ပါတယ်။ မှန်တယ်လို့ခံစားရရင် ဒါမှမဟုတ် ကိုယ်ကိုယ်တိုင်ကကျေနပ်နေရင် မှန်တယ်လို့ပြုမူပြီး၊ မှားတယ်လို့ခံစားလိုက်ရရင် ဒါမှမဟုတ် စိတ်ပျက်မကျေနပ်ဘူးဆိုရင် မှားတယ်လို့ ပြုမူတာမျိုးကို ဆိုလိုပါတယ်။ တစ်ဦးတစ်ယောက်တည်းရဲ့ခံစားချက်သာလျှင်ဖြစ်ပြီး တခြားလူတွေရဲ့ ခံစားမှုနဲ့ ကွာဟမှုတွေရှိလာပါတယ်။ ကိုယ့်တစ်ဦးထဲမှာတောင် တစ်ချိန်နဲ့ တစ်ချိန် ခံစားချက်မတူဘဲ ပြောင်းလဲ ပြုမူနေတတ်ပါတယ်။

- **ထိုးထွင်းသိမြင်စိတ်ဖြင့်ဆုံးဖြတ်နည်း (Intuition)**။ ရုတ်တရက်ဝင်ရောက်လာတဲ့ အသိစိတ်ပေါ် မူတည်ပြီး မှန်ကန်တယ်လို့ ဆုံးဖြတ်ပြုမူသွားတာဖြစ်ပါတယ်။ (an immediate perception of the right way to act in a situation)။ ဆန္ဒဖြည့်ဆည်းနည်းလို့ပဲ ပုဂ္ဂလ ဓိဋ္ဌာန် ဆုံးဖြတ်ချက်မျိုးဖြစ်ပါတယ်။ ကွာခြားတာက ဆုံးဖြတ်ချက်ဟာ ဆန္ဒထက် စိတ်ပေါ်မှာ မူတည်နေပါတယ်။ (Location is in the mind rather than the will)။ ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာမှာ အမိန့်နာခံနည်းတွေ၊ တုပပြုမူနည်းတွေ၊ ဆန္ဒဖြည့်ဆည်းနည်းတွေဖက်ကနေ ဝေးသွားပြီး ဆင်ခြင်တုံတရားနဲ့ချဉ်းကပ်နည်းဖက်ကို ပိုမိုယိမ်းယိုင်လာတာကို တွေ့ရပါတယ်။ သို့ပေမယ့်လို့ စနစ်တကျထင်ဟပ် တုံ့ပြန်တာမျိုးမဟုတ်ဘဲ လျှပ်တစ်ပြက် ထွက်ပေါ်လာတဲ့ အသိစိတ်ပေါ်မူတည်ပြီး ဆုံးဖြတ်သွားတာမျိုး ဖြစ်ပါတယ်။ ခံစားမှုမှာလို့ပဲ တစ်ဦးနဲ့တစ်ဦး ဆုံးဖြတ်ချက်တွေ ကွာခြားနိုင်သလို လူတစ်ဦးတည်းမှာကိုလည်း ကာလကြာတာနဲ့အမျှ ပြောင်းလဲလာနိုင်ပါတယ်။
- **အကျင့်စွဲ ဆုံးဖြတ်နည်း (Habit)**။ အင်မတန်ပြည့်ဝတဲ့စာရိတ္တဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်နည်း ဖြစ်ပါတယ်။ (a very efficient method of moral decision-making) အကြောင်းအရာပေါ်လာတိုင်း အကျင့်ဖြစ်ပြီး ဆုံးဖြတ်နေတဲ့အတွက် ပြဿနာပေါ်လာတိုင်း နောက်ထပ်စနစ်ကျတဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်တွေကို ထပ်မံပြုလုပ်ဖို့မလိုတော့ပါဘူး။ သို့ပေမယ့် မကောင်းတဲ့အကျင့် (ဥပမာ- မုသားပြောဆိုခြင်း)နဲ့ ကောင်းတဲ့အကျင့်(ဥပမာ- အမှန်အကန် ပြောဆိုခြင်း)ဆိုတာတွေ ရှိလာပါတယ်။ တူညီတဲ့ကျင့်ဝတ်ပြဿနာလို့ ထင်မှတ်ရတဲ့အခြေအနေမျိုးမှာ ခွဲခြားပြီး ဆုံးဖြတ်ရတာမျိုးတွေလည်း ရှိတတ်ပါတယ်။ အကျင့်ဆိုတာ အသုံးဝင်မှုရှိတဲ့အတွက် ကိုယ့်ရဲ့ယုံကြည်ချက်တွေ အကုန်လုံးကိုပုံအောပြီး အကျင့်ထဲကို ထည့်သွင်းလို့မရပါဘူး။

ဆင်ခြင်တုံတရားဖြင့်ချဉ်းကပ်နည်းများ (Rational approaches)



စာရိတ္တပိုင်းဆိုင်ရာ အပြုအမူတွေကို လေ့လာရာမှာ မှန်ကန်တဲ့ အပြုအမူနဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်တွေချမှတ်နိုင်စေဖို့ ဆင်ခြင်တုံတရား မလိုအပ်တဲ့ ချဉ်းကပ်နည်းတွေကို သုံးနိုင်တယ်ဆိုတာကို ကျင့်ဝတ်ပညာက လက်ခံထားပြီး ဖြစ်ပါတယ်။ သို့ပေမယ့် အခြေခံအားဖြင့် ကျင့်ဝတ်ပညာဟာ ဆင်ခြင်တုံတရားရှိတဲ့ ချဉ်းကပ်နည်းတွေနဲ့ ပိုမိုသက်ဆိုင်နေရပါတယ်။ ဒီနည်းလမ်းတွေက လေးမျိုးရှိနေပါတယ်။ Deontology, Consequentialism, Principlism နဲ့ Virtue Ethics တို့ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ တစ်ခုချင်းစီကို ရှင်းပြပေးပါမယ်။

• **စည်းမျဉ်းအခြေခံဆင်ခြင်နည်း (Deontology)။**

သတ်မှတ်ထားရှိပြီးသား စည်းမျဉ်းဥပဒေတွေထဲက ကောင်းနိုးရာရာတွေကို အခြေခံပြီး ဆုံးဖြတ်ချက်ချရတာဖြစ်ပါတယ်။ ဥပမာ၊ လူတိုင်းကို သာတူညီမျှဆက်ဆံရမည် (Treat all people as equals)ဆိုတဲ့ စည်းမျဉ်းဟာ၊ ဘုရားသခင်ကလူသားအားလုံးကို သာတူညီမျှဖန်ဆင်းခဲ့သည်ဆိုတဲ့ ဘာသာရေး အခြေခံစည်းမျဉ်းတစ်ခုဖြစ်နိုင်သလို၊ လူသားမှန်လျှင် မျိုးရိုးဗီဇတစ်ခုထဲမှ ဆင်းသက်လာရသည်ဆိုတဲ့ ဘာသာရေးနဲ့ မပတ်သက်တဲ့စည်းမျဉ်းလဲ ဖြစ်နေနိုင်ပါတယ်။ စည်းမျဉ်းတွေ သတ်မှတ်ပြီးရင်တော့ တိကျတဲ့ အခြေအနေပေါ် မူတည်ပြီး လိုက်နာကျင့်သုံးရတာတွေရှိသလို၊ လိုအပ်နေသေးတာတွေကိုလည်း သဘောမတူငြင်းခုံနိုင်ဖို့ကို လမ်းစဖွင့်ပေးထားရပါတယ်။ ဥပမာ၊ လူ့အသက်မသတ်ရ ဆိုတဲ့စည်းမျဉ်းမှာ ကိုယ်ဝန်ဖျက်ချတာတွေကို တားဆီးဖို့ လိုမလိုဆိုတာနဲ့ သေဒဏ်တွေကို ဖယ်ရှားဖို့ လိုမလိုဆိုတာတွေကို ငြင်းခုံကြရပါဦးမယ်။

• **အကျိုးရလဒ်တွက်ဆ ဆင်ခြင်နည်း (Consequentialism)**

ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုခုကြောင့်ဖြစ်ပေါ်လာမယ့် အကျိုးသက်ရောက်မှုသို့မဟုတ် ရလဒ်တွေကို တွက်ဆပြီး ဆင်ခြင်သုံးသပ်ရတာဖြစ်ပါတယ်။ (Ethical decision-making on an analysis of the likely consequences or outcomes of different choices and actions)။ မှန်ကန်တဲ့ အပြုမူတစ်ခုကြောင့် ရလဒ်ကောင်းတွေ ပေါ်ထွက်လာစေနိုင်ပါတယ်။ ရလဒ်ကောင်းကို ဘယ်လို သတ်မှတ်သလဲဆိုတဲ့အပေါ်မှာ သဘောထားကွဲလွဲမှုတွေ ရှိလာရပြန်ပါတယ်။ အကောင်းဆုံး ရလဒ်ဖြစ်လာစေဖို့ လူသိအများဆုံးနည်းကတော့ utilitarianism လို့ခေါ်ပါတယ်။ utility ဆိုတာ လူထုဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းလို့ အဓိပ္ပာယ်ရပါတယ်။ အများစုအတွက် အကောင်းဆုံးဝန်ဆောင်မှု (the greatest good for the greatest number)လို့ ဘာသာပြန်ဆိုနိုင်ပါတယ်။ တခြားနည်းလမ်းတွေလည်း ရှိပါသေးတယ်။ Cost-effectiveness လို့ခေါ်တဲ့ စိုက်ထုတ်လိုက်ရတဲ့ တန်ဖိုးကို ရရှိလာမယ့်အကျိုးနဲ့ ချိန်ထိုးကြည့်ရတဲ့နည်းလမ်းနဲ့ Quality of life လို့ခေါ်တဲ့ အရည်ချင်းပြည့်ဝစွာ အသက်ရှင်သန်နိုင်တဲ့ နည်းတွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ Quality of life ကို တွက်ချက်ရာမှာလည်း QALY: Quality Adjusted Life Year လို့ခေါ်တဲ့ အရည်အသွေး ထိန်းကွပ် ရှင်သန်မှုနှုန်းကာလအတိုင်းအတာနဲ့ DALY: Disability Adjusted Life Year လို့ခေါ်တဲ့ မသန်မစွမ်း ထိန်းကွပ်ရှင်သန်မှု နှစ်ကာလတွေကို တိုင်းထွာကြရပြန်ပါတယ်။ Consequentialism ထောက်ခံသူတွေဟာ မူဝါဒ (Principles)တွေကို သိပ်ဂရုမစိုက်တတ်ကြပါဘူး။ အကျိုးရလဒ်နည်းကလွဲလို့ တခြားနည်းလမ်းတွေကိုရွေးချယ်တာ၊ ဦးစားပေးတာ၊ ကျင့်သုံးတာတွေ မရှိတတ်ပါဘူး။ ရလဒ်ကောင်းခြင်းဟာ နည်းလမ်းကောင်းလို့ ဖြစ်ရတာလို့ပဲ

(the end justifies the means)လို့ လက်ခံထားကြသူများဖြစ်ပါတယ်။ လူမှုရေးဦးတည်ချက် တစ်ရပ်ပြည့်ဝစေဖို့ လူတစ်ဦးချင်းစီရဲ့ လူ့အခွင့်အရေးတွေကိုတောင် စွန့်လွှတ်ဖို့ ဝန်မလေး တတ်ကြပါဘူး။ (that individual human rights can be sacrificed to attain a social goal)။

- **မူဝါဒသတ်မှတ်ဆုံးဖြတ်နည်း (Principlism)။** အမည်နဲ့လိုက်အောင်ကိုပဲ ကျင့်ဝတ်မူဝါဒ တွေ သဘောတရားတွေကို သတ်မှတ်ပြီး ဆုံးဖြတ်ချက်ချရတာဖြစ်ပါတယ်။ မှန်ကန်စွာကျင့်ကြံ နိုင်ကြဖို့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာပြဿနာအလိုက် အခြေအနေအလိုက် စည်းမျဉ်းခံနည်းရော၊ အကျိုး ရလဒ်နည်းတွေပါ ထည့်သွင်းပြီး သဘောတရားတွေ သတ်မှတ်ထားရှိရပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ အငြင်းပွားမှုတွေမှာ အထူးသဖြင့် အမေရိကန်နိုင်ငံလို တိုင်းပြည်တွေမှာ မူဝါဒသတ်မှတ်နည်း ဟာ အင်မတန်မှ လွှမ်းမိုးမှုရှိနေပါတယ်။

ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ အခြေခံသဘောတရားကြီး လေးခုချမှတ်ထားပါတယ်။

- ကိုယ်ပိုင်ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ကိုလေးစားလိုက်နာရေး (Respect for autonomy)
- ကောင်းကျိုးရှေ့ရှုရေး (Beneficence)
- ထိခိုက်နစ်နာမှုမရှိစေရေး (Non-maleficence)နဲ့
- တရားမျှတမှုရှိစေရေး (Justice)တို့ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။

သဘောတရားတစ်ချက်ချင်းဟာ တစ်ခုကိုတစ်ခု ဖီလာမဆန့်ကျင်နေသမျှ ကာလပတ်လုံး အစဉ် လိုက်နာနေရမယ်လို့ ဆိုလိုပါတယ်။ ဆန့်ကျင်မှုရှိလာရင် အလယ်အလတ်လမ်းစဉ်ကို ကျင့်သုံးရပါမယ်။ ဒါကို ကျင့်ဝတ်စကားရပ်နဲ့ **Prima facie** လို့ခေါ်ဆိုထားပါတယ်။

ဒီမူလေးရပ်ဟာ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်မှာအရေးကြီးဆုံးသော အခြေခံမူဝါဒတွေ ဖြစ်လို့နေပါတယ်။ ဆင်ခြင်တုံတရား အသုံးပြုပြီး ဆုံးဖြတ်ချက်ချတဲ့နည်းတွေထဲမှာ အခြေခံမူတွေဟာအရေးကြီးပါတယ်။ သဘော တရားတွေကို ရွေးချယ်ရာမှာ ကိုယ်ပိုင်ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ကို ဦးစားပေးမယ်ဆိုရင် ဒီမူဟာ အနောက်တိုင်း လစ်ဘရယ်ယဉ်ကျေးမှုကို ရောင်ပြန်ဟပ်ထားတာဖြစ်တဲ့အတွက် နိုင်ငံအားလုံးက လက်ခံရမယ်လို့ မဆိုလို ပါဘူး။ တစ်ခါတလေ အခြေခံမူဝါဒလေးရပ်ထဲမှာတင်ပဲ ကျင့်ဝတ်ရေးရာ အခြေအနေတစ်ရပ်ရပ်အပေါ်မှာ မူတည်ပြီး မူဝါဒတစ်ခုနဲ့တစ်ခု ထိပ်တိုက်ရင်ဆိုင်မိတာမျိုးတွေ ဖြစ်တတ်တဲ့အတွက် ပဋိပက္ခတွေ မဖြစ်ပေါ် လာရအောင် နည်းလမ်းသတ်မှတ်ပေးဖို့ လိုလာရပါတော့တယ်။

- ပါရမီခံကျင့်ဝတ် (Virtue Ethics)**။ ပါရမီခံကျင့်ဝတ်ဆိုတာကတော့ ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်မှုမှာ ထက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်နေသူရဲ့ အကျင့်စရိုက်အပေါ်မှာ ပိုမိုအာရုံစိုက်ထားပါတယ်။ ပါရမီခံဆိုတာ အကောင်းဆုံးစာရိတ္တတစ်ရပ်ဖြစ်ပါတယ် (Virtue is a type of moral excellence)။ ဆရာဝန်တစ်ယောက်အတွက် အရေးကြီးတဲ့ပါရမီတစ်ခုကတော့ အထက်မှာဖော်ပြပြီးတဲ့အတိုင်း စာနာမှုကရုဏာတရား(Compassion)ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ တခြားပါရမီခံတွေကတော့ ရိုးသားမှု (Honesty)၊ ချင့်ချိန်ဆုံးဖြတ်နိုင်မှု(Prudence)၊ အလုပ်တာဝန် ကြိုးစားမြုပ်နှံနိုင်မှု (Dedication) တွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဒီပါရမီခံတွေကို ရယူပိုင်ဆိုင်ထားကြတဲ့ ဆရာဝန်တွေဟာ မှန်ကန်တဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်တွေချမှတ်နိုင်ပြီး ကောင်းမွန်တဲ့အပြုအမူတွေကို ပြုကြလေ့ရှိတယ်လို့ ဆိုကြပါတယ်။ ဒါတောင် တချို့သောအခြေအနေတွေမှာ သူတို့ရဲ့ဆုံးဖြတ်ချက်တွေဟာ မတင်မကျဖြစ်နေတတ်ပါသေးတယ်။ ပါရမီခံကောင်းတဲ့ဆရာဝန်တွေကိုလည်း မှားပြီးဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်တာတွေက အလွတ်ပေးလေ့မရှိတတ်ပါဘူး (Even virtuous physicians are not immune from making wrong decisions)။

ဆင်ခြင်တုံတရားနဲ့ချဉ်းကပ်နည်းလေးခုစလုံးဟာ တစ်ကမ္ဘာလုံးအတိုင်းအတာနဲ့ တစ်သမတ်တည်းသဘောတူညီချက် မရရှိနိုင်သေးပါဘူး။ ဆင်ခြင်တုံတရားနဲ့ ဆုံးဖြတ်တာကို နှစ်ခြိုက်သူတွေရှိကြသလို ဆင်ခြင်တုံတရားမပါဘဲ ဆုံးဖြတ်တာကို ကြိုက်နှစ်သက်တဲ့သူတွေလည်း ရှိလာကြပါတယ်။ နည်းလမ်းနှစ်ခုစလုံးမှာ အားနည်းချက် အားသာချက်တွေရှိနေပါတယ်။ ဆင်ခြင်တုံတရားတစ်ခုချင်းစီက ကောင်းနိုးရာရာတွေကို ပေါင်းစုလိုက်ပြီး ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်တာဟာ အကောင်းဆုံးဖြစ်နိုင်လိမ့်မယ်လို့ ဆိုကြပါတယ်။ ကိုယ်တိုင်ရင်ဆိုင်နေရတဲ့ပြဿနာအတွက် အသင့်လျော်ဆုံးစည်းမျဉ်းတွေ၊ မူဝါဒတွေကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားရလိမ့်မယ်လို့ဆိုပါတယ်။ အရန်ထား ဆုံးဖြတ်ချက်တွေကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာမယ့် အကျိုးသက်ရောက်မှုတွေကို ကြိုတင်တွက်ဆထားဖို့ လိုအပ်ပြီး ဘယ်အကျိုးသက်ရောက်မှုမျိုးကို ရွေးချယ်သင့်သလဲဆိုတာတွေကိုလည်း တွက်ဆထားကြရပါမယ်။ နောက်ဆုံးမတော့ ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်လိုက်သူက သူ့အမှန်တကယ်ဆုံးဖြတ်လိုက်တဲ့အတိုင်း အကောင်အထည်ဖော်မှုပြုနိုင်ပါရဲ့လားဆိုတာ ဆန်းစစ်ဖို့ လိုအပ်လာပါတယ်။

အောက်ပါအချက်တွေအတိုင်း အဆင့်ဆင့်ဆောင်ရွက်သွားလို့ ရပါတယ်။

- ၁။ ကိုယ်ရင်ဆိုင်နေရတဲ့ပြဿနာက ကျင့်ဝတ်နဲ့ပတ်သက်နေသလားဆိုတာကို အရင်ဆန်းစစ်ပါ။
- ၂။ ဩဇာရှိအဖွဲ့အစည်း (သက်ဆိုင်ရာဆရာဝန်အသင်းရဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာလမ်းညွှန်ချက်၊ မူဝါဒသဘောထား၊ လေးစားအပ်သောဆရာဝန်များ)နှင့် တိုင်ပင်၍ တူညီသောအခြေအနေ၌ အခြားဆရာဝန်များ၏ ပြုမူချက်ကို လေ့လာဆန်းစစ်ပါ။

- ၃။ မူဝါဒသဘောတရားနှင့် တန်ဖိုးထားမှုများအပေါ်မူတည်၍ အခြားဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်ချေရှိမှုများနှင့် ထို ဆုံးဖြတ်ချက်များကြောင့် ပေါ်ပေါက်လာမည့်နောက်ဆက်တွဲအကျိုးသက်ရောက်မှုများကို တွေးဆကြည့်ပါ။
- ၄။ မိမိကြံရွယ်ထားသည့်ဆုံးဖြတ်ချက်ကြောင့် ခံစားလာရနိုင်ဖွယ်ရှိမည့်သူများနှင့် ဆွေးနွေးကြည့်ပါ။
- ၅။ ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်၍ ဆုံးဖြတ်သည့်အတိုင်းပြုမူကြည့်ပါ။ (ခံစားလာရမည့်သူများဘက်ကို ဦးစားပေးပါ။)
- ၆။ ကိုယ့်ဆုံးဖြတ်ချက်ကိုပြန်လည်သုံးသပ်၍ အနာဂတ်တွင် ပြောင်းလဲပြုမူနိုင်အောင် ပြင်ဆင်ထားပါ။

အခန်း (၁) အဆုံးသတ်ခြင်း။

ထူးခြားတဲ့ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ပြဿနာတွေကြုံတွေ့လာခဲ့ရင် ဒီလိုပြဿနာမျိုးတွေဟာ ခေတ်အဆက်ဆက်က ဆရာဝန်တွေကိုယ်တိုင်လည်း ရင်ဆိုင်တွေ့ကြုံခဲ့ရပြီးသားပါပဲလို့ယူဆထားလိုက်ခြင်းအားဖြင့် ရှေးက ဆရာဝန်တွေရဲ့အတွေ့အကြုံတွေ၊ အသိဉာဏ်တွေကို ယနေ့မျက်မှောက်ကာလမှာ တန်ဖိုးထားလာနိုင်ကြမှာ ဖြစ်ပါတယ်။ WMA နဲ့ အခြားဆေးပညာအဖွဲ့အစည်းတွေကိုယ်တိုင်ကလည်း ဒီအယူအဆကို လက်ကိုင်ထားပြီး အထောက်အကူဖြစ်စေမယ့် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာလမ်းညွှန်ချက်တွေကို ဆရာဝန်တွေအတွက် ချမှတ်ပေးနေရတာ ဖြစ်ပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာပြဿနာတော်တော်များများမှာ အများသဘောတူညီချက်တွေ ရရှိထားပြီး ဖြစ်ပေမယ့် ထူးခြားတဲ့ကျင့်ဝတ်ပြဿနာတွေအပေါ်မှာတော့ ဆရာဝန်တစ်ဦးချင်းအနေနဲ့ သဘောထား ကွဲလွဲပြီး ဖြေရှင်းတာမျိုးတွေရှိလာနိုင်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေရဲ့အယူအဆနဲ့ လူနာတွေရဲ့ အယူအဆတွေ၊ တခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနေသူတွေရဲ့ အယူအဆတွေဟာလည်း မတူညီနိုင်ပါဘူး။ ကျင့်ဝတ် ပြဿနာတစ်ရပ်ကို ဖြေရှင်းဖို့ ပထမအဆင့်မှာ ဆုံးဖြတ်ချက်အတွက် ချဉ်းကပ်နည်းအသွယ်သွယ်ကို ဆရာဝန် ကိုယ်တိုင်က နားလည်သဘောပေါက်ထားဖို့လိုပါတယ်။ ကိုယ့်ရဲ့အယူအဆနဲ့ ကိုယ်နဲ့ဆက်သွယ်နေသူတွေရဲ့ အယူအဆတွေကို ချိန်ထိုးကြည့်တတ်ရပါမယ်။ သို့မှသာ အကောင်းဆုံး ပြုမူနိုင်မှာဖြစ်ပြီး ကိုယ့်ရဲ့ဆုံးဖြတ်ချက် ကိုလည်း အများသဘောလာပေါက်အောင် ရှင်းပြပေးနိုင်မှာ ဖြစ်ပါတော့တယ်။

t cef2

vneUj&nDef

ဤအခန်း၏ရည်ရွယ်ချက်

ဤအခန်းကိုလေ့လာသဘောပေါက်ပြီးလျှင် သင်သည် . . .

- (၁) လူနာတိုင်းကို ဘာကြောင့်အလေးထားဆက်ဆံထိုက်သလဲဆိုတာနဲ့ ဘာကြောင့်သာတူညီမှုတဲ့ ကုသချက်မျိုးတွေ ပေးဖို့လိုသလဲဆိုတာတွေကို ရှင်းပြပေးလာနိုင်ပါလိမ့်မယ်။ (All patients are deserving of respect and equal treatment)
- (၂) ဖွင့်ဆိုရှင်းပြသဘောတူညီချက် (Informed Consent)တစ်ရပ်မှာပါဝင်တဲ့ အဓိကအစိတ်အပိုင်းတွေကို ခွဲခြားသိမြင်လာနိုင်ပါလိမ့်မယ်။
- (၃) ကိုယ်တိုင်ဆုံးဖြတ်ချက်မချနိုင်တဲ့ လူနာတွေအပေါ်မှာ ဘယ်လိုဆုံးဖြတ်ချက်မျိုးတွေချပြီး လုပ်ဆောင်ပေးလို့ရသလဲဆိုတာတွေကို ရှင်းပြလာနိုင်ပါလိမ့်မယ်။
- (၄) လူနာရဲ့လျှို့ဝှက်ချက်တွေကို နည်းလမ်းတကျ ထိန်းသိမ်းထားနိုင်ရေး (Justification for patient confidentiality)ဆိုတာကို ရှင်းပြလာနိုင်ပြီး၊ တရားနည်းလမ်းကျစွာ ထုတ်ဖော်ပေးလို့ရတဲ့ ချွင်းချက်အခြေအနေ (legitimate exceptions to confidentiality)တွေကိုလည်း သိလာနိုင်ပါလိမ့်မယ်။
- (၅) ဘဝအစတည်မှုနဲ့ ဘဝအဆုံးသတ်မှု (Beginning and End of Life) ကာလတွေမှာ ဖြစ်တတ်လေ့ရှိတဲ့ အဓိကကျင့်ဝတ်ပြဿနာရပ်ကြီးတွေကို သိရှိနားလည်လာနိုင်ပါလိမ့်မယ်။
- (၆) ဆေးပညာနည်းလမ်းဖြင့် အသက်ဆုံးပါးသွားအောင် ဆောင်ရွက်မှု (Euthanasia)၊ ကိုယ့်ကိုယ်ကို သေကြောင်းကြံရာတွင် ပါဝင်ကူညီမှု (Assisted suicide)စတာတွေနဲ့ပတ်သက်ပြီး ကောင်းကျိုးဆိုးကျိုး ဝေဖန်ချက်များကိုသာမက၊ ဤအပြုအမူများနှင့် ခံစားမှုသက်သာအောင်ကုသနည်း (Palliative care)တို့ရဲ့ ကွဲပြားခြားနားချက်တွေကိုလည်း အကျဉ်းချုံးပြီး သိရှိလာနိုင်ပါလိမ့်မယ်။

နမူနာပြဿနာ-၁။

ဒေါက်တာမောင်ဖေသည် ပုဂ္ဂလိကဆေးရုံကြီးတစ်ခုတွင် အချိန်ပိုင်းဆေးကုသမှုတာဝန်ယူနေရသော ခွဲစိတ်ဆရာဝန်တစ်ယောက်ဖြစ်ပါသည်။ သူ့ညဂျူတီအချိန်ပြီးဆုံးခါနီးတွင် အမျိုးသမီးလူနာတစ်ယောက်ကို မိခင်ဖြစ်သူက ဖေးမကူညီလျက် စမ်းသပ်ခန်းအတွင်းသို့ ခေါ်ဆောင်လာသည်။ မိခင်ဖြစ်သူက လူနာမိန်းမကို ဆေးကုသစရိတ်ငွေ အနည်းငယ်ပေးထားခဲ့ပြီး၊ အိမ်မှာကျန်ရစ်ခဲ့သည့် ကလေးငယ်များအား စောင့်ရှောက်ရန်ရှိနေကြောင်း တာဝန်ကျဆရာမကို ပြောဆိုမှာကြား၍ လူနာကိုဆေးရုံ၌ ထားရစ်ခဲ့ပါတော့သည်။ လူနာမှာ

မိန်းမကိုယ်မှသွေးဆင်းနေပြီး ဆီးစပ်၌ကိုက်ခဲနာကျင်နေသည့် ဝေဒနာခံစားနေရပါသည်။ ဒေါက်တာမောင်ဖေ စမ်းသပ်ကြည့်လိုက်သောအခါ ကိုယ်ဝန်ပျက်နေကြောင်း သို့တည်းမဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဖျက်ချထားကြောင်း သိရှိလိုက်ရပါတော့သည်။ ချက်ချင်းဆိုသလို သားအိမ်ခြစ်(dilatation and curettage) ကုသပေးလိုက် ပါတော့သည်။ သူနာပြုဆရာမအား လူနာအခြေအနေစိတ်ချသွားရန် ဆေးရုံ၌ တစ်နေ့တာတက်ရောက်နေ ရန် ငွေကြေးတတ်နိုင်မတတ်နိုင် မေးမြန်းကြည့်ခိုင်းလိုက်ပါသည်။ ဆက်လက် အချိန်ပိုင်းတာဝန်ယူရန် ဒေါက်တာမောင်အေး ရောက်ရှိလာပြီဖြစ်သဖြင့် လူနာအား ဘာစကားတစ်ခွန်းမျှ မပြောတော့ဘဲ အိမ်သို့ပြန် သွားလိုက်ပါတော့သည်။

ဆရာဝန်နဲ့လူနာဆက်ဆံရေးမှာ ဘာတွေထူးခြားနေတတ်ပါသလဲ

ဆေးကုသနေတဲ့အချိန်မှာ ဆရာဝန်နဲ့လူနာဆက်ဆံရေးဟာ အခြေခံကျနေတာကြောင့် ဆေးပညာ ကျင့်ဝတ်အပိုင်းမှာလည်း ဆရာဝန်နဲ့လူနာဆက်ဆံရေးကပဲ အခြေခံအုတ်မြစ်ဖြစ်လို့နေပါတယ်။ ဖော်ပြပြီးခဲ့တဲ့ ဂျီနီဗာကြေညာစာတမ်းမှာ “လူနာ၏ကျန်းမာရေးကို ကျွန်ုပ်၏ပထမဦးစားပေးအဖြစ် ဆင်ခြင်ဆောင်ရွက်ပါ မည်” လို့ဆိုထားပါတယ်။ အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာသမားကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက် (International Code of Medical Ethics) မှာလည်း “ဆရာဝန်ဟူသည် လူနာများအပေါ် လုံးစေ့ပတ်စေ့ သစ္စာရှိရန်လိုအပ်ပြီး သူတတ်သိကျွမ်းကျင်ထားသော ဆေးပညာရပ်အပေါ်တွင်လည်း သစ္စာရှိရန်လိုအပ်သည်” (A physician shall owe his patients complete loyalty and all the resources of his science) လို့ ပြဆိုထားပါတယ်။ ဆရာဝန်-လူနာဆက်ဆံရေးနဲ့ပတ်သက်ပြီး ရှေးရိုးအစဉ်အဆက် နားလည်ထားခဲ့ကြတာကတော့ လူနာဘက် က တင်ပြလာတာတွေကို ဆရာဝန်ကသာ ဖခင်သဖွယ်-အရှင်သခင်သဖွယ် (Paternalistic) ပိုင်းခြားဆုံးဖြတ် ပေးရလေ့ရှိခဲ့ပြီး၊ ယခုခေတ်မှာတော့ ဒီလိုဆက်ဆံရေးတွေကို ဥပဒေပိုင်းမှာရော ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာအပိုင်းတွေ မှာပါ ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့် ကန့်ကွက်လာနေကြပြီဖြစ်ပါတယ်။ လူနာတော်တော်များများဟာ သူတို့ကိုယ်တိုင် ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းမရှိတာရယ်၊ မဆုံးဖြတ်ချင်တာတွေရယ်ကြောင့် လူနာရဲ့လွတ်လပ်ပိုင်ခွင့် (Patient au-tonomy) မှာ ပြဿနာတွေ ရှိလာတတ်ပါတယ်။ လူနာရဲ့လျှို့ဝှက်ချက်တွေကို ထိန်းသိမ်းဖို့ ဆရာဝန်က တာဝန်ယူရမယ့်အပိုင်းမှာလည်း လုံခြုံမှုလျော့နည်းတဲ့ ကွန်ပျူတာမှတ်တမ်းထိန်းသိမ်းရေး စနစ်တွေနဲ့ ဆရာဝန်အဆင့်ဆင့် လွှဲပြောင်းကုသပေးနေတဲ့စနစ်တွေကြောင့် ဆက်ဆံရေးတွေမှာ ပြဿနာရှိလာရပြန် ပါတယ်။ လူနာကို မြန်မြန်ဆန်ဆန် ဇီဝိန်ချုပ်သွားအောင် တောင်းဆိုလာတာတွေကို မလိုက်လျောနိုင်တဲ့ အခြေအနေမျိုးတွေမှာလည်း ဆရာဝန်-လူနာဆက်ဆံရေးဟာ ပြဿနာဖြစ်လာရပါတော့တယ်။

အခုတင်ပြမယ့်အခန်းမှာ ဆရာဝန်တွေ နေ့စဉ်ကြုံတွေ့နေရတဲ့ ပြဿနာခြောက်ရပ်ကို ဆွေးနွေး တင်ပြသွားမှာဖြစ်ပါတယ်။ အဲ့ဒီပြဿနာတွေကတော့

- လူနာကိုအရေးထားဆက်ဆံမှုနဲ့ သာတူညီမျှကုသချက်ပေးရေး (Respect and equal treatment)
- လူနာနဲ့ဆက်သွယ်ရေးနှင့် လူနာ၏သဘောတူညီချက်ကိုရယူခြင်း(Communication and consent)
- ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းမရှိသောလူနာအတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်ပေးခြင်း (Decision-making for incompetent patients)
- လျှို့ဝှက်ချက်ကိုထိန်းသိမ်းပေးခြင်း(Confidentiality)
- ဘဝအစတည်ခြင်းဆိုင်ရာပြဿနာများ (Beginning-of-life issues)
- ဘဝနိဂုံးဆိုင်ရာပြဿနာများ (End-of-life issues)

လူနာကိုအရေးထားခြင်းနှင့် သာတူညီမျှဆက်ဆံခြင်း (Respect and equal treatment)

လူသားမှန်သမျှကို တလေးတစားနဲ့ သာတူညီမျှဆက်ဆံထိုက်တယ်လို့ ခံယူလာကြတာဟာ သိပ်မကြာ မြင့်လှသေးပါဘူး။ အရင်တုန်းကဆိုရင် တချို့သောလူမှုအဖွဲ့အစည်းတွေမှာ လူအချင်းချင်းချိုးနှိမ်ထားပြီး မမျှမတ ဆက်ဆံမှုမျိုးတွေ ရှိခဲ့ပါတယ်။ ကျေးကျွန်ပြုစေခိုင်းမှုတွေကို ဥရောပ ကိုလိုနီအသိုင်းအဝိုင်းနဲ့ အမေရိကန်နိုင်ငံတွေမှာ ၁၉ ရာစုနှစ်အထိ မတိုက်ထုတ်နိုင်ခဲ့ပါဘူး။ ယနေ့မှာလည်း ကမ္ဘာတချို့ဒေသတွေမှာ ဒီစနစ်က ရှိနေဆဲပဲဖြစ်ပါတယ်။ တောင်အာဖရိကနိုင်ငံမှာ အသားအရောင်ခွဲမှု အဆုံးသတ်သွားရတာ မကြာမြင့်သေးပါဘူး။ နိုင်ငံတော်တော်များမှာ အမျိုးသမီးတွေကို အလေးမထား ခွဲခြားနေကြတာတွေ ရှိနေ တုန်းပါပဲ။ အသက်အရွယ်ကိုလိုက်ပြီး၊ လိင်ကိုလိုက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံတာတွေဟာ ကျယ်ပြန့်နေဆဲပါပဲ။ လူတိုင်း ကို မျှမျှတတ ဆက်ဆံဖို့ တိုက်ပွဲတွေဆင်နွှဲနေဆဲဖြစ်ပါတယ်။

လူသားမှန်ရင် သာတူညီမျှအခွင့်အရေးတွေ ရရှိသင့်တယ်ဆိုတဲ့ခံယူချက်ကို ၁၇ ရာစု ၁၈ရာစုတွေမှာ ဥရောပနဲ့ မြောက်အမေရိကတိုက်က စတင်ပြန့်ပွားလာခဲ့ပါတယ်။ တစ်ခုကိုတစ်ခု ဆန့်ကျင်နေတဲ့သဘော တရားနှစ်ရပ် (two opposed theories)ကနေ ပေါက်ဖွားလာတာပါ။ ပထမသဘောတရားကို အမြင်သစ်ခရစ် ယန်အယူဝါဒ (a new interpretation of Christian faith)လို့ ခေါ်ဆိုပြီး ဒုတိယသဘောတရားကတော့ ခရစ်ယန်ဆန့်ကျင်ရေးအယူဝါဒ (anti-Christian rationalism)ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ပထမဝါဒဟာ အမေရိကန် တော်လှန်ရေး (American Revlution)နဲ့ လူ့အခွင့်အရေးဥပဒေ (Bill of Rights)တွေကို အားကျ ထောက်ခံထားပြီး၊ ဒုတိယဝါဒကတော့ ပြင်သစ်တော်လှန်ရေး(French Revolution)ကြီးနဲ့ အလားတူဖြစ် ထွန်းမှုတွေကို အခြေခံပါတယ်။ ဒီအယူဝါဒနှစ်ရပ်ကြောင့် ကမ္ဘာတစ်လွှား ဒီမိုကရေစီဝါဒ ပြန့်နှံ့ခဲ့ရတာဖြစ် ပါတယ်။ ဒီမိုကရေစီဆိုတာဟာ လူတွေအကုန်လုံး(နောင်ကိုအမျိုးသမီးတွေအပါအဝင်)နိုင်ငံရေးအရ တန်း တူညီမျှ ရှိစေရပြီး စီမံအုပ်ချုပ်ရေးရာမှာလည်း တန်းတူဖြစ်ရမယ်ဆိုတဲ့မူကို အခြေခံထားတယ်။ ၂၀ ရာစု နှစ်ကိုရောက်တော့ လူ့အခွင့်အရေးတွေတူညီစွာ ရယူခံစားစေရမယ်ဆိုတဲ့ ခံယူချက်ဆီကို ပြောင်းလိုက်လာပါ

တယ်။ ကုလသမဂ္ဂအဖွဲ့ကြီးဖွဲ့စည်းပြီး ၁၉၄၈ ခုနှစ်မှာပထမဆုံးပြဋ္ဌာန်းလိုက်တဲ့လူသားဥပဒေကတော့ လူ့အခွင့်အရေးကြေညာစာတမ်း(Universal Declaration of Human Rights)ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဒီစာတမ်းရဲ့ အခန်း-တစ်မှာ လူသားအားလုံးသည် လွတ်လပ်စွာမွေးဖွားခဲ့ပြီး သိက္ခာအရ၊ အခွင့်အရေး ခံစားမှုအရ တန်းတူဖြစ်စေရမည်(All human beings are born free and equal in dignity and rights)လို့ ပါရှိပါတယ်။ အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာအဖွဲ့အစည်းတွေနဲ့ တချို့နိုင်ငံတွေက ထပ်ဆင့်ပြီး လူသားအခွင့်အရေး၊ နိုင်ငံသားအခွင့်အရေး၊ ကလေးသူငယ်အခွင့်အရေး၊ လူနာအခွင့်အရေး၊ စားသုံးသူအခွင့်အရေး၊ စသဖြင့် ထပ်ဆင့်ပြဋ္ဌာန်းပေးတာတွေ ရှိလာပါတယ်။ ဒီလိုတွေ လုပ်ဆောင် လာကြပေမယ့်၊ ကံအကြောင်းမလှစွာဘဲ နိုင်ငံတော်တော်များများမှာ အခြေခံ လူ့အခွင့်အရေးတွေကို လေးစားလိုက်နာဖို့ ပျက်ကွက်နေဆဲဖြစ်ပါတယ်။

လူနာတွေရရှိရမယ့် သာတူညီမျှ ဆက်ဆံရေးနဲ့ လူနာ့အခွင့်အရေးတွေနဲ့ ပတ်သက်ပြီး ဆေးလောကအတွင်း ခံယူချက် ကွဲလွဲနေတာတွေ ရှိနေပါသေးတယ်။ ဂျီနီဗာကြေညာစာတမ်းကြီးက ဆရာဝန်တွေကို လူနာတွေအပေါ်မှာ အသက်၊ ရောဂါဝေဒနာ၊ ကိုယ်အင်္ဂါချို့ယွင်းချက်၊ အသားအရောင်၊ မျိုးနွယ်ပေါက်ဖွားမှု၊ လိင်၊ နိုင်ငံသားဖြစ်မှု၊ နိုင်ငံရေးဆက်နွယ်မှု၊ တိုင်းရင်းသားအမျိုးအနွယ်၊ လိင်ကိစ္စခံယူချက်၊ လူမှုရေးရပ်တည်ချက်စတာတွေနဲ့ ပတ်သက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံမှု မပြုဖို့ သတ်မှတ်ပေးထားပါတယ်။ တစ်ချိန်တည်းမှာပဲ ဆရာဝန်တွေက သူတို့ကုသနေတဲ့ လူနာတွေအပေါ်မှာ အရေးပေါ်အခြေအနေကလွဲလို့ ကုသချက် ငြင်းဆန်ပိုင်ခွင့် သို့မဟုတ် ကုသမှုပေးပိုင်ခွင့် (Rights to refuse or accept a patient, except in an emergency) တွေကို တောင်းဆိုလာကြပြန်ပါတယ်။ ငြင်းဆန်ဖို့ ဥပဒေဆိုင်ရာ ခွင့်ပြုချက်တွေကတော့ ပညာရေး အဆင့်မမီတာနဲ့ အထူးပြုကျွမ်းကျင်ချက် မရှိတာတွေ ပါဝင်နေပါတယ်။ ခိုင်လုံတဲ့အကြောင်းပြချက်မရှိဘဲ ငြင်းဆန်လိုက်ခြင်းဟာ လူနာတွေအပေါ်မှာ အလွယ်တကူ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုတွေ ဖြစ်လာစေပြီး တာဝန်မဲ့ ပြုမူရာလည်း ကျလာနိုင်ပါတယ်။ ဥပဒေတွေစည်းကမ်းတွေနဲ့ သတ်မှတ်ပေးနေမယ့်အစား ဆရာဝန်ကိုယ်တိုင်ရဲ့ ကျင့်ဝတ်အသိသည်သာလျှင် လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်မှုတွေကို ကာကွယ်တားဆီးပေးနိုင်မှာ ဖြစ်ပါတယ်။



လူနာရွေးချယ်ရာမှာ လေးစားမှုနဲ့မျှတမှုရှိခဲ့ပါတယ်ဆိုပေမယ့် တစ်ခါတလေ ဆရာဝန်တွေရဲ့ ခံယူချက် အပြုအမူတွေဟာ မလေးမစားပြုမူနေတတ်တာမျိုးကို အခုအခန်းအစမှာ တင်ပြခဲ့တဲ့ အဖြစ်အပျက် ပြဿနာနမူနာကဖော်ညွှန်းနေပါတယ်။ ကိုယ်ချင်းစာတရား(Compassion)ဆိုတာဟာ ဆေးပညာရဲ့ အဓိကမဏ္ဍိုင်တစ်ရပ်ဖြစ်နေပြီး၊ ကုသမှုအစွမ်းထက်ရေး(ဆေးလိုက်ရေး)- good therapeutic relationship မှာလည်း

မရှိမဖြစ် လိုအပ်တဲ့အရာပဲဖြစ်ပါတယ်။ ကိုယ်ချင်းစာတရားဆိုတာမှာ လူနာရဲ့ဂုဏ်သိက္ခာနဲ့ တန်ဖိုးကို အလေးထားပေးရရှိသာမကတော့ဘဲ၊ နာမကျန်းဖြစ်နေလို့တစ်ပန်းရှုံးနေရတဲ့လူနာတွေကို အသိအမှတ်ပြု စာနာပေးဖို့နဲ့ ကြင်နာစွာတုံ့ပြန်ပေးဖို့ (acknowledging and responding to the patient's vulnerability in the face of illness and /or disability)တွေ လိုအပ်နေပါတယ်။ ဆရာဝန်ရဲ့ကြင်နာမှု ယုယမှုကို ခံယူလိုက်ရတယ်ဆိုတာနဲ့ လူနာက ပိုမိုယုံကြည်အားကိုးလာပြီး ဆရာဝန်ဖြစ်စေချင်တာတွေကို ပိုမိုခွင့်ပြုလာ တတ်ပါတယ်။ သူတို့ခံစားနေရတဲ့ ရောဂါဝေဒနာတွေလည်း ပိုမိုသက်သာလာပါတော့တယ်။

လူနာ-ဆရာဝန်ဆက်ဆံရေးမှာ ယုံကြည်မှု (Trust)ဆိုတာ မရှိမဖြစ်ပါဝင်နေရပါတယ်။ ဆေးကုသနေ ရင်းကနေ လူနာကိုစွန့်ခွာသွားခဲ့ရင် ယုံကြည်မှုကင်းမဲ့တယ်လို့သာ အကြမ်းအားဖြင့် မှတ်ယူနေကြပါတယ်။ ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီးရဲ့ အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာ သမားကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက်မှာ လူနာ-ဆရာဝန် ဆက်ဆံရေးကို အဆုံးသတ်သွားစေနိုင်တဲ့ တစ်ခုတည်းသောအကြောင်းပြချက်ကတော့ လူနာကိုသီးခြား ကျွမ်းကျင်တဲ့ဆရာဝန်တစ်ဦးဦးနဲ့ ပြောင်းလဲပြသဖို့ လိုအပ်တဲ့အခြေအနေပဲဖြစ်ပါတယ်။ “ဆရာဝန်တစ်ဦး သည် လူနာများအပေါ် အလုံးစုံသစ္စာရှိနေဖို့လိုအပ်ပြီး၊ သူကျွမ်းကျင်သမျှ အတတ်ပညာများကို အလုံးစုံ အသုံးပြုပေးဖို့လိုအပ်သည်။ ကျွမ်းကျင်မှုဘောင်ကိုကျော်လွန်၍ စမ်းသပ်မှု၊ ကုသမှုများပြုလုပ်ရန်လိုအပ် လာပါက တခြားကျွမ်းကျင်သော ဆရာဝန်တစ်ဦးဦးထံလွှဲပြောင်းပေးအပ်ရမည်” လို့ ပါရှိထားပါတယ်။

ဆရာဝန်ဘက်က ဆေးကုသမှုတွေကို ရပ်ဆိုင်းပစ်လိုက်ရတဲ့ အခြားအခြေအနေမျိုးတွေလည်း ရှိလာပါတယ်။ ဥပမာ၊ ဆရာဝန်အလုပ်ပြောင်းရွှေ့သွားတာ၊ ဆေးခန်းပိတ်ပစ်လိုက်ရတာ၊ လူနာကိုယ်တိုင်က ဆက်လက်ကုသခံယူဖို့ငြင်းဆန်တာ၊ ဆေးကုသခငွေ မပေးနိုင်တာ၊ လူနာနဲ့ဆရာဝန် တစ်ဦးကိုတစ်ဦး မနှစ်မြို့ကြတော့တာ၊ ဆရာဝန်ညွှန်ကြားတာတွေကို လူနာကမလိုက်နာတော့တာ စတာတွေပဲဖြစ်ပါတယ်။ အကြောင်းပြချက်တွေမှာ လုံးဝလက်ခံနိုင်တာတွေရှိသလို ကျင့်ဝတ်နဲ့မလျော်ညီတာတွေလည်း ရှိလာပါတယ်။ အခြေအနေတွေကို မှန်ကန်စွာသုံးသပ်ဖို့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာလမ်းညွှန်ချက်တွေနဲ့ တခြားသင့်လျော်တဲ့



အထောက်အထားတွေကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားဖို့လိုပါတယ်။ ဆရာဝန်၊ လူနာနဲ့ တတိယကြားခံပုဂ္ဂိုလ်တွေကပါ လက်ခံနိုင်ပါမှ ဆုံးဖြတ်ချက်မှန်ကန်တယ်လို့ ပြောဆိုနိုင်ပါတယ်။ လက်ခံနိုင်ပြီဆိုရင် လူနာကို နောက်ထပ် ဆရာဝန်တစ်ဦးဦးနဲ့ ဆက်လက်ပြသနိုင်ဖို့ ပထမဆရာဝန်က စီစဉ်ပေးဖို့လိုပါတယ်။ မစီစဉ်ပေးနိုင်ရင် တောင်မှ ဆက်လက်မကုသနိုင်ရတဲ့အကြောင်းကို လူနာကိုလုံလောက်တဲ့အချိန်ပေးပြီး ဆရာဝန်အသစ် ဒါမှ မဟုတ် ဆေးရုံဆေးခန်းအသစ် ရှာဖွေကုသနိုင်ဖို့ ကြိုတင်အသိပေးထားရပါမယ်။ အများလက်မခံနိုင်တဲ့ အကြောင်းပြချက်တစ်ခုခု ဥပမာ၊ လူမျိုးရေးမှန်းတီးမှု (Racial prejudice)ကို အခြေခံပြီး ဆေးကုသနေတာကို ရပ်ဆိုင်းပစ်လိုက်မယ်ဆိုရင်တော့ ပြဿနာကို အဆင့်ဆင့်ဖြေရှင်းသွားဖို့ လိုအပ်လာပါတယ်။

ဆရာဝန်အများစုဟာ ဘယ်လူနာကိုသာလျှင် ကုသမယ်ဆိုပြီးရွေးချယ်ပိုင်ခွင့်မရှိပါဘူး။ တချို့လူနာ တွေရဲ့စရိုက်တွေဟာ ဝုန်းဒိုင်းကြတာတွေ၊ ဆရာဝန်ကိုခြိမ်းခြောက်တာတွေ ရန်ရှာတာတွေပြုမူတတ်ကြ ပါတယ်။ တချို့ကျတော့ ရိုင်းစိုင်းရင့်သီးတဲ့အပြုအမူ (Antisocial behavior)တွေကို ပြုတတ်ကြပြန်ပါ တယ်။ ဒီလိုလူနာမျိုးကို တလေးတစားနဲ့ မျှမျှတတဆက်ဆံဖို့ဆိုတာကတော့ ဆရာဝန်အဖို့ သူ့ရဲ့ကောင်း ဆန်ဆန် ပြုမူရတာမျိုးတွေ ဖြစ်ကောင်းဖြစ်လာနိုင်ပါတယ်။ ဒီလိုအပြုအမူတွေကြောင့် ဆေးကုသနေတာကို ရပ်ဆိုင်းပစ်ဖို့ လိုသလားလို့ မေးလာရင်တော့ ဆရာဝန်အနေနဲ့ မိမိကိုယ်တိုင် ဘေးကင်းလုံခြုံရေး၊ မိမိရဲ့ ဝန်ထမ်းများ ဘေးကင်းလုံခြုံရေး စတဲ့တာဝန်ယူထားရတာတွေကို တစ်ဖက်ကလည်း လူနာ့ကျန်းမာရေးဆိုတဲ့ အသိတာဝန်နဲ့ မျှတအောင်ချိန်ထိုးပြီးမှ ပြုမူဖို့လိုပါတယ်။ တာဝန်နှစ်ရပ်စလုံးကို သိက္ခာရှိစွာဆောင်ရွက် သွားနိုင်ဖို့ကြိုးစားကြည့်ရပါမယ်။ မဖြစ်နိုင်တဲ့အဆုံး လူနာဆေးကုသခံယူမှု မပျက်ပြားစေနိုင်တဲ့ တခြား နည်းလမ်းတွေကို ရှာဖွေကြည့်ဖို့လိုအပ်ပါတယ်။

လူနာကိုလေးစားရတာနဲ့ မျှတတဲ့ကုသမှုပေးရတဲ့အခါမျိုးတွေမှာ နောက်ထပ်စိန်ခေါ်မှုတွေရှိလာရ ပါသေးတယ်။ ကူးစက်ရောဂါခံစားနေရတဲ့လူနာတွေကို ကုသရတာပဲဖြစ်ပါတယ်။ အိပ်ချ်အိုင်ဗီအေဒ်ရောဂါ ဟာ လူနာအတွက် အသက်အန္တရာယ်နီးလွန်းပြီး လူမှုရေးပစ်ပယ်မှု (Social prejudice)တွေလည်းရှိနေ တတ်ပါတယ်။ တခြားသော ကူးစက်ရောဂါတွေကလည်း ကုသမှုပေးနေတဲ့ ဆရာဝန်တွေကို အချိန်မရွေး ကူးစက်သွားနိုင်ပါတယ်။ တချို့သောဆရာဝန်တွေဟာ သူတို့ကိုကူးစက်ခံရမှာ အစိုးရိမ်လွန်ပြီး ကူးစက်ရောဂါ ရှိနေတဲ့လူနာတွေကို ခွဲစိတ်ပေးရမှာ စမ်းသပ်စစ်ဆေးပေးရမှာ လက်ရွံ့နေကြလေ့ရှိပါတယ်။ သမားကျင့်ဝတ် လမ်းညွှန်ချက်က ဆေးကုသရန်ငြင်းဆိုမှုနဲ့ပတ်သက်ပြီး ကူးစက်ရောဂါတွေကို ချွင်းချက်ပေးထားတာတွေ မရှိပါဘူး။ ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီးက အေဒ်အိုင်ဗီအေဒ်နာသည်တွေနဲ့ပတ်သက်ပြီး ဆရာဝန်များရဲ့ တာဝန်ယူ ရမှုဖွင့်ဆိုချက် (The WMA's Statement on the professional responsibility of Physicians in Treat- ing AIDS Patients)မှာပြဆိုထားတာက . . .

- အော့ဒ်လူနာတိုင်းသည် ကျွမ်းကျင်သောဆေးကုသမှုကို ခံယူပိုင်ခွင့်ရှိပြီး လူသား ဂုဏ်သိက္ခာနှင့်အညီ အကြင်နာတရားနှင့် အလေးထားဆက်ဆံမှုကို ခံယူထိုက်သည်။
(AIDS patients are entitled to competent medical care with compassion and respect for human dignity)
- ဆရာဝန်တစ်ဦးသည် လူနာသွေး၌ရောဂါပိုးရှိနေရုံမျှနှင့် ကုသရန်ငြင်းဆိုခြင်းကို ကျင့်ဝတ်အရ ဆောင်ရွက်ပိုင်ခွင့်မရှိ။
- သွေးထဲတွင် အိပ်ချ်အိုင်ဗီပိုးရှိနေခြင်းကြောင့် ခွဲခြားဆက်ဆံနေမှုများကို သမားကျင့် ဝတ်က ခွင့်မပြုပါ။ အေအိုင်ဒီအက်စ်ရောဂါသည်တစ်ဦးသည် ကျွမ်းကျင်သောကုသ မှုနှင့် အကြင်နာတရားများကို လိုအပ်နေသည်။ ကျွမ်းကျင်မှုမရှိသော ဆရာဝန် သည် ကျွမ်းကျင်သောဆရာဝန်နှင့် ဆေးဝါးကိရိယာပြည့်စုံသော ဆေးကုဌာနသို့ လွှဲပြောင်းပေးရမည်။ မလွှဲပြောင်းနိုင်မိစပ်ကြား လူနာကို မိမိတတ်စွမ်းရှိသမျှပြုစု ကုသပေးရမည်။

လူနာ-ဆရာဝန်ဆက်ဆံရေးတွင် တစ်ဦးကိုတစ်ဦး နီးစပ်ကျွမ်းဝင်မှုများရှိနေသဖြင့် လိင်မှုကိစ္စ ဆွဲဆောင်မှု (Sexual attraction) များ ပေါ်ပေါက်လာတတ်သည်။ ရှေးရိုးရာသမားကျင့်ဝတ်အရ ထိုသို့ သော ဆွဲဆောင်မှုမျိုးကို တွန်းလှန်တိုက်ထုတ်ပစ်နိုင်ရမည်။ ဟစ်ပိုကရေးတီးစ်ရဲ့ ကျမ်းသစ္စာမှာ ဖော်ပြထား တာကတော့ . . . “အကျွန်ုပ်သည် ဆေးကုသရန်အလို့ငှာ မည်သည့်အိမ်သို့ ဝင်ရောက်သည်ဖြစ်စေ လူနာ၏ ကျန်းမာရေးအကျိုးကိုသာ ဦးတည်ဆောင်ရွက်ပါမည်။ မကောင်းသောအကြံအစည်၊ မရိုးဖြောင့်သော ဆောင်ရွက်မှုများကို ရှောင်ကြဉ်ပါမည်။ လူနာအမျိုးသမီး၊ လူနာအမျိုးသားများနှင့် လိင်ဆက်ဆံမှုများ မရှိစေ ရအောင် အခါခပ်သိမ်းရှောင်ကြဉ်ပါမည်” လို့ဖြစ်ပါတယ်။ ယနေ့ကာလမှာ ဆရာဝန်အသင်းအဖွဲ့တွေက လူနာနဲ့ ဆရာဝန် လိင်ဆက်ဆံမှုတွေ မပေါ်ပေါက်လာရစေအောင် တားမြစ်ချက်တွေ ထပ်မံထုတ်ပေးနေတာ မျိုးတွေ ရှိလာပါတယ်။ ရှေးနှစ်ပေါင်း ၂၅၀၀ ကတည်းက တားမြစ်ထားချက်ဟာလည်း ယနေ့တိုင်အောင် ဆက်လက် တည်တံ့နေဆဲပဲဖြစ်ပါတယ်။ လူနာဆိုတာ သဘာဝအားဖြင့် အားငယ်နေလေ့ရှိပြီး ခံစားနေရတဲ့ ဝေဒနာတွေ သက်သာဖို့ ဆရာဝန်တွေကိုသာလျှင် ယုံကြည်အားထားနေရတာဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေဖက် က လိင်မှုဆိုင်ရာ ရှေ့တစ်လှမ်းတိုးလာပြီဆိုရင် လူနာတွေဖက်က ဆေးကုသခံယူနေတာတွေကို ထိခိုက် လာမှာစိုးရိမ်တဲ့အတွက် မငြင်းဆန်နိုင်တဲ့ အနေအထားမှာ ရှိတတ်ကြပါတယ်။ လိင်စိတ်ဖောက်ပြန်လာတဲ့ ဆရာဝန်ဟာလည်း ဆေးကုရေးမှာ အလွဲအချော်တွေ ဖြစ်လာရပါတော့တယ်။

စိတ်ခံစားစိတ်လှုပ်ရှားမှုနဲ့ ဆေးကုသပေးနေမှုဟာ မိမိရဲ့မိသားစုဝင်တွေကို ဆေးကုသတဲ့အခါမှာ လည်း လွဲချော်မှုတွေရှိလာတတ်ပါတယ်။ ဒါ့ကြောင့်သမားကျင့်ဝတ်တွေမှာ မိသားစုဝင်တွေကို ကိုယ်တိုင်ဆေး ကုသပေးတာတွေကို အားပေးလေ့မရှိပါဘူး။ ဒီကျင့်ဝတ်တွေဟာ အခြေအနေအပေါ် မူတည်ပြီးလည်း

ပြောင်းလဲနိုင်ပါတယ်။ ဥပမာ၊ ဆရာဝန် တစ်ဦးတည်းရှိတဲ့ ကျေးလက်တောရွာလေး မှာ ကိုယ့်မိသားစုဝင်တွေရဲ့ အရေးပေါ် ရောဂါတွေကို မလွဲမရှောင်သာဘဲ ဆေးကုသ ပေးနေတာတွေရှိပါတယ်။ မြန်မာနိုင်ငံမှာ တော့ မိဘတွေကို အလုပ်အကျွေးပြုတဲ့အနေ နဲ့ ဆရာဝန်သားသမီးတွေကိုယ်တိုင်ပဲ ဆေး ကုသပေးနေတာ တွေရှိပါတယ်။ စိတ်တည် ငြိမ်မှု မရှိတဲ့အခါမျိုးတွေမှာနဲ့ ကိုယ့်ကိုယ်ကို ယုံကြည်မှု မရှိတဲ့အခါမျိုးတွေမှာသာ မိသားစုဝင်တွေကို ဆေးကုသတာ ရှောင်ရှားလေ့ရှိကြပါတယ်။



လူနာ-ဆရာဝန်ချိတ်ဆက်ခြင်းနှင့် သဘောတူညီမှုရယူခြင်း
(Communication and Consent)

အသိပေးသဘောတူချက် (Informed consent)ဆိုတာဟာ ယနေ့ကာလဆေးပညာကျင့်ဝတ်ရဲ့ ဗဟိုအချက်အချာ တစ်ခုဖြစ်လာနေပါတယ်။ ကိုယ့်ကျန်းမာရေးကို ကိုယ်တိုင်ပဲဆုံးဖြတ်ရမယ်ဆိုတဲ့ အခွင့် အရေးတစ်ရပ်ကို ကမ္ဘာတစ်ဝန်းဥပဒေရေးရာနဲ့ကျင့်ဝတ်ရေးရာတွေမှာ ထည့်သွင်းဖော်ပြလာနေကြပါပြီ။ WMA Declaration on the Rights of the Patient မှာ ဖော်ပြထားတာကတော့ . . .

- လူနာသည် မိမိကိုယ်ပိုင်အရေးအတွက် ကိုယ်တိုင်လွတ်လွတ်လပ်လပ် ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့် (Right to self-determination) ရှိသည်။ လူနာ၏ဆုံးဖြတ်ချက်ကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာ နိုင်ဖွယ်ရှိသည့် နောက်ဆက်တွဲဖြစ်နိုင်ချေများကို ဆရာဝန်မှ ကြိုတင်အသိပေးထား ရမည်။ စိတ်အခြေအနေ မှန်ကန်စွာရှိနေသည့် အရွယ်ရောက်ပြီးသူ မည်သည့် လူနာ မဆို ကုသချက်တစ်ခု/ စမ်းသပ်ချက်တစ်ရပ်ကို လုပ်ဆောင်နိုင်ရန်/ငြင်းပယ်နိုင်ရန် မိမိ၏ဆန္ဒအမှန်ကို ထုတ်ဖော်ပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ကိုယ်ပိုင်ဆုံးဖြတ်ချက် ချမှတ်နိုင်ရန် အလို့ငှာ လုံလောက်သော သတင်းအချက်အလက်များကို အပြည့်အဝ သိရှိပိုင်ခွင့်ရှိ သည်။ စမ်းသပ်ချက်/ကုသချက်တို့၏ ရည်ရွယ်ချက်များနှင့် စစ်ဆေးမှုကုသမှုမှ ထွက်ပေါ်လာနိုင်သည့် ရလဒ်အဖြေများ၊ အကျိုးသက်ရောက်မှုများကို နားလည် သဘောပေါက်ထားပြီး ဖြစ်နေရမည့်အပြင်၊ သဘောမတူငြင်းဆန်လိုက်ပါက ဖြစ်ပေါ်

လာနိုင်မည့် နောက်ဆက်တွဲ ဖြစ်နိုင်ချေများကိုလည်း ရှင်းရှင်းလင်းလင်း နားလည် သဘောပေါက်ထားရမည်။ (The patient has the right to self-determination, to make free decisions regarding himself/herself. The physician will inform the patient of the consequences of his/her decisions. A mentally competent adult patient has the right to give or withhold consent to any diagnostic procedure or therapy. The patient has the right to the information necessary to make his/her decisions. The patient should understand clearly what is the purpose of any test or treatment, what the results would imply, and what would be her implications of withholding consent)

အသိပေးသဘောတူညီချက်တစ်ခုရရှိနိုင်ဖို့ ဆရာဝန်နှင့်လူနာ နှစ်ဖက်စလုံးကကောင်းမွန်တဲ့ ဆက်သွယ်ရေးတွေရှိနေဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်သာလျှင် အဖအရာ (Medical paternalism)စနစ်ကို လိုက်နာကျင့်သုံးနေတဲ့ ခေတ်တုန်းက အဆက်အသွယ်ပြုလုပ်ရတာ မခက်လှပါဘူး။ ဆရာဝန်က ဒါတွေ ဒါတွေလုပ်မယ်လို့ လူနာကို ပြောပြလိုက်ရုံပါပဲ။ ယနေ့ကာလမှာတော့ ဆရာဝန်တွေဟာ ဆက်သွယ်ရှင်းပြရ တာတွေကို ပိုမိုပြုလုပ်လာကြရပါတယ်။ သတင်းအချက်အလက်တွေ ပိုမိုရှင်းလင်းပြလာကြရတယ်။ စမ်းသပ် မှုတစ်ခုရဲ့ ရှုပ်ထွေးပွေလီမှုတွေ၊ ရောဂါနာမည် တပ်ပေး နိုင်မှု၊ ဆင်တူယိုးမှားဖြစ်နိုင်ချေ၊ ပျောက်ကင်းနိုင်ချေ၊ ဆိုးဝါးသွားနိုင်ချေ၊ ကုသနည်းအဆင့်ဆင့် စတာတွေကို ဆေးပညာဝေါဟာရမပါဘဲ ရိုးရှင်းတဲ့ဘာသာစကားနဲ့ ရှင်းပြနေကြရတယ်။ လူနာကိုယ်တိုင်ရွေးချယ်နိုင်တဲ့ ကုသ နည်းပုံစံအမျိုးမျိုး၊ တစ်ခုချင်းစီရဲ့ ကောင်းကျိုးဆိုးကျိုး တွေကို လူနာနားလည်သဘောပေါက်သွားအောင် ပြောပြ ကြရတယ်။ လူနာမေးလာတဲ့ မေးခွန်းတွေကိုလည်း ဖြေပေးကြရတယ်။ လူနာဆုံးဖြတ်လိုက်တာကိုလည်း နားလည်အသိအမှတ်ပြုပေးရတယ်။ ဒီလိုရွေးချယ်လိုက်ရတဲ့လူနာရဲ့ နောက်ခံအကြောင်းရင်းကိုလည်း နားလည်ပေးထားကြရပါတယ်။



ကောင်းမွန်တဲ့ဆက်သွယ်ရေးနည်းစနစ်ဆိုတာ လူတိုင်းဆီကို သူ့အလိုလိုရောက်ရှိသွားရတာတော့ မဟုတ်ပါဘူး။ ကိုယ့်အသိနဲ့ ကိုယ်တိုင်တီထွင်ကြံဆကြရပါတယ်။ ထိန်းသိမ်းထားရပါတယ်။ ပြန်လည်သုံး သပ်နေကြရပါတယ်။

လူနာ-ဆရာဝန်ဆက်သွယ်ရေးမှာ အဓိကအရန်အတားကြီးနှစ်ခုကတော့ ဘာသာစကားနဲ့ ရိုးရာ ယဉ်ကျေးမှုတွေပဲဖြစ်ပါတယ်။ ဘာသာစကားမတူဘူးဆိုရင် စကားပြန်ထားပေးဖို့လိုပါတယ်။ ကျွမ်းကျင် တဲ့စကားပြန်တွေ မရရှိနိုင်ဘူးဆိုရင်တောင်မှ အကောင်းဆုံးဆက်သွယ်ပေးနိုင်သူကို ကြားခံထားရပါမယ်။ ရိုးရာယဉ်ကျေးမှုဆိုတာကတော့ ဘာသာစကားထက်တောင် ပိုလို့ကျယ်ပြန့်နေပါသေးတယ်။ ယဉ်ကျေးမှု မတူညီသူတွေအကြားမှာ အနာရောဂါဖြစ်စဉ်သဘာဝတွေ၊ လက်ခံယုံကြည်မှုတွေက ကွဲပြားနေတတ်ကြပါ တယ်။ ရိုးရာယုံကြည်မှုတွေကြောင့် ဆရာဝန်ရှင်းပြတဲ့ ကုသမှုရွေးချယ်စရာတွေကို နားမလည်နိုင်ဘဲ ရှိနေတတ်တယ်။ လက်ရှိယုံကြည်စွဲလမ်းနေတဲ့ ကျန်းမာရေးအသိတွေ၊ ရိုးရာကုသနည်းတွေကို နှိုးဆွကြည့်ပြီး ကာမှ ဆရာဝန်တွေဘက်က ပေးနိုင်တဲ့ရွေးချယ်စရာတွေကို အကြောင်းပြချက် ခိုင်ခိုင်လုံလုံနဲ့ ရှင်းပြရတာ ဖြစ်ပါတယ်။

လူနာသိဖို့လိုတဲ့/လူနာသိချင်တဲ့ ရောဂါအမည်တပ်ပေးနိုင်မှု၊ ကုသပေးနိုင်မှု၊ ရှေးရေးအလား အလာတွေကို နားလည်သဘောပေါက်အောင် ဆက်သွယ်ရှင်းပြပြီးသွားပြီဆိုရင် ဘယ်လိုဆက်လုပ်သင့်သလဲ ဆိုတာတွေကို လူနာကိုယ်တိုင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်း ရှိသွားပါပြီ။ သဘောတူညီချက် Consent လို့ ဆိုလိုက် တာမှာ လက်ခံပါတယ်လို့ အဓိပ္ပာယ်သက်ရောက်နေပေမယ့်၊ အသိပေးသဘောတူညီချက် (*Informed consent*)ဆိုတဲ့ စကားရပ်မှာတော့ ကုသချက်ကိုငြင်းဆန်တာနဲ့ ကုသချက်တစ်ခုခုကို ရွေးချယ်လိုက်တာတွေ ပါဝင်နေပါတယ်။ ကုသချက်ကိုငြင်းဆန်လိုက်လို့ လူနာမှာ ကိုယ်အင်္ဂါချို့ယွင်းသွားမယ်ဆိုရင်တောင်မှ ဒါမှမဟုတ် အသက်သေဆုံးသွားနိုင်တယ်ဆိုရင်တောင်မှ၊ ချင့်ချိန်နိုင်စွမ်းရှိတဲ့ ဘယ်လိုလူနာမျိုးကမဆို ကုသချက်တစ်ရပ်ရပ်ကို ငြင်းပယ်ပိုင်ခွင့်ရှိတယ်လို့ဆိုလိုပါတယ်။ (*Competent patients have the right to refuse treatment, even when the refusal will result in disability or death*)

သဘောတူညီချက် ရယူတာကို သက်သေခိုင်လုံဖို့ နည်း နှစ်နည်းနဲ့ပြုလုပ်လို့ရပါတယ်။ ထုတ်ဖော် ပြောကြားစေတဲ့နည်း (*Explicit consent*)နဲ့ သဘောတူသက်ရောက်စေတဲ့နည်း(*Implicit consent*)တွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ပထမနည်းက စကားနဲ့ဖြစ်စေ စာနဲ့ဖြစ်စေ သဘောတူညီမှုရယူတာဖြစ်ပြီး ဒုတိယနည်းက တော့ အမူအရာနဲ့ လုပ်ပြစေတာမျိုးဖြစ်ပါတယ်။ ခေါင်းညိတ်တာ၊ ခေါင်းခါတာ၊ အကြောက်အကန် ရုန်း ကန်တာတွေ ပါဝင်ပါတယ်။ ဥပမာ၊ သွေးပြန်ကြောကို ဓားနဲ့ဖြတ်ပြီးဆေးသွင်းဖို့လိုတဲ့အခြေအနေမျိုးကို လူနာကို ရှင်းပြလိုက်တဲ့အခါမှာ လူနာကိုယ်တိုင်က အကျိုးကိုလှန်ပြီး လက်မောင်းရှေ့ထိုးပေးလိုက်တဲ့ အပြု အမူမျိုးကို ဆိုလိုပါတယ်။ အန္တရာယ်ရှိနိုင်ပြီး နာကျင်ဖွယ်ဖြစ်နိုင်တဲ့ ကုသမှုမျိုးအတွက်ဆိုရင်တော့ ပထမ နည်းကိုပဲ သုံးသင့်ပါတယ်။ ဘယ်လိုနည်းကိုပဲသုံးသုံး နားလည်သဘောပေါက်အောင် ဖွင့်ဆိုရှင်းပြတာတွေ၊ ရွေးချယ်စရာတွေကို အသိပေးတာတွေမပါဝင်ဘဲနဲ့ လူနာကိုသဘောတူကြောင်း လက်မှတ်အတင်းထိုးခိုင်း တာတွေဟာဖြင့် *Informed consent* မဖြစ်နိုင်တော့ပါဘူး။ လူနာရပိုင်ခွင့်ကို ချိုးဖောက်လိုက်တာ ဖြစ်သွားပါ လိမ့်မယ်။

ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းရှိတဲ့လူနာတွေအပေါ် အသိပေး သဘောတူညီချက်ရယူရာမှာ ကင်းလွတ်ခွင့်ပြုထား တဲ့ ချွင်းချက်ကြီးနှစ်ရပ်လည်း ရှိပါသေးတယ်။

- လူနာကိုယ်တိုင်က ကိုယ်လုပ်ရမယ့်ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ဆရာဝန်ဆီကို ဒါမှမဟုတ် ကြားခံလူ တစ်ဦးဆီကို သူ့ကိုယ်စားဆုံးဖြတ်ပေးဖို့ လွှဲအပ်ပေးထားတဲ့အခြေအနေပဲဖြစ်ပါတယ်။ အဆင့် တွေ ရှုပ်ထွေးများပြားလှတဲ့ ရောဂါပြဿနာကြောင့်ပဲဖြစ်စေ၊ ဆရာဝန်ဆုံးဖြတ်တာတွေကို လုံးဝဥသံ့ ယုံကြည်နေလို့ပဲဖြစ်စေ၊ “ဆရာကောင်းတယ်ထင်တာကိုသာလုပ်ပါ” လို့ပြောလာ တဲ့ လူနာတွေလည်းရှိလာပါတယ်။ ဒီလိုလွှဲအပ်လိုက်တာနဲ့ ဆရာဝန်က အလျင်စလိုပြုမူတာတွေ မလုပ်ရပါဘူး။ ရွေးချယ်စရာ ကုထုံးတွေကိုထပ်မံရှင်းပြပြီး လူနာကိုယ်တိုင်ဆုံးဖြတ်လာအောင် အားပေးကူညီဖို့လိုပါတယ်။ ဒီလိုတိုက်တွန်းလို့မှ ဆရာဝန်ကိုသာ အဆုံးအဖြတ်ပေးစေလာ တယ်ဆိုရင်တော့ လူနာရဲ့ အကောင်းဆုံးအကျိုးစီးပွား (the best interests of the patients) ကို မျှော်ကိုးပြီး လုပ်ဆောင်ပေးပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။
- သတင်းအချက်အလက်တွေကို ထုတ်ဖော်ရှင်းပြပေးလိုက်လို့ လူနာအပေါ်မှာ ထိခိုက်နစ်နာမှု တွေ ဖြစ်ပေါ်လာစေလာမယ်ဆိုရင် အသိပေးသဘောတူညီချက်ကိုမပြုလုပ်ဖို့ ချွင်းချက်ပေးထား ပြန်ပါတယ်။ သမားရိုးရာအစဉ်လာဖြစ်တဲ့ ဆေးကုသမှုအထူးအခွင့်အာဏာ(Therapeutic privilege)ဆိုတာ ဒီနေရာမှာ အကျိုးဝင်လာပါတော့တယ်။ ရောဂါအခြေအနေ သတင်းအချက် အလက်တွေကို အသိပေးလိုက်တဲ့အတွက် လူနာမှာရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာနဲ့ စိတ်ခံစား မှုဆိုင်ရာတွေကို အကြီးအကျယ်ထိခိုက်လာစေမယ်ဆိုရင် . . . ဥပမာအားဖြင့် လူနာရဲ့ ရောဂါအဆင့်ဟာ သူ့ဘဝရဲ့နောက်ဆုံးအခြေအနေကို ရောက်ရှိနေပြီလို့ အသိပေးလိုက်ခြင်း အားဖြင့် ကိုယ့်ကိုယ်ကို သတ်သေသွားစေဖို့ ဖြစ်သွားစေတယ်ဆိုရင် ဒီသတင်းအချက်အလက် ကို ဆရာဝန်က ထုတ်ဖော်အသိပေးဖို့ ခွင့်ပြုထားပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေမှာ ဒီအခွင့်အာဏာ တွေ ရရှိနေတာကြောင့် တလွဲအသုံးချမှုတွေ ဖြစ်လာစေနိုင်တဲ့အတွက် အဆုံးအစွန့်သောကိစ္စတွေ မှာသာ ဒီပိုင်ခွင့်ကို ကျင့်သုံးဖို့တိုက်တွန်းထားပါတယ်။ လူနာတိုင်းဟာ သူတို့သိရှိတဲ့အချက် အလက်တွေကို ချင့်ချိန်နိုင်တယ်လို့ မျှော်မှန်းထားဖို့လိုပါတယ်။ ဖွင့်ဆိုရှင်းပြလိုက်ခြင်းဟာ လုံးဝအသိပေးဘဲနေတာထက် ပိုမိုဆိုးဝါးသွားနိုင်ပြီး လူနာကိုထိခိုက်နစ်နာသွားစေနိုင်တဲ့ အခြေအနေမျိုးရှိမှသာလျှင် ဖွင့်မပြောဘဲနေဖို့ သတ်မှတ်ထားသင့်ပါတယ်။

