

چالش‌های دندان‌پزشکان در درمان بیماران مبتلا به ایدز

مهدی تبریزی‌زاده^{۱*}، نرگس میرجلیلی^۲، نوشین اسلام‌پور^۳

مقاله‌ی مروری

چکیده

اپیدمی‌های هراس‌انگیز و کشنده‌ی ناشی از بیماری‌های سرایت‌کننده از طریق خون، در نسل‌های گذشته و حتی در طول تاریخ دندان‌پزشکی هرگز جزء نگران‌کننده‌ای از کار نبوده است زیرا این حرفه همواره در حفظ بهبود سلامت دهان بیماران بسیار موفق عمل کرده است. به همین دلیل سؤالاتی از این دست که آیا درمان‌های دندان‌پزشکی قادر به ایجاد و گسترش HIV و ایدز می‌باشند به دقت مورد بحث قرار نگرفته است و هیچ منبعی با پاسخ سنجیده و جامع به این سؤالات برای رجوع دندان‌پزشکان وجود ندارد. در حقیقت، چندین نسل از دندان‌پزشکان یا به طور عمومی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، بدون در نظر گرفتن این احتمال که درمان‌های دندان‌پزشکی ممکن است جان بیمارانشان را در معرض خطر یک عفونت کشنده قرار دهد یا حتی احتمال فراگیر شدن یک ویروس کشنده را پیش‌بینی کنند، کارشان را انجام داده‌اند. پس تعجب‌آور نیست که هنجارهای رفتاری که دندان‌پزشکان امروزی در سال‌های شکل‌گیری خود آموخته‌اند، قادر نباشند تا به سؤالاتی که امروزه دندان‌پزشکان به علت HIV و ایدز با آن رو به رو می‌شوند پاسخ واضحی بدهند. در مقاله‌ی حاضر این مسأله از دو جنبه‌ی وظایف اخلاقی و حرفه‌ای در مقابل بیماران HIV مثبت مورد بررسی قرار می‌گیرد.

واژگان کلیدی: ایدز، اخلاق، دندان‌پزشکی

^۱ دانشیار، گروه اندودونتیکس، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه شهید صدوقی یزد

^۲ استادیار، بخش بیماری‌های دهان و دندان دانشکده‌ی دندان‌پزشکی یزد

^۳ دندان‌پزشک

مقدمه

در واقع تا ۶۰-۵۰ سال پیش، پزشک بودن نسبت به سایر مشاغل و راه‌های زندگی به‌عنوان بیش‌تر قرار گرفتن در معرض عفونت‌های تهدیدکننده‌ی زندگی تلقی می‌شد، ولی در چند دهه‌ی گذشته موفقیت علم پزشکی در کنترل عفونت‌های کشنده بیش‌تر از خطر ابتلا افراد درمانگر به بیماری‌های عفونی مورد توجه قرار گرفته است. در نتیجه، تا این اواخر، برای بسیاری از افراد شاغل در حرف بهداشتی این مسأله که به‌خاطر شغل یا بیمارانشان بیش از حد معمول در خطر مواجهه با عفونت‌های تهدیدکننده‌ی زندگی دارند، چندان مطرح نبوده است.

اما از راه رسیدن HIV و ایدز این موضوع را تغییر داد. تفکرات و نگرانی‌های بسیاری از سوی دانشجویان رشته‌های بهداشتی و کسانی که در این حرفه‌ها کار می‌کنند در مورد HIV و ایدز برای زندگی‌شان مطرح شده است. در ارتباط با دندان‌پزشکی، بیش از ۴۰ ضایعه‌ی مختلف مرتبط با عفونت HIV در ناحیه‌ی سر و گردن گزارش گردیده (۱، ۲) و حتی ویروس HIV در داخل پالپ دندان دیده شده است (۳، ۴). این مسأله همراه با عدم وجود درمان قطعی یا واکسن برای ایدز، منجر به افزایش تعداد مبتلایان و در نتیجه بالا رفتن امکان مواجهه‌ی دندان‌پزشکان با این‌گونه بیماران گردیده است. از سوی دیگر، جامعه به‌تدریج متوجه شده است که شکست دائمی بیماری‌های عفونی کشنده توسط دانش پزشکی افسانه‌ای بیش نبوده است. ولی آنچه از قدیم تاکنون تغییری نکرده، این است که هم جامعه و هم اعضای حرف بهداشتی بر این عقیده مشترکند که متخصصان بهداشتی، زمانی که برای مراقبت مناسب‌تر از بیمارانشان لازم باشد، تعهدی حرفه‌ای نسبت به پذیرش بیش‌تر از حد معمول خطر برای زندگی‌شان، خواهند داشت.