လူနာကိုအသိပေးရမယ်ဆိုတဲ့ ဆရာဝန်ရဲ့တာဝန်ဟာ သေခါနီးဝေဒနာသည်တွေအတွက် အကျိုးမဝင်ဘူးလို့ တချို့သော ရိုးရာယဉ်ကျေးမှုတွေက လက်ခံထားပြီးဖြစ်ပါတယ်။ အသိပေးလိုက်ခြင်းအားဖြင့် လူနာဟာ ပိုမိုစိတ်ဓာတ်ကျသွားနိုင်ပြီး ကျန်ရှိတဲ့ရက်ပိုင်းကလေးအတွက်ကိုပဲ အသက်ရှင်နေနိုင်ဖို့ ဘယ်လိုမှ မျှော်လင့်ချက်မထားနိုင်တော့ဘဲ စိတ်ပျက်လက်ပျက် ဖြစ်သွားစေနိုင်ပါတယ်။ သေခါနီးလူနာတွေကို ရောဂါအခြေအနေမှန် မပြောကြားပေးဖို့ မိသားစုဝင်တွေက ဆရာဝန်တွေဆီမှာ တောင်းပန်လေ့ရှိကြတာဟာ တစ်ကမ္ဘာလုံးမှာ ဖြစ်ပျက်နေတဲ့သဘာဝပါပဲ။ ဆရာဝန်တွေကိုယ်တိုင်ကလည်း အထူးသဖြင့် သေခါနီးလူနာတွေရဲ့ မကောင်းသတင်းကိုပြောကြားဖို့ ယဉ်ကျေးမှုအရရော၊ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးအရပါ တွန့်ဆုတ်နေလေ့ရှိကြပါတယ်။ ဘယ်လိုပဲဖြစ်ဖြစ် အချက်အလက်အမှန်တွေကို လူနာတွေကိုယ်တိုင် သိရှိပိုင်ခွင့်ရှိရမယ်ဆိုတဲ့ လူနာအခွင့်အရေးတစ်ရပ်ကို တစ်ကမ္ဘာလုံးကလက်ခံထားပြီးဖြစ်တာမို့၊ လူနာအခွင့်အရေးတွေ အပြည့်အဝရရှိလာအောင် ဖေးမကူညီပေးခြင်းဟာ ဆရာဝန်တိုင်းရဲ့ အဓိကတာဝန်တစ်ရပ်ပဲ ဖြစ်ပါတော့တယ်။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ထုတ်ကုန်ပစ္စည်းတစ်ရပ်(Product) လိုသဘောထားပြီး၊ လူနာတွေကို စားသုံးသူ (Consumer)အဖြစ် သတ်မှတ်လာနေတဲ့ခေတ်အခါသမယမှာ၊ လူနာနဲ့သူတို့ရဲ့မိသားစုဝင်တွေဟာလည်း ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုကို လက်လှမ်းမီမီရယူသုံးစွဲပိုင်ခွင့် (Access)ရှိဖို့ မကြာခဏတောင်းဆိုမှုတွေရှိလာပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေရဲ့အမြင်မှာတော့ ဒီလိုတောင်းဆိုမှုတွေဟာ မသင့်လျော်ဘူးလို့ မှတ်ယူထားကြပါတယ်။ ဥပမာ၊ ဗိုင်းရပ်စ်ပိုးကြောင့်ဖြစ်တဲ့ သာမန်တုပ်ကွေးရောဂါတွေကို အစွမ်းထက်ပဋိဇီဝဆေးတွေ တိုက်ကျွေးပေးဖို့တောင်းဆိုတာမျိုးတွေ၊ သတိမေ့မြောပြီး ဦးနှောက်အလုပ်မလုပ်တော့တဲ့ (Brain dead) လူနာတွေကို အထူးကြပ်မတ်ဆောင် (Intensive care)တွေမှာ ကုသပေးဖို့တောင်းဆိုတာတွေ၊ အသုံးပြုခွင့် လိုင်စင်မကျရှိသေးတဲ့ ဆေးဝါးတွေသုံးစွဲပေးဖို့၊ မရေရာတဲ့ ခွဲစိတ်မှုတွေကို ပြုလုပ်ပေးဖို့ တောင်းဆိုတာမျိုးတွေ ရှိလာပါတယ်။ သူတို့အကျိုးရှိလိမ့်မယ်လို့ထင်တဲ့ ဝန်ဆောင်မှုမှန်သမျှကို အခွင့်အရေးတစ်ရပ်အနေနဲ့ တောင်းဆိုလာကြပါတော့တယ်။ ဆရာဝန်တွေဘက်ကလည်း အကျိုးမရှိနိုင်ဘူးလို့ သိရှိနေပေမယ့် တောင်းဆိုတဲ့အတိုင်း လုပ်ဆောင်ပေးဖို့ ဝန်မလေးတတ်ကြပါဘူး။ ဘယ်ညာတင်ပါးနှစ်ဖက်စလုံးကို ဆေးနှစ်လုံးတစ်ပြိုင်တည်းထိုးပေးဖို့ တောင်းဆိုတာတွေ၊ အကြောဆေးသွင်းခိုင်းတာတွေ၊ ပုလင်းချိတ်ခိုင်းတာတွေဟာ ဆရာဝန်တွေဆီမှာ အလွယ်တကူတောင်းဆိုလို့ ရနေတတ်ပါတယ်။ ရှားရှားပါးပါးလုပ်ဆောင်ပေးရတဲ့ ဝန်ဆောင်မှုမျိုးတွေနဲ့၊ အကျိုးမရှိ၊ အလဟဿဖြစ်သွားစေတဲ့ ကုသမှုမျိုးတွေမှာတော့ ကြီးမားတဲ့ပြဿနာရှိလာပါတော့တယ်။

အကျိုးမရှိအလဟဿကုသချက်(Nonbeneficial or Futile treatment) ။

ဆေးကုသချက်တစ်ခုဟာ လူနာ နာလန်ထူလာနိုင်အောင် ဒါမှမဟုတ် ကျန်းမာရေးတိုးတက်ကောင်းမွန် လာအောင် ခိုင်လုံတဲ့မျှော်လင့်ချက် မပေးနိုင်ဘူးဆိုရင် အဲဒီဆေးကုသချက်ကို အကျိုးမရှိတဲ့ကုသချက်လို့ သတ်မှတ်နိုင်ပါတယ်။ လူနာအနေနဲ့ ဘာကောင်းကျိုးကိုမှ ခံစားမရရှိလိုက်ပါဘူး။ လူနာကိုယ်တိုင်က ခြံ့ငုံပြီး နေကောင်းသွားပါတယ် (Overall well-being)လို့ ပုဂ္ဂလဓိဋ္ဌာန်ဝန်ခံပြောကြားလာရင်တော့ ကုသချက်ကို အကျိုးရှိတယ်လို့ သတ်မှတ်နိုင်ပါတယ်။ အကျိုးမရှိတဲ့ကုသချက်လို့ သတ်မှတ်နိုင်ရအောင် ယေဘုယျအားဖြင့် လူနာကိုယ်တိုင်ရဲ့ ပါဝင်ဆုံးဖြတ်မှုလိုအပ်ပါတယ်။ လူနာတောင်းဆိုတဲ့အတိုင်း လုပ်ဆောင်ပေးလိုက်ခြင်းဟာ ထူးခြားတဲ့ တချို့သောအခြေအနေတွေမှာတော့ လူနာအတွက်အကောင်းဆုံးအကျိုးဖြစ်ထွန်းမှု (Patient's best interest) ဖြစ်နိုင်ဖွယ် မရှိတတ်ပါဘူး။ ကျင့်ဝတ်အရ ဆရာဝန်တွေမှာ လူနာတစ်ယောက်ကိုအကျိုးမရှိ အလဟဿ ကုသချက်တွေပေးဖို့ တာဝန်မရှိပါဘူး။ (The physician has no obligation to offer a patient futile of nonbeneficial treatment)။

အသိပေးသဘောတူညီချက်ရဲ့ အခြေခံသဘောတရားကတော့ လူနာကိုယ်တိုင်က ဆုံးဖြတ်ရွေးချယ် နိုင်တဲ့ အခွင့်အရေးရရှိလာအောင် ဆရာဝန်က သူ့သိထားတဲ့ သတင်းအချက်အလက်အစုံအလင်ကို လူနာ ထံ အသိပေးပူးပေါင်းလိုက်ရတာပဲဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်ကိုယ်တိုင် မထောက်ခံထားတဲ့ဝန်ဆောင်မှုတွေကို လူနာနဲ့မိသားစုဝင်တွေက ဘယ်လောက်အတိုင်းအတာအထိ ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့်ရှိနေသလဲဆိုတာကိုတော့ ဥပဒေ ဆိုင်ရာ၊ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ၊ ပြည်သူ့ရေးရာမူဝါဒဆိုင်ရာ အငြင်းပွားမှုတွေ ရှိနေဆဲပဲဖြစ်ပါတယ်။ သက်ဆိုင် ရာအစိုးရ၊ ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီတွေနဲ့ ဆရာဝန်အသင်းအဖွဲ့အစည်းတွေက ဝင်ရောက်မစွက်ဖက် သေးသမျှ ကာလပတ်လုံး ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ မသင့်လျော်ဘူးလို့ထင်ရတဲ့ လူနာတွေရဲ့တောင်းဆိုချက်တွေ ကို အလိုလိုက်ပေးသင့်မသင့်ဆိုတာက ဆရာဝန်တစ်ဦးချင်းစီရဲ့ ကိုယ်ပိုင်ခံယူချက်နဲ့ ဆုံးဖြတ်လုပ်ဆောင်ရ မယ့် အရာပဲဖြစ်နေပါသေးတယ်။ တောင်းဆိုချက်ကလူနာအတွက် အကျိုးရှိမှာထက် ဘေးဒုက္ခပိုမိုဖြစ်စေနိုင် တယ်လို့ ယူဆမိရင် ငြင်းဆန်ဖို့သင့်ပါတယ်။ ဘေးဒုက္ခမဖြစ်ပေမယ့် အကျိုးရှိဖို့ အလားအလာ ဘာမှမရှိ ရင်လည်း ကိုယ့်စိတ်ကြိုက် ငြင်းပယ်နိုင်ပါတယ်။ အစွမ်းမရှိတဲ့ ဆေးဝါးတွေကိုပေးပြီး ဆေးကုသတာနဲ့ ဟန်ဆောင်ခွဲစိတ်မှု ပြုလုပ်ပေးရတာတွေကို ဇီဝကမ္မသဘောအရ တုံ့ပြန်တတ်တဲ့လူနာရဲ့ဖြစ်စဉ်(Placebo effect) ဆိုတာကိုတော့ ထည့်သွင်းစဉ်းစားပေးရပါလိမ့်မယ်။ ပလာဆီဘို ကုသချက်တွေကို လူနာမသိဘဲ လူနာရဲ့ ပူးပေါင်း ပါဝင်မှုမရှိဘဲ ကုသပေးမယ်ဆိုရင် ကျင့်ဝတ်နဲ့ မလျော်ညီဘူးလို့ အမေရိကန်ဆရာဝန် အသင်းကြီးရဲ့ ကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက်မှာဖော်ပြထားပါတယ်။ ဒီလိုမျိုးဝန်ဆောင်မှုတွေမှာ ကန့်သတ်ချက်တွေ ရှိလာရင် တာဝန်ယူ လုပ်ဆောင်ပေးနေသူတွေက အထူးဂရုစိုက်လုပ်ဆောင်ကြဖို့တော့လိုအပ်ပါတယ်။

Decision-Making for Incompetent Patients

(Decision-Making for Incompetent Patients)

လူနာတော်တော်များများဟာ သူတို့ကိုယ်တိုင် ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းမရှိကြပါဘူး။ နမူနာအားဖြင့် ကလေးသူငယ်တွေ၊ စိတ်ရောဂါဝေဒနာသည်တွေ၊ ဦးနှောက်အာရုံကြောဝေဒနာသည်တွေနဲ့ ယာယီသတိမေ့မြော သတိလစ်နေသူတွေပဲ ဖြစ်ကြပါတယ်။ သူတို့အတွက် အစားထိုး ဆုံးဖြတ်ပေးရမယ့် ဆရာဝန်ဖြစ်စေ ကြားခံလူဖြစ်စေ လိုလာပါတော့တယ်။ သင့်တော်မယ့် အစားထိုးဆုံးဖြတ်ပေးမယ့်သူကို ဘယ်လိုရွေးချယ်မလဲဆိုတာနဲ့ ဘယ်သူ့ကိုရွေးချယ်ရမလဲဆိုတာတွေဟာ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ပြဿနာတွေဖြစ်လာရပါတယ်။



သမားရှင်သာ အဖရာ(Medical paternalism) ဆိုတဲ့ ခေတ်တုန်းကတွေ့ ဆရာဝန်ကိုသာ အသင့်လျော်ဆုံးလို့ မှတ်ယူထားခဲ့ကြပါတယ်။ ဆရာဝန်ဘက်က ကုသမှုရွေးချယ်စရာတွေကို လူနာရဲ့မိသားစုထံ တင်ပြပြီး မိသားစုကသာ နောက်ဆုံး ဆုံးဖြတ်ချက်ပေးကြရပါတယ်။ နောက်ပိုင်းမှာ လူနာတွေဖက်က၊ ရောဂါဝေဒနာခံစားနေရလို့ ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းမရှိတဲ့ အခြေအနေများရောက်လာခဲ့ရင် သူတို့ကိုယ်စားဆုံးဖြတ်ပေးနိုင်မယ့်သူတွေကို အမည်စာရင်းနဲ့ပေးလာကြတာကြောင့် ဆရာဝန်ရဲ့ အရှိန်အဝါဟာ လျော့နည်းလာရပါတော့တယ်။ တချို့ဆိုရင် လင် သို့မဟုတ် မယား၊ သားအကြီး၊ သမီးအကြီး၊ အစ်ကိုကြီး၊ ညီ၊ ညီမ၊ ဦးလေး၊ အဒေါ် စသဖြင့် အစဉ်အလိုက်တန်းစီပြီး ဦးစားပေးဆုံးဖြတ်ချက်ပေးနိုင်သူစာရင်းကို ပေးထားတတ်ပါတယ်။ ဒီလိုပေးလာရင် အရေးပေါ်အခြေအနေတွေမှာ ဆရာဝန်ဘက်က အစားထိုးဆုံးဖြတ်ပေးနိုင်သူကို ခေါ်ယူပြီး ဆုံးဖြတ်စေရပါတယ်။ မရရှိနိုင်မှသာလျှင် ဆရာဝန်ကိုယ်တိုင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချ လုပ်ဆောင်ရပါတယ်။ ဒပ်ဘလူ အမ်အေ-လူနာအခွင့်အရေးကြေငြာစာတမ်း (WMA Declaration on the Rights of the Patients) မှာ ဖော်ပြထားတာကတော့ . . .

- လူနာသတိလစ်နေလျှင် သို့တည်းမဟုတ် လူနာကိုယ်တိုင် ဆန္ဒသဘောထားကို ဖော်ထုတ်နိုင်စွမ်းမရှိဖြစ်နေလျှင် အသိပေးသဘောတူညီချက်ကို အဖြစ်နိုင်ဆုံးဥပဒေအရ လွှဲအပ်ထားသော လူနာ၏တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်ထံမှ ရယူရမည်။ စွက်ဖက် ကုသရန် အရေးပေါ်လိုအပ်သည့်အခြေအနေမျိုး၌ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်မရရှိနိုင်ပါက လူနာသတိမလစ်မီက ဖော်ထုတ်ထားသည့်ဆန္ဒ သို့တည်းမဟုတ် အခိုင်အမာ သန္နိဋ္ဌာန် ပြုထားချက်သည် စွက်ဖက်ကုသမှုကိုငြင်းဆန်ထားခြင်းနှင့် သဘောမတူပါဟု သံသယဖြစ်ဖွယ်မရှိခဲ့လျှင်၊ လူနာသဘောတူပြီးဖြစ်သည်ဟုမှတ်ယူရမည်။ (If the patient

is unconscious or otherwise unable to express his/her will, informed consent must be obtained from, whenever possible, from a legally entitled representative where legally relevant. If a legally entitled representative is not available, but a medical intervention is urgently needed, consent of the patient may be presumed, unless it is obvious and beyond any doubt on the basis of the patient's previous firm expression or conviction that he/she would refuse consent to the intervention in that situation)

အစားထိုးဆုံးဖြတ်ပေးနိုင်သူ မိသားစုဝင်တွေအကြားမှာ သဘောထားကွဲလွဲမှုတွေ ရှိနေရင်ဖြစ်စေ၊ သူတို့ရဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်က ဆရာဝန်ရဲ့အမြင်မှာ လူနာရဲ့အကောင်းဆုံးအကျိုးကို ရှေ့ရှုတာမဟုတ်ဘူးလို့ ထင်မြင်ယူဆရင်ဖြစ်စေ၊ ပြဿနာရှိလာရပါတော့တယ်။ ပထမအခြေအနေမှာ ဆရာဝန်က မိသားစုဝင်တွေအကြားမှာ ညှိနှိုင်းပေးလို့ရပါတယ်။ ဆက်လက်သဘောထားကွဲနေကြသေးရင်တော့ မိသားစုဝင်တွေထဲက အတွေ့အကြုံအရှိဆုံး အလေးစားခံအထိုက်ဆုံးပုဂ္ဂိုလ်ကို ဆုံးဖြတ်ခိုင်းလိုက်တာပဲဖြစ်စေ မဲဆန္ဒနဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက် ရယူတာပဲဖြစ်စေ ပြုလုပ်နိုင်ပါတယ်။ အစားထိုးဆုံးဖြတ်ပေးသူနဲ့ ဆရာဝန်အကြားမှာ အကြီးအကျယ်သဘောထား ကွဲလွဲမှုရှိနေရင်တော့ လူနာအခွင့်အရေးကြေငြာစာတမ်းက အောက်ပါအတိုင်းအကြံပြုထားပါတယ်။

“လူနာ၏တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ် သို့တည်းမဟုတ် လူနာကိုယ်စားခွင့်ပြုလုပ်ဆောင်ရွက်ခွင့်ရသူ တစ်ဦးဦးသည် ဆရာဝန်၏အမြင်၌လူနာကောင်းကျိုးဖြစ်ထွန်းစေမည်ဟု ယူဆသောကုသချက်ကို တားဆီးမှုပြု လာလျှင် ဆရာဝန်သည် ထိုသို့သောဆုံးဖြတ်ချက်ကို သက်ဆိုင်ရာတရားရေးအဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် အခြား အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုခုတွင် တင်ပြ၍ စိန်ခေါ်သင့်သည်။” (If the patient's legally entitled representative, or a person authorized by the patient, forbids treatment which is, in the opinion of the physician, should challenge this decision in the relevant legal of other institution.)

အခုတင်ပြလိုက်တဲ့ အသိပေးသဘောတူညီခြင်းနဲ့ ပတ်သက်တဲ့သဘောတရားနဲ့ လုပ်နည်းလုပ်ဟန် တွေဟာ လူနာနဲ့ လူနာကိုယ်စားလှယ်ဆီတွေကနေ ရယူနိုင်ရုံလောက် တင်ဆက်ပေးလိုက်တာဖြစ်ပါတယ်။ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို လူနာဆီက ရယူစဉ်တုန်းကလို အစားထိုးဆုံးဖြတ်ပေးမယ့်သူဆီက ရယူတဲ့အခါမှာလည်း ဆရာဝန်ဘက်က သတင်းအချက်အလက်တွေကို အပြည့်အစုံပေးဖို့လိုပါတယ်။ ရှုပ်ထွေးတဲ့ရောဂါအမည် သတ်မှတ်ပုံ(Complex medical diagnosis)၊ ရှေ့ဆက်ဖြစ်နိုင်ချေ (Prognosis)၊ ကုသမှုအစီအစဉ် (Treatment regimes) တွေကို လူနာနားလည်တဲ့ ဘာသာစကားနဲ့ ရှင်းပြဖို့လိုပါတယ်။ ကုသချက်ကို လူနာက

ရွေးချယ်လာနိုင်အောင် ကုသချက်တစ်ခုချင်းစီရဲ့ ကောင်းကျိုး၊ ဆိုးကျိုးတွေနဲ့ မေးလာတဲ့ မေးခွန်းတွေကိုလည်း ဖြေကြားပေးဖို့ လိုပါတယ်။ ရွေးချယ်လိုက်ရတဲ့အကြောင်းရင်းနဲ့ ရွေးချယ်ချက်ကိုနားလည်မှုပေးရပါမယ်။

ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းမရှိတဲ့လူနာတွေမှာ လူနာဖြစ်စေချင်တာ(preferences)တွေကို စိတ်ကြိုက်ကြိုတင် သတ်မှတ်ပေးထားခဲ့တာတွေရှိခဲ့ရင် အဲ့ဒါတွေအတိုင်း ဦးစားပေးလိုက်နာဖို့လိုပါတယ်။ (Advance Directive) လို့ခေါ်တဲ့ လူနာရဲ့ကြိုတင်ဆန္ဒပြုလွှာမှာ စိတ်ကြိုက်မှာကြားထားခဲ့တာတွေကို ရှာဖွေကြည့်လို့ရပါတယ်။ ကိုယ်စားဆုံးဖြတ်ခွင့်ရှိသူ၊ အစဉ်တစိုက်ကုသပေးနေတဲ့ဆရာဝန်နဲ့ တခြားဆေးကုသရေး အဖွဲ့ဝင်တွေဆီမှာ လည်း လူနာမှာကြားထားခဲ့တာတွေ၊ ဖြစ်စေချင်တာတွေကို ဆက်သွယ်မေးမြန်းကြည့်လို့ ရပါတယ်။ မှာကြား မထားခဲ့တဲ့လူနာတွေအတွက် ကုသဖို့ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာမှာ လူနာအတွက် အကောင်းဆုံးအကျိုးရရှိနိုင်စေ ဖို့ . . .

- (က) ရောဂါအမည်တပ်ပေးထားမှုနဲ့ ရှေ့ဆက်ဖြစ်နိုင်ချေ (Diagnosis and Prognosis)
- (ခ) လူနာရဲ့သိထားပြီးသားတန်ဖိုးသတ်မှတ်မှု (Patient's known values)
- (ဂ) လူနာရဲ့ဘဝမှာအရေးကြီးဆုံးဖြစ်ခဲ့တဲ့ပုဂ္ဂိုလ်တွေနဲ့ လူနာ့အကျိုးကို အကောင်းဆုံးဖြစ်အောင် စောင်မကြည့်ရှုပေးခဲ့တဲ့သူတွေဆီက ရရှိနိုင်တဲ့သတင်းအချက်အလက်တွေနဲ့
- (ဃ) ကုသချက်ကိုလွှမ်းမိုးသွားနိုင်တဲ့ လူနာရဲ့ကိုးကွယ်တဲ့ဘာသာအယူဝါဒနဲ့ ယဉ်ကျေးမှုတွေကိုအခြေပြု ပြီး စဉ်းစားပေးဖို့ လိုအပ်လာရပါတော့တယ်။

ဒီအချက်တွေကိုအခြေခံစဉ်းစားနေရတာဟာ ဖြစ်စေချင်တာတွေကို တိတိကျကျမှာကြားထားခဲ့တဲ့ လူနာတွေမှာလောက်တော့ တိကျရေရာမှုမရှိလှပါဘူး။ ဖော်ပြလိုက်တဲ့ အခြေခံအချက်အလက်တွေကို ထည့် သွင်းစဉ်းစားပေးလိုက်ခြင်းအားဖြင့် ကိုယ်စားဆုံးဖြတ်ပေးရသူတွေအတွက်တော့ အထောက်အကူဖြစ်လာစေ နိုင်မှာဖြစ်ပါတယ်။



ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းရှိတယ်(Competence to make medical decision making)ဆိုတာကို တိတိကျကျ တိုင်းထွာပြသနိုင်ဖို့ရာ အလွန်ပင်ခက်ခဲလှပါတယ်။ အထူးသဖြင့်ငယ်ရွယ်သူတွေမှာနဲ့ ရှောင်တခင် သို့မဟုတ် နာတာရှည်နာမကျန်းဖြစ်နေသူတွေမှာ ဆင်ခြင်ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းအားတွေကို ထိခိုက်သွားတတ်လို့ ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဘဝမှာရင်ဆိုင်နေရတဲ့ ပြဿနာအပိုင်းတစ်ပိုင်းကို ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းရှိနေပေမယ့် တခြားအပိုင်းကဏ္ဍတွေမှာ မဆုံးဖြတ်နိုင်ဘဲ ရှိနေတတ်ပါတယ်။ ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းအားဟာလည်း ပေါ်လာလိုက်ပျောက် ကွယ်သွားလိုက်နဲ့၊ ဥပမာ၊ မနက်ပိုင်းမှာ ကြည်လင်ကောင်းမွန်ချိန်ဆတတ်ပြီး ညနေပိုင်းကျရင် ဝေဝါးသွားရတာမျိုးတွေ ရှိတတ်တယ်။ ဒီလိုလူနာတွေကို ဥပဒေကြောင်းအရ ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းရှိတဲ့သူတွေလို့ မဆိုနိုင်ပေမယ့် သူတို့အတွက်ဆုံးဖြတ်ချက်ချပေးရာမှာတော့ သူတို့ဖြစ်စေချင်တာ(Preferences) တွေကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားပေးဖို့ လိုအပ်နေပါတော့တယ်။

လူနာအခွင့်အရေး ကြေငြာစာတမ်းမှာပဲ ဖော်ပြထားတာကတော့ “အရွယ်မရောက်သေးသူ လူနာတစ်ဦး၊ သို့တည်းမဟုတ် ဥပဒေအရဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းမရှိသူဟု သတ်မှတ်ခံထားရသော လူနာတစ်ဦးအတွက် လူနာကိုယ်စား သဘောတူညီချက်ပေးရန် သက်ဆိုင်ရာဥပဒေနှင့်အညီ လွှဲအပ်ထားသော လူနာ၏ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသည်။ သို့ရာတွင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်ရာ၌ လူနာကိုယ်တိုင် စွမ်းအားရှိသမျှ ပါဝင်ပတ်သက်စေရမည်။” (If a patient is a minor or otherwise legally incompetent, the consent of a legally entitled representative, where legally relevant, is required. Nevertheless **the patient must be involved in the decision-making to the fullest extent allowed by his/her capacity**) လို့ ဖော်ပြပါရှိပါတယ်။

မကြာခဏဆိုသလို လူနာတွေဟာသူတို့ခံစားနေကြရတဲ့ မအီမလည်ဝေဒနာတွေနဲ့ အာရုံမစူးစိုက်နိုင်မှုတွေကြောင့် ကုသချက်ရွေးချယ်စရာတွေကို စဉ်းစားဆင်ခြင် ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်း မရှိတတ်ကြပါဘူး။ သို့ပေမယ့်လို့ စွက်ဖက်ကုသမှုတစ်ခုခု ပြုလုပ်လာရင် သူတို့ မနှစ်မြို့တဲ့အကြောင်းကို ဆန့်ကျင်မှုပြုပြီး ပြသနိုင်စွမ်းရှိကြပါသေးတယ်။ ဥပမာ၊ ဆေးသွင်းထားတဲ့သွေးကြောပိုက်တွေ၊ နှာခေါင်းအစာသွင်းပိုက်တွေကို ဆွဲဖြုတ်ပစ်တာမျိုးတွေ ပြုလုပ်တတ်ကြပါတယ်။ ဒီလိုနည်းနဲ့ သဘောမတူညီမှုကို ဖော်ဆောင်ပြသလာပြီဆိုရင် ကုသချက်အစီအစဉ် ဦးတည်ချက်ကိုဖော်ဆောင်ဖို့ လိုအပ်တာမှန်သော်လည်း လူနာရဲ့သဘောထား ဖွင့်ဆိုပြသမှုကို အလေးထား စဉ်းစားပေးဖို့ သင့်လာရပါတယ်။

စိတ်ရောဂါဝေဒနာသည်တွေနဲ့ အာရုံကြောရောဂါဝေဒနာသည်တွေမှာ သူတို့ကိုယ်သူတို့ပဲဖြစ်စေ တခြားသောသူတွေကိုပဲဖြစ်စေ အန္တရာယ်ပြုလာတဲ့အခါမျိုးဖြစ်လာရင် ခက်ခဲနက်နဲတဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ပြဿနာတွေ ပေါ်ပေါက်လာတတ်ပါတယ်။ သူတို့တွေဟာလည်း လူသားတွေဖြစ်နေတာမို့ လူသားအခွင့်အရေးကို ဂုဏ်ယူအလေးထားပေးရဖို့က အရေးကြီးနေပါတယ်။ အထူးသဖြင့် လွတ်လပ်တဲ့အခွင့်အရေး(Right to freedom) ကို အတတ်နိုင်ဆုံးရရှိစေဖို့ ဆောင်ကြဉ်းပေးဖို့ လိုလာပါတော့တယ်။ အန္တရာယ်ပြုတာတွေကို

ကာကွယ်ထားဖို့အတွက် လူနာရဲ့ဆန္ဒနဲ့ဆန့်ကျင်ပြီး သီးသန့်ချုပ်ချယ်ထားရတာမျိုးတွေ၊ သီးခြားကုသမှုပေးရတာမျိုးတွေ ရှိကောင်းရှိလာနိုင်ပါတယ်။ ဆန္ဒမပါဘဲ ချုပ်ချယ်ထားရတာနဲ့ ဆန္ဒမပါဘဲကုသမှုပေးရတာ နှစ်ခုကို ခွဲခြားသိထားကြရပါမယ်။ (A distinction can be made between involuntary confinement and involuntary treatment)။ ကုသချက်ကိုငြင်းဆန်လိုက်ရင် အန္တရာယ်မပြုနိုင်အောင် အချုပ်အချယ်နဲ့ အထားခံမယ်ဆိုတာကိုသိရှိလျက်နဲ့ လူနာတချို့ရဲ့အကျိုးဆောင်ရွေးနေတွေဟာ ဒီလိုငြင်းဆန်ပိုင်ခွင့် အခွင့်အရေးကိုပဲ ကာကွယ်ပြောဆိုလာတတ်ကြပါတယ်။ ဥပဒေအကြောင်းပြချက် ခိုင်ခိုင်လုံလုံနဲ့ကုသချက်ကို ငြင်းဆန်နေရတဲ့အကြောင်းက၊ လူနာတွေဟာ ပြီးစီးခဲ့တဲ့ကုသချက်တွေ (ဥပမာ၊ စိတ်ကစဉ်ကလေးရောဂါကုဆေးဝါး-*Psychotropic medications*-တွေရဲ့ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးတွေကို အကြီးအကျယ် ခံစားခဲ့ဖူးရတာတွေ)ကြောင့် ခါးသီးတဲ့ခံစားမှုတွေ ဖြစ်ပေါ်လာမှာကို စိုးရိမ်ပြီး ငြင်းဆန်နေတာဖြစ်နိုင်ပါတယ်။ ဒီလိုလူနာမျိုးအတွက် ဆရာဝန်က ကိုယ်စားဆောင်ရွက်ဆုံးဖြတ်ပေးဖို့ လိုအပ်လာပြီဆိုရင် လူနာကမိမိကိုယ်တိုင်နဲ့ သူတစ်ပါးကို အမှန်တကယ်အန္တရာယ်ပြုလာမယ့်အခြေအနေလား (really do post a danger)၊ ဒါမှမဟုတ် သာမန်စိတ်အနှောင့်အယှက်ဖြစ်စေရုံလောက် (Just an annoyance)ပဲလားဆိုတာကို သေချာအောင် ဆန်းစစ်ဖို့လိုအပ်ပါတယ်။ လူနာဖြစ်စေချင်တဲ့ (Preferences) ကုသချက်တွေကိုလည်း သိရှိအောင် ကြိုးစားဖို့ သင့်ပါတယ်။ ဖြစ်စေချင်တာတွေကို နောက်ဆုံး မလိုက်လျောနိုင်သည့်တိုင်အောင်၊ ဘာကြောင့်ဒီလို ဖြစ်စေချင်ရတာလည်းဆိုတာကိုလည်း သိရှိထားဖို့လိုအပ်ပါတယ်။

လျှို့ဝှက်ချက်ကိုထိန်းသိမ်းပေးခြင်း (Confidentiality)



ဆရာဝန်ရဲ့တာဝန်ဖြစ်တဲ့ လူနာရဲ့လျှို့ဝှက်ချက်တွေကို ထိန်းသိမ်းထားပေးခြင်းဟာ ဟစ်ပိုကရေးတီစ် လက်ထက်ကတည်းက ဆေးပညာရဲ့ အခြေခံအုတ်မြစ်တစ်ခုဖြစ်လို့နေခဲ့ပါတယ်။ ဟစ်ပိုကရေးတီစ် ကတိသစ္စာပြုလွှာမှာ ဖော်ပြထားတာကတော့ . . . “ဆေးကုသမှု ဖြစ်စဉ်၌ သော်လည်းကောင်း လူနာ၏ဘဝဖြစ်စဉ် တစ်လျှောက်လုံး၌

သော်လည်းကောင်း မိမိကိုယ်တိုင်ကြားသိရသမျှ မြင်သိရသမျှအလုံးစုံကို ပြင်ပကမ္ဘာသို့ မပေါက်ကြားရလေအောင် ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ပါမည်။ ပေါက်ကြားပြောဆိုခြင်းကို ရှယ်ဖွယ်လိလိ ဖြစ်ရပ်အဖြစ် ခံယူပါမည်။

What I may see or hear in the course of the treatment or even outside of the treatment in regard to the life of men, which on no account one must spread abroad, I will keep to myself holding such things shameful to be spoken about”

ဒီသစ္စာပြုချက်နဲ့နောက်ထပ်ပေါ်ပေါက်လာတဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာလမ်းညွှန်ချက်တွေမှာ ဆရာဝန်တွေရဲ့ လူနာအပေါ်မှာ လျှို့ဝှက်ထိန်းသိမ်းပေးရမယ့်တာဝန်ကို ချွင်းချက်မရှိ ပြဆိုထားကြပါတယ်။ WMA ရဲ့ International Code of Medical Ethics မှာလည်း “ဆရာဝန်တစ်ဦးသည် လူနာအကြောင်းသိရှိထားရသမျှ အလုံးစုံကို လုံးဝဥသုလျှို့ဝှက်ထိန်းသိမ်းထားရန် တာဝန်ရှိသည်။ လူနာသေဆုံးသွားပြီးဖြစ်လျှင်လည်း ဖွင့်ဟပြောဆိုခွင့်မရှိစေရ။ **A physician shall preserve absolute confidentiality on all he knows about his patient even after the patient has died**” လို့ပြဆိုထားပါတယ်။

တချို့သော ကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက်တွေမှာတော့ လုံးဝဥသုဆိုတဲ့စကားရပ်ကို ကန့်ကွက်လာကြပါတယ်။ တစ်ခါတလေ လျှို့ဝှက်ချက်ပေါက်ကြားနိုင်တတ်တာတွေရှိတဲ့အတွက် ထိန်းသိမ်းထားရတာနဲ့ ပတ်သက်ပြီး ရှင်းလင်းချက်တွေပေးဖို့ လိုလာပါတော့တယ်။

- လျှို့ဝှက်ချက်ထိန်းသိမ်းရေးနဲ့ပတ်သက်ပြီး အဆင့်မြင့်တန်ဖိုး သတ်မှတ်ချက်သုံးရပ်ရှိပါတယ်။
- (၁) ကိုယ်ပိုင်လွတ်လပ်ခွင့် (Autonomy)
- (၂) သူတစ်ပါးကိုလေးစားခြင်း (Respect for others)
- (၃) ယုံကြည်မှု (Trust)တို့ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။

တစ်ဦးတစ်ယောက်ရဲ့ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်ဆိုတာဟာ ထိုသူရဲ့ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်းတွေဖြစ်နေတာကြောင့် ထိုသူခွင့်မပြုဘဲ သူတစ်ပါးကိုအသိပေးလို့မရပါဘူး။ ဒါဟာ လူတစ်ဦးရဲ့ကိုယ်ပိုင်လွတ်လပ်ခွင့်ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ လူတစ်ယောက်ဟာ သူ့ရဲ့ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်တွေကို ဆရာဝန်၊ သူနာပြုတစ်ဦးဦးထံမှာ ဖွင့်ဟပြောပြလိုက်ရင်ဖြစ်စေ ဒါမှမဟုတ် စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုတစ်ခုခုပြုလုပ်လိုက်လို့ ဆရာဝန်ဆရာမတွေက သိရှိသွားရရင်ပဲဖြစ်စေ ဒီလိုသိရှိလာသမျှ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်တွေအားလုံးကို သက်ဆိုင်သူရဲ့ခွင့်ပြုချက်မရမချင်း ထိန်းသိမ်းလျှို့ဝှက်ပေးထားရမှာဖြစ်ပါတယ်။

လူသားဆိုတာ လေးစားခံထိုက်တဲ့ပုဂ္ဂိုလ်များဖြစ်ကြပါတယ်။ လူတွေရဲ့သီးသန့်ကိုယ်ပိုင်ဖြစ်မှု အတွင်းရေး(Privacy)တွေကို ထိန်းသိမ်းပေးထားခြင်းဟာ လူကိုလေးစားခြင်းမည်ပါတယ်။ ဆေးကုသမှုမှာတော့ ကိုယ်ပိုင်ဖြစ်မှုအတွင်းရေးတွေကို ညှိနှိုင်းယူ (Compromised)ရလေ့ရှိပါတယ်။ ညှိနှိုင်းယူရတယ်ဆိုရာမှာလည်း ကိုယ်ပိုင်ဘဝထဲကို တစ်ပါးသူက ဝင်ရောက်ချိုးဖောက်မနှောင့်ယှက်ရအောင် ကာကွယ်ပေးရတာမျိုးသာလျှင်ဖြစ်ပါတယ်။ အတွင်းရေးသတ်မှတ်ရာမှာ တစ်ဦးနဲ့တစ်ဦး မတူညီနိုင်တဲ့အတွက် ကိုယ်သတ်မှတ်ထားသလို သူများကလည်း သတ်မှတ်လိမ့်မယ်လို့ မယူဆထားနိုင်ပါဘူး။ လူနာတစ်ယောက်က ဘယ်အတွင်းရေးကို လျှို့ဝှက်ထားလိုပြီး ဘယ်အတွင်းရေးကိုတော့ တစ်ပါးသူကို ထုတ်ဖော်ပြောစေချင်တယ်ဆိုတာကို ဂရုတစိုက်လေ့လာဖို့လိုပါတယ်။

ဆရာဝန်-လူနာဆက်ဆံရေးမှာ ယုံကြည်မှုဆိုတာ မရှိမဖြစ် လိုအပ်တဲ့အရာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးကုခံယူဖို့ လူနာတွေဟာ အများတကာကို မသိစေလိုတဲ့ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်တွေကို သူစိမ်းတစ်ရံစာတွေဖြစ်တဲ့ ဆရာဝန်တွေဆီမှာ ဖွင့်ဟနေကြတာဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေက လျှို့ဝှက်ပေးထားလိမ့်မယ်လို့ ခိုင်လုံတဲ့အကြောင်းချက်တွေ သူတို့မှာ ရှိနိုင်ပါတယ်။ ယုံကြည်မှုရဲ့ အခြေခံကတော့ ဆရာဝန်တွေ လိုက်နာလေ့ရှိကြတဲ့ ကျင့်ဝတ်နဲ့ ဥပဒေရေးရာ လျှို့ဝှက်ချက် စံနှုန်းတွေကြောင့်ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဖွင့်ဟပြောဆိုလိုက်တာတွေကို ထိန်းသိမ်းပေးထားကြလိမ့်မယ်လို့ နားလည်ထားခဲ့ရင် နဂိုကတည်းကိုက ဖွင့်ဟပြောဆိုကြမှာ မဟုတ်ပါဘူး။ ဖွင့်ဟမလာကြရင် ဆရာဝန်တွေရဲ့ အကျိုးရှိရှိ ဆောင်ရွက်ကုသချက်တွေကို ထိခိုက်လာနိုင်ပြီး ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မျှော်မှန်းချက်တွေလည်း ပျောက်ကွယ်သွားနိုင်ပါတယ်။



WMA ရဲ့ *Declaration on the Rights of Patient* ကြေငြာချက်မှာ လူနာရဲ့ လျှို့ဝှက်ချက်ကို ထိန်းသိမ်းထားခွင့်နဲ့ ပတ်သက်ပြီး အောက်ပါအတိုင်း အကျဉ်းချုံးပြဆိုထားပါတယ်။

- ခွဲခြားသိသာနိုင်သော လူနာ၏ကျန်းမာရေးအခြေအနေ၊ ရောဂါအခြေအနေ၊ ရောဂါအမည်တပ်မှု၊ မျှော်လင့်ချက်၊ ကုသချက်နဲ့ အခြားပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များအားလုံးကို လျှို့ဝှက်စွာ ထိန်းသိမ်းထားရမည်။ လူနာကွယ်လွန်သွားပြီးဖြစ်လျှင်လည်း ပေါက်ကြားခြင်း အလျဉ်းမရှိစေရ။ ကျန်းမာရေးအန္တရာယ်ကျရောက်လာနိုင်ဖွယ်ရှိသည့် သတင်းအချက်အလက်များကို လူနာ၏ ဆွေမျိုးသားချင်းများမှ သိထားပိုင်ခွင့်ရှိနိုင်သည်။ (All identifiable information about a patient's health status, medical condition, diagnosis, prognosis, and treatment and all other information of a personal kind, must be kept confidential, even after death. Exceptionally, the patient's relatives may have a right of access to information that would inform them of their health risks)

- လျှို့ဝှက်ထားရမည့် သတင်းအချက်အလက်များကို လူနာ၏တရားဝင်ခွင့်ပြုချက် သို့တည်းမဟုတ် ဥပဒေပြဋ္ဌာန်းချက်ရှိမှသာလျှင် ထုတ်ဖော်နိုင်သည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်နေသူအချင်းချင်း တွင် ကြပ်ကြပ်မတ်မတ်သိစေထိုက်သော သတင်းအချက်အလက်များကိုသာလျှင် လူနာ၏တရားဝင် ခွင့်ပြုချက်မလိုဘဲ ဖော်ထုတ်ခွင့်ရှိသည်။ *(Confidential information can only be disclosed if the patient gives explicit consent or if expressly provided for in the law. Information can be disclosed to other healthcare providers only on strictly “need to know” basis unless the patient has given explicit consent)*
- လူပုဂ္ဂိုလ်ခွဲခြားသိသာနိုင်သော သတင်းအချက်အလက်မှန်သမျှ ကာကွယ်ထိန်းသိမ်းပေးရမည်။ ထိန်းသိမ်းရာ၌ သတင်းသို့လျှောက်မှုစနစ်နှင့် ကိုက်ညီမှုရှိရမည်။ ပင်မသတင်းအချက်အလက်မှ ဆင့်ပွားလာသောအချက်အလက်များသည် လူပုဂ္ဂိုလ်ခွဲခြားသိသာမှုပြုလုပ်နိုင်လျှင် ထိုဆင့်ပွားအချက်များကိုပါ ကာကွယ်ပေးရမည်။ *(All identifiable patient data must be protected. The protection of the data must be appropriate to the manner of its storage. Human substances from which identifiable data can be derived must be likewise protected)*

လျှို့ဝှက်ချက်ထိန်းသိမ်းမှုရဲ့ ချွင်းချက်တွေကိုလည်း ကြေညာချက်မှာ ပြဆိုထားတာတွေမြင်ရပါတယ်။ တချို့ချွင်းချက်တွေက ပြဿနာတက်မလာပေမယ့် တချို့တွေမှာတော့ ခက်ခဲတဲ့ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ရှုပ်ထွေးမှုတွေ ဖြစ်လာစေပါတယ်။

ဆေးကုသပေးနေတဲ့နေရာဌာနတိုင်းမှာ ပုံမှန်ချိုးဖောက်မှုတွေ အမြဲလိုလိုရှိနေတတ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေ၊ သူနာပြုတွေ၊ ဓာတ်ခွဲခန်းကျွမ်းကျင်သူတွေ၊ ဆေးကျောင်းသားတွေဟာ လူနာရဲ့ဆေးမှတ်တမ်းတွေကို လွယ်လွယ်ကူကူပဲ ကိုင်တွယ်ကြည့်ရှုနေလေ့ရှိကြပါတယ်။ လူနာက ဘာသာစကား မတတ်ပြန်ရင်လည်း စကားပြန်ထားပေးရတဲ့အတွက် လူနာ့လျှို့ဝှက်ချက်ဟာ ပေါက်ကြားသွားရပြန်တယ်။ ကိုယ်တိုင်ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်း မရှိတဲ့လူနာတွေမှာလည်း ကြားခံဆုံးဖြတ်ပေးမယ့်သူကို လျှို့ဝှက်ချက်တွေ အသိပေးလိုက်ရပြန်တယ်။ လူနာသေဆုံးခြင်းအကြောင်းရင်းကို လူနာ့ဆွေမျိုးတွေကို ဆရာဝန်က ဖွင့်ဟပြောဆိုနေကြရတယ်။ ဒီလို ပုံမှန်ချိုးဖောက်နေတာတွေဟာ လျော်ကန်သင့်မြတ်တယ်လို့ဆိုကြပါတယ်။ လူနာရဲ့အကျိုးကိုမျှော်ကိုးပြီး အခြား နေရာတွေကို ပြန်နဲ့မသွားရအောင် အတတ်နိုင်ဆုံး ထိန်းသိမ်းကာကွယ်ရမယ်ဆိုတဲ့အသိ ရှိဖို့တော့ လိုအပ်ပါတယ်။ ဒီလိုကျိုးပေါက်မှုလေးတွေရှိနေရပါတယ်ဆိုတဲ့ အကြောင်းကိုတော့ ဖြစ်နိုင်ရင် လူနာကို အသိပေးထားဖို့ သင့်လှပါတယ်။

နောက်ထပ်ကျိုးပေါက်ရတဲ့အကြောင်းရင်းတစ်ရပ်ကတော့ ဥပဒေသတ်မှတ်ချက်ကို လိုက်နာရလို့ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ မော်တော်ယာဉ်မောင်းနှင်ဖို့ မသင့်လျော်တဲ့ရောဂါတစ်ခုခုရှိနေသူကို မဖြစ်မနေတိုင်ကြား



သတင်းပို့ရမယ်ဆိုတဲ့ ဥပဒေပြဋ္ဌာန်းချက်တွေ ရှိနေတတ်ပါတယ်။ ကလေးသူငယ်အလွဲသုံးစား(Child abuse) ပြုလုပ်မယ်လို့ သံသယဖြစ်ဖွယ် ရှိနေသူတွေကိုလည်း တိုင်ကြားဖို့ ပြဋ္ဌာန်းထားတတ်ပါတယ်။ ကိုယ်လုပ်ကိုင်နေတဲ့ လုပ်ငန်းခွင်မှာ ဘယ်လိုကိစ္စမျိုးက ဥပဒေအရ ဖွင့်ဟဖို့ လိုအပ်သလဲဆိုတာတွေကို ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ သိရှိထားဖို့ လိုပါတယ်။ လူ့အခွင့်အရေး လေးစားလိုက်နာရမယ်လို့ ကျင့်ဝတ်ကပြဆိုထားပေမယ့် ဥပဒေက ဆန့်ကျင်ဖီလာ ပြုလာနိုင်ပါတယ်။ ဥပဒေပြဋ္ဌာန်းချက်ကို စေ့စေ့စပ်စပ် သေသေချာချာ ကြည့်ရှုဖို့လိုပြီး၊ (Confidentiality) ကို ချိုးဖောက်ခိုင်းတဲ့အခါမျိုးမှာ၊ မလိုက်နာခင် မိမိကိုယ်ကို လျော်ကန်သင့်မြတ်စွာပြုမှု

(justified) ကြောင်း သေချာအောင် ဆန်းစစ်ထားဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။

ဥပဒေအတိုင်း လိုက်နာဖို့သွေးဆောင်လာခဲ့ရင်၊ လူနာနဲ့ အရင်တိုင်ပင်ဆွေးနွေးဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ လူနာကိုယ်တိုင်ရဲ့ ပူးပေါင်းပါဝင်မှုကို မှတ်တမ်းတင်ထားရပါမယ်။ ဥပမာအားဖြင့် ကလေးအလွဲသုံးစား (Child abuse) ပြုမယ်လို့ သံသယရှိတဲ့လူနာကို တိုင်ကြားတော့မယ်ဆိုရင် ကလေးသူငယ်ကာကွယ်ရေး အာဏာပိုင် (Child protection authorities)တွေကို ကြိုတင်ခေါ်ယူထားပြီး ဆရာဝန်ရှေ့မှာပဲ လူနာကို ကိုယ်တိုင်ဖွင့်ဟပြောစေတာမျိုး ဖြစ်ပါတယ်။ ဒါမှမဟုတ် လူနာရဲ့သဘောတူညီချက်နဲ့ ဆရာဝန်က ဖွင့်ဟပြောဆိုပေးလို့လည်း ရပါတယ်။ ဒီလို ချဉ်းကပ်နည်းဟာ နောက်ဆက်တွဲဖြစ်ပေါ်လာမယ့် အကျိုးဆက်တွေကို ပြင်ဆင်ထားတဲ့နည်းပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ လူနာကလည်း ပူးပေါင်းပါဝင်မလာဘူး၊ ဖွင့်ဆိုဖို့နှောင့်နှေးနေရတာကလည်း ကလေးမှာ စိုးရိမ်ဖွယ်ရာ အန္တရာယ်ကျရောက်လာနိုင်ရင်၊ ဆရာဝန်ကိုယ်တိုင်က ကလေးကာကွယ်ရေး အာဏာပိုင်တွေဆီကို အလျင်အမြန် အသိပေးဖော်ထုတ်လိုက်ပြီး၊ ချက်ချင်းဆိုသလို ဒီလိုပြုမူလိုက်ရကြောင်း လူနာကို အသိပေးလိုက်ရမှာဖြစ်ပါတယ်။

ဥပဒေသတ်မှတ်ချက်ကြောင့် လူနာရဲ့လျှို့ဝှက်ချက်ကိုဖွင့်ဟပေးရတာတွေအပြင်၊ အများတကာကို အန္တရာယ်ဖြစ်လာမှာစိုးလို့ ကျင့်ဝတ်တာဝန်(Ethical duty)အရ ဖော်ထုတ်ပေးရတာမျိုးတွေလည်း ရှိလာနိုင်ပါတယ်။ ဒီလိုအခြေအနေတွေကတော့ . . . တစ်စုံတစ်ယောက်ကို အန္တရာယ်ပြုတော့မယ့်အစီအစဉ်ကို လူနာကိုယ်တိုင်က စိတ်ရောဂါကုဆရာဝန်ဆီမှာ ဖွင့်ဟပြောဆိုလာတဲ့အခါမျိုးမှာနဲ့၊ အိပ်ချ်အိုင်ဗီပိုးရှိနေတဲ့ လူနာတစ်ယောက်က အိမ်ထောင်ဖက်နဲ့လိင်ဆက်ဆံဖော်တွေအပေါ်မှာ အကာအကွယ်မသုံးဘဲ လိင်ဆက်ဆံတော့မယ်လို့ ဆရာဝန်က ယုံကြည်တဲ့အခါမျိုးတွေမှာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။

ဥပဒေကြောင့်မဟုတ်ဘဲ တခြား အခြေအနေတွေမှာလည်း (Confidentiality)ကို ချိုးဖောက်ရတာတွေ ရှိပါတယ်။ အဲဒီအခြေအနေတွေကတော့ မျှော်လင့်ထားတဲ့ အန္တရာယ်ဟာ တကယ်ပဲ သေချာပေါက်ဖြစ်လာတော့မယ် (imminent)၊ စိုးရိမ်ဖွယ်ရာ အနေအထားကနေ နောက်ဆုတ်မလာတော့ဘူး (serious and irreversible)၊ ရှောင်ရှားမယ့် နည်းလမ်းလည်း မရှိတော့ဘူး (unavoidable except by



unauthorized disclosure)၊ ထိခိုက်နစ်နာမှု ပိုကြီးမားလာနိုင်တယ် (greater than the harm likely to result from disclosure)ဆိုရင် လျှို့ဝှက်ချက် ချိုးဖောက်လိုက်ရတာတွေ ရှိလာတတ်ပါတယ်။ ဒီအခြေအနေတွေမှာ ဆရာဝန်တွေက အန္တရာယ်ဘယ်လောက် ဆိုးဝါးသလဲဆိုတာနဲ့ ဖြစ်နိုင်ချေ ဘယ်လောက်ရှိသလဲဆိုတာတွေကို နှိုင်းယှဉ်ဆုံးဖြတ်ကြရပါတယ်။ သံသယဖြစ်နေရင်တော့ ကျွမ်းကျင်သူတွေရဲ့ အကြံဉာဏ်ကို ရယူဖို့ လိုပါတယ်။ လူနာခွင့်မပြုဘဲ ထုတ်ဖော်ပြောကြားတော့မယ်လို့ ဆရာဝန်က ဆုံးဖြတ်ခဲ့ပြီဆိုရင် ဘယ်သူ့ကိုပြောကြား အသိပေးရမလဲဆိုတာနဲ့ ဘယ်လောက်အသိပေးရမလဲဆိုတာတွေကို ဆုံးဖြတ်ရပါတော့မယ်။ အကြမ်းအားဖြင့်တော့ အန္တရာယ်တားဆီးနိုင်လောက်တဲ့ သတင်းအချက်အလက်ကိုသာ အန္တရာယ်ကျရောက်လာနိုင်ဖွယ်ရှိတဲ့ သူတွေဆီကို ဖွင့်ဟလိုက်ရမှာဖြစ်ပါတယ်။ ဖွင့်ဟချလိုက်လို့ လူနာအပေါ်မှာကျရောက်လာနိုင်တဲ့ ပြစ်မှုနဲ့ နစ်နာချက်တွေကိုလည်း တတ်နိုင်သမျှနည်းပါးအောင် နည်းလမ်းအဆင့်ဆင့် ရှာကြံထားသင့်ပါတယ်။ လူနာကို ကာကွယ်ဖို့နဲ့ အန္တရာယ်ကျရောက်လာနိုင်တဲ့သူတွေကို ကာကွယ်ဖို့ လူနာရဲ့ သတင်းအချက်အလက်တချို့ကို ဖော်ထုတ်လိုက်ရတာဖြစ်ကြောင်း လူနာကို အသိပေးရပါမယ်။ လူနာရဲ့ ပူးပေါင်းပါဝင်ကူညီမှုတွေကို တတ်နိုင်သမျှ မှတ်တမ်းတင်ထားဖို့လိုပါတယ်။



လူနာမှာ အိပ်ချ်အိုင်ဗီပိုးရှိနေတာကို အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် လိင်ဆက်ဆံဖော်တွေကို အသိပေး ဖွင့်ချလိုက်ခြင်းဟာ ကျင့်ဝတ်နဲ့ မလျော်ညီဘူးလို့ ပြောလို့မရပါဘူး။ လူနာ

ကိုယ်တိုင်က ဖွင့်မပြောလိုတဲ့အခါမျိုးမှာ ဆရာဝန်က ဖွင့်ပြောပြလိုက်ခြင်းဟာ လျော်ကန်သင့်မြတ် (Justified) တယ်လို့ ဆိုနိုင်ပါတယ်။ ဖွင့်ပြောတဲ့နေရာမှာတော့ အောက်ပါအချက်အလက်တွေအားလုံးနဲ့ ကိုက်ညီဖို့ လိုပါတယ်။

- (၁) လိင်ဆက်ဆံဖော်တွေဟာ သူတို့ကို ကူးစက်တော့မယ် ဆိုတာကို တခြားဘယ်နေရာကမှ မသိရှိနိုင်ခဲ့ရင်
- (၂) လူနာကိုယ်တိုင်က လိင်ဆက်ဆံဖော်တွေကို အသိပေးဖို့ ငြင်းဆန်နေခဲ့ရင်
- (၃) ဆရာဝန်က လူနာကိုယ်စား ဖွင့်ပြောပေးပါ့မယ်ဆိုတာကို လူနာကငြင်းဆန်နေရင်
- (၄) ဆရာဝန်ကိုယ်တိုင် ဖွင့်ပြောတော့မယ့်အကြောင်းကို လူနာကိုအသိပေးပြီးသွားပြီဆိုရင်

ပြစ်ဒဏ်ကျခံနေရသူတွေနဲ့ စစ်ဆေးဆဲအချုပ်သားတွေကို ဆေးကုသပေးရာမှာ(Confidentiality)နဲ့ပတ်သက်ပြီး ခက်ခဲမှုတွေ ရှိလာရပါတယ်။ အချုပ်သားတွေကို ဆေးကုသနေရတဲ့ဆရာဝန်တွေမှာ ကန့်သတ်မှုတွေရှိနေပေမယ့် တခြားလူနာတွေကိုကုသနေသလိုပဲ လူနာအကျိုးကို အကောင်းဆုံးဖြစ်လာအောင် ကုသပေးဖို့လိုပါတယ်။ လူနာရဲ့လျှို့ဝှက်ထားလိုတဲ့ သတင်းအချက်အလက်တွေကို အတတ်နိုင်ဆုံး ကာကွယ် ထိန်းသိမ်းပေးထားရပါမယ်။ လူနာရဲ့ကျန်းမာရေးအခြေအနေ အတိအကျကို လူနာဆီက သဘောတူညီချက် ဦးစွာမရရှိဘဲ ထောင်အာဏာပိုင်တွေကို ဖွင့်ချအသိပေးပိုင်ခွင့်မရှိပါဘူး။

**ဘဝအစတည်မှု ပြဿနာများ
(Beginning-of-life issues)**

ဆေးပညာကျင့်ဝတ်မှာ လူသားဘဝအစတည်မှုနဲ့ ပတ်သက်တဲ့ပြဿနာတွေဟာ အထင်ရှားဆုံးဖြစ်နေပါတယ်။ ဒီလက်စွဲစာအုပ်ဟာ အခြေခံကျင့်ဝတ်သာဖြစ်တဲ့အတွက် ဘဝအစတည်ပြဿနာတွေကို အကျယ် ဆွေးနွေးတင်ပြ မနေတော့ဘဲ စာရင်းသဘောမျိုးသာ တင်ဆက်ပေးသွားပါ့မယ်။ စာရင်းတစ်ခုစီဟာ ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့် လေ့လာ သုံးသပ်ဖို့လိုတဲ့ ပြဿနာရပ်တွေဖြစ်နေတာကြောင့် နိုင်ငံလုံး ဆိုင်ရာ ဆရာဝန်အသင်းတွေ၊ ဆေးကောင်စီတွေ၊ ကျင့်ဝတ် ပညာရှင် (Ethicists)တွေ၊ အစိုးရအကြံပေးအဖွဲ့အစည်းတွေ အပြင်၊ နိုင်ငံတော်တော်များများမှာ ဥပဒေ၊ စည်းမျဉ်း၊ မူဝါဒတွေချမှတ်ပြီး ဆောင်ရွက်နေကြတာဖြစ်ပါတယ်။



- ပဋိသန္ဓေတားဆီးမှုပြဿနာများ (Contraception)**။ နိုင်ငံတကာမှာ ကိုယ်ဝန်ဆောင်နိုင်စွမ်းရည် ဆိုတာကို အမျိုးသမီးတွေရဲ့ ကိုယ်တိုင်ထိန်းသိမ်းခွင့်ရှိတဲ့ အခွင့်အရေးတစ်ရပ်အဖြစ် အသိအမှတ် ပြုလာနေပါတယ်။ မလိုလားတဲ့ကိုယ်ဝန်တွေ မပေါ်ပေါက်လာရအောင် ကာကွယ်ပေးတဲ့နေရာမှာ အထူးသဖြင့် ဥပဒေအရ အရွယ်မရောက်သေးသူ(minors)တွေက ကိုယ်ဝန်တားပေးဖို့ တောင်းဆိုတဲ့ အခါမျိုးမှာနဲ့ ကိုယ်ဝန်တားနည်းအသွယ်သွယ်ရဲ့ အန္တရာယ်ရှိနိုင်ချေတွေကို ရှင်းပြပေးရတဲ့ အခါမျိုးတွေမှာ ဆရာဝန်တွေအဖို့ ခက်ခဲတဲ့ ကျင့်ဝတ်ပြဿနာတွေနဲ့ ရင်ဆိုင်လာရပါတော့တယ်။
- အထောက်အကူပြု မျိုးပွားခြင်းဆိုင်ရာပြဿနာများ (Assisted Reproduction)** သဘာဝ နည်းနဲ့ပဋိသန္ဓေမတည်နိုင်တဲ့စုံတွဲတွေနဲ့ လူပုဂ္ဂိုလ်တွေမှာ မျိုးပွားမှုအထောက်အကူပြုနည်းလမ်း တွေကို အသုံးပြုလာကြရပါတယ်။ သုတ်ပိုးသွင်းပေးခြင်း(Artificial insemination)၊ ဓာတ်ခွဲခန်း တွင် သန္ဓေအောင်စေခြင်း(In-vitro fertilization)၊ သန္ဓေသားလွှဲပြောင်းရယူခြင်း (Embryo transfer) စတာတွေကို ဆေးကုဌာနကြီးတွေမှာ ပြုလုပ်ပေးလာနေကြပါတယ်။ ကိုယ်စား ကိုယ်ဝန် ဆောင်ပေးခြင်း(Surrogate or substitute gestation)ဆိုတာဟာလည်း နည်းပညာသစ်တစ်ခု ဖြစ်ပါတယ်။ ဒီနည်းပညာတွေအကုန်လုံးနီးပါးဟာ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာနဲ့မူဝါဒရေးရာတွေမှာ ပြဿနာ ပေါ်ပေါက်လာလေ့ မရှိပါဘူး။ သုတ်ပိုးလျှို့ဝှက်တဲ့သူ၊ ဒါမှမဟုတ် သန္ဓေသားလျှို့ဝှက်တဲ့သူဟာ အိမ်ထောင်ဖက်မဟုတ်ခဲ့ရင် ခွဲခြားသိသာနိုင်တဲ့ အချက်အလက်မှန်သမျှကို လျှို့ဝှက် လက်ခံသူ နှစ်ဦးနှစ်ဖက်စလုံးကို အသိမပေးဘဲ ဆရာဝန်ကသာလျှင် ရာသက်ပန် ထိန်းသိမ်းထားရမှာ ဖြစ်ပါ တယ်။
- ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ်မျိုးရိုးစိစစ်ဆေးခြင်း (Prenatal Genetic Screening)** မျိုးရိုးဗီဇဆိုင်ရာ ချို့ယွင်းချက်နဲ့ ကျား၊ မ ခွဲခြားသိရှိနိုင်ဖို့ သန္ဓေသားကို မျိုးရိုးဗီဇစစ်ဆေးတာတွေ ပြုလုပ်လာ ကြပါတယ်။ တွေ့ရှိချက်ပေါ်မူတည်ပြီး ကိုယ်ဝန်ဆက်လက်တည်ရှိသင့် မတည်ရှိသင့် ဆုံးဖြတ်ကြရ ပါတယ်။ ဒီလိုစစ်ဆေးချက်တွေကို ဘယ်လိုအခြေအနေမှာ ပြုလုပ်မလဲဆိုတာတွေနဲ့ လူနာကို ဘယ်လို ရှင်းပြမလဲဆိုတာတွေဟာ ဆရာဝန်ဘက်က စဉ်းစားထားရမယ့်အရာတွေ ဖြစ်လာရပါတယ်။
- ကိုယ်ဝန်ပျက်ခြင်း (Abortion)** ကျင့်ဝတ်ရေးရာမှာ ကိုယ်ဝန်ပျက်ခြင်းနဲ့ပတ်သက်လို့ ဆရာဝန် တွေအတွက်ရော၊ အာဏာပိုင်တွေအတွက်ပါ၊ အမြင်မတူတဲ့ ပြဿနာအတက်ဆုံးအရာလို့ ဆိုကြ ပါတယ်။ WMA ရဲ့ ကိုယ်ဝန်ပျက်ကုထုံး အဆိုပြုချက် Statement on Therapeutic Abortion မှာ အမြင်မတူတဲ့ပြဿနာ၊ ခံယူချက်ကွဲပြားတဲ့ပြဿနာအဖြစ် အသိအမှတ်ပြုထားပြီး ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး ချင်းစီရဲ့ ခံယူချက်ကို အလေးထားလေးစားသင့်တဲ့ကိစ္စတစ်ရပ် (This is a matter of individual conviction and conscience which must be respected . . .)အဖြစ် နိဂုံးချုပ်ပေးထားတာကို တွေ့ရှိရပါတယ်။

- **ဆက်လက်ရှင်သန်ဖို့ မျှော်လင့်ချက် နည်းပါးသောမွေးကင်းစကလေး (Extremely Compromised Neonates)** မွေးကင်းစကလေးငယ်ဟာ လမစေ့ဘဲမွေးဖွားလာပြီး ပုံမှန်ဖွံ့ဖြိုးမှု မရှိသလောက်နည်းပါးနေရင် ဒါမှမဟုတ် မွေးရာပါ ချို့ယွင်းချက်တွေပါရှိနေရင် ဆက်လက်ရှင်သန်ဖို့ မျှော်လင့်ချက်နည်းလွန်းနေတတ်ပါတယ်။ သူတို့ကို ဆက်လက်ရှင်သန်ဖို့ကြိုးစားရမလား၊ သူ့အလိုလို သေဆုံးသွားအောင် ခွင့်ပြုလိုက်မလားဆိုတာဟာ ဆုံးဖြတ်ရခက်လှပါတယ်။
- **သုတေသနဆိုင်ရာပြဿနာများ (Research issues)** လူသားမျိုးပွားဖို့မဟုတ်ဘဲ သန္ဓေသားအသစ်တွေကို ဖန်တီးရယူပြီး အပိုထွက်လာတဲ့ သန္ဓေသားတွေကနေ ပင်မဆဲလ်ကလပ်စည်း (Stem cells)တွေ ထုတ်လုပ်ယူကြတာတွေ၊ ဒီဆဲလ်တွေကိုပဲ ဆေးကုသရေးမှာ အသုံးပြုကြတာတွေ၊ မျိုးပွားအကူနည်းလမ်းအသစ်တွေ ဖန်တီးနေကြတာတွေနဲ့ လူသား သားလောင်းအပေါ်မှာ သုတေသနပြုတာတွေ ပါဝင်ပါတယ်။

ဘဝနိဂုံးပြဿနာများ (End-of-life issues)

ဘဝနိဂုံးပြဿနာတွေမှာ သေခါနီး လူနာတွေကို ဆက်လက်ရှင်သန်စေဖို့ အဆင့်မြင့် နည်းပညာတွေ အသုံးပြုပြီး အသက်ဆွဲဆန့်ထားရတာမျိုးတွေ၊ ဥပမာ တိရစ္ဆာန်တွေရဲ့ကိုယ်တွင်း အင်္ဂါတွေနဲ့ အစားထိုးကုသပေးတာတွေ၊ သေအံ့မူးမူး ဖြစ်နေတဲ့လူနာတွေကို ဆက်လက်မရှင်သန်စေတော့ဘဲ ဘဝအဆုံးသတ် ပေးလိုက်တာ (Euthanasia)နဲ့ ကိုယ့်ကိုယ်ကိုသတ်သေတာကို ဆေးပညာနဲ့ အကူအညီပေးတာ(Assisted suicide)တွေ ပါဝင်ပါတယ်။ ဒီအစွန်းနှစ်ဖက်ကြားမှာ ပြဿနာတွေ အများကြီးရှိနေပါသေးတယ်။ အသက်ဆက်လက်ရှင်သန်ပေးနေမယ့် ကုသချက် (Life-extending treatment)တွေကို စတင်လိုက်တာ၊ ရပ်ဆိုင်းပစ်လိုက်တာ၊ ဘုံးဘုံးလဲပြီး ထွက်သက်စောင့်စားနေရတဲ့ လူနာကို စောင့်ရှောက်မှုပေးတာ(Care of terminally ill patients)နဲ့ လူနာကြိုတင် ဆန္ဒပေးထားတဲ့အတိုင်း လုပ်ဆောင်ပေးရတာ(Use of advance directives)တွေ ပါဝင်ပါတယ်။ ယူသာနေးဇီးယားနဲ့ သေကြောင်းကြံစည်မှုကို ကူညီခြင်းနှစ်ခုစလုံးဟာ ထူးခြားတဲ့ ကျင့်ဝတ်ပြဿနာတွေ ဖြစ်လာတတ်ပါတယ်။



- **ယူသာနေဇီးယား (Euthanasia)** လူတစ်ယောက်၏ အသက်ရှင်နေမှုကို အဆုံးသတ်သွားစေရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ပြုလုပ်မှုတစ်ခုခုကို စိတ်ရောကိုယ်ပါ ပြုလုပ်ခြင်းလို့ အဓိပ္ပာယ်ရပါတယ်။ (Euthanasia means knowingly and intentionally performing an act that is clearly intended to end another person's life)။ ဝရိဘာသာစကား Eu = goodly နှင့် thanatos =dead စကားလုံးနှစ်ခုကို ပေါင်းစပ်ထားတာ ဖြစ်ပါတယ်။ အောက်ပါအချက်များဖြင့်ပြည့်စုံပါမှ ယူသာနေဇီးယားလို့ သတ်မှတ်နိုင်ပါတယ်။
ယူသာနေဇီးယား ပြုလုပ်ခံယူမည့်သူသည် စိတ်မှန်ကန်မှု (competent)ရှိနေပြီး၊ ကုသ၍ မရသောရောဂါဝေဒနာတစ်ခုခုကို ခံစားနေရမည့်အပြင် မိမိ၏အသက်ရှင်နေမှုကို အဆုံးသတ်ပေးစေလိုကြောင်း ကိုယ်တိုင်တောင်းဆိုရမည်။ ပြုလုပ်ပေးမည့်သူက အပြုခံမည့်သူ၏ သေစေလိုသောဆန္ဒနှင့် အခြေအနေမှန်ကိုသိရှိထားပြီး ထိုသူ၏အသက်ရှင်နေမှုကို အဆုံးသတ်စေလိုသော ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့်သာ ပြုလုပ်ပေးရမည်။ ပြုလုပ်မှုကို ကိုယ်ချင်းစာကရုဏာတရားထား၍ ကိုယ်ကျိုးအမြတ် လုံးဝမပါအောင် ဆောင်ရွက်ရမည်။

- **ကိုယ့်ကိုယ်ကို သေကြောင်းကြံစည်မှုကို ကူညီခြင်း (Assisted suicide)**
လူတစ်ယောက် မိမိကိုယ်ကိုယ်သတ်သေနိုင်စေရန် အသိပညာကိုဖြစ်စေ နည်းလမ်းကိုဖြစ်စေ နှစ်မျိုးစလုံးကိုဖြစ်စေ စိတ်ရောကိုယ်ပါပေးအပ်ခြင်း (knowingly and intentionally providing a person with the knowledge or means or both required to commit suicide)လို့ အဓိပ္ပာယ်ရပါတယ်။ သေစေနိုင်တတ်တဲ့ဆေးဝါး သုံးစွဲပုံ ပြသပေးခြင်း၊ ဆေးညွှန်းပေးခြင်းနဲ့ ကိုယ်တိုင်ပေးခြင်းတွေ ပါဝင်ပါတယ်။

ယူသာနေဇီးယားနဲ့ သေကြောင်းကြံစည်မှုနှစ်ခုစလုံးဟာ လုပ်နည်းလုပ်ဟန်တွေ ကွဲပြားပေမယ့် စိတ်နေစိတ်ထားအပြုအမူကတော့ အတူတူပဲဖြစ်ပါတယ်။ ဥပဒေဆိုင်ရာ ပြဋ္ဌာန်းချက်တွေကွဲပြားနိုင်ပါတယ်။

အသက်ရှင်မှု တိုတောင်းသွားအောင်ပြုလုပ်နိုင်တဲ့ ကုသချက်အချို့နဲ့ ခွဲခြားသိဖို့လိုအပ်ပါတယ်။ မလိုလားအပ်တဲ့ကုသချက်(inappropriate treatment)၊ အကျိုးမဖြစ် အလဟဿကုသချက် (futile or unwanted medical treatment)၊ ဝေဒနာသက်သာအောင်ကုသချက် (compassionate palliative care) စတာတွေကို ရုပ်ဆိုင်ပစ်လိုက်တာ(withdrawal)၊ ခေတ္တရပ်နား(withholding) ထားလိုက်ရတာတွေကြောင့်လည်း အသက်ရှင်နေမှုကို တိုတောင်းသွားရတာမျိုးတွေ ရှိတတ်ပါတယ်။

မြန်မြန်အသက်ထွက်သွားအောင် ပြုလုပ်ပေးဖို့ တောင်းဆိုနေကြရတာဟာ လူနာကိုယ်တိုင် နာကျင်မှုတွေ၊ ဝေဒနာတွေကို သည်းမခံနိုင်တော့လို့ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆက်လက်ရှင်သန်နေရမှာထက် သေသွားတာကို ပိုမိုခံယူလိုကြပါတယ်။ လူနာအများစုက သူတို့မှာသေပိုင်ခွင့် (Right to die)အခွင့်အရေးရှိတယ်လို့ မှတ်ယူကြပါတယ်။ သေဖို့ရွေးချယ်လိုက်ရင်တောင် သေတာကိုအကူအညီရယူပိုင်ခွင့် (Right to assistance in

dying) ရှိတယ်လို့လည်း မှတ်ယူထားကြပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေအိမှာ မနာမကျင် ညင်ညင်သာသာနဲ့ အသက် ထွက်စေနိုင်တဲ့ ဆေးဝါးတွေ၊ အသိဉာဏ်တွေ၊ အကောင်းဆုံးပစ္စည်းကိရိယာတွေ ရှိနေတယ်လို့ မှတ်ယူထားကြ ပါတယ်။

ဆရာဝန်တွေဘက်မှာတော့ ဒီလိုအပြုအမူတွေလုပ်ပေးဖို့ ဝန်လေးနေတတ်ကြပြီး နိုင်ငံတော်တော် များများရဲ့ တရားဥပဒေတွေက တားမြစ်ထားတတ်ကြပါတယ်။ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်တွေ၊ လမ်းညွှန်ချက်တွေက လည်း ခွင့်မပြုတတ်ကြပါဘူး။ ဟစ်ပိုကရေးတီးစ်သစ္စာမှာလည်း တားမြစ်ထားပြီး WMA ရဲ့ ယူသာနေးဇီးယား ကြေငြာချက် (Declaration on Euthanasia) ကလည်း အောက်ပါအတိုင်း ပြဆိုထားပါတယ်။

“လူနာ၏တောင်းဆိုချက်ကြောင့်ဖြစ်စေ၊ ဆွေမျိုးများမှ တောင်းဆို သည်ဖြစ်စေ ထိုလူနာ၏အသက်ရှင်နေမှုကို တမင်သက်သက်ရပ်ဆိုင်းသွား အောင်-ယူသာနေးဇီးယား-ပြုလုပ်ခြင်းသည် ဆေးပညာကျင့်ဝတ်အရ လျော်ကန်သင့်မြတ်ခြင်းမရှိ။ ထိုသို့ပြုမူခြင်းဖြင့် မလွန်ဆန်နိုင်သော မရုဏ တရားအား လေးစားဦးညွတ်နေရခြင်းကို မတားဆီးနိုင်။”



ယူသာနေးဇီးယားနဲ့သေကြောင်းကြံစည်မှုတွေကို မကူညီဘဲ ငြင်း ပယ်လိုက်တာဟာ ကုသလို့မရနိုင်တဲ့ နောက်ဆုံးအဆင့်အခြေအနေတွေမှာ ဆရာဝန်တွေဘက်က ဘာမှပြု လုပ်ပေးဖို့မလိုဘူးလို့ ဆိုလိုတာမဟုတ်ပါဘူး။ ယနေ့ကာလမှာ ညင်သာစေတဲ့ကုသချက်တွေ (Palliative care treatments) ဟာ အဆင့်မြင့်လာနေပြီး နာကျင်မှုတွေသက်သာစေတာ ဝေဒနာတွေ မေ့ပျောက်စေတာ ဘဝအရည်အသွေးတိုးတက်စေတာ (improving quality of life)တွေကို ပေးနိုင်စွမ်းနေပါပြီ။ အသက်အရွယ် မရွေး- ကင်ဆာရောဂါသည် ကလေးငယ်လေးတွေအစ ဇရာနိဂုံးချဉ်းကပ်နေတဲ့ လူကြီးတွေအထိ ဒီကုသချက် တွေကို ပေးလို့ရပါတယ်။ မခံမရပ်နိုင် ကိုက်ခဲနာကျင်တာတွေကို သက်သာအောင်ပေးလို့ရပါတယ်။ သေခါနီး လူနာတွေကို ကုသမှုပေးနေတဲ့ ဘယ်ဆရာဝန်မဆို သုံးစွဲတတ်အောင် လေ့ကျင့်ထားဖို့လိုပါတယ်။ ညင်သာ ကုထုံးစပါယ်ရှယ်လစ် (Palliative care specialists)တွေနဲ့လည်း ချိတ်ဆက်ထားလို့ရပါတယ်။ နောက်ဆုံး အနေနဲ့ **ဆရာဝန်တွေဟာ သေခါနီးလူနာတွေကို စွန့်ပယ်ပစ်ခွာသွားလို့ မရပါဘူး။ ပျောက်ကင်း နာလန်ထူ မလာတော့ မှာ သေချာနေပေမယ့် ကြင်နာတဲ့ကုသမှုမျိုးကို ပေးနေကြဖို့လိုအပ်ပါတယ်။ Physicians should not abandon dying patients but should continue to provide compassionate care even when cure is no longer available.**

သေခါနီးလူနာကိုချဉ်းကပ်ရာမှာ လူနာ၊ ကိုယ်စားဆုံးဖြတ်ပေးရသူနဲ့ ဆရာဝန်တွေအတွက် စိန်ခေါ် မှုတွေ ရှိလာရပါတယ်။ ဘဝတစ်ကွေ့ကိုဆွဲဆန်ရာမှာ ဆေးဝါးတွေ၊ အသက်ရှူဖို့၊ နှလုံးခုန်ဖို့ ထိုးသွင်းချိတ် ဆက်ပေးထားရတဲ့ ပိုက်တန်းလန်းနဲ့ကိရိယာ (Resussitative interventions)တွေ၊ ဓာတ်မှန်ဆိုင်ရာ လုပ် ဆောင်ချက် (Radiological procedures)တွေ၊ အသည်းအသန်ကြပ်မတ်ကုသမှု (Intensive care)တွေ

ကို ဘယ်လိုအချိန်မှာ စတင်မလဲဆိုတာနဲ့ ဘယ်လိုအခြေအနေမှာ ရပ်ဆိုင်းရမလဲဆိုတာတွေကို ဆုံးဖြတ်ပေးဖို့ လိုလာပြန်ပါတယ်။

အထက်မှာဆွေးနွေးပေးခဲ့သလို လူနာဆရာဝန်ဆက်သွယ်ရေးနဲ့ သဘောတူညီချက်ရယူရေး ခေါင်းစဉ်တွေမှာ သိနားလည်မှုရှိနေတဲ့ လူနာတစ်ဦးဟာ ဘယ်ကုသမှုမျိုးကိုမဆို ငြင်းဆိုပိုင်ခွင့်ရှိပြီး ငြင်းဆိုချက်ကြောင့် လူနာသေဆုံးသွားနိုင်တယ်ဆိုရင်တောင်မှ ဆရာဝန်အနေနဲ့ လေးစားနားလည်မှု ပေးနိုင်ရပါမယ်။ သေခြင်းတရားကို ခံယူပုံဟာ တစ်ဦးနဲ့တစ်ဦး မတူညီနိုင်ပါဘူး။ အသက်ရှင်နေရဖို့ဆိုရင် ဘယ်လောက်ပဲ နာနာ၊ ဘယ်လိုပဲခံစားရခံစားရ ဘာပဲလုပ်ရလုပ်ရ လုပ်ချင်တတ်ကြပါတယ်။ တချို့လူတွေကျတော့ သေခြင်းတရားကို ရင်ဆိုင်ဖို့ပြင်ဆင်ထားကြပြီး အဆုတ်ရောင်လို့ ပဋိဇီဝဆေးတိုက်ကျွေးရတဲ့ သာမန်ကုသမှုမျိုးကိုတောင် ငြင်းဆိုတာမျိုးတွေ ရှိတတ်ကြပါတယ်။ ရောဂါအတွက် ကုထုံးပုံစံအမျိုးမျိုး၊ ကုသချက်တွေရဲ့ အောင်မြင်မှုအဖုံဖုံ စတာတွေကို ဆရာဝန်က လူနာကို ရှင်းပြပြီးပြီဆိုရင်တော့ လူနာကိုယ်တိုင် ဆုံးဖြတ်လိုက်တဲ့ ကုသမှုခံယူတာပဲဖြစ်ဖြစ် ငြင်းပယ်တာပဲဖြစ်ဖြစ် နှစ်ခုစလုံးကို လေးစားလိုက်နာပေးရတော့မှာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။

ကိုယ်စားဆုံးဖြတ်ပေးနေရသူတွေအတွက် ဘဝနိဂုံးဆုံးဖြတ်ချက်တွေဟာ ပိုမိုခက်ခဲနေလေ့ရှိပါတယ်။ ကြိုတင်ဆန္ဒပြုလွှာ (Advance directive)ထဲမှာ လူနာကသူ့ဆန္ဒကို ပြတ်ပြတ်သားသား ရေးသားဖော်ထုတ်ထားခဲ့တယ်ဆိုရင် ရေးသားချက်တွေက ယောင်ယောင်ဝါးဝါးဖြစ်နေဦးတော့ လက်ရှိအခြေအနေနဲ့ ကိုက်ညီရအောင် အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုပေးနေရတယ်ဆိုဦးတော့ ဆုံးဖြတ်ရတာ လွယ်ကူနေပါသေးတယ်။ လူနာကိုယ်တိုင်က ဆန္ဒကို ပြတ်ပြတ်သားသား ဖော်မထုတ်ခဲ့တဲ့အခါမျိုးမှာတော့ လူနာအတွက် အကောင်းဆုံး အကျိုးစီးပွား (the best interests of the patient)ဖြစ်အောင် မျှော်ကိုးပြီး ကိုယ်စားဆုံးဖြတ်ပေးရမယ့်သူက ဆုံးဖြတ်ပေးရတော့မှာပဲ ဖြစ်ပါတော့တယ်။



နမူနာပြဿနာကိုပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း

လူနာဆရာဝန်ဆက်ဆံရေးတွေကို လေ့လာသုံးသပ်ပြီးသွားပြီဖြစ်လို့ ပြဿနာ နမူနာမှာပါတဲ့ ဇာတ်ကောင် ဒေါက်တာမောင်ဖေရဲ့အပြုအမူကို သုံးသပ်မယ်ဆိုရင် . . . အောက်ပါအချက်တွေ လိုအပ်နေတာကို တွေ့ရမှာဖြစ်ပါတယ်။

- (၁) လူနာနှင့်ဆက်သွယ်ရေး (Communication)။ လူနာရဲ့အခြေအနေနဲ့ပတ်သက်ပြီး လူနာကို ဆက်သွယ်စကားပြောဆိုတာ၊ ရောဂါအခြေအနေကိုရှင်းပြတာ၊ ကုသချက်ကိုရှင်းပြတာ၊ ကုန်ကျစရိတ် ရှင်းပြတာတွေကို မပြုလုပ်ခဲ့ပါဘူး။
- (၂) လူနာသဘောတူညီမှုရယူခြင်း (Consent)။ လူနာဆီက ဖွင့်ဆိုရှင်းပြ သဘောတူညီချက် (Informed consent) လုံးဝ မတောင်းယူခဲ့ပါဘူး။
- (၃) စာနာခြင်းကရုဏာ (Compassion)။ လူနာကိုဆက်ဆံတဲ့နေရာမှာ စာနာထောက်ထားမှု မပြသခဲ့ပါဘူး။ ချက်ချင်းခွဲစိတ်ကုသပေးလိုက်တာဟာ ကျွမ်းကျင်နိုင်နင်းမှု (Competency) ကို ပြသခဲ့ပေမယ့် တာဝန်ပြီးဆုံးခါနီး လူနာတွေများစွာကြည့်ရှုခဲ့ပြီးလို့ ပင်ပန်းနွမ်းနယ်နေပုံ ရပါတယ်။ အလုပ်များတာ၊ ပင်ပန်းတာကိုအကြောင်းပြပြီး ဆေးပညာကျင့်ဝတ်မှာ ချွင်းချက် တောင်းခံလို့မရပါဘူး။



တစ်ဖက် ကျန်ကျန်ဆက်ဆံရေး (Physician-Society Relationship)

- ရည်ရွယ်ချက်။** ဤအခန်းကိုလေ့လာပြီးစီးပါက သင်သည် . . .
- ဆရာဝန်များ၏ လူနာအပေါ်တွင် ထားရှိရသောတာဝန်နှင့် လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းအပေါ်တွင် ထားရှိရသောတာဝန်များ တစ်ခုနှင့်တစ်ခု ပဋိပက္ခဖြစ်နေရပုံများနှင့် ထိုသို့ဖြစ်နေရသည့် အကြောင်းရင်းများကို သိရှိလာလိမ့်မည်။
 - ရှားပါးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရင်းအမြစ်များအား စီမံသုံးစွဲခြင်း (Allocating scarce medical resources)နှင့် ပတ်သက်သည့် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ပြဿနာများကို သိမြင်လာမည်။
 - လူထုကျန်းမာရေးနှင့် ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာကျန်းမာရေး (Public and global health)အတွက် ဆရာဝန်များ ထမ်းဆောင်နေရသည့် တာဝန်များကို သိလာစေမည်။



နမူနာပြဿနာ-၂။

လူနာတော်တော်များများဟာ ခံစားနေရတဲ့ရောဂါဝေဒနာတစ်ခုတည်းကိုပဲ တခြားဆရာဝန်တွေဆီမှာ ပြသလာပြီးကာမှ သူ့ဆီမှာ ထပ်မံလာရောက်ပြသနေကြတဲ့အတွက် ဒေါက်တာလွင်မေဦးတစ်ယောက် တော်တော်ကို စိတ်ပျက်နေမိပါတယ်။ သူ့ဆီမှာပြသလို့ပြီးသွားရင်လည်း ဒီဝေဒနာကိုပဲ တခြားဆရာဝန်တွေဆီမှာ ထပ်မံသွားရောက်ပြသတာမျိုးကိုလည်း ကြုံတွေ့နေရပါတယ်။ လူနာတွေအနေနဲ့ ဒီလိုလုပ်နေကြတာဟာ ကျန်းမာရေးအရင်းအမြစ်တွေကို ဖြုန်းတီးပစ်ရာရောက်နေတဲ့အပြင် လူနာကျန်းမာရေးအတွက်လည်း အကျိုးမရှိတဲ့ဖြစ်ရပ်လို့ သူ့ကိုယ်တိုင်ယုံကြည်မိပါတယ်။ ရောဂါဝေဒနာတစ်ခုတည်းကိုပဲ ဟိုပြဒီပြဆက်လက်

ပြုလုပ်နေတဲ့လူနာမျိုး ရောက်ရှိလာရင် သူ့ဆီမှာ ကုသမှုပေးနိုင်တော့ဘူးလို့ ပြောပြဖို့ ဆုံးဖြတ်လိုက်ရပါတယ်တဲ့။ ဒီလိုပုံစံမျိုးနဲ့ ကျန်းမာရေးအရင်းအမြစ်တွေ အလွဲသုံးစားပြုနေကြတာတွေကို ကာကွယ်တားဆီးနိုင်ဖို့ နိုင်ငံရဲ့ဆေးကောင်စီကိုချဉ်းကပ်ပြီး အစိုးရအပိုင်းကိုအကြံပေးဖို့ သူ့ခမျာကြံရွယ်ထားပါတယ်။

ဆရာဝန်နဲ့လူမှုအသိုင်းအဝန်းဆက်ဆံရေးက ဘာတွေများထူးခြားနေပါသလဲ

ဆေးပညာဆိုတာ အတတ်ပညာအသုံးချရတဲ့အသက်မွေးဝမ်းမှု (Profession)ဖြစ်ပါတယ်။ Profession လို့ဆိုလိုက်တဲ့အခါမှာ ထူးခြားတဲ့ကဏ္ဍနှစ်ခုရှိနေပါတယ်။ တစ်ပိုင်းက သူများတကာကောင်းကျိုး (well-being)ကို စိတ်ထားကောင်းကောင်း၊ ပြည့်ဝတဲ့ကျွမ်းကျင်မှုနဲ့ လွတ်လွတ်လပ်လပ်လုပ်ဆောင်ပေးတဲ့လုပ်ငန်းကိုခေါ်ဆိုပြီး နောက်တစ်ပိုင်းက ဒီလုပ်ငန်းကို လုပ်ဆောင်ပေးနေတဲ့ ပညာရှင်တွေကို ခြုံငုံပြီး profession လို့ ခေါ်ဆိုတာဖြစ်ပါတယ်။ Medical profession လို့ဆိုရင်တော့ ဆရာဝန်တွေကို ခြုံငုံပြီးခေါ်ဆိုတာဖြစ်သလို ဆေးကုသရေးလုပ်ငန်းကိုလည်း ခေါ်ဆိုတာဖြစ်ပါတယ်။

Medical professionalism ဟာ ဆရာဝန်နဲ့လူနာဆက်ဆံရေးသာမက ဆရာဝန်အချင်းချင်း ဆက်ဆံရေး ဆရာဝန်နဲ့တခြားကျန်းမာရေးလောကသားတွေ ဆက်ဆံရေးတွေအပြင် ဆရာဝန်နဲ့ လူမှုအသိုင်းအဝိုင်း ဆက်ဆံရေးတွေပါ ပါဝင်လာရပါတော့တယ်။ လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းနဲ့ ဆရာဝန်အကြားမှာ လူမှုရေးကတိကဝတ်ပြုမှု (Social contract) တွေ ရှိနေပါတယ်။ လူမှုအဖွဲ့အစည်းက ဆရာဝန်တွေကို လူမှုတာဝန်တွေ အပ်နှင်းထားတာဖြစ်ပြီး ဆရာဝန်တွေဘက်က ဒီတာဝန်တွေကို လူမှုအကျိုးအတွက် ပထမဦးစားပေး လုပ်ဆောင်ဖို့နဲ့ ကိုယ်ကျိုးစီးပွားအတွက် ဒုတိယထားလုပ်ဆောင်ဖို့ သဘောတူထားလိုက်ကြတာဖြစ်ပါတယ်။

ယနေ့ကာလဆေးပညာဟာ အရင်ခေတ်ကလို တစ်ကိုယ်ကောင်း လုပ်ဆောင်နေလို့မရတော့ပါဘူး။ လူမှုအသိုက်အအုံတွေ ပိုမိုပါဝင်လာနေပြီဖြစ်ပါတယ်။ အစိုးရ၊ အသင်းအဖွဲ့အစည်း၊ စီးပွားရေးအဖွဲ့အစည်း၊ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအဖွဲ့အစည်းတွေ ပါဝင်ပတ်သက်လာနေပါတယ်။ ဆေးကုသမှုတိုးတက်စေရေးအတွက် လူထုသုတေသန၊ အဖွဲ့အစည်းသုတေသနတွေအပြင် နည်းပညာနဲ့ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပစ္စည်းထုတ်လုပ်မှုတွေအပေါ်မှာ အားကိုးအားထားပြုလာနေရပါတယ်။ ရောဂါရှာဖွေကုသရေး နည်းပညာအသစ်အဆန်းတွေသုံးစွဲဖို့ အဆင့်မြင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးတဲ့ နေရာဌာနတွေ လိုအပ်လာပါတယ်။ ကိုယ်ခန္ဓာကျန်းမာရေးသာမကတော့ပါဘူး လူမှုရေးနဲ့ဆက်နွှယ်တဲ့ရောဂါဘယတွေကို ကုသမှုပေးလာနေကြရပါတယ်။

တစ်ပိုက်ရေးတီးစ် ရိုးရာသမားကျင့်ဝတ်မှာ လူမှုအသိုင်းအဝန်းဆက်ဆံရေးနဲ့ပတ်သက်ပြီး ဖော်ပြထားတာ မရှိပါဘူး။ ယနေ့သမားကျင့်ဝတ်က ဒါတွေကိုဖြည့်ဆည်းဖို့အတွက် ဆရာဝန်တစ်ဦးချင်းစီရဲ့ လူနာဆရာဝန် ဆက်ဆံရေးကိစ္စတွေကိုကျော်လွန်ပြီး စည်းဘောင်သတ်မှတ်ပေးရတာ၊ နည်းလမ်းရှာဖွေပေးရတာတွေ ပါဝင်လာနေပါပြီ။

ဆေးပညာရဲ့လူမှုစရိုက်လက္ခဏာ (Social character)တွေကို မေးခွန်းထုတ်လာရပါတော့တယ်။ လူမှုအဖွဲ့အစည်းဆိုတာဘာလဲ (What is society?)။ ဒီစာအုပ်မှာဖော်ပြမယ့် Society ဆိုတာကတော့ လူအုပ်စုတစ်စု (Community)နဲ့ နိုင်ငံတစ်နိုင်ငံ (Nation)ကို ရည်ညွှန်းပါတယ်။ အစိုးရဆိုတဲ့စကားရပ်နဲ့ အဓိပ္ပာယ်မတူပါဘူး။ အစိုးရဆိုတာက Society ရဲ့အကျိုးစီးပွားကို(အမြဲတမ်းမဟုတ်တောင်) ဆောင်ရွက် နေရတာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆောင်ရွက်တဲ့အခါမှာလည်း အုပ်စုအတွက် Acting for society သာလျှင် ဖြစ်ပြီး၊ အုပ်စုအနေနဲ့ ဆောင်ရွက်ရတာ Not as society မဟုတ်ပါဘူး။

ဆရာဝန်တွေဟာ လူမှုအဖွဲ့အစည်းနဲ့ အတူတကွ လုပ်ကိုင်ဆောင်ရွက်နေကြသူများ ဖြစ်ကြပါတယ်။ လူနာတွေရဲ့ကျန်းမာရေးဟာ လူမှုပတ်ဝန်းကျင်နဲ့ဆက်စပ်နေပါတယ်။ ပြည်သူလူထုကျန်းမာရေး၊ ပညာ ပေးအစီအစဉ်၊ ပတ်ဝန်းကျင်ထိန်းသိမ်းရေး၊ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာနည်းဥပဒေတွေနဲ့၊ တရားရုံးမှာထွက်ဆို ပေးရမှုစတာတွေဟာ ဆေးလောကသားအားလုံးနဲ့ ဆရာဝန်တစ်ဦးချင်းစီရဲ့ ထူးခြားတဲ့စွမ်းဆောင်နိုင်စွမ်း အားတွေ ဖြစ်နေလေ့ရှိပါတယ်။ WMA ရဲ့ Declaration on the Rights of the Patient မှာ ဖော်ပြ ထားပြန်တာကတော့ “တရားဥပဒေအရဖြစ်စေ၊ အစိုးရ သို့မဟုတ် အာဏာပိုင်အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် ဌာနတစ်ခုခုဖြစ်စေ လူနာရဲ့အခွင့်အရေးတွေကို ငြင်းဆန်လာခဲ့ရင် ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ လူနာရဲ့အခွင့် အရေး အပြည့်အဝရရှိစေရန် လိုအပ်သောဆောင်ရွက်ချက်များကို လုပ်ဆောင်ပေးရမည်။ *Whenever legislation, government action or any other administration or institution denies patients rights, physicians should pursue appropriate means to assure or to restore them*” လို့ပါရှိနေပါတယ်။

လူမှုအဖွဲ့အစည်းရဲ့ ရှားပါးတဲ့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အရင်းအမြစ်တွေကို စီမံခန့်ခွဲ (allocating scarce health care resources)နိုင်ဖို့ရာ ဆရာဝန်တွေကို ခေါ်ယူတိုင်ပင်ရလေ့ရှိပါတယ်။ ဒီအချိန်မှာ အမှန်တကယ် မလိုအပ်တဲ့လူနာတွေဆီကို ရှားပါးတဲ့အရင်းအမြစ်တွေ ရောက်ရှိမသွားရလေအောင် ဆရာဝန် တွေက ကာကွယ်ပေးကြရတတ်ပါတယ်။ ဒီတာဝန်ကိုထမ်းဆောင်ရင်း လူမှုအဖွဲ့အစည်းရဲ့အကျိုးစီးပွားနဲ့ လူနာတစ်ဦးချင်းစီရဲ့ အကျိုးစီးပွားအကြားမှာ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ပဋိပက္ခတွေ ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်ပါတယ်။

နှစ်ခွဲသစ္စာထားရှိခြင်း (Dual Loyalty)

လူနာပေါ်မှာရော တတိယကြားခံတစ်စုံတစ်ယောက်အတွက်ပါ တစ်ချိန်တည်းမှာ တာဝန်ယူ လုပ်ဆောင်နေရတဲ့အခါမျိုးမှာ တစ်ဖက်နဲ့တစ်ဖက် အခြေအနေထပ်တူဖြစ်မလာရင် ဆရာဝန်အနေနဲ့ နှစ်ဖက်စလုံးက ယုံကြည်အားထားလာရအောင် လုပ်ဆောင်ရတဲ့အနေအထားမျိုးတွေ ရှိလာတတ်ပါတယ်။ ကြားခံဆိုတာကတော့ ဆေးရုံတွေ၊ လူအိုရုံတွေ၊ အထက်အရာရှိတွေ၊ အလုပ်ရှင်တွေ၊ ကျန်းမာရေး အာမခံ ကုမ္ပဏီတွေ၊ စစ်တပ်အရာရှိ၊ ရဲအရာရှိ၊ အကျဉ်းထောင် အာဏာပိုင်တွေနဲ့ လူနာရဲ့မိသားစုဝင်တွေ

ပါဝင်နိုင်ပါတယ်။ WMA ရဲ့ အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာ သမားကျင့်ဝတ် လမ်းညွှန်ချက်မှာ “ဆရာဝန်သည် မိမိ၏လူနာအပေါ်တွင် အပြည့်အဝ သစ္စာစောင့် သိမှု ရှိရမည်။ *A physician shall owe his patients complete loyalty*” လို့ ပါရှိပါတယ်။ ထူးခြားတဲ့ အခြေအနေတချို့မှာ လူနာအကျိုး စီးပွားထက် သာလွန်ပြီး တခြားသူတွေအပေါ်မှာ သစ္စာစောင့်သိပေးရမယ့် အဖြစ်မျိုးတွေ ရှိလာ တတ်ပါတယ်။ တတိယကြားခံအဖွဲ့အစည်းတွေက ဆရာဝန်တွေအပေါ် ဖိအားပေးလာတဲ့အခါမျိုးမှာ တော့ ဘယ်လိုအခြေအနေမျိုးရောက်ရင် ဘယ်ပုံ ဘယ်နည်းနဲ့ ကိုယ့်လူနာကို ကာကွယ်ပေးရမလဲဆိုတာတွေဟာ ကျင့်ဝတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ စိန်ခေါ်မှုတွေ ဖြစ်လာရ ပါတော့တယ်။



နှစ်ခွဲသစ္စာထားရမယ့်အခြေအနေမျိုးဟာ ရောင်စဉ်တန်းတစ်ခုလို အစွန်းတစ်ဖက်မှာ လူမှုအသိုင်းအ ဝိုင်း အကျိုးစီးပွားကိုဦးစားပေးရမှာနဲ့ ကျန်တစ်ဖက်စွန်းမှာလူနာတစ်ဦးချင်းစီရဲ့ အကျိုးစီးပွားကို အဓိက ထားရမှာတွေ ပါဝင်နေပါတယ်။ ရောင်စဉ်တန်းရဲ့အလယ်မှာတော့ စဉ်းစားတွေးတောစရာတွေ အများကြီး ပါဝင်နေတဲ့ မီးခိုးရောင်ဧရိယာတွေ ကျယ်ကျယ်ဝန်းဝန်း လွှမ်းမိုးနေလေ့ရှိပါတယ်။ ရောင်စဉ်ရဲ့တစ်ဖက် စွန်းမှာ သတ်မှတ်ထားတဲ့ ရောဂါဝေဒနာတစ်ခုခုခံစားနေရသူ (ဥပမာ ကားမောင်းရန် မသင့်တဲ့ရောဂါ ဝေဒနာရှိနေသူ၊ ကလေးသူငယ် အလွဲသုံးစားလုပ်မယ့်ရောဂါရှိနေသူ)ကို သက်ဆိုင်ရာကို မဖြစ်မနေ တိုင်ကြား သတင်းပို့ရမယ်လို့ ဖော်ပြထားခဲ့လို့ရှိရင် ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ လူနာကို အသိပေးပြီး တိုင်ကြားရတော့မှာ ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။

ရောင်စဉ်တန်းရဲ့တခြားအစွန်းမှာတော့ လူသားအခြေခံ အခွင့်အရေးချိုးဖောက်မှုတွေဖြစ်တဲ့ နှိပ်စက် ညှဉ်းပန်းမှု (Torture) ကိစ္စတွေမှာ ဆရာဝန်တွေပါဝင်လာစေဖို့ ရဲ့အရာရှိတွေနဲ့ စစ်တပ်အရာရှိတွေရဲ့ တောင်းဆိုမှု ဒါမှမဟုတ် အမိန့်ပေးခိုင်းဆိုမှုတွေပဲဖြစ်ပါတယ်။ ၂၀၀၃ ခုနှစ်က ဆုံးဖြတ်ချက်ချလိုက်တဲ့ **Resolution on the Responsibility of Physicians in the Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment of which They are Aware** (သိလျက်နဲ့ နှိပ်စက်ညှဉ်းပန်းမှု၊ ရက်စက်စွာပြုမှု၊ လူသားမဆန်စွာပြုမှုနဲ့ ဂုဏ်သိက္ခာညှိုးနွမ်းအောင်ပြုမှုတွေကို တားဆီးတဲ့ဥပဒေအရ ဆရာဝန်တွေရဲ့ တာဝန်ပိုင်းဆိုင်ရာသတ်မှတ်ချက်တွေမှာ) ဆရာဝန်တွေလိုက်နာဖို့ တိကျတဲ့ လမ်းညွှန်ချက်

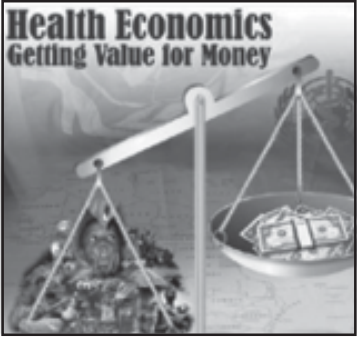
တွေကို WMA က ထုတ်ပြန်ထားရှိပြီးဖြစ်ပါတယ်။ ဒီလိုအခြေအနေမျိုးမှာ လူနာ့အကျိုးစီးပွားကို ဦးထိပ်ထားရမယ်ဆိုတဲ့ ဆရာဝန်တွေရဲ့ (Professional independence)ကို စောင့်ရှောက် ကာကွယ်ထားနိုင်ဖို့ အရေးကြီးလှပါတယ်။ informed consent ရဲ့ လိုအပ်ချက်တွေနဲ့ confidentiality ရဲ့ လိုအပ်ချက်တွေ အကုန်လုံးကို မကျိုးပေါက်အောင် စောင့်ထိန်းကြဖို့လိုပါတယ်။ တစ်ခုခုကို ချိုးဖောက်ရတော့မယ့် အခြေအနေဖြစ်ပေါ်လာရင် မျှတစွာဖြစ်စေဖို့ (Justified)နဲ့ လူနာကို အသိပေးလုပ်ဆောင်ဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ လူနာကိုပြုစုနေရတဲ့အချိန်မှာ လူ့အခွင့်အရေးချိုးဖောက်မှုတွေ၊ တရားမမျှတတဲ့ စွက်ဖက်မှုတွေ ရှိလာခဲ့ရင် သက်ဆိုင်ရာ အာဏာပိုင်တွေကို တိုင်ကြားအသိပေးထားဖို့လိုပါတယ်။ (Physicians should report to the appropriate authorities any unjustified interference in the care of their patients, especially if fundamental human rights are being denied)။ အာဏာပိုင်တွေက မတုံ့ပြန်ခဲ့ရင် သက်ဆိုင်ရာနိုင်ငံရဲ့ ဆေးကောင်စီ ဆရာဝန်အဖွဲ့အစည်း၊ WMA နဲ့ လူ့အခွင့်အရေး အဖွဲ့အစည်းတွေကနေ အကူအညီရယူဖို့လိုအပ်ပါတယ်။

ရောင်စဉ်တန်းရဲ့ အလယ်ပိုင်းနေရာမှာတော့ ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းတွေနဲ့ စီမံကိန်းလုပ်ငန်းတွေက ဆရာဝန်တွေအပေါ်မှာ ကန့်သတ်ချုပ်ချယ်မှုတွေ ပါဝင်နေပါတယ်။ ဒီကန့်သတ်မှုတွေဟာ လူနာရဲ့ အကျိုးစီးပွားကို မဆန့်ကျင်တတ်ပေမယ့် ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ သူတို့ရဲ့အစီအစဉ်တွေမှာ ပါဝင်သင့်မသင့်ကိုယ်တိုင်ပဲ ဆုံးဖြတ်ရမှာဖြစ်ပါတယ်။ ရွေးချယ်စရာမရှိတော့ရင်တော့ စီမံကိန်းမူဝါဒတွေရဲ့ ကန့်သတ်ချက်တွေကြောင့် နစ်နာလာနိုင်ဖွယ်ရှိတဲ့ လူနာတွေကို အသိပေးဖို့လိုအပ်လာပါတယ်။

နှစ်ခုသစ္စာထားရှိဖို့ လိုအပ်ချက်တွေထဲမှာ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ စီးပွားရေးအဖွဲ့အစည်းနဲ့ လူနာအကြား၊ ဒါမှမဟုတ် စီးပွားရေးအဖွဲ့အစည်းနဲ့ လူမှုရေးအဖွဲ့အစည်းအကြား ပေါ်ပေါက်လာနိုင်တဲ့ အကျိုးစီးပွားပဋိပက္ခ (Conflict of interest)တွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးဝါးကုမ္ပဏီကြီးတွေ၊ ကုသရေးပစ္စည်း ထုတ်လုပ်တဲ့ ကုမ္ပဏီကြီးတွေနဲ့ အခြားသောစီးပွားရေးအဖွဲ့အစည်းတွေဟာ ဆရာဝန်တွေဆီကို လက်ဆောင်ပဏ္ဏာပေးတာတွေ၊ အခမဲ့ဆေးနမူနာပေးတာတွေကနေ ချဉ်းကပ်တာထက်ကျော်လွန်ပြီး၊ ဆေးပညာ ညီလာခံတွေ တက်ရောက်ဖို့ ခရီးစရိတ်ကျခံပေးတာတွေ၊ ဟိုတယ်ခငွေသွင်းပေးတာတွေအပြင် သုတေသနလုပ်ငန်းတွေ လုပ်ဆောင်ဖို့ ငွေကြေးအမြောက်အမြား ထောက်ပံ့ပေးတာတွေကိုလည်း လုပ်လာနေကြပါတယ်။ ဒီလိုပေးကမ်းတာတွေဟာ ကုမ္ပဏီအကျိုးစီးပွားအတွက် ဆေးလက်မှတ်တွေများများရေးပေးစေဖို့၊ ကုမ္ပဏီထုတ်ပစ္စည်းတွေကို များများသုံးစွဲပေးစေဖို့ မြှူဆွယ်ကြတာပဲဖြစ်ပါတယ်။ လူနာအတွက် အကောင်းဆုံး အကျိုးစီးပွား ဖြစ်မလာနိုင်တော့သလို၊ လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းအတွက်လည်း မလိုလားအပ်တဲ့ အပိုကုန်ကျငွေတွေ များပြားလာစေနိုင်ပါတယ်။ WMA က ၂၀၀၄ ခုနှစ်မှာ(Statement Concerning the Relationship between Physicians and Commercial Enterprises) ဆရာဝန်များနှင့် စီးပွားရေးကုမ္ပဏီများအကြား ဆက်ဆံရေးညွှန်ကြားချက်ကို ထုတ်ပြန်ပေးခဲ့ပါတယ်။ နိုင်ငံတော်တော်များများရဲ့ ဆရာဝန်အဖွဲ့အစည်းတွေ

မှာ ကိုယ်ပိုင်လမ်းညွှန်ချက်တွေ ထုတ်ပြန်ထားရှိပြီးဖြစ်ပါတယ်။ ဒီညွှန်ကြားချက်တွေရဲ့ အခြေခံမူတွေကတော့ ဆရာဝန်တွေဟာ လူနာရဲ့ အကျိုးစီးပွားနဲ့ မိမိရဲ့ကိုယ်ပိုင်အကျိုးစီးပွားအကြား ပဋိပက္ခ တစ်စုံတစ်ရာ ပေါ်ပေါက်လာခဲ့ရင် လူနာရဲ့ အကျိုးစီးပွားကိုသာ အလေးထားပေးရမယ် (.. Physicians should resolve any conflict between their own interests and those of their patients in their patients' favor)လို့ ဆိုပါတယ်။

အရင်းအမြစ်ဝေခြမ်းသုံးစွဲခြင်း (Resource Allocation)



ကမ္ဘာနဲ့အဝန်း ချမ်းသာတဲ့နိုင်ငံတွေ အပါအဝင် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု လိုအပ်နေချက်တွေနဲ့ တကယ်တမ်း ရယူသုံးစွဲနေတာတွေ ဟာ ကွာဟချက် ကြီးထွားလာနေဆဲဖြစ်ပါတယ်။ ဒီကွာဟချက် ရှိနေ တဲ့အတွက် ကျန်းမာရေးအရင်းအမြစ်တွေကို အချိုးချ မျှဝေသုံးစွဲနေကြ ရပါတယ်။ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု အချိုးချသုံးစွဲနေရတာကို

Resource Allocation လို့ခေါ်ပါတယ်။ အချိုးချတဲ့နေရာမှာ အဆင့်သုံးဆင့် ပါဝင်နေပါတယ်။

- အမြင့်ဆုံးအဆင့် (Macro level)မှာ အစိုးရအသုံးစရိတ် ဘတ်ဂျက်ငွေထဲက ကျန်းမာရေးအတွက် သုံးစွဲရမယ့်ဘတ်ဂျက်ငွေကို သတ်မှတ်ပေးရပါတယ်။ ဘယ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုကတော့ အခမဲ့ သုံးစွဲဖို့သတ်မှတ်မယ်၊ ဘယ်ဝန်ဆောင်မှုကိုတော့ဖြင့် လူနာကကျခံရမယ်၊ အာမခံကုမ္ပဏီကကျခံ ရမယ် စသဖြင့် သတ်မှတ်ပေးရတာမျိုးဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေ၊ သူနာပြုတွေ၊ ကျန်းမာရေး လုပ်သားတွေအတွက် ဝင်ငွေလစာသတ်မှတ်ပေးရတာ၊ ဆေးရုံနဲ့ဌာနဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ် သတ်မှတ် ပေးတာ၊ သုတေသနအသုံးစရိတ်၊ ကျန်းမာရေးပညာရှင်တွေအတွက် ပညာရေးအသုံးစရိတ်၊ တီဘီ၊ အိပ်ချ်အိုင်ဗီ စတဲ့ ရောဂါစီမံကိန်းတွေအတွက် အသုံးစရိတ် စသဖြင့် သတ်မှတ်ပေးရတာတွေ ပါဝင်ပါတယ်။
- ဌာနဆိုင်ရာအဆင့် (Meso level)မှာ ဆေးရုံဆေးခန်းတွေ၊ ကျန်းမာရေးအေဂျင်စီတွေ ပါဝင်နေပြီး သက်ဆိုင်ရာဌာနအာဏာပိုင်အသီးသီးက သူတို့မှာရှိနေတဲ့ ကျန်းမာရေးအရင်းအမြစ်တွေကို နေရာ ချထားသုံးစွဲဖို့ စီမံခန့်ခွဲရတာဖြစ်ပါတယ်။ ဘယ်လိုဝန်ဆောင်မှုတွေကို ပေးကြမယ်၊ ဝန်ထမ်းတွေ၊ ပစ္စည်းကိရိယာတွေ၊ လူမှုဖူလုံရေးတွေ၊ လုပ်ငန်းလည်ပတ်မှုတွေအတွက် ဘယ်လိုသုံးစွဲကြမယ်ဆို တာတွေ၊ ပြင်ဆင်စရိတ်၊ တိုးချဲ့စရိတ် စတာတွေကို သတ်မှတ်ပေးရတာတွေ ပါဝင်ပါတယ်။

- လူနာတစ်ဦးချင်းအဆင့် (Micro level)မှာ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးနေသူ ဆရာဝန်တွေ ပါဝင်လာရပါတယ်။ ဘယ်လိုစစ်ဆေးစမ်းသပ်ချက်တွေ ပြုလုပ်မယ်ဆိုတာတွေနဲ့ ဘယ်လူနာကို ဘယ်စပါယ်ရှယ်လစ်ဆီညွှန်းပို့ပေးရမယ်၊ ဆေးရုံတင်ကုသပေးဖို့လိုသလား၊ ဆေးဝါးအညွှန်းမှာ ဓာတုဗေဒ ဆေးနာမည်ကိုသုံးမှာလား၊ ကုမ္ပဏီထုတ် ဆေးနာမည်ကိုပဲ သုံးစွဲရမှာလား စတာတွေ ပါဝင်လာပါတယ်။ ၈၀ ရာခိုင်နှုန်းသော ကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ်တွေဟာ ဆရာဝန်တစ်ဦးချင်းအဆင့်မှာ သုံးစွဲနေကြတယ်လို့ ခန့်မှန်းတွက်ချက်ထားပြီးဖြစ်ပါတယ်။ ပုဂ္ဂလိကဆေးရုံတွေ ပေါ်ပေါက်လာနေပေမယ့် ထူးခြားတဲ့အရင်းအမြစ်တွေကို လူနာတွေကိုယ်တိုင် လက်လှမ်းမီသုံးစွဲနိုင်ဖို့ဆိုတာ၊ အာမခံချက်မရှိ ဖြစ်နေရပါသေးတယ်။

အဆင့်တိုင်းအဆင့်တိုင်းမှာ အရင်းအမြစ်ရွေးချယ်ဖို့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ပြဿနာတွေ ရှိနေတတ်ပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်ဆိုတာ တန်ဖိုးထားနိုင်မှုအပေါ်မှာ အခြေခံထားပြီး၊ လူတစ်ဦးချင်းစီနဲ့ လူမှုအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုလုံးရဲ့ ကျန်းမာသူပြည့်စုံရေး အကျိုးဆက်တစ်ရပ်အဖြစ် ပေါ်ပေါက်လာတာဖြစ်ပါတယ်။ အဆင့်တိုင်းမှာ ဖြစ်ပေါ်နေတဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်တွေဟာ ဆရာဝန်တစ်ဦးချင်းစီအပေါ်မှာ သက်ရောက်နေတာဖြစ်ပေမယ့် မိုက်ခရိုအဆင့်အောက်ခြေပိုင်းမှာ ပါဝင်ပတ်သက်မှုအရှိဆုံး ဖြစ်လာရပါတော့တယ်။

အထက်ကပြဆိုခဲ့သလို သမားကျင့်ဝတ်ဆိုတာဟာ ရှေးရိုးအစဉ်အဆက် မိမိလူနာကောင်းကျိုးကိုသာ အစဉ်တစိုက်ရှေ့ရှုခဲ့ရတာဖြစ်ပြီး၊ တခြားလူနာတွေရဲ့လိုအပ်ချက်တွေကို ဥပေက္ခာပြုထားသလို ဖြစ်နေတတ်ပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်အခြေခံတန်ဖိုးထားမှုတွေဖြစ်တဲ့ ကိုယ်ချင်းစာတရား (Compassion)၊ ကျွမ်းကျင်မှု (Competence)၊ လွတ်လပ်စွာဆုံးဖြတ်မှု(Autonomy)စတာတွေကိုလည်း မိမိရဲ့လူနာအပေါ်မှာသာ ကျင့်ကြံရမယ်လို့ ပြဆိုခဲ့ပါတယ်။ တစ်ဦးချင်းအပေါ်မှာကျင့်ကြံရမယ့် ဒီတန်ဖိုးတွေဟာ ဆရာဝန်လွှမ်းမိုးဆုံးဖြတ်ပေးရတဲ့ (Physician paternalism)စနစ်ကနေ လူနာကို လွတ်လပ်စွာဆုံးဖြတ်စေတဲ့(Patient autonomy)စနစ်ကို ပြောင်းရွှေ့ ရှင်သန်လာခဲ့ရပါတယ်။ ကျန်းမာရေးအရင်းအမြစ်တွေကို ဘယ်လို ရယူသုံးစွဲကြရမလဲဆိုတဲ့ မေးခွန်းကို ဖြေဖို့အတွက် လူနာတစ်ဦးချင်းစီရဲ့ဆန္ဒနဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်တွေက အရေးပါလာရပါတယ်။ ယနေ့ကာလမှာ နောက်ထပ် တန်ဖိုးသတ်မှတ်မှုတစ်ခုဖြစ်တဲ့ တရားမျှတမှု (Justice)ဆိုတာကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားလာနေကြပါပြီ။ အရင်းအမြစ်တွေကို မျှဝေသုံးစွဲတဲ့နေရာမှာ လူမှုရေးချဉ်းကပ်နည်းဖြစ်တဲ့ တခြားလူနာတွေရဲ့ လိုအပ်ချက်တွေကိုပါ ထည့်သွင်းစဉ်းစားလာနေကြပါတယ်။ ဒီချဉ်းကပ်နည်းအရ ဆရာဝန်တွေဟာ သူတို့ကိုယ်ပိုင် လူနာတွေအတွက်သာမက တခြားလူနာတွေအတွက်လည်း အတိုင်းအတာတစ်ခုအထိ လုပ်ဆောင်ပေးဖို့ တာဝန်ရှိလာရပါတော့တယ်။ (. . .physicians are responsible not just for their own patients but, to a certain extent, for others as well.)

အရင်းအမြစ် နေရာချထားသုံးစွဲရေးနဲ့ပတ်သက်လို့ နိုင်ငံအတော်များများရဲ့ ဆရာဝန်အသင်းတွေမှာ ကျင့်ဝတ်စည်းမျဉ်းတွေမှာ ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးထားတာတွေရှိသလို၊ WMA ရဲ့ Declaration on the Rights of the Patient မှာလည်း “ကန့်သတ်ထားတဲ့ အရေအတွက်ရှိနေတဲ့ ထူးထူးခြားခြား ကုသချက်တစ်ခုခုကို ခံယူနိုင်ဖို့ လူနာတွေကိုရွေးချယ်ရာမှာ တရားမျှတတဲ့နည်းနဲ့ ရွေးချယ်ပေးဖို့လိုပါတယ်။ ဒီရွေးချယ်မှုကို လူနာရဲ့ ရောဂါအခြေအနေပေါ်မှာ မူတည်ဆုံးဖြတ်ပေးရမှာဖြစ်ပြီး ဘက်လိုက်ဆုံးဖြတ်မှုတွေ မပါရှိစေရ” (In circumstances where a choice must be made between potential patients for a particular treatment which is in limited supply, all such patients are entitled to a fair selection procedure for that treatment. That choice must be based on medical criteria and made without discrimination) လို့ ပြဋ္ဌာန်းပေးထားပါတယ်။

ပြုန်းတီးမှုဖြစ်စေပြီး ထိရောက်မှုမရှိတဲ့ ကုသချက်တွေကို လူနာက တောင်းဆိုလာသည့်တိုင်အောင်၊ ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ ရှောင်ရှားပေးကြဖို့ပဲဖြစ်ပါတယ်။ ပဋိဇီဝပိုးသတ်ဆေးတွေကို အရမ်းကာရော သုံးစွဲနေတာမျိုးတွေဟာ ဆေးပြုန်းတီးမှုဖြစ်စေပြီး အန္တရာယ်လည်းကြီးမားလှပါတယ်။ သာမန်ကုသမှုတွေပေးတဲ့အခါမှာလည်း ရောဂါအတွက်အကျိုးမရှိတဲ့ ဆေးဝါးတွေပါဝင်နေတတ်တာကို သုတေသနပြုလုပ်ချက်တွေအရ သိမြင်လာနေကြရပါတယ်။ ရောဂါအခြေအနေအမျိုးမျိုးအတွက် လမ်းညွှန်ကုထုံး (Clinical guidelines)တွေ ထွက်ပေါ်လာနေပါတယ်။

ဒီဂိုက်လိုင်တွေဟာ ရောဂါတစ်ခုခုအတွက် အကျိုးရှိနိုင်ချေ မရှိနိုင်ချေတွေကို ဖော်ပြပေးထားတာဖြစ်တဲ့အတွက် ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ အကျွမ်းတဝင်ဖြစ်နေဖို့ လိုအပ်ပြီး၊ အရင်းအမြစ်တွေ မပျောက်ပျက်သွားရအောင် ကာကွယ်ထားဖို့နဲ့ အစွမ်းထက် ကုသချက်တွေ ပေးနိုင်ဖို့ လိုအပ်နေပါတယ်။



နောက်ထပ် အရင်းအမြစ်ပြဿနာတစ်ရပ်ကတော့ တစ်ခုတည်းသာရှိနေတဲ့ ရှားပါးတဲ့ ကုသချက် တစ်ရပ်ရပ်ကို လူနာနှစ်ဦး သုံးဦးအပေါ်မှာ ရွေးချယ်သုံးစွဲပေးဖို့ လိုအပ်လာတဲ့ အခြေအနေပဲဖြစ်ပါတယ်။ ဥပမာ- အရေးပေါ်ဆရာဝန်တစ်ဦးတည်းရဲ့ အာရုံစိုက်ကုသမှုကို လိုအပ်တဲ့အခြေအနေ၊ အသည်းအသန် ပြုစုကုသခန်းမှာ လူနာတစ်ဦးစာပဲ ပစ္စည်းကိရိယာတွေ ရှိနေတဲ့ အခြေအနေ၊ အစားထိုးဖို့ကိုယ်အင်္ဂါ တစ်ခုတည်းပဲ ရှိနေတဲ့အခြေအနေ၊ အဆင့်မြင့် ဓာတ်ရောင်ခြည်

စမ်းသပ်မှု တစ်ခုတည်းပဲ ပြုလုပ်ပေးနိုင်တဲ့ အခြေအနေနဲ့၊ အင်မတန်ရှားပါးပြီး ဈေးကြီးလွန်းလှတဲ့ဆေးဝါးကို လူနာတစ်ယောက်စာအတွက်ပဲ ပံ့ပိုးပေးနိုင်တဲ့ အခြေအနေမျိုးတွေမှာ၊ အမှန်တကယ် သုံးစွဲဖို့သင့်တဲ့ လူနာက နှစ်ဦးသုံးဦးမက ရှိနေပြီဆိုရင် ဆုံးဖြတ်ရွေးချယ်ဖို့ ပြဿနာပေါ်လာရပါတော့တယ်။ သုံးစွဲခွင့်မရရှိလိုက်ရင် အသက်သေဆုံးသွားရမှာ၊ ဒါမှမဟုတ် နာတာရှည်ခံစားသွားရမယ်ဆိုတာတွေကို သိနေပေမယ့်လည်း၊ ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ ဘယ်လူနာကို သုံးစွဲခွင့်ပေးလိုက်ပြီး ဘယ်လူနာကိုတော့ အခွင့်မပေးဘူးဆိုတာတွေကို မျှတပြီး ဘက်မလိုက်တဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်မျိုးတွေ ချမှတ်ပေးကြရမှာဖြစ်ပါတယ်။

အရင်းအမြစ်ဝေခြမ်းသုံးစွဲရေးနဲ့ပတ်သက်ပြီး မူဝါဒချမှတ်ပေးတဲ့အခါမှာ ကိုယ်ကုသပေးနေတဲ့ လူနာနဲ့ အခြားသောလူနာတွေအကြား သုံးစွဲပိုင်ခွင့် မညီမျှမှုတွေ ရှိလာနိုင်ပါတယ်။ ဆေးရုံတွေ၊ ကျန်းမာရေးဌာနတွေနဲ့ စီမံခန့်ခွဲရေးကော်မတီတွေမှာ တာဝန်ယူနေကြရတဲ့ဆရာဝန်တွေမှာ ဒီလိုပဋိပက္ခမျိုးတွေနဲ့ ရင်ဆိုင်လာကြရလေ့ရှိပါတယ်။ ဆရာဝန်အများစုက ကိုယ့်လူနာနဲ့ ပတ်သက်လာရင် ဒီလိုဆုံးဖြတ်မှုမျိုးမှာ မပါဝင်ဖို့ ရှောင်ရှားကြလေ့ရှိပါတယ်။ တချို့ဆရာဝန်တွေကတော့ မိမိရဲ့ရာထူး၊ အဆင့်အတန်းနဲ့ လုပ်ပိုင်ခွင့်ကိုအသုံးပြုပြီး တခြား အမှန်တကယ်လိုအပ်နေတဲ့ လူနာတွေကိုပစ်ပယ်ပြီး၊ မိမိလူနာအကျိုးကိုသာ အရေးပေးဆုံးဖြတ်ကြတတ်ပါတယ်။ ဒီလိုအခြေအနေမျိုးမှာ သမားကျင့်ဝတ်အခြေခံမူတွေဖြစ်တဲ့ ကရုဏာတရား (Compassion)နဲ့ မျှတမှု (Justice)ဆိုတာတွေတင်မကတော့ဘဲ၊ မျှတမှုရှိစေမယ့် ချဉ်းကပ်မှုနည်းလမ်းတွေကိုပါ ချိန်ထိုးစဉ်းစားပေးဖို့ လိုအပ်လာပါတော့တယ်။ ချဉ်းကပ်နည်း လေးနည်းကိုဖော်ပြပေးလိုက်ပါတယ်။

- **Libertarian** - အရင်းအမြစ်တွေကို ဈေးကွက်မူဝါဒ (Market principles) အပေါ် အခြေခံပြီး ဝေခြမ်းသုံးစွဲတဲ့နည်းဖြစ်ပါတယ်။ ကုန်ကျစရိတ်ပေးသွင်းလိုတဲ့လူနာတွေ၊ တတ်နိုင်စွမ်းရှိတဲ့ လူနာတွေကို ဦးစားပေးသုံးစွဲစေပြီး၊ မတတ်နိုင်တဲ့လူနာတွေအတွက် ကန့်သတ်တဲ့ အရေအတွက် ရှိတဲ့ အရင်းအမြစ်ကို အရံအဖြစ် ချန်လှပ်ပေးထားတာမျိုးဖြစ်ပါတယ်။
- **Utilitarian** - လူနာအားလုံးအတွက် အစွမ်းကုန်အကျိုးရှိစေရမယ့် (Maximum benefit for all) မူဝါဒကို အခြေခံပြီး ဝေခြမ်းသုံးစွဲရတာဖြစ်ပါတယ်။
- **Egalitarian** - လိုအပ်တဲ့လူနာအပေါ်မှာသာလျှင် သုံးစွဲစေဖို့ တင်းတင်းကြပ်ကြပ် (strictly to need) မူဝါဒ သတ်မှတ်ပေးထားတာဖြစ်ပါတယ်။
- **Restorative** - အစဉ်အလာအရ အကျိုးမခံစားရဖူးသေးတဲ့ လူနာတွေကို ဦးစားပေးသုံးစွဲစေတဲ့ (to favor the historically disadvantaged)နည်း ဖြစ်ပါတယ်။

ဆရာဝန်တွေဟာ ရှေးရိုးစွဲသမားကျင့်ဝတ်အရ ဈေးကွက်အခြေခံတဲ့ Libertarian နည်းကို ကျင့်သုံးလာနေရာကနေ၊ လူမှုရေးခံယူချက်တွေ ပိုမိုရှိစေတဲ့ချဉ်းကပ်နည်းတွေဆီကို ပြောင်းလဲလိုက်လာနေပြီ ဖြစ်ပါတယ်။ Libertarian နည်းကို စွန့်ပယ်ပစ်လိုက်ရင်တောင် ကျန်တဲ့နည်းသုံးနည်းအနက် ဘယ်နည်းက ပိုသာတယ်ဆိုတာကို သမားကျင့်ဝတ်က သဘောတူသတ်မှတ်လို့ မရရှိသေးပါဘူး။ အထက်က ပြဆိုခဲ့သလို၊ လူနာအပေါ်မှာ ဘယ်လိုစမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုတွေ ပြုလုပ်ပေးမှာလဲ၊ စပါယ်ရှယ်လစ်ဆီကို ညွှန်းဖို့လိုအပ်နေသလား၊ ဆေးရုံတင်ကုသပေးမှာလား၊ ဆေးလက်မှတ်ပေါ်မှာ ကုမ္ပဏီထုတ်ဆေးနာမည်ကို ရေးပေးမလား၊ အစားထိုးပေးမယ့် ကိုယ်အင်္ဂါကို ဘယ်လူနာက လက်ခံရယူထိုက်သလဲ စတဲ့ပြဿနာတွေမှာ အရင်းအမြစ် ဝေခြမ်းသုံးစွဲချဉ်းကပ်နည်း တစ်ခုစီကို သုံးစွဲလိုက်တိုင်း ကွဲပြားတဲ့အကျိုးရလဒ်တွေ ပေါ်ထွက်လာမှာ သေချာလှပါတယ်။ ဆရာဝန်တစ်ဦးအဖို့ Utilitarian ချဉ်းကပ်နည်းဟာ သုံးစွဲဖို့အခက်ခဲဆုံး ဖြစ်ကောင်း ဖြစ်နိုင်ပါတယ်။ လူနာတိုင်းအတွက် အစွမ်းကုန်အကျိုးရှိစေပါတယ်ဆိုတာကို သက်သေထူနိုင်ဖို့ မိမိလူနာအပေါ်မှာသာ မက အခြားလူနာတွေအပေါ်မှာပါ၊ ကုသမှု၊ ဆောင်ရွက်မှုအသီးသီးအတွက် အကျိုးသက်ရောက်မှု ရလဒ်တွေ၊ စာရင်းဇယားတွေ လိုအပ်နေလို့ပဲဖြစ်ပါတယ်။ ကျန်ချဉ်းကပ်နည်းနှစ်ခု (Libertarian ပါ ပါဝင်မယ် ဆိုရင်သုံးခု)ကို ရွေးချယ်သုံးစွဲတော့မယ်ဆိုရင်၊ ဆရာဝန်တစ်ဦးချင်းရဲ့ ကိုယ်ပိုင်အမှားအမှန် ဆုံးဖြတ်စွမ်းစာရိတ္တ (Morality)နဲ့ သူ့ကျင့်လည်နေတဲ့ လူမှုနိုင်ငံရေးဝန်းကျင် (Sociopolitical environment)အပေါ် မူတည်နေတတ်ပါတယ်။ (...choice ... will depend on the physician's own personal morality as well as the sociopolitical environment in which he or she practices.)။ အမေရိကန်လိုနိုင်ငံမှာ Libertarian approach ကို ဦးစားပေးလေ့ရှိပြီး၊ ဆွီဒင်လိုနိုင်ငံမှာ Egalitarianism က ရေပန်းစားပါတယ်။ တောင်အာဖရိကနိုင်ငံတွေမှာတော့ Restorative ချဉ်းကပ်နည်းကိုပဲ သုံးစွဲနေကြတုန်းပဲ ရှိပါတယ်။ ကျန်းမာရေးစီမံကိန်းရေးဆွဲသူတွေကတော့ Utilitarianism ကို မြှင့်တင်ကြလေ့ရှိပါတယ်။ ကွဲပြားမှုတွေရှိနေပေမယ့်လည်း နိုင်ငံတွေရဲ့အမျိုးသားကျန်းမာရေးစနစ် (National health systems)တွေမှာ တရားမျှတမှု Justice နဲ့ပတ်သက်ပြီး နှစ်ခုမက ပူးပေါင်းပါဝင် ပြဋ္ဌာန်းထားတာမျိုးတွေကို တွေ့ရှိရတတ်ပါတယ်။ အဲဒီနိုင်ငံတွေမှာ



ဆရာဝန်တွေဟာ ဆေးကုသရေးနဲ့ ပတ်သက်ပြီး အစိုးရပိုင်ကဏ္ဍ ဒါမှမဟုတ် ပုဂ္ဂလိကပိုင်ကဏ္ဍတွေမှာ ကိုယ်ပိုင်လွတ်လွတ်လပ်လပ် ရွေးချယ်လုပ်ဆောင်ပိုင်ခွင့်တွေ ရှိနေတတ်ပါတယ်။

ဘယ်လိုအရင်းအမြစ်ကဏ္ဍမှာ ပါဝင်လုပ်ဆောင်နေရသည်ဖြစ်စေ လူနာတွေအတွက် မလုံလောက်သေးတဲ့ အရင်းအမြစ်တွေကို တိုးချဲ့လုပ်ဆောင်ဆော်ကြပေးဖို့ ဆရာဝန်တွေမှာ တာဝန်ရှိနေပါတယ်။ (...physicians ...have a responsibility to advocate for expansion of these resources where they are insufficient to meet patient needs)၊ ဒီလိုလုပ်ဆောင်နိုင်ဖို့ ဆရာဝန်အသင်းအဖွဲ့တွေမှာ ဆရာဝန်အချင်းချင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ အစိုးရကဏ္ဍက ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ရှိသူတွေကိုရော၊ လိုအပ်ချက်ရှိနေတဲ့ နေရာဒေသက အဖွဲ့အစည်းတွေကိုရော လူနာတွေအတွက် အကောင်းဆုံး အကျိုးရှိလာအောင် ဘယ်လိုဖြည့်ဆည်း လုပ်ဆောင်ပေးရမယ်ဆိုတာတွေကို သူတို့ယုံကြည်လက်ခံလာအောင် ဆရာဝန်တွေကိုယ်တိုင်က လုပ်ဆောင်ရမှာဖြစ်ပါတယ်။ နိုင်ငံတွင်းမှာသာမက ကမ္ဘာနဲ့လွှမ်းခြုံပြီး လုပ်ဆောင်ကြဖို့ လိုပါတယ်။

လူထုကျန်းမာရေးလုပ်ငန်း (Public Health)

၂၀ ရာစုဆေးပညာမှာ Public Health လို့ ခေါ်တဲ့ လူထုကျန်းမာရေးပညာရပ်ဟာ အခြားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုတွေဖြစ်တဲ့ ပုဂ္ဂလိက (တစ်နည်းအားဖြင့်) တစ်ဦးချင်း ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု (Healthcare, presumably 'private' or 'individual' health) ဆိုတာနဲ့ ကံမကောင်း အကြောင်းမလှစွာဘဲ ကွဲပြားခြားနားလာရတာတွေ ရှိလာနေပါတယ်။ အကြောင်းမလှရတဲ့ အကြောင်းကတော့ လူထုလို့ ဆိုလိုက်တာနဲ့ လူတစ်ဦးချင်းစီ ပါဝင်နေပြီး၊ လူထုကို ကာကွယ်ဖို့၊ လူထုကိုကျန်းမာရေးမြှင့်တင်ဖို့



ပုံစံဖော် လုပ်ဆောင်ချက်တွေ အကုန်လုံးဟာ လူတစ်ဦးချင်းစီကို အကျိုးဖြစ်ထွန်းသွားစေနိုင်တဲ့အတွက် ကြောင့်ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ Public Health ဆိုတာကို လူထုစိုက်ထုတ်ကုန်ကျရတဲ့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု - Publicly-funded healthcare (ဥပမာ၊ လူထုဆီက အခွန်အတုတ်နဲ့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးရတာမျိုးတွေ၊ မထားမနေရ ကျန်းမာရေးအာမခံငွေတွေနဲ့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးတာမျိုးတွေ) လို့ သဘောထားလိုက်ရင် ရှုပ်ထွေးမှုတွေ ပေါ်ပေါက်လာနိုင်ပါတယ်။ ဆန့်ကျင်ဘက်အားဖြင့် ပုဂ္ဂလိက အထောက်အပံ့နဲ့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု - Privately-funded healthcare (ဥပမာ၊ တစ်ဦးချင်းရဲ့ကိုယ်ပိုင်ကျခံငွေ၊ ဒါမှမဟုတ် ပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေး အာမခံထားငွေတွေနဲ့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးတာမျိုးတွေ) လို့ ယူဆလိုက်ပြန်ရင်လည်း ရှုပ်ထွေးမှုတွေ ပေါ်ပေါက်လာတတ်ပါတယ်။

Public Health ဆိုတဲ့စကားရပ်ကို လူထုရဲ့ကျန်းမာရေးလို့ သဘောထားနိုင်သလို လူထုကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အထူးပြုဘာသာရပ်တစ်ခုအနေနဲ့လည်း ယူဆလို့ရပါတယ်။ ပညာရပ်အနေနဲ့ လေ့လာမယ် ဆိုရင် လူတစ်ဦးချင်းအပေါ်မှာ အခြေခံထားလေ့လာရတာ (individual basis)ထက် လူအပေါင်းအစု (Population perspective) ကို လေ့လာကြလေ့ရှိပါတယ်။ လူထုကို ကူးစက်ရောဂါတွေ မဖြစ်လာရအောင်၊ ကျန်းမာရေးအန္တရာယ်တွေ မကျရောက်လာရအောင်၊ လူထုရဲ့ကျန်းမာရေး ပိုမိုတိုးတက်ကောင်းမွန်လာ နိုင်စေဖို့၊ ကျန်းမာရေးမူဝါဒတွေ အကောင်အထည်ဖော်ပေးနိုင်တဲ့၊ အကြံဉာဏ်ပေးနိုင်တဲ့ လူထုကျန်းမာ ရေး အထူးပြုပညာရှင်တွေ နိုင်ငံတိုင်းမှာ အမြောက်အမြား လိုအပ်နေပါတယ်။ လူထုကျန်းမာရေး ဆေး ပညာကို Public Health Medicine ဒါမှမဟုတ် Community Medicine လို့လည်း ခေါ်ဆိုကြပါတယ်။ ဒီပညာရပ်ဟာ ကပ်ရောဂါဗေဒလို့ခေါ်တဲ့ Epidemiology ပညာရပ်ကို အခြေခံထားပါတယ်။ Epide- miology ဘာသာရပ်ဟာ လူအုပ်စုတစ်ခုထဲမှာ ကျန်းမာနေခြင်းနဲ့ ရောဂါဖြစ်နေခြင်းနှစ်ခု၊ ဘယ်ပုံ ဘယ် နည်းနဲ့ ပျံ့နှံ့နေရာယူနေကြသလဲ၊ ဒီလိုပျံ့နှံ့ဖြစ်ပေါ်နေရအောင် ဘယ်လိုအကြောင်းအရာတွေက လွှမ်းမိုး ထားသလဲဆိုတာတွေကို လေ့လာတဲ့ဘာသာရပ်ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ တချို့ဆရာဝန်တွေဟာ နောက်ထပ် အထူးပြု ဘာသာရပ်တွေကို လေ့လာဆည်းပူးပြီး ကျွမ်းကျင်တတ်မြောက်တဲ့ Medical epidemiologist တွေ ဖြစ်လာနေ ကြပြီ ဖြစ်ပါတယ်။ တကယ်တော့ ဆရာဝန်တိုင်းဟာ သူတို့ကုသနေတဲ့လူနာတွေရဲ့ ကျန်းမာရေးကို လွှမ်းမိုး ချုပ်ကိုင်နေတဲ့ လူမှုရေးအခြေခံတွေ၊ ပတ်ဝန်းကျင်အကြောင်းအချင်းအရာတွေကို သိရှိနားလည်ထားရမှာ ဖြစ်ပါတယ်။ WMA ရဲ့ Statement on Health Promotion လို့ခေါ်တဲ့ လူထုကျန်းမာမှု မြှင့်တင်ရေး ကြေငြာချက်မှာ ဖော်ပြထားတာကတော့ “ဆရာဝန်များနှင့် ဆရာဝန်အဖွဲ့အစည်းများသည် ၎င်းတို့ ကုသနေ သော လူနာများအပေါ်တွင် အကောင်းဆုံးအကျိုးရှိအောင် အမြဲတမ်းပြုလုပ်ဆောင်ရွက်ပေးရန် လုပ်ငန်းအရ တာဝန်ရှိနေသည့်အပြင်၊ ကျင့်ဝတ်အရလည်း တာဝန်ယူကြရမည်ဖြစ်သည်။ ဤတာဝန်ကို လူထုတစ်ရပ်လုံး ကျန်းမာစွမ်းအား တိုးမြှင့်တင်လာစေရန်အတွက် အာမခံချက်ရှိလာစေရန် ပိုမိုကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့် ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်ကြရမည် ဖြစ်သည်။” လို့ ပါရှိပါတယ်။

Health Promotion ဆိုတာကို ၁၉၉၆ ခုနှစ် ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့ကြီးရဲ့ အိုတားဝါးပဋိညာဉ် (1996 WHO Ottawa Charter)မှာ ဖော်ပြထားချက်အရ ကျန်းမာရေးကိုထိန်းချုပ်နိုင်စွမ်းရှိသည့် အရာမှန် သမျှကို တိုးပွားလာစေခြင်းဖြင့် လူတိုင်းလူတိုင်း ကျန်းမာရေးတိုးတက်မြင့်မားလာစေခြင်းလို့ အဓိပ္ပါယ် ဖွင့်ဆိုထားပါတယ်။ တစ်ဦးချင်းဖြစ်စေ အုပ်စုလိုက်ဖြစ်စေ ကျန်းမာရေးမျှော်မှန်းချက်များကို ကိုယ်တိုင် ဖော်ထုတ်လာနိုင်ပြီး၊ ကျန်းမာရေးလိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းလာနိုင်သည့်အပြင် ပတ်ဝန်းကျင်နှင့် သဟဇာတဖြစ်အောင် နေထိုင်နိုင်လာခြင်းလို့ ဆိုလိုပါတယ်။

American Journal of Health Promotion မှာ ဖော်ပြထားတာကတော့၊ လူအများရဲ့ လူမှုဘဝ ပုံစံ (life style)ကို ပြောင်းလဲပစ်လိုက်ပြီး၊ အကောင်းဆုံးသော ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ရောက်ရှိလာအောင် လူအများကိုကူညီရတဲ့ သိပ္ပံဝိဇ္ဇာနည်းလမ်းအသွယ်သွယ်ကို Health Promotion လို့ သတ်မှတ်ထားပါတယ်။

အကောင်းဆုံးသောကျန်းမာရေး (Optimal Health)ဆိုတဲ့ အခြေအနေရရှိနိုင်ဖို့ ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာကျန်းမာရေး (physical health)၊ စိတ်ခံစားမှုကျန်းမာရေး (emotional health)၊ လူမှုကျန်းမာရေး (social health)၊ စိတ်ဓာတ်ယုံကြည်မှုကျန်းမာရေး (spiritual health)နဲ့ အသိဉာဏ်ပညာ ကျန်းမာရေး (intellectual health) တွေ အချိုးကျကျ တိုးတက်လာဖို့ လိုတယ်ဆိုထားပြန်ပါတယ်။

လူနာတစ်ဦးချင်း ကျန်းမာလာစေနိုင်ဖို့ လူထုကျန်းမာရေးနည်းလမ်းတွေဖြစ်တဲ့ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပေးတာတွေ၊ ကပ်ရောဂါတွေ ကျရောက်လာတဲ့အခါမှာ အရေးပေါ် တားဆီးဆောင်ရွက်ပေးရတာတွေဟာ အရေးကြီးသလို၊ လူတစ်ဦးချင်းရဲ့ လူမှုရေးအခြေခံတွေဖြစ်တဲ့ နေရာထိုင်ခင်း အိုးအိမ်တည်ထောင်ရတာတွေ၊ အာဟာရဖြည့်ဆည်းတာတွေ၊ အလုပ်အကိုင်ရှာဖွေတာတွေဟာလည်း ညီတူမျှတူပဲ အရေးကြီးလှပါတယ်။ ဆရာဝန်အများစုဟာ လူနာတွေရဲ့ လူမှုရေးအကြောင်းအချင်းအရာတွေကို ကုသပေးကြလေ့ မရှိကြပါဘူး။ လူနာတွေရဲ့ လိုအပ်ချက်အရ လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှု အဖွဲ့အစည်းတွေနဲ့ လူမှုဝန်ထမ်းဌာနတွေကို လွှဲပြောင်းပေးမှုတွေ ပြုလုပ်သင့်ကြပါတယ်။ လူမှုပြဿနာတွေကို ရေရှည်ဖြေရှင်းပေးနိုင်ဖို့အတွက် လူထုကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းတွေ၊ ကျန်းမာရေးပညာပေးလုပ်ငန်းတွေမှာ ပါဝင်လုပ်ဆောင်တာ၊ ပတ်ဝန်းကျင်အန္တရာယ် ဖြစ်နိုင်ချေတွေကို တိုင်ကြားသတင်းပို့တာ၊ ကိုယ်တိုင်ထိန်းချုပ်တာ၊ ကျန်းမာရေးအန္တရာယ်ရှိနိုင်ချေတွေကို ဖော်ထုတ်ပေးတာ (ဥပမာ၊ ကလေးသူငယ်အလွဲသုံးစားမှုနဲ့ ဆိုးသွမ်းသောင်းကျန်းမှုတွေကို တိုင်ကြားတာ) စတာတွေကို တိုက်ရိုက်မဟုတ်တောင် သွယ်ဝိုက်ပြီးဖြစ်ဖြစ် ပါဝင်ဆောင်ရွက်ကြရမှာ ဖြစ်ပါတယ်။

တစ်ခါတလေမှာ လူထုကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းရဲ့အကျိုးစီးပွားဟာ လူနာတစ်ဦးချင်းရဲ့ အကျိုးစီးပွားကို ဆန့်ကျင်ဖီလာပြုမှုတွေ ရှိလာတတ်ပါတယ်။ ဥပမာ။ လူထုကျန်းမာရေးအတွက် ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးတဲ့အခါမှာ လူထုကို ရောဂါမပြန့်ပွားအောင် တားဆီးကာကွယ်ပေးထားလိုက်နိုင်ပေမယ့်၊ ကာကွယ်ဆေးရဲ့ မလိုလားအပ်တဲ့အာနိသင်တွေကြောင့် လူနာမှာရောဂါခံစားသွားရတာမျိုးတွေ ရှိလာတတ်ပါတယ်။ နောက်ထပ် ဥပမာတစ်ခုကတော့၊ ကူးစက်ရောဂါတစ်ခုခုကို ဒါမှမဟုတ် ကလေးသူငယ်အလွဲသုံးစားမှု တစ်ခုခုကို သတင်းပို့ရတဲ့အခါမျိုးမှာနဲ့၊ ကားမောင်းခွင့်၊ လေယာဉ်မောင်းနှင်ခွင့်တွေကို ပိတ်ပင်ရလောက်တဲ့အထိ ရောဂါဝေဒနာ ခံစားနေရသူတစ်ဦးဦးကို တိုင်ကြားသတင်းပို့ပေးရတဲ့အခါမျိုးတွေမှာ၊ လူထုကျန်းမာရေး အကျိုးစီးပွားနဲ့ လူတစ်ဦးချင်းရဲ့ ကျန်းမာရေးအကျိုးစီးပွားတွေဟာ ထိပ်တိုက်ရင်ဆိုင်မှုတွေ ဖြစ်ပေါ်လာတတ်ပါတယ်။ ဒီဥပမာတွေကတော့ နှစ်ဘက်စလုံးကို နှစ်ခွဲသစ္စာထားပေးရမယ့် အခြေအနေမျိုးတွေကို ဖော်ပြလိုက်တာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ သစ္စာထားနည်းနိဿည်းတွေကိုတော့ အခန်း-၂ မှာ လူနာ့လျှို့ဝှက်ချက်ကို ထိန်းသိမ်းပေးထားခြင်း (Confidentiality)ဆိုတဲ့ခေါင်းစဉ်နဲ့ ဆွေးနွေးခဲ့ပြီးဖြစ်ပါတယ်။ လူထုကျန်းမာရေး ဆောင်ရွက်ချက်ကြောင့် လူနာတစ်ဦးချင်းစီမှာ ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်တဲ့ ခံစားရမှုတွေကို အတတ်နိုင်ဆုံး လျော့နည်းသွားရလေအောင် ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ နည်းနာကြံဆပြီး လုပ်ဆောင်ပေးဖို့ တာဝန်ရှိပါတယ်။ နမူနာပြုရဆိုရရင်၊ တိုင်ကြားသတင်းပို့ဖို့ လိုအပ်တဲ့အခြေအနေမျိုးမှာ၊ လူနာအတွက်လျှို့ဝှက်ပေးထားရမယ့် သတင်းအချက်

အလက်တွေကို အတတ်နိုင်ဆုံး လျှို့ဝှက်ပေးထားဖို့နဲ့ တစ်ချိန်တည်းမှာပဲ ဥပဒေရဲ့ တောင်းဆိုချက်တွေကို ဖြည့်ဆည်းပေးဖို့ လုပ်ဆောင်ကြရမှာဖြစ်ပါတယ်။

လူထုအကျိုးစီးပွားနဲ့ လူတစ်ဦးချင်းအကျိုးစီးပွား ပဋိပက္ခဖြစ်စေတဲ့ နောက်ထပ်အခြေအနေ တစ်မျိုးလည်း ရှိပါသေးတယ်။ အဲဒါကတော့ လူနာကိုယ်တိုင် ခံရယူစား ပိုင်ခွင့်မရှိတဲ့ အကျိုးအမြတ်တစ်ခုခုကို ခံစားရယူနိုင်ဖို့ ဆရာဝန်ဆီမှာ အကူအညီအတောင်းခံလာကြတာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဥပမာ၊ ကျန်းမာရေး အာမခံကုမ္ပဏီက ဆေးကုသခငွေစိုက်ထုတ်ပေးလာအောင် ဆရာဝန်ဆီမှာ ထောက်ခံချက်တောင်းခံတာမျိုးနဲ့၊ လုပ်ငန်းခွင်အတွက် ဆေးခွင့်ရေးပေးဖို့ တောင်းခံတာမျိုးတွေပဲဖြစ်ပါတယ်။ ရောဂါအခြေအနေတစ်ရပ် ရပ်အပေါ်မှာ အကျိုးခံစားခွင့်တွေပေးနိုင်ဖို့ လုပ်ငန်းဌာနတွေ၊ ကုမ္ပဏီတွေက ဆရာဝန်တွေကို ခန့်အပ်ပြီး ထောက်ခံချက် ရေးခိုင်းစေတာမျိုးတွေလည်း ရှိပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ မသင့်လျော်တဲ့ထောက်ခံချက်ကို ရေးပေးဖို့ စိတ်မပါ ဖြစ်နေတတ်ပါတယ်။ ဒီလိုအခြေအနေမျိုးမှာ ကျင့်ဝတ်နဲ့မလျော်ညီတာတွေကို မလုပ်ဆောင် မိစေဖို့ မိမိရဲ့လူနာကို အခြားနည်းလမ်းတွေ ရှာကြံအကူအညီပေးပြီး ဖျောင်းဖျပေးဖို့ လိုအပ်လာပါတော့တယ်။

ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာကျန်းမာရေး (Global Health)