موشکافی بیش‌تر این بحث با بررسی چگونگی عملکرد و تصمیم‌گیری اصحاب حرف بهداشتی در هنگام مواجهه با

بیماران مبتلا به ایدز و توجه به انتظارات مردم، نشان‌دهنده‌ی پیچیدگی این موضوع می‌باشد که در ادامه با بررسی چند نمونه به‌صورت جز به جز به آن خواهیم پرداخت.

بحث

اجبار به پذیرش خطر و محدودیت‌های آن

خط مشی کلی بسیاری از انجمن‌های سیاست‌گذار در عرصه‌ی خدمات بهداشتی بدین منوال است که هرگونه خودداری از درمان یک بیمار HIV مثبت یا مبتلا به ایدز فعال، صرفاً به‌خاطر افزایش خطر برای درمانگران به‌عنوان یک کار غیرحرفه‌ای و غیراخلاقی، مردود می‌باشد. به‌طوری که در کدهای اخلاقی مدون در بسیاری از کشورها به‌صورت صریح ذکر شده است که «دندان‌پزشکان یک وظیفه و اجبار اخلاقی و قانونی برای ارائه‌ی خدمات بهداشتی به کلیه‌ی افراد نیازمند دارند و تصمیم‌گیری برای عدم انجام درمان به‌دلیل ابتلا بیمار به ایدز، هپاتیت B یا C و دیگر پاتوژن‌های منتقل شونده از طریق جریان خون امری غیراخلاقی می‌باشد» (۵-۷). در مجموعه قوانین مربوط به رهبری حرفه‌ای و اصول اخلاقی انجمن دندان‌پزشکی امریکا آمده است: ارائه‌ی خدمات به عموم وظیفه‌ی اولیه‌ی دندان‌پزشک است (۸).

بررسی دقیق‌تر الگوهای رفتاری و شناسایی محتوای تعهد مختصان نشان می‌دهد که تعهد حرفه‌ای دندان‌پزشکان در پذیرش خطر درمان بیماران مبتلا به HIV و ایدز تنها بخشی از ماجرا است و درحقیقت این سوال مطرح می‌گردد که آیا تعهد دندان‌پزشکان نسبت به درمان بیماران امری نامحدود است؟ در این‌جا می‌توان دو محدودیت فرضی برای این تعهد دندان‌پزشکان و به‌طور کلی افراد شاغل در حرفه‌ی مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفت. یکی از این محدودیت‌ها مربوط به مقدار توانایی دندان‌پزشک برای کنترل خطر و جلوگیری از انتقال بیماری و دیگری در رابطه با فواید و مضرات انجام درمان مورد نیاز می‌باشد.

توانایی کنترل خطر انتقال بیماری

از لحاظ توانایی دندان‌پزشکان برای کنترل خطر، سازمان‌های تصمیم‌گیرنده در زمینه‌ی خدمات بهداشتی مانند مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها معتقدند که با رعایت دستورالعمل‌های همگانی اقدامات پیشگیرانه می‌توان در درمان‌های عادی دندان‌پزشکی میزان خطر را در سطح حداقل نگه داشت. شواهد علمی و اپیدمیولوژیک جاری نیز نشان می‌دهند که در صورت پیروی از روش‌های کنترل عفونت معمول، خطر انتقال بیماری‌های عفونی از طریق درمان دندان‌پزشکی کم است. اگر مراحل کنترل عفونت به‌درستی انجام شود، یک بیمار آلوده به HIV به‌صورت کاملاً ایمن می‌تواند در یک مطب شخصی درمان شود و چنین روش‌های کنترل عفونتی، هم برای بیماران و هم برای کارکنان دندان‌پزشکی، محافظت کافی را تأمین خواهند کرد. مفهوم روشن مطالب ذکر شده چنین است که وقتی مراقبت‌های پیشگیرانه به‌کار گرفته شوند ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی ملزم به انجام تمامی درمان‌های عادی مورد نیاز بیمار هستند (۹).