ဆရာဝန်တွေရဲ့ လူမှုအသိုင်းအဝန်းအတွက် တာဝန်ယူမှုတွေဟာ မကြာခင်နှစ်များအတွင်းက ပိုမို ကျယ်ပြန့်လာပြီး ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအတွက်ကိုပါ တာဝန်ယူဖို့လိုအပ်လာတယ်လို့ မှတ်ယူလာနေ ကြပါပြီ။ ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးဆိုတဲ့ စကားရပ်ကို အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုရရင် “ကျန်းမာရေးပြဿနာနဲ့ ကျန်းမာရေး စိုးရိမ်ပူပန်မှုတွေဟာ နိုင်ငံတစ်နိုင်ငံရဲ့ နယ်နိမိတ်ကို ဖြတ်ကျော်ပြီး အခြားနိုင်ငံတွေကို အကျိုး သက်ရောက်မှုတွေ ဖြစ်ပေါ်လာစေရုံသာမက၊ နိုင်ငံပေါင်းစုံ ပူးပေါင်းပါဝင်ဖြေရှင်းပြီး အဖြေရှာဖို့ လိုအပ်တဲ့ ကျန်းမာရေးအခြေအနေမျိုးကို ဂလိုဘယ်ဟဲ့လို့ ခေါ်ဆိုတာ ဖြစ်ပါတယ်။” ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ လွှမ်းမိုး ဖြစ်ထွန်းမှု-ဂလိုဘယ်လိုက်ဇေးရှင်း ရွေ့လျားမှုကြီးရဲ့ ဖြစ်စဉ်တစ်ခုဖြစ်ပြီး သတင်းဖလှယ်မှုတွေ၊ စီးပွားရေး၊ နိုင်ငံရေး၊ ကုန်သွယ်ရေး၊ ခရီးသွားလုပ်ငန်းနဲ့ အခြားလူချင်း ဖလှယ် ရတဲ့လုပ်ငန်းတွေ အကုန်လုံး ပါဝင်ပတ်သက်နေပါတယ်။

လူတစ်ဦးချင်းနဲ့ လူမှုအဖွဲ့အစည်းတွေဟာ တစ်ဦးကိုတစ်ဦး အပြန်အလှန်မှီခိုပြီး ပိုမိုယှက်နွယ်လာနေကြတယ်ဆိုတဲ့ အခြေခံကို ဂလိုဘယ်လိုက်ဇေးရှင်းက လက်ခံထားရှိပါတယ်။ တုပ်ကွေးရောဂါ ကူးစက်တာနဲ့ SARS ရောဂါတွေ အလျင်အမြန် ကူးစက်ပြန့်ပွားလာ တာတွေက လူသားတွေရဲ့ကျန်းမာရေးနဲ့ ပတ်သက်ပြီး ဂလိုဘယ် လိုက်ဇေးရှင်းကို ပိုမိုသိသာထင်ရှားလာစေပါတယ်။ ဒီရောဂါတွေ ထိန်းချုပ်နိုင်ဖို့ နိုင်ငံတကာရဲ့ အရေးယူ ဆောင်ရွက်မှုတွေ လိုအပ်လာရပါတယ်။ နိုင်ငံတစ်နိုင်ငံမှာရှိနေတဲ့ ဆရာဝန်တစ်ယောက်ယောက်က ကူးစက်



မြန်မာ့ရောဂါတစ်ခုခုကို မသိရှိမကုသနိုင်လိုက်ခဲ့ဖူးဆိုရင်၊ အခြားနိုင်ငံတွေမှာရှိတဲ့ လူနာပေါင်းများစွာဟာ ဒုက္ခပေါင်းစုံ ခံစားသွားကြရဖို့ရှိနေပါတယ်။ (Failure to recognize and treat highly contagious diseases by a physician in one country can have devastating effects on patients in other countries)။

ဒါ့ကြောင့် ဆရာဝန်တစ်ယောက်ရဲ့ သမားကျင့်ဝတ်တာဝန်ဟာ မိမိရဲ့လူနာတစ်ယောက်အပေါ်မှာတင် မဟုတ်တော့ဘဲ၊ လူနာရဲ့ လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းကို ကျော်လွန်ပြီး နိုင်ငံများစွာအထိ ပျံ့နှံ့လို့ သွားရပါတော့တယ်။

ကျန်းမာရေးကို ကမ္ဘာနဲ့အဝန်း လွှမ်းခြုံဖြစ်ထွန်းကြည့်လိုက်မယ်ဆိုရင် နိုင်ငံအသီးသီးမှာ ကျန်းမာရေး မညီမျှမှု (Health disparities)တွေ တိုးတက်များပြားလာနေတာကို တွေ့မြင်ကြရမှာဖြစ်ပါတယ်။ အဆင်းရဲဆုံး နိုင်ငံတွေမှာ အသေစောမှုကာကွယ်ရေးအစီအစဉ်တွေ၊ ရောဂါဘယတားဆီးရေး အစီအစဉ်တွေကြောင့် ကျောက်ကြီးရောဂါ လုံးဝပျောက်ကွယ်သွားရတာမျိုးတွေ၊ ပိုလီယိုကင်းစင်ကမ္ဘာတစ်ခွင်လို့ခေါ်တဲ့ အောင်မြင်မှု မျိုးတွေ ရရှိခဲ့ပါတယ်။ သို့ပေမယ့်လည်း ချမ်းသာတဲ့နိုင်ငံတွေနဲ့ ဝင်ငွေနည်းတဲ့နိုင်ငံတွေအကြား ကျန်းမာရေး အဆင့်အတန်း ကွာခြားချက်ကတော့ ကြီးမားနေရဆဲပဲဖြစ်ပါတယ်။ အကြောင်းတစ်ရပ်ကတော့ HIV/AIDS ရောဂါဆိုးကြီးက ဆင်းရဲတဲ့နိုင်ငံတွေကို အဆိုးရွားဆုံး ဝါးမျှီနှိပ်စက်နေတာကြောင့် ဖြစ်ရပြီး၊ နောက်ထပ် အကြောင်းတစ်ရပ်ကတော့ လွန်ခဲ့တဲ့ဆယ်စုနှစ်အတွင်းက ကမ္ဘာတစ်ဝန်း အောင်မြင်ဖြစ်ထွန်းခံစားလိုက် ကြရတဲ့ ကျန်းမာရေးသယံဇာတ အသီးအပွင့်တွေကို ဝင်ငွေနည်းနိုင်ငံတွေက လုံးဝမခံစားကြရသေးလို့ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆင်းရဲမွဲတေမှု-Poverty ဆိုတာဟာ အဓိကအားဖြင့် နိုင်ငံရေးနဲ့စီးပွားရေး မခိုင်လုံမှုကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာရတာဖြစ်ပြီး၊ ဆရာဝန်တွေနဲ့ ဆရာဝန်အဖွဲ့အစည်းတွေက ဘယ်လိုနည်းနဲ့မှ ဖြေရှင်းပေးလို့ မရနိုင်ပါဘူး။ ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ Poverty ကြောင့်ဖြစ်ပေါ်လာရတဲ့ ကျန်းမာရေးပြဿနာကိုသာလျှင် ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းပေးတတ်ကြဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ဝင်ငွေနည်းနိုင်ငံတွေမှာ ကျန်းမာရေး သယံဇာတ အရင်း အမြစ်တွေကလည်း ရှားပါးနေတတ်တာမို့ ရှိပြီးသားအရင်းအမြစ်တွေကိုပဲ အမျှတဆုံးဖြစ်အောင် နေရာချ သုံးစွဲပေးဖို့ စိန်ခေါ်မှုပေါင်းစုံနဲ့ ရင်ဆိုင်နေကြရတတ်ပါတယ်။ ဝင်ငွေအသင့်အတင့်နဲ့ ဝင်ငွေတောင့်တင်း တဲ့ နိုင်ငံတွေမှာတောင် ဂလိုဘယ်လိုက်ဇေးရှင်းဖြစ်ထွန်းမှုကို ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ ရင်ဆိုင်နေကြရပါတယ်။ ဥပမာ- နိုင်ငံတစ်နိုင်ငံက ထွက်ပြေးလာတဲ့ ဒုက္ခသည်-refugees တွေဟာ သူတို့ကို လက်ခံထားတဲ့နိုင်ငံက နိုင်ငံသားတွေ ခံစားနေရတဲ့ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုမျိုးကို မခံစားကြရတာမျိုးတွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။

နောက်ထပ်ဂလိုဘယ်လိုက်ဇေးရှင်းရဲ့ ဖြစ်စဉ်တစ်ခုကတော့ ဆရာဝန်တွေ၊ ကျန်းမာရေးပညာရှင် တွေ နိုင်ငံတကာကို ရွှေ့ပြောင်းထွက်ခွာနေကြတာပဲဖြစ်ပါတယ်။ ဖွံ့ဖြိုးဆဲနိုင်ငံက ဆရာဝန်တွေဟာ စက်မှု ထွန်းကားတဲ့ ဖွံ့ဖြိုးပြီးနိုင်ငံတွေကို ထွက်ခွာပြီး အလုပ်လုပ်နေလာကြပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေအတွက်ရော၊ လက်ခံတဲ့နိုင်ငံအတွက်ပါ အကျိုးဖြစ်ထွန်းမှုတွေ ရှိစေပါတယ်။ စွန့်ခွာခဲ့တဲ့နိုင်ငံအတွက်တော့ အကျိုးယုတ် လျော့သွားရပါတယ်။ WMA ရဲ့ ဆရာဝန်များ နိုင်ငံတကာမှာ အလုပ်လုပ်ကိုင်မှုအတွက် ကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန် ချက်- Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians မှာ ပြဆိုထားတာက “ဆရာဝန်များသည် အသက်မွေးဝမ်းကျောင်း တိုးတက်ရန်အလို့ငှာ မိမိနိုင်ငံမှထွက်ခွာ အလုပ်လုပ်ခြင်း

သို့တည်းမဟုတ် မူလလက်ခံနိုင်ငံမှ နောက်ထပ်တစ်နိုင်ငံသို့ ပြောင်းရွှေ့အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်းများအတွက် တားဆီးချုပ်ချယ်ခြင်း မရှိစေရ။ သို့သော် နိုင်ငံတိုင်းသည် မိမိနိုင်ငံလိုအပ်ချက်နှင့်အညီ၊ လုံလောက်သော ဆရာဝန်များ၊ အရည်အချင်းပြည့်သော ဆရာဝန်များအား သင်ကြားပေးထုတ်ပေးရန် အစွမ်းထက်ဆုံး ဆောင်ရွက်ထားရှိရန် လိုအပ်သည်။ မိမိနိုင်ငံလိုအပ်ချက်အတွက် အခြားနိုင်ငံမှ ဆရာဝန်များအား ဝင်ရောက် အလုပ်လုပ်ကိုင်စေခြင်းအပေါ် မှီခိုအားထားခြင်း အလျဉ်းမရှိစေရ။” လို့ ပါရှိပါတယ်။

စက်မှုထွန်းကားတဲ့နိုင်ငံက ဆရာဝန်တွေဟာ အစဉ်အလာအရ ဖွံ့ဖြိုးဆဲနိုင်ငံတွေကို သွားရောက်ပြီး သူတို့ရဲ့ ကျွမ်းကျင်မှုတွေကို သွားရောက်သင်တန်းပေးမှုဝေတာမျိုးတွေ ရှိနေတတ်ပါတယ်။ ပုံစံအမျိုးမျိုးနဲ့ သွားရောက် ကြလေ့ရှိပါတယ်။ အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာကြက်ခြေနီအသင်း၊ လခြမ်းနီအသင်း၊ နယ်စည်းမခြား ဆရာဝန်အဖွဲ့စတာ တွေကနေတစ်ဆင့် အရေးပေါ်ဆေးကုသမှု အကူအညီပေးတာမျိုးတွေ၊ အာခေါင်ကွဲ၊ မျက်စိတိမ် ခွဲစိတ်ကုသပေး တာမျိုးတွေ၊ ဆေးတက္ကသိုလ်တွေမှာ အချိန်ပိုင်းသွားရောက် သင်ကြားပေးတာမျိုးတွေ၊ ရေတိုရေရှည် သုတေသန စီမံကိန်းတွေမှာ ပါဝင်ဆောင်ရွက်ပေးတာတွေ၊ ဆေးဝါးနဲ့ဆေးကုသမှု အထောက်အကူပစ္စည်းတွေ ပေးအပ် လှူဒါန်းတာမျိုးတွေ ပြုလုပ်တတ်ကြပါတယ်။ ဒီအစီအစဉ်တွေဟာလည်း ဂလိုဘယ်လိုက်ဇေးရှင်းရဲ့ အကျိုးရှိတဲ့ ဖြစ်စဉ်တွေဖြစ်ပြီး အနိမ့်ဆုံးအနေနဲ့ ဆင်းရဲတဲ့နိုင်ငံက ဆရာဝန်တွေ၊ ချမ်းသာတဲ့နိုင်ငံတွေကို ရွှေ့ပြောင်း အလုပ်လုပ်ကိုင်နေကြတာတွေကို တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအားဖြင့် တားဆီးပေးနိုင်ဖို့ ဖြစ်လာစေနိုင်ပါတယ်။

နမူနာပြဿနာကိုပြန်လည်သုံးသပ်ကြည့်ခြင်း

ဖော်ပြပြီးခဲ့တဲ့ ဆရာဝန်နဲ့လူမှုအဖွဲ့အစည်း ဆက်ဆံရေးအခြေအနေတွေကို လေ့လာသုံးသပ်ပြီးပြီဆို ရင် နမူနာပြဿနာမှာပါရှိတဲ့ လူနာအပြုအမူကြောင့် လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းပေါ်မှာ ကျရောက်လာနိုင်တဲ့ပြဿနာ တွေကို ထည့်သွင်းသုံးသပ်တဲ့ ဒေါက်တာလွင်မေဦးရဲ့တွေးခေါ်ချက်တွေဟာ မှန်ကန်တယ်လို့ ဆိုနိုင်ပါတယ်။ တခြားဆရာဝန်တွေနဲ့ ပြသတိုင်ပင်နေခြင်းဟာ ဒေါက်တာလွင်မေဦး အလုပ်လုပ်နေတဲ့ကျန်းမာရေးစနစ်ရဲ့ ပြင်ပမှာ ဖြစ်ပေါ်နေပြီး၊ လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းအတွက် ငွေကြေးတစ်စုံတစ်ရာ ထိခိုက်မှုမရှိစေတာ မှန် သော်လည်း၊ ဒေါက်တာလွင်မေဦးဆီမှာ ပြန်လည်လာရောက်ပြသနေခြင်းကြောင့် တခြားလူနာတွေ ကြည့်ရှု ပေးရမယ့်အချိန်တွေကို ဒီလူနာက ဖြုန်းတီးသုံးစွဲပစ်လိုက်တာ ဖြစ်သွားပါတယ်။ ဒေါက်တာလွင်မေဦးကဲ့သို့ သော ဆရာဝန်တွေဟာ ဒီလိုပြဿနာမျိုးတွေအတွက် သတိထား ဖြေရှင်းကြဖို့လိုပါတယ်။ လူနာအများစု ဟာ အကြောင်းအမျိုးမျိုးကြောင့် ကျိုးကြောင်းခိုင်လုံတဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်တွေကို မချနိုင်ကြရှာပါဘူး။ သူတို့ ကိုယ်တိုင်နဲ့ တခြားသူတွေပါ အကျိုးရှိစေဖို့ လုံလောက်တဲ့ ကျန်းမာရေးအသိပညာပေးမှုနဲ့ အချိန်အတော် များများ ရယူနိုင်ဖို့လိုအပ်ပါတယ်။ ဒေါက်တာလွင်မေဦးအနေနဲ့ သက်ဆိုင်ရာ ဆေးကောင်စီကို ချဉ်းကပ်ပြီး အဖွဲ့အစည်းဆိုင်ရာ အဖြေရှာနိုင်ဖို့ ကြိုးစားတာဟာ လျော်ကန်သင့်မြတ်လှပါတယ်။ သူ ရင်ဆိုင်နေရတဲ့ ပြဿနာဟာ သူနဲ့သူ့လူနာတစ်ယောက်တည်းကိုသာ ထိခိုက်နေတာမဟုတ်ဘဲ တခြားဆရာဝန်တွေနဲ့ တခြား လူနာတွေကိုလည်း ထိခိုက်နေလို့ပဲ ဖြစ်ပါတော့တယ်။

တစ်နေ့ ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်း

(Physicians and Colleagues)

ရည်ရွယ်ချက်။ ဤအခန်းကို လေ့လာတတ်မြောက်ပြီးပါက သင်သည် . . .

- ဆရာဝန်တစ်ဦးနှင့်တစ်ဦး မည်သို့ပြုမူဆက်ဆံသင့်သည်ဆိုသည်ကို ဖော်ထုတ်ပြသနိုင်မည်။
- အပေါင်းအဖော် ဆရာဝန်တစ်ဦး၏ကျင့်ဝတ်နှင့် မလျော်ညီသော အပြုအမူများကို တရားသော နည်းလမ်းဖြင့် တိုင်ကြားအသိပေးလာနိုင်မည်။
- အခြားကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရာတွင် ပေါ်ပေါ်လာနိုင်သော ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ အဓိကပြဿနာများကို သိသာလာနိုင်မည်။

အခြားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူများနှင့် ပဋိပက္ခတစ်စုံတစ်ရာ ဖြစ်ပေါ်လာပါက ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းရမည့် နည်းလမ်းများကို ရှင်းပြလာနိုင်မည်။



နမူနာပြဿနာ-၃။

ဒေါက်တာမောင်စိန်ဟာ မြို့တော်ဆေးရုံကြီးမှာ ဝင်ရောက်လုပ်ကိုင်နေတဲ့ ခွဲစိတ်ခန်းအကူအထွေထွေရောဂါကု ဆရာဝန်အသစ်လေးတစ်ယောက် ဖြစ်ပါတယ်။ ခွဲစိတ်ခန်းထဲမှာ လုပ်သက်ရင့်ခွဲစိတ်ဆရာဝန်ကြီးတစ်ယောက်ရဲ့ အပြုအမူကို တွေ့ရှိလိုက်ရပြီး ထိတ်လန့်တုန်လှုပ်သွားခဲ့ရပါတယ်။ ခွဲစိတ်ဆရာဝန်ကြီးဟာ ခေတ်မမီတော့တဲ့ ခွဲစိတ်ကုသနည်းတွေကိုသုံးစွဲပြီး ခွဲစိတ်ကုသနေတဲ့အတွက် လူနာတွေဟာ ပိုမိုနာကျင်နေကြရပြီး၊ နာလန်ထတာတွေလည်း နွေးကွေးနေရပါတော့တယ်။ လူနာတွေကိုလည်း ရိုင်းစိုင်းတဲ့

နောက်ပြောင်ကျီစယ်မှုတွေ ပြုလုပ်လေ့ရှိတဲ့အတွက် သူနာပြုတွေနဲ့ ဝန်ထမ်းတွေကတောင် မျက်နှာပူကြရပါတယ်။ ဒေါက်တာမောင်စိန်အနေနဲ့ လုပ်သက်နုပြီး ငယ်ရွယ်သူဖြစ်နေတာကြောင့် ခွဲစိတ်ဆရာဝန်ကြီးရဲ့ အပြုအမူကို မဝေဖန်ရဲဘဲ ရှိနေတဲ့အပြင်၊ အထက်အာဏာပိုင်တွေကိုလည်း မတိုင်ကြားရဲဘဲ ရှိနေရပါတယ်။ အခြေအနေတွေ ကောင်းမွန်လာရအောင် သူ့အနေနဲ့ တစ်ခုခုတော့ ပြုလုပ်သင့်တယ်လို့ တွေးတောနေမိနေလေရဲ့။ ဒေါက်တာမောင်စိန်နေရာမှာ သင်သာဆိုရင် ဘယ်လိုဖြေရှင်းပေးမှာလဲ။

ကျန်းမာရေးအာဏာပိုင်တွေကို စိန်ခေါ်နေမှုများ

ဆရာဝန်တွေဟာ အစဉ်အလာအရ အထက်အောက်ကြီးစိုးမှု၊ အရှိန်အဝါအရ အရေးပါမှုနဲ့ အသာစီးရမှု (Hierarchical fashion) တွေ ရောပြွမ်းနေတဲ့ အသက်မွေးဝမ်းကျောင်းဝန်းကျင်မှာ ကျင်လည်ခဲ့ရတာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်လောကထဲမှာရော ဆရာဝန်အပြင်ပလောကထဲမှာပါ ဒီကြီးစိုးမှုကြီးက ရှိနေဆဲ



ဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်လောကအတွင်းမှာတင် ကြီးစိုးမှုက သုံးမျိုးသုံးစား ရှိနေရပြန်ပါတယ်။ ပထမကြီးစိုးမှုက စပါယ်ရှယ်လစ်တွေ အချင်းချင်းကြားမှာ ဘယ်အထူးကု ဘာသာရပ်ကတော့ဖြင့် ပိုမိုအရေးပါတယ်၊ သိက္ခာရှိတယ်၊ ဝင်ငွေပိုမိုရတယ်ဆိုတဲ့ ကြီးစိုးမှုပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဒုတိယကတော့ အထူးကုပညာရပ်တစ်ခုထဲမှာတင်ပဲ ပညာသင်ကြားရေးမှာ တာဝန်ထမ်းဆောင်နေသူတွေက ပုဂ္ဂလိကနဲ့ အစိုးရဌာနတွေမှာ လုပ်ကိုင်ရသူတွေထက် သာလွန်တယ်ဆိုတဲ့ ကြီးစိုးမှုပဲဖြစ်ပါတယ်။ တတိယကြီးစိုးမှုကတော့ လူနာကုသရာမှာ လူနာနဲ့ပထမဦးဆုံး ထိတွေ့ကုသမှုပေး

လိုက်ရတဲ့ဆရာဝန် (Primary caregiver) က အခြားအခြားသော ဆရာဝန်တွေကို ကြီးစိုးအသာစီး ရယူထားတာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဘယ်လောက်ပဲလုပ်သက်ရင့်ရင့်၊ ဘယ်လောက်ပဲ ကျွမ်းကျင်တဲ့ ဆရာဝန်ဖြစ်ပါစေ၊ ပဏာမတွေ့ထိတဲ့ ဆရာဝန်က လွှဲမပေးမချင်း လူနာကိုကြည့်ရှု ကုသခွင့် မရရှိကြပါဘူး။ (မြန်မာနိုင်ငံမှာတော့ လူနာတွေအနေနဲ့ ကိုယ်ကြိုက်နှစ်သက်ရာ စပါယ်ရှယ်လစ်ကို ကိုယ်ကြိုက်သလိုရွေးချယ်ပြီး ပြသနိုင်ခွင့်ရှိကြပါတယ်)။ ဆရာဝန်လောကကို ကျော်လိုက်ရင် လူနာစောင့်ရှောက်သူတွေအချင်းချင်းအကြားမှာ သူနာပြုတွေနဲ့ အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပညာရှင်တွေထက် ဆရာဝန်တွေက အသာစီးရနေရပြန်ပါတယ်။ ယခုတင်ပြမယ့် အခန်းမှာ ဆရာဝန်အတွင်းလောကနဲ့ ဆရာဝန်အပြင်လောကတွေမှာ ပေါ်ပေါက်နေတဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ပြဿနာတွေကို တင်ပြဆွေးနွေးသွားမှာ ဖြစ်ပါတယ်။ ပြဿနာအချို့က လောကတစ်ခုထဲမှာ

ဖြစ်ပေါ်နေတတ်ပြီး တချို့ပြဿနာတွေကတော့ လောကနှစ်ခုစလုံးမှာ တွေ့ရှိရနိုင်ပါတယ်။ ပြဿနာ တော်တော်များများဟာ ခေတ်မီလာတဲ့ ဆေးသိပ္ပံပညာကြောင့် ပေါ်ပေါက်လာရတဲ့ ပြဿနာအသစ်တွေ ဖြစ်လို့နေပါတယ်။ ရှေးရိုးသမားစဉ်ကျင့်ဝတ်ကို အစဉ်တစိုက် ကျင့်သုံးနေတဲ့ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအာဏာ ပိုင်တွေအတွက် ဒီပြဿနာသစ်တွေဟာ စိန်ခေါ်မှုတွေ ဖြစ်လာရပါတော့တယ်။

အရှိန်အဟုန်နဲ့ တိုးတက်လာတဲ့ ဆေးသိပ္ပံနဲ့ဆေးကုသရေး စနစ်တွေကြောင့် ဆေးပညာဟာ ပိုမိုရှုပ်ထွေး နက်နဲလာရပါတယ်။ ဆရာဝန်တစ်ယောက်တည်းက ရောဂါပေါင်းစုံအကြောင်းနဲ့ ကုသနည်း ပေါင်းစုံ အကြောင်းတွေကို နဲ့နဲ့စပ်စပ် မသိမြင်လာနိုင်တော့ပါဘူး။ စပါယ်ရှယ်လစ်တွေ၊ သူနာပြုတွေ၊ ဆေးဝါးကျွမ်းကျင်သူတွေ၊ ဓာတ်ခွဲ ကျွမ်းကျင်သူတွေ၊ အကြောအဆစ် လေ့ကျင့်ခန်းကျွမ်းကျင်သူ၊ လူမှုရေး လုပ်သားစတဲ့ ပညာရှင်ပေါင်းစုံရဲ့ အကူအညီကို ရယူလာနေကြရပြီ ဖြစ်ပါတယ်။ လူနာတွေကို လိုအပ်တဲ့အခါမှာ ဘယ်လိုကျွမ်းကျင်သူ တွေဆီကို လွှဲပေးရမလဲဆိုတာကို ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ သိရှိထားဖို့လိုအပ်လာပါတယ်။



အခန်း-၂ တုန်းက ဆွေးနွေးပြခဲ့တဲ့ **ဆရာကောင်းတယ်ထင်တာသာလုပ်ပါ**ဆိုတဲ့ (Medical paternalism)ခေတ်ကနေ၊ လူနာအခွင့်အရေးကိုအရေးထားတဲ့ **လူနာကိုယ်တိုင်ဆုံးဖြတ်ပါစေ**ဆိုတဲ့ ခေတ်ကို ဝင်ရောက်လာနေပြီဖြစ်ပါတယ်။ ရှေးရိုးသမားစဉ် ရရှိခဲ့တဲ့ဆရာဝန်ရဲ့ အာဏာတွေကို စုပေါင်းဆုံးဖြတ်တဲ့ စနစ်နဲ့ အစားထိုးနေကြပါပြီ။ ဆရာဝန်နဲ့ဆေးဘက်ဝန်ထမ်းတွေရဲ့ ဆက်ဆံရေးဟာလည်း ဒီနည်းနှင့်နှင် ပြောင်းလဲလိုက်လာနေပါတယ်။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဝန်ထမ်းတွေဟာ ဆရာဝန်အမိန့်ပေးတာတွေကို ကျိုးကြောင်း မခိုင်လုံခဲ့ရင် ငြင်းဆန်မှုတွေ ပြုလာနေကြပါတယ်။ သူတို့ကိုယ်သူတို့ ထူးခြားတဲ့ကျင့်ဝတ်တွေကို လိုက်နာနေရ တဲ့ ပညာရှင်တွေလို့ သဘောထားလာနေကြပါပြီ။ လူနာအပေါ်မှာ သူတို့ခံယူထားတာနဲ့ ဆရာဝန်ညွှန်ကြား အမိန့်ပေးလုပ်ခိုင်းနေတာတွေဟာ ကွဲပြားမှုရှိနေတယ်လို့ ယူဆလာရင် စောဒကတက်ပိုင်ခွင့်ရှိတယ်လို့ ခံယူလာနေကြပြီ။ ဆရာဝန်ကို စိန်ခေါ်လာနေကြပါပြီ။ ဆရာဝန်အာဏာကြီးစိုးတဲ့ ခေတ်အခါတုန်းက ဘယ်သူက အကြီးအကဲလည်း၊ ဘယ်သူက ပြဿနာကို ဖြေရှင်းပေးမှာလဲဆိုတာတွေကို သံသယမရှိခဲ့ကြပေ မယ့် စုပေါင်းဆုံးဖြတ်ဖြေရှင်းပေးရမယ်ဆိုတဲ့အခါမှာတော့ အငြင်းပွားမှုတွေ ပေါ်ပေါက်လာရပါတော့တယ်။

ဒီလိုတိုးတက်ဖြစ်ထွန်းမှုတွေကြောင့် ဆရာဝန်အချင်းချင်း ဆက်ဆံရေးနဲ့ ဆရာဝန်နဲ့ ဆေးဘက် ဝန်ထမ်းတွေ ဆက်ဆံရေးတွေမှာ အားပြိုင်တဲ့ စည်းကမ်းသတ်မှတ်မှုတွေ ပေါ်ပေါက်လာရပါတော့တယ်။ ဒီဆက်ဆံမှုတွေရဲ့ ပြဿနာတွေနဲ့ ဖြေရှင်းနိုင်တဲ့နည်းတွေကို အကြံပြု ဆွေးနွေးပေးသွားပါမယ်။

**ဆရာဝန်အချင်းချင်းဆက်ဆံရေး၊
ဆေးကျောင်းသားနဲ့သင်ကြားရေးဆရာဝန်ဆက်ဆံရေး
(Relationships with Physician Colleagues, Teachers and Students)**

ဆေးပညာရှင်တွေအကြားမှာ တစ်ဦးနဲ့တစ်ဦး ဆက်ဆံတဲ့နေရာမှာ မိတ်ဆွေအဆင့်ထက်ပိုမိုပြီး မိသားစုဝင်တွေလို ညီအစ်ကိုမောင်နှမတွေလို ဆက်ဆံရမယ်လို့ အစဉ်အလာထားခဲ့ပါတယ်။ WMA ရဲ့ Declaration of Geneva မှာ “ကျွန်ုပ်၏မိတ်ဆွေဆရာဝန်များသည် ကျွန်ုပ်၏ညီအစ်ကိုမောင်နှမများ ဖြစ်ကြသည်။” လို့ ပါရှိပါတယ်။

မြန်မာနိုင်ငံမှာ ဆရာဝန်များ ဘွဲ့ယူစဉ်ရွတ်ဆိုကြရတဲ့ သစ္စာအဓိဋ္ဌာန်မှာလည်း ကျွန်ုပ်သည် လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက် ဆေးပညာရှင်များကို ညီရင်းအစ်ကို မောင်ရင်းနှမကဲ့သို့ လေးစားစွာ ဆက်ဆံပါအံ့ . . . လို့ ပါရှိပါတယ်။ ဒီအချက်အလက်တွေကို ခံယူကျင့်သုံးကြတဲ့အခါမှာတော့ တစ်နိုင်ငံနဲ့တစ်နိုင်ငံ ကွဲပြားလာကြပြီး အချိန်ကာလကြာညောင်းလာတာနဲ့အမျှ ယိမ်းယိုင်လာတာတွေကိုလည်း တွေ့မြင်လာနေရပါတယ်။ ဥပမာ အားဖြင့် ဆရာဝန်တွေရဲ့ဝင်ငွေကို စမ်းသပ်ကြည့်ရှုပေးရတဲ့ ဝန်ဆောင်မှုအပေါ်မူတည်ပြီး (Fee-for-service) သတ်မှတ်ကြတဲ့အခါမျိုးမှာ၊ သမားစဉ်ဂုဏ်ခြံ (Professional courtesy)အရ ဆရာဝန်အချင်းချင်း စမ်းသပ်ခ၊ စစ်ဆေးကုသပေးခတွေကို ရယူကြလေ့မရှိပါဘူး။ ကြားခံ အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုခုက လူနာကိုယ်စား ဝင် ငွေပေးချေပေးလေ့ရှိတဲ့ တိုင်းပြည်တွေမှာတော့ ဒီသမားစဉ်ဟာ လျော့နည်းကျဆင်းလာခဲ့ရပါတော့တယ်။

လူနာကို ကိုယ်စွမ်းဉာဏ်စွမ်းရှိသမျှ ကုသပေးကြတဲ့နေရာမှာ ဆရာဝန်အချင်းချင်းလေးစားကြဖို့ နဲ့ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ကြဖို့တွေ လိုအပ်နေပါတယ်။ ဒါ့အပြင် WMA International Code of Medical Ethics အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာ သမားကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်မှာ တားမြစ်ချက်(၂)ခုကို အတိအလင်း ဖော်ပြပေးထားပါတယ်။ အဲ့ဒါတွေကတော့ . . .

- (၁) ဆရာဝန်တစ်ဦးမှတစ်ဦးကို လူနာလွှဲပြောင်းရည်ညွှန်းပို့ပေးခြင်းအတွက် အခကြေးငွေ၊ သို့တည်းမဟုတ် အလားတူ သဘောသက်ရောက်စေသော မည်သည့်အရာကိုမဆို ပေးကမ်းခြင်း၊ လက်ခံရယူခြင်းများ မပြုလုပ်ရ။
- (၂) ဆရာဝန်တစ်ဦးနှင့် ကုသနေသောလူနာကို အခြားဆရာဝန်တစ်ဦးကခိုးယူခြင်း၊ လုယူကုသခြင်းများ မပြုလုပ်ရလို့ ပါရှိပါတယ်။

တတိယတာဝန်တစ်ရပ်ဖြစ်တဲ့ ဆရာဝန်တစ်ဦးရဲ့ ကျင့်ဝတ်နဲ့ မလျော်ညီတဲ့ အပြုအမူ ဒါမှမဟုတ် မကျွမ်းကျင်သော အပြုအမူတွေကို သိရှိနေပါက၊ တိုင်ကြားသတင်းပို့ဖို့ လိုတယ်ဆိုတဲ့ အကြောင်းတွေကိုတော့ အခု ဆက်လက်ဆွေးနွေးပေးသွားပါမယ်။

ဟစ်ပိုကရေးတီးစ် ရှေးရိုးအစဉ်အလာ ကျင့်ဝတ်မှာ ဆရာဝန်တွေဟာ သူတို့ကို ဆေးပညာသင်ကြားပေးလိုက်တဲ့ ဆရာသမားတွေကို သီးခြားကျေးဇူးတရားတွေ အကြွေးတင်ရှိနေတယ်လို့ ဖော်ပြထားပါတယ်။ Declaration of Geneva က ထပ်မံ ဖြည့်စွက်ပေးထားပါသေးတယ်။ “ကျွန်ုပ်အား ဆေးပညာ သင်ကြားပေးလိုက်သော ဆရာသမားများအား ရိုသေလေးစားမှုနှင့်တကွ ခံယူထိုက်သော ကျေးဇူးတရားများကို ပေးဆပ်ပါမည်။” I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due. ယနေ့ကာလ ဆေးပညာသင်ကြားရေးဟာ ရှေးယခင်ကလို ဆရာတစ်ယောက်-တပည့်တစ်ယောက် ဆက်ဆံရေး မဟုတ်တော့ဘဲ များစွာသော ဆရာ-ကျောင်းသားဆက်ဆံရေးတွေ ပါဝင်လာရပါတယ်။ ဆေးကျောင်းသားအများစုနဲ့ ဆက်ဆံနေကြရတာ ဖြစ်ပေမယ့် ဆရာသမားတွေရဲ့ စေတနာနဲ့ သင်ကြားရေးမှာ နှစ်မြှုပ်ထားနိုင်တဲ့ အခြေအနေအပေါ်မှာ မူတည်ပြီး အခကြေးငွေ လုံးဝမယူဘဲ သင်ကြားပေးတဲ့ ဆရာသမားတွေ ရှိလာနေကြပါတယ်။ ဆေးကျောင်းသားတွေနဲ့ စာသင်သားဆရာဝန်တွေဟာ သင်ကြားရေး ဆရာသမားတွေအပေါ်မှာ ကြီးမားတဲ့ ကျေးဇူးတရားတွေ တင်ရှိနေပါတော့တယ်။ ဒီလို သင်ကြားနေတဲ့ ဆရာဝန်တွေသာ မရှိခဲ့ရင် ဆေးပညာ သင်ကြားရေး အဆင့်အတန်းဟာ ကိုယ့်ကိုယ်ကို ပြန်လည်ညွှန်ကြားနေရတဲ့ (self-instruction) အဆင့်ကို လျော့ကျသွားမှာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။



သင်ကြားရေးဘက်က ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ သူတို့သင်ကြားပေးနေတဲ့ ဆရာဝန်လောင်းတွေကို တလေးတစားဆက်ဆံဖို့ တာဝန်ရှိနေပြီး၊ လူနာတွေနဲ့ဆက်ဆံရာမှာလည်း သူတို့ကိုယ်တိုင် စံနမူနာဖြစ်အောင် ပြုမူနေထိုင်ပြဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ “. . . teachers have an obligation to treat their students respectfully and to serve as good role models in dealing with patients.” ဆက်ဆံပြုမူပုံပြုနည်းတွေ၊ ကိုယ်တိုင် ပြုမူနေထိုင်ပြရတာတွေ စတဲ့ နောက်ကွယ်ကသင်ရိုး (hidden curriculum)ဟာ သမားကျင့်ဝတ်ဆိုတဲ့ ဘာသာရပ်ကို တိုက်ရိုက်ချပြ သင်ကြားပေးတာထက် ပိုမိုဩဇာသက်ရောက်မှု ရှိလှပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်ဘာသာရပ်က ဖော်ပြနေတာတွေနဲ့ သင်ကြားရေးဆရာတွေရဲ့ အပြုအမူခံယူချက်တွေဟာ ခြားနားမှုရှိနေပြီဆိုရင်၊ ဆရာဝန်လောင်းတွေအဖို့ သူတို့ဆရာတွေ တကယ်ပြုမူနေကြတာတွေကိုပဲ အတုယူ တတ်မြောက်သွားကြဖို့ပဲ ရှိပါတော့တယ်။

ဆေးကျောင်းသားတွေကို ကျင့်ဝတ်နဲ့ မလျော်ညီတဲ့ အကျင့်ဆိုးတွေ မတတ်မြောက်သွားရအောင် တာဝန်ယူ ကြပ်မတ်ကြဖို့ သင်ကြားရေးဆရာဝန်တွေမှာ ထူးထူးခြားခြားတာဝန်ရှိနေပါတယ်။ နိုင်ငံတကာ ဆေးပညာဂျာနယ်တွေမှာ ရေးသားဖော်ပြဖူးခဲ့တဲ့ နမူနာအကျင့်ဆိုးတွေကို ဖော်ပြရမယ်ဆိုရင် . . . လူနာရဲ့သဘောတူညီချက်ကို အရည်ချင်းပြည့် ဆရာဝန်ကိုယ်တိုင် ဖော်ထုတ်ရယူဖို့ လိုအပ်တဲ့ အခြေအနေ မျိုးမှာ ဆရာဝန်ကိုယ်စား ဆေးကျောင်းသားကို ရယူခိုင်းတာမျိုးတွေ၊ သေပြီးခါစလူနာမှာဖြစ်စေ၊ မေ့ဆေး ပေးထားတဲ့လူနာမှာ ဖြစ်စေ၊ လူနာရဲ့ သဘောတူညီချက်ကိုမရယူဘဲ မိန်းမကိုယ်တွင်းနှိုက်ချွတ်စစ်ဆေး(Pelvic examination) ခိုင်းတာမျိုးတွေ၊ ဆရာဝန်ကိုယ်တိုင် မကြပ်မတ်ဘဲ ဆေးကျောင်းသားတွေကို ကုသချက်၊ ဒါမှမဟုတ် စစ်ဆေးချက်တွေကို ပြုလုပ်ခိုင်းတာမျိုးတွေ၊ ဆေးကျောင်းသားတွေ မကျွမ်းကျင်သေးဘူးလို့ ယူဆထားကြတဲ့ အကြောဆေးသွင်းခိုင်းတာမျိုးတွေဟာ ကျင့်ဝတ်နဲ့မလျော်ညီပါဘူး။ ဆရာဝန်နဲ့ ဆေးကျောင်း သား အရှိန်အဝါကွာဟမှုကြောင့်ဖြစ်စေ၊ ဆေးကျောင်းသားတွေက ပြန်လှန်မေးခွန်း မထုတ်ဝံ့ရင်ဘဲဖြစ်စေ ဒါမှမဟုတ် ခိုင်းတာကို မငြင်းဆန်ဝံ့ ဖြစ်နေတဲ့အခါမျိုးတွေမှာ ဆရာတွေအနေနဲ့ ဆေးကျောင်းသားတွေကို ကျင့်ဝတ်နဲ့မလျော်ညီတာတွေ မလုပ်ခိုင်းမိစေဖို့ ကြပ်မတ်ကြရမှာဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးကျောင်း တော်တော် များများမှာ စာသင်ခန်းတာဝန်ခံကျောင်းသားကို ခန့်အပ်ထားပြီးဖြစ်စေ၊ ဆေးကျောင်းသားများအသင်း ဖွဲ့စည်းပြီးတည်ထောင်ပြီးဖြစ်စေ ဆေးပညာသင်ကြားရေးနဲ့ပတ်သက်တဲ့ ကျင့်ဝတ်ပြဿနာတွေကို ဖော်ထုတ် ပေးကြဖို့ အားပေးသင့်ပါတယ်။ သင်ကြားရေးနဲ့ ပတ်သက်လို့ ကျင့်ဝတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ စိုးရိမ်ပူပန်မှုတွေ ဖြစ်လာခဲ့ရင် ဆေးကျောင်းသားတွေအနေနဲ့ ဘယ်သူ ဘယ်ဝါမှန်းမသိစေဘဲ ဖော်ထုတ်ပေးလို့ရအောင် စီမံထားပေးဖို့လိုအပ်ပါတယ်။ အကူအညီပေးတဲ့ အဖွဲ့အစည်းတွေကို တရားဝင်ချဉ်းကပ်နိုင်အောင် စီစဉ် ပေးကြရပါမယ်။

ဆေးကျောင်းသားဘဝမှာကတည်းက သမားကျင့်ဝတ်တွေကို အဆင့်အတန်းမြင့်မြင့်စောင့်ထိန်း နိုင်ဖို့ မျှော်လင့်ထားခြင်းအားဖြင့် အနာဂတ်မှာ သမားကောင်းသမားမြတ်များ ဖြစ်လာနိုင်မှာဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးကျောင်းသားအချင်းချင်း ညီအစ်ကိုမောင်နှမစိတ်ဓာတ်နဲ့ဆက်ဆံဖို့၊ အကူအညီလိုရင် တစ်ယောက် ကိုတစ်ယောက် ရိုင်းပင်းကြဖို့၊ ကျင့်ဝတ်နဲ့မလျော်ညီတာတွေတွေ့ရှိရင် ပြုပြင်စေလိုတဲ့ဆန္ဒနဲ့ အကြံပြုကြဖို့၊ စီမံချက်တွေ မျှဝေဆောင်ရွက်တတ်ကြဖို့၊ တာဝန်ဝေခွဲယူတတ်ကြဖို့၊ အရေးပေါ်ခေါ်ယူမှု(On-call service) တွေမှာ ပါဝင်လာတတ်ကြစေဖို့ ကျင့်ကြံပေးဖို့လိုအပ်ပါတယ်။

**အန္တရာယ်ရှိသောအပြုအမူများနှင့်
ကျင့်ဝတ်နှင့်မလျော်ညီသောအပြုအမူများကိုတိုင်ကြားခြင်း**
(Reporting unsafe and unethical practices)

ဆေးလောကဆိုတာဟာ ကိုယ့်ကိုယ်ကို ဂုဏ်ယူပုံကြားစွာနဲ့ ကိုယ်ပိုင်စည်းကမ်းကလေးတွေ သတ်မှတ်ပြီး အချင်းချင်း ထိန်းကျောင်း နေလာခဲ့ကြတဲ့ အစဉ်အလာရှိခဲ့ပါတယ်။ လူမှုအသိုင်းအဝန်းရဲ့ အရေးပေးခြင်းကို ခံယူကြရပြီး လူနာတွေရဲ့ ယုံကြည်ကိုးစားခြင်းကို ရရှိထားတာကြောင့် ဆရာဝန်တွေဟာ ကိုယ်ကျင့်တရား ကောင်းမွန်စေဖို့ တစ်ဦးကို တစ်ဦး အချင်းချင်း ထိန်းသိမ်းခဲ့ကြပါတယ်။ ကိုယ်ကျင့်သိက္ခာ ပျက်ကွက်တယ်လို့ စွပ်စွဲမှုရှိလာရင်လည်း ပျက်ကွက်သူကို စုံစမ်းစစ်ဆေးပြီး အရေးယူအပြစ်ပေးတာမျိုးတွေ ရှိခဲ့ပါတယ်။ ဒီအစဉ်အလာတွေဟာ ယနေ့ကာလမှာ လျော့ရဲလာနေတဲ့အတွက် ပိုမိုပွင့်လင်းတဲ့ တာဝန်ယူမှုတွေ ဖြစ်ပေါ်လာစေဖို့ ဆောင်ရွက်လာနေကြရပါတယ်။ ဥပမာအားဖြင့် စည်းကမ်းထိန်းသိမ်းရေးအပိုင်းတွေမှာ ဆရာဝန်မဟုတ်တဲ့သူတွေကို ခန့်အပ်တာဝန်ပေးတာမျိုးတွေ ရှိလာပါတယ်။ စည်းကမ်းထိန်းသိမ်းရေးရဲ့ အဓိကအပိုင်းတွေဖြစ်တဲ့ မူဝါဒချမှတ်ရေးနဲ့ အန္တရာယ်ရှိ အပြုအမူတားဆီးရေးအပိုင်းတွေမှာ ဆရာဝန်တွေရဲ့ စိတ်ရောကိုယ်ပါ ထောက်ခံမှုတွေ ရရှိနေဆဲပဲ ဖြစ်ပါတယ်။



ဆရာဝန်တွေရဲ့ မကျွမ်းမကျင်ကုသမှုတွေ၊ ကျွမ်းကျင်ပါသော်လည်း ရမ်းရမ်းကားကားကုသနေတာတွေ၊ မဖွယ်မရာ မှားယွင်းမှုတွေရှိလာခဲ့ရင် တိုင်ကြားရမယ်ဆိုတဲ့ ကျင့်ဝတ်တာဝန်ကို ကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်တွေမှာ ထည့်သွင်းဖော်ပြထားတတ်ကြပါတယ်။ WMA ရဲ့ International Code of Medical Ethics မှာ ဖော်ပြထားတာကတော့ “ဆရာဝန်တစ်ဦးသည် အကျင့်စာရိတ္တ ပျက်ပြားနေသော ဆရာဝန်တစ်ဦး၊ သို့တည်းမဟုတ် ကျွမ်းကျင်မှု မရှိသော ဆရာဝန်တစ်ဦး၊ သို့တည်းမဟုတ် လိမ်လည်လှည့်ဖျားကုသနေသော ဆရာဝန်တစ်ဦးကို တွေ့ရှိပါက ဖော်ထုတ်တိုင်ကြားရန် တာဝန်ရှိသည်”လို့ ဖော်ပြထားပါတယ်။ ဒီတာဝန်ကို ဆောင်ရွက်နိုင်ဖို့ဆိုတာက လွယ်ကူလှတဲ့ အလုပ်တော့မဟုတ်ပါဘူး။ တစ်ဖက်က ကြည့်ပြန်ရင်လည်း ဆရာဝန်တစ်ဦးကို မလိုမုန်းထား မနာလိုမရှုစိမ့်လို့ တိုင်ကြားလာတာမျိုးတွေလည်း ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်ပါတယ်။ ဒါမှမဟုတ် ကိုယ့်ကို စော်ကားမော်ကားပြုထားတဲ့ ဆရာဝန်ကို ပြန်လည်လက်တုံ့ပြန်တဲ့အနေနဲ့ တိုင်ကြားလာတွေလည်း ရှိလာနိုင်ပါတယ်။ အခြားတစ်ဖက်မှာလည်း ကိုယ်နဲ့ရင်းနှီးနေတဲ့ ဆရာဝန်ဖြစ်နေလို့ ဒါမှမဟုတ် သနားညှာတာရမယ့် ဆရာဝန်ဖြစ်နေလို့ မတိုင်ကြားတာမျိုးတွေလည်း ရှိလာနိုင်ပါတယ်။ တိုင်ကြားလိုက်တဲ့အတွက် တိုင်ကြားသူကို အကျိုးယုတ်စေတာတွေ၊ အတိုင်ခံလိုက်သူနဲ့ တခြားဆရာဝန်တွေရဲ့ အငြိုငြင်ခံရတာတွေ၊ ရန်လိုပြီးအမုန်းပွားလာရတာတွေလည်း ဖြစ်လာနိုင်ဖွယ်ရှိပါတယ်။

တိုင်ကြားခြင်းဟာ ဒီလိုအပြစ်အနာအဆာတွေ ရှိနေပေမယ့်လည်း မမှန်မကန်လုပ်နေတာကို တိုင်ကြားဖွင့်ဟဖို့ကတော့ ဆရာဝန်တိုင်းရဲ့ Professional duty ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေဟာ ဆေးလောကရဲ့ မွန်မြတ်ကောင်းမွန်တဲ့ အစဉ်အလာတွေကို ထိန်းသိမ်းထားဖို့ တာဝန်ရှိသလို၊ မကျွမ်းမကျင် ကုသနေတာ၊ ရမ်းရမ်းကားကား ကုသနေတာနဲ့ မအပ်မရာပြုမှုနေတာတွေကို ဆရာတွေကပဲ သိရှိနိုင်သူတွေ ဖြစ်နေကြပါတယ်။ တိုင်ကြားတယ်ဆိုရာမှာလည်း အရေးယူ အပြစ်ပေးနိုင်တဲ့တာဝန်ရှိသူတွေကို တိုင်ကြားခြင်းဟာ နောက်ဆုံးအဆင့်မှာသာ ဖြစ်သင့်ပါတယ်။ တခြားနည်းလမ်းတွေကို ကြိုးစားကြည့်ပြီးမှ ဒါမှ မဟုတ် ကြိုးစားပါသော်လည်း အချည်းနှီးဖြစ်တယ်ဆိုမှသာလျှင် အာဏာပိုင်တွေကို တိုင်ကြားသင့်ပါတယ်။ ပထမအဆင့်အနေနဲ့ ကာယကံရှင်ဆီကို တိုက်ရိုက်ချဉ်းကပ်စည်းရုံးပြီး ဘယ်အပြုအမူတွေဟာ တော့ဖြင့် လူနာတွေအတွက် အန္တရာယ်ရှိနေတယ်၊ ကျင့်ဝတ်နဲ့လွဲချော်နေတယ်ဆိုတာတွေကို အသိပေးရပါမယ်။ ဒီလို ချဉ်းကပ်လိုက်လို့ ပြုပြင်သွားပြီဆိုရင် ဘာမှဆက်လုပ်ဖို့ မလိုအပ်တော့ပါဘူး။ မပြေလည်ဘူးဆိုရင် ဒီကိစ္စကို ကိုယ့်ရဲ့အထက်ကြပ်မတ်သူဆီကို ဒါမှမဟုတ် သူ့ရဲ့ အထက်ကြပ်မတ်သူဆီကို အသိပေးပြီး သူတို့ချင်း ဖြေရှင်းကြစေသင့်ပါတယ်။ အထက်ကြပ်မတ်သူတွေကိုယ်တိုင် ကိုင်တွယ်ဆောင်ရွက်လို့ မအောင်မြင်တော့ဘူးဆိုရင်တော့ နောက်ဆုံးအဆင့်ဖြစ်တဲ့ အရေးယူ အပြစ်ပေးနိုင်တဲ့ အာဏာပိုင်တွေဆီကို တင်ပြရပါတော့မယ်။



အခြားကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများနှင့် ဆက်ဆံရေး
Relationship with other health professionals

အခန်း(၂) - လူနာနဲ့ဆရာဝန်ဆက်ဆံရေးမှာ လူနာကို အလေးထား တလေးတစားဆက်ဆံရတာ (Respect)နဲ့ သာတူညီမျှ ဆက်ဆံရတာ (Equal treatment)တွေအကြောင်းကို ဆွေးနွေးခဲ့ပြီးပါပြီ။ ဒီအခြေခံမူတွေဟာ ဆရာဝန်နဲ့ အခြားကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတွေ ဆက်ဆံရေးမှာလည်း အလားတူ အကြံပေးနိုင်ပါတယ်။ အထူးသဖြင့် WMA ရဲ့ Declaration of Geneva မှာ ပါဝင်နေတဲ့ အသက်၊ ရောဂါဖြစ်မှု၊ ကိုယ်အင်္ဂါချို့ယွင်းမှု၊ အသားအရောင်၊ လူမျိုးကွဲ၊ လိင်၊ နိုင်ငံသားဖြစ်မှု၊ နိုင်ငံရေး



ဆက်နွယ်မှု၊ တိုင်းရင်းသား၊ လိင်ကိစ္စအပေါ်ခံယူချက်၊ လူမှုရေးရပ်တည်ချက် စတဲ့ ကန့်သတ်ချက်တွေနဲ့ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း မပြုရဘူးဆိုတဲ့ အချက်တွေဟာ အခုတင်ပြမယ့် ဆရာဝန်နဲ့ အခြားကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတွေ ဆက်ဆံရေးမှာလည်း ထည့်သွင်းဖော်ပြထားပါတယ်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုဘူးဆိုတာက ဆက်ဆံရေးတစ်ခုခုမှာ သူ့အလိုလို သတ်မှတ်ရှိနေပြီးသား (Passive characteristic) တစ်ခု ဖြစ်ပါတယ်။ ရိုသေလေးစားရမယ် (Respect) ဆိုတာကတော့ ထူးထူးခြားခြား အပြုသဘောလုပ်ဆောင်ပြရတဲ့ (active and positive character) တစ်ခု ဖြစ်ပါတယ်။ အခြားကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတွေလို ဆိုရာမှာ ဆရာဝန်တွေ၊ သူနာပြုတွေ၊ ကျန်းမာရေးအကူလုပ်သားတွေ၊ ဓာတ်ခွဲခန်းကျွမ်းကျင်သူတွေ၊ ပါရာမယ်ဒီကယ်ဝန်ထမ်းတွေ အကုန်ပါဝင်ပါတယ်။ လူနာကို ပြုစုကုသ စောင့်ရှောက်မှုပေးရာမှာ ဒီဝန်ထမ်းတွေရဲ့ ကျွမ်းကျင်မှုတွေကို အသိအမှတ်ပြုကြရမှာ ဖြစ်ပါတယ်။ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတိုင်းဟာ တူညီတဲ့ကျွမ်းကျင်မှုတွေ ပညာရေးအခြေခံတွေကို တတ်မြောက်ထားကြတာ မဟုတ်ပါဘူး။ သို့ပေမယ့်လို့ လူနာကျန်းမာလာရေးနဲ့ လူသားအခြေခံ သာတူညီမျှချက်တွေကိုတော့ မျှဝေခံယူထားကြသူများ ဖြစ်ကြပါတယ်။ လူနာနဲ့ပတ်သက်လာရင် အခြားသော ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတွေနဲ့ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ဖို့ ဒါမှမဟုတ် မပူးပေါင်းဘဲ ငြင်းဆန်နိုင်ဖို့ သူတို့မှာ ဥပဒေအရ အကာအကွယ်ပေးထားတဲ့ ခိုင်လုံတဲ့ အကြောင်းပြချက်မျိုးတွေ ရှိနေတတ်ပါတယ်။ အဲ့ဒီ အကြောင်းပြချက်တွေကတော့ တစ်ပါးသူရဲ့ စွမ်းဆောင်နိုင်မှုကို မယုံကြည်နိုင်ခြင်း (Lack of confidence in ability)၊ ဖြောင့်မတ်တည်ကြည်မှု မရှိဘူး (Lack of integrity) လို့ ယူဆထားခြင်းနဲ့ တစ်ဦးနဲ့တစ်ဦး အကြီးအကျယ် ကတောက်ကဆဖြစ်ထားတဲ့ အခါမျိုးတွေ (Serious personality clashes) ဖြစ်ပါတယ်။ ဒီအချက်တွေက လွဲလို့ ကျန်တဲ့အသေးအဖွဲ့ကိစ္စလေးတွေမှာ ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်တွေကို အထူးအလေးထားပြီး ဆုံးဖြတ်ပေးဖို့ လိုအပ်လာပါတယ်။

ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း (Cooperation)

ဆေးပညာမှာ တစ်ဦးကောင်း တစ်ယောက်ကောင်း ဆောင်ရွက်ရတာတွေရှိသလို တစ်ချိန်တည်းမှာပဲ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရတာမျိုးတွေ ရှိနေပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေဟာ လူနာကို ကိုယ့်လူနာဆိုပြီး မောင်ပိုင်စီးထားတတ်ကြပါတယ်။ လူနာဆရာဝန် ဆက်ဆံရေးကောင်းမွန်နေတဲ့အတွက် လူနာအကြောင်းကို ပိုမိုသိရှိလာရပြီး ဆက်လက်ကုသပိုင်ခွင့်တွေ အစဉ်တစိုက် ရရှိနေကြပါတယ်။ ကုသရေးနဲ့ ကာကွယ်ရေးတွေကိုပါ အကောင်းဆုံး လုပ်ပေးလာနိုင်ကြပါတယ်။ လူနာကို ထိန်းသိမ်းထားနိုင်တဲ့အတွက် ဆရာဝန်အတွက် ယုတ်စွအဆုံး ငွေကြေးဆိုင်ရာ အမြတ်အစွန်း



ရရှိနေလေ့ရှိပါတယ်။ တစ်ချိန်တည်းမှာပဲ အထက်ကဖော်ပြခဲ့သလို၊ ဆေးပညာဟာ ရှုပ်ထွေးပွေလီပြီး အထူးပြု ဘာသာရပ်တွေနဲ့ ပြည့်သိပ်နေတဲ့အတွက် စင်ပြိုင်ကျွမ်းကျင်မှုတွေ အသီးသီးရှိနေကြတဲ့ အခြားသော ဆေး ဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ထမ်းတွေနဲ့ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်လာရတာတွေ ရှိနေပါတယ်။ တစ်ယောက်ကောင်းစနစ်နဲ့ ပေါင်းစုလုပ်ကိုင်မှုစနစ် နှစ်ခုအကြား တင်းမာနေမှုဟာ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ဦးတည်ချက်တွေကို ပြန်လည် ဆန်းသစ်စေရပါတယ်။

ဆရာဝန်သာအရာဆိုတဲ့ (Medical paternalism)စနစ် အားအင်ချိနဲ့ ပြုဆင်းလာရတာနဲ့အမျှ လူနာကို ဆရာဝန်ကသာ ပိုင်ဆိုင်တယ်ဆိုတဲ့ အယူအဆဟာလည်း ပျောက်ကွယ်လာရပါတယ်။ လူနာတွေရဲ့ အခွင့်အရေးတစ်ရပ်ဖြစ်တဲ့ ဒုတိယထင်မြင်ချက် (Second opinion)တောင်းခံလာမှုတွေဟာ ပိုမိုကျယ်ပြန့်လာ နေပြီး တခြားသော ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတွေကို ပိုမိုဆက်သွယ်လာရမှုတွေ ရှိလာနေပါတယ်။ WMA Declaration on the Rights of the Patient မှာ ဖော်ပြထားချက်အရ “ဆရာဝန်တစ်ဦးသည် ညှိနှိုင်းကုသ ရန် လိုအပ်သော ကုသစောင့်ရှောက်မှုမျိုးတွင် အခြားကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းများနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက် ရန် တာဝန်ရှိသည်။ ထိုသို့ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းကြောင့် လူနာပေးချေရသော အခကြေးငွေများကို အဆင့်ဆင့်ရယူခြင်း (Fee-splitting)နည်းဖြင့် အမြတ်အစွန်း မရရှိစေရ” လို့ ဖော်ပြထားပါတယ်။

ကိုယ့်လူနာ ကိုယ်ပိုင်ဆိုင်တယ်ဆိုတဲ့ အယူအဆကန့်သတ်ချက်တွေကို လူနာ-ဆရာဝန်ဆက်ဆံရေး ပမာဏကို မထိခိုက်စေဘဲ ချိန်ခွင်လျှာ ညှိယူပေးရမှာဖြစ်ပါတယ်။ ဥပမာပြဆိုရရင် လူနာတစ်ယောက်ကို ဆရာဝန်တစ်ဦးထက် ပိုမိုပြီးပြုစောင့်ရှောက်ပေးနေရတဲ့ ဆေးရုံလိုနေရာမျိုးမှာ လူနာရဲ့ တိုးတက်ဖြစ်ထွန်းမှု တွေ့နဲ့ လူနာကိုယ်တိုင် ဆုံးဖြတ်ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့်တွေကို အထောက်အကူပေး အသိပေးနိုင်ဖို့ လူနာနဲ့ဆရာဝန် တွေအကြားမှာ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ပေးရတဲ့ ညှိနှိုင်းရေးဆရာဝန် (coordinating physician)တစ်ဦးကို အတတ်နိုင်ဆုံး ခန့်ထားလုပ်ဆောင်စေဖို့ သင့်ပါတယ်။

ဆရာဝန်တွေအချင်းချင်း ဆက်ဆံကြတဲ့နေရာမှာ ယေဘုယျအားဖြင့် ဆရာဝန်အများ နားလည်သိရှိ ထားပြီးဖြစ်တဲ့ စည်းကမ်းကလေးတွေ သတ်မှတ်ထားရှိပြီး ဖြစ်နေပေမယ့် ဆရာဝန်တွေနဲ့ တခြားကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းတွေ ဆက်ဆံကြတဲ့အခါမှာတော့ စည်းကမ်းတွေဟာ အခြေအနေပေါ် မူတည်ပြောင်းလဲနေတတ်ပြီး၊ အခြားကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတွေရဲ့ အရေးပါတဲ့ကဏ္ဍတွေကို အသိအမှတ်မပြုတာ၊ သဘောမတူညီတာတွေ ရှိလာတတ်ပါတယ်။ သူနာပြုတွေ၊ ဆေးဝါးကျွမ်းကျင်သူ (Pharmacists)တွေ၊ လေ့ကျင့်ခန်းကျွမ်းကျင်သူ (Physiotherapists)တွေနဲ့ အခြားသောဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်ဝန်ထမ်းတွေဟာ သူတို့နဲ့ သက်ဆိုင်တဲ့ ကဏ္ဍမှာ ဆရာဝန်တွေထက် ပိုမိုပြီး ကျွမ်းကျင်ပိုင်နိုင်စွာ လုပ်ဆောင်နိုင်ကြတယ်လို့ ခံယူထားကြသူများ ဖြစ်ပါတယ်။ ဒီလိုအကြောင်းတွေကြောင့် ဆရာဝန်တွေနဲ့ တန်းတူညီတူ ဆက်ဆံမှုပြုတာတွေကို လိုလား ကြပါတယ်။ လူနာကုသရေးမှာ သူတို့ရဲ့ထင်မြင်ယူဆချက်တွေနဲ့ လုပ်ဆောင်မှုတွေကို အလေးထားတဲ့ အဖွဲ့ ငယ်လေး (Team) တစ်ခုအသွင်နဲ့ ပါဝင်လိုကြပါတယ်။ ဆရာဝန်ကို တာဝန်ခံပေးနေရတာ မဟုတ်ဘဲ

လူနာကို တာဝန်ခံပေးရတဲ့ အသွင်မျိုးဖြစ်လိုကြပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေဘက်က ကြည့်ပြန်ရင်လည်း အဖွဲ့ အသွင်ဆောင်ပြီး လူနာပြုစုကြမယ်ဆိုရင်တောင်မှ ဒီအဖွဲ့ထဲမှာ ခေါင်းဆောင်တစ်ယောက်က ရှိနေသင့်ပြီး အဲဒီခေါင်းဆောင်ဟာ အတွေ့အကြုံနဲ့ ပညာအရည်အချင်းအရ ဆရာဝန်သာလျှင် ဖြစ်သင့်တယ်လို့ ဆိုကြ ပါတယ်။

တချို့ဆရာဝန်တွေဟာ အစဉ်အလာအရ ပိုင်ဆိုင်လာခဲ့တဲ့ အခွင့်အာဏာတွေကို စိန်ခေါ်လာနေ တာတွေကို တွန်းလှန်နိုင် ဖြိုဖျက်နိုင်ခဲ့ကြပါတယ်။ သို့ပေမယ့်လို့ ကုသမှုဆုံးဖြတ်ချက် ချမှတ်တဲ့နေရာမှာ လူနာနဲ့ အခြားကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတွေ ပိုမိုပါဝင်လာနေပြီဖြစ်တဲ့အတွက် ဆရာဝန်တွေရဲ့ အရေးပါမှု တွေဟာလည်း ပြောင်းလဲရွေ့ရှားလာနေရပြီ ဖြစ်ပါတယ်။ အခြားကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းကို ညွှန်ကြားချက် ပေးတဲ့နေရာမှာ ဆရာဝန်အနေနဲ့ ကိုယ့်ညွှန်ကြားချက်ကို မျှတမှု (Justify) ရှိစေဖို့နဲ့ အကောင်အထည်ဖော် လုပ်ဆောင်ပေးမယ့်သူကို ညွှန်ကြားချက်အတိုင်း လိုက်နာလာအောင် စည်းရုံးသိမ်းသွင်းနိုင်ဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေမှာ ဒီလိုဆက်ဆံနိုင်ဖို့ (communication skills) တွေ လိုအပ်နေသလို ပဋိပက္ခ ဖြစ်ပေါ်လာခဲ့ရင် လည်း ရင်ဆိုင်ဖြေရှင်းပေးနိုင်တဲ့ အစွမ်းသတ္တိတွေရှိဖို့ လိုအပ်လာပါတယ်။

အခြားကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတွေလို့ ဆိုရတဲ့အထဲမှာ ရိုးရာနည်းအရ ဆေးကုပေးနေကြတဲ့ တိုင်းရင်း ဆေးဆရာတွေနဲ့ ဆက်ဆံရေး၊ ပူးပေါင်းကုသရေး စတာတွေဟာလည်း ထူးခြားတဲ့စိန်ခေါ်မှုတစ်ရပ် ဖြစ်လာရ ပါတော့တယ်။ အာရှ၊ အာဖရိက၊ ဥရောပနဲ့ အမေရိကနိုင်ငံတွေမှာတောင် တိုင်းရင်းရိုးရာ ဆေးဆရာတွေကို လူနာတွေက အားကိုးအားထားပြုလာနေကြပါတယ်။ တချို့နိုင်ငံတွေမှာ အနောက်တိုင်းဆေးပညာနဲ့ ရိုးရာ ဆေးပညာ ယှဉ်တွဲကုသတာကို ဖြည့်စွက်ဆေးပညာ (complementary medicine) ဆိုပြီး လက်ခံထားကြပေ မယ့် ဒီကုသမှုနှစ်ခုဟာ အခြေအနေတော်တော်များများမှာ ပဋိပက္ခတွေ ဖြစ်လာနေကြပါတယ်။ ရိုးရာ ဆေးပညာ (traditional medicine) ပဲ ဖြစ်ဖြစ်၊ သီးခြားအစားထိုးဆေးပညာ (alternative medicine) ပဲ ဖြစ်ဖြစ်၊ ဆေးကုသရေးမှာ အကျိုးထိရောက်မှုတွေ ရှိနေတတ်တဲ့အတွက် လူနာတွေကိုယ်တိုင်က လက်ခံလာ တာကို တွေ့ရှိနေရပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ ဒီဆေးဆရာတွေနဲ့ ကောင်းမွန်စွာ ဆက်ဆံနိုင်မယ့် နည်းလမ်းတွေကို ရှာဖွေကြဖို့လိုအပ်ပါတယ်။ ဘယ်လိုဆက်ဆံကြမလဲဆိုတာကတော့ နိုင်ငံတစ်နိုင်ငံနဲ့ တစ်နိုင်ငံ ကွဲပြားခြားနားမှုတွေ ရှိနိုင်သလို ကုသတဲ့ ဆေးဆရာအမျိုးအစားပေါ် မူတည်ပြီးတော့လည်း ပြောင်းလဲနိုင်ပါတယ်။ ပူးပေါင်းဆက်ဆံကြတဲ့အခါမှာ လူနာရဲ့ကောင်းကျိုးချမ်းသာ (well-being) ကို ဦးစားပေး ရှေ့ရှုဖို့သာလျှင် လိုအပ်ပါတယ်။

ပဋိပက္ခဖြေရှင်းခြင်း (Conflict Resolution)

ဆရာဝန်အချင်းချင်း ဒါမှမဟုတ် ဆေးကုမူပေးနေကြသူအချင်းချင်း အကြားမှာ ရောဂါရှာဖွေ စမ်းသပ်တဲ့နေရာမှာပဲဖြစ်ဖြစ်၊ အခကြေးငွေ သတ်မှတ်တဲ့နေရာမှာပဲဖြစ်ဖြစ် ကွဲပြားမှုတွေ ပဋိပက္ခ ဖြစ်မှုတွေ ရှိလာတတ်ပါတယ်။ လူနာ ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးနဲ့ ပတ်သက်ပြီး ပဋိပက္ခဖြစ်တတ်တာတွေကို ဆွေးနွေးတင်ဆက်ပေးပါမယ်။ ဆေးကုရေး ဆုံးဖြတ်ချက်ဆိုတာဟာ လက်တွေ့အားဖြင့် လူနာ၊ ဆရာဝန်နဲ့ ကုသရေးမှာ ပါဝင်ပတ်သက်နေသူတွေ အားလုံးရဲ့ သဘောတူညီချက်ကို ရောင်ပြန်ဟပ်ထားခြင်းပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ သို့ပေမယ့်လို့



မသေချာမရေရာမှု (uncertainty)တွေနဲ့ အယူအဆကွဲပြားမှု (diverse views)တွေ ရှိလာတဲ့အခါမှာ ကုသမှု ဦးတည်မျှော်မှန်းချက် ရေးဆွဲတဲ့နေရာမှာ ဒါမှမဟုတ် ဒီဦးတည်ချက်ကိုရောက်အောင် သွားရမယ့်နည်းလမ်းတွေ အပေါ်မှာ သဘော မတူညီတာတွေ ရှိလာရပါတယ်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု သယံဇာတတွေကို ကန့်သတ်ထိန်းသိမ်း ကိုင်တွယ်နေရတဲ့ အခြေအနေမျိုးမှာနဲ့၊ အဖွဲ့အစည်းဆိုင်ရာ မူဝါဒတွေ ချို့ငဲ့နေတဲ့အခါ မျိုးတွေမှာ၊ သဘောတူညီချက်ရရှိဖို့ဆိုတာက ပိုပြီးလို့ ခက်ခဲလာရပါတော့တယ်။

- ၁။ ကုသချက်ရဲ့ မျှော်မှန်းဦးတည်ချက်အပေါ်မှာ သဘောထားကွဲလွဲမှုနဲ့ မျှော်မှန်းချက်ကို ရောက်အောင် သွားမယ့်နည်းလမ်းအပေါ်မှာ သဘောထားကွဲလွဲမှုတွေကို ဦးစွာပြတ်ပြတ်သားသား သတ်မှတ်ထားရှိပြီး၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးနေသူ အဖွဲ့ဝင်အချင်းချင်း လူနာနဲ့ဆက်ဆံရေး မပျက်ပြားအောင် ဆွေးနွေးညှိနှိုင်းပြီး ဖြေရှင်းကြဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။
- ၂။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူတွေနဲ့ စီမံအုပ်ချုပ်သူတွေအကြားမှာ ကုသရေး အရင်းအမြစ် သုံးစွဲမှု (resource allocation)နဲ့ ပတ်သက်ပြီး သဘောထားကွဲလွဲမှုတွေရှိလာရင် လူနာရှေ့မှာ ငြင်းခုံဆွေးနွေးကြတာ မဟုတ်ဘဲ၊ ပစ္စည်းအထောက်အပံ့ပေးတဲ့ အဖွဲ့အတွင်းမှာဖြစ်စေ၊ ကိုယ်စားလှယ်တွေနဲ့ဖြစ်စေ ဆွေးနွေးညှိနှိုင်းကြဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။

သဘောထားကွဲလွဲမှု နှစ်ရပ်စလုံးဟာ ကျင့်ဝတ်နဲ့ပတ်သက်နေတဲ့အတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်ရာမှာ ဆေးရုံကျင့်ဝတ်ရေးရာကော်မတီ ဒါမှမဟုတ် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာကျွမ်းကျင်သူတစ်ဦးဦး (ရှိခဲ့ရင်) ရဲ့ အကြံဉာဏ်ကို ရယူသင့်ပါတယ်။

အောက်ပါဖော်ပြမယ့်လမ်းညွှန်ချက်တွေက ပဋိပက္ခဖြေရှင်းရေးမှာ အသုံးဝင်လာနိုင်ပါတယ်။

- ပဋိပက္ခတစ်ခုခုဖြစ်ပေါ်လာရင် ရုံးပြင်ကနားဆန်ဆန် ဖြေရှင်းတာမျိုးတွေကို အတတ်နိုင်ဆုံး ရှောင်ကြဉ်ကြရပါမယ်။ သဘောထားကွဲလွဲသူတွေ တိုက်ရိုက်ပါဝင်ပြီး ရင်းရင်းနှီးနှီး ညှိနှိုင်း ရယူကြဖို့ လိုပါတယ်။ မဖြစ်နိုင်မှသာ အစည်းအဝေးဆန်ဆန် ဆွေးနွေးညှိနှိုင်းတာမျိုးတွေကို ပြုလုပ်ကြရပါမယ်။
- ပါဝင်ပတ်သက်သူတွေအားလုံးရဲ့ ထင်မြင်ယူဆချက်တွေကို ဖော်ထုတ်ပိုင်ခွင့်ပေးဖို့ လိုအပ်ပြီး အရေးတယူ စဉ်းစားပေးဖို့လည်းလိုပါတယ်။
- လူနာကိုအသိပေးပြီး လူနာကိုယ်တိုင်ရွေးချယ်လိုက်တဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက် ဒါမှမဟုတ် လူနာရဲ့တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်ရဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်ကိုသာ ပဋိပက္ခဖြေရှင်းရေးမှာ ဦးစားပေးစဉ်းစားကြရမှာ ဖြစ်ပါတယ်။
- လူနာကိုယ်တိုင် ရွေးချယ်ဖို့ လိုအပ်တဲ့ ကုသချက်တွေအပေါ်မှာ အငြင်းပွားနေခဲ့ရင် ပိုမို ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့် ရွေးချယ်နိုင်တဲ့ကုသချက်တွေကို လူနာကို ချပြဖို့လိုပါတယ်။ ဦးစားပေး ရွေးချယ်နိုင်တာတွေက ရှားပါးလွန်းလို့ အရေအတွက် ကန့်သတ်ထားရတာမျိုးဖြစ်ခဲ့ရင် လူနာကို ကြိုတင် အသိပေးထားဖို့လိုပါတယ်။
- ဆွေးနွေးညှိနှိုင်းပြီးကြလို့မှ သဘောတူညီချက် ဒါမှမဟုတ် အလျော့အတင်း မပြုလုပ်နိုင်ကြဘူး ဆိုရင် ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ရှိသူတစ်ဦးဦး သို့မဟုတ် တာဝန်ရှိသူတစ်ဦးဦးရဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို လက်ခံ ကြဖို့ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဘယ်သူမှာတာဝန်ရှိသလဲ ဘယ်သူက ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ရှိသလဲဆိုတာကို ထပ်ဆင့် အငြင်းပွားနေကြသေးတယ်ဆိုရင်ဖြင့် ကြားလူတစ်ဦးဦးရဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက် ဒါမှမဟုတ် ခန့်အပ်လိုက်သူတစ်ဦးဦးရဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို လိုက်နာကြဖို့ပဲရှိပါတော့တယ်။

လူနာကို စောင့်ရှောက်ပေးနေကြသူတွေထဲက တစ်ဦးဦးဟာ သူ့ရဲ့မှန်ကန်စွာ သုံးသပ်မှုနဲ့ ပုဂ္ဂိုလ် ဆိုင်ရာ အကျင့်စာရိတ္တအရ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို မထောက်ခံဘူးဆိုခဲ့ရင် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို အကောင်အထည် ဖော်ရာမှာ သူကိုယ်တိုင် မပါဝင်ချင်ဘူးဆိုရင် သူ့ဆန္ဒအတိုင်း ခွင့်ပြုပေးဖို့လည်း လိုအပ်ပါတယ်။ သို့သော်ငြား လည်း သူ မပါဝင်လာခြင်းကြောင့် လူနာမှာ ထိခိုက်နစ်နာသွားခြင်း (risk or harm)မရှိစေရန်နဲ့၊ လူနာကို ရှောင်ဖယ်စွန့်ခွာသွားခြင်း (abandonment) မျိုး မဖြစ်စေရအောင် ဂရုစိုက်ပေးဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။

နမူနာပြဿနာကို ပြန်လည်သုံးသပ်ကြည့်ခြင်း

ဒေါက်တာမောင်စိန်ဟာ ခွဲစိတ်ခန်းထဲက ဆရာဝန်ကြီးရဲ့အပြုအမူနဲ့ပတ်သက်ပြီး ထိတ်လန့်တုန်လှုပ်သွားရတယ်ဆိုတာ ဖြစ်သင့်ပါတယ်။ ခွဲစိတ်ဆရာဝန်ကြီးဟာ လူနာရဲ့ကျန်းမာရေးကို အန္တရာယ်ရှိစေရုံသာမက၊ လူနာတွေနဲ့ အပေါင်းအဖော် ဆရာဝန်တွေအပေါ်မှာပါ မရိုမသေ မလေးမစားပြုရာရောက်နေပါတယ်။ ဆရာဝန်ကြီးရဲ့ အပြုအမူကို ဒေါက်တာမောင်စိန်တစ်ယောက် ကျင့်ဝတ်တာဝန်အရ လျစ်လျူပြုထားလို့ မရပါဘူး။ တစ်စုံတစ်ခု ပြုလုပ်ရပါလိမ့်မယ်။ ပထမအဆင့်အနေနဲ့ ဆရာဝန်ကြီးမဖွယ်မရာ ပြုမူနေတာတွေကို ထောက်ခံအားပေးတဲ့ အမူအရာတွေကို မပြသမိအောင် ကြိုးစားရပါမယ်။ ဥပမာ။ ဆရာဝန်ကြီး နောက်ပြောင်နေတာတွေကို လိုက်မရယ်ရပါဘူး။ ပါဝင်ရောနှော မနေရပါဘူး။ ဆရာဝန်ကြီးနဲ့ နှစ်ဦးတွေ့ဆုံပြီး ဆွေးနွေးလိုက်ရင် အကျိုးရှိမယ်လို့ ဒေါက်တာမောင်စိန် ယူဆခဲ့ရင်တော့ ဆွေးနွေးဖျောင်းဖျံ့ ကြိုးစားသင့်ပါတယ်။ အကျိုးမရှိဘူးလို့ ယူဆခဲ့ရင် ဆေးရုံအာဏာပိုင်တွေဆီကို တိုက်ရိုက်သွားတွေ့ပြီး ပြောပြသင့်ပါတယ်။ ဆေးရုံအာဏာပိုင်တွေကိုယ်တိုင်က ဖြေရှင်းပေးဖို့ စိတ်မပါဘူးဆိုရင်တော့ ကုသရေးလိုင်စင်တွေကို စိစစ်နေတဲ့ ဆေးကောင်စီထံသွားပြီး စုံစမ်းစစ်ဆေးပေးဖို့ တောင်းဆိုသင့်ပါတယ်။



တစ်ခု

ဝိဇ္ဇာ၊ ဝိသေသနာ၊ ဝိသေသနာ၊ ဝိသေသနာ

(Ethics and Medical Research)



ဤအခန်းကိုလေ့လာပြီးပါက သင်သည် . . .

- ဆေးသုတေသနကျင့်ဝတ်၏ အဓိကမူ (Main Principles)များကို သတ်မှတ် သိသာလာနိုင်မည်။
- ဆေးသုတေသန (Medical research)နှင့် ဆေးကုသရေး (Clinical care)ချိန်ခွင်လျှာနှစ်ဖက်ကို ချိန်ဆလာနိုင်မည်။
- သုတေသန ကျင့်ဝတ်သုံးသပ်ရေးကော်မတီများ (Ethics Review Committees)၏ လိုအပ်ချက်များကို ကျေနပ်မှုရှိလာမည်။

နမူနာပြဿနာ-၄။

ဒေါက်တာမခင်လှဟာ နယ်မြို့တစ်မြို့မှာ ကိုယ်ပိုင်ဆေးခန်းဖွင့်နေတာ နှစ်နှစ်ဆယ်နီးပါး ကြာမြင့်နေပါပြီ။ သူ့ဆေးခန်းကို ဆေးကုမ္ပဏီတစ်ခုက အရိုးအဆစ်ရောင်ရမ်းရောဂါ (Osteoarthritis)အတွက် စတိုးရိုက်မပါဝင်သော အရောင်လျော့ဆေး (Nonsteroidal anti-inflammatory drug: NSAID) တစ်မျိုးကို ဆေးကုသရေးမှာ စမ်းသပ်သုတေသနပြုဖို့အတွက် ဖက်စပ်အကျိုးတူပြုလုပ်ဖို့ ကမ်းလှမ်းလာပါတယ်။

ဆေးဝါးတချို့ကို ထောက်ပံ့ပေးမယ်လို့လည်း ပြောဆိုလာပါတယ်။ ဆေးကုမ္ပဏီက ဒီဆေးဝါးအသစ်ကို ဈေးကွက်မှာ အသစ်ဖြန့်ဝေနိုင်ဖို့ ကြံစည်နေရာမှာ ဒေါက်တာမခင်လှရဲ့ဆေးခန်းက လူနာတွေကို စမ်းသပ် သုံးစွဲပေးဖို့ ကမ်းလှမ်းတာပဲဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးသုံးစွဲမှုတွေကို မှတ်တမ်းထားရှိရမှာဖြစ်ပြီး ဆေးတုံ့ပြန်မှုတွေကို လည်း ဆေးကုမ္ပဏီကို သတင်းပို့ပေးအပ်ရမှာဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးတစ်လုံးသုံးစွဲပေးတိုင်း ဒေါက်တာမခင်လှကို ကုမ္ပဏီက ငွေ ၈၀၀၀ ကျပ် ပေးအပ်မှာဖြစ်ပါတယ်။ ဒေါက်တာမခင်လှတစ်ယောက် ဒီလိုသုတေသနမျိုးကို အရင်တုန်းက မပြုလုပ်ခဲ့ဖူးပါဘူး။ အခုသုတေသနမှာ သူ့ကိုယ်တိုင် ပါဝင်ရတော့မှာ ဖြစ်တဲ့အပြင် အပို ဝင်ငွေလည်း ရရှိတော့မှာဖြစ်လို့ ဝမ်းသာနေမိပါတယ်။ သုတေသနပြုပိုင်ခွင့်အတွက် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ အတည်ပြုချက်ရရှိထားပြီးဖြစ်ကြောင်း ဆေးကုမ္ပဏီက အာမခံပြောကြားတဲ့အတွက် ဒေါက်တာ မခင်လှ တစ်ယောက် ဆက်လက်စုံစမ်းမနေတော့ဘဲ ဝမ်းသာအားရနဲ့ ကိုယ်ပိုင်ဆေးခန်းဖွင့်ရင်း သုတေသနပြုချက်ကို လက်ခံဆောင်ရွက်ပေးနေပါပြီ။

ဆေးပညာသုတေသနရဲ့အရေးပါပုံ **Importance of Medical Research**

ဆေးပညာဆိုတာဟာ သင်္ချာပညာလို၊ ရူပဗေဒဘာသာရပ်လို တိကျတဲ့ သိပ္ပံပညာရပ်တစ်ခု မဟုတ်ပါဘူး။ အချိန်နဲ့တပြေးညီ မှန်ကန်နေတဲ့ ယေဘုယျမှုတွေကတော့ အများကြီးရှိနေပါတယ်။ သို့ပေမယ့် လို့ လူနာတစ်ယောက်ချင်းစီမှာ ကွဲပြားခြားနားမှုတွေ ရှိနေတဲ့အတွက် လူဦးရေ ၉၀ ရာခိုင်နှုန်းအတွက် ထိရောက်တယ်ဆိုတဲ့ ကုသချက်တစ်ခုဟာ ကျန်တဲ့လူဦးရေ ၁၀ ရာခိုင်နှုန်းအပေါ်မှာ မထိရောက်နိုင်ဖွယ်ရာ ရှိနေပါတယ်။ ဒီအချက်က ဆေးပညာဆိုတာဟာ ဘိုးဘေးဘီဘင်အဆက်ဆက် လက်တွေ့စမ်းသပ်မှုတွေနဲ့ အမွေဆက်ခံရတယ်လို့ ဖော်ညွှန်းနေပါတယ်။ လက်တွေ့စမ်းသပ်တယ်ဆိုတာဟာ လက်တည့်စမ်းနေတဲ့ သဘောမျိုး မဟုတ်ပါဘူး။ အများတကာ လက်ခံပြီးဖြစ်တဲ့ ကုထုံးတွေပင်လျှင် ထူးခြားတဲ့ လူနာတွေအပေါ်မှာ ပြောင်းလဲတုံ့ပြန်မှုတွေ ရှိနေနိုင်တဲ့အတွက် ပြန်လည်သုံးသပ်ရတဲ့အနေနဲ့ စုံစမ်းထောက်လှမ်း ထိန်းကွပ် နေဖို့လိုအပ်ပါတယ်။ ဒီလုပ်ငန်းဆောင်တာတွေကို ဆေးပညာသုတေသနဆိုတဲ့ **Medical Research** က ပြုလုပ်ပေးနေပါတယ်။

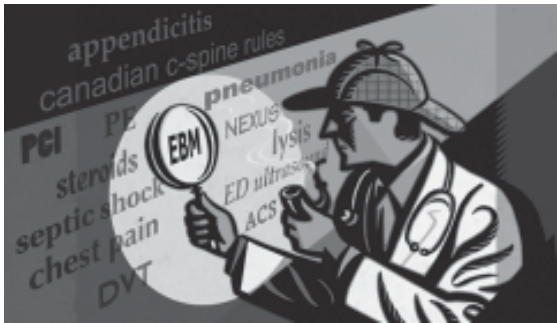
အများတကာ သိရှိပြီးဖြစ်မယ်လို့ယူဆရတဲ့ ဆေးသုတေသနရဲ့ နောက်ထပ်လုပ်ငန်းဆောင်တာတစ်ခု ကတော့ ဆေးကုသချက်အသစ်တစ်ခုခု အထူးသဖြင့် ဆေးဝါးအသစ်တွေ၊ ဆေးပစ္စည်းအသစ်တွေ၊ ခွဲစိတ် နည်းအသစ်တွေကို ဖော်ထုတ်ပေးရတာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ လွန်ခဲ့တဲ့နှစ်ပေါင်း ၅၀ ကစပြီး ဒီလုပ်ငန်းဆောင်မှုတွေ ဟာ အရှိန်အဟုန်နဲ့ ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်လာခဲ့ပြီး အလျင်အမြန်တွေကထက် ဆေးသုတေသနတွေကို ပိုမိုလုပ်ဆောင် လာနေကြရပါတယ်။ ဒီလောက်လုပ်ဆောင်နေတာတောင် လူ့ကိုယ်ခန္ဓာနဲ့ ပတ်သက်တဲ့ လုပ်ငန်းဆောင်တာ

တွေ၊ (ရင်းနှီးပြီးသားရောဂါတွေနဲ့ ထူးဆန်းတဲ့ရောဂါတွေရဲ့)ရောဂါဖြစ်စေရတဲ့ အကြောင်းရင်းတွေ၊ ကာကွယ် လို့ရနိုင်တဲ့၊ ကုသလို့ရနိုင်တဲ့ အပိုင်းတွေ တော်တော်များများကို တိကျတဲ့အဖြေမပေးနိုင်တာတွေ ရှိနေပါသေး တယ်။ ဆေးသုတေသနပြုလုပ်ခြင်းအားဖြင့်သာ ဒီမေးခွန်းတွေကို တဖြည်းဖြည်းနဲ့ အဖြေရှာပေးလာနိုင်မှာ ဖြစ်ပါတယ်။

ဆေးသုတေသနဟာ လူ့ခန္ဓာကိုယ် ဇီဝကမ္မဖြစ်စဉ်တွေကို ပိုမိုသိရှိနားလည်ဖို့ အဖြေရှာဖွေနေရင်းက လူ့ကျန်းမာရေးကို ထိန်းချုပ်နေတဲ့ အခြားဖြစ်စဉ်တွေကိုလည်း စုံစမ်းထောက်လှမ်းနေရပါတယ်။ လူ့အုပ်စု အတွင်းမှာ ဖြစ်ပေါ်နေတဲ့ ရောဂါဖြစ်ပွားမှုသဏ္ဍာန် (Epidemiology)၊ ကျန်းမာရေး လုပ်ဆောင်နေကြတဲ့ အဖွဲ့အစည်းနဲ့ သူတို့ရဲ့ငွေကြေးထောက်ပံ့ရရှိမှု၊ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်ပေးနေရမှု စတာတွေကို လေ့လာရတဲ့ (Health systems research)၊ ကျန်းမာရေးအပေါ်မှာ လူမှုရေးနဲ့ယဉ်ကျေးမှုရဲ့လွှမ်းမိုးချုပ်ကိုင်နေမှု (Medical Sociology and Anthropology)၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဥပဒေ (Legal Medicine)၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကျင့်ဝတ် (Medical Ethics)၊ စတာတွေကို အမြဲတမ်းစုံစမ်းထောက်လှမ်းနေရပြီး သုတေသနတွေ အမြဲ လုပ်ဆောင်နေကြရတာ ဖြစ်ပါတယ်။

ဆေးကုသရေးနယ်ပယ်မှ သုတေသနများ Research in Medical Practice

ဆရာဝန်တွေအားလုံးဟာ ဆေးသုတေသနပြုမှုတွေက ထွက်ပေါ်လာတဲ့ရလဒ်တွေကို အသုံးပြုပြီး ဆေးကုသနေကြရတာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေရဲ့ ကျွမ်းကျင်မှုတွေကို ထိန်းသိမ်းထားနိုင်ဖို့အတွက် လက်ရှိ ကာလ လုပ်ဆောင်နေတဲ့ သုတေသနတွေကို အချိန်နဲ့တပြေးညီ သိရှိနေဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေ အတွက် CME: Continuing Medical Education လို့ခေါ်တဲ့ စဉ်ဆက်မပြတ် ဆေးပညာသင်ကြားရေး အစီအစဉ်တွေ၊ CPD: Continuing Professional Development လို့ခေါ်တဲ့ စဉ်ဆက်မပြတ် လုပ်ငန်း စွမ်းရည်မြှင့်တင်ရေး သင်တန်းတွေ၊ ဆေးပညာဂျာနယ်တွေ၊ ဆရာဝန်အချင်းချင်း တွေ့ဆုံဆွေးနွေးပွဲတွေမှာ သုတေသနတွေ့ရှိချက်တွေကို တင်ပြဆွေးနွေးလေ့ ရှိကြပါတယ်။ သုတေသနမှာ တိုက်ရိုက်ပါဝင်နေကြတာ မဟုတ်ပေမယ့် သုတေသန တွေ့ရှိချက်တွေကို ဘယ်လိုအဓိပ္ပာယ် ဖွင့်ဆိုရမယ် ဆိုတာတွေ၊ လူနာ အပေါ်မှာ ဘယ်လိုအသုံးပြုရမလဲ ဆိုတာတွေကို ဆရာဝန်တိုင်း သိရှိ ကျွမ်းဝင်ထားကြရပါတယ်။ (Even if they do not engage in research themselves, physicians must know how to interpret the results of research and apply



them to their patients)။ သုတေသန နည်းပညာအခြေခံ (Basic research methodology) တွေကို ဆရာဝန် တိုင်း ရင်းနှီးကျွမ်းဝင်နေဖို့ အထူးလိုအပ်ပါတယ်။ ဒီလိုကျွမ်းဝင်နိုင်ဖို့ အကောင်းဆုံးနည်းလမ်းကတော့ သုတေသနစီမံကိန်းတွေမှာ ကိုယ်တိုင်ပါဝင်ခြင်းပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးကျောင်းသားဘဝကတည်းက ပါဝင်နိုင် သလို ဆရာဝန်ဖြစ်ပြီးမှလည်း ပါဝင်လုပ်ကိုင်လို့ ရပါတယ်။

ဆေးကုသနေတဲ့ ဆရာဝန်တစ်ယောက်အဖို့ လွယ်လွယ်ကူကူ ပါဝင်နိုင်တဲ့ သုတေသနမျိုးကတော့ clinical trial လို့ခေါ်တဲ့ ဆေးလက်တွေ့ စမ်းသပ်သုတေသနတွေပဲဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးဝါးအသစ်တစ်ခုကို ဖော်ထုတ်တဲ့နေရာမှာ အစိုးရဖွဲ့စည်းထားတဲ့ ထိန်းချုပ်ရေးကော်မတီရဲ့ ထောက်ခံချက်ရရှိနိုင်စေဖို့ ထုတ်လုပ်တဲ့ဆေးဝါးဟာ စိတ်ချရကြောင်းနဲ့ အစွမ်းထက်မှုရှိကြောင်း (safety and efficacy) စမ်းသပ်မှုတွေကို အဆင့်ဆင့် ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့် လုပ်ဆောင်ကြရပါတယ်။ အလျင်ဆုံး ဓာတ်ခွဲခန်းတွေမှာ စမ်းသပ်ကြရပြီး၊ နောက်တစ်ဆင့်အနေနဲ့ တိရိစ္ဆာန်တွေအပေါ်မှာ စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုတွေ ပြုလုပ်ကြရပါတယ်။ ဒီလိုစမ်းသပ် လိုက်လို့ အလားအလာကောင်းပြီဆိုရင် အဆင့် (၄) ဆင့် ပါဝင်တဲ့ လူသားအပေါ်မှာ စမ်းသပ်တဲ့ လက်တွေ့ ဆေးသုတေသန (Clinical Research) ကို လုပ်ဆောင်ကြရပါတယ်။

- ၁။ ပထမဆင့်သုတေသနမှာ ကျန်းမာသန်စွမ်းနေတဲ့ (လူနာမဟုတ်တဲ့လူကောင်း) အုပ်စုလေးတစ်စု အပေါ်မှာ စမ်းသပ်ကြည့်ရပါတယ်။ သုတေသနမှာ အစမ်းသပ်ခံပါဝင်လိုတဲ့သူတွေကို ငွေကြေး ထောက်ပံ့မှုတွေ ပေးရပါတယ်။ အဆင့် (၁) သုတေသနရဲ့ ရည်ရွယ်ချက်ကတော့ ဆေးဝါး အချိန်အဆ ဘယ်လောက်ပေးလိုက်ရင် ဘယ်လိုတုံ့ပြန်မှုရှိသလဲဆိုတာကို တိုင်းထွာကြည့်ကြ တာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးဝါးကို လူ့ကိုယ်ခန္ဓာက ဘယ်လိုပြောင်းလဲပစ်လိုက်သလဲ ဆိုတာတွေ၊ အဆိပ်အတောက်တွေ ဖြစ်လာစေသလား၊ အန္တရာယ်တွေ ဖြစ်လာစေသလားဆိုတာတွေကို သုတေသန ပြုကြည့်ကြရပါတယ်။
- ၂။ ဒုတိယဆင့်သုတေသနမှာ ရောဂါဖြစ်နေတဲ့ လူနာအုပ်စုတစ်ခုကို ရွေးချယ်ပြီး ဆေးဝါးကိုသုံးစွဲ စမ်းသပ်ကြည့်ကြတာ ဖြစ်ပါတယ်။ ရည်ရွယ်ချက်ကတော့ ဆေးဝါးကြောင့် ရောဂါအပေါ်မှာ ကောင်းကျိုးဖြစ်ထွန်းမှု ရှိမရှိဆိုတာနဲ့ ဘယ်လို ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးတွေ ဖြစ်ပေါ်စေသလဲဆိုတာကို လေ့လာကြပါတယ်။
- ၃။ တတိယဆင့်စမ်းသပ်မှုကတော့ (Clinical Trial) လို့ခေါ်တဲ့ လက်တွေ့စမ်းသပ်သုံးစွဲတဲ့ အဆင့်ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ လူနာဦးရေ ခပ်များများအပေါ်မှာ စမ်းသပ်တဲ့ဆေးဝါးကို သုံးစွဲစေလိုက်ပြီး၊ အရေ အတွက် တူညီတဲ့ အခြားလူနာတွေအပေါ်မှာ ဟန်ဆောင်ဆေးဝါး (Placebo) ဒါမှမဟုတ် အာနိသင် နှိုင်းယှဉ်လိုတဲ့ ရှိရင်းစွဲဆေးဝါးတစ်ခုခုကို စမ်းသပ်ပေးရပါတယ်။ အုပ်စုနှစ်စု ရဲ့ ရလဒ်တွေကို နှိုင်းယှဉ်ကြည့်ကြရတာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဘယ်လူနာအုပ်စုမှာ ဆေးဝါးအသစ်ကို

ကျွေးပြီး၊ ဘယ်အုပ်စုကိုတော့ ဟန်ဆောင်ဆေးဝါး ကျွေးထားတယ်ဆိုတာကို စမ်းသပ်သူတေသန ပြုနေသူတွေကိုရော၊ အစမ်းသပ်ခံနေတဲ့ လူနာတွေကိုရော အသိမပေးဘဲ ထားရတဲ့ (Double-blinded) စမ်းသပ်မှုမျိုးကို ပြုလုပ်ကြရတာဖြစ်ပါတယ်။

၄။ စတုတ္ထဆင့်သူတေသနကတော့ ဆေးဝါးလိုင်စင်ကျလာပြီး၊ ဈေးကွက်ထဲမှာ ရောင်းချနေတဲ့ အခါမှ ပြုလုပ်ကြရတာ ဖြစ်ပါတယ်။ မူလအဆင့်သုံးဆင့်တုန်းက မတွေ့ရှိလိုက်တဲ့ ဆေးဝါးရဲ့ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးတွေကို ဆေးဝါးရောင်းချနေပြီး ပထမနှစ်အနည်းငယ်အတွင်းမှာ ထပ်မံ ထောက်လှမ်းကြရတာဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးဝါးကုမ္ပဏီတွေဟာ သူတို့ရဲ့ဆေးဝါးတွေကို ဆရာဝန် တွေက ဘယ်လိုသုံးစွဲညွှန်းပေးနေကြသလဲဆိုတာတွေနဲ့၊ လူနာတွေက ဘယ်လိုရယူသုံးစွဲနေကြ သလဲဆိုတာတွေကို စိတ်ဝင်စားကြတဲ့အတွက် စတုတ္ထဆင့် သုတေသနကို ပြုလုပ်ကြတာ ဖြစ် ပါတယ်။

သိပ်မကြာခင်နှစ်များအတွင်းမှာ ဆေးသုတေသန စမ်းသပ် မှုတွေ ပိုမိုများပြားလာပြီး၊ လုံလောက်တဲ့ စာရင်းဇယားနဲ့ ခိုင်လုံတဲ့ တွေ့ရှိချက်တွေ ပိုမိုရရှိစေဖို့အတွက် အစမ်းသပ်ခံရမယ့် လူနာ အရေအတွက် ပိုမိုလိုအပ်လာရပါတော့တယ်။ သုတေသန အကြီး အကဲတစ်ယောက်ဟာ ဆရာဝန်ပဲဖြစ်စေ ဆေးကုမ္ပဏီကပဲဖြစ်စေ၊ ကိုယ့်နိုင်ငံတွင်းက လူနာတွေကို စမ်းသပ်ရုံတင်မကတော့ဘဲ အခြား နိုင်ငံတွေက လူနာတွေကိုပါ သုတေသနမှာ ထည့်သွင်းလိုလာကြတဲ့ အတွက် အစမ်းသပ်ခံလူနာတွေရရှိဖို့ နိုင်ငံရပ်ခြားက ဆရာဝန်တွေ ကို အားကိုးအားထား ပြုလာကြရပါတော့တယ်။



ဆရာဝန်တစ်ယောက်အနေနဲ့ ဒီလိုသုတေသနတွေမှာ ပါဝင်ရတာဟာ တန်ဖိုးမဖြတ်နိုင်တဲ့ အတွေ့အကြုံ တစ်ရပ်လည်း ဖြစ်ပါတယ်။ သို့ပေမယ့်လို့ သုတေသနမှာ ပါဝင်ခြင်းကြောင့် ပြဿနာတွေ ရှိလာနိုင်တယ်ဆိုတာနဲ့ ပြဿနာတွေကို ရှောင်ရှားနိုင်ဖို့ လိုအပ်တယ်ဆိုတာတွေကို သိထားဖို့ လိုပါတယ်။ အရင်ဦးဆုံး ဆရာဝန်- လူနာ ဆက်ဆံရေးမှာရှိတဲ့ ဆရာဝန်ရဲ့အခန်းကဏ္ဍ (physician's role) နဲ့ သုတေသနပြုသူနဲ့ အစမ်းသပ်သူ (researcher and research subject) ဆက်ဆံရေးမှာရှိတဲ့ သုတေသနပြုသူရဲ့အခန်းကဏ္ဍ (researcher's role) နှစ်ခုဟာ မတူညီဘဲ ကွဲပြားခြားနားနေပါတယ်။ သုတေသနပြုသူဟာ ဆရာဝန်ဖြစ်နေခဲ့ရင်တောင် ဒီကဏ္ဍနှစ်ခုကို ခွဲခြားသိမြင်ထားဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်ရဲ့ အဓိကတာဝန်က လူနာရဲ့ကျန်းမာရေး နဲ့ကောင်းကျိုး (health and well-being of the patient)ကို ရှေ့ရှုရမှာဖြစ်ပါတယ်။ သုတေသနပြုသူရဲ့

အဓိကတာဝန်က အသိပညာတွေ ပွားများလာစေဖို့ (generation of knowledge)ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ အသိပညာ ပွားများခြင်းဟာ သုတေသနအစမ်းသပ်ခံလူနာရဲ့ ကျန်းမာရေးနဲ့ ကောင်းကျိုးကို ရရှိချင်မှ ရရှိနိုင်စေမှာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဒါ့ကြောင့် ကဏ္ဍနှစ်ရပ်ဟာ ပဋိပက္ခ ဆန့်ကျင်မှုအသွင် ဆောင်လာနိုင်ပါတယ်။ ဒီလိုဖြစ်လာခဲ့ရင် ဆရာဝန်ရဲ့အခန်းကဏ္ဍကို သုတေသနပြုသူရဲ့ အခန်းကဏ္ဍရဲ့ အထက်မှာဦးစားပေးပြီး ဆောင်ရွက်ရမှာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆက်လက်ဖတ်ရှုလာရင် ဘာကိုဆိုလိုသလဲဆိုတာကို သဘောပေါက်လာပါလိမ့်မယ်။

ကဏ္ဍနှစ်ရပ်ကို ပေါင်းစည်းလိုက်တဲ့အတွက် နောက်ထပ်ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်ဖွယ်ရာ ပြဿနာတစ်ရပ်က တော့ အကျိုးစီးပွားပဋိပက္ခ (Conflict of interest)ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးသုတေသနဆိုတာဟာ ရန်ပုံငွေတွေ အမြောက်အမြား ရယူသုံးစွဲရတဲ့လုပ်ငန်း (well-funded enterprise)တစ်ရပ် ဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေ ကို ဆေးသုတေသနမှာ ပါဝင်လာစေဖို့ ဆုလဒ်တွေ ပေးကမ်းလာတာတွေ ရှိနေပါတယ်။ သုတေသနအပြု လုပ်ခံမယ့် လူနာတွေရရှိဖို့ ငွေကြေးထောက်ပံ့တာတွေရှိသလို၊ သုတေသနရဲ့ရလဒ်တွေကို တွက်ချက်နိုင်ဖို့ ကွန်ပျူတာပေးအပ်တာတွေ၊ သုတေသနတွေ့ရှိချက်တွေကို ဆွေးနွေးနိုင်ဖို့ ဆေးသုတေသနညီလာခံတွေ ကို ဖိတ်ကြားတာတွေ၊ သုတေသနစာတမ်းမှာ ပူးတွဲပြုစုသူ (Co-author)အဖြစ် ဖော်ပြပေးတာတွေ ရှိ လာပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေဟာ ဒီလိုအကျိုးစီးပွားတွေကို ရယူလိုက်တဲ့အတွက် လူနာကိုအကောင်းဆုံး ကုသချက်တွေ ပေးနေရမယ်ဆိုတဲ့ ဆရာဝန်ရဲ့တာဝန်နဲ့သွားပြီး ရံဖန်ရံခါ ထိပ်တိုက်ရင်ဆိုင် ပဋိပက္ခဖြစ် လာရပါတော့တယ်။ သုတေသနပြုမှုမှာ လူနာကိုယ်တိုင် ပါဝင်သင့်မသင့် ဆုံးဖြတ်နိုင်ဖို့ သုတေသနဆိုင် ရာ သတင်းအချက်အလက်အားလုံးကို လူနာကိုယ်တိုင် သိရှိပြီးဖြစ်နေစေရမယ်ဆိုတဲ့ လူနာရဲ့အခွင့်အရေး တစ်ရပ်နဲ့လည်း ထိပ်တိုက်ရင်ဆိုင်မှု ရှိလာရပါတယ်။

ဒီလိုဖြစ်လာနိုင်ဖွယ် ပြဿနာအားလုံးကို ကျော်လွှားနိုင်ဖို့လိုပါတယ်။ သမားကျင့်ဝတ်ရဲ့အခြေခံ တန်ဖိုးတွေဖြစ်တဲ့ - စာနာခြင်းကရုဏာ (Compassion)၊ ကျွမ်းကျင်တတ်မြောက်မှု (Competence)နဲ့ ကိုယ်ပိုင်လွတ်လပ်ခွင့် (Autonomy) - တွေကို ဆေးသုတေသနမှာ အသုံးပြုလိုက်ဖို့ပဲ ဖြစ်ပါတော့တယ်။ ဆရာဝန်နဲ့သုတေသနပြုသူ ကဏ္ဍနှစ်ရပ်မှာ ရှေးရိုးအမွေဆက်ခံလာရတဲ့ပဋိပက္ခ (inherent conflict)ဆိုတာ မရှိလာနိုင်တော့ပါဘူး။ ဆရာဝန်တွေဟာ ဆေးသုတေသနရဲ့ အခြေခံဥပဒေတွေကို နားလည်ပြီး လိုက်နာ ဆောင်ရွက်နေသမျှ ကာလပတ်လုံး ဆေးကုသရေးရဲ့ အရေးကြီးတဲ့ အစိတ်အပိုင်းတစ်ခုဖြစ်တဲ့ ဆေးသုတေသန ပြုမှု လုပ်ငန်းတွေမှာ ပါဝင်ပတ်သက်နေရတဲ့အတွက် အခက်အခဲ ရှိလာနိုင်တော့မယ် မဟုတ်ပါဘူး။

သုတေသနပြုမှုအတွက် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာလိုအပ်ချက်များ Ethical Requirements

သုတေသနရဲ့အခြေခံမူတွေကို ကောင်းစွာသတ်မှတ်ထားရှိပြီးဖြစ်ပါတယ်။ သို့ပေမယ့်လို့ သတ်မှတ်ချက်အတိုင်း အမြဲတမ်း လိုက်နာနေကြတာ မဟုတ်ကြပါဘူး။ ၁၉ ရာစုနဲ့ ၂၀ ရာစုနှစ်များအတွင်းက အင်မတန်ထင်ရှားတဲ့ ဆေးသုတေသနပညာရှင်တွေဟာ လူနာတွေရဲ့ သဘောတူညီချက်ကိုမရယူဘဲ လူနာတွေရဲ့ ကောင်းကျိုးကို မဆိုသလောက် မျှော်ကိုးတဲ့ ဆေးသုတေသနပေါင်း မြောက်မြားစွာကို ပြုလုပ်ခဲ့ကြပါတယ်။ ၂၀ ရာစုနှစ်မတိုင်ခင်ကတည်းက သုတေသနကျင့်ဝတ်အချို့ကို ထုတ်ပြန်ထားပြီးဖြစ်နေပေမယ့်၊ နာဇီဂျာမနီနိုင်ငံမှာနဲ့ အခြားနေရာဒေသအနှံ့အပြားမှာ လူ့အခွင့်အရေး ချိုးဖောက်တဲ့ ဆေးသုတေသနတွေကို ဆရာဝန်တွေကိုယ်တိုင် ပါဝင်လုပ်ဆောင်ခဲ့ကြတာကို မတားဆီးနိုင်ခဲ့ပါကြဘူး။ ဒုတိယကမ္ဘာစစ်အပြီးမှာတော့ သုတေသနပြုခဲ့တဲ့ ဆရာဝန်အချို့ကို ခုံရုံးတင်စစ်ဆေးခဲ့ရပြီး ဂျာမနီနုရင်ဘတ် အထူးစစ်ခုံရုံးက အပြစ်ပေးခဲ့ရတာတွေ ရှိခဲ့ဖူးပါတယ်။ စစ်ခုံရုံးရဲ့ဆုံးဖြတ်ချက်တွေကို နုရင်ဘတ်ကျင့်ထုံး (Nuremberg Code)လို့ ခေါ်ဆိုကြပါတယ်။ ယနေ့ကာလကျင့်သုံးနေတဲ့ ဆေးသုတေသန ကျင့်ဝတ်တွေ အကုန်လုံးဟာ နုရင်ဘတ်ကျင့်ထုံးကို အခြေခံထားတာဖြစ်ပါတယ်။ ဒီကျင့်ထုံးမှာ ပါဝင်တဲ့အခြေခံမူ ၁၀ ချက်ထဲက တစ်ချက်ကတော့ဖြင့် လူနာကို ဆေးသုတေသနတစ်ခုခုမှာ ပါဝင်စမ်းသပ်တော့မယ်ဆိုရင် လူနာကိုယ်တိုင်ရဲ့ လိုလိုလားလားသဘောတူညီချက် (Voluntary consent)ကို ရယူရမယ်လို့ ဖော်ပြထားပါတယ်။



ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်အသင်းကြီး-WMA ဟာ ၁၉၄၇ ခုနှစ် နုရင်ဘတ်ကျင့်ထုံး ပြဋ္ဌာန်းလိုက်တဲ့ တစ်နှစ်ထဲမှာပဲ ပေါ်ပေါက်လာခဲ့တာဖြစ်ပါတယ်။ ဒုတိယကမ္ဘာစစ်မတိုင်ခင်နဲ့ စစ်အတွင်းက ဆေးပညာကျင့်ဝတ် ဖောက်ဖျက်ခဲ့ကြတာတွေကို သတိမူမိတဲ့အတွက် WMA တည်ထောင်သူတွေဟာ ဆရာဝန်တွေ အနေနဲ့ အနိမ့်ဆုံးအဆင့် ကျင့်ဝတ်တာဝန်တွေကို သတိမူလာကြရအောင် ပြုလုပ်ဆောင်ရွက်မှုတွေကို ချက်ချင်း လုပ်ကိုင်လိုက်ပါတယ်။ နှစ်ပေါင်းများစွာ လေ့လာအားထုတ်အပြီး ၁၉၅၄ ခုနှစ်မှာ WMA အနေနဲ့ ဆေးသုတေသနနှင့် စမ်းသပ်ကုသမှုများ ပြုလုပ်ရာတွင် လိုက်နာရမည့်အခြေခံမူများ (Principles for Those in Research and Experimentation) ကို ပြဋ္ဌာန်းနိုင်ခဲ့ပါတယ်။ ဒီပြဋ္ဌာန်းချက်ကို နောက်ထပ် ၁၀ နှစ်အတွင်းမှာ ပြန်လည်ပြုပြင်ပြီး နောက်ဆုံး ၁၉၆၄ ခုနှစ်မှာ ဟယ်လ်ဆင်ကီကြေငြာစာတမ်း (Declaration of Helsinki: DoH) ဆိုပြီး ပေါ်ထွက်လာခဲ့ပါတယ်။ ဒီကြေငြာစာတမ်းကိုလည်း ၁၉၇၅၊ ၁၉၈၃၊ ၁၉၉၆ နဲ့ ၂၀၀၀ ခုနှစ်တွေမှာ ထပ်မံပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ခဲ့ရပါတယ်။ DoHဟာ သုတေသနကျင့်ဝတ်ရဲ့ အနှစ်ချုပ်ပဲဖြစ်ပါတယ်။ အခြားပိုမိုပြီးစုံတဲ့ သုတေသနဆိုင်ရာ ယေဘုယျလမ်းညွှန်စာတမ်းတွေလည်း ထွက်ပေါ်လာနေပါတယ်။ ဥပမာ။ ဆေးသိပ္ပံဆိုင်ရာ အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာအဖွဲ့အစည်းများကောင်စီ (Council for International Organizations of Medical Sciences)၊ လူသားပါဝင်သော ဇီဝဆေးပညာဆိုင်ရာ သုတေသနများအတွက် အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက်-၁၉၉၃၊ ပြင်ဆင်-၂၀၀၂ (International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects, 1993, revised in 2002)။ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ သီးခြားခေါင်းစဉ်တွေကို ဖော်ပြထားတဲ့ . . . နပ်ဖီးကောင်စီ ဇီဝကျင့်ဝတ် - Nuffield Council of Bioethics (UK)၊ ဖွံ့ဖြိုးဆဲနိုင်ငံများ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် စပ်ဆိုင်သော သုတေသနကျင့်ဝတ်- The Ethics of Research Related to Healthcare in Developing Countries, 2002 စတာတွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။

အခုဖော်ပြလိုက်တဲ့ သုတေသနဆိုင်ရာလမ်းညွှန်ချက် စာရွက်စာတမ်းတွေဟာ သုတေသန နယ်ပယ်တွေ၊ စာအုပ်အထူအပါးတွေ၊ ပြုစုသူတွေ ကွာခြားနေကြပေမယ့် သုတေသနရဲ့ အခြေခံမူတွေမှာတော့ အားလုံးအတူတူပဲ ဖြစ်ကြပါတယ်။ သုတေသနအခြေခံမူတွေကို နိုင်ငံတော်တော်များနဲ့ နိုင်ငံတကာ အဖွဲ့အစည်းတွေမှာ . . . အထူးသဖြင့် ဆေးဝါးနဲ့ဆေးပစ္စည်းတွေကို အတည်ပြုပေးရတဲ့အဖွဲ့အစည်းတွေရဲ့ သုတေသနဆိုင်ရာ ဥပဒေတွေ၊ စည်းမျဉ်းတွေမှာ ထည့်သွင်းဖော်ပြထားတတ်ကြပါတယ်။ အခု DoH မှာ ဖော်ပြထားတဲ့ သုတေသနမူဝါဒကောက်နှုတ်ချက်တွေကို တင်ပြပေးသွားပါမယ်။

သုတေသနသုံးသပ်ရေးကော်မတီ၏ အတည်ပြုချက် Ethics Review Committee Approval

DoH ရဲ့အပိုဒ် ၁၃ နဲ့ အပိုဒ် ၁၄ မှာ ပြဆိုထားတာက “သုတေသနအပြုခံ လူသားပါဝင်သည့် သုတေသနစီမံကိန်း အဆိုပြုချက်တစ်ရပ်ရပ်ကို လွတ်လပ်စွာ ဖွဲ့စည်းထားသော ကျင့်ဝတ်သုံးသပ်ရေးကော်မတီမှ သုတေသနမပြုမီ ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း၊ အတည်ပြုချက်ပေးခြင်းများ ပြုလုပ်ရန် လိုအပ်သည်။ အတည်ပြုချက် ရယူရန်အလို့ငှာ သုတေသနပြုမည့် ပညာရှင်များသည် သုတေသနစီမံကိန်း၏ ရည်ရွယ်ချက် (Purpose)နှင့် လုပ်နည်းလုပ်ဟန် (Methodology) များကို ရှင်းလင်းတင်ပြခြင်း၊ လူသားများကို မည်သို့မည်ပုံ ခေါ်ယူသိမ်းသွင်း (recruited) မည်၊



သဘောတူညီချက်(consent)တောင်းခံမည်၊ လုံခြုံရေး (privacy) ကို အကာအကွယ်ပေးမည်၊ အတွင်းရေးများကို ဖုံးဖိထားပေးမည် (confidentiality)၊ စသည်များကို ဖော်ထုတ်ပေးရန် လိုအပ်သည်။ ၎င်းအပြင် စီမံကိန်းအတွက် မည်သို့မည်ပုံ ရန်ပုံငွေရရှိခဲ့သည် (funded)၊ သုတေသနပြုသူများနှင့် အကျိုးစီးပွား ကွဲလွဲမှု ရှိသည် (conflict of interest)များကိုလည်း ဖော်ပြဖို့ လိုအပ်သည်။” ကျင့်ဝတ်ကော်မတီက တင်ပြလိုက်သည့်အတိုင်း အတည်ပြုပေးတာတွေရှိသလို၊ ပြန်လည် ပြင်ဆင်ခိုင်းရတာတွေလည်း ရှိပါတယ်။ လုံးဝငြင်းပယ်လိုက်ရတာတွေလည်း ရှိပါတယ်။ ကော်မတီတော်တော်များများဟာ သုတေသနပြုနေစဉ် တစ်လျှောက်လုံးမှာ အတည်ပြုပေးထားတဲ့အတိုင်း လုပ်ဆောင်နေသလားဆိုတာတွေကို ထောက်လှမ်းကြပ်မတ်ပိုင်ခွင့်တွေ ရရှိနေကြပါတယ်။ သုတေသနပြုနေဆဲမှာ မျှော်လင့်မထားတဲ့ ကြီးကျယ်တဲ့ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးတွေ ပေါ်ပေါက်လာခဲ့ရင် သုတေသနစီမံကိန်းကြီးတစ်ခုလုံးကို ရပ်ဆိုင်းစေလိုက်နိုင်တဲ့ ရပိုင်ခွင့်တွေရှိနေရပါတယ်။

ကျင့်ဝတ်ကော်မတီ အတည်ပြုချက်ရယူဖို့ လိုအပ်တဲ့အကြောင်းရင်းကတော့၊ သုတေသနပြုသူ ပညာရှင်နဲ့ သုတေသနအပြုခံလူနာ (နှစ်ဦးနှစ်ဘက်စလုံး)ဟာ သူတို့ပြုလုပ်နေတဲ့ သုတေသနစီမံကိန်းကို သိပ္ပံနည်းကျတယ်ဆိုတာနဲ့၊ ကျင့်ဝတ်နဲ့လျော်ညီတယ်ဆိုတာတွေကို အမြဲတမ်း အဆုံးအဖြတ်ပေးနိုင်စွမ်း မရှိကြတဲ့အတွက်ကြောင့်ပဲ ဖြစ်ရပါတယ်။ သုတေသနပညာရှင်တွေဟာ သူတို့ရဲ့ သုတေသနစီမံကိန်းကို အကျိုးဖြစ်ထွန်းမယ် (worthwhile)ဆိုတာရယ်၊ သုတေသနလုပ်ငန်းတွေကို သူတို့ကိုယ်တိုင် ကျွမ်းကျင်စွာ လုပ်ကိုင်တတ်ပါတယ် (competent) ဆိုတာရယ်ကို သက်သေထူနိုင်ဖို့၊ သုတေသနအပြုခံ လူသားတွေအတွက်

ဘေးမဖြစ်ရအောင် ကာကွယ်ထားပုံကာကွယ်ထားနည်းတွေ၊ ဘေးဖြစ်လာခဲ့ရင်လည်း အတတ်နိုင်ဆုံး နည်း နိုင်သမျှ နည်းအောင် ပြုလုပ်ကာကွယ်ထားနည်းတွေကို ဘက်မလိုက်တဲ့ ကျွမ်းကျင်သူကော်မတီဝင်တွေ ရှေ့မှောက်မှာ သက်သေပြကြရပါတယ်။

ကျင့်ဝတ်ကော်မတီသုံးသပ်မှုနဲ့ပတ်သက်ပြီး၊ ဖြေရှင်းလို့မရသေးတဲ့ ပြဿနာတစ်ရပ်လည်း ရှိပါသေး တယ်။ အဲဒါကတော့ ဌာနပေါင်းစုံပါဝင်တဲ့သုတေသနပြုမှု (multi-center project)တစ်ခုမှာ ဌာနတစ်ခု စီမှာ ရှိနေတဲ့ ကျင့်ဝတ်ကော်မတီအသီးသီးရဲ့ အတည်ပြုချက်တွေကို ရယူဖို့လိုသလား၊ ဒါမှမဟုတ် ဌာနတစ်ခု တည်းနဲ့ပဲ လုံလောက်သွားပြီလားဆိုတဲ့ အချက်ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ပါဝင်ပတ်သက်တဲ့ဌာနတွေဟာ၊ နိုင်ငံအမျိုးမျိုး မှာ ရှိနေကြတယ်ဆိုရင်တော့ နိုင်ငံတစ်ခုစီရဲ့ သုံးသပ်မှုနဲ့အတည်ပြုချက်တွေကို ယေဘုယျအားဖြင့် ရယူဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။

သိပ္ပံပညာအရ အကျိုးအမြတ်ရှိမှု (Scientific Merit)

DoH ရဲ့အပိုဒ် ၁၁ မှာ ဖော်ပြထားတာကတော့ လူသားကို စမ်းသပ်သောသုတေသနပြုမှုများ သည် သိပ္ပံပညာသဘောအရ လျော်ကန်သင့်မြတ်မှုရှိစေရမည် (*must be justifiable on scientific grounds*) လို့ ပါရှိပါတယ်။ ဒီလိုအပ်ချက်က အောင်မြင်ဖွယ်ရာ မရှိနိုင်တဲ့ သုတေသနစီမံကိန်းတွေကို တားဆီးပေးထားတာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဥပမာ၊ လုပ်နည်းလုပ်ဟန် (Methodology)မပီပြင်တဲ့ သုတေသနတွေ၊ အောင်မြင်မှု ရှိလာရင်တောင်မှ မဖြစ်စလောက် သေးသိမ်တဲ့ရလဒ်မျိုး (trivial results)တွေ ထွက်လာနိုင်တဲ့ သုတေသနမျိုးတွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ လူနာတွေကို သုတေသနထဲမှာ ပါဝင်စေမယ်ဆိုရင် အန္တရာယ် အနည်း ဆုံး ဖြစ်နိုင်စေတဲ့ သုတေသနမျိုးဖြစ်နေရင်တောင်မှ သိပ္ပံပညာအရအရေးပါတဲ့ ရလဒ်မျိုး ထွက်ပေါ်လာ စေနိုင်ဖို့ မျှော်လင့်ထားဖို့လိုပါတယ်။

သိပ္ပံပညာအရ အကျိုးရှိတယ်ဆိုတာသေချာစေဖို့၊ အပိုဒ် ၁၁ မှာ ဆက်လက်ဖော်ပြထားတာကတော့ သုတေသနစီမံချက်သည် သက်ဆိုင်ရာခေါင်းစဉ်အတွက် စာတမ်းအစောင်စောင် (literature)၊ နှင့် စမ်းသပ် ထားရှိပြီးသော ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်မှု (laboratory)အဖွဲ့ကို ကိုးကားဖော်ပြထားရမည်။ လိုအပ်ပါလျှင် တိရစ္ဆာန် အပေါ်၌ စမ်းသပ်ထားရှိမှုများကိုပါ ဖော်ပြရမည်ဖြစ်ပြီး၊ လူသားအပေါ်၌ စမ်းသပ်မည်ဆိုပါက၊ အကျိုးရှိ စေရပါမည်ဆိုသော ခိုင်လုံသည့်အကြောင်းပြချက်များ ပါဝင်စေရမည်။ တိရစ္ဆာန်အပေါ်၌ စမ်းသပ်မှုများ သည် တိရစ္ဆာန်အကောင်ရေ နည်းနိုင်သမျှနည်းဖို့လိုပြီး၊ တိရစ္ဆာန်များ၏ ခံစားနာကျင်မှုများကိုလည်း အတတ် နိုင်ဆုံး နည်းနိုင်သမျှ နည်းအောင် စီမံထားဖို့လိုသည်။ အပိုဒ် ၁၅ မှာ ထပ်မံဖြည့်စွက်ထားတာကတော့ သိပ္ပံပညာကို ကျွမ်းကျင်တတ်မြောက်ထားသူများ (only scientifically qualified persons) ကသာလျှင် လူသားအပေါ်မှာ သုတေသနပြုလုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည်လို့ ပါရှိပါတယ်။ အခုဖော်ပြလိုက်တဲ့ အချက်အလက်တွေကို ပြည့်မီအောင် ပြုလုပ်ထား မထား အတည်ပြုနိုင်ဖို့ ကျင့်ဝတ်ကော်မတီက စစ်ဆေးပေးရတာဖြစ်ပါတယ်။

လူမှုရေးတန်ဖိုး (Social Value)



ဆေးသုတေသနစီမံချက်မှာ အငြင်းပွားနေသေးတဲ့ လိုအပ်ချက်တစ်ခုကတော့ သုတေသနစမ်းသပ်မှု ပြုနေတဲ့ လူမှုအဖွဲ့အစည်းကို ယေဘုယျကောင်းကျိုးပေးနိုင်မပေးနိုင် (well-being of society in general) ဆိုတာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ သိပ္ပံပညာ ထွန်းကားလာတဲ့အတွက် သိပ္ပံပညာမှာ တန်ဖိုးတွေ မြင့်တက်လာနေပြီး ဆက်လက် လျော်ကန်သင့်မြတ်အောင် ပြုလုပ်ဖို့ မလိုတော့ဘူးလို့ လက်ခံထားခဲ့ကြပါတယ်။ ဆေးသုတေသနတွေ ပြုလုပ်ဖို့ သယံဇာတအရင်းအမြစ်တွေ မလုံလောက်လာတဲ့ အခါမှာတော့ သုတေသနစီမံချက်တစ်ခုကို ငွေကြေးထောက်ပံ့ဖို့ လူမှုရေးတန်ဖိုးတွေကို ထည့်သွင်းတွက်ချက်လာကြရပါတော့တယ်။

DoH အပိုဒ် ၁၈ နဲ့ အပိုဒ် ၁၉ မှာ ဖော်ပြထားတာကတော့ သုတေသနစီမံချက်တစ်ခုကို သုံးသပ်နိုင်ဖို့ရန်အတွက် လူမှုရေးတန်ဖိုးများကို အရေးပေးစဉ်းစားဖို့လိုသည်လို့ ပါရှိပါတယ်။ သိပ္ပံ

ပညာပိုင်းဆိုင်ရာနဲ့ လူမှုရေးပိုင်းဆိုင်ရာ နားလည်ထားရှိချက်တွေအရ သုတေသနစီမံချက်တစ်ခုရဲ့ ရည်ရွယ်ချက်တွေဟာ သုတေသနအပြုခံသူ (research subject)အပေါ်မှာ ကျရောက်လာမယ့် အန္တရာယ်တွေ၊ ဖိစီးလာမယ့် ဝန်ထုတ်ဝန်ပိုးတွေထက် သာလွန်ပြီး အချိန်စီးနေဖို့ လိုအပ်နေတယ်လို့ဆိုပါတယ်။ ဒါ့အပြင်၊ လူအုပ်စုအတွင်း ပြုလုပ်လိုက်တဲ့ သုတေသနစမ်းသပ်ချက်ကြောင့် သုတေသနက ထွက်ပေါ်လာတဲ့ အကျိုးရလဒ်တွေကို အဲဒီလူအုပ်စုကိုယ်တိုင်က ခံစားစံစားခွင့် ရှိတယ်လို့ဆိုပါတယ်။ လူသားတွေကို မမျှမတ သုတေသနအပြုခံဖို့ အလားအလာရှိနေတဲ့ တိုင်းပြည်တွေမှာ သုတေသနတွေပြုလုပ်ကြပြီး၊ အဲဒီနိုင်ငံမှာရှိတဲ့ အစမ်းသပ်ခံလူသားတွေက အန္တရာယ်တွေကိုရင်ဆိုင်ခဲ့ကြရ၊ မအီမသာဖြစ်မှုတွေကို ခံစားခဲ့ကြရ။ တကယ်တမ်း သုတေသနကြောင့် ဆေးဝါးအသစ်တွေလည်း ပေါ်ထွန်းလာရော၊ အစမ်းသပ်ခံခဲ့ကြရတဲ့ တိုင်းပြည်က လူသားတွေက အကျိုးမခံစားကြရတော့ဘဲ၊ တခြားတိုင်းပြည်က လူနာတွေအပေါ်မှာ အကျိုးရှိစေကုန်တာမျိုးတွေဟာ မဖြစ်သင့် မဖြစ်ထိုက်တဲ့ ကိစ္စတွေပဲဖြစ်ပါတယ်။

သုတေသနစီမံချက်ရဲ့ လူမှုရေးတန်ဖိုးထားမှု (social worth)ကို တိုင်းထွာရတာဟာ သိပ္ပံပညာအကျိုးအမြတ်ရရှိမှု (scientific merit)ကို တိုင်းထွာရတာထက် ပိုမိုခက်ခဲလှပါတယ်။ တိုင်းတာလို့ ခက်ခဲတယ်ဆိုတိုင်း လူမှုရေးတန်ဖိုးထားမှုကို ပစ်ပယ်ထားလို့ မရပါဘူး။ သုတေသနပြုသူပညာရှင်တွေနဲ့ ကျင့်ဝတ်သုံးသပ်ရေး ကော်မတီဝင်တွေဟာ လူမှုရေးအသုံးဝင်မှုတွေ မပါဝင်တဲ့ စမ်းသပ်မှုတွေ မဖြစ်ရအောင် သတိထားဖို့

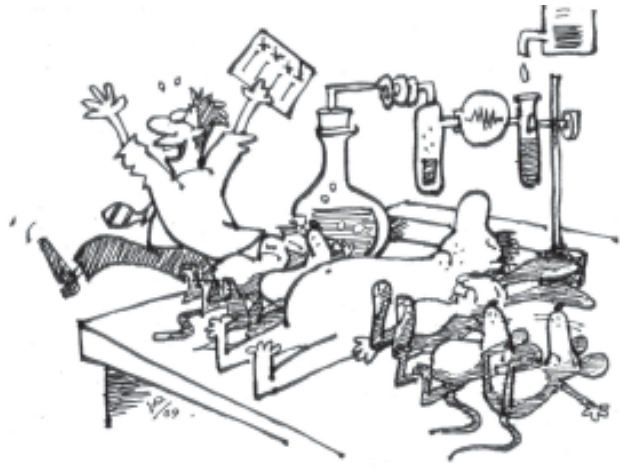
လိုအပ်လှပါတယ်။ ဒီလိုစမ်းသပ်မှုတွေ ပြုလုပ်လိုက်မယ်ဆိုရင် ကျန်းမာရေး သယံဇာတအရင်းအမြစ်တွေကို ဖြုန်းတီးပစ်ရာ ရောက်တဲ့အပြင် လူသားအားလုံး ကျန်းမာရေးနဲ့ ကောင်းကျိုးမင်္ဂလာအတွက် လုပ်ဆောင်ပေး နေတဲ့ ဆေးသုတေသနလုပ်ငန်းတာဝန်တွေရဲ့ ဂုဏ်သိက္ခာကိုပင် ညှိနှိုင်းစေမှာ ဖြစ်ပါတော့တယ်။

အန္တရာယ်နှင့် ကောင်းကျိုး (Risks and Benefits)

ဆေးသိပ္ပံအကျိုးရှိမှုနဲ့ လူမှုရေးတန်ဖိုးထားမှုတွေကို ဖော်ထုတ်ပြီးပြီဆိုရင် သုတေသနပြုသူ ပညာရှင် အနေနဲ့ သုတေသနအပြုခံလူသားတွေအပေါ်မှာ ကျရောက်လာနိုင်တဲ့ အန္တရာယ်တွေဟာ အကြောင်းခိုင်လုံ မှုရှိတဲ့အကြောင်းနဲ့ ထွက်ပေါ်လာမယ့် အကျိုးရလဒ်တွေနဲ့ နှိုင်းစာရင် အလွန်တရာနည်းပါးတဲ့အကြောင်း ဖော်ထုတ်ပြသဖို့ လိုအပ်လာပါတယ်။ အန္တရာယ် (Risks)ဆိုတာက ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်တဲ့ မလိုလားအပ်တဲ့ရလဒ် (potential for an adverse outcome) ဒါမှမဟုတ် ထိခိုက်နစ်နာစေမှု (harm)ကို ဆိုလိုပါတယ်။ အပိုင်း နှစ်ပိုင်း ပါဝင်နေပါတယ်။

- (၁)။ ထိခိုက်နစ်နာမှုဖြစ်လာနိုင်ချေ။ (အလွန်မဖြစ်နိုင်သောအခြေအနေမှ အလွန်ဖြစ်နိုင်သော အခြေအနေအထိ ဖြစ်နိုင်ချေ အဆင့်ဆင့်ရှိနေပါတယ်)။
- (၂)။ နစ်နာမှု၏ပြင်းထန်ချက် (severity of harm)။ နစ်နာချက်အသေးအဖွဲ့ (trivial harm)မှသည် တစ်သက်တာ ကျိုးကန်းချိနဲ့သွားရခြင်းအထိ သို့မဟုတ် အသက်သေဆုံးသွားရခြင်းအထိ ဖြစ်နိုင်ပါတယ်။

သုတေသနကောင်းတစ်ခုတွင် နစ်နာချက် အသေးအဖွဲ့တစ်ခုဖြစ်ပေါ်လာဖို့ အလွန်အမင်း မဖြစ်နိုင် သော အခြေအနေတွင် ပြဿနာပေါ်ပေါက်လာစရာ အကြောင်းမရှိပါ။ အကြီးအကျယ် ထိခိုက်နစ်နာမှုဖြစ်စေ နိုင်သော အခြေအနေရှိသည့် သုတေသနပြုချက်တစ်ရပ်တွင်ကား သေကောင်ပေါင်းလဲ ဖြစ်နေသော



သုတေသနအပြုခံလူနာ (terminally ill research subject)အတွက် မျှော်လင့်ချက် ကုထုံး မဟုတ်သမျှ ကာလပတ်လုံး လက်ခံနိုင်ဖွယ်ရာ မရှိပါချေ။

ဤအစွန်းတရားနှစ်ဘက်အကြားမှာ DoH ရဲ့ အပိုဒ် ၁၇ က . . သုတေသနပြုသူ ပညာရှင်သည် ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်ဖွယ်ရှိသော အန္တရာယ်များကို စစ်ဆေးရှာဖွေနေရန်နှင့် ဖြစ်ပေါ်လာပါက ထိန်းချုပ်ထားနိုင် သော အစီအမံများ ထားရှိရမည်လို့ ဖော်ပြထားပါတယ်။ အန္တရာယ်ဖြစ်နိုင်ချေတွေကို လုံးဝမသိရှိခဲ့ဘူး ဆိုရင်တော့၊ သေချာရေရာတဲ့ ကိန်းဂဏန်းတွေ မရရှိသေးခင်မှာ သုတေသနကို ဆက်လက်မလုပ်ဆောင်စေဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ရေရာတဲ့ကိန်းဂဏန်း နမူနာတွေကတော့ ဓာတ်ခွဲခန်းစမ်းသပ်မှု ကိန်းဂဏန်းတွေနဲ့ တိရစ္ဆာန် စမ်းသပ်မှုတွေက ထွက်ပေါ်လာတဲ့ ကိန်းဂဏန်းတွေကို ဆိုလိုရင်းဖြစ်ပါတယ်။

အသိပေး သဘောတူညီမှု (Informed Consent)

နရင်ဘတ်ကျင့်ထုံး (Nuremberg Code)ရဲ့ ပထမမူမှာ ဖော်ပြထားတာကတော့ . . လူသားပါဝင် သော သုတေသနစီမံချက်တွင် လူသားကိုယ်တိုင် လိုလိုလားလားပေးအပ်သော သဘောတူညီချက်ကို မဖြစ်မနေ ရယူရန် လိုအပ်သည်။ (The voluntary consent of the human subject is absolutely essential) လို့ ပါရှိပါတယ်။ ဒီမူကိုရှင်းလင်းထားတဲ့ ပူးတွဲစာပိုဒ်မှာတော့ သုတေသနအပြုခံလူသားသည် သုတေသနပြုလုပ်ရ သည့် အကြောင်းရင်းခံများကို လုံလောက်သော ဗဟုသုတအသိအမြင်နှင့် နားလည်သဘောပေါက်မှု ရှိနေရ မည့်အပြင် ထိုနားလည်ခြင်းကြောင့် မိမိဘာသာ ဆုံးဖြတ်နိုင်မှုကို ဖြစ်ပေါ်လာစေရမည်။ (the research subject should have sufficient knowledge and comprehension of the elements of the subject matter involved as to enable him to make an understanding and enlightened decision) လို့ ဆက်လက် ဖော်ပြထားပါတယ်။

DoH အနေနဲ့ အသိပေး သဘောတူညီချင်ဆိုတာကို ဆက်လက်ရှင်းပြထားပါတယ်။ အပိုဒ် ၂၂ မှာ . . သုတေသနအပြုခံမည့်သူသည် သုတေသနတွင် ပါဝင်သင့်ကြောင်း ကိုယ်တိုင်ဆုံးဖြတ်နိုင်ရန် သုတေသနနှင့် စပ်ဆိုင်သော အချက်အလက်များကို သိရှိရန်လိုအပ်သည်။ အပိုဒ် ၂၃ မှာ ဆက်လက်ဖော်ပြ တာက . . . သုတေသနတွင် ပါဝင်လာစေရန် အတင်းအကြပ် ဖိအားပေးခြင်းမျိုး မပြုလုပ်ရန် တားမြစ် သည်။ ထိုသို့ရယူသော သဘောတူညီချက်ကို လူနာကိုယ်တိုင် လိုလိုလားလား ပေးအပ်သော သဘောတူညီ ချက် ဖြစ်သည်ဟု မမှတ်ယူနိုင်။ အပိုဒ် ၂၄ ကနေ ၂၆ မှာ ဖော်ပြထားချက်တွေကတော့ . . . သဘော တူညီချက် မပေးနိုင်သော သုတေသနအပြုခံ (အရွယ်မရောက်သေးသူ လူမမည်၊ စိတ်ရောဂါဝေဒနာသည်နဲ့ သတိလစ်နေတဲ့လူနာ) လူသားတွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ သူတို့ကိုလည်း သုတေသနအပြုခံ လူသားများအဖြစ် သတ်မှတ်နိုင်ပေမယ့် ကန့်သတ်တဲ့အခြေအနေနဲ့သာ သုတေသနပြုကြရတာ ဖြစ်ပါတယ်။

DoH ဟာ အခြားသုတေသနကျင့်ဝတ်စာတမ်းတွေလိုပဲ အသိပေးသဘောတူညီချက်ကို သဘောတူညီချက်ပုံစံ (အပိုဒ် ၂၂)မှာ ဖြည့်စွက်ပြီး သုတေသနအပြုခံမယ့်သူကိုယ်တိုင် လက်မှတ်ထိုးပေးရတာမျိုး ဖြစ်ပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်သုံးသပ်ရေးကော်မတီ တော်တော်များများဟာ သုတေသနစီမံချက်တွေအတွက် သုတေသီပညာရှင်တွေကို သဘောတူညီချက်ပုံစံတွေကို တောင်းခံလေ့ရှိပါတယ်။ တချို့နိုင်ငံတွေမှာ ဒီပုံစံတွေ ဟာ ရှည်လျားထွေပြားပြီး အသေးစိတ်တွေ ရေးထားလွန်းတဲ့အတွက် သုတေသနအပြုခံမယ့်သူကို သုတေသန စီမံချက်အကြောင်း အသိပေးတဲ့အသွင် မဆောင်တော့ပါဘူး။ ဘယ်လိုပဲဖြစ်ဖြစ် အသိပေးသဘောတူညီချက် ရယူတာဟာ ပုံစံဖြည့်လက်မှတ်ထိုးတာနဲ့ စတင်လိုက်ရပြီး ဒီလိုနဲ့ပဲ ပြီးဆုံးသွားရတာမျိုး မဟုတ်ပါဘူး။ စီမံချက်အကြောင်း၊ ပါဝင်ပတ်သက်မှုတွေအကြောင်းကို နှုတ်နဲ့စနစ်တကျ ရှင်းပြတာတွေ ပါဝင်နေပါတယ်။ ပေးထားတဲ့သဘောတူညီချက်ကို အချိန်မရွေး နှုတ်သိမ်းလို့ရနိုင်တဲ့အကြောင်းကိုလည်း သုတေသနမှာ ပါဝင်တဲ့သူတွေကို ကြိုတင်အသိပေးထားဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ သုတေသနဆောင်ရွက်နေဆဲမှာလည်း ရုပ်သိမ်းပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။ ဒီလိုရုပ်သိမ်းလိုက်လို့ သုတေသနပညာရှင်နဲ့ အခြားဆရာဝန်တွေရဲ့ အပြစ်ပေးတုံ့ပြန်မှုတွေ မရှိလာစေရပါဘူး။ လူနာတွေရဲ့ ဆေးကုသခံယူနေမှုတွေကိုလည်း အလျော့ပေး ထိခိုက်တာမျိုးတွေ မဖြစ်စေရအောင် စီမံထားကြရပါတယ်။

သုတေသနဆိုင်ရာသတင်းအချက်အလက် လုံခြုံမှုရှိစေခြင်း
(Confidentiality)

ဆေးကုသရေးမှာ လူနာတွေရဲ့ လျှို့ဝှက်ချက်ကို မပေါက်ကြားအောင် ကာကွယ်ပေးရသလိုပဲ၊ သုတေသနအပြုခံသူတွေရဲ့ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်တွေကိုလည်း လုံခြုံအောင် ကာကွယ်ထားပေးဖို့ အခွင့်အရေး ရှိနေပါတယ်။ ဆေးကုသရေးနဲ့ မတူတာတစ်ခုက သုတေသနမှာ သုတေသနအပြုခံသူတွေရဲ့ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်တွေကို သိပုံပညာရှင်အသိုင်းအဝန်းနဲ့ ရံဖန်ရံခါ လူထုကိုအသိပေးရတာမျိုးတွေ ရှိတတ်ပါတယ်။ သူတို့ရဲ့ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ လုံခြုံရေးကို ကာကွယ်ထားနိုင်ဖို့ သုတေသနပညာရှင်တွေဟာ သုတေသနအပြုခံသူတွေရဲ့ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်တွေကို သုတေသနစီမံချက်မှာပဲ အသုံးပြုပါမယ်ဆိုတာကို ကြိုတင်အသိပေး သဘောတူညီချက် ရယူထားရပါတယ်။ ယေဘုယျအားဖြင့် သတင်းအချက်အလက်တွေ ဖြန့်ဖြူးရာမှာ လူပုဂ္ဂိုလ်ထင်ရှားသိသာနိုင်တဲ့ အချက်အလက်တွေကို ဖယ်ရှား (de-identified)ပစ်ရလေ့ ရှိပါတယ်။ သတင်းအချက်အလက်တွေကို လုံခြုံစိတ်ချစွာ သိမ်းဆည်းကြရပါတယ်။ ကမ္ဘာ့ဆရာဝန်များအသင်းကြီးရဲ့ ကျန်းမာရေးသတင်းအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကျင့်ဝတ်ကြေငြာချက် WMA Declaration on Ethical Considerations Regarding Health Databases က ဒီကိစ္စနဲ့ပတ်သက်ပြီး ပိုမိုတိကျတဲ့ လမ်းညွှန်ချက်တွေ ချမှတ်ပေးထားပါတယ်။

ကဏ္ဍခြင်း ပဋိပက္ခဖြစ်မှု (Conflict of Roles)

ဆရာဝန်-လူနာဆက်ဆံရေးမှာ ဆရာဝန်ရဲ့အခန်းကဏ္ဍနဲ့ သုတေသနပြုသူ-အပြုခံသူဆက်ဆံရေး မှာ သုတေသနပြုသူရဲ့ အခန်းကဏ္ဍ၊ ကဏ္ဍနှစ်ရပ် ကွဲပြားခြားနားနေတယ်ဆိုတာကို ဒီအခန်းအစမှာ ဖော်ပြပြီးခဲ့ပါပြီ။ သုတေသနပြုသူနဲ့ဆရာဝန်ဟာ တစ်ဦးတည်းဖြစ်နေတယ်ဆိုရင်တောင်မှ ကဏ္ဍနှစ်ရပ်ကို ခွဲခြားသိမြင်တတ်ဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ DoH အပိုဒ် ၂၈ မှာ ဖော်ပြထားပြန်တာက ဒီလိုကဏ္ဍနှစ်ခု ခွဲခြားနေရင် ဆရာဝန်ရဲ့ကဏ္ဍကို ရှေ့တန်းတင်ဦးစားပေး (precedence)ရမယ်လို့ ဖော်ပြထားပါတယ်။ ဆိုလိုတာက သုတေသနပြုမှုတစ်ခုအတွက် လူနာတွေကို ဆေးဝါးအသစ် ဒါမှမဟုတ် ဟန်ဆောင်ဆေးဝါးပေး စမ်းသပ်ဖို့ ကြိုကြိုက်သလို (randomized)ရွေးချယ်ရာမှာ လက်ရှိရင်းစွဲကုသမှုနဲ့ တုံ့ပြန်သက်သာနေပြီး ဖြစ်တဲ့ လူနာတွေ မပါသွားမိစေဖို့ ဆရာဝန်တွေဘက်က ပြင်ဆင်ထားရှိဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ လက်ရှိကုသထား ချက်က ဆေးဝါးအသစ် ဒါမှမဟုတ် ဟန်ဆောင်ဆေးဝါးပေး စမ်းသပ်တာလောက် မသေချာမရေရာဖြစ်နေ တယ်ဆိုရင်တော့ သိပ္ပံပညာ အကြောင်းပြချက်ကလဲ ခိုင်လုံ(solid scientific grounds)နေတယ်ဆိုရင် ဆရာဝန်အနေနဲ့ မိမိရဲ့လူနာကို သုတေသနပြုချက်မှာ ပါဝင်လာစေဖို့ တောင်းဆိုနိုင်ပါတယ်။

သုတေသနရလဒ်များကို ရှိသားစွာအစီရင်ခံခြင်း Honest Reporting of Results

သုတေသနတွေရှိချက် ရလဒ်တွေကို တိတိကျကျ ထုတ်ပြန်ပေးဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ သို့ပေမယ့်လို့ ယနေ့ကာလမှာ မရိုးဖြောင့်တဲ့နည်းနဲ့ သုတေသနရလဒ်တွေကို ပုံနှိပ်ထုတ်ပြန်နေတာတွေ အမြောက်အမြား ရှိနေပါတယ်။ သူများသုတေသနကို ကိုယ့်သုတေသနပုံစံမျိုးဖြစ်အောင် လိမ်လည်ကူးချနေတာ (Plagiarism)၊ ကိန်းဂဏန်းအတုပြုလုပ်တာ (Data fabrication)၊ ထုတ်ဝေပြီးသား သုတေသနတစ်ခုကို အသစ်ပုံစံမျိုး ပြန်လည်ပုံနှိပ်ထုတ်ဝေတာ (Duplicate publication)၊ လက်ဆောင်ပေးပြီး အငှားစာတမ်းပြုစုခိုင်းတာ (gift authorship)တွေ ရှိနေတဲ့အတွက်ကြောင့် ပြဿနာတွေ ပေါ်ပေါက်လာနေရပါတယ်။ ဒီဖြစ်ရပ်တွေဟာ ပြဿနာ မဖြစ်ပေါ်လာမချင်း သုတေသနပြုသူအတွက် အကျိုးရှိကောင်း ရှိနေနိုင်ပေမယ့် လူနာတွေအပေါ် မှာတော့ အင်မတန် အန္တရာယ်ကြီးမားလာနိုင်ပါတယ်။ လိမ်ညာထားတဲ့ သုတေသနရလဒ်တွေကို အမှန် တကယ် ထင်မှတ်ပြီး ဆရာဝန်တွေကိုယ်တိုင်က လူနာတွေအပေါ်မှာ မမှန်မကန် မှားယွင်းစွာ သုံးစွဲမိတဲ့ဖြစ်ရပ် မျိုးတွေ ပေါ်ပေါက်လာရပါတော့တယ်။ အခြား သုတေသနပညာရှင်တွေအပေါ်မှာလည်း နောက်ဆက်တွဲ သုတေသနတွေ ဆက်လက်လုပ်ဆောင်မိရင်း အချိန်ကုန်ပြီး အရင်းအမြစ်သယံဇာတတွေကို ဖြုန်းတီးပစ်ရာ ရောက်နေရတတ်ပါတယ်။

ခရာမှုတ်သတိပေးခြင်း (Whistle-blowing)

ကျင့်ဝတ်နဲ့ မလျော်ညီတဲ့ သုတေသတွေ မပြုလုပ်ကြစေဖို့ ဒါမှမဟုတ် အဲဒီလို သုတေသနတွေကနေ ထွက်ရှိလာတဲ့ ရလဒ်တွေကို မဖြန့်ဝေကြစေဖို့၊ ဒီအကြောင်းကို သိရှိထားတဲ့ မည်သူမဆို သက်ဆိုင်ရာ အာဏာပိုင်တွေထံမှာ ဖော်ပြအသိပေးဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ဒီလို ခရာမှုတ်အသိပေးမှု ပြုတာတွေဟာ အသိအမှတ်ပြုခြင်း မခံရတဲ့အပြင်၊ တစ်ခါတလေ အရေးယူအပြစ်ပေးလိုက်တာတွေ၊ ဖော်ထုတ်ခွင့် မပေးတာမျိုးတွေနဲ့တောင် ကြုံတွေ့နေကြရပါတယ်။ သို့ပေမယ့်လို့ ဆေးသိပ္ပံပညာရှင်တွေနဲ့ အစိုးရပိုင်းဆိုင်ရာ စည်းကမ်းထိန်းသိမ်းရေး ပုဂ္ဂိုလ်တွေက သဘောထားတွေ ပြောင်းလဲလိုက်လာနေပြီး ကျင့်ဝတ်အတိုင်း မလုပ်ဆောင်တဲ့ သုတေသနတွေကို ရှာဖွေတားဆီးပြီး အရေးယူ အပြစ်ပေးမှုတွေ ပြုလုပ်လာနေကြပါပြီ။ ကျင့်ဝတ်နဲ့ မကိုက်ညီတဲ့ သုတေသနတွေ မပေါ်ပေါက်လာစေဖို့ ခရာမှုတ်အသိပေးတဲ့သူတွေကိုလည်း အသိအမှတ်ပြုလာနေကြပြီ ဖြစ်ပါတယ်။



သုတေသနထဲ ပါဝင်နေကြတဲ့ ဆေးကျောင်းသားလို အငယ်တန်း သုတေသနအဖွဲ့ဝင်တွေအနေနဲ့ ကျင့်ဝတ်နဲ့ မကိုက်ညီဘူးလို့ သံသယဖြစ်နေတာတွေကို ခရာမှုတ်အသိပေးဖို့ ခက်ခဲနေတတ်ကြပါတယ်။ သူတို့အနေနဲ့ အကြီးတန်း သုတေသနပညာရှင်တွေ ပြုလုပ်နေကြတာတွေကို သူတို့ကိုယ်တိုင် စမ်းစစ်ဖို့ အရည်အချင်းမမီဘူးလို့ ယူဆနေတတ်ကြပါတယ်။ ဖွင့်ပြောပြလိုက်ရင် အရေးယူခံရလေမလားလို့ စိုးရိမ်နေကြတာတွေလည်း ရှိပါတယ်။ ခရာမှုတ်ဖို့ ဝန်လေးနေခဲ့ရင် အနည်းဆုံး ဒီလိုသုတေသနမျိုးမှာ ဥပမာ။ သုတေသနအပြုခံ လူသားတွေကို လိမ်ညာပြောဆို စည်းရုံးနေတာတွေ၊ မမှန်ကန်တဲ့ ကိန်းဂဏန်းတွေ ဖန်တီးနေတဲ့ သုတေသနတွေမှာ မပါဝင်ဖို့ ဆုံးဖြတ်သင့်ကြပါတယ်။ တခြားသူတွေ ဒီလိုပြုလုပ်နေတာတွေကို တွေ့ရှိခဲ့ရင်လည်း၊ သက်ဆိုင်ရာအာဏာပိုင်တွေဆီကို တိုက်ရိုက်သွားရောက် တိုင်ကြားခြင်းဖြင့်ဖြစ်စေ၊ အမည်မဖော်ဘဲ တိုင်ကြားအသိပေးလိုက်ခြင်းအားဖြင့်ဖြစ်စေ၊ ကိုယ်တတ်နိုင်တဲ့ နည်းလမ်းတစ်ခုခုနဲ့ ဖော်ထုတ်သင့်လှပါတယ်။

မဖြေရှင်းနိုင်သေးသော ပြဿနာများ (Unresolved Issues)