از بحث فوق چنین برداشت می‌شود که با رعایت اقدامات پیشگیرانه افزایش خطر آن‌قدر ناچیز است که نمی‌توان محدودیت‌های مهمی برای انجام درمان‌های معمولی روی بیماران HIV یا مبتلا به ایدز قائل شد. بنابراین، دندان‌پزشکان متعهد به ارائه‌ی تمام خدمات درمانی و تشخیصی معمول مورد نیاز بیمارانشان هستند و عدم ارائه‌ی درمان کامل و مناسب به صرف افزایش خطر برای درمانگر به‌علت آلودگی قطعی یا احتمالی بیمار به HIV، یک عمل غیراخلاقی و غیرحرفه‌ای است.

از طرف دیگر، علی‌رغم این‌که نتایج بعضی از مطالعات انجام شده موید این است که دندان‌پزشکان مسائل فوق را درک کرده و غالباً از درمان این‌گونه بیماران امتناع نمی‌کنند (۱۱، ۱۰)، شواهدی نیز در دست است که نشان می‌دهد بعضی دندان‌پزشکان هنوز در درمان بیماران مبتلا به ایدز مردد هستند و نسبت به این بیماران احساس کاهش رضایت شغلی

و ترس از آلودگی دارند (۸).

در حقیقت، تمام دندان‌پزشکان می‌دانند که رعایت اقدامات پیشگیرانه قادر نیست که احتمال تماس خون با خون، بین بیمار و دندان‌پزشک را به‌طور کامل حذف کند. تجهیزات به‌کار گرفته شده در مراحل درمان و تشخیص دندان‌پزشکی خیلی تیز هستند و گاهی حوادثی رخ می‌دهد که نه تنها دستکش بلکه پوست دست دندان‌پزشک هم بریده می‌شود. اگر چنین حوادثی رخ دهند احتمال انتقال عفونت، در صورتی که بیمار آلوده به یک عفونت موجود در خون باشد، بالا می‌رود.

در پاسخ به نگرانی مطرح شده باید در نظر داشت که به هر حال، برای دندان‌پزشک مقدور است که احتمال این حوادث را در طی مراحل تشخیص یا درمان، به‌وسیله‌ی احتیاط بیشتر در حین کار، کاهش دهد. مثلاً می‌تواند نور بیش‌تر به‌کار برد، یا آینه را با دقت بیش‌تری در موقعیتی قرار دهد که دید کامل‌تری از حرکات وسیله‌ی تیز داشته باشد یا می‌تواند موقعیت خود را بیش‌تر تغییر دهد تا احاطه بر ابزارها در حداکثر ممکن باشد. در کارهای چهار دستی، وسایل تیز به دندان‌پزشک داده نمی‌شود بلکه به دقت توسط دندان‌پزشکی که با آن کار می‌کند برداشته می‌شود. به‌علاوه، دندان‌پزشک می‌تواند آرام‌تر حرکت کند و با توجه و تمرکز بیش‌تر بر روی هر حرکتی، از جابه‌جایی وسیله به محل نامطلوب جلوگیری کند. هنگام درمان بیماران نیازمند درمان‌های پیچیده (مانند جراحی‌های فک و صورت) یا درمان‌هایی که در آن‌ها از وسایل تیز و برنده‌ی متعدد (مانند معالجه‌ی ریشه‌ی دندان) استفاده می‌شود و هم‌چنین بیمارانی که مشکل دسترسی دشوار به دندان‌ها دارند، دندان‌پزشک باید با دقت و تمرکز حواس کامل درمان را انجام دهد. مطمئناً هر دندان‌پزشکی بسته به تجربه و شرایط کاری خود می‌تواند نکات احتیاطی بیش‌تری را به این مطلب اضافه کند. در واقع، دندان‌پزشکی که هنگام درمان فرد HIV^+ احتیاط بیش‌تری به‌کار نگرفته، مرتکب یک عمل غیرحرفه‌ای شده است. از طرف دیگر، دانشکده‌های

دندان‌پزشکی باید در مورد آموزش و توانمندسازی دانشجویان جهت برخورد و انجام درمان مناسب برای افراد مبتلا به بیماری‌هایی از قبیل ایدز برنامه‌ریزی لازم را به عمل آورند. در کنار خطر انتقال احتمالی بیماری به ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی، عوارض و خطرات درمان‌های دندان‌پزشکی برای خود مبتلایان به ایدز نیز باید مد نظر قرار گیرد. در ارتباط با این موضوع دو مقاله‌ی مروری نظام‌مند انجام شده در سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ افزایش مشکلات خاصی را در مقایسه با بیماران عادی ذکر کرده‌اند هرچند که مطالعات انجام شده برای به‌دست آوردن یک نتیجه‌ی قطعی، ناکافی بوده است (۱۳، ۱۲).