သုတေသနကျင့်ဝတ်တွေအကုန်လုံးကို အားလုံးက သဘောတူညီနေကြတာတော့ မဟုတ်ပါဘူး။ မျိုးရိုးဗီဇပညာ (Genetics)၊ အာရုံကြောဆေးသိပ္ပံ(Neurosciences)၊ ကိုယ်အင်္ဂါနဲ့ တစ်သျှူးအစားထိုးမှုတွေ (Organ and tissue transplantation) စတဲ့ဆေးပညာတွေ တစ်ရှိုက်ထိုး ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်လာနေတာနဲ့အမျှ ကုသမှုနည်းလမ်းအဖုံဖုံနဲ့ လုပ်နည်းလုပ်ဟန် (techniques and procedures)တွေကို သမားကျင့်ဝတ်နဲ့ လျော်ညီစွာ လက်ခံနိုင်ခြင်းရှိမရှိဆိုတဲ့ မေးခွန်းတွေ ပေါ်ပေါက်လာနေရပါတယ်။ ဒီမေးခွန်းတွေအတွက် ရယ်ဒီမိတ်အဖြေ (ready-made answers)တွေ မရရှိသေးပါဘူး။ ဟောင်းနွမ်းနေတဲ့ ကျင့်ဝတ်ပြဿနာ တွေမှာလည်း ဆက်လက်ငြင်းခုံနေကြဆဲပဲ ရှိနေပါသေးတယ်။ ဥပမာပြရရင်၊ ကုသရေးနယ်ပယ်မှာ စမ်းသပ် ပြုလုပ်နေကြတဲ့ သုတေသနတွေမှာ ဘယ်လိုအခြေအနေမျိုးကို ဟန်ဆောင်ဆေးဝါးတွေပေးရမယ်ဆိုတဲ့ သတ်မှတ်ချက်တွေ မရှိသေးပါဘူး။ ဆေးသုတေသနမှာ ပါဝင်လိုက်ရတဲ့ လူနာတွေကို ဘယ်လို ဆက်လက် ကုသကြရမလဲဆိုတာတွေဟာလည်း အငြင်းပွားနေကြတုန်းပဲ ရှိပါသေးတယ်။ ကမ္ဘာနဲ့ လွှမ်းခြုံကြည့်လိုက်ရင် တော့ **ဆေးသုတေသန ၁၀/၉၀ ကွာဟချက် (10/90 gap in medical research)** ဆိုတာဟာ ရှင်းလို့ မရသေးတဲ့ ပြဿနာတစ်ရပ် ဖြစ်နေပါတယ်။ ကမ္ဘာ့ပြည်သူ ၉၀ ရာခိုင်နှုန်းမှာ ခံစားနေရတဲ့ ကျန်းမာရေး ပြဿနာတွေအတွက် သုတေသနရန်ပုံငွေ အသုံးစရိတ်က ၁၀ ရာခိုင်နှုန်းသာ ရှိနေပါတယ်ဆိုတဲ့ ပြဿနာပဲ ဖြစ်ပါတော့တယ်။ သယံဇာတအရင်းမြစ် ချို့တဲ့တဲ့တိုင်းပြည်တွေမှာ သုတေသနပြုလုပ်လာခဲ့ရင် သုတေသန ပြုလုပ်သူတွေရဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာအမြင်နဲ့ အဲ့ဒီတိုင်းပြည်က လူထုရဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာအမြင်နှစ်ခု ပဋိပက္ခတွေ ဖြစ်ပေါ်တတ်တဲ့အတွက် ပြဿနာတွေ ပေါ်ပေါက်လာရတတ်ပါတယ်။ ဒီပြဿနာတွေ အကုန်လုံးအတွက် အားလုံးလက်ခံတဲ့ သဘောတူညီချက်တွေ ရရှိလာဖို့ ဆက်လက်ဝေဖန်သုံးသပ်နေကြရဦး၊ ဆွေးနွေးနေကြရဦး မယ့် အရာတွေပဲဖြစ်ပါတယ်။

အခုဖော်ပြလိုက်တဲ့ အလားအလာပြဿနာတွေ ရှိနေပေမယ့်လည်း ဆေးသုတေသနဆိုတာဟာ ဆရာဝန်တွေ၊ ဆေးကျောင်းသားတွေနဲ့ သုတေသနမှာ ပါဝင်နေတဲ့လူနာတွေအတွက် တန်ဖိုးမဖြတ်နိုင်တဲ့၊ အကျိုးအမြတ်တွေရှိလာနိုင်တဲ့ လှုပ်ရှားမှုတွေပဲ ဖြစ်နေပါတယ်။ အမှန်တော့ ဆရာဝန်တွေနဲ့ ဆေးကျောင်းသား တွေ ကိုယ်တိုင်က သုတေသနအပြုခံသူ လူနာတွေနေရာမှာ ပါဝင်အစမ်းသပ်ခံလာနိုင်စေဖို့ စဉ်းစားသင့်ကြ ပါတယ်။ ဒါမှသာ သုတေသနပြုသူနဲ့ အပြုခံသူ နှစ်ဦးနှစ်ဖက်အကြားမှာ အခြားတစ်ဖက်ရဲ့ အနေအထား ကို အသိအမှတ်ပြုလာနိုင်ကြမယ် ဖြစ်ပါတယ်။

နမူနာပြဿနာကို ပြန်လည်သုံးသပ်ကြည့်ခြင်း

ဒေါက်တာမခင်လှတစ်ယောက် သုတေသနပြုချက်ကို ချက်ချင်းလက်ခံလိုက်ဖို့ မသင့်ပါဘူး။ ပထမဆုံး သုတေသနစီမံချက်အကြောင်းကို ပိုမိုသိရှိအောင်ပြုလုပ်သင့်ပြီး ကျင့်ဝတ်လိုအပ်ချက်တွေနဲ့ ကိုက်ညီမှု ရှိကြောင်း သေချာအောင် စူးစမ်းသင့်ပါတယ်။ အထူးသဖြင့် သုတေသနကျင့်ဝတ်သုံးသပ်ရေး ကော်မတီကို တင်သွင်းလိုက်တဲ့အဆိုပြုချက် (Protocol) ကို တောင်းယူကြည့်ရပါမယ်။ ကော်မတီရဲ့ အကြံပြုချက်၊ သုံးသပ်ချက်တွေနဲ့ ပြင်ဆင်ချက်တွေကို သိရှိထားဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ သူ့ကျွမ်းကျင်တဲ့နယ်ပယ် (ဥပမာ၊ မိသားစုဆေးပညာ စသည်)အတွင်းမှာသာ သုတေသနပြုဖို့ ပါဝင်သင့်ပါတယ်။ သုတေသနစီမံချက်ရဲ့ ပညာရပ်အကျိုး (scientific merit)နဲ့ လူမှုရေးတန်ဖိုး (social value) တွေကိုသာ မျှော်ကိုးအားရ ကျေနပ်နေဖို့ သင့်ပါတယ်။ စီမံချက်ကို သူ့ကိုယ်တိုင် ဆန်းစစ်ဖို့ရာ မဝံ့မရဲဖြစ်နေခဲ့ရင် အခြားကြီးမားတဲ့ဌာနတွေက လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက် ဆရာဝန်တွေရဲ့ အကြံဉာဏ်ကို ရယူသင့်ပါတယ်။ သုတေသနမှာ ပါဝင်မယ်လို့ ဆုံးဖြတ်ပြီဆိုရင် သူ့လူနာတွေရဲ့ အကောင်းဆုံးအကျိုးအတွက် သေချာအောင် ဆောင်ရွက်ထားရှိဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ လူနာတွေကို စာရင်းသွင်းတဲ့နေရာမှာ၊ လက်ရှိမှီဝဲနေတဲ့ဆေးဝါးတွေကို ရပ်ဆိုင်းပြီး စမ်းသပ်မယ့် ဆေးဝါးအသစ် ဒါမှမဟုတ် ဟန်ဆောင်ဆေးဝါးနဲ့ အစားထိုးပေးလိုက်ရတဲ့အတွက် ထိခိုက်နစ်နာမှု မဖြစ်စေနိုင်သူတွေကိုသာ ရွေးချယ်သင့်ပါတယ်။ သူ့လူနာတွေအတွက် အခြားအစားထိုး ရွေးချယ်စရာတွေကိုလည်း ရှင်းပြပေးရမှာ ဖြစ်ပါတယ်။ သို့မှသာ သိရှိနားလည်တဲ့ သဘောတူညီချက်တွေကို ပေးနိုင်မှာဖြစ်ပြီး သုတေသနမှာ ပါဝင်သင့် မသင့် လူနာတွေကိုယ်တိုင် အဆုံးအဖြတ်ပေးကြမှာ ဖြစ်ပါတယ်။ သုတေသနမှာ ဒေါက်တာမခင်လှရဲ့ လူနာအရေအတွက် ဘယ်လောက်ပါဝင်ရမယ်ဆိုတာကို ကြိုတင်သဘောမတူလိုက်သင့်ပါဘူး။ အရေအတွက် သတ်မှတ်ထားရှိခြင်းအားဖြင့် လူနာတွေကို စိတ်မပါဘဲ ပါဝင်လာစေဖို့ တွန်းအားပေးတာမျိုးတွေ ဖြစ်လာစေနိုင်ပါတယ်။ သုတေသနပြုနေစဉ်မှာလည်း လူနာတွေမှာ မျှော်လင့်မထားတဲ့ ဆိုးကျိုးအာနိသင်တွေ ဖြစ်ပေါ်လာနေသလားဆိုတာကို စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုနေဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ ဆိုးကျိုးတွေ ပေါ်ပေါက်လာရင်လည်း ချက်ချင်း ဖြေဖျောက်စေနိုင်တဲ့ ဆောင်ရွက်ချက်တွေကို ကြိုတင်စီမံထားရှိဖို့လိုပါတယ်။ နောက်ဆုံးအနေနဲ့ သုတေသနရလဒ်တွေ ထွက်ပေါ်လာတဲ့အခါမှာ ပါဝင်ခဲ့တဲ့လူနာတွေကို အသိပေးတင်ပြပြီး အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိလာအောင် ဆောင်ရွက်ပေးဖို့လည်း လိုအပ်ပါတယ်။

တစ်ခု

အကျဉ်းချုပ်

Conclusion

ဆရာဝန်များ၏ တာဝန်နှင့်ရပိုင်ခွင့်များ Responsibilities and Privileges of Physicians

ယခုဖော်ပြတဲ့ ကျင့်ဝတ်လက်စွဲမှာ ဆရာဝန်တွေရဲ့တာဝန် (duties and responsibilities) တွေကို ဖော်ပြလိုက်ပါပြီ။ အမှန်တကယ်တော့ ဒါတွေဟာ သမားကျင့်ဝတ်ရဲ့ အမာခံပစ္စည်းတွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်ဖြစ်နေလို့ တာဝန်ယူမှုတွေ ရှိနေရသော်လည်း အခြားသာမန်လူသားတွေလို ရပိုင်ခွင့်တွေလည်း ရှိနေပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေကို အခြားသူတွေက ဘယ်လိုအရေးထားဆက်ဆံနေကြသလဲ။ လူနာ၊ လူမှုအသိုင်း အဝန်းနဲ့ ဆရာဝန်အချင်းချင်းက ဘယ်လိုဆက်ဆံကြသလဲ။ စတာတွေကို မဖော်ပြဘဲနဲ့ ဆေးပညာကျင့်ဝတ် တစ်ရပ်ဟာ ပြီးပြည့်စုံပြီလို့ မဆိုနိုင်ပါဘူး။ ဒီလိုရှုထောင့်နဲ့ မြင်ကြည့်တာဟာ ရေးကြီးခွင်ကျယ် ဖြစ်လို့လာရ ပါတော့တယ်။ နိုင်ငံတော်တော်များများမှာ ဆရာဝန်တွေဟာ သူတို့လုပ်ငန်းကို တော်တော်စိတ်ပျက်လာ နေကြပါပြီ။ သယံဇာတ အရင်းအမြစ်သုံးစွဲမှု ကန့်သတ်ချက် ရှိနေတာတွေ၊ ဆေးကုသရေးမှာ အစိုးရ၊ အဖွဲ့အစည်း၊ အောက်ခြေ စီမံခန့်ခွဲမှုနဲ့ အုပ်ချုပ်ရေးပိုင်းဆိုင်ရာ စွက်ဖက်မှု ရှိလာ တာတွေ၊ သတင်းနဲ့မီဒီယာတွေက ဆရာဝန်တွေရဲ့ အမှား အယွင်းတွေနဲ့ ကျင့်ဝတ်ဖောက်ဖျက်နေတာတွေကို စိတ်လှုပ်ရှား ဖွယ်ဖြစ်အောင် ခံစားတင်ပြလာကြတာတွေ၊ ဒါတင်မက အာဏာပိုင်တွေရဲ့ စိန်ခေါ်မှုတွေ၊ လူနာနဲ့အခြား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သူတွေရဲ့ စိန်ခေါ်မှုတွေ စတာတွေကြောင့် မိမိရဲ့ အသက်မွေးဝမ်းကျောင်းမှုကို စိတ်ပျက်လက်ပျက် ဖြစ်လာနေ ကြပါတယ်။

ရှေးယခင်က ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဆိုတာကို ဆရာဝန် တွေရဲ့ အခွင့်အရေးနဲ့ တာဝန်လို့ယူဆထားခဲ့ကြပါတယ်။ ၁၈၄၇ခုနှစ်က ထုတ်ပြန်ခဲ့တဲ့ အမေရိကန်ဆရာဝန်များအသင်း ရဲ့ ကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက်မှာ လူနာတွေနဲ့ လူထုဘက်က



လုပ်ဆောင်ပေးရမယ့် တာဝန်တွေပါရှိခဲ့ပါတယ်။ ဥပမာ။ “ဆရာဝန်ရေးပေးလိုက်သော ဆေးလက်မှတ်ကို လူနာမှ ရိုသေစွာ ကျိုးနွံစွာလိုက်နာလျက်၊ လျင်မြန်စွာ အကောင်အထည်ဖော်ရန် လိုအပ်သည်။ မိမိအား ပိုမိုဂရုစိုက်လာစေရန်သော်လည်းကောင်း၊ မိမိနှင့်သင့်တော်မှုရှိမရှိ ချင့်ချိန်နိုင်ရန်အတွက်သော်လည်းကောင်း၊ လူနာ၏ ထင်မြင်ယူဆချက်ကို တင်ပြနေစရာမလိုပါ။” ဆိုတဲ့စာပိုဒ်ဟာ ခေတ်နဲ့ မလျော်ညီတော့သော်လည်း “လူထုသည် ဆေးပညာအရည်အချင်းများကို အသိအမှတ်ပြု လက်ခံရန်လိုအပ်သည့်အပြင် ဆေးပညာ တတ်မြောက် အောင်မြင်မှုများ ဖြစ်ပေါ်လာစေရန်အတွက် အားပေးအားမြှောက်ပြုရန်နှင့် အထောက်အကူများ ပေးအပ်ရန်လိုအပ်သည်။” ဆိုတဲ့စာပိုဒ်ကိုတော့ ယနေ့ထက်တိုင် လက်ခံထားဆဲပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ အမေရိကန် ဆရာဝန်အသင်းအနေနဲ့ ဒီအပိုဒ်တွေကို ပြန်လည်တည်းဖြတ်၊ ခေတ်မီအောင် ပြင်ဆင်ရမယ့်အစား၊ နောက် ဆုံးမှာ ကျင့်ဝတ်လမ်းညွှန်ချက်ထဲကတောင် ပယ်ဖျက်ပစ်လိုက်ပါတော့တယ်။

နှစ်ပေါင်းများစွာအတွင်းမှာ WMA အနေနဲ့ ဆရာဝန်တွေရဲ့အခွင့်အရေးနဲ့ ဒီအခွင့်အရေးတွေကို လေးစားလိုက်နာကြဖို့ ဆရာဝန်နဲ့ဆက်နွယ်ပတ်သက်သူများ (အထူးသဖြင့် အစိုးရဆိုင်ရာအဖွဲ့အစည်း များ)ရဲ့ တာဝန်ဝတ္တရားများကို မူဝါဒကြေညာချက်တွေ ထုတ်ပြန်ကြေညာခဲ့ပါတယ်။

- ၁၉၈၄ ဆေးပညာဆွေးနွေးပွဲများ လွတ်လပ်စွာ တက်ရောက်ပိုင်ခွင့်ကြေညာချက် (The 1984 Statement on Freedom to Attend Medical Meetings) မှာ “WMA က ကျင်းပသည့် ဆွေးနွေးပွဲများ သို့မဟုတ် အခြားဆေးပညာရပ်ဆိုင်ရာ နှီးနှောဖလှယ်ပွဲများကို ဆရာဝန်များ တက် ရောက်လာနိုင်စေရန် အတားအဆီး အလျဉ်းမရှိစေရ။” လို့ ဖော်ပြထားရှိပါတယ်။
- ၁၉၈၆ ဆရာဝန်များ၏ လွတ်လပ်မှုနှင့် ဆေးကုသရေးဆိုင်ရာ လွတ်လပ်မှုကြေညာစာတမ်း (The 1986 Declaration on Physician Independence and Professional Freedom) မှာ “လူနာ များအား ကုသမှုပေးရာတွင် ဆရာဝန်များအား အချုပ်အချယ်အတားအဆီးမရှိ လွတ်လပ်စွာကုသ ပိုင်ခွင့် ပေးအပ်ရမည်။” ၎င်းပြင်၊ “လူနာများ၏ ကျန်းမာရေး လိုအပ်ချက်ကို အကာအကွယ်ပေးရန် နှင့် ကိုယ်စားပြုပေးရန်၊ အထူးသဖြင့် ဖျားနာနေသူ သို့မဟုတ် ဒဏ်ရာရှိနေသူ လူနာများ၏ ကျန်းမာရေး လိုအပ်ချက်ကို တားဆီးထားမှုများနှင့် ငြင်းဆန်နေမှုများကို ကျော်လွှားနိုင်ရန် ဆရာဝန် များတွင် ဆေးကုသရေးဆိုင်ရာလွတ်လပ်မှု (professional freedom)ရှိစေရမည်။”
- ၁၉၉၅ ဆေးကုရေးဆိုင်ရာ စံနှုန်းများအတွက် သမားလုပ်ငန်းတာဝန်ကြေညာချက် (The 1995 Statement on Professional Responsibility for Standards of Medical Care) မှာ “ဆရာဝန် များ၏ အပြုအမူနှင့် ဆောင်ရွက်ချက်များကို သုံးသပ်ဆုံးဖြတ်ရာတွင် ပညာအရည်အချင်း အတွေ့ အကြုံ ရင့်ကျက်ပြီး ခက်ခဲနက်နဲသည့် ဆေးပညာပြဿနာများကို နားလည်တတ်ကျွမ်းသည့် အခြား ဆရာဝန်များ၏ ပူးပေါင်းပါဝင်ဆန်းစစ်မှုများ ပါရှိစေရမည်။” ဒီကြေညာချက်ကပဲ “ဆရာဝန်

တွေရဲ့ အပြုအမူကို သဘောရိုးနဲ့ သုံးသပ်ထားတာမဟုတ်တဲ့ ဒါမှမဟုတ် ဆရာဝန်အချင်းချင်းရဲ့ တင်ပြမှုတွေကို မျက်ကွယ်ပြုထားတဲ့ လူနာရဲ့တိုင်တန်းချက်နဲ့ ပတ်သက်ပြီး စစ်ဆေးရမယ့် နည်းလမ်းများနဲ့ လူနာကို လျော်ကြေးပေးရန် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ” ကို ရှုတ်ချထားပါတယ်။

- ၁၉၉၇ နှစ်စက်ညှဉ်းပန်းမှု၊ အခြားနည်းနဲ့ရက်စက်မှု၊ လူသားမဆန်သော ကုသမှုများနှင့် လူသား ဂုဏ်သိက္ခာ ညှိုးနွမ်းစေသော ကုသမှုများတွင် ပါဝင်ခြင်း၊ အားပေးကူညီခြင်းများကို ငြင်းဆန်သော ဆရာဝန်များအတွက် အထောက်အကူပြုကြေညာချက် (The 1997 Declaration Concerning Support for Medical Doctors Refusing to Participate in, or to Condone, the Use of Torture or Other Forms of Cruel, Inhuman or Degrading Treatment) မှာ WMA အနေနဲ့ အာရုံစိုက် ဆောင်ရွက်နေတာကတော့ “လူသားမဆန်သော စစ်ဆေးချက် ကုသချက်များကို ငြင်းဆန်နေသောဆရာဝန်များ၊ သို့တည်းမဟုတ် ညှဉ်းပန်းနှိပ်စက်ခံထားရသော လူနာများအား ကုသရေးနှင့် နာလန်ထပြုစုရေးတွင် ပါဝင်နေကြသော ဆရာဝန်များအား အကာအကွယ်ပေးရန်နှင့် ထောက်ခံမှုပြုရန်အလို့ငှာ၊ (၄င်းအပြင်) အမြင့်မြတ်ဆုံးသော သမားကျင့်ဝတ်တစ်ရပ်ဖြစ်သည့် လူနာ၏လျှို့ဝှက်ချက်များကို ထိန်းသိမ်းကာကွယ်ပေးရန်အလို့ငှာ သက်ဆိုင်ရာနိုင်ငံဆရာဝန်အသင်းများမှ ကြိုးပမ်းသင့်သည်။” ဆိုတဲ့အချက်ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။
- ၂၀၀၃ခုနှစ် ဆရာဝန်များ နိုင်ငံတကာတွင် အလုပ်လုပ်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ကြေညာချက် (The 2003 Statement on Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians) မှာ တောင်းဆိုထားတာကတော့ နိုင်ငံတိုင်းသည် ဆရာဝန်များကို မိမိတို့နိုင်ငံ၏ ဆေးကုသရေးနယ်ပယ်တွင် ရှိနေစေရန် အတတ်နိုင်ဆုံး လုပ်ဆောင်ကြရမည်။ တိုင်းပြည်၏ အရင်အမြစ်စွမ်းအား လိုအပ်ချက်နှင့်လျော်ညီစွာ၊ ဆရာဝန်များ၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးလိုအပ်ချက်များနှင့်ဆေးကုသရေးနယ်ပယ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးကြရမည်။ မိမိနိုင်ငံမှ ထွက်ခွာပြီး အခြားနိုင်ငံများတွင် ယာယီ သို့မဟုတ် ထာဝရ အလုပ်လုပ်ကိုင်နေကြသော ဆရာဝန်များအား လက်ခံနိုင်ငံမှ ဆရာဝန်များနည်းတူ တူညီမျှတစွာ ဆက်ဆံဖို့လိုသည်။ ဥပမာ။ အလုပ်အကိုင် ခန့်ထားရာတွင် တပြေးညီဖြစ်စေရေး၊ တူညီသောအလုပ်အတွက် တူညီသောလစာငွေရရှိရေး စတာတွေ ပါဝင်နေပါတယ်။

ဆရာဝန်တွေအတွက် ရှေ့ဆောင်ရွေးရွက်ပြုပေးမှုတွေ လိုအပ်နေပေမယ့် အထက်ကဖော်ပြလိုက်တဲ့ ခြိမ်းခြောက်မှုတွေ၊ စိန်ခေါ်မှုတွေရှိနေတဲ့အတွက် ဆရာဝန်တွေ ခံစားရရှိနိုင်တဲ့ အခွင့်အရေးတွေကိုပြန်လည် အသိပေးဖို့ လိုလာပါတယ်။ နိုင်ငံတော်တော်များမှာ ကောက်ယူတဲ့ လူထုစစ်တမ်းတွေအရ ဆရာဝန်တွေဟာ

ယုံကြည်စိတ်အချရဆုံးနဲ့ တန်ဖိုးအရှိဆုံး လုပ်ငန်းတွေထဲမှာ တစ်သမတ်တည်း ပါဝင်နေပါသေးတယ်။ အများ တကာရရှိတဲ့ဝင်ငွေထက်လည်း မြင့်မားနေဆဲပဲ ရှိနေပါသေးတယ်။ ဆေးကုသရေးမှာ အရင်ကလောက် လွတ်လပ်တယ်လို့ မဆိုသာပေမယ့် ကိုယ်ပိုင်ဆုံးဖြတ်ခွင့်တွေ ရရှိနေကြပါတယ်။ ဆရာဝန်အများစုဟာ လည်း အသိပညာအသစ်တွေ ရကြရှိဖို့ စိတ်လှုပ်ရှားဖွယ်ရာ သုတေသနလုပ်ငန်းတွေမှာ ပါဝင်နိုင်ကြပါ တယ်။ အရေးကြီးဆုံးကတော့ လူနာတွေအတွက် ခန့်မှန်းတွက်ဆလို့ မရနိုင်အောင် တန်ဖိုးကြီးမားတဲ့ ဝန်ဆောင်မှုတွေကို ပေးနေကြပါတယ်။ အထူးသဖြင့် လူနာအတွက်ရော၊ လူထုအသိုင်းအဝန်းအတွက်ပါ အများမခံစားနိုင်တဲ့ ဝန်ဆောင်မှုတွေနဲ့ လိုအပ်ချက်တွေကို ဖြည့်ဆည်းပေးနေကြပါတယ်။ ဆေးပညာအသက် မွေးဝမ်းကျောင်းထက်ပိုပြီး ကျေနပ်အားရဖွယ်လုပ်ငန်းဆိုလို့ အနည်းအကျဉ်းလောက်ပဲ ရှိပါတော့တယ်။ ဆရာဝန်တွေ လုပ်ဆောင်ပေးလိုက်လို့ နာကျင်မှုတွေ ပျောက်ကင်းသွားရတာတွေ၊ ဒုက္ခခံစားမှုတွေ ပပျောက် ကုန်ရတာတွေ၊ အနာရောဂါတွေ လွင့်စင်ကုန်ရတာတွေနဲ့ သေခြင်းတရားကို ဖိမိရရှိ ရယူခံစားသွားကြရတာ ဟာ ကျေနပ်ဖွယ်နှစ်သက်ဖွယ်ရာတွေဖြစ်ပါတယ်။ ကျင့်ဝတ်တာဝန် ဖြည့်ဆည်းပေးလိုက်ရတဲ့ ပေးဆပ်ခြင်းဟာ ဆရာဝန်တွေရရှိနေတဲ့ ခံစားခွင့်တွေထက်စာရင် တန်ဖိုးအနည်းငယ်မျှသာ ဖြစ်ကောင်းဖြစ်ပါလိမ့်မယ်။

**မိမိအပေါ်မှာထားရှိရမယ့်တာဝန်
(Responsibilities to Oneself)**

ယခုဖော်ပြနေတဲ့ ကျင့်ဝတ်လက်စွဲစာအုပ်ဟာ အကျိုးခံစားရမယ့် လူအုပ်စုတွေအပေါ်မှာ မူတည်ပြီး ဆရာဝန်တွေရဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာတာဝန်တွေကို ခွဲခြားတင်ပြထားတာဖြစ်ပါတယ်။ အကျိုးခံစားမယ့် အုပ်စု တွေကတော့ လူနာတွေ၊ လူမှုအသိုင်းအဝန်းအဖွဲ့အစည်းတွေ၊ ဆရာဝန်လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်တွေနဲ့ အခြား ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတွေ ပါဝင်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေဟာ သူများကိုသာ အကျိုးခံစားစေပြီး၊ ကိုယ့်အတွက် နဲ့ ကိုယ့်မိသားစုအတွက်ကိုပါ တာဝန်ယူဖို့ လိုအပ်တယ်ဆိုတာကို မေ့လျော့နေကြပါတယ်။ ကမ္ဘာတစ်လွှားမှာ ရှိတဲ့ ဆရာဝန်တွေဟာ ဆေးကုသရေးနယ်ပယ်မှာ မိမိတို့ရဲ့ဘဝကို မြှုပ်နှံထားကြပြီး ကိုယ်ကိုယ်တိုင် ကျန်းမာရေးနဲ့ ကောင်းကျိုးကို သတိမမူမိကြဘဲ ရှိနေကြပါတယ်။ တစ်ပတ်ကို နာရီ ၆၀ ကနေ ၈၀ ကျော် အလုပ်လုပ်နေကြရပြီး ဖိမိခံတဲ့ အပန်းဖြေခရီးတွေ မထွက်နိုင်ကြရပါဘူး။ ဒီလိုအခြေအနေတွေကို ဆရာဝန် တွေအနေနဲ့ ခံနိုင်ရည်ရှိပြီးသားဖြစ်နေပေမယ့် သူတို့ရဲ့ မိသားစုဝင်တွေမှာတော့ ဆိုးဝါးတဲ့ အကျိုးသက်ရောက် မှုတွေ ဖြစ်လာရပါတယ်။ ခံနိုင်ရည်မရှိတဲ့ အချို့ဆရာဝန်တွေမှာတော့ နာတာရှည် မောပန်းနွမ်းနယ်တဲ့ ရောဂါ (Chronic fatigue) ရရှိတာ၊ စိတ်ကြွဆေးတွေ သုံးစွဲလာကြတာ (Substance abuse) တွေကနေ ကိုယ့်ကိုယ်ကို သေကြောင်းကြံစည်ကြတဲ့အထိ ဖြစ်လာရတတ်ပါတယ်။ ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်း ချိနဲ့လာတဲ့ ဆရာဝန် တွေ (Impaired physician) ကြောင့် လူနာတွေအပေါ်မှာ အန္တရာယ်ရှိလာရပါတယ်။ ဆေးပညာ အမှားပေါင်း များစွာဟာ မောပန်းနွမ်းနယ်တာတွေကြောင့် ဖြစ်ခဲ့ကြရပါတယ်။

လူနာအန္တရာယ်ကင်းရှင်းစေဖို့နဲ့ ဆရာဝန်တွေရဲ့ လူမှုဘဝကိုမြှင့်တင်ပေးနိုင်ဖို့အတွက် အချို့နိုင်ငံတွေမှာ ဆရာဝန်တွေရဲ့ လုပ်ငန်းခွင်နာရီကို ကန့်သတ်ပေးနေရပြီး၊ အလုပ်ခွင်အဆိုးတွေကို လျော့ချပေးနေကြရပါတယ်။ အချို့ဆေးပညာသင်ကြားရေးဌာနတွေမှာ အမျိုးသမီးဆရာဝန်တွေကို မိသားစုတာဝန်အကြောင်းပြချက်နဲ့ သင်တန်းတက်ရောက်မှုတွေကို ရပ်ဆိုင်းပေးရတာမျိုးတွေ ရှိလာရပါတယ်။ ဒီလိုလုပ်ဆောင်ပေးနေရတာတွေဟာ ဆရာဝန်တွေရဲ့ ကျန်းမာရေးနဲ့ကောင်းကျိုးချမ်းသာ (health and well-being) အတွက် ဖြစ်ပေမယ့် ကိုယ့်ကိုယ်ကိုရုစိုက် စောင့်ရှောက်မှု (self-care)ရဲ့ အဓိကတာဝန်ကတော့ ဆရာဝန်အပေါ်မှာပဲ ကျရောက်နေပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ ထင်သာမြင်သာရှိတဲ့ ကျန်းမာရေးအန္တရာယ်တွေဖြစ်တဲ့ ဆေးလိပ်သောက်တာ၊ စိတ်ကြွဆေးသုံးစွဲတာ၊ အလုပ်မက်တာတွေကို ရှောင်ရှားဖို့ လိုတဲ့အပြင်၊ သူတို့ရဲ့ လူမှုဘဝအတွင်းမှာနဲ့ လုပ်ငန်းခွင်အတွင်းမှာ ရှိနေတဲ့ စိတ်ဖိစီးမှု အတားအဆီးတွေကိုလည်း ရှောင်ရှားဖယ်ထုတ်ပေးဖို့လိုအပ်ပါတယ်။ ဒီအတားအဆီးတွေကို ရင်ဆိုင်ကျော်လွှားဖို့ နည်းလမ်းတွေ ရှာဖွေကျင့်ကြံနေရပြီး ကိုယ်တိုင်ကျန်းမာရေးနဲ့ ကောင်းကျိုးချမ်းသာကို မြှင့်တင်နေကြဖို့ လိုပါတယ်။ ကိုယ်တိုင်လုပ်ဆောင်ချက်တွေ မအောင်မြင်ဘူးဆိုရင်၊ မိတ်ဆွေဆရာဝန်တွေရဲ့ အကူအညီကိုရယူသင့်ပြီး၊ လိုအပ်ရင် မိမိနဲ့လူနာ၊ မိမိနဲ့လူမှုအသိုင်းအဝန်း၊ မိမိနဲ့ဆရာဝန်အချင်းချင်း ဆက်ဆံရေးတွေမှာ အန္တရာယ်ဖြစ်လာနိုင်တဲ့ မိမိရဲ့ပုဂ္ဂိုလ်ရေးပြဿနာတွေကို ကူညီဖြေရှင်းပေးဖို့ ကျွမ်းကျင်သူပညာရှင်တွေရဲ့ အကူအညီကို ရယူသင့်ပါတယ်။



ဆရာဝန်ဟူသည် ဘောလုံးများစွာကို လေပေါ် မြှောက်ကစားနေသူ (Juggler) တစ်ဦးနှင့် အလားတူသည်။ ဘောလုံးများကို လေထဲတွင် ကြာကြာနှင့် များများရှိနေစေရန် ကျွမ်းကျင်ဖို့ လိုအပ်သည်။ မြေပြင်သို့ပြုတ်ကျသွားသော ဘောလုံးများကိုလည်း လေထဲသို့ ပြန်လည် မြှောက်တက်သွားစေရန် ပြုမူတတ်ရမည်။

ဆေးပညာကျင့်ဝတ်၏ အနာဂတ်အလားအလာ Future of Medical Ethics

ကျင့်ဝတ်လက်စွဲစာအုပ်က ယနေ့ ဖြစ်ပျက်နေတဲ့ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်တွေကို အတိတ်ကာလက အဖြစ်အပျက်တွေကို ဖော်ညွှန်းပြီး ဆွေးနွေးတင်ပြပြီးခဲ့ပါပြီ။ ပစ္စုပ္ပန်ကာလရဲ့ အဖြစ်အပျက်တွေဟာလည်း အစဉ်အမြဲ ပြောင်းလဲနေတဲ့အတွက် ခေတ်ကာလ နောက်မကျန်ခဲ့ရအောင် အနာဂတ်ကာလရဲ့ ကျင့်ဝတ်တွေကို ကြိုတင်မှန်းဆနေဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ အနာဂတ်ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဟာ အနာဂတ်ဆေးပညာ



ပြောင်းလဲမှုအပေါ်မှာ အများကြီးတည်နေပါတယ်။ ၂၁ ရာစုရဲ့ ပထမ ၁၀ နှစ်မှာ ဆေးပညာဟာ အရှိန်အဟုန်နဲ့ ပြောင်းလဲနေတဲ့အတွက်၊ ယနေ့ ပထမနှစ်ဆေးသိပ္ပံမှာ ပညာသင်ကြားနေကြတဲ့ ဆေးကျောင်းသားတွေအနေနဲ့ ဆေးကျောင်းဆင်းတဲ့အခါမှာ ဘယ်လိုများ ပြောင်းလဲကျင့်ကြံရမလဲဆိုတာကိုတောင် မျှော်မှန်းရခက်ခဲနေပါတယ်။ သူတို့ဆရာဝန်ကြီးဖြစ်လို့အနားမယူကြခင်မှာဘဲ နောက်ထပ် ဘာတွေပြောင်းလဲလာဦးမလဲဆိုတာ ပိုလို့တောင် သိရှိဖို့ခက်နေပါတယ်။ နိုင်ငံရေးပြောင်းလဲမှုတွေ၊ စီးပွားရေး မတည်ငြိမ်မှုတွေ၊ ပတ်ဝန်းကျင်ယိုယွင်းမှုတွေ၊ HIV/AIDS ရောဂါပြန့်နှံ့မှုတွေ၊ အခြားကပ်ရောဂါဆိုး ပေါ်ထွက်လာတာတွေ စတဲ့အကြောင်းအမျိုးမျိုးကြောင့် အနာဂတ်ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဟာ ပစ္စုပ္ပန်မှာထက် ပိုမိုကောင်းမွန်လာလိမ့်မယ်လို့ တွက်ဆထားလို့ မရပါဘူး။ ဆေးပညာတိုးတက်မှုရဲ့ အကျိုးအမြတ်တွေကို နိုင်ငံအသီးသီးက ခံစားလာနိုင်ဖို့ မျှော်လင့်ထားနိုင်ပေမယ့်၊ သူတို့ရင်ဆိုင်လာကြရမယ့် ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ပြဿနာတွေကတော့၊ ယနေ့ချမ်းသာတဲ့ နိုင်ငံတွေမှာ ရင်ဆိုင်ကြုံတွေ့နေကြရတဲ့ အဖြစ်အပျက်တွေနဲ့ အလားတူ ခံစားလာကြရဖို့ ရှိနေပါတယ်။ ပြောင်းပြန်အခြေအနေလည်း ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်ပါတယ်။ ယနေ့ ချမ်းသာတဲ့နိုင်ငံတွေမှာ အပူပိုင်းဒေသ ကပ်ရောဂါတွေကျရောက်လာပြီး ဆေးဝါးပစ္စည်း မလောက်မငှမှုတွေနဲ့ ရင်ဆိုင်ကြုံတွေ့လာရတဲ့ အခြေအနေမျိုးအထိလည်း ဖြစ်သွားနိုင်ပါတယ်။

အနာဂတ်ဆိုတာ မသေချာမရေရာတဲ့ အမွေဆက်ခံမှုဖြစ်တဲ့အတွက်၊ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဟာလည်း ကွေးနိုင်ဆန့်နိုင် ပျော့ပြောင်းဖို့လိုပါတယ်။ ညှိနှိုင်းမှုပြုလုပ်ပြီး ပြောင်းလဲပေးဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။ အမှန်စင်စစ် ဒီလိုပြောင်းလဲမှုတွေကို အခုခေတ်မှာလည်း လုပ်ဆောင်နေကြတာဖြစ်ပါတယ်။ ဘယ်လိုဖြစ်ဖြစ်၊ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ရဲ့ အခြေခံမူဝါဒတွေကတော့ အမြဲတည်ရှိနေမှာဖြစ်ပါတယ်။ အထူးသဖြင့် စာနာထောက်ထားမှုကရုဏာ (Compassion)၊ ကျွမ်းကျင်တတ်မြောက်မှုဆေးပညာ(Competence)၊ ကိုယ်ပိုင်

ဆုံးဖြတ်နိုင်မှု (Autonomy)၊ စတဲ့ တန်ဖိုးတွေဟာ၊ အခြေခံ လူ့အခွင့်အရေး စိုးရိမ်ပူပန်မှုတွေနဲ့အတူ အသက်မွေးဝမ်းကျောင်းအပေါ်မှာ မြှုပ်နှံထားရှိမှု (Devotion to professionalism)နဲ့ ဆက်လက်ရှင်သန်နေလိမ့်ဦးမယ်လို့ မျှော်လင့်ထားလို့ရပါတယ်။ သိပ္ပံပညာတိုးတက်လာလို့၊ လူမှုရေး နိုင်ငံရေး စီးပွားရေးတွေ တိုးတက်လာလို့ ဆေးပညာမှာ ဘယ်လိုပဲ ပြောင်းလဲမှုတွေ ဖြစ်ပေါ်လာပါစေ။ မကျန်းမာတဲ့ လူနာဆိုတာ ရှိနေဦးမှာဖြစ်တဲ့အတွက်၊ ပျောက်ကင်းအောင် ကုသပေးဖို့နဲ့ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုဆိုတာတွေဟာလည်း အမြဲတမ်းရှိနေရမှာပဲဖြစ်ပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေဟာ ဒီဝန်ဆောင်မှုတွေကို ကျန်းမာရေးမြှင့်တင်မှု (health promotion)၊ ရောဂါကာကွယ်မှု (disease prevention)နဲ့ ကျန်းမာရေးစနစ်စီမံခန့်ခွဲမှု (health system management)စတာတွေနဲ့အတူ အစဉ်အလာအရ ပေးဆပ်ခဲ့ပြီးဖြစ်ပါတယ်။ အနာဂတ်မှာ ဒီဝန်ဆောင်မှုတွေရဲ့ ချိန်ခွင်လျှာဟာ ဘယ်ညာယိမ်းထိုးနိုင်ပေမယ့်၊ ဆရာဝန်တွေရဲ့ အရေးပါမှုတွေကတော့ ဆက်လက်ရှိနေဦးမယ့် အလားအလာကောင်းတွေ ရှိနေပါတယ်။ ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုစီတိုင်းမှာ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ စိန်ခေါ်မှုတွေ အမြောက်အမြား ရှိနေနိုင်ပါတယ်။ ဆေးပညာတိုးတက်မှုတွေကို အသိပေး ဖြန့်ဝေပေးနေသလို ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ဖြစ်ထွန်းမှုတွေကိုလည်း ဆရာဝန်တွေဆီအရောက် အသိပညာပေး ဖြန့်ဝေပေးဖို့ လိုအပ်ပါတယ်။

ဒီမှာတင်ပဲ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်လက်စွဲစာအုပ်ကို နိဂုံးချုပ်လိုက်ပါပြီ။ စာဖတ်သူအနေနဲ့ ဆေးပညာကျင့်ဝတ် (သမားကျင့်ဝတ်)မှာ ဘဝတာမြှုပ်နှံဖို့ အဆင့်တစ်ဆင့်ကို လျှောက်လှမ်းလိုက်တာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ နိဒါန်းမှာ ဖော်ကျူးခဲ့တာကို ပြန်လည်ဖွင့်ဆိုရရင်ဖြင့်၊ ဒီလက်စွဲစာအုပ်ဟာ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်အခြေခံနိဒါန်းနဲ့၊ ဗဟိုချက် မကျတဲ့ ကျင့်ဝတ်ပြဿနာအချို့ကိုသာလျှင် ဖော်ထုတ်ပေးနိုင်ခဲ့ပါတယ်။ ဆေးပညာဘာသာရပ်ကို ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ရှုထောင့်ကနေ ရောင်ပြန်ဟပ်ပြီး အသိအမှတ်ပြုပေးဖို့ ဒီစာအုပ်က ရည်ရွယ်ပါတယ်။ အထူးသဖြင့် သင်ကိုယ်တိုင်ဆေးကုသနေရင်း ကြုံတွေ့လာရတဲ့ ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာပြဿနာတွေကို ဘယ်လိုဖြေရှင်းမလဲဆိုတာ သိရှိဖို့ ရည်ရွယ်ထားပါတယ်။ ပိုမိုလေးနက်တဲ့ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်တွေကို ဆက်လက်လေ့လာဖို့ နောက်ဆက်တွဲ (ဃ) မှာ အညွှန်းတွေစာရင်းနဲ့ ဖော်ပြပေးထားပါတယ်။

ဆရာဝန်တိုင်း ဆေးပညာကျင့်ဝတ် စောင့်ထိန်းနိုင်သော ပုဂ္ဂိုလ်မြတ်များ ဖြစ်နိုင်ကြပါစေ။

ဒေါက်တာမြင့်ဦး (ဂျီပီ)

နောက်ဆက်တွဲ (က) - စဉ်းစားတွေးတောရန် နမူနာပြဿနာများ
Appendix A – Additional Case Studies

ဆယ်ကျော်သက်အရွယ် မိန်းကလေးငယ်ကို ကိုယ်ဝန်မရရှိအောင်အကြံပေးခြင်း

ကျော့ကျော့သည် အသက် ၁၅ နှစ်ရှိနေပါပြီ။ သူ့နေတဲ့ရပ်ကွက်ထဲမှာ လိင်ကိစ္စ အနိုင်ကျင့်မှုတွေ တိုးပွားလာနေပါတယ်။ တစ်နေ့မှာ ကျော့ကျော့တစ်ယောက် သင့်ဆေးခန်းကိုရောက်ရှိလာပြီး၊ မတော်တဆ လိင်ကိစ္စ အနိုင်ကျင့်ခံခဲ့လိုက်ရရင် ကိုယ်ဝန်မရရှိ မသွားရအောင် ကြိုတင်ကာကွယ်တဲ့အနေနဲ့ ကိုယ်ဝန် တားဆေးသုံးစွဲထားဖို့ ဆေးလက်မှတ် လာရေးခိုင်းနေပါတယ်။ အနိုင်ကျင့်ခံလိုက်ရလို့ ကိုယ်ဝန်ရရှိသွား ခဲ့ရင် သူ့ရဲ့ပညာရေး ဆုံးရှုံးမှုအပြင် လင်ကောင်ဖော်ရမယ့်အရေးမှာလည်း အခက်ခဲတွေ့စေနိုင်ပါလိမ့်မယ်။ ကိုယ်ဝန်တားဆေးသုံးစွဲနေတာကို ကျော့ကျော့မိဘတွေက သိသွားပြန်ရင်လည်း ရည်းစားရှိနေလို့ သုံးစွဲနေ တယ် ထင်မှတ်သွားမှာ စိုးရိမ်တဲ့အတွက် ကျော့ကျော့အနေနဲ့ မိဘတွေကိုလည်း အသိမပေးလိုပါဘူး။ သင့် အနေနဲ့ ကျော့ကျော့ရဲ့ ကိုယ်ဝန်တားဆီးလို့မှုကို ချီးမွမ်းမိပါသော်လည်း သူ့ရဲ့ရည်ရွယ်ချက်ကိုတော့ သံသယရှိနေပါတယ်။ ဒါနဲ့ကျော့ကျော့ကို သူ့မိဘနဲ့အတူပြန်လာပြီးဆွေးနွေးဖို့ ပြန်လည်ရက်ချိန်းပေးလိုက် ပါတယ်။ နောက်သုံးရက်အကြာမှာတော့ ကျော့ကျော့တစ်ယောက်တည်း ပြန်လာပါတယ်။ သူ့ရဲ့မိဘတွေကို သူ့ကိုယ်တိုင်ပြောပြတဲ့အခါမှာ မိဘတွေက ဒီအကြောင်းကို ဆွေးနွေးဖို့ငြင်းဆန်နေကြတယ်လို့ သင့်ကို ပြန်လာပြောပြနေပါတယ်။ သင်ဘယ်လိုပြုမူမှာလဲ။

လမစေ့ကလေးငယ်

ကိုယ်ဝန် ၂၃ ပတ် (၅လခွဲ) နဲ့ယောက်ျားလေးတစ်ယောက် မွေးဖွားလာခဲ့ပါတယ်။ ကလေးငယ်ရဲ့ အဆုတ်တွေဟာ ကောင်းကောင်းမဖွံ့ဖြိုးသေးတဲ့အတွက် အသက်ရှူအကူစက်နဲ့ ချိတ်ဆက်ပေးထားရပါတယ်။ ဦးနှောက်သွေးကြောတွေဟာလည်း မခိုင်မြဲသေးလို့ သွေးယိုစိမ့်မှုတွေ ရှိနေပါတယ်။ နောက်ထပ် တစ်ပတ် နှစ်ပတ်ထက်ပိုပြီး အသက်ရှင်နေနိုင်ဖို့ရာ မသေချာလှပါဘူး။ အသက်ရှင်လာရင်တောင်မှာ စိတ်ပိုင်းရပ် ပိုင်းဆိုင်ရာ ချိနဲ့မှုတွေ ရှိနေပါလိမ့်မယ်။ ကလေးငယ်ရဲ့အူလမ်းကြောင်းမှာ ပိုးဝင်လာတဲ့အခါမှာတော့ အခြေအနေဟာ ပိုလို့ဆိုးဝါးလာပါတယ်။ အူအပိုင်းတစ်ပိုင်းကို ဖြတ်တောက်ခွဲစိတ်ပစ်လိုက်ရင် အခြေအနေ အနည်းငယ် သက်သာလာဖွယ်ရာရှိပါတယ်။ မိဘတွေက ကလေးအတွက် ခွဲစိတ်တဲ့ဒဏ်ကို မခံနိုင်မှာစိုးရိမ် တာရယ်၊ အကျိုးရှိရှိ အသက်ရှင်သွားရလိမ့်မယ်လို့ မျှော်လင့်ထားတာရယ်ကြောင့် ခွဲစိတ်မယ်ဆိုတာက သဘောမတူကြပါဘူး။ ခွဲစိတ်မှုကြောင့် အတိုင်းအတာတစ်ခုအထိ သက်သာလာလိမ့်မယ်ဆိုတာကို ဆရာဝန် တစ်ယောက်အနေနဲ့ သင်ကသိရှိထားပါတယ်။ မိဘတွေရဲ့ ငြင်းဆန်နေမှုကို သင်ဘယ်လိုတုံ့ပြန်မှာလဲ။

အိပ်ချ်အိုင်ဗီလူနာ

ကိုထူးထူးဟာ အိမ်ထောင်ရှိပြီး ကျောင်းသားအရွယ် ကလေးနှစ်ယောက်ရှိပါတယ်။ သူဟာ အေအိုင်ဒီအက်စ်ရောဂါနဲ့ ယှဉ်တွဲဖြစ်တတ်လေ့ရှိတဲ့ အဆုတ်ရောင်နမိုးနီးယားရောဂါရှိပြီး သင့်ထံမှာ ဆေးကုသမှုခံယူနေပါတယ်။ သူ့ကိုသွေးစစ်ကြည့်လိုက်တဲ့အခါမှာတော့ အိပ်ချ်အိုင်ဗီရောဂါပိုး ရှိနေတာကို သိလိုက်ရပါတယ်။ သူ့မိန်းမကို အသိပေးဖို့ ကိုထူးထူးက သူ့ကိုယ်တိုင်ပဲ ဆုံးဖြတ်ပါရစေလို့ တောင်းဆိုလာပါတယ်။ မိန်းမကို ရောဂါမဖြစ်အောင် ကာကွယ်ခြင်းဟာ မိန်းမရဲ့အသက်ကို ကာကွယ်ရာရောက်ပါတယ်လို့ သင်က ရှင်းပြထားပါတယ်။ သူ့မိန်းမကိုလည်း သွေးစစ်ဆေးဖို့ လိုအပ်တဲ့အကြောင်းနဲ့ တကယ်လို့ positive အဖြေထွက်လာရင်တောင်၊ ရောဂါအဖြစ် နှေးကွေးသွားအောင် ဆေးဝါးသောက်ထားပြီး အသက်ရှည်အောင် ပြုလုပ်နိုင်တဲ့ အကြောင်းကို ဆက်လက်ရှင်းပြလိုက်ပါတယ်။ ၆ ပတ် ကြာမြင့်သွားတဲ့အခါမှာတော့ ကိုထူးထူး တစ်ယောက် သင့်ဆေးခန်းကို နောက်ထပ်အစစ်ဆေးခံဖို့ ရောက်ရှိလာပါတယ်။ သူ့မိန်းမကို အသိပေးရသေး တဲ့အကြောင်း။ သူ့မှာ လိင်တူဆက်ဆံမှုရှိနေတဲ့အကြောင်းနဲ့ အဲဒီကိစ္စကို သူ့မိန်းမသိရှိသွားရင် သူ့ကိုစွန့်ခွာသွား မှာ စိုးရိမ်တဲ့အကြောင်းကိုလည်း ပြောပြပါတယ်။ သူ့မိန်းမကို ရောဂါမကူးစက်နိုင်ဖို့ စိတ်ချရတဲ့ လိင်ဆက်ဆံမှု ကိုသာ ပြုလုပ်နေတယ်ဆိုတာကိုလည်း ပြောပြပါတယ်။ သင်ဟာ ရောဂါကုသနေသူ ဆရာဝန်တစ်ယောက် အနေနဲ့ လူနာတစ်ယောက်ရဲ့ အိပ်ချ်အိုင်ဗီအခြေအနေကို (လူနာရဲ့ဆန္ဒကိုဆန့်ကျင်ပြီး) လူနာမိန်းမကို အသိပေးဖို့ သင့်မသင့် ဆုံးဖြတ်ရခက်နေပါတယ်။ လူနာရဲ့မိန်းမ ဆေးကုသမှု မနှောင့်နှေးစေရအောင် သင် ဘယ်လို ပြုမူသင့်ပါသလဲ။

အကျဉ်းသားလူနာကိုကုသခြင်း

ဆေးကုသမှုတာဝန်တစ်ရပ်အနေနဲ့ ရက်သတ္တပတ်နှစ်ပတ်မှာ တစ်ရက် သင့်ကို အနီးအနားအကျဉ်း ထောင်က အချုပ်သားတွေကို ဆေးကုသပေးဖို့ တာဝန်ချထားပါတယ်။ မနေ့က မျက်နှာနဲ့ ကိုယ်ခန္ဓာအနံ့ အပြားမှာ ဖူးရောင်ပွန်းပဲ့ဒဏ်ရာများစွာရှိနေတဲ့ အကျဉ်းသားတစ်ယောက်ကို သင်ကြည့်ရှုလိုက်ရပါတယ်။ ထောင်အာဏာပိုင်တွေ စစ်ဆေးမေးမြန်းတာကို ငြင်းဆန်မိတဲ့အတွက် ရိုက်နှက်ထိုးကြိတ်ခံရတာပါလို့ လူနာက ပြောပြပါတယ်။ ဒီလူနာမျိုးကို သင့်အဖို့ ပထမဆုံးအကြိမ် ကြုံတွေ့ဖူးတာဖြစ်ပေမယ့် ဒီလိုအဖြစ်မျိုးတွေကို သင့်မိတ်ဆွေဆရာဝန်တွေဆီက ကြားဖူးနားဝရှိဖူးနေပါပြီ။ သင်ကတစ်ခုခု ပြုလုပ်ပြီး အရေးယူနိုင်အောင် ဆောင်ရွက်ပေးမယ်လို့ ပြောကြားပေမယ့် လူနာက ထောင်အာဏာပိုင်တွေရဲ့ နောက်ထပ်လက်တွဲပြန်လာ မှာကို စိုးရိမ်ပူပန်နေပါတယ်။ လူနာကိုယ်တိုင်က အဖြစ်မှန်တွေ ပြောပြနေတာဟုတ်ရဲ့လား ဆိုတာကို သင့်အနေနဲ့ မသေချာသေးပါဘူး။ လူနာကိုခေါ်သွင်းလာတဲ့ အစောင့်ရဲ့ ပြောပြချက်အရဆိုရင် ထောင် သားအချင်းချင်း ရန်ဖြစ်ကြတယ်လို့လည်း ဆိုပါတယ်။ သင်ဟာ ထောင်အာဏာပိုင်တွေနဲ့လည်း သင့်မြတ် နေသူတစ်ဦးဖြစ်တာမို့ မခိုင်မာတဲ့စွပ်စွဲချက်တွေကြောင့် ထောင်အာဏာပိုင်တွေကို ထိခိုက်နစ်နာမှု မရှိ စေချင်ပါဘူး။ သင်ဘာလုပ်သင့်ပါသလဲ။

ဘဝနိဂုံးအဆုံးအဖြတ်ပေးခြင်း

အသက် ၈၀ အရွယ် အဘွားအိုတစ်ဦး၊ လူအိုရုံကနေတစ်ဆင့် နမိုးနီးယားအဆုတ်ရောင်ရောဂါ ကုသဖို့ သင့်ဆေးရုံကို ရောက်ရှိလာပါတယ်။ အိုမင်းမစွမ်းဖြစ်နေပြီး သတိမေ့တဲ့ရောဂါရှိပါတယ်။ သင်က နမိုးနီးယားရောဂါကို ပျောက်ကင်းအောင် ကုသပေးလိုက်ပါတယ်။ ဆေးရုံမဆင်းခင်ကလေးမှာ ရုတ်တရက် လေဖြတ်သွားပြီး ညာဘက်တစ်ခြမ်း မလှုပ်ရှားနိုင်တော့တဲ့အပြင် အစားလည်း မစားနိုင်တော့ပါဘူး။ နှာခေါင်း ကနေ အစာသွင်းပိုက်ထိုးသွင်းထားရတဲ့အတွက် လူနာက မခံမရပ်နိုင်ဖြစ်ပြီး လှုပ်ရှားနိုင်သေးတဲ့ ညာဘက် လက်နဲ့ မကြာခဏ ဆွဲဖြုတ်ပစ်နေပါတယ်။ ဒါ့ကြောင့် လူနာရဲ့ညာဘက်လက်ကို ခုတင်တိုင်မှာချုပ်နှောင်ချီ ထားပေးလိုက်ရပါတယ်။ လူနာက ဘာမှပြန်မပြောနိုင်ပါဘူး။ ဆန္ဒလည်း မပေးနိုင်ပါဘူး။ ကုသချက် သဘောတူညီကြောင်း ဆန္ဒတောင်းခံဖို့ သားသမီးနဲ့ ဆွေမျိုးတွေကို ရှာဖွေလို့မရဖြစ်နေပါတယ်။ ရက်အနည်း ငယ်ကြာလာပေမယ့် လူနာရဲ့အခြေအနေဟာ တိုးတက်မလာတဲ့အတွက်၊ လူနာခံစားနေရတဲ့ဒုက္ခတွေ လွတ် ကင်းငြိမ်းစေတဲ့ တစ်ခုတည်းသောနည်းလမ်းက လူနာကိုငြိမ်ဆေးပေးပြီး ဒါမှမဟုတ် ပိုက်တွေဖြုတ် အစာ မသွင်းတော့ဘဲ သူ့အလိုလိုသေသွားစေမယ့် နည်းလမ်းသာ ကျန်ရှိပါတော့တယ်။ ဒီအခြေအနေမှာ သင် ဘာလုပ်မှာလဲ။

လူနာညွှန်းပို့ခြင်း

သင့်ဆေးခန်းကလူနာတွေကို သွေးစစ်၊ သလိပ်စစ်၊ ဓာတ်မှန်ရိုက်၊ အီးစီဂျီရိုက်၊ ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်မှု ပြုလုပ်ဖို့ လိုအပ်တဲ့အခါမှာနဲ့၊ အထူးကုတွေနဲ့ တိုင်ပင်စမ်းသပ်ဖို့လိုအပ်တဲ့အခါမျိုးတွေမှာ၊ ဒါ့အပြင် ဆေးရုံတင် ကုသဖို့ လိုအပ်တဲ့အခါတွေမှာ “တိကျ” အထူးကုဆေးရုံကြီးကို လွှတ်ပေးလေ့ရှိပါတယ်။ ဒီလိုလွှတ်ပေးလိုက်တဲ့ အတွက် သင့်ဆီကို တိကျဆေးရုံဝန်ထမ်းတစ်ဦးက referral fees လို့နံမည်တပ်ပြီး လစဉ်ကော်မရှင်ခငွေ လာရောက် ပေးအပ်လေ့ရှိပါတယ်။ တစ်လအတွင်း (CT Scan) ရိုက်ဖို့လွှတ်တဲ့ လူနာငါးဦးထက် ပိုလွတ် ပေးရင်ဖြစ်စေ၊ တစ်လအတွင်း ပိုလွတ်ပေးလိုက်တဲ့ လူနာတွေစီက ဆေးဖိုးဝါးခ ကုန်ကျစရိတ် စုစုပေါင်း ငွေသုံးသိန်းအထက်ကို ရောက်ရှိသွားရင်ဖြစ်စေ၊ သင့်ဆေးခန်းမှာထားရှိဖို့ ရုပ်မြင်သံကြားစက်တစ်လုံး လက်ဆောင်ပေးမယ်လို့ ထပ်မံကမ်းလှမ်းထားပါတယ်။ ငွေသုံးသိန်း မြန်မြန်ပြည့်သွားအောင် လူနာတွေ ခပ်များများ ထပ်မံပို့လွှတ်ပေးဖို့ သင့်မှာကြံရွယ်ချက်ရှိနေပါသလား။

ဆေးကုမ္မဏီရဲ့လက်ဆောင်

သင့်ဆေးခန်းကလူနာတွေကို အသည်းရောင်-ဘီ ရောဂါကာကွယ်ဆေးထိုးပေးဖို့ ဆေးထုတ်လုပ်တဲ့ ကုမ္မဏီတစ်ခုက ဆေးဝါးတွေ ပုံမှန်ပို့ပေးနေပါတယ်။ သင်က ဆေးဝါးတွေကို ကြိုတင်ဝယ်ယူထားစရာမလိုဘဲ လူနာတွေဆီက ငွေရရှိပြီးမှသာ ဆေးကုမ္မဏီကို ငွေရှင်းပေးရတာဖြစ်ပါတယ်။ အရင်လက သင့်ဆေးခန်းကနေ

လူနာအယောက် ၁၅၀ ထိုးပေးနိုင်တဲ့အတွက် သင့်ကိုဆေးကုမ္မဏီက အက်ဖ်အီးစီ ၃၀၀ မေတ္တာ လက်ဆောင် ပေးခဲ့ပြီးဖြစ်ပါတယ်။ ဒီနှစ်မကုန်ခင် ကာကွယ်ဆေးအလုံးရေ ၁၀၀၀ သုံးစွဲပေးမယ်ဆိုရင် နောက်နှစ်မှာ အမေရိကန်နိုင်ငံမှာကျင်းပမယ့် အသည်းပညာရှင်ညီလာခံကို တက်ရောက်နိုင်ဖို့ လေယာဉ်ခကျခံပေးမယ့်အပြင်၊ အပိုသုံးစွဲဖို့ ဒေါ်လာငွေ ၁၅၀၀ ပေးမယ်လို့ ကတိပေးနေပါတယ်။ အမေရိကန်နိုင်ငံက ဆေးပညာ ညီလာခံတက်ရောက်နိုင်ဖို့ သင်ကြိုးစားမှာလား။

ဆေးပညာဟောပြောပွဲနှင့်နေ့လယ်စာ

သင်က ကိုယ်ပိုင်ဆေးခန်းဖွင့်နေတဲ့ အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်တစ်ဦးပါ။ ဆေးကုမ္မဏီတစ်ခုက သူတို့ကုမ္မဏီထုတ် ဆေးဝါးတွေအကြောင်း ဟောပြောဖို့ သူတို့ကိုယ်တိုင် စိတ်တိုင်းကျရွေးချယ်ထားတဲ့ နိုင်ငံခြားက ဆရာဝန်ကြီးတစ်ယောက်ကို ဖိတ်ကြားဖို့ စီစဉ်ထားပါတယ်။ နိုင်ငံခြားက ဆရာဝန်ကြီးနဲ့အတူ သင်လေးစားတဲ့ သင့်နိုင်ငံက ပါမောက္ခကြီးတစ်ဦးလည်း အတူပါဝင်ဟောပြောမယ်လို့ ဖိတ်စာမှာ ပါရှိပါတယ်။ ဖိတ်စာအပေါ်မှာ ကုမ္မဏီထုတ်လုပ်တဲ့ ဆေးဝါးနမူနာတွေကို ပူးတွဲကပ်ပေးထားပါတယ်။ ဟောပြောပွဲကို ရန်ကုန်မြို့ရဲ့ အခမ်းနားဆုံးဟော်တယ်တစ်ခုမှာ ပြုလုပ်မှာဖြစ်ပြီး၊ တက်ရောက်လာသူ ဆရာဝန်တိုင်းကို ကုမ္မဏီထုတ်ဆေးဝါးနမူနာ (နှစ်ဗူးစီ) လက်ဆောင်ပေးမှာဖြစ်ပါတယ်။ နေ့လယ်စာကို အနောက်တိုင်း ဘူဖေးနဲ့ ခမ်းခမ်းနားနားဧည့်ခံမယ့် အစီအစဉ်လည်းပါရှိပါတယ်။ ဒီဟောပြောပွဲကို တက်ရောက်ဖို့ သင်ကြံ ရွယ်ထားပါသလား။

စဉ်ဆက်မပြတ်ဆေးပညာ

သင်တက်ရောက်နေတဲ့ စဉ်ဆက်မပြတ်ဆေးပညာသင်တန်းကို ဆေးကုမ္မဏီတစ်ခုက စပွန်ဆာလုပ်ပေးထားပါတယ်။ သင်တန်းမှာ ပို့ချတဲ့ဆေးပညာရပ်တွေကို သက်ဆိုင်ရာ အထူးပြုကျွမ်းကျင်သူဆရာဝန်ကြီးတွေက ပို့ချနေတာမှန်ပေမယ့် သူတို့အတွက် ပါဝါပွိုင့်ပြင်ဆင်တာတွေ၊ မှတ်စုပြင်ဆင်ပေးတာတွေ အကုန်လုံးကို ဆေးကုမ္မဏီက တာဝန်ယူလုပ်ဆောင်ပေးသွားပါတယ်။ ပို့ချချက်တွေထဲမှာ ကုမ္မဏီထုတ် ဆေးဝါးနာမည်တွေကို ရည်ညွှန်းဖော်ပြသွားပါတယ်။ သက်ဆိုင်ရာ ဆရာဝန်ကြီး မပို့ချခင်မှာ ဆေးကုမ္မဏီကိုယ်စားလှယ်က ဆေးဝါးအညွှန်းတွေကို အရင်ရှင်းပြပါတယ်။ ပို့ချတဲ့ဆရာဝန်ကြီးတွေကလည်း စပွန်ဆာလုပ်တဲ့ ဆေးကုမ္မဏီကဆေးဝါးတွေကို သူတို့ကိုယ်တိုင် လူနာတွေမှာသုံးစွဲနေတဲ့အကြောင်း ထုတ်ဖော် ဝန်ခံပြောဆိုသွားကြပါတယ်။ သင့်အနေနဲ့ စဉ်ဆက်မပြတ် ဆေးပညာသင်ကြားရေးမှာ ဆေးကုမ္မဏီတွေပါဝင်စွက်ဖက် ချယ်လှယ်နေတာကို ဘဝင်မကျလှပါဘူး။ သင်ဘယ်လိုပြုမူမှာလဲ။

ကိုယ်ရည်သွေးဆရာဝန်

ဒေါက်တာကိုကိုဝင်းဟာ အခြေခံဆေးပညာဘွဲ့ရခဲ့တာ နှစ် ၂၀ ကျော်ခဲ့ပါပြီ။ ဂျပန်နိုင်ငံမှာ သုတေသန သင်တန်းတစ်ခု တက်ရောက်ခဲ့ဖူးပါတယ်။ စာပေရေးသားတာ ဝါသနာပါလေတော့ အပတ်စဉ် ထုတ် ဂျာနယ်တွေမှာ နှလုံးရောဂါနဲ့ပတ်သက်တဲ့ ဆောင်းပါးတွေရေးလေ့ရှိပါတယ်။ ဒီလိုနဲ့ နှလုံးဝေဒနာ သည်တွေ သူ့ဆီမှာ လာရောက်ပြသလာကြပါတော့တယ်။ သူ့ကိုယ်သူ နှလုံးအထူးကုဆရာဝန်ကြီးဆိုပြီး ဆောင်းပါးတွေထဲမှာ ထည့်ရေးလာနေပါတယ်။ အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာ နှလုံးဆေးပညာအသင်းရဲ့ အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး ဖြစ်အောင် လျှောက်ထားပြီး အဖွဲ့ဝင်ဖြစ်တာကိုပဲ ကျွမ်းကျင်မှုအသိအမှတ်ပြုခံရတဲ့ သဘောမျိုး သုံးနှုန်းရေး သားလာပါတယ်။ နှလုံးရောဂါတစ်မျိုးတည်းကိုသာ ကျွမ်းကျင်ပိုင်နိုင်စွာကုသနေတဲ့အကြောင်း ပြောဆိုနေတဲ့ အပြင်၊ အခြားနှလုံးအထူးကုဆရာဝန်ကြီးတွေကို ထိုးနှက်ဝေဖန်လာနေပါတယ်။ ဒေါက်တာကိုကိုဝင်းရဲ့ ကျွမ်းကျင်မှုကို သင်မည်သို့သုံးသပ်မိပါသလဲ။

အသင်းအဖွဲ့ရဲ့လွှမ်းမိုးမှု

ဒေါက်တာအာယုဟာ အထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်တစ်ဦးဖြစ်ပါတယ်။ မိတ်ဆွေဆရာဝန်တွေ စုစည်းထားတဲ့ လူမှုရေးအဖွဲ့ဝင်တစ်ခုမှာ အလုပ်အမှုဆောင်တစ်ဦးဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်နဲ့ ပတ်သက်ပြီး စိတ်ဝင်စားလှတဲ့အတွက် မီဒီယာတွေနဲ့ အင်တာဗျူးတဲ့အခါမှာ ကျင့်ဝတ်အကြောင်းတွေကို ဖော်ပြ ဆွေးနွေးလေ့ရှိပါတယ်။ ဒါ့အပြင် ဆေးပညာကျင့်ဝတ်အကြောင်း ဟောပြောပွဲတွေပြုလုပ်နေပါတယ်။ အဖွဲ့အစည်းဝင်ကို ထိန်းချုပ်ထားတဲ့ အဆင့်မြင့်အဖွဲ့ကြီးက သူတို့ကို ကျော်လွှားလုပ်ဆောင်နေတယ်လို့ ထင်မြင်ယူဆတဲ့အတွက် သူတို့ဆီက အတည်ပြုချက်ရယူပြီးမှသာ ဆောင်ရွက်ဖို့ကန့်သတ်တာမျိုးတွေ ရှိလာ ပါတယ်။ ဆေးပညာကျင့်ဝတ်တိုးတက်စေဖို့နဲ့ ဆရာဝန်-လူနာဆက်ဆံရေးတွေအကျိုးရှိစေဖို့ ဒေါက်တာအာယု လုပ်ဆောင်နေတာတွေကို ကန့်သတ်သင့်တယ်လို့ သင်ထင်မြင်ယူဆပါသလား။

**နောက်ဆက်တွဲ (ခ)။ မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီမှ ထုတ်ပြန်ထားသော
အထွေထွေဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များ။ ၂၀၀၃ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ
(Myanmar Medical Council Guideline for General Medical Practice)**

ဆရာဝန်များ လိုက်နာစောင့်ထိန်းရမည့်ကျင့်ဝတ်နှင့် ဆောင်ရွက်ရမည့်တာဝန်များ။

လူနာများသည် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာကိစ္စများအတွက် ဆရာဝန်များအပေါ်တွင် စိတ်ချယုံကြည်အားကိုးကြသည့်အားလျော်စွာ ဆရာဝန်များဘက်မှလည်း၊ ကောင်းမွန်၍ အဆင့်အတန်းမီသော ဆေးကုခြင်းများဖြင့် လူမမာများအား ပြုစုကုသပေးရန်လိုအပ်ပါသဖြင့် အောက်ပါအချက်များအတိုင်း လိုက်နာဆောင်ရွက်ရမည်ဖြစ်သည်။

- လူနာကို အဓိကထား ဦးစားပေး၍ ကုသပေးခြင်း၊
- လူနာအပေါ် စာနာစိတ်ထား၍ ပြေပြစ်ယဉ်ကျေးစွာ ဆက်ဆံပြုမူဆောင်ရွက်ခြင်း၊
- လူနာ၏ဂုဏ်သိက္ခာကို လေးစားခြင်း၊
- လူနာ၏ တင်ပြချက်များကို အလေးထား၍နားထောင်ခြင်း၊
- လူနာ နားလည်သဘောပေါက်လွယ်သော စကားအသုံးအနှုန်းများဖြင့် ကုသမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များပေးခြင်း၊
- လူနာအား ပြုစုကုသရန်အတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာတွင် လူနာကို ပါဝင်ဆုံးဖြတ်ခွင့်ပေးခြင်း၊
- လုပ်ငန်းပိုင်းဆိုင်ရာများတွင် လက်တွေ့ကျွမ်းကျင်မှုနှင့် အသိပညာများ အစဉ်တိုးတက်ခေတ်မီအောင် လေ့ကျင့်နေထိုင်ခြင်း၊
- မိမိ၏ အတတ်ပညာလုပ်ငန်းဆိုင်ရာ အတိုင်းအတာပမာဏကို သိရှိထားခြင်း၊
- ယုံကြည်စိတ်ချသူ တစ်ဦးဖြစ်ခြင်း၊
- လူနာ၏ရောဂါနှင့်ပတ်သက်သော လျှို့ဝှက်ချက်များကို မပေါက်ကြားစေရေး စောင့်ထိန်းခြင်း၊
- မိမိ၏ယုံကြည်ချက်များနှင့်ပတ်သက်၍ လူနာအားကုသရာတွင် သက်ရောက်မှု မရှိစေခြင်း၊
- မိမိကြောင့်ဖြစ်စေ၊ အခြားဆရာဝန်တစ်ဦးဦးကြောင့်ဖြစ်စေ၊ ကျွမ်းကျင်မှုအားနည်းမှုကြောင့် လူနာအပေါ်တွင် ကျရောက်လာနိုင်မည့် ဘေးအန္တရာယ်ကို အမြန်ဆုံး တားဆီးကာကွယ်ပေးခြင်း၊
- မိမိ၏ ဆရာဝန်ဂုဏ်သိက္ခာကို ညှိုးနွမ်းအောင် အလွဲသုံးစားပြုခြင်းမှ ရှောင်ကြဉ်ခြင်း၊
- လူနာ၏ကောင်းကျိုးကိုဦးတည်၍ အခြားဆရာဝန်များနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရာတွင် လူနာကိုဖြစ်စေ၊ အခြားဆရာဝန်ကိုဖြစ်စေ ခွဲခြားမှု၊ နှိမ်ချမှု မပြုလုပ်ခြင်းနှင့် မိမိ၏လုပ်ဆောင်ချက်များ မှန်ကန်မှုရှိအောင် ဆောင်ရွက်ခြင်း၊

အကောင်းဆုံးကုသမှုနှင့် လူနာစောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်း

၁။ လူနာတိုင်းသည် မိမိအားကုသနေသော ဆရာဝန်၏ အကောင်းဆုံးကုသမှုနှင့် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို ခံစားပိုင်ခွင့်ရှိရမည်။ (ဆရာဝန်ဘက်မှလည်း အတတ်ပညာနှင့် လုပ်ငန်းကျွမ်းကျင်မှုရှိရမည်ဖြစ်ပြီး ဆရာဝန်၏ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာများကို စောင့်ထိန်း၍ လူနာနှင့်ပြေပြစ်စွာ ဆက်ဆံရမည်။)

၂။ ကောင်းသောကုသမှုပေးနိုင်ရန် လူနာ၏ ရောဂါဖြစ်စဉ်နှင့် ရောဂါလက္ခဏာများအပေါ် အခြေခံ ရမည်။ လိုအပ်ပါက အခြားသင့်တော်သော စစ်ဆေးမှုများပြုလုပ်ပြီး သင့်တော်သောကုသမှုမျိုးကို အမြန် ဆောင်ရွက်ပေးရမည်။

လူနာအား စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်း

- ၃။ - လူနာအား ကုသစောင့်ရှောက်မှုပေးရာတွင် မိမိ၏အတတ်ပညာ လုပ်ငန်းကျွမ်းကျင်မှု အတိုင်းအတာ အတွင်း၌သာ ပြုလုပ်ရမည်။
- လူနာ၏ရောဂါအတွက် လိုအပ်သောကုသမှုများ၊ ဆေးဝါးများနှင့် ကိရိယာပစ္စည်းများကိုသာ ညွှန်းရမည်။

ကောင်းသောဆေးကုသမှုကို ထိန်းသိမ်းကျင့်သုံးနိုင်ရန်အတွက် အစဉ်အမြဲခေတ်မီစွာဆောင်ရွက်ခြင်း

၄။ ကောင်းသောဆေးကုသမှုများ ထိန်းသိမ်းကျင့်သုံးနိုင်ရန်အတွက် အသိပညာနှင့် ကျွမ်းကျင်မှုကို ခေတ်နှင့်အမီလိုက်၍ ဆောင်ရွက်ရမည်။ ထိုသို့ခေတ်မီစွာ ဆောင်ရွက်နိုင်ရေးအတွက် သင်ကြားရေးအပိုင်း ကဏ္ဍများတွင် စဉ်ဆက်မပြတ် ပါဝင်လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်ရမည်။

၅။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ထုတ်ပြန်ထားသော တည်ဆဲဥပဒေစည်းမျဉ်းစည်းကမ်း၊ အမိန့်၊ ညွှန်ကြားချက်များနှင့်အညီ လိုက်နာကျင့်သုံးရမည်။

လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ချက်များ စဉ်ဆက်မပြတ်ထိန်းသိမ်းခြင်း

၆။ ဆေးကုသမှုများကို ပုံမှန်နှင့် စနစ်တကျစစ်ဆေးခြင်း၊ အချက်အလက်များမှတ်တမ်းတင်ခြင်းတို့တွင် တိကျမှန်ကန်စွာ ပါဝင်ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရမည်။ လိုအပ်ပါက မိမိ၏ဆောင်ရွက်ချက်များ တိုးတက်ကောင်းမွန်ရန် အပြုသဘောဖြင့် စစ်ဆေးတွေ့ရှိအကြံပြုချက်များကို လိုက်နာပြုပြင်ဆောင်ရွက်ရမည်။ (ဥပမာ၊ ဉာဏ်သစ်လောင်းသင်တန်း၊ မွမ်းမံသင်တန်းများတက်ရောက်ခြင်း)

၇။ မိမိ၏ဆောင်ရွက်ချက်များကို ဝေဖန်သုံးသပ်ရာတွင် ဓမ္မဓိဋ္ဌာန်ကျကျ လက်ခံဖြေရှင်းနိုင်ရမည်။

သင်ကြားမှုနှင့် လေ့လာခြင်း

၈။ သင်ကြားမှုအတွက် အထူးတာဝန်ယူရသူဖြစ်လျှင် နည်းပညာကျွမ်းကျင်မှု၊ လက်တွေ့ကျွမ်းကျင်မှု၊ သဘောထားပြည့်ဝမှုတို့ ပြည့်စုံစွာရရှိရန်ကြိုးစားပြီး အစဉ်အမြဲ အရည်အချင်းပြည့်မီသော ပညာရှင် ဆရာဝန်တစ်ဦးဖြစ်နေစေရမည့်အပြင် မိမိ၏လက်အောက် လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်များနှင့် ဆေးကျောင်း သားများအား ကြပ်မတ်လမ်းညွှန်ပေးနိုင်သူဖြစ်ရမည်။

၉။ သင်တန်းသားများ၏ လုပ်ဆောင်ချက်များကို ဆန်းစစ်မှတ်တမ်းတင်ရာတွင် ရည်မှန်းချက်ပြည့်ဝပြီး ရိုးသားဖြောင့်မတ်စွာ ဆုံးဖြတ်ရမည်။ (ဘာသာရပ်ဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်မှုနှင့် အရည်အချင်းမပြည့်ဝသောသူ များအား စာမေးပွဲအောင်ပေးခဲ့လျှင် လူနာကိုပြုစောင့်ရှောက်ပေးရာ၌ လူနာအတွက် ဘေးအန္တရာယ် များနှင့် ကြုံတွေ့စေနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။)

လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်များအား ထောက်ခံချက်ပေးခြင်း

၁၀။ ထောက်ခံချက်ပေးရာတွင်လည်း လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်၏ လုပ်ငန်းကျွမ်းကျင်မှု၊ ယုံကြည်စိတ်ချရမှု၊ နေထိုင် ပြုမူဆက်ဆံမှုများကို အမှန်အတိုင်း ဖော်ပြရေးသားပေးရမည်။

လူနာနှင့်ထိတွေ့ဆက်ဆံရာတွင် ယုံကြည်ချက် အစဉ်မပြတ် တည်တံ့ရေးဆောင်ရွက်ခြင်း

၁၁။ လူနာနှင့်ဆရာဝန် ဆက်ဆံရေးသည် တစ်ဦးနှင့်တစ်ဦး ယုံကြည်မှုပေါ်မူတည်သဖြင့် ယုံကြည်မှု အပြည့် အဝရရှိရေးအတွက် အောက်ပါအချက်များအတိုင်း လိုက်နာဆောင်ရွက်ရမည်။ -

- လူနာအား ယဉ်ကျေးညွှာတာစွာ ဆက်ဆံခြင်း၊
- လူနာ၏သိက္ခာကိုလေးစားခြင်း၊
- လူနာနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်ထိန်းသိမ်းထားခြင်း၊
- လူနာ၏ခွင့်ပြုချက်မရရှိဘဲ အခြားသူတစ်ယောက်အား ဖော်ထုတ်အသိပေးခြင်းမှ ရှောင်ကြဉ်ခြင်း၊
- အကယ်၍ ဖော်ထုတ်ရန်လိုအပ်ပါက မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီ၏ လမ်းညွှန်မှုများအရ လိုက်နာဆောင် ရွက်ခြင်း၊
- လူနာအား နားလည်လွယ်ကူသော စကားအသုံးအနှုန်းဖြင့် ရှင်းလင်းပြောပြခြင်း၊
- ဆေးကုမှု (သို့မဟုတ်) ရောဂါရှာဖွေခြင်းများမပြုလုပ်မီ လူနာအား ဆောင်ရွက်မည့်အစီအစဉ်များကို နားလည်သဘောပေါက်အောင် ရှင်းပြပြီး လူနာ၏ သဘောတူညီချက်ကို ရယူခြင်း၊
- လူနာကို ပြုစုစောင့်ရှောက်ရန်အတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာတွင် လူနာအား ပါဝင်ဆုံးဖြတ်ခွင့်ပေး ခြင်း၊

- ဆေးကုသရာတွင်လည်းကောင်း၊ သင်ကြားရေးတွင်လည်းကောင်း၊ သုတေသနလုပ်ငန်းများတွင် ပါဝင်ခြင်းကိုလည်းကောင်း၊ လူနာကိုယ်တိုင်သဘောတူခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ပိုင်ခွင့်ပေးခြင်း။

၁၂။ ဆေးကုသမှုပေးခြင်းနှင့် ရောဂါရှာဖွေခြင်းများသည် လူနာ၏ ရောဂါလိုအပ်ချက်အတွက်သာ ဖြစ်ရမည်။ ဆေးကုသမှုပေးခြင်းသည်လည်း ထိရောက်သောကုသမှုမျိုးသာဖြစ်ရမည်။ ဖော်ပြပါကိစ္စရပ်များ ဆောင်ရွက်ရာတွင် လူနာ၏ အနေအထိုင်အပြုအမူ၊ လူမျိုး၊ ဘာသာ၊ ယုံကြည်ချက်၊ အသားအရောင်၊ အသက်၊ ကျား-မ၊ စီးပွားရေးအခြေအနေပေါ်တွင်မူတည်၍ ဆုံးဖြတ်ဆောင်ရွက်ခြင်းမပြုရ။

၁၃။ အကယ်၍ မိမိ၏ဆုံးဖြတ်ချက်ဖြင့် ပြုစုကုသမှုသည် လူနာအပေါ်ထိရောက်မှုရှိမည်ဟု မယူဆခဲ့ပါလျှင် လူနာအား အကြောင်းစုံရှင်းပြပြီး၊ အခြားဆရာဝန်တစ်ဦးအား ပြသတိုင်ပင်ခွင့်ရှိကြောင်း ရှင်းလင်းအသိပေးရမည်။

၁၄။ မိမိ၏ပြုစုကုသမှုကြောင့် လူနာအပေါ်တွင် မမျှော်လင့်သောဆိုးကျိုးများ ကျရောက်စေခဲ့ပါက အမှန်ဖက်သို့ပြန်ရောက်အောင် အမြန်ဆုံးဆောင်ရွက်ပေးရမည်။ လူနာအား အဖြစ်အပျက်အစုံကို အသိပေးပြီး၊ ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်မည့် (ရေရှည်နှင့်ရေတို) အကျိုးအကြောင်းများကို ရှင်းပြရမည်။ လိုအပ်ပါက တောင်းပန်သင့်ပါသည်။ အကယ်၍ အသက် (၁၂) နှစ်အောက်ကလေးဖြစ်ခဲ့ပါလျှင် ၎င်း၏မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူအား အကြောင်းစုံကို ရိုးသားစွာရှင်းလင်းပြရမည်။

၁၅။ အကယ်၍ အသက်(၁၂) နှစ်အောက် လူငယ်တစ်ဦးသေဆုံးခဲ့ပါလျှင် ၎င်း၏မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူအား သေဆုံးခြင်းအကြောင်းကို ရိုးသားစွာရှင်းပြပေးရမည်။ အရွယ်ရောက်ပြီးသူလူနာများ သေဆုံးခဲ့ပါလျှင် လူနာအသက်ရှင်စဉ် ၎င်း၏ရောဂါအကြောင်း ဖော်ထုတ်ပြောဆိုလိုသည့် ဆန္ဒမရှိခဲ့ပါက အနီးစပ်ဆုံး ဆွေမျိုးများအား အကြောင်းစုံရှင်းပြခြင်းမပြုရ။

ဆရာဝန်ဂုဏ်ပုဒ်ကို အလွဲသုံးစားပြုခြင်း

၁၆။ လူနာက မိမိအပေါ်တွင်ထားရှိသော ယုံကြည်ကိုးစားမှုကို အလွဲသုံးစားပြု၍ လူနာနှင့်ဆွေမျိုးများ အပေါ် မိမိ၏ရာထူး၊ ဂုဏ်ပုဒ်ကို အလွဲသုံးစားပြုလျက် မမှန်ကန် မသင့်လျော်သော ဆက်ဆံမှုများ ပြုလုပ်ခြင်းနှင့် လူနာ၏လျှို့ဝှက်ချက်များ ထုတ်ဖော်အလွဲသုံးစားပြုခြင်းများ မပြုလုပ်ရ။

လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်များနှင့် ဆက်ဆံခြင်း

၁၇။ တရားမျှတမှုရှိရမည်။ အဆင့်အတန်း၊ စီးပွားရေး၊ ကျား-မ၊ လူမျိုး၊ ယုံကြည်ချက်၊ ဘာသာ၊ အသား အရောင်၊ အသက်နှင့် ကိုယ်ပိုင်းစိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ အားနည်းချက်အပေါ်အခြေခံ၍ နှိမ်ချမှုများ ပြုလုပ်ခြင်းမှ ရှောင်ကြဉ်ရမည်။

၁၈။ လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်တစ်ဦး၏ လုပ်ရည်ကိုင်ရည် စွမ်းဆောင်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ လူနာက သံသယဖြစ်စေအောင် ဝေဖန်ပြောဆိုခြင်းမပြုရ။

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအဖွဲ့တစ်ခုခုကို ဦးဆောင်မှုပြုခြင်း

- ၁၉။ - မိမိဦးဆောင်သောအဖွဲ့၏ ဆောင်ရွက်ချက်များကိုတာဝန်ယူရမည်။
- ၎င်းအဖွဲ့အစည်းအနေနှင့် လူနာအားယဉ်ကျေးစွာဆက်ဆံခြင်း လူနာ၏လျှို့ဝှက်ချက်များကို ထိန်းသိမ်းထားခြင်းတို့ကို သိရှိနားလည်ရမည်။

ကိုယ်စားလှဲခြင်းနှင့်ညွှန်းခြင်း

၂၀။ ကိုယ်စားလှဲခြင်းဆိုသည်မှာ ဆရာဝန်တစ်ဦးဦးကိုဖြစ်စေ၊ သူနာပြုကိုဖြစ်စေ၊ ဆေးကျောင်းသားကိုဖြစ်စေ (သို့မဟုတ်) ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတစ်ဦးဦးကိုဖြစ်စေ မိမိကိုယ်စား လူနာအား ဆေးကုသစေခြင်း (သို့မဟုတ်) ပြုစုစောင့်ရှောက်ရန် တာဝန်ပေးခြင်းဖြစ်သည်။ တာဝန်ပေးခံရသူသည် ကုသမှုလုပ်ငန်း ကျွမ်းကျင်သူတစ်ဦး ဖြစ်ရမည်။ သို့ရာတွင် မိမိသည်သာလျှင် လူနာအတွက် လွှမ်းခြုံ၍ တာဝန်ခံရမည့်သူ ဖြစ်သည်ဟု မှတ်ယူရမည်။

မိမိ၏လုပ်ငန်းအတွက် သတင်းအချက်အလက်များအသိပေးခြင်း

၂၁။ မိမိဝန်ဆောင်မှုအတွက် ကြော်ငြာရာတွင်လည်းကောင်း၊ ပုံနှိပ်ထုတ်ဝေရာတွင်လည်းကောင်း၊ တည်ဆဲဥပဒေ၊ စည်းမျဉ်းစည်းကမ်း၊ အမိန့်၊ ညွှန်ကြားချက်များနှင့်အညီ ဆန်းစစ်ခံနိုင်သော အချက်အလက်များ ဖြစ်ရမည်။

၂၂။ ထိုသို့ပြုလုပ်ရာတွင် မိမိ၏ဆောင်ရွက်ချက်သည် အခြားသူများ၏ ဆောင်ရွက်ချက်ထက် သာလွန်ကောင်းမွန်ကြောင်း ဖော်ထုတ်ခြင်းမပြုရ။ တစ်နည်းအားဖြင့်ဆိုသော် ဆေးပညာအသိဉာဏ် ချို့တဲ့သောသူများအပေါ်တွင် အခွင့်ကောင်းယူ၍ ရောဂါအပေါင်းပျောက်ကင်းနိုင်ကြောင်း ကြော်ငြာခြင်းမျိုး မပြုလုပ်ရ။

၂၃။ ဆရာဝန်တစ်ဦးသည် မိမိ၏လုပ်ငန်းအကြောင်း ကြော်ငြာရာတွင် အများပြည်သူတို့၏ ကျန်းမာရေး အတွက် အခြေအမြစ်မရှိသော ခြောက်လှန့်ခြင်းမျိုးသုံး၍ တိုက်တွန်းခြင်းမပြုရ။ အလားတူပင် မိမိ၏ လူနာဖြစ်ရန် အလားအလာရှိသူများကို မိမိကိုယ်တိုင် (သို့မဟုတ်) ကိုယ်စားတစ်ဦးသုံး၍ လူနာထံ သွားရောက်တွေ့ဆုံခြင်း (သို့မဟုတ်) တယ်လီဖုန်းဖြင့်ဆက်သွယ်ပြီး မိမိ၏လုပ်ငန်းအကြောင်း ကြော်ငြာခြင်း မပြုရ။ ဆရာဝန်တစ်ဦးသည် မိမိ၏ ဆိုင်းဘုတ်တွင် မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီမှ အသိအမှတ်ပြုထားသော ဘွဲ့၊ ဒီဂရီ၊ ဒီပလိုမာများနှင့်အထူးကုဘာသာရပ်၊ ရာထူးအဆင့်များကိုသာ မိမိအမည်နှင့် ယှဉ်တွဲဖော်ပြနိုင်သည်။

ဆေးကုသရာတွင် ကြုံတွေ့နိုင်သော ငွေရေးကြေးရေးကိစ္စများ

၂၄။ မိမိ၏လုပ်ငန်းနှင့်ပတ်သက်၍ ငွေရေးကြေးရေးကိစ္စများ၌ ရိုးသားမှုရှိရမည်။ ဆေးကုသရေး ကုန်ကျစရိတ်တောင်းခံရာတွင် ထိုငွေထဲမှ အခြားဆရာဝန်တစ်ဦးဦးအား ပေးရန် အကြောင်းရှိခဲ့လျှင် လူနာအား အသိပေးရမည်။ ဆေးပညာလောကတွင် သတ်မှတ်ထားသော ဆေးကုသမှုနှုန်းထား မရှိသော်လည်း မအပ်မရာ ဆေးကုသမှုမျိုးကိုအကြောင်းပြု၍ မတရားဆေးကုသနှုန်းထားများ တောင်းခံခြင်း မပြုရ။

အခန့်မသင့်ခြင်းများ

၂၅။ ရောဂါအမည်သတ်မှတ်ခြင်းများနှင့်ပတ်သက်၍ သံသယရှိခြင်း၊ သဘောကွဲလွဲခြင်းတို့ကို လူနာနှင့် လူနာ၏မိတ်ဆွေများရှေ့တွင်မပြောရ။ လူနာအား ဆေးကုသပြုစုရာတွင်လည်းကောင်း၊ အခြားဆရာဝန်အား လွှဲပြောင်းပေးရာတွင်လည်းကောင်း၊ လူနာ၏ ကောင်းကျိုးဖက်မှကြည့်ရှု၍ ကုသမှု၊ လွှဲပြောင်းပေးမှုများ ပြုလုပ်ရမည်။ ယင်းကိစ္စအတွက် လူနာထံမှ တံစိုးလက်ဆောင်များ တောင်းယူခြင်း၊ လက်ခံခြင်းတို့ကို ရှောင်ကြဉ်ရမည်။ သို့မဟုတ်ပါက မိမိ၏ လူနာအပေါ် ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာတွင် ဘက်လိုက်မှုများ ဖြစ်ပေါ်လာစေနိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင် မိမိ၏ လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်များကိုလည်း တံစိုးလက်ဆောင်များ ပေးခြင်းကို ရှောင်ကြဉ်ရမည်။

ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်း၊ ဆေးနှင့်ပတ်သက်သော အသင်းအဖွဲ့ကုမ္ပဏီများတွင် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံခြင်း

၂၆။ အကယ်၍ သင်သည် ဆေးရုံ၊ ဆေးပေးခန်း၊ ရောဂါရှာဖွေရေးအဖွဲ့အစည်း၊ ဆေးနှင့်ပတ်သက်သော အသင်းအဖွဲ့ကုမ္ပဏီများတွင် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုရှိခဲ့ပါက ဆေးကုသသူလူနာအား လွှဲပြောင်းပေးရာတွင် ဖြစ်စေ၊ ဆေးရုံတက်စေရာတွင်ဖြစ်စေ၊ ရောဂါရှာဖွေညွှန်ကြားရာတွင်ဖြစ်စေ ဘက်လိုက်၍ ဆောင်ရွက်ခြင်း မပြုလုပ်ရ။

မေတ္တာလက်ဆောင်များ လက်ခံရယူခြင်း

၂၇။ ဆရာဝန်တစ်ဦးသည် ဆေးနှင့်ဆေးပစ္စည်း အရောင်းကုမ္ပဏီများမှ ငွေများချေးယူခြင်း၊ လက်ဆောင် ပစ္စည်း (တန်ဖိုးမများသော လက်ဆောင်များမှအပ) တောင်းခံခြင်း/လက်ခံခြင်းများ မပြုလုပ်ရ။ ဆေးအရောင်းကိုယ်စားလှယ်များအား၊ လက်ခံတွေ့ဆုံရန်အတွက် အခကြေးငွေတောင်းခံခြင်း၊ လက်ခံခြင်းတို့ကို ရှောင်ကြဉ်ရမည်။

ဧည့်ဝတ်ပြုခြင်း

၂၈။ သင်သည် ဆေးကုမ္ပဏီများမှစီစဉ်ပေးသော ညီလာခံနှင့် ဆေးပညာအစည်းအဝေးများသို့ ဆေးပညာ တိုးတက်ရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ပြည်တွင်း/ပြည်ပခရီးများကို လက်ခံနိုင်ပါသည်။ သို့သော် ထောက်ပံ့ငွေသည် မိမိကိုယ်ပိုင် အမှန်တကယ်သုံးမည့် ငွေထက်မများစေရ။ ညီလာခံစေလွှတ်သည့် ရည်ရွယ်ချက်သည် ထိုကုမ္ပဏီထုတ်ဆေးဝါးများနှင့် မပတ်သက်စေရ။

ထောက်ခံချက်ပေးခြင်း

၂၉။ ဆရာဝန်တစ်ဦးသည် ထောက်ခံစာအမျိုးအမျိုးပေးရာတွင် မှန်ကန်သောအချက်အလက်များပေါ်တွင် အခြေခံ၍ ပေးရမည်။ ထိုအတွက် လိုအပ်သောလေ့လာစူးစမ်းမှုများ ပြုလုပ်ပြီးမှ လက်မှတ်ရေးထိုးပေးသင့်ပါသည်။ မမှန်ကန်သော စာရွက်စာတမ်းများကို ထောက်ခံလက်မှတ်ထိုးခြင်းမှ ရှောင်ကြဉ်ရမည်။

သုတေသနပြုခြင်း

၃၀။ လူနာများအပေါ် စမ်းသပ်သည့် သုတေသန(ဆေးအပါအဝင်)များတွင် ပါဝင်ရန်အတွက် စမ်းသပ်ခံလူ/လူနာထံမှ စမ်းသပ်ခံရန်သဘောတူကြောင်း၊ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော စာရရှိထားရမည်။ ၎င်းပြုလုပ်မည့် သုတေသနဆိုင်ရာ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာကော်မတီမှ သဘောတူခွင့်ပြုချက်ရယူပြီးဖြစ်ရမည်။ သဘောတူညီမှုလက်မှတ်ကို သက်ဆိုင်ရာအုပ်ထိန်းသူထံမှ ရယူရမည်။

၃၂။ မိမိပြုလုပ်မည့် သုတေသနလုပ်ငန်းကို မှန်ကန်တိကျစွာပြုလုပ်ရန် တာဝန်ရှိပါသည်။ သုတေသနလုပ်ငန်းတွင် အလွဲသုံးစားပြုခြင်း၊ မမှန်ကန်မှု ပြုလုပ်ခြင်းများတွေ့ရပါမူ သက်ဆိုင်ရာသို့ အကြောင်းကြားရမည်။

ဆေးကုခွင့်လိုင်စင် ပယ်ဖျက်ခံရနိုင်သော အခြေအနေ

မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီ ဥပဒေပုဒ်မ ၃၀ ။ ကောင်စီသည် ဆေးကုသခွင့်လိုင်စင်ရ ဆရာဝန် တစ်ဦးဦးနှင့်ပတ်သက်၍ အောက်ပါအချက်တစ်ရပ်ရပ်ပေါ်ပေါက်ကြောင်း စစ်ဆေးတွေ့ရှိပါက ဆေးကုသခွင့် လိုင်စင်ကို ပယ်ဖျက်ခြင်း သို့မဟုတ် အကန့်အသတ်ဖြင့် ရုပ်သိမ်းခြင်းပြုနိုင်သည်။

- (က) ဆရာဝန်မှတ်ပုံတင်စာရင်းမှ ပယ်ဖျက်ခံရခြင်း။
- (ခ) စိတ်ရောဂါစွဲကပ်ခြင်း၊ အသိဉာဏ်ပညာပျက်ယွင်းခြင်း၊ သို့မဟုတ် ကိုယ်အင်္ဂါချွတ်ယွင်းခြင်းကြောင့် ဆရာဝန်တစ်ဦး၏ လုပ်ငန်းတာဝန်များကို ဆောင်ရွက်နိုင်စွမ်း မရှိခြင်း။
- (ဂ) နိုင်ငံတော်က ပေးအပ်သောတာဝန်ကို ထမ်းဆောင်ရန် ပျက်ကွက်ခြင်း။
- (ဃ) ဆရာဝန်တစ်ဦး တာဝန်ဝတ္တရားများကို မဆင်မခြင် ပေါ့လျော့စွာ ဆောင်ရွက်ခြင်း။
- (င) ဆရာဝန်တစ်ဦး၏ ကျင့်ဝတ်သိက္ခာနှင့်အညီ လိုက်နာစောင့်ထိန်းမှု မရှိခြင်း။
- (စ) ဆရာဝန်တစ်ဦး၏ အရည်အသွေးနှင့်အညီ လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း မရှိခြင်း။
- (ဆ) ကောင်စီက သတ်မှတ်သောကာလအတွင်း လုံလောက်သော အကြောင်းပြချက်မရှိဘဲ ဆေးကုသခွင့် လိုင်စင် သက်တမ်းတိုးမြှင့်ရန် ပျက်ကွက်ခြင်း။

နောက်ဆက်တွဲ (ဂ)

Appendix C– Glossary

Accountable (တာဝန်ခံနိုင်သော): answerable to someone for something (e.g., employees are accountable to their employers for the work they do). *Accountability* requires being prepared to provide an explanation for something one has done or has not done.

Advance directive (လူနာ၏ကြိုတင်ဆန္ဒ): a statement, usually in writing, that indicates how a person would want to be treated, or not treated, if they are no longer able to make their own decisions (for example, if they are unconscious or demented). It is one form of advance care planning; another is choosing someone to act as one's substitute decision-maker in such situations. Some states have legislation on advance directives.

Advocate- (ရှေ့နေလိုက်ပေးသည်): (verb)- to speak out or take action on behalf of another person or group; (noun) someone who acts in this way. Physicians serve as advocates for their patients when they call on governments or health insurance officials to provide services that their patients need but cannot easily obtain on their own.

Anesthetist (မေ့ဆေးဆရာဝန်)– in some countries the title, *anesthesiologist*, is used instead.

Beneficence (ကောင်းကျိုးရရှိစေခြင်း) – literally, 'doing good'. Physicians are expected to act in the best interests of their patients.

Bioethics/ biomedical ethics (ဇီဝကျင့်ဝတ်) – two equivalent terms for the study of moral issues that occur in medicine, healthcare and the biological sciences. It has four major subdivisions: clinical ethics, which deals with issues in patient care (cf. chapter Two of this Manual); research ethics, which deals with the protection of human subjects in healthcare research (cf. Chapter Five of this Manual); professional ethics, which deals with the specific duties and responsibilities that are required of physicians and other healthcare professions (medical ethics is one type of professional ethics); and public policy ethics, which deals with the formulation and interpretation of laws and regulations on bioethical issues.

Consensus (အများသဘောတူညီချက်)– general, but not necessarily unanimous, agreement.

Hierarchy (အထက်ကြီးစိုးမှု) – an orderly arrangement of people according to different level of importance from highest to lowest. *Hierarchical* is the adjective describing such an agreement. The term, hierarchy, is also used to refer to the top leaders of an organization.

Justice (တရားမျှတမှု) - fair treatment of individuals and groups. As Chapter Three points out, there are different understandings of what constitutes fair treatment in healthcare.

Managed healthcare (စီမံခန့်ခွဲသည့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု) – an organizational approach to healthcare in which governments, cooperations or insurance companies decide what services will be provided, who will provide them (specialist physicians, general practitioner physicians, nurses, other healthcare professionals, etc.), where they will be provided (clinics, hospitals, patient's home, etc.), and other related matters.

Non-maleficence (နစ်နာမှုမရှိစေခြင်း) - literally, not doing wrong. Physicians and medical researchers are to avoid inflicting harm on patients and research subjects.

Palliative care (ဒုက္ခခံစားမှုသက်သာစေသောကုသချက်) – an approach to the care of patients, especially those who are likely to die in the relatively near future from serious, incurable disease, that focuses on the patient's quality of life, especially pain control. It can be provided in hospitals, special institutions for dying patients (commonly called hospices), or in the patient's home.

Physician (ဆရာဝန်) - an individual who is qualified to practice medicine. In some countries, physicians are distinguished from surgeons, and the term 'doctor' is used to designate both. However, 'doctor' is used by other members of health professionals, such as dentists and veterinarians, as well as by all those obtained a Ph.D. or other 'doctoral' degree. The term 'medical doctor' is more precise but not widely used. The WMA uses the term 'physician' for all those who are qualified to practice medicine, no matter what their specialty, and this Manual does the same.

Plagiarism (သူများလုပ်ရပ်ကိုကူးချခြင်း) - a form of dishonest behavior whereby a person copies the work of someone else, for example, all or part of a published article, and submits it as if it were the person's own work (i.e. without indicating its source).

Pluralistic (ဗဟုချဉ်းတပ်နည်း) – having several or many different approaches or features: the opposite of singular or uniform.

Profess (လူထုရှေ့မှောက်တွင်ကတိပြုသည်) – to state a belief or a promise in public. It is the basis of the terms 'profession', 'professional' and 'professionalism'.

Rational (ကျိုးကြောင်းချင့်ချိန်နိုင်သော) – based on the human capacity for reasoning, i.e. to be able to consider the arguments for and against a particular action and to make a decision as to which alternative is better.

Surrogate or substitute gestation (ပဋိသန္ဓေအငှားလွယ်ခြင်း) – a form of pregnancy in which a woman agrees to gestate a child and give it up at birth to another individual or couple who in most cases have provided either the sperm (via artificial insemination) or the embryo (via in vitro fertilization and embryo transfer).

Value (တန်ဖိုးထားသည်) (verb) – to consider something to be very important; (noun) something that is considered to be very important.

Virtue (ပါရမီ) – a good quality in people, especially in their character and behavior. Some virtues are particularly important for certain groups of people, for example, compassion for physicians, courage for fire-fighters, truthfulness for witnesses, etc.

Whistle-blower (ခရာမှုတ်အချက်ပြသူ) – someone who informs people in authority or the public that an individual or an organization is doing something unethical or illegal. (The expression comes from the world of sport, where a referee or umpire blows a whistle to signal an infraction of the rules.

နောက်ဆက်တွဲ (ဃ)

Appendix D – Medical Ethics Resources on Internet

General

World Medical Association Policy Handbook (www.wma.net/e/policy/handbook.htm)– contains the full text of all WMA policies (in English, French and Spanish)

World Medical Association Ethics Unit (www.wma.net) – includes the following sections, updated monthly:

- Issue of the month
- WMA ethics outreach activities
- WMA ethics policies, including those in development or under review
- Declaration of Helsinki, history and current status
- WMA ethics resources
- Medical ethics organizations, including their codes of ethics
- Conference announcements
- Medical ethics education
- Ethics and human rights
- Ethics and medical professionalism

Beginning-of-life issues

Human cloning – www.who.int/ethics/topics/cloning/en/

Assisted reproduction – www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm

End-of-life issues

Resources – www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.htm

Education for Physicians on End-of-life Care – www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html

Palliative care – www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm

Opposition to euthanasia – www.euthanasia.com

HIV/AIDS

Resources – www.wits.ac.za/bioethics/

UNAIDS – www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/un aids+activities+hr.asp

Relations with commercial enterprises

Educational resources – www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html

Resources – www.nofreelunch.org

Research on human subjects

Guidelines School of Public Health, ethical issues in international health research course –
www.hsph.harvard.edu/bioethics/

နောက်ဆက်တွဲ (c)
Appendix E
World Medical Association

Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum of Medical Schools World-Wide

(Adopted by the 51st World Medical Assembly, Tel Aviv, Israel, October 1999)

1. Whereas Medical Ethics and Human Rights form an integral part of the work and culture of the medical profession, and
2. Whereas Medical Ethics and Human Rights form an integral part of the history, structure and objectives of the World Medical Association,
3. It is hereby resolved that the WMA strongly recommend to Medical Schools world-wide that the teaching of Medical Ethics and Human Rights be included as an obligatory course in their curricula.

World Federation for Medical Education (WFME):

Global Standards for Quality Improvement – Basic Medical Education

(www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translations%20of%20Standard%20/Documents/WEME%20Standard.pdf)

These standards, which all medical schools are expected to meet, include the following references to medical ethics:

4.4 Education Outcome

The medical school must define the competencies (including knowledge and understanding of medical ethics) that students should exhibit on graduation in relation to their subsequent training and future roles in the health system.

4.5 Educational Program – Medical Ethics

The medical school must identify and incorporate in the curriculum the contributions of medical ethics that enable effective communication, clinical decision-making and ethical practices.

4.6 Educational Program – Clinical Sciences and Skills

Clinical skills include history taking, communication and team leadership skills. Participation in patient care would include teamwork with other health professions.

4.7 Educational Resources – Research

The interaction between research and education activities should encourage and prepare students to engage in medical research and development.

နောက်ဆက်တွဲ (စ)

Appendix F

ဒေါက်တာမြင့်ဦး(ဂျီပီ) ရေးသားထုတ်ဝေပြီးခဲ့သော ဆေးပညာကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ ဆောင်းပါးများမှ အချို့ကို နောက်ဆက်တွဲ(စ) တွင် ဖော်ပြပေးလိုက်ပါတယ်။

- ဆရာဇီဝက၏ သမားကျင့်ဝတ်နှင့် စံနမူနာကုထုံးများ (Jivaka's Ethics)
- လူနာ့အခွင့်အရေး (Patient's Rights)
- ဆရာဝန်အခွင့်အရေး (Doctor's Rights)
- သမားခေါ်ဆောင်လာသောရောဂါ (Iatrogenesis)
- ဆေးမှတ်တမ်းဆိုသည်မှာ (Medical Record)
- ဆရာဝန်လက်ရေး (Doctor's handwriting)
- လူနာညွှန်ပို့ခြင်း (Patient Referral)
- ဆေးလောကမှအာရုံကေများ (Kickback)

ကို အရှာဖွေခိုင်းလိုက်တာပါ။ ဇီဝကလည်း လှည့်ပတ်ရှာဖွေပြီး ပါမောက္ခကြီးထံ ဘာသစ်မြစ် ဘာသစ်ဖုမှ မရရှိဘဲ စိတ်မပါလက်မလှာနဲ့ ပြန်လာခဲ့ရရှာပါပြီ။ ရှာဖွေလိုက်သမျှ နွယ်မြက်သစ်ပင်တိုင်းဟာ ဆေးဖက် ဝင်နေတာချည်းပဲ။ ဆရာကြီးရဲ့အပြစ်ပေးတာကို ခံယူဖို့ လျှောက်ထားလိုက်ပါတော့တယ်။ ဒီတော့မှ ဒီသာ ပါမောက္ခကြီးလည်း ဇီဝကကို ဆရာထက်သာလွန်တဲ့ တပည့်ထူးအဖြစ် ချီးမြှောက်ဂုဏ်ပြုလိုက်ပြီး ဆေးပညာကို ထူးချွန်စွာ ပေါက်ရောက်အောင်မြင်ပြီးဖြစ်ကြောင်း ကြေညာကာ ပြည်တော်ပြန်ခွင့် ပေးလိုက်ပါလေတော့ တယ်။ (အဲဒီအချိန်က Hippocratic Oath မပေါ်သေးတဲ့အတွက် “ဇီဝကသစ္စာ” ကိုသာ တိုင်တည်ခဲ့ရ လိမ့်မယ်လို့ ယူဆမိပါတယ်။) မွေးစားဖခင်ရှိရာ ရာဇဂဟတိုင်းသို့အပြန် သာကေတဆိုတဲ့မြို့အရောက်မှာ သူကြွယ်ကြီးရဲ့သမီးတစ်ယောက် ခေါင်းကိုက်ဝေဒနာ (Migraine) ခံစားနေရတာကို ကြားသိလိုက်ရပါတယ်။ သမားတော်ပေါင်းစုံနဲ့ကုသနေတာ ၇ နှစ် တိုင်ပြီဖြစ်သော်လည်း ဝေဒနာက မသက်သာနိုင်ဘဲ ရှိနေပါတယ်။ ဇီဝကလည်း ဆေးမြစ်တွေပေါင်းစပ်ပြီး နှာခေါင်းပေါက်ကနေ (Nasal Instillation)နဲ့ကုသပေးလိုက်တာ မကြာခင်မှာပဲ ခေါင်းကိုက်ဝေဒနာ ပျောက်ကင်းလို့သွားပါလေတော့တယ်။ ပထမဆုံးကုသတဲ့လူနာကို ဆေးဖိုး ဝါးခ တစ်ပြားတစ်ချပ်မှ မရယူခဲ့ပါဘူး။ သူကြွယ်ကြီးက ကျောက်မျက်ရတနာတွေနဲ့ ရွှေအတိတ်ပြီးတဲ့ မြင်းရထား တစ်စီး လက်ဆောင်အပ်နှင်းလိုက်ပါတယ်။ နန်းတွင်းပြန်ရောက်တဲ့အခါမှာ ရရှိလာတဲ့လက်ဆောင်ပဏ္ဏာတွေ ကို မွေးစားခမည်းတော်ထံ ကန်တော့လိုက်ပါတယ်။ ဇီဝကရဲ့နောက်ကြောင်းကို စုံစမ်းသိရှိလာရတာတွေက တော့ အဘယမင်းသားဟာ သာလာဝတီဆိုတဲ့ ပြည့်တန်ဆာမနဲ့ ပျော်ပါးပြီး ကိုယ်ဝန်ရရှိသွားလို့ သာလာဝတီ က စွန့်ပစ်ထားတဲ့ ကလေးဖြစ်နေတာကို သိရှိလိုက်ရတာကြောင့် ဇီဝကဟာ အဘယမင်းသားရဲ့ သားအရင်း ဖြစ်မှန်း သိရှိလို့သွားပါပြီ။

ဇီဝကရဲ့ဒုတိယလူနာကတော့ သူ့ရဲ့အဘိုး ဗိမ္ဗိသာရမင်းကြီးကိုယ်တိုင်ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဘုရင်ကြီးမှာ စအိုက သွေးယိုစိမ့်နေတာကြောင့် ဝတ်လဲတော် ခဏခဏလဲလှယ်ပေးနေရပါတယ်။ သမားအကျော်အမော် တွေနဲ့ကုသပါသော်လည်း မပျောက်ကင်းနိုင်ဘဲ ရှိနေပါတယ်။ သူ့ဖခင်ပြောပြလာတဲ့ဝေဒနာဇစ်မြစ် (Case history)ကို သေချာစွာနားထောင်ပြီး (Fistula-in-ano)လို့ ရောဂါအမည်တပ်ပေးနိုင်ခဲ့ပါပြီ။ ဆေးဝါးတွေ ကြိုတင်ဖော်စပ်လာပြီး လူနာကိုလိမ်းကျံပေးပါတယ်။ ခွဲစိတ်မှု (Fistulectomy) ပြုလုပ်ပေးလိုက်တဲ့အခါ မှာတော့ ဘုရင်ကြီးခံစားနေရတဲ့ဗရင်ဂျီနာဟာလည်း ရက်အနည်းငယ်အတွင်းမှာ သက်သာပျောက်ကင်းလို့ သွားပါတော့တယ်။

ဘုရင်ကြီးရဲ့မိတ်ဆွေတစ်ယောက်မှာ ဦးနှောက်အကြိတ် (Brain tumor)ခံစားနေရရှာပါတယ်။ ဇီဝက ဟာ ဦးနှောက်ခွဲစိတ်မှု (Craniotomy)ပြုလုပ်ပြီး အကြိတ်နှစ်လုံးကို ဖယ်ရှားပေးနိုင်ခဲ့တယ်လို့ မှတ်တမ်း များက ဆိုပါတယ်။ မျူးမတ်တစ်ယောက်ရဲ့ အူပိတ်ရောဂါ (Intussusception)ကိုလည်း ခွဲစိတ်ကုသပေး နိုင်ခဲ့ပါတယ်။ ဒီလိုနဲ့ပဲ ဇီဝကဟာ နာမည်ကြီးသထက်ကြီးလာပြီး၊ နန်းတွင်းသမားတော်ဖြစ်လာခဲ့ရုံမက ဗုဒ္ဓရှင်တော်မြတ်ရဲ့ ဝေဒနာတချို့ကို ကုသပေးရတဲ့ သမားတော်ဖြစ်လာခဲ့ပါတော့တယ်။

အခါတစ်ပါး မြတ်စွာဘုရားမှာ ဝမ်းတော်မအီမသာ(Gastric discomfort)ဖြစ်တဲ့ ဝေဒနာ ခံစားနေရပါတယ်။ ဇီဝကဟာ ဆေးဖော်စပ်ပြီး အပြာရောင်ကြာပဒုမ္မာရဲ့ ပန်းဝတ်ဆံမှာလိမ်းကျံပေးလိုက်ပြီး ဘုရားရှင်ထံကို ပူဇော်ဆက်ကပ်ခဲ့ပါတယ်။ ရွှေကြာပန်းကို ရှုရှိုက်လိုက်တဲ့အခါမှာတော့ ရှင်တော်ဘုရားရဲ့ဝေဒနာဟာလည်း ပျောက်ကင်းလွင့်စင်သွားခဲ့ပါတယ်။ တစ်ခါမှာလည်း ဂိဇ္ဈကုဋ်တောင်ပေါ်က ဒေဝဒတ်ပစ်ချလိုက်တဲ့ ကျောက်တုံးထိမှန်ပြီး မြတ်စွာဘုရားရှင်ရဲ့ခြေချောင်းတော်ထိရှု (Cut injury)ခဲ့ဖူးပါတယ်။ ဒီဝေဒနာကိုလည်း ဇီဝကကိုယ်တိုင် (Cleansed, stitched and dressed)နည်းနဲ့ ကုသပေးခဲ့ပါတယ်။ နောက်ဆုံး ပရိနိဗ္ဗာန်မစံခင် ဝမ်းတော်လားတဲ့အချိန်မှာ မြတ်စွာဘုရားကို (Terminal care)ပေးပြီး ပြုစုကုသခဲ့သူဟာ ဇီဝကပဲ ဖြစ်ပါတယ်။

ဇီဝကဟာ မိမိအသက်နဲ့ရင်းပြီး ဘုရင်စန္ဒာပဇ္ဇောတရဲ့ ဓာတ်မတည့်မှုဝေဒနာ (Allergy)ကို ဆေးကုသပေးဖူးပါတယ်။ ထောပတ်ဓာတ်မတည့်တဲ့ဝေဒနာကို လူနာမသိအောင် အသွင်ပြောင်းထားတဲ့ ထောပတ်ကို ကျွေးပြီးကုသတဲ့ကုထုံး (Desensitization)နည်းဖြစ်ပါတယ်။ ကြမ်းတမ်းခက်ထန်တဲ့ ဘုရင်စန္ဒာပဇ္ဇောတသိရှိသွားတဲ့အခါမှာ ဇီဝကကို ရန်ရှာပါလေတော့တယ်။ နောက်ဆုံးမတော့ ဝေဒနာပျောက်ကင်းသွားပြီဖြစ်လို့ အသပြာတစ်သိန်းထိုက်တဲ့ ဝတ်လဲတော်တစ်စုံ ချီးမြှင့်ခံခဲ့ရပါတယ်။ ဒီဝတ်ရုံကို မြတ်စွာဘုရားထံ ထပ်ဆင့်ဆက်ကပ်လှူဒါန်းလိုက်တဲ့အခါမှာ မြတ်စွာဘုရားက အပိုင်းပိုင်းစုတ်ဖြုတ်လို့ လယ်ယာမြေကွက်များသဏ္ဍာန်ပြန်လည်ချုပ်စပ်စေပြီး ပုံသကူသင်္ကန်းသာဝတ်ရုံနေရရာတဲ့ ရဟန်းတော်များအတွက် တဏှာကင်းစင်တဲ့ သင်္ကန်းဝတ်ရုံတော်ကို နမူနာအဖြစ် ပညတ်ပေးတော်မူခဲ့ဖူးပါတယ်။

ဇီဝကကိုအကြောင်းပြုပြီး မြတ်စွာဘုရားဟောကြားခဲ့တဲ့ တရားတော်တစ်ခုကတော့ အသားစားခြင်းနဲ့ ပတ်သက်တဲ့ ဇီဝကသုတ္တန်တရားတော်ပဲဖြစ်ပါတယ်။

လွန်ခဲ့တဲ့နှစ်ပေါင်း ၂၅၀၀ လောက်က ဇီဝကကျင့်သုံးခဲ့တဲ့ကုထုံးတွေ၊ သမားကျင့်ဝတ်တွေဟာ ယနေ့မျက်မှောက်ကာလ ဂျီပီဆရာဝန်များအတွက် စံနမူနာကောင်းများအဖြစ် တွေ့ရှိနေရပါကြောင်း ရှာဖွေတင်ဆက်ပေးလိုက်ရပါတယ်ခင်ဗျား။

ရည်ညွှန်း။

- (၁) <http://myanmarpedia.wordpress.com/tag/jivaka/>
- (၂) ဗုဒ္ဓစာပန်းချီ၊ ဆရာကြီးငွေဥဒေါင်း။
- (၃) ဆရာတော်ဘဒ္ဒန္တတေဇဝန္တ-ကွင်းကျောင်းစာသင်တိုက်၊ အလုံ၏တရားတော်ကောက်နှုတ်ချက်။

၁၆၄

လူနာတစ်ယောက်ဖြစ်ခဲ့လို့ရှိရင် ကိုယ်ပြသလိုချင်တဲ့ဆရာဝန်ကို ကိုယ်တိုင်ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့် ရှိပါရဲ့လား။ ဆရာဝန်တစ်ယောက်နဲ့ပြသပြီး (အဆင်မပြေလို့) နောက်တစ်ယောက်နဲ့ ပြောင်းပြီးပြသရတဲ့အခါမှာ ပထမဆရာဝန်ရဲ့ထင်မြင်ယူဆချက်၊ ကုသချက်တွေကို နောက်ဆရာဝန်အား ပြောပြသင့်ပါသလား။ ဆေးကုသမှု ခံယူနေတဲ့ကာလမှာနဲ့ မခံယူမီကာလတွေမှာ ကိုယ့်ကိုရောဂါဘယ်လိုရှာဖွေစမ်းသပ်နေတယ်ဆိုတာတွေ၊ ရောဂါအမည် ဘယ်လိုတတ်ထားတယ်ဆိုတာတွေ၊ ကုသမှုမှာ ကုန်ကျရမယ့်စရိတ်စက စတာတွေကို လူနာက မေးပိုင်ခွင့်ရှိပါရဲ့လား။ ကုသမှုတစ်ခု၊ ရောဂါရှာဖွေမှုတစ်ခု ဒါမှမဟုတ် ခွဲစိတ်မှုတစ်ခုခုကို လူနာကိုယ်တိုင်က မခံယူချင်တဲ့စိတ်ဖြစ်ပေါ်ခဲ့ရင် ငြင်းဆန်ပိုင်ခွင့်ရှိပါသလား။ ကုသမှု၊ စစ်ဆေးမှုတစ်ခုအတွက် မှားယွင်းချက် တစ်စုံတစ်ရာပေါ်ပေါက်လာခဲ့လို့ရှိရင် လူနာကိုယ်တိုင် သိရှိပိုင်ခွင့်ရှိပါရဲ့လား။ အဲဒီလိုမှားယွင်းမှုကြောင့် မလိုလားအပ်တဲ့ အကျိုးသက်ရောက်မှုတစ်ခုခု ပေါ်ပေါက်လာခဲ့ရင် လူနာ (သို့မဟုတ် ဆွေမျိုး)က ဘယ်လိုတုံ့ပြန်သင့်ပါသလဲ။ စတဲ့ စတဲ့ အဲဒီလိုမေးခွန်းမျိုးတွေဟာ ဆေးပညာနယ်ပယ်ရဲ့ ကျင့်ဝတ်များနဲ့ ပတ်သက်နေပါတယ်။

မှားယွင်းမှုသာကေအချို့

လူနာမှား။ ဆရာဝန်လောကမှာ ဦးဖေကြည်ရဲ့အသားစအဖြေနဲ့ ဦးဖေကျော်ရဲ့အသားစအဖြေ မှားယွင်းပြီး ဆေးကုသတာမျိုးတွေ၊ မွေးကင်းစ ကလေးချင်းမှားယွင်းပြီး တကယ်မမွေးလိုက်တဲ့ မိဘရဲ့လက်ထဲကို ကလေးမှားပြီး ရောက်ရှိသွားတာတွေ၊ လူနာမှားပြီး သွေးသွင်းလိုက်တာတွေ၊ လူနာမှားပြီး ဆေးထိုးလိုက်မိတာတွေ ဖြစ်ပေါ်ခဲ့ဖူးပါတယ်။

အင်္ဂါမှား။ သွားမှားပြီး နှုတ်တာတွေ၊ လက်ချောင်းမှားပြီးဖြတ်တာတွေ၊ ဘယ်နဲ့ညာ ကျောက်ကပ်မှားပြီး ဖြတ်ထုတ်မိလိုက်တာတွေဟာ ဖြစ်ခဲ့၊ ဖြစ်နေဆဲရှိနေပါတယ်။ အင်္ဂလန်နိုင်ငံမှာတောင် ဆေးရုံတက်ရတဲ့ လူနာဆယ်ရာခိုင်နှုန်းဟာ ဒီလိုကာကွယ်နိုင်တဲ့ မှားယွင်းမှုမျိုးတွေကို ဖြစ်ခဲ့ဖူးတယ်လို့ဆိုပါတယ်။

အင်္ဂလန်နိုင်ငံမှ အမှားများ။ ၂၀၀၄ခုနှစ်စာရင်းဇယားအရ တစ်နှစ်ကို ဆေးရုံတက်ရောက်တဲ့လူနာပေါင်း ရှစ်သန်းလောက်ရှိရာမှာ ရှစ်သိန်းခွဲလောက်က ဒီလိုမှားယွင်းမှုတွေနဲ့ကြုံကြိုက်ခဲ့ကြရပြီး ဆေးရုံတက်ရတဲ့ ရက်တွေ ပိုမိုကြာမြင့်ခဲ့ရတယ်လို့ ဆိုပါတယ်။ ဒီအတွက် ပေါင်စတာလင်ငွေပေါင်း ၂ ဘီလီယံနဲ့ ဆုံးရှုံးခဲ့ရဖူးပါတယ်။

ဒါတွေကိုကြည့်ရင် လူနာတွေရဲ့အခွင့်အရေးတွေကို လူနာတွေကိုယ်တိုင် ပိုမိုသိရှိဖို့လိုအပ်လာပြီဆိုတာရယ်၊ လူနာတွေကို ပိုမိုအခွင့်အရေးပေးပြီး တလေးတစားဆက်ဆံလာကြဖို့ရယ်၊ ဆေးကုသပေးနေတဲ့ ဆရာဝန်တွေဘက်ကလည်း အရေးတယူဂရုစိုက်ပေးဖို့ လိုအပ်လာပြီဆိုတာတွေကို အသိအမှတ်ပြုကြရမှာ ဖြစ်ပါတယ်။

လူနာအခွင့်အရေး(ရပိုင်ခွင့်)များ (Patient's Rights)

လူနာအခွင့်အရေးတွေနဲ့ ပတ်သက်လို့ ဦးစွာတင်ပြပါမယ်။ အမေရိကန်ဆရာဝန်များအသင်းကြီး (American Medical Association)ရဲ့ လူနာပိုင်ခွင့်သက်မှတ်ချက်တွေထဲက ကောက်နုတ်ချက် အချို့က တော့ဖြင့်. . . .

- ၁။ ဆရာဝန်ထံမှ ကုသမှုဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်များကိုသိရှိပိုင်ခွင့်ရှိပြီး ကောင်းကျိုး၊ ဆိုးကျိုးနှင့် တခြားကုနိုင်သောနည်းလမ်းများအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များကိုပါ ဆွေးနွေးပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။
- ၂။ ဆရာဝန်မှညွှန်ကြားလိုက်သော ကုသချက်အပေါ် ခံယူသင့်မသင့် လူနာမှသာ ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။
- ၃။ လူနာတစ်ယောက်အနေနဲ့ လေးစားမှု၊ အရေးထားမှု၊ သိက္ခာရှိမှု၊ ထိရောက်စွာတုံ့ပြန်မှုနှင့် အချိန်မီ ကုသခံယူမှုများကို ခံစားပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။
- ၄။ လူနာရဲ့လျှို့ဝှက်ချက်များကို ထိန်းသိမ်းပေးထားနိုင်ဖို့ ရပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။

နိုင်ငံတကာဆေးလောကမှာ လက်ရှိကျင့်သုံးနေတဲ့ လူနာပိုင်ခွင့်အခွင့်အရေးတွေကတော့

- ၁။ လူနာဟာ မိမိကိုကုသနေတဲ့ဆရာဝန်နဲ့ သူနာပြုတွေရဲ့ နာမည်၊ ကျွမ်းကျင်မှုတွေကို သိရှိပိုင်ခွင့် ရှိပါတယ်။
- ၂။ ကုသမှုရဲ့ဖြစ်စဉ်တွေကို ကြိုတင်သိရှိပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။
- ၃။ ကုသမှုခံယူရာမှာ ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့်ရှိတဲ့ တခြားကုသမှုနည်းလမ်းတွေနဲ့ အန္တရာယ်တွေကို ကြိုတင်သိရှိပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။
- ၄။ ကုသမှုမခံယူမီ ကုသချက်အပေါ်မှာ လူနာရဲ့သဘောထားကို တင်ပြပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။
- ၅။ ကုသချက်ကို လက်မခံဘဲ ငြင်းဆိုပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။
- ၆။ ဆရာဝန်က လူနာရဲ့အကြောင်းအရာများကို လျှို့ဝှက်ကာကွယ်ထားပေးရပါမယ်။
- ၇။ လူနာအား သုတေသနပြုမှုထဲတွင် ပါဝင်နေသည်ဆိုသည်ကို လူနာက ကြိုတင်သိထားရပါမယ်။
- ၈။ ရောဂါအမည်ဖော်ထုတ်မှုနဲ့ ရှေ့ဆက်လက်ပြောင်းလဲသွားနိုင်မှု၊ ကောင်းနိုင်ချေ၊ ဆိုးနိုင်ချေတွေကို သိရှိထားခွင့်ရှိပါတယ်။
- ၉။ ဆေးရုံဆင်းပြီး နောက်ဆက်တွဲစောင့်ရှောက်ပေးနိုင်မှုတွေကို သိရှိထားရပါမယ်။

- ၁၀။ ဆေးရုံဆေးခန်း ကုန်ကျစရိတ်တွေကို သိရှိပိုင်ခွင့်ရှိပြီး ဘယ်လိုပေးချေရမလဲဆိုတာကိုလည်း ကြိုတင်သိထားပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။
- ၁၁။ လူနာကိုလေးစားစွာစောင့်ရှောက်ခံယူပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။
- ၁၂။ လူနာရဲ့မှတ်တမ်းမှတ်ရာ (မယ်ဒီကယ်ရက်ကော့)များကို (သတ်မှတ်ထားတဲ့အကြေးငွေပေးသွင်းပြီး) တောင်းခံပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။
- ၁၃။ အကောင်းဆုံးသော ဝန်ဆောင်ပေးနိုင်မှုကို ရရှိဖို့ တောင်းခံပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။

အခုဖော်ပြလိုက်တဲ့ လူနာအခွင့်အရေးတွေကို ဆရာဝန်-လူနာဆက်ဆံရေးနယ်ပယ်မှာ အလေးထား လိုက်နာလာကြမယ်ဆိုရင် အထက်ကပြဆိုခဲ့တဲ့ မှားယွင်းမှုတွေဟာလည်း လျော့နည်းပျောက်ကွယ်သွားမှာ ဖြစ်ပါတယ်။ မြန်မာလူမျိုးတွေရဲ့မွန်မြတ်တဲ့အစဉ်အလာတစ်ခုကတော့ “မိမိကိုကုသပေးနေတဲ့ ဆရာဝန် ဆရာမတွေအပေါ်မှာ လူနာတွေက မိမိတို့ရဲ့ အသက်သခင်ကျေးဇူးရှင်၊ ကယ်တင်ရှင်အဖြစ် ရှုမြင်နေကြခြင်းပါပဲ” ဒါဟာ ဘယ်နိုင်ငံ ဘယ်လူမျိုးနှင့်မှ မနှိုင်းယှဉ်နိုင်တဲ့ ဆရာ-လူနာဆက်ဆံရေးတစ်ရပ်ပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ မှားယွင်းမှုတစ်ရပ် ဖြစ်ခဲ့ရင်တောင်မှ “ကံ” အပေါ်မှာပဲ ယိုးစွပ်လေ့ရှိကြပါတယ်။ မြန်မာ့ဆေးလောကမှာ လူနာအခွင့်အရေးများကို အလေးထားရင်းနဲ့ ဒီလိုကောင်းမြတ်တဲ့အစဉ်အလာများကိုလည်း ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားသင့်ပါတယ်။ လူနာ-ဆရာ ဆက်ဆံရေးနဲ့ပတ်သက်လို့ ဆရာဝန်များဖက်မှလည်း ဆရာဝန်များရဲ့ ပိုင်ခွင့်နှင့်အခွင့်အရေးများကို တင်ပြပေးပါဦးမယ်။

ဆရာဝန်များရပိုင်ခွင့်ရှိသည့်အခွင့်အရေးများ (Doctor's Rights)

လူနာတွေနဲ့ဆက်ဆံတဲ့အခါမှာ ဆရာဝန်တွေအနေနဲ့ ဘယ်လိုအခွင့်အရေးတွေ၊ ရပိုင်ခွင့်တွေ၊ ပြုပိုင်ခွင့်တွေ ရှိတယ်ဆိုတဲ့အကြောင်းကို နိုင်ငံတကာဆေးရုံဆေးခန်းတွေမှာ ကျင့်သုံးနေကြတဲ့ ကျင့်ဝတ်တွေကို ကိုးကားပြီး ဆွေးနွေးတင်ပြပေးပါမယ်။

ဆရာဝန်ရဲ့အဓိကတာဝန်က ဘာလဲ

ယေဘုယျအားဖြင့်တော့ ဘယ်ဆရာဝန်မဆို လူနာတွေရဲ့အရေးကို မိမိရဲ့အရေးနဲ့ တန်းတူယူဆပြီး ဦးစားပေး ဆောင်ရွက်ပေးရမှာဖြစ်ပါတယ်။ လူနာရဲ့စိတ်ရောကိုယ်ပါ ကျန်းမာရေးအတွက် ဆောင်ရွက်ပေးဖို့ တာဝန်ရှိပါတယ်။

ကိုးကွယ်တဲ့ဘာသာရေးကြောင့် ကုသမှုမှာ ပြောင်းလဲမှုရှိတတ်ပါသလား

- မရှိပါဘူး။ လူနာအတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ပေးရာမှာ လူနာကိုးကွယ်တဲ့ဘာသာရေး၊ ခံယူထားရှိတဲ့ အယူဝါဒ၊ ရိုးရာယဉ်ကျေးမှုစတာတွေကို လေးစားလိုက်နာပြီး ဆုံးဖြတ်ချက်ပေးရမှာဖြစ်ပါတယ်။

ကုသမှုငြင်းပယ်နေတဲ့လူနာကို ကုသပေးခွင့်ရှိပါသလား

- စိတ်အခြေအနေကောင်းမွန်စွာရှိနေတဲ့ လူနာအပေါ်မှာ လူနာရဲ့သဘောတူချက်မပါဘဲ မည်သည့် ကုသချက် စမ်းသပ်ချက်ကိုမျှ လုပ်ဆောင်ပိုင်ခွင့်မရှိပါဘူး။ (လူနာကိုယ်တိုင်အသက်အန္တရာယ် စိုးရိမ်နေရတဲ့ အရေးပေါ် အခြေအနေမျိုးနဲ့ တခြားသူတွေကို အန္တရာယ်ဖြစ်စေနိုင်မယ့်အခြေအနေမျိုးတွေမှာ ဆိုရင်တော့ သဘောတူချက်ကို ကျော်လွှားလုပ်ဆောင်ခွင့်ရှိပါတယ်)။

- စမ်းသပ်မှု၊ ကုသမှုတစ်ခုခုကို လူနာကငြင်းဆန်တဲ့အခါမှာ ဖြစ်ပေါ်လာမယ့် အကျိုးသက်ရောက်မှု တွေကို လူနာအား အသိပေးပြီးသားဖြစ်ရပါမယ်။ လူနာရဲ့ငြင်းဆန်ပိုင်ခွင့်ကို လေးစားလိုက်နာရပါမယ်။

- လူနာကိုယ်တိုင်ရဲ့ ကိုယ်ကြိုက်နှစ်သက်ရာဆရာဝန်၊ ဆေးခန်း၊ ဆေးရုံ စတာတွေကို ရွေးချယ်ပိုင် ခွင့် သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲကုသပိုင်ခွင့်ရှိတယ်ဆိုတာကို လေးစားလိုက်နာပေးရပါမယ်။

ဆရာဝန်ဟာ ဆေးကုသနေရင်းကနေ မိမိဘာသာရပ်ဆိုင်ပစ်လိုရပါသလား

- လူနာဆီကရောဂါကူးစက်မှာစိုးရွံ့ပြီး လူနာကိုကုသနေရာကနေ ရပ်ဆိုင်းပစ်လိုမရပါဘူး။ လူနာ ကိုယ်တိုင်က ဆရာဝန် အပေါ်မှာ ယုံကြည်မှုမရှိတော့ပါဘူးလို့ ဖွင့်ဟလာခဲ့ရင်တော့ (လူနာကိုယ်တိုင်က လည်း ကန့်ကွက်မှုမရှိခဲ့ရင်) ဆရာဝန်ဟာ ဒီလူနာကို ဆက်လက်ကုသနေခြင်းကို ရပ်ဆိုင်းပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။ လူနာက ခွင့်ပြုခဲ့ရင် နောက်ဆက်လက်ကုသမယ့်ဆရာဝန်ကို မိမိရရှိပြီးသား သတင်းအချက်အလက်တွေကို လွှဲပြောင်းပေးဖို့တာဝန်ရှိပါတယ်။

လူနာတွေအပေါ်မှာ သုတေသနပြု ကုသခွင့်ရှိပါသလား

- လူနာအား စာပေသင်ကြားရာတွင်အသုံးပြုခြင်း၊ သုတေသနပြုရာတွင် အသုံးပြုခြင်းများအတွက် လူနာကို ကြိုတင်အသိပေးထားရပါမယ်။

ဆေးကုသနေရင်း ရောဂါဆိုးရွားလာခဲ့ရင် ဆရာဝန်မှာအပြစ်ရှိပါသလား

- ကုသမှုရဲ့ဖြစ်စဉ်၊ ပြောင်းလဲလာမှုဖြစ်စဉ်၊ ဆိုးရွားလာနိုင်ဖွယ်ရာဖြစ်စဉ် စတာတွေကို လူနာ နားလည်နိုင်တဲ့ စကားလုံးတွေသုံးပြီး နှစ်သိမ့်ပေးခြင်း၊ မှန်ကန်စွာအသိပေးခြင်းများဖြင့် ရှင်းလင်းပြရန် တာဝန်ရှိပါတယ်။ (ဆရာဝန်က အချိန်ပေးပြီး မဆွေးနွေးနိုင်ရင်တောင်မှ ဆေးဘက်ဝန်ထမ်းတစ်ဦးဦးမှ ကြိုတင်အသိပေး ဆွေးနွေးထားပေးရပါမယ်)။ ပေါ့လျော့မှု (Negligence)ကြောင့်မဟုတ်လျှင် အပြစ်မရှိပါ။

လူနာမသိဘဲ ဆေးမှတ်တမ်းကို ပြင်ဆင်ရေးသွင်းလိုရပါသလား

ဆေးမှတ်တမ်းမှာ ရေးသွင်းသမျှကို လူနာအားအသိပေးသင့်ပါတယ်။ လူနာမသိဘဲ ပြင်ဆင်ရေးသွင်း ခြင်းဟာ ကြီးလေးသောအပြစ်ဒဏ်အဖြစ် သတ်မှတ်ထားလေ့ရှိပါတယ်။ ဆေးမှတ်တမ်းပါ အချက်အလက် များကို လူနာမှလွဲပြီး တခြားမည်သူ့ကိုမျှ အသိပေးအပ်ပါဘူး။

လူနာကို ဓာတ်ပုံရိုက်ယူခွင့်ရှိပါသလား

- လူနာသဘောတူလျှင် ရိုက်ခွင့်ရှိပါတယ်။ ဆေးပညာပြန့်ပွားရေးကိစ္စကလွဲလို့ လူနာရဲ့ဓာတ်ပုံ၊ ကုသမှု ဓာတ်ပုံစတာတွေကို ဖြန့်ချိခြင်း၊ အများမြင်သာအောင်ပြုခြင်းစတာတွေကို လုပ်ဆောင်ခွင့်မရှိပါဘူး။ လူနာက ခွင့်ပြုတဲ့တိုင်အောင် လူနာရဲ့အမည်နာမ၊ မျက်နှာအမှတ်အသားစတာတွေကို ဖော်ပြခြင်း မပြုမိဖို့ စောင့်စည်းရပါမယ်။

ဓာတ်စာဆေးဝါး တိုက်ကျွေးတာတွေ၊ ယတြာချေခိုင်းတာတွေ လုပ်ဆောင်ခွင့်ရှိပါသလား

- မရှိပါဘူး။ မိမိမသိကျွမ်းတဲ့ဆေးဝါး၊ သက်သေအခြေပြုချက် မခိုင်လုံတဲ့ကုသချက်၊ စစ်ဆေးချက်၊ စတာတွေကို လူနာက ခွင့်ပြုချက်ပေးလာတာတောင် လုပ်ဆောင်မပေးရပါဘူး။
- ကုသမှုတစ်ခုဟာ ရောဂါလုံးဝပျောက်ကင်းအောင် ကုသနေတာမဟုတ်ဘဲ သက်သာရာ အကျိုး ရရှိစေဖို့ လုပ်ဆောင်နေတာဖြစ်တဲ့အကြောင်းကို လူနာအားအသိပေးရုံသာမက သဘောတူညီမှုကိုပါ ရယူပြီးမှ လုပ်ဆောင်ခွင့်ရှိပါတယ်။

ဆရာဝန်ချင်း လူနာအကြောင်းကိုတိုင်ပင်ကြခြင်းဖြင့် လျှို့ဝှက်မှုပေါက်ကြားခြင်းကိုဖြစ်စေပါသလား

- ကုသနေသောဆရာဝန်အဖွဲ့ဝင်များက လူနာရဲ့အကြောင်းချင်းရာများကို အချင်းချင်းဆွေးနွေး တိုင်ပင်နှီးနှောနိုင်ပါသော်လည်း ပြင်ပကို မပေါက်ကြားအပ်ပါဘူး။

ကိုယ်အင်္ဂါအစားထိုးခြင်းကို ဆရာဝန်တစ်ဦးတည်းက လုပ်ဆောင်နိုင်ပါသလား

- လူနာရဲ့ကိုယ်အင်္ဂါတစ်ရပ်ရပ်ကို အစားထိုးကုသဖို့လိုအပ်လာခဲ့ရင် ကျွမ်းကျင်သူအဖွဲ့ဖြင့်သာ ဆုံးဖြတ်ပြီး လုပ်ဆောင်ရပါမယ်။

အစာငတ်ခံဆန္ဒပြနေသူကို ဆေးကုသပေးခွင့် ရှိပါသလား

- အစာငတ်ခံဆန္ဒပြနေသူရဲ့ ရည်ရွယ်ချက်ဟာ အသက်အသေခံနေတာမဟုတ်ဘူးဆိုတာကို နားလည်ပေးထားရပါမယ်။ ပြင်ပမှဖိအားပေးကုသစေလိုတဲ့အခါမှာ လူနာရဲ့ငြင်းဆိုပိုင်ခွင့်ကိုလည်း အလေး ထားပေးရပါမယ်။

လူသားကိုယ်ပွားဖန်တီးခွင့်ရှိပါသလား

- လူသားကိုယ်ပွားဖန်တီးမှုကို ကျင့်ဝတ်သိက္ခာအရ ဆောင်ရွက်ခွင့်မရှိပါဘူး။

သားကြောဖြတ်ပေးခွင့် ရှိပါသလား

- လူနာကိုယ်တိုင်ခွင့်မပြုဘဲ သားကြောဖြတ်ခြင်းမျိုးကို မလုပ်ဆောင်ရပါဘူး။

သုက်ပိုးအလျှံအပြား မွေးဖွားလာတဲ့ကလေးကို သုက်ပိုးလျှံပေးလိုက်တဲ့ဖခင်နှင့် တွေ့ဆုံခွင့်ပေးနိုင်ပါသလား

- မျိုးပွားအကူကုသမှုတွေမှာ သုက်ပိုးလျှံပေးလိုက်တဲ့သူရဲ့ အမည်နာမနဲ့ ဘယ်သူဘယ်ဝါဖြစ်တယ် ဆိုတာတွေကို လျှို့ဝှက်ထားပေးရပါမယ်။

သေတော့မှာ သေချာနေတဲ့ လူနာကိုဆေးမကုသတော့ဘဲ ရပ်ဆိုင်းထားသင့်ပါသလား

- သေခါနီးလူနာတွေကိုကုသရာမှာ အသက်ကိုဆွဲဆန့်ထားခြင်း၊ တိုသွားအောင်ပြုလုပ်ခြင်းများ မပြုလုပ်သင့်ဘဲ သက်တောင့်သက်သာဖြစ်စေသည့် ကုသမှုမျိုးကိုသာ ပေးရပါမယ်။

ကုသမှုအောင်မြင်တဲ့အကြောင်းကို ကြော်ငြာလိုရပါသလား

- ဆရာဝန်အမည်ကိုကြော်ငြာခြင်း၊ အောင်မြင်သည့်ကုသမှုများကို ကြော်ငြာခြင်းများ မပြုလုပ်ရပါ။

ဆေးကုသခကိုဘယ်လိုသတ်မှတ်ပြီး တောင်းခံကြပါသလဲ

- တာဝန်ယူကုသရမှုနဲ့ တတ်ကျွမ်းတဲ့ပညာရပ်အပေါ်မူတည်ပြီး အခကြေးငွေတောင်းခံပိုင်ခွင့် ရှိပါတယ်။ ကုသမှုအောင်မြင်လို့ ငွေကြေးတောင်းခံတာမျိုး မဖြစ်စေရပါဘူး။
- လူနာအား လုံးဝနွမ်းပါးသွားစေတဲ့အခကြေးငွေ သတ်မှတ်ခြင်းမျိုးကို မပြုရပါဘူး။ လူနာခေါ်ပေးခြင်း၊ စည်းရုံးပေးခြင်းများအတွက် ကော်မရှင်ပေးခြင်း၊ ယူခြင်းများမပြုရပါဘူး။ တချို့နိုင်ငံတွေမှာ သက်ဆိုင်ရာ ဆေးကောင်စီ၊ ဆရာဝန်အသင်းများက ဆေးကုသရတဲ့အခကြေးကို သတ်မှတ်ပေးထားပြီး ရှိတတ်ကြပါတယ်။

လူနာညွှန်ပို့ခြင်း (Referral)

ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုမှာ ပီစီပီလို့ခေါ်တဲ့ ပဏာမကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးသူ- Primary Care Physician (ဂျီပီ)တွေနဲ့ ဒုတိယဆင့်စောင့်ရှောက်မှု (Secondary Care)ပေးနေသူ စပယ်ရှယ်လစ်တွေအကြား၊ ဘယ်လိုပေါင်းကူး လုပ်ဆောင်နေကြသလဲဆိုတာတွေကို အမေရိကန်မိသားစု ဆရာဝန်များအဖွဲ့ရဲ့ နမူနာကို အခြေခံပြီး ဆွေးနွေးတင်ပြပေးလိုက်ရပါတယ်။

လူနာညွှန်ပို့ခြင်းရဲ့အဓိပ္ပာယ်။

ဆေးကုသမှုဖြစ်စဉ်မှာ ပထမဆင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု(ဂျီပီတွေကုသတာ)နဲ့ မလုံလောက်တဲ့ အခါမျိုးမှာ စပယ်ရှယ်လစ်(အထူးကု)နဲ့ပြသဖို့ လိုအပ်လာတဲ့အခြေအနေမျိုးတွေ ရှိလာတတ်ပါတယ်။ အမေရိကန်မိသားစုဆရာဝန်အဖွဲ့ကြီး(အေအေအက်ဖ်ပီ)က သတ်မှတ်ထားတဲ့ လူနာညွှန်ပို့ခြင်း-ရီဖာရယ် (Referral) ဆိုတဲ့အဓိပ္ပာယ်ကို ဖော်ပြရမယ်ဆိုရင်၊ “မိမိကုသပေးနေတဲ့လူနာမှာ ဖြစ်ပေါ်နေတဲ့၊ ထူးခြားတဲ့ ပြဿနာတစ်ရပ်ရပ်အတွက် သို့မဟုတ် ပြဿနာများစွာအတွက်၊ တာဝန်ယူစီမံကုသပေးနိုင်သည့် အခြား ဆရာဝန်တစ်ဦးအား ရည်ညွှန်းတောင်းဆိုခြင်း” လို့ ဖွင့်ဆိုထားပါတယ်။ ရည်ညွှန်းခံလိုက်ရတဲ့ဆရာဝန် (စပယ်ရှယ်လစ်)ဟာ အချိန်ကာလတစ်ခုအတွင်းမှာဖြစ်စေ၊ ရောဂါဖြစ်စဉ် တစ်လျှောက်လုံးမှာဖြစ်စေ၊ ပြဿနာပြေလည်ပြီးဆုံးသွားသည့်တိုင်အောင် တာဝန်ယူကုသပေးရတာမျိုး ဖြစ်ပါတယ်။ သူကုသနေရင်းက နောက်ထပ်ပြဿနာအသစ်တွေ ထပ်မံပေါ်ပေါက်လာတယ်ဆိုရင် သူကိုယ်တိုင် ဆက်လက်ကုသပေးနိုင်ဖို့၊ ဒါမှမဟုတ် နောက်ထပ်(စပယ်ရှယ်လစ်တစ်ဦးဆီကို ထပ်မံ)ရည်ညွှန်းလွှဲပြောင်းပေးဖို့၊ မူလလွှဲပေးလိုက် တဲ့ (ဂျီပီ) ဆရာဝန်ရဲ့ သဘောတူညီချက်ကိုရယူဖို့ တာဝန်ရှိတယ်လို့လည်း ဖော်ပြထားလိုက်ပါသေးတယ်။

တစ်ခါတလေမှာ ဆရာဝန်တစ်ဦးကနေ နောက်တစ်ဦးကို ရီဖာရယ်လုပ်တာမဟုတ်ဘဲ အကြံဉာဏ် (Advisory opinion)တောင်းခံတာမျိုးတွေလည်း ရှိနိုင်ပါသေးတယ်။ ဒါကို ကွန်ဆာလ်တေးရှင်း (Consultation) လို့ခေါ်ပါတယ်။ အကြံဉာဏ်ပေးလိုက်ရတဲ့(စပယ်ရှယ်လစ်)က ရောဂါအမည်တပ်ပေးတာ၊ ကုသချက်ညွှန်ကြားချက်ပေးတာတွေကို စာနဲ့ရေးသားပြီး အကြံဉာဏ်တောင်းခံလာတဲ့(ဂျီပီ) ဆီကို ပြန်လည် ရေးသားပေးလိုက်ရပါတယ်။ အကြံဉာဏ်ရရှိလိုက်တဲ့(ဂျီပီ)က လူနာရဲ့သဘောတူညီချက် ရရှိမှသာ ပေးလိုက် တဲ့ အကြံအတိုင်းလုပ်ဆောင်ခွင့်ရှိပါတယ်။

ဂျီပီကနေ စပါယ်ရှယ်လစ်ကို ဘယ်လိုလွှဲပြောင်းပေးနေကြပါသလဲ။

ရောဂါဖြစ်စဉ်တစ်ရပ်မှာ (၁) ဘယ်လိုအလံနီလက္ခဏာ- Red Flag Sign တွေရှိလာခဲ့ရင်၊ (၂) စစ်ဆေးချက်တွေမှာ ဘယ်လိုပြောင်းလဲမှုတွေဖြစ်လာခဲ့ရင်၊ (၃) ဂျီပီဆီမှာ ကုသဖို့ ပစ္စည်းပစ္စယ မပြည့်စုံခဲ့ရင်၊ (၄) ပြဿနာတစ်ရပ်ရပ်ကို အထူးပြုကျွမ်းကျင်သူ စပါယ်ရှယ်လစ်နဲ့ စစ်ဆေးကုသဖို့ လိုအပ်တယ်လို့ ဆုံးဖြတ်ခဲ့ရင်၊ (၅) လူနာကိုယ်နှိုက်က စပါယ်ရှယ်လစ်နဲ့ ပြသချင်ပါတယ်လို့ တောင်းဆိုလာခဲ့ရင်၊ ချိန်ခါမီ လူနာ လွှဲပြောင်းပေးနိုင်ဖို့ပဏာမကုသမှုပေးနေတဲ့ (ဂျီပီက)စီစဉ်ရပါပြီ။ ဒီအခါမှာ ဘယ်စပါယ်ရှယ်လစ်ကို ရည်ညွှန်းမလဲဆိုတာကို ဂျီပီဆီမှာ စုဆောင်းထားရှိပြီးသားစာရင်းထဲကနေ ရှာဖွေပြီး လွှဲပို့ပေးတတ်ကြပါတယ်။ တစ်ခါတလေ လူနာတွေနဲ့တိုင်ပင်ရွေးချယ်ပြီးတော့လည်း ဂျီပီတွေက ပို့ပေးလေ့ရှိပါတယ်။ ဂျီပီကိုယ်တိုင် ရည်ညွှန်းစာရေးပြီးသော်လည်းကောင်း၊ လူနာနဲ့ ကိုယ်တိုင်လိုက်ပါသွားပြီးတော့သော်လည်းကောင်း၊ လွှဲပြောင်းပေးတာမျိုးတွေ ရှိပါတယ်။ ရည်ညွှန်းစာမှာ ဘာတွေပါရမလဲဆိုတာကိုတော့ အမေရိကန်မိသားစုဆရာဝန်အဖွဲ့ (အေအေအက်ဖ်ပီ)က လက်ရှိကျင့်သုံးနေတဲ့စံကိုက်နမူနာပုံစံ (Referral Request Form) ဆိုတာရှိပါတယ်။ တချို့ဆေးရုံဆေးခန်းကြီးတွေမှာ ဒီနမူနာကိုစံထားပြီး ကိုယ့်ပုံစံနဲ့ကိုယ်သုံးနေကြတာတွေလဲရှိပါတယ်။

စပါယ်ရှယ်လစ်ကနေ ဂျီပီဆီကို ပြန်လည်လွှဲပြောင်းပေးဖို့ကော လိုအပ်ပါသလား။

လူနာညွှန်းပို့တယ်ဆိုတဲ့အဓိပ္ပာယ်မှာ ကျွမ်းကျင်မှုလိုအပ်တဲ့ ပြဿနာအပိုင်းတစ်ပိုင်းကို စီမံကုသပေးဖို့ တောင်းဆိုထားတာဖြစ်တဲ့အတွက်၊ ပြဿနာဖြေရှင်းပြီးသွားခဲ့ရင် (တစ်နည်းအားဖြင့် မိမိကျွမ်းကျင်မှုအပိုင်းပြီးဆုံးသွားပြီဆိုရင်)၊ စပါယ်ရှယ်လစ်က မူလလွှဲပို့ပေးလိုက်တဲ့(ဂျီပီဆီကို) ကုသချက်၊ ညွှန်ကြားချက်တွေ တစ်ခါတည်းရေးပေးပြီး၊ လုပ်ဆောင်ချက်မှတ်တမ်းမှတ်ရာနဲ့တကွ လူနာကို ပြန်လည်ပို့ပေးရမှာဖြစ်ပါတယ်။ လူနာပြန်လည်ရရှိလာတဲ့အခါမှာ (ဂျီပီက)သူ့တာဝန်ဖြစ်တဲ့ ဆက်လက်ကုသမှု (Continuing Care)ကို ပေးကြရပါတယ်။ ဒါတွေဟာ အမေရိကန်နိုင်ငံမှာ ကျင့်သုံးနေတဲ့စနစ်ကို မြန်မာပရိသတ် နားလည်လွယ်အောင် တင်ပြပေးလိုက်တာဖြစ်ပါတယ်။

အေအေအက်ဖ်ပီသုံး၊ လူနာညွှန်းပို့ တောင်းဆိုစံကိုက်နမူနာပုံစံ (Referral Request Form)။

ပထမဦးဆုံး၊ ညွှန်းပို့မယ့်စပါယ်ရှယ်လစ်ရဲ့ အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်း၊ ဖက်ကစ်နံပါတ်တွေနဲ့၊ ညွှန်းပို့သူ ဂျီပီရဲ့အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်း၊ ဖက်ကစ်စတာတွေကို ဖော်ပြရပါတယ်။

အပိုင်း-၁ မှာ၊ ဘာကိုတောင်းဆိုတာလဲဆိုတာကို ဖော်ပြရပါတယ်။

- ကွန်ဆာလ်တေးရှင်း အကြံဉာဏ်တောင်းခံတာဆိုရင်...