فواید و مضرات انجام درمان

به‌ندرت دندان‌پزشکان درمانی را انجام می‌دهند که به‌طور مستقیم نجات‌دهنده‌ی حیات باشد، بنابراین ممکن است به نظر برسد که در مواقع وجود خطر ابتلا به بیماری، به‌راحتی می‌توان دندان‌پزشک را از انجام درمان معاف نمود زیرا سودی که به بیمار می‌رسد به میزان خطر آن برای درمانگر نمی‌ارزد. برای پاسخ به مسأله‌ی مطرح شده باید توجه داشت که اولاً همان‌طور که در بحث قبلی مطرح شد در صورت رعایت اقدامات پیشگیرانه خطر افزایش انتقال عفونت در حدی کم است که نمی‌توان به بهانه‌ی کم فایده بودن ظاهری درمان مورد نیاز از انجام آن سر باز زد. ثانیاً دندان‌پزشکان با ترمیم و نگهداری دندان‌ها، بیماران را از دردهای دهانی شدید رها نموده و عملکرد دهان آن‌ها را حفظ می‌نمایند که نه فقط از جنبه‌ی تغذیه، بلکه از نظر روانی نیز بسیار پر اهمیت است به بیانی دیگر، هر چند حیات فرد به‌ندرت در دندان‌پزشکی به مخاطره می‌افتد اما هنوز هم دندان‌پزشکان خدماتی را به بیماران ارائه می‌دهند که بسیار با ارزش است. بنابراین، بحث در مورد این‌که جان دندان‌پزشکان را نباید به‌خاطر منافع بیماران و انجام خدمات دندان‌پزشکی قربانی کرد چون زندگی در مخاطره نیست، بسیار سهل‌انگارانه است.

تعهد به حفظ رازداری

یکی دیگر از مسائل مطرح در ارتباط با بیماران مبتلا به بیماری‌هایی از قبیل ایدز، توجه به اصل اخلاقی رازداری می‌باشد. از جمله اجزای تعهدات اخلاقی و حرفه‌ای اصحاب حرف پزشکی که از دیر باز پذیرفته شده، توجه به محرمانه نگه داشتن مطالبی است که از بیماران خود فهمیده‌اند. برای این‌که یک پزشک بتواند نظر قطعی خود در جهت منافع بیمار را ارائه کند، باید اطلاعات زیادی در مورد زندگی او بداند که شامل نکاتی در مورد بدن، رفتار، ارزش‌ها و دل‌نگرانی‌های وی می‌شود؛ مطالبی که اغلب افراد به خیلی‌ها یا گاهی هیچ‌کس بروز نمی‌دهند چه رسد به کسانی که رابطه‌ی شخصی طولانی‌مدت هم با آن‌ها نداشته باشند. بنابراین، متخصصان بهداشتی تعهدی سخت و دقیق در حفظ رازداری نسبت به نکاتی که از بیماران در می‌یابند دارند تا بیمار بتواند در هنگام ارائه‌ی اطلاعات مورد نیاز درمانگر، احساس امنیت کند. تنها با وجود چنین استانداردهای حرفه‌ای دقیقی است که جامعه می‌تواند انتظار داشته باشد پزشکان در طولانی‌مدت برای بیماران مؤثر باشند.