(မိမိကိုယ်တိုင် ဆက်လက်ကြည့်ရှုဖို့နဲ့ ကုသမှုများပြုလုပ်ပေးနိုင်ဖို့ လူနာအားပြန်လည်ပို့ပေးပါရန်)။

- မိမိတပ်ပေးထားတဲ့ရောဂါအမည်ကို အတည်ပြုပေးပါရန်။
- ရောဂါအမည်တပ်ပေးနိုင်ဖို့ အကြံဉာဏ်ပေးပါရန်။
- ကုသချက်ကိုအကြံဉာဏ်ပေးပါရန်... ဆိုတဲ့အချက်တွေ ပါဝင်ပါတယ်။

- ရီဖာရယ် လူနာညွှန်းပို့တာဆိုရင်...

(လူနာညွှန်းပို့ပေးလိုက်သည့်အကြိမ်တိုင်းအတွက် လုပ်ဆောင်ချက်အကျဉ်းချုပ်များ ပြန်လည်ပို့ပေးပါရန်)။

- ဖြေရှင်းကုသပေးရမည့်အပိုင်း ပြီးစီးလျှင် လူနာအား ပြန်လည်ပို့ပေးပါရန်။
- သင်၏ကျွမ်းကျင်မှုနယ်ပယ်အတွင်းမှာ ရှေ့ဆက်ကုသပေးမယ့် အစီအစဉ်များကို ဖော်ပြပေးပါရန်... .. စတာတွေပါဝင်ပါတယ်။

အပိုင်း-၂ မှာ။ လူနာနာမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်း၊ မွေးသက္ကရာဇ်၊ ခန့်မှန်းရောဂါအမည်၊ ရောဂါရာဇဝင်၊ စမ်းသပ်တွေ့ရှိချက်၊ ဓာတ်ခွဲခန်းအဖြေ၊ ငွေရေးကြေးရေးတတ်နိုင်မှုစတာတွေနဲ့၊ တခြားသတင်းအချက်အလက်တွေကို ပူးတွဲဖော်ပြပေးရပါတယ်။

- စပါယ်ရှယ်လစ်မှ လူနာကြည့်ပြီးရင် မိမိအား ဖုန်းဆက်အကြောင်းကြားပေးပါရန်။
- ချိန်ခါအလိုက် လူနာမှတ်တမ်းများ ပြန်လည်ပို့ပေးပါရန်။
- လူနာအားကြည့်ရှုပြီးပါက ပြည့်စုံသောမှတ်တမ်းတစ်ခု ပြန်လည်ပို့ပေးပါရန်... .. စတဲ့ တောင်းဆိုမှုမျိုးကို၊ ရည်ညွှန်းပို့ပေးလိုက်တဲ့(ဂျီပီ) ကိုယ်တိုင် လက်မှတ်ထိုးပြီး ပုံစံမှာ ဖြည့်စွက်ရပါတယ်။

အပိုင်း-၃ မှာ။ ကြည့်ရှုပေးတဲ့ စပါယ်ရှယ်လစ်က သူ့ရဲ့တွေ့ရှိချက်တွေကို ရေးပေးရပါတယ်။

စပါယ်ရှယ်လစ်ကလည်း သူပြန်လည်ပို့ပေးလိုက်တဲ့လူနာရဲ့တိုးတက်မှုဖြစ်စဉ်တွေကို အချိန်အပိုင်းအခြားတစ်ခုသတ်မှတ်ပြီး ဂျီပီဆီကနေပြန်လည်တောင်းခံနိုင်တာကို တွေ့ကြရမှာဖြစ်ပါတယ်။

ဂျီပီနှင့်စပါယ်ရှယ်လစ်အကြား... ရီဖာရယ်၊ ရီဖာရယ်၊ လို့ပြောနေကြတဲ့လူနာညွှန်းပို့မှုများ၊ အသွားအပြန် ပြုမူကြခြင်းအားဖြင့် လူနာများအတွက် ပိုမိုအကျိုးရှိနိုင်ပါကြောင်း ဆွေးနွေးတင်ပြပေးလိုက်ရပါတယ်ခင်ဗျား။

အမေရိကန်မိသားစုဆရာဝန်အသင်းမှ သတ်မှတ်ပေးထားသော လူနာညွှန်းပို့သည့်ပုံစံ။

CONSULTATION/REFERRAL REQUEST FORM

To: Consultant From: Primary physician
 Name: _____ Name: _____
 Address: _____ Address: _____
 Phone/fax: _____ Phone/fax: _____

SECTION 1 – REQUESTED ACTION

<p>Consultation (Please send the patient back for follow-up and treatment.)</p> <p><input type="checkbox"/> Confirm diagnosis. <input type="checkbox"/> Advise as to diagnosis. <input type="checkbox"/> Suggest medication or treatment.</p>	<p>Referral (Please provide primary physician with summaries of subsequent visits.)</p> <p><input type="checkbox"/> Assume management for this particular problem and return patient after conclusion of care. <input type="checkbox"/> Assume future management of patient within your area of expertise.</p>
---	---

SECTION 2 – PATIENT INFORMATION

Name: _____
 Address: _____
 Phone: _____ Date of birth: _____
 Tentative diagnosis: _____
 Pertinent history, physical and laboratory findings, and special financial considerations:

- See additional information attached.
- Please call me when you have seen the patient.
- I would like to receive periodic status reports on this patient.
- Please send a thorough written report when the consultation is complete.

Signature: _____
 PRIMARY PHYSICIAN

SECTION 3 – CONSULTANT'S FINDINGS

- I would like to receive periodic status reports on this patient.

Signature: _____
 CONSULTANT

Primary physician: Complete sections 1 and 2. Send one copy to the consultant and keep one copy in the patient's chart or in a tickler file.
Consultant: Complete section 3. Return one copy to the primary physician after your initial visit with the patient. Keep one copy for your records.



Copyright 2007 © American Academy of Family Physicians. Physicians may photocopy for use in their own practices; all other rights reserved. Eichman M. Optimizing referrals and consults with a standardized process. *Fam Pract Manag.* November-December 2007;18:42. Available at <http://www.aafp.org/fpm/20071100/38ops.html>.

Downloaded from the Family Practice Management Web site at www.aafp.org/fpm. Copyright © 2007 American Academy of Family Physicians. For the private, noncommercial use of the individual user of the Web site. All other rights reserved. Contact copyrights@aafp.org for copyright questions and/or permission requests.

၁၀, ၆၀, ၆၀, ၆၀

ဆေးရုံတွေနဲ့ တချို့သောဆေးခန်းတွေမှာ လူနာသွားပြ လို့ရှိရင် လူနာတွေကို သီးသန့်ရောင်းချပေးတဲ့ စာအုပ်ကလေး တွေ ရှိနေတတ်ပါတယ်။ စာအုပ်နောက်ကျောမှာ “ဤစာအုပ် သည် သင်၏ကျန်းမာရေး ဆေးမှတ်တမ်းဖြစ်သဖြင့် နောက် တစ်ခါ လာပြသည့်အခါတိုင်း ယူဆောင်လာပါရန်” ဆိုပြီး သတိ ပေးထားလေ့ရှိပါတယ်။ ဆေးကုမ္ပဏီတချို့ရဲ့ ကြော်ငြာတွေက လည်း ပါနေတတ်ပါသေးတယ်။ တချို့ကလည်း ဆေးလိပ် မသောက်ဖို့ သတိပေးစာတန်းလေးတွေ ထည့်ပေးထားတတ်ကြ ပါတယ်။ စာအုပ်တချို့ရဲ့ မျက်နှာဖုံးမှာ ဆရာဝန်ရဲ့အမည်နဲ့ ဘွဲ့ထူးအပြင် (တချို့က ဂုဏ်ထူး၊ တချို့ကျပြန်တော့ ဓာတ်ပုံတွေ ကိုပါ) ကြော်ငြာထားသလိုမျိုး ထည့်သွင်းထားတာကိုလည်း တွေ့ရ တတ်ပါတယ်။ ဆေးခန်းကို နောက်တစ်ခါလာရင် ယူဆောင်လာ ခဲ့ပါလို့ဆိုထားပေမယ့် မေ့ကျန်ခဲ့လို့ပဲဖြစ်ဖြစ် ပျောက်ဆုံးသွား ရင်ပဲဖြစ်ဖြစ် လူနာကဘုတ်အုပ်အသစ်ကို ငွေပေးပြီး ထပ်ဝယ် လိုက်ရင် အဆင်ပြေသွားလေ့ရှိပါတယ်။ လူနာများတဲ့ဆေးခန်း တွေမှာ အဲ့ဒီဘုတ်အုပ်ကို စီထပ်ထားကြရပြီး အလှည့်စောင့်ကြရလေ့ရှိပါတယ်။ တစ်နေ့မှာ . . . လူနာတစ် ယောက်ရဲ့အိမ်ကို ဆရာဝန်ပင့်လို့ သွားကြည့်မိတဲ့အခါမှာ . . . ဒီလူနာရဲ့နဘေးမှာ သူ့ရဲ့ဆေးမှတ်တမ်းလို့ ဆိုထားတဲ့ ဘုတ်အုပ်ပေါင်း ၂၀လောက် ရှိနေတာကို တွေ့လိုက်ရပါတယ်။ ဆရာဝန်တစ်ဦးဆိုမှာ တစ်ခါပြရင် ဘုတ်အုပ်ကတစ်မျိုးနဲ့၊ တချို့ဘုတ်အုပ်တွေဆိုရင် ဆေးခန်းတစ်ခုထဲကပဲ ထပ်ခါတလဲလဲဝယ်ထားမိပြီးသား ဖြစ်နေတာကိုလည်း တွေ့ခဲ့ရပါတယ်။ ဘုတ်အုပ်တစ်အုပ်ရဲ့ မျက်နှာဖုံးပေါ်မှာဆိုရင် မင်နီကြီးနဲ့ (Retro Positive) (ဤလူနာတွင် အိပ်ချ်အိုင်ဗီပိုးရှိသည်) ဆိုတဲ့ သတိပေးစာတန်းကို ရေးထားတာတောင် တွေ့လိုက် ရပါသေးတယ်။ ဒါနဲ့ပဲ လူနာမှတ်တမ်းစာအုပ်တွေအကြောင်း ဆွေးနွေးဖို့ဖြစ်ပေါ်လာရပါတော့တယ်။



ဆေးမှတ်တမ်းစာအုပ်ဆိုတာကို ရှင်းပြပေးပါဦး။

အရင်ဆုံး ဆေးမှတ်တမ်းဆိုတာရဲ့သဘာဝကို ရှင်းပြပါမယ်။ လူနာတစ်ယောက်ရဲ့ ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းကို နှစ်မျိုးခွဲခြားလို့ရပါတယ်။ ပထမတစ်မျိုးက (Medical Record) လို့ခေါ်တဲ့ ဆရာဝန်ဆီမှာ (ဆေးကုသရာဌာနမှာ) သိမ်းထားရမယ့် မှတ်တမ်းဖြစ်ပြီး ကျန်တစ်မျိုးက လူနာကို ပေးလိုက်သင့်တဲ့ (Personal Health Record) လို့ဆိုတဲ့ မှတ်တမ်းမျိုးဖြစ်ပါတယ်။



ဆေးမှတ်တမ်းမှာ ဘယ်လိုအချက်အလက်တွေ ပါဝင်နေပါသလဲ။

နိုင်ငံတကာစံနှုန်းအရ Medical Record လို့ဆိုလိုက်ရင် ဒီမှတ်တမ်းကို သိမ်းဆည်းထားရမယ့်သူက လိုက်နာစရာ၊ စောင့်ထိန်းစရာတွေ အများကြီး ပါဝင်ပတ်သက်နေပါတယ်။ ဆေးမှတ်တမ်းဟာ ဥပဒေကြောင်းအရ သက်သေခံမှတ်တမ်း၊ လျှို့ဝှက်စရာ မှတ်တမ်းတွေကို ရေးမှတ်ထားလို့ပဲဖြစ်ပါတယ်။ လူနာနှင့် ဆရာဝန်သာ သိရှိပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။ မယ်ဒီကယ်ရက်ကော့မှာ ပါဝင်တဲ့ အချက်အလက်တွေအားလုံးကို ဆရာဝန်သာမက လူနာကိုယ်တိုင်ကပါ သိထားပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။ လူနာမသိအောင် ရေးလို့မရပါဘူး။ မှားယွင်းတဲ့ အချက်တွေ ပါဝင်နေရင်တောင်မှ လူနာကထောက်ပြပြီး ပြန်လည်ပြင်ဆင်ခိုင်းလို့ ရတတ်ပါတယ်။ မှတ်တမ်းရေးသွင်းတဲ့လူက၊ မရိုးမဖြောင့်တဲ့သဘောနဲ့ ပြန်လည်ပြုပြင်ပြီးရေးသွင်းခဲ့ရင် (လူသတ်မှု၊ မုဒိန်းမှုတွေလိုပဲ) ကြီးလေးတဲ့ ပြစ်မှုကြီးတစ်ရပ်အဖြစ် သတ်မှတ်ထားလေ့ရှိပါတယ်။ ဒီမှတ်တမ်းကို ဆရာဝန်ထံမှာ (ဆေးခန်း၊ ဆေးရုံမှာ) သိမ်းဆည်းထားခဲ့ရပြီး လူနာက လိုအပ်လာတဲ့အခါမှာ (ဆရာဝန်က သတ်မှတ်တောင်းဆိုတဲ့ အကြောင်းတွေကိုပေးသွင်းပြီး) တစ်ခုလုံးကိုဖြစ်စေ၊ တစ်စိတ်တစ်ဒေသကိုဖြစ်စေ လူနာက မိတ္တူတောင်းဆိုပိုင်ခွင့်ရှိပါတယ်။ မယ်ဒီကယ်ရက်ကော့ကို ရေးရတဲ့ရည်ရွယ်ချက်က ဆေးကုသမှုရာဇဝင်ကို ပြုစုထားရှိတာဖြစ်ပြီး ရှေ့ဆက်ကုသမှုတွေမှာ အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ရယ်၊ ဆရာဝန်အချင်းချင်း တိုင်ပင်နှီးနှောရာမှာ အသုံးပြုဖို့ရယ်၊ ဆေးရုံဆေးခန်းနဲ့ ဆရာဝန်တွေကို ပြန်လည်ဆန်းစစ်မှုတွေ လုပ်ဆောင်နိုင်အောင်ရယ်ဆိုပြီး ရည်ရွယ်ပါတယ်။ ဆေးမှတ်တမ်းထားရှိခြင်းအားဖြင့် အရည်အချင်းပြည့်ဝတဲ့ ကုသမှုမျိုးတွေကို ပိုမိုပေးလာစေနိုင်တယ်လို့ ဆိုပါတယ်။ ဆေးမှတ်တမ်းတွေဟာ ဆရာဝန်ငယ်များနဲ့ ဆေးကျောင်းသားများကို စာသင်ရာမှာ အထောက်အကူပြုရုံသာမက၊ ဆေးသုတေသနပြုတဲ့လုပ်ငန်းတွေမှာလည်း အသုံးပြုနိုင်တာကြောင့် စည်းစနစ်ရှိတဲ့ ဆေးရုံတိုင်းဆေးခန်းတိုင်းမှာ ထားရှိကြရတာဖြစ်ပါတယ်။ အမေရိကန်နိုင်ငံမှာ မယ်ဒီကယ်ရက်ကော့ကို လူနာပိုင်ပစ္စည်းအဖြစ် သတ်မှတ်ထားရှိပြီး ယူကေနိုင်ငံမှာတော့ ကျန်းမာရေးဌာနပိုင်

ပစ္စည်းအဖြစ် သတ်မှတ်ပေးထားပါတယ်။ ဘယ်လိုအချိန်မှာ ဖျက်ဆီးပစ်ရမယ်ဆိုတာကိုလည်း ဥပဒေနဲ့ သတ်မှတ်ထားလေ့ရှိကြပါတယ်။ ခေတ်မီတဲ့နိုင်ငံတွေမှာ ဆေးမှတ်တမ်းကို စာအုပ်မှတ်တမ်းနဲ့ မရေးကြတော့ဘဲ ကွန်ပျူတာနဲ့ပြုစုပြီး အီလက်ထရွန်းနစ်ဆေးမှတ်တမ်း(Electronic Health Record: EHR) အဖြစ်နဲ့ သိမ်းဆည်းနေကြပါပြီ။ ဒီဆေးမှတ်တမ်းထဲမှာ ပါဝင်ရမယ့်အချက်အလက်တွေကို S.O.A.P လို့ခေါ်တဲ့ နည်းစနစ်အတိုင်း ရေးသွင်းကြရပါတယ်။ ပထမဦးဆုံး (S = Subjective) ဆိုတာက လူနာကိုယ်တိုင်ပြောပြတဲ့ အမည်၊ ကျား-မ၊ နေရပ်၊ မွေးသက္ကရာဇ်၊ အလုပ်အကိုင်၊ စတာတွေပါဝင်ပြီး၊ လူနာခံစားရသလို ပြောပြတဲ့ ဝေဒနာနဲ့၊ ရောဂါဖြစ်စဉ်ရာဇဝင်ကို မှတ်တမ်းတင်ထားရပါတယ်။ နောက် အို (O = Objective) ဆိုတာက ဆရာဝန်ရဲ့ စမ်းသပ်တွေ့ရှိချက်တွေ၊ ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်မှု၊ ဓာတ်မှန်တွေ့ရှိချက်၊ ဆေးဝါးညွှန်းပေးမှု၊ အထူးကုထံ ညွှန်းပို့မှုစတာတွေအကုန်လုံးကို မှတ်တမ်းတင်ရပါတယ်။ အေ (A = Assessment) ဆိုတာကတော့ ရောဂါ အမည်တပ်မှု၊ ဆင့်ကဲဖြစ်နိုင်တဲ့ရောဂါယူဆချက်၊ ကုသချက်အပြည့်အစုံ စတာတွေကို ရေးမှတ်ရတာဖြစ်ပြီး။ နောက်ဆုံး ပီ. . (P = Plan) ဆိုတာကတော့ ရှေ့ဆက်လုပ်ဆောင်ဖို့ကုသဖို့၊ လိုက်နာဖို့လိုအပ်တဲ့ ပြင်ဆင်မှုအပိုင်း၊ လူနာပညာပေးအစီအစဉ်၊ လူနာဆောင်ရွက်ရန်ရှောင်ရန်၊ နောက်တစ်ခါ ပြန်လည်ပြသရမယ့် ရက်ချိန်း စတာတွေအားလုံး ပါဝင်အောင် စည်းကမ်းတကျရေးမှတ်ထားတဲ့မှတ်တမ်းကို မယ်ဒီကယ်ရက်ကော့လို့ ခေါ်ခြင်းဖြစ်ပါတယ်။ တချို့ဆရာဝန်တွေက (SOAP) နည်းစနစ်နဲ့မဟုတ်ဘဲ (POMR: Problem Oriented Medical Record) ဆိုတဲ့ နည်းစနစ်ကိုလည်း သုံးတတ်ကြပါတယ်။ အဲဒီ (POMR)နည်းကတော့ ရောဂါဖြစ်စဉ်ရဲ့တိုးတက်မှု ဒါမှမဟုတ် ဆုတ်ယုတ်ပြောင်းလဲမှုစတာတွေကို မှတ်တမ်းတင်ခြင်းမျိုး ဖြစ်ပါတယ်။ ဘယ်လိုနည်းနဲ့ပဲ မှတ်တမ်းတင်တင်၊ မယ်ဒီကယ်ရက်ကော့မှာ ပါဝင်တဲ့ အချက်အလက်တွေအားလုံးကို ဆရာဝန်က အသက်ထက်ဆုံး လျှို့ဝှက်စွာ သိမ်းဆည်းပေးထားရမှာဖြစ်ပါတယ်။ ပြင်ပကို ပေါက်ကြားရင် ဆရာဝန်ကို အရေးယူလို့ရပါတယ်။ ဆေးကုသမှုပေးနေတဲ့နေရာဌာန (ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်း၊ သူနာပြုဂေဟာ) တိုင်းမှာ ဥပဒေနဲ့အညီ မှတ်တမ်းတင်ထားရှိရပါတယ်။

လူနာဆီမှာ သိမ်းထားရမယ့် မှတ်တမ်းဆိုတာကို ရှင်းပြပေးပါဦး။

နောက်မှတ်တမ်းတစ်မျိုးကတော့ လူနာကိုပေးလိုက်နိုင်တဲ့ (Personal Health Record: PHR) ဖြစ်ပါတယ်။ လူနာနဲ့ဓာတ်မတည့်တဲ့ဆေးတွေ၊ ဆရာဝန်ညွှန်းလိုက်တဲ့ဆေးတွေရဲ့ သုံးစွဲပုံအညွှန်း၊ ဆေးချိန်၊ ဆောင်ရွက်ရန်ရှောင်ရန်၊ ဖျားနာခဲ့ဖူးတဲ့ရာဇဝင်၊ ဆေးရုံတက်ခဲ့ဖူးတဲ့ရာဇဝင်၊ ခွဲစိတ်ကုသခံခဲ့ဖူးတဲ့ရာဇဝင်၊ စစ်ဆေးစမ်းသပ်မှုခံခဲ့ရတဲ့ဖြစ်စဉ် (အစာအိမ်မှန်ပြောင်းကြည့်ခံခဲ့ရတာတွေ၊ နှလုံးသွေးကြောပုံရိပ်ဖော်ဓာတ်မှန် ရိုက်ခဲ့ရတာမျိုးစတာတွေ)၊ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးခဲ့တဲ့ရာဇဝင်၊ ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်မှုအဖြေ၊ မိသားစုအတွင်း ဖြစ်ခဲ့ဖူးတဲ့ ရောဂါရာဇဝင်၊ စတာတွေကို ရေးမှတ်ထားပေးပြီး ဘယ်ရက်ချိန်းမှာပြန်ပြရမယ်၊ ဘာတွေ လိုက်နာရမယ်စတာတွေကို အသိပေးထားလေ့ရှိပါတယ်။ လူနာကိုအသိပေးတာအပြင် သတိပေးတာမျိုးတွေ

ပါဝင်လေ့ရှိပြီး လူနာကိုယ်တိုင်က လျှို့ဝှက်စေချင်တဲ့အကြောင်းအရာတွေကို ထည့်သွင်းရေးသားလို့မရပါဘူး။ လူနာနားလည်နိုင်မယ့် ဘာသာစကားနဲ့ ရေးပေးကြရပါတယ်။

ဆေးခန်းတော်တော်များများက သူတို့ဆီမှာ မှတ်တမ်းမထားဘဲ လူနာနဲ့ပေးလိုက်ကြတာ ဘာဖြစ်လို့ပါလဲ။

ခုနပြောပြတဲ့ မှတ်တမ်းနှစ်မျိုးစလုံးဟာ နိုင်ငံတကာမှာလိုက်နာနေကြတဲ့ စံညွှန်းတွေကို ကိုးကားပြီး ဆွေးနွေးတင်ပြလိုက်တာဖြစ်ပါတယ်။ မြန်မာနိုင်ငံမှာကျတော့ နိုင်ငံတော်ပိုင်ဆေးရုံကြီးတွေနဲ့ တချို့သော ဆေးခန်းကြီးတွေမှာ နိုင်ငံတကာစံညွှန်းအတိုင်း မှတ်တမ်းနှစ်မျိုးစလုံးထားရှိပြီး လိုက်နာနေကြတာကိုတွေ့မြင်ရ တတ်ပါတယ်။ သို့ပေမယ့် တချို့သော ပုဂ္ဂလိက(ပုလိကလင်းနစ်)ဆေးခန်းကြီးတွေနဲ့ ဆေးခန်းငယ်တချို့မှာ ကျတော့ လူနာနဲ့ပေးလိုက်တဲ့ ဘုတ်အုပ်ကိုပဲ ရေးမှတ်ချင်သလို ရေးမှတ်နေကြတာတွေရှိနေပါတယ်။ (တချို့ သောဆေးခန်းများမှာဆိုရင် မည်သည့်မှတ်တမ်းမျိုးကိုမှ မထားရှိကြတာကိုလည်း တွေ့မြင်နေရပါတယ်)။ လူနာနဲ့ပေးလိုက်တဲ့ ဘုတ်အုပ်ကလေးကိုပဲ ပေးလိုက်တဲ့ဆရာဝန်ရော၊ လက်ခံယူလိုက်တဲ့လူနာကိုယ်တိုင်က ပါ ဆေးမှတ်တမ်းလို့ ယူဆနေကြတာကို တွေ့မြင်နေရပါသေးတယ်။ လျှို့ဝှက်ရမယ့် အချက်အလက်တွေကို တောင် ဘုတ်အုပ်ရဲ့မျက်နှာဖုံးမှာ အများမြင်သာအောင် ရေးပေးလိုက်ကြတာမျိုးတွေ တွေ့မြင်နေရတတ် ပါတယ်။ လူနာဖတ်လို့မရအောင်ရေးတာမျိုးတွေ၊ နောက်ထပ်ဆရာဝန်တစ်ယောက် ဖတ်ကြည့်ရင်လည်း နားမလည်နိုင်အောင် တမင်ရေးပေးတာမျိုးတွေ ရှိနေတတ်ပါတယ်။ နောက်တစ်ချက်က ဆရာဝန်ဆီမှာ မယ်ဒီကယ်ရက်ကော့လို့ခေါ်တဲ့ မှတ်တမ်းသိမ်းထားခဲ့ရင် လူနာအဟောင်းပြန်လာတဲ့အခါမှာ ပြန်လည် ရှာဖွေ နေတာနဲ့ အချိန်ကုန်မှာစိုးလို့ မှတ်တမ်းအတိုကလေးကိုပဲ လူနာနဲ့အလွယ်တကူပေးလိုက်ပြီး သိမ်းခိုင်းထား နေကြဟန်ရှိပါတယ်။ ဒီထက်ဆိုးဝါးတာက လူနာကိုပေးလိုက်တဲ့ဘုတ်အုပ်မှာ ကိုယ်ပိုင်သင်္ကေတတွေ သုံးပြီး မိမိတစ်ဦးတည်းသာ နားလည်နိုင်တဲ့မှတ်တမ်းမျိုးတွေ ရေးသွင်းတာကို မယ်ဒီကယ်ရက်ကော့ဆိုပြီး ယူဆနေ ကြတာ ဖြစ်ပါတယ်။ လက်ရေးလက်သားက ဘယ်ဆရာဝန်အသစ်ကိုထပ်ပြုပြ နားမလည်နိုင်တဲ့လက်ရေးမျိုးကို တမင်ထွင်ရေးထားကြဟန်ရှိနေကြတာဟာ ဆရာဝန်ရဲ့ရိုးသားရမယ့်အပိုင်းကို သံသယဝင်လာစရာ ဖြစ်လာ နိုင်ပါတယ်။ မိမိရဲ့လူနာကိုပေးလိုက်တဲ့ဘုတ်အုပ်တွေဟာ ဘယ်လိုမှတ်တမ်းအမျိုးအစားမှာ ပါဝင်တယ်ဆိုတာ ကို ရေးပေးလိုက်တဲ့သူကိုယ်တိုင်တောင် ဖော်ပြနိုင်စွမ်းမရှိကြတော့ဘူးလို့ ထင်မြင်ယူဆဖွယ်ရာ ဖြစ်လာ တတ်ပါတယ်။ ဒါကြောင့် မယ်ဒီကယ်ရက်ကော့လို့ခေါ်တဲ့ ဆေးမှတ်တမ်းနဲ့ လူနာသိသင့်တဲ့အချက်များကို ရေးမှတ်ထားတဲ့ လူနာမှတ်တမ်းဆိုတာကို ခွဲခြားသိမြင်ပြီး လူနာဆရာဝန်နှစ်ဦးနှစ်ဖက် အကျိုးရှိအောင် မှတ်တမ်းတင်ကြဖို့လိုအပ်ပါကြောင်း ဆွေးနွေးတင်ပြပေးလိုက်ရပါတယ်။

၇။ အကျဉ်းချုပ်

လူနာမှတ်တမ်း၊ ဆေးခွင့်ထောက်ခံစာ၊ ဆေးလက်မှတ်(ပရက်စ်ဆရစ်ရှင်း) စတာတွေကို ဆရာဝန် အများစုက ရေးသားကြတဲ့နေရာမှာ၊ ကြောင်ခြစ်သလို၊ ကြက်ယက်သလို၊ ပဲပင်ပေါက်တွေ တွန့်လိမ်ထွက်နေ သလို တွေ့ရှိနေရတတ်တာကြောင့်၊ ဆရာဝန်လက်ရေးဟာ နာမည်ပျက်စာရင်းမှာ ပါဝင်နေတတ်ပါတယ်။ အမှန်တကယ်ပဲ ဆရာဝန်လက်ရေးဆိုတာ ဆိုးရွားလေ့ရှိပါသလား။ အရည်အချင်းပြည့်ဆေးကုသရေးမှာ လက်ရေးလက်သားရဲ့အခန်းကဏ္ဍက ဘယ်လိုပါဝင်ပတ်သက်နေပါသလဲ။ လက်ကြောင့်(လက်ရေးကြောင့်) သေရတဲ့အဖြစ်မျိုးတွေရှိခဲ့ဖူးပါသလား။ လက်ရေးဖတ်မရလို့ မှားယွင်းကုသမှုပေးခဲ့ရတဲ့အဖြစ်မျိုးတွေကို ဘယ်လို ရှောင်ရှားနိုင်ပါသလဲ။ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုမှာဖြစ်ပျက်ခဲ့တဲ့ အဖြစ်အပျက်တွေကို အခြေခံပြီး ဆွေးနွေးတင်ပြပေးလိုက်ပါတယ်။

ဆရာဝန်လက်ရေး ဘာဖြစ်လို့ ဆိုးရွားနေတတ်ပါသလဲ

ဆရာဝန်အများစုကို ခြုံပြောလို့သာ လက်ရေးလက်သားဆိုးရွားတယ်လို့ ဆိုနေကြတာပါ။ အင်မတန် သေသပ်လှပပြီး ဆွဲဆောင်မှုရှိတဲ့လက်ရေးမျိုး ရေးသားနေကြတဲ့ ဆရာဝန်တွေလည်း အများကြီး ရှိနေတယ် ဆိုတာကို သိထားကြရပါမယ်။ လူနာရာဇဝင်မေး၊ စမ်းသပ်စစ်ဆေး၊ ကုသမှုပေး စတာတွေနဲ့ အလုပ်များနေ တဲ့ကြားထဲက၊ မှတ်တမ်းမှတ်ရာ ရေးချွတ်ရတာမျိုးတွေကို ပြုလုပ်ရတာကြောင့်၊ ဆရာဝန်အများစုဟာ လက်ရေးဆိုးရွားနေကြရပါတယ်လို့ မှတ်ချက်ပေးကြပါတယ်။ (ဆေးကျောင်းသားဘဝတည်းက အကျင့်ပါလာ တာလို့ ဆိုကြသူတွေလည်းရှိပါတယ်)။

တကယ်ရော လက်ရေးဆိုးရွားတာ ဟုတ်ပါရဲ့လား

ဘော်စတွန်မြို့ ကိန်းဘရစ်ချ်တက္ကသိုလ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်တင်ရေးအဖွဲ့ကြီးက ဒေါက်တာဒေါ်လ် နယ်ဘားဝစ် ဆိုသူဦးဆောင်ပြီး အရည်အသွေးမြင့်တင်ရေး သင်တန်းတက်ရောက်နေတဲ့ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း ၂၀၉ ယောက်ကို လျှပ်တစ်ပြက်သုတေသနတစ်ခု ပြုလုပ်ကြည့်လိုက်ပါတယ်။ (သင်တန်း တက်ရောက်နေသူတွေထဲမှာ ဆရာဝန် ၈၂ ယောက်ပါဝင်ပြီး မန်နေဂျာ၊ အုပ်ချုပ်ရေးမှူးနဲ့အမျိုးသား၊ အမျိုးသမီးရုံးဝန်ထမ်းတွေ ပါဝင်နေကြပါတယ်)။ သူတို့အားလုံးကို ဆယ်စက္ကန့်အတွင်း (Quality improve- ment is the best thing since sliced bread) ဆိုတဲ့ စာကြောင်းတစ်ကြောင်းကိုရေးခိုင်းပြီး စမ်းသပ်လိုက်ပါ တယ်။ ၁၅၉ ယောက်က စာကြောင်းကို သတ်မှတ်ချိန်အတွင်း ပြီးဆုံးအောင် မရေးသားနိုင်ခဲ့ကြပါဘူး။ ရေးပြီးသလောက်ကို၊ လက်ရေးရှင်းလင်းစွာ ဖတ်သားရရှိနိုင်မှုအပေါ်မူတည်ပြီး အဆင့်လေးဆင့်သတ်မှတ်

တိုင်းထွာလိုက်ကြပါတယ်။ ဆရာဝန်တွေရဲ့လက်ရေးဟာ (အများထင်နေကြသလိုမဟုတ်ဘဲ) ရှင်းရှင်းလင်းလင်း ဖတ်လို့ရနေတာကြောင့် (အဆင့် စီ နဲ့ ဒီ မှာရှိနေတာကို)တွေ့ရှိခဲ့ရပါတယ်တဲ့။ လက်ရေးအဆိုးဆုံး (အညံ့ဆုံးအဆင့်-အေကို)ရေးသားသူတွေကတော့ အုပ်ချုပ်ရေးမှူးတွေနဲ့ အမျိုးသားရုံးဝန်ထမ်းတွေ ဖြစ်နေကြပါသတဲ့လေ။

လက်ရေးဖတ်မရလို့ ဆေးကုသမှု မှားယွင်းတာမျိုးတွေ ရှိတတ်ပါသလား

အမေရိကန်နိုင်ငံ ဆေးဝါးမှားယွင်းမှုအစီရင်ခံစာအရ၊ ၁၉၉၆ ခုနှစ်ကနေ ၂၀၀၁ ခုနှစ်အတွင်း ဖြစ်ပွားခဲ့တဲ့ ဆေးပေးမှားမှုအားလုံးရဲ့ ၁၅ ရာခိုင်နှုန်းဟာ ဆေးလက်မှတ်-ပရက်စ်ခရစ်ရှင်းမှာ လက်ရေးလက်သား မပီသလို့ဖြစ်ခဲ့ရတယ်လို့ဆိုပါတယ်။ ၁၉၉၃ ခုနှစ်နဲ့ ၁၉၉၈ ခုနှစ်ကြားမှာ ဆေးနံမည်အရေးမှားလို့ လူပေါင်း ၅၂ ယောက် သေဆုံးခဲ့ဖူးပါတယ်။ ၂၀၀၀ ခုနှစ်မှာကျတော့ ဆေးလက်မှတ်ကိုဖတ်မရလို့ ဆေးစပ်သူ-ဖာမေးဆစ်တွေဆီကနေ ဆရာဝန်တွေဆီကို (ပြန်လည်ရှင်းလင်းအတည်ပြုချက်တွေရယူဖို့) တယ်လီဖုန်းအကြိမ်ပေါင်း သန်း ၁၅၀ ကျော် ခေါ်ဆိုခဲ့ရတယ်လို့ဆိုပါတယ်။ ဆေးကုသမှုတွေ နှောင့်နှေးသွားခဲ့ရပြီး၊ လူနာတွေခံစားနေရတဲ့ဝေဒနာတွေဟာ မလိုအပ်ဘဲ နာတာရှည်ခဲ့ကြရပါသတဲ့။ ၁၉၉၉ ခုနှစ်မှာကျတော့ နှလုံးအထူးကုဆရာဝန်တစ်ယောက်က ဆေးလက်မှတ်မှာ (Isordil)လို့ ရေးပေးလိုက်တာ၊ မပီမသဖြစ်သွားပြီး (Plendil)ဆိုတဲ့ဆေးကို မှားပေးမိလိုက်တဲ့အတွက် လူနာဟာ နှစ်ပတ်အတွင်းမှာ သေဆုံးသွားခဲ့ရရှာပါတယ်။ ဆေးလက်မှတ်ရေးပေးလိုက်တဲ့ နှလုံးဆရာဝန်ကို တရားစွဲဆိုမှုတွေ ပြုလုပ်တဲ့အခါမှာ လူနာရှင်ကို ဒေါ်လာနှစ်သိန်းနှစ်သောင်းငါးထောင် လျော်ပေးလိုက်ရတဲ့ဖြစ်ရပ်မျိုး ရှိခဲ့ဖူးပါတယ်တဲ့။ ၂၀၀၆ ခုနှစ် ဇူလိုင်လမှာ ထုတ်ပြန်ခဲ့တဲ့ အမျိုးသားဆေးသိပ္ပံအဖွဲ့ကြီး (National Academies of Science's Institute of Medicine: IOM)ရဲ့ အစီရင်ခံစာအရ ဆရာဝန်တွေရဲ့ နမော်နမဲ့လက်ရေးတွေကြောင့် နှစ်စဉ် လူနာပေါင်း ၇၀၀၀ ကျော် သေဆုံးနေကြရပြီး၊ ၁.၅ သန်းကျော် ဝေဒနာတွေ ခံစားကုန်ကြရတယ်လို့ဆိုပါတယ်။ တစ်နိုင်ငံလုံးမှာရှိနေတဲ့ ငါးသိန်းငါးသောင်းကျော်သော ဆရာဝန်တွေဆီက ရေးပေးနေတဲ့ ပရက်စ်ခရစ်ရှင်း ဆေးလက်မှတ်ပေါင်းက တစ်နှစ်ကို ၃.၂ ဘီလီယံကျော် ရှိနေပါတယ်လေ။

ဘယ်လိုအရေးအသားမျိုးမှာ မှားတတ်လေ့ရှိပါသလဲ

အက္ခရာအရေးအသားမှာထက် ကိန်းဂဏန်းကိုရေးရာမှာ ပိုမိုမှားယွင်းတတ်ကြတယ်လို့ဆိုပါတယ်။ (ဥပမာ။ ၅ ဂရမ်လို့ရေးရာမှာ၊ ၅.၀ ဂရမ်လို့ရေးလိုက်ရင်၊ ၅၀ ဂရမ်နဲ့ မှားယွင်းသွားနိုင်တယ်လို့ ဆိုလိုတာပါ)။ အိုင်နဲ့တီ အက္ခရာတွေရေးရာမှာတော့ စာလုံးပေါင်းရေးပြီးမှ အပေါ်မှာ လိုက်အစက်ချ (သေးသေးတင်)တာတို့၊ အဖြတ်ဖြတ် (နောက်ပစ်ထည့်)တာတို့ကို နောက်မှလိုက်လုပ်လေ့ရှိတဲ့အတွက် နေရာလွဲမှား

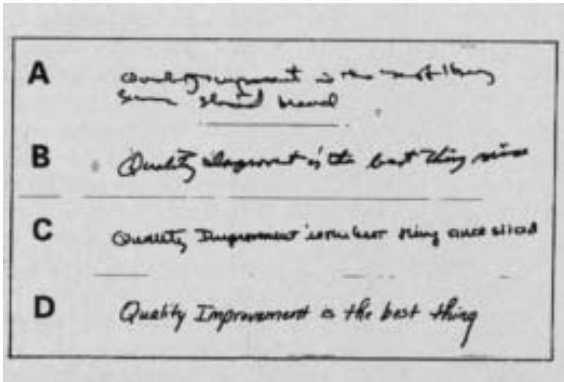
သွားနိုင်ပြီး အဓိပ္ပာယ်လွှဲမှားသွားနိုင်ပါတယ်။ ဆေးဝါးတွေရဲ့ မှန်ကန်တဲ့စာလုံးပေါင်းကို ဆရာဝန်တွေ ကိုယ်တိုင်မသိရှိတာဟာလည်း၊ မှားယွင်းရေးသားမှုကို ပိုမိုဖြစ်စေတယ်လို့ဆိုကြပါတယ်။

အရေးအသားမမှားရအောင် ဘာတွေလိုက်နာဖို့လိုပါသလဲ

ကိုယ်ရေးပြီးတဲ့ဆေးစာ သို့မဟုတ် ဆေးမှတ်တမ်းကို လူနာကိုအရင်ဖတ်ခိုင်းကြည့်ပြီးမှ၊ ကိုယ်ကိုယ် တိုင် မှားယွင်းမှုကို ပြန်လည်သုံးသပ်ရှာဖွေနိုင်ပါတယ်။ ဆီဒါဆိုင်ဗီ(Cedar-Sinai Medical Center) ဆေးကုဌာနက ဝန်ထမ်းဆရာဝန်တွေကို သုံးနှာရီလက်ရေးလက်သား (Penmanship) သင်တန်းပေးတာတွေ ပြုလုပ်နေပါပြီ။ အိုင်တီနည်းပညာကို အသုံးပြုပြီး အီလက်ထရွန်းနစ်ဆေးမှတ်တမ်းစနစ် (Electronic Health Record) နဲ့ အီး-ပရက်စ်ခရစ်ရှင်းတွေ ပြောင်းသုံးပြီး လက်ရေးလက်သားမှားယွင်းမှုကို ကာကွယ်လာကြတာ တွေလည်း ရှိပါတယ်။ နိုင်ငံလုံးကျွတ်လူနာဘေးကင်းရေး နေရှင်နယ်အီးပရက်စ်ခရစ်ဘင်း ဆေးလက်မှတ် လှုပ်ရှားမှုကြီး (National e-Prescribing Patient Safety Initiative:NEPSI) နက်ပ်စီကို ဆရာဝန်တွေ အတွက် အခမဲ့ပြုလုပ်ပေးနေပါပြီ။ ဆေးရုံဆေးခန်းတွေမှာ စက္ကူနဲ့ရေးမှတ်နေတာတွေအစား၊ ကွန်ပျူတာ စနစ်နဲ့ ပြောင်းလဲလာနေကြပါပြီ။

မြန်မာနိုင်ငံမှာကော ဆရာဝန်တွေရဲ့ လက်ရေးလက်သားတွေကို ပြုပြင်ဖို့ လိုအပ်နေပါ သလား. . . ။

အဆင့်-ဒီဂရီသော ဆရာဝန်များရဲ့ လက်ရေးလက်သား (အဆင့်-အေမှာ မန်နေဂျာများ၏ လက်ရေး ဖြစ်ပါသည်)

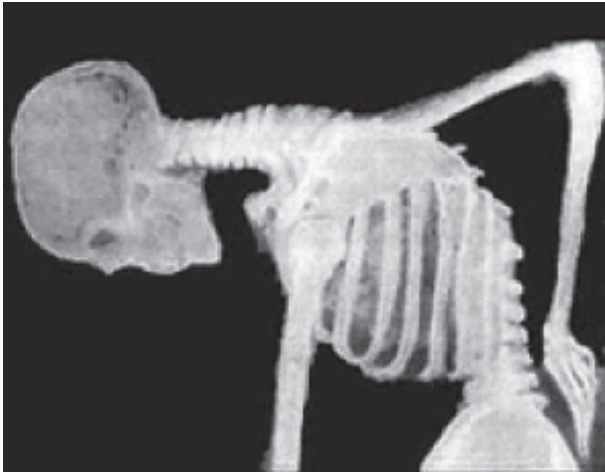


နက်ပ်စီ စနစ်ဖြင့် ဆေးလက်မှတ်ရေးပေးနေပုံ



Ormacaomi Enwvll&ng (Iatrogenesis)

မမှားသောရှေ့နေ မသေသော ဆေး
သမားရယ်လို့ ဆိုရိုးစကား ရှိခဲ့ပါတယ်။ ဘယ်
ဆေးဆရာမှ မသေသူ မရှိခဲ့ပါဘူး။ သမားတော်
ဆေးဆရာ မှန်ကန်ခဲ့ပါလျှင်လည်း လူနာများရဲ့
အနာရောဂါမှန်သမျှကို ပျောက်ကင်းအောင်
ကုသပေးကြလိမ့်မယ်ဆိုတာ ယုံမှားစရာ မရှိ
သင့်ပါ။ ပေါ့စေလိုသူကို ကြောင်အရုပ် ထိုး
ပေးပြီး ဆေးအတွက်လေးအောင် ပြုလုပ်ခဲ့ကြ
တဲ့ ခေတ်လည်း မဟုတ်တော့ပါ။ နည်းပညာ



အသစ်တွေ ဆေးဝါးအသစ် ပေါ်ထွန်းမှုတွေ တစ်ချိန်ထိုး တိုးတက်လာနေတဲ့ကာလကြီးမှာ လူနာတွေအတွက်
ခေတ်မီကုထုံး နည်းလမ်းအသစ်အဆန်းတွေနဲ့ ခေတ်မီအထူးကု ဆေးရုံတွေနဲ့ ကုသပေးနေတဲ့ကာလလည်း
ဖြစ်ပါတယ်။ ဆေးလောကကြီး တိုးတက်လာနေသလောက် ဆေးလောကမှ “အမှား” များစွာကြောင့် လူနာ
များစွာ သေဆုံးနေကြရဆဲဖြစ်တယ်ဆိုတာကိုလည်း ဝမ်းနည်းဖွယ်ရာ တွေ့ရှိနေရပါတယ်။ လူနာတွေဟာ
ဒီလိုအမှားတွေကြောင့် အနာရောဂါအသစ်တွေ ခံစားနေကြရဆဲလည်း ဖြစ်ပါတယ်။

ဆေးလောကမှ အမှားတွေကို ဘယ်သူတွေက လုပ်ဆောင်နေကြပါသလဲ

ဆေးကုသသူကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာရတဲ့အနာရောဂါအသစ်ကို (Iatrogenic Illness)လို့ ဆေးလောက
သားတွေက အမည်ပေးထားကြပါတယ်။ ဂရိဘာသာစကားက ဆင်းသက်လာတာဖြစ်ပြီး သမားမှ ယူဆောင်
လာခြင်းလို့ အဓိပ္ပာယ်ရပါတယ်။ သမားလို့ဆိုရာမှာ ဆေးကုသစောင့်ရှောက်သူအားလုံးကို ရည်ညွှန်းပါတယ်။
ဂျီပီဆရာဝန်၊ အထူးကုဆရာဝန်၊ သွားဆရာဝန်၊ သူနာပြု၊ တိုင်းရင်းဆေးဆရာ၊ ဆေးဝါးရောင်းချသူ၊ ပယောဂ
ဆရာ အကုန်ပါဝင်ပါတယ်။ ဆေးဝါးအကြောင်းညွှန်းပြီး ဆောင်းပါးရေးသား စာအုပ်ထုတ်ဝေသူများတောင်

ပါဝင်ပတ်သက်နေတတ်ပါတယ်။ ကုသမှုတစ်ခု (ဆေးကုနည်းတစ်ခု)ကြောင့် ကောင်းကျိုးအပြင် ဆိုးကျိုး အသစ်တစ်ခုခု ရရှိသွားစေခြင်းကို ဆိုလိုပါတယ်။ အများစုက ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်း၊ သူနာပြုဂေဟာ၊ ဆေးရောင်းချ တဲ့ နေရာစတာတွေရဲ့ နည်းစနစ်ညံ့ဖျင်းမှုတွေကြောင့် ဖြစ်လေ့ရှိပါတယ်တဲ့။ ကုသမှုပေးသူ (နည်းလမ်း ပေးသူ)ရဲ့ မလျော်မကန်ပြုလုပ်မှု (Malpractice) ကြောင့်လည်း ဖြစ်နိုင်ချေရှိပါတယ်။

ဘယ်အတိုင်းအတာအထိ အမှားအယွင်းတွေ လုပ်ဆောင်နေကြပါသလဲ

အမေရိကန်နိုင်ငံမှာ ၂၀၀၂ ခုနှစ်စစ်တမ်းအရ လူနာ ၉၈၀၀၀ ဟာ ဆေးကုသမှု မှားယွင်းလို့ နှစ်စဉ် သေဆုံးနေကြရတယ်လို့ ဆိုပါတယ်။ (ယာဉ်တိုက်မှုကြောင့် ၄၃၀၀၀ သေဆုံးခဲ့ပြီး၊ နို့ကင်ဆာက ၄၂၀၀၀၊ အော့ဒ်စ်ရောဂါကြောင့် ၁၆၀၀၀ သေဆုံးခဲ့ပါတယ်)။ ကုသမှုအမှားကြောင့် သေဆုံးရခြင်းဟာ နံပါတ် ၈နေရာကို ချိတ်ထားပါတယ်။ အမေရိကန်ပြည်သူ ငါးယောက်မှာတစ်ယောက်က သူတို့ဘဝ တစ်သက်တာ တစ်ချိန်ချိန်မှာ ဆေးကုသမှုအမှားနဲ့ ကြုံခဲ့ကြရတယ်လို့ဆိုပါတယ်။ လူဦးရေနဲ့ချိန်ကြည့်ရင် ၂၂. ၈ သန်း သောလူထုဟာ သူတို့မိသားစုဝင် တစ်ယောက်ယောက်က ဆေးရုံသို့မဟုတ် ဆေးခန်း တစ်ခုခုမှာ ဆေးမှားကုသတာမျိုးကို ခံကြရတယ်လို့ ပြဆိုနေတာဖြစ်ပါတယ်။

ဘာကြောင့် မှားယွင်းကုသမှုတွေ ဖြစ်ကြရတာလဲ

အရည်အချင်း ညံ့ဖျင်းတဲ့ကုသမှုပေးနေသူတွေ၊ နည်းလမ်းအသစ်အဆန်းကို ကျွမ်းကျင်စွာ အသုံး မချနိုင်သေးတဲ့သူတွေ၊ အသက်အရွယ်အလွန်အမင်းရင့်ရော်ပြီး တုန်တုန်ချည့်ချည့်နဲ့ ကုသပေးနေတဲ့သူတွေ၊ အသက်ငယ်လွန်းပြီး ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းအားနည်းတဲ့ ဆေးကုသသူတွေ၊ အလျင်စလို(အရေးပေါ်)ကုသလိုက်ရတာ တွေ၊ ရှုပ်ထွေးပေလီတဲ့ ကုသမှုကိုကိုင်တွယ်နေရသူတွေ၊ စီမံခန့်ခွဲမှု ညံ့ဖျင်းတဲ့သူတွေကြောင့် ဆေးကုသမှု အမှားတွေ ပိုမိုဖြစ်လာနိုင်တယ်လို့ ဆိုပါတယ်။

ဆေးကုသမှု မှားယွင်းတဲ့နမူနာများ

- (၁) ရောဂါအမည်တပ်မှားယွင်းခြင်း။ ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်တဲ့အဖြေမှားယွင်းတာမျိုး၊ ဓာတ်ခွဲအဖြေဖတ်တာ မှားယွင်းတာမျိုးကြောင့် ဆေးကုသမှု မှားယွင်းသွားနိုင်ပါတယ်။ ဥပမာ အဆုတ်တီဘီကို အဆုတ်ကင်ဆာလို့အမည်တပ်ပြီး ဓာတ်ရောင်ခြည်ပေး ကုသတာမျိုးဖြစ်ပါတယ်။
- (၂) ပစ္စည်းပျက်စီးချို့ယွင်းခြင်း။ ဒရစ်သွင်းတဲ့ပိုက်မှာ အထိန်းခလုတ်ပျက်နေပြီး ဆေးသွင်းနှုန်းမြန်သွားတာမျိုး၊ နှလုံးခုန်စက်မှာ ဘက်ထရီအားမရှိတာ။ အောက်စီဂျင်ပိုက် လေစိမ့်နေတာ။
- (၃) ဆေးမှားပေးခြင်း။ ဆရာဝန်လက်ရေးဖတ်မရလို့ ကိုယ်ထင်တဲ့ဆေးကို ပေးလိုက်မိတာမျိုး၊ အကြောဆေးနဲ့ အသားဆေးကို မှားထိုးမိတာမျိုး။
- (၄) ဆေးနှစ်မျိုးသုံးမျိုးတွဲပေးတဲ့အခါ ဓာတ်ပြုပြီးမလိုလားတဲ့အာနိသင်တွေ ဖြစ်ပေါ်လာတာမျိုး။
- (၅) ခွဲစိတ်ပြီး အနာပိုးဝင်လို့ ရင်းတာမျိုး။ ဆေးရုံပိုးဝင်တာမျိုး(Nocosomial Infection)။ ဆရာဝန်က လူနာကို ငုံ့ကြည့်ရင်း သူ့လည်စည်းတန်းလန်းကတစ်ဆင့် လူနာတစ်ယောက်ပြီးတစ်ယောက် ရောဂါပိုး ကူးသွားတာမျိုး။ ဆေးထိုးအပ်၊ လက်အိတ်၊ ကိရိယာတန်ဆာပလာတွေကို မသန့်စင်ဘဲ သုံးစွဲတာမျိုး။ ကူးစက်လူနာတွေကို တစ်ခုတင်တည်း၊ တစ်ခန်းတည်း ပေါင်းစုထားတာမျိုး။
- (၇) သွေးမှားသွင်းတာမျိုး။
- (၈) ဓာတ်ရောင်ခြည်ပေးကုသလို့ ဆံပင်ကျွတ်ကုန်တာမျိုး။ သွေးအားနည်းရောဂါရရှိလာတာမျိုး။
- (၉) ဆေးယဉ်တဲ့ ဘက်တီးယားတွေ ဖန်တီးမိတာမျိုး။
- (၁၀) ဘယ်၊ ညာ ဘက်မှားပြီးခွဲစိတ်တာ၊ သွားမှားပြီးနှုတ်တာ။
- (၁၁) လူနာကို သုတေသနပြု စမ်းသပ်ကုသပေးနေတာမျိုး။
- (၁၂) နားအောက်ဂလင်း (Parotid)ကို ခွဲရင်းက မျက်နှာအာရုံကြောပါသွားလို့ ပါးစပ်ရွဲ့သွားရတာမျိုး။
- (၁၃) မေ့ဆေးပေးရင်း သတိမေ့လွန်သွားတာ။ ဆေးဓာတ်မတည့်တာ။
- (၁၄) ဆရာဝန်မှာ ခြေတုန်လက်တုန်၊ မျက်စိမဲ့ရောဂါရှိနေလို့ ခွဲစိတ်တာ၊ မှန်ပြောင်းကြည့်တာတွေမှာ မှားယွင်း ထိခိုက်မှုရသွားနိုင်ပါတယ်။ ဒါ့အပြင် ခွဲစိတ်ရင်း ဓား၊ ကပ်ကျေး၊ ဝှမ်းစ၊ ပတ်တီးလိပ် စတာတွေ မေ့လျော့ပြီး ကိုယ်ခန္ဓာထဲမှာကျန်ရစ်ခဲ့လို့ နောက်တစ်ကြိမ်ပြန်လည် ခွဲထုတ်ယူရတာမျိုးလည်း ပါဝင်ပါတယ်။

သမားခေါ်ဆောင်လာတဲ့ ရောဂါမရအောင် ဘယ်လိုကာကွယ်မလဲ

- (၁) ကုသမှုကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်တဲ့ ကောင်းကျိုးဆိုးကျိုးတွေကို လူနာနားလည်အောင် ရှင်းလင်းပြပြီး လူနာရွေးချယ်တဲ့သဘောတူညီမှု (Informed Consent)နဲ့ ဆေးကုသမှုမျိုးပေးခြင်းဖြင့် ကာကွယ်နိုင်ပါတယ်။
- (၂) အရည်အချင်းတူ (ဆရာဝန်) တစ်ယောက်နဲ့ ထပ်မံတိုင်ပင်ပြီး(ကုသမှုခံယူခြင်းဖြင့်) ကာကွယ်နိုင်ပါတယ်။
- (၃) အရည်အသွေးထိန်းကွပ်မူစနစ်မျိုး ထားရှိခြင်းဖြင့်လည်း ကာကွယ်နိုင်ပါတယ်။
- (၄) ဆေးကုသမှုစံနှုန်း သတ်မှတ်ထားရှိခြင်းဖြင့်လည်း ကာကွယ်နိုင်ပါတယ်။



အချမ်းသာမှု



အာရကေ ဆိုတာက ပွဲစားလောကရဲ့စကားဖြစ်ပါတယ်။ ပစ္စည်းတစ်ခုခုရောင်းချတဲ့အခါမှာ အရောင်းအဝယ်ဖြစ်အောင် အကျိုးဆောင်(ဘေးတီး)ပေးခဲ့ကြရတဲ့ (ပွဲစား)တွေကို ပေးလိုက်ရတဲ့ ပွဲစားကို အာရကေလို့ ခေါ်ဆိုနေကြတာဖြစ်ပါတယ်။ ကိုယ်ဖြစ်စေချင်တာတစ်ခုခုကို ပြီးမြောက်စေဖို့အတွက် တာဝန်ယူ ပြုလုပ်ပေးရတဲ့သူတစ်ဦးဦး ဒါမှမဟုတ် အဖွဲ့အစည်းကို သာမန်ဝန်ဆောင်ခအပြင် တရားမဝင် လက်သိပ်ထိုး ပေးရတဲ့ အပိုဆောင်းငွေကိုလည်း အာရကေလို့ ခေါ်ဆိုကြပါသေးတယ်။ အာရကေပေးတာ ယူတာတွေဟာ နေရာဌာနအသီးသီးမှာ ရောက်ရှိလာနေပြီဖြစ်တဲ့အတွက် ဆေးလောကမှာလည်း ပွဲစားခဆန်ဆန် ကော်မရှင်ခ ဆန်ဆန် အာရကေပေးတာယူတာတွေ ရှိနေပြီဖြစ်ပါတယ်။

ဆေးလောကထဲက အာရကေပြဿနာအချို့ကို ဆက်လက်ဆွေးနွေး တင်ဆက်ပေးလိုက်ရပါတယ် ခင်ဗျား။

ဆေးလောကရဲ့ အာရကေဆိုတာ ဘာတွေကိုခေါ်တာပါလဲ။

ပွဲစားစကားနဲ့ပြောလိုက်လို့သာ အာရကေလို့ခေါ်ဆိုလိုက်ရတာဖြစ်ပါတယ်။

- (၁) ဆရာဝန်တစ်ဦးက နောက်တစ်ဦးကို လူနာညွှန်းပို့ပေးတဲ့အခါမှာ၊
- (၂) ပုဂ္ဂလိကဆေးကုဌာနအချင်းချင်း လူနာလွှဲပြောင်းပေးတဲ့အခါမှာ၊
- (၃) ဆရာဝန်နဲ့ ဓာတ်ခွဲခန်းတွေ ဆက်ဆံကြတဲ့အခါမှာနဲ့၊
- (၄) ဆေးကုမ္ပဏီ၊ ဆေးဝါးပစ္စည်းကုမ္ပဏီတွေနဲ့ဆရာဝန်တွေဆက်ဆံကြတဲ့အခါမှာ . . .

- အာရကေပေးတာယူတာတွေ ဖြစ်ပေါ်လာလေ့ရှိပါတယ်။ မိမိကုသနေတဲ့လူနာကို တခြားဆေးကု ဌာနတစ်ခုခုဆီကိုလွှဲပြောင်းပေးပြီး၊ စမ်းသပ်စစ်ဆေးကုသပေးစေတဲ့အခါမျိုးတွေမှာ၊ လူနာလက်ခံရရှိလိုက်တဲ့

ဌာနက မူလပို့လွှတ်လိုက်တဲ့ ဆရာဝန်ဆီကို ကျေးဇူးတင် မက်လုံးတစ်ရပ်အနေနဲ့ ချီးမြှင့်တဲ့ငွေကို အာရကေ လို့ ခေါ်ဆိုလို့ရနိုင်ပါတယ်။ တစ်နည်းအားဖြင့် ပြန်လည်ပေးလိုက်ရတဲ့ ကော်မရှင်ခငွေဖြစ်တာမို့ ကစ်ဘက် (Kickback money)လို့ ခေါ်ဆိုကြပါတယ်။ ပွဲစားလောကမှာ သုံးစွဲနေတဲ့ အာရကေနဲ့ အလားသဏ္ဍာန် ဆင်တူပါတယ်။

တကယ်တော့ ဆေးကုသရေးဟာသမားကျင့်ဝတ်နဲ့ ထိန်းချုပ်ထားတာဖြစ်တဲ့အတွက် ပွဲစားဆန် ဆန် ကုန်သည်ဆန်ဆန် ပွဲစားခပေးတာ၊ လက်ခံတာ၊ ကစ်ဘက်ငွေကြေး-ကော်မရှင်ခပေးတာ၊ ကော်မရှင်ခ တောင်းတာ၊ လက်ခံရယူတာတွေကို ပြုလုပ်လို့မရပါဘူး။ ဒါပေမယ့်လို့ Referral Fees ဆိုပြီး နာမည်လှလှ လေး သုံးစွဲပြီး ကစ်ဘက်-အာရကေတွေကို ပေးနေကြယူနေကြတာဖြစ်ပါတယ်။ Refer ပြုလုပ်နိုင်တဲ့ ဆရာဝန် ကိုသာ Referral Fees ကို ပေးလေ့ရှိပါတယ်။ သူနာပြုတွေက ညွှန်းပို့ပေးရင် Referral Fees ပေးတာကို မတွေ့ရပါဘူး။

ကစ်ဘက်ငွေကြေးကို ဘယ်လိုပေးကြယူကြလေ့ ရှိပါသလဲ

လူနာပေးချေရတဲ့ အခကြေးငွေထဲက ငွေတချို့ကို လူနာလက်ခံရယူလိုက်တဲ့ဌာနက သီးသန့်နှုတ် ဖယ်ထားပြီး မူလညွှန်းပို့ပေးလိုက်တဲ့ဆရာဝန်ဆီကို ပြန်လည်ချီးမြှင့်ပေးအပ်တာ ဖြစ်ပါတယ်။ ရည်ရွယ် ချက်ကတော့ နောက်ထပ်လူနာတွေ ထပ်မံပို့လွှတ်အောင် မြှူဆွယ်တာပဲဖြစ်ပါတယ်။ ကစ်ဘက် - အာရ ကေ ငွေကြေးဟာ ဆေးကုသခံယူရာနေရာအဆင့်ဆင့်မှာ ဝန်ဆောင်စရိတ်အဖြစ် ပေးချေချေရတာဖြစ်တဲ့ အတွက် (Fees Splitting or Cut Practices)လို့လည်း ခေါ်ဆိုကြပါတယ်။ သာမန်အားဖြင့် လူနာပို့ လွှတ်ပေးလိုက်တဲ့ ဆရာဝန်တွေဘက်က စည်းကမ်းသတ်မှတ်ပြီး အာရကေတောင်းခံတာမျိုးတွေ ပြုလုပ်လေ့ မရှိပါဘူး။ လူနာလက်ခံရယူလိုက်တဲ့ဘက်ကသာလျှင် ကစ်ဘက်ငွေကြေးတွေကို အခြားပုဂ္ဂလိကဆေးကုဌာန တွေနဲ့ အပြိုင်အဆိုင် လိုက်လံပေးနေကြတာဖြစ်ပါတယ်။ ပို့လွှတ်လိုက်တဲ့ မူလဆရာဝန်က လက်မခံဘဲ ငြင်းပယ်လိုက်ပြန်ရင်လည်း ဒီငွေတွေဟာ နဂိုကတည်းကိတမ္မ လူနာမသိအောင် နှုတ်ဖယ်ယူထားတာဖြစ်မို့လို့ လူနာဆီကို ပြန်လည်ရောက်ရှိသွားမှာ မဟုတ်ပါဘူး။ လူနာကိုယ်တိုင်ကလည်း အမှန်တကယ် ကုန်ကျငွေ ထင်မှတ်ပြီး ပေးချေခဲ့ရတာဖြစ်တာကြောင့် ပြန်လည်တောင်းခံလို့လည်း မရရှိနိုင်ပါဘူး။ ကစ်ဘက်-အာရ ကေ ရရှိနိုင်မှန်းသိလာတဲ့ တချို့သောဆရာဝန်တွေဟာ ကစ်ဘက်ကိုမျှော်ကိုးပြီး၊ လူနာညွှန်းပို့တာတွေနဲ့ ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်ခိုင်းတာတွေကို မလိုအပ်ဘဲ ပြုလုပ်လာကြတာမျိုးတွေရှိလာနိုင်သလို၊ ထပ်တလဲလဲ ပြန် လည် စမ်းသပ်ခိုင်းတာမျိုးတွေလည်း ရှိလာရပါတော့တယ်။

ဆေးကုမ္ပဏီတွေရဲ့ အရောင်းမြှင့်တင်ရေးကိုယ်စားလှယ်တွေဟာ ဆေးရုံဆေးခန်းအသီးသီးကို ရောက် ရှိလာပြီး ဆေးနမူနာအနည်းငယ်ပေးလို့ သူတို့ကုမ္ပဏီထုတ် ဆေးဝါးတွေကို သုံးစွဲပေးဖို့ ဆရာဝန်တွေကို စည်းရုံးကြလေ့ရှိပါတယ်။ ဆေးဝါးတွေများများသုံးစွဲလာရအောင် အာရကေလက်ဆောင်ကလေးတွေကို

မက်လုံးအနေနဲ့ ပေးသွားတတ်ကြပါတယ်။ ဆေးများများ ဖြုန်းပေးနေတဲ့ဆရာဝန်တွေကို သီးသန့်ရွေးချယ်ပြီး အာရကေငွေကြေး(အက်ဖ်အီးစီ)တွေကို လစဉ်ချီးမြှင့်လာကြပါတော့တယ်။ နောက်ထပ်မက်လုံးတွေဖြစ်တဲ့ နိုင်ငံခြားဆေးပညာညီလာခံတွေကို တက်ရောက်နိုင်ဖို့ လေယာဉ်စရိတ်ကျခံပေးတာ၊ ဟိုတယ်စရိတ် ထောက်ပံ့ပေးတာတွေအပြင် ညီလာခံမှတ်ပုံတင်ကြေး ငွေသွင်းပေးတာမျိုးတွေ ပြုလုပ်ပေးလာကြပါတယ်။ (ဆရာဝန်နဲ့ လက်ဆောင်အကြောင်းကိုတော့ သီးသန့်ဆွေးနွေးပေးပါဦးမယ်)။

ကစ်ဘက်ငွေကြေးနမူနာတွေကို ဖော်ပြပေးပါဦး

လူနာကို ဆီး၊ ဝမ်း၊ သွေး၊ သလိပ်၊ ဓာတ်မှန်၊ အာလ်ထရာဆောင်း၊ အီးစီဂျီ၊ စိတ်စကင်၊ စတဲ့ ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်မှု တစ်ခုခုပြုလုပ်ခိုင်းရင် ကစ်ဘက်-အာရကေငွေကြေးတွေ ရရှိလာနိုင်ပါတယ်။ ပို့လွှတ်ပေးလိုက်တဲ့ဆရာဝန်က တောင်းခံသည်ဖြစ်စေ မတောင်းခံသည်ဖြစ်စေ၊ လူနာရည်ညွှန်းစာမှာ ရေးထည့်ပေးလိုက်တဲ့ ဆေးခန်းလိပ်စာအတိုင်း မူလပို့လွှတ်ပေးလိုက်တဲ့ဆရာဝန်ဆီကို ဓာတ်ခွဲဌာနဝန်ထမ်းတစ်ဦးဦးက၊ လစဉ်အာရကေ လာရောက်ပို့ပေးလေ့ရှိပါတယ်။ ပုဂ္ဂလိကဆေးရုံတွေက ပို့လာတာဆိုရင်တော့ ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်ခတွေအပြင်၊ ဆေးရုံတက်ခ၊ ခွဲစိတ်ခ၊ လူနာတင်ယာဉ်သုံးစွဲခတွေအတွက်ကိုတောင် ကော်မရှင်ခငွေ ထည့်တွက်ထားတာမျိုးတွေ ရှိတတ်ပါတယ်။ လူနာတွေထပ်မံပြီး ပို့လွှတ်ပေးနိုင်ဖို့ ဖြည့်စွက်ပုံစံလေးတွေစုပြီးချုပ်ထားတဲ့ Refer Form စာအုပ်သေးသေးလေးတွေကိုလည်း ပေးသွားတတ်ကြပါသေးတယ်။

ဘယ်လိုသူတွေက ကစ်ဘက် အများဆုံး ရရှိတတ်ပါသလဲ

ပုဂ္ဂလိက အထူးကုဆေးရုံဆေးခန်းကြီးတွေမှာ ထိုင်နေတဲ့နာမည်ကြီး အထူးကုဆရာဝန်ကြီးတွေဆီကို အာရကေအများစုက ရောက်ရှိသွားပါတယ်။ ကိုယ်ပိုင်ဆေးခန်းထိုင်တဲ့ နာမည်ကြီးအထွေထွေရောဂါကုဆရာဝန်တွေဆီကိုလည်း ကစ်ဘက်-အာရကေတွေ အလိုအလျောက် ရောက်ရှိလာတတ်ပါတယ်။

ဘယ်သူတွေက ကစ်ဘက် အများဆုံးပေးနေပါသလဲ

ပုဂ္ဂလိက ဓာတ်မှန်ဌာန။ အသားစ ဓာတ်ခွဲရှာဖွေရေးရောဂါဗေဒဌာန၊ ပုဂ္ဂလိကဆေးရုံ၊ နှလုံးရောဂါရှာဖွေရေးဌာန၊ ခွဲစိတ်ကုသရေးဌာန။ ကိုယ်တွင်းမှန်ပြောင်းကြည့်ရှုတဲ့ဌာနတွေက အာရကေတွေ အများဆုံးပေးတတ်လေ့ရှိပါတယ်။ နိုင်ငံခြားဆေးရုံကြီးတွေရဲ့ ကိုယ်စားလှယ်ဌာနတွေကနေလည်း မက်လောက်တဲ့ ကစ်ဘက် အာရကေတွေ ပေးတတ်ကြပါသေးတယ်။

တခြားနိုင်ငံတွေမှာကော အာရကေပေးတာယူတာတွေ ရှိပါသလား

ပိုလို့တောင်များနေပါတယ်လို့ ပြောလို့ရပါတယ်။ ပါကစ္စတန်နိုင်ငံမှာ ဆေးလက်မှတ်စောင်ရေ တစ်သောင်း ရေးပေးလိုက်ရင် ဆရာဝန်စီးဖို့ ကားတစ်စီးကို ဆေးကုမ္ပဏီက လက်ဆောင်ပေးတယ်လို့ ဖတ်ဖူးပါတယ်။ အရှေ့အာရှနိုင်ငံ၊ အာဖရိကနိုင်ငံတွေနဲ့ အင်္ဂလန်နိုင်ငံတွေမှာလည်း (ကစ်ဘက်)ဆိုတဲ့ အာရကေငွေကြေးတွေကို ဆရာဝန်တွေက ရယူနေကြတဲ့အတွက် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းတွေ သတ်မှတ်ပြီး တားဆီးနေကြရပါတယ်။ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုမှာ ကစ်ဘက်တားဆီးရေး (Anti-Kickback Statute) ဆိုတဲ့ ဥပဒေကို ထုတ်ပြန်ပေးထားရပါတယ်။ ဥပဒေချိုးဖောက်ရင် ထောင်ဒဏ် ၅ နှစ်နဲ့ ဒဏ်ငွေ ဒေါ်လာ ၅၀၀၀၀ အထိ ပေးဆောင်ရပါလိမ့်မယ်။

ကစ်ဘက်-အာရကေကို ဘယ်လိုတားဆီးလို့ ရနိုင်ပါသလဲ

တကယ်တော့ လူနာညွှန်းပို့လိုက်တဲ့အတွက် ကော်မရှင်ခငွေ ပေးခြင်းယူခြင်းဆိုတာတွေဟာ သမား ကျင့်ဝတ်အရ မလိုလားအပ်တဲ့အပြုအမူ(Unethical behavior)တွေပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဥပဒေညွှန်ကြားချက် တွေ ထုတ်ပြန်ပြီး တားဆီးပေးနိုင်သလို၊ လူနာအကျိုးရှိအောင် သုံးစွဲနိုင်တဲ့နည်းလမ်းတွေလည်း ရှိပါတယ်။ အမေရိကန် ကစ်ဘက်တားဆီးရေးဥပဒေမှာ ချွင်းချက်ပေးထားတာ တချို့ကို ဖော်ပြပေးလိုက်ပါတယ်။ အခမဲ့စမ်းသပ်ခွင့်ကူပွန် (Free discount coupon)လေးတွေကို လူနာလက်ခံရယူလိုက်တဲ့ဌာနက သူတို့လုပ် ဆောင်ပေးရတဲ့ ဝန်ဆောင်မှုအရေအတွက်အပေါ် မူတည်ပြီး ပို့လွှတ်ပေးတဲ့ဆရာဝန်တွေဆီကို လစဉ် သို့မဟုတ် အချိန်ကာလတစ်ခု သတ်မှတ်ပြီး ပြန်လည်ပေးပို့တဲ့နည်းလမ်းပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ဥပမာ၊ ဓာတ်မှန်ရိုက် တဲ့ လူနာ ၅ ယောက် ပို့လွှတ်ပေးပြီးပြီဆိုရင် လူနာတစ်ယောက်အတွက် အခမဲ့ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခွင့် ဖရီး ဒစ်စကောင့် ကူပွန်တစ်ခုကို ဆရာဝန်ဆီပေးပို့လိုက်တာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ ပို့လွှတ်ပေးပြီးသား ဝန်ဆောင်မှု အမျိုးအစားနဲ့ အရေအတွက်ပေါ်မူတည်ပြီး ဆရာဝန်တွေဆီမှာ အခမဲ့စမ်းသပ်ခွင့်-ဖရီးဒစ်စကောင့် ကူပွန် တွေ ရရှိသွားမှာဖြစ်ပါတယ်။ စမ်းသပ်ခ မတတ်နိုင်တဲ့လူနာတွေကို ဖရီးကူပွန်တွေနဲ့ လွှဲပို့ပေးလိုက်ခြင်းအား ဖြင့် အခမဲ့စမ်းသပ်ခွင့် ရရှိသွားမှာဖြစ်ပါတယ်။ ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်ဌာနတွေအနေနဲ့လည်း ပို့လွှတ်လာမယ့် လူနာလျော့နည်းသွားစရာ အကြောင်းမရှိတော့ပါဘူး။ ဆရာဝန်တွေဘက်ကလည်း ကော်မရှင်ခ-ကစ်ဘက် ရယူတာမျိုး မဟုတ်တော့တဲ့အတွက် ကျင့်ဝတ်နဲ့လျော်ညီသွားမှာ ဖြစ်ပါတယ်။ ငွေကြေးမတတ်နိုင်တဲ့ လူနာတွေ အတွက် အကျိုးရှိလာနိုင်မယ့်နည်း (for the best interest of the patient)အဖြစ် ယူဆမိကြောင်းပါခင်ဗျား။

ပြီး