اطلاعات مربوط به وضعیت HIV و ایدز بیمار نه تنها به‌خاطر ارائه‌ی بهترین درمان ممکن برای بیمار باید دریافت و به‌طور مناسب مطرح شوند بلکه به‌خاطر بعضی مراحل اجتناب‌ناپذیر اداری و برخی مقاصد آموزشی نیز مورد نیاز می‌باشند. از آن مهم‌تر، باید توجه داشت که این اطلاعات در مورد یک بیماری عفونی کشنده است که می‌تواند کارکنان خدمات دندان‌پزشکی را از طریق تماس خون بیمار یا سایر مایعات بدن با زخم باز یا مخاط درمانگران آلوده کند. حال این سؤال مطرح می‌شود که آیا خطر این عفونت کشنده برای دندان‌پزشکان و در خلال آن برای سلامت کل جامعه آنقدر زیاد است که در برخی موارد از ارزش حفظ رازداری پیشی بگیرد؟

یک جواب می‌تواند بر مبنای قضاوت مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها و سایر سازمان‌های بهداشتی باشد،

پرستاری در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که نحوه‌ی رفتار و اعتقادات آن‌ها منطبق بر اصول اخلاقی و برآورده‌ی رشته‌ی تحصیلی‌شان نبوده و احتیاج به آموزش‌های هدایت‌شده‌ی بیش‌تری در این زمینه دارند (۱۵،۱۶).

با توجه به مطالب ذکر شده باید تدابیری برای انتقال اطلاعات ضروری به افراد خاص، در ضمن رعایت رازداری اندیشیده شود. یکی از راه‌های محدود نمودن دسترسی به اطلاعات محرمانه‌ی بیمار، استفاده از سیستم دو سطحی نگهداری اطلاعات می‌باشد که در آن اطلاعاتی که از حساسیت ویژه برخوردارند، مانند مسائل روان‌شناختی و HIV، مورد مراقبت خاص قرار گرفته و تنها در مورد خاص قابل فاش شدن می‌باشند. این سیستم خطر لو رفتن اطلاعات بیمار بر خلاف خواسته‌ی او را کم می‌کند. به‌طور معمول، مجموعه‌ای که درمان‌های دندان‌پزشکی در آن انجام می‌شود از افراد کم‌تری تشکیل شده و ساختار اداری ساده‌تری از بیمارستان‌های بزرگی که اطلاعات بیماران در آن‌ها به‌سرعت جابه‌جا می‌شوند، دارد. بنابراین، احتمال انحراف از یک کار حرفه‌ای ایده‌ال در مورد حفظ رازداری دقیق، در یک مطب دندان‌پزشکی کم‌تر از یک بیمارستان بزرگ است.

نتیجه‌گیری

با توجه به مسائل مطرح شده، بدین نتیجه می‌رسیم که دندان‌پزشکان در صورتی که ارائه‌ی درمان مورد نیاز بیمار ایجاب نماید، ملزم به پذیرش بیش از حد معمول خطر هستند، متهی با این شرط که میزان خطر برای درمانگر از حد خاصی فراتر نرود. هم‌چنین این‌گونه بحث شد که سطح خطر برای دندان‌پزشکان ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی در صورت رعایت مراقبت‌های پیشگیرانه، معمولاً از این حد بالاتر نمی‌رود.

البته با توجه به پیچیدگی موضوع و جنبه‌های مختلف آن، باید به این نکته توجه داشته باشیم که در چنین مواردی هرگز یک فرمول خاص وجود ندارد. اجبارهای حرفه‌ای به‌طور خود به خود نشان‌دهنده‌ی عملی که باید انجام شود نخواهد بود

بدین صورت که اگر درمانگری اطلاع یافت که بیماری HIV⁺ است باید با کمک مراقبت‌های پیشگیرانه از خود به‌طور کامل در مقابل عفونت HIV محافظت کند. در نتیجه، این بحث به پایان می‌رسد و شکستن حریم رازداری برای مطلع کردن درمانگر دیگری یا یک متخصص یا کارکنان مطب در مورد وضعیت HIV یک بیمار، فایده‌ی مشخصی برای هیچ کس نخواهد داشت. بر اساس این بحث، چه برای یک نمونه‌ی فردی و چه در یک الگوی عمومی، عدم رازداری به منظور محافظت دندان‌پزشکی دیگر صحیح نیست و اگر یک نفر متوجه عدم رعایت مراقبت‌های پیشگیرانه از سوی متخصص دیگری شد، راه مناسب شکستن حریم رازداری نیست، بلکه باید به همکار خود، در مورد نیاز، رعایت موارد احتیاطی را آموزش دهد (۹).

با مروری به تاریخچه و سوگندنامه‌ها و کدهای اخلاقی در می‌یابیم که رازداری یک امر بسیار جدی بوده و موارد استثنا به قدری کم هستند که قاعده تقریباً به شکل امری مطلق می‌باشد و در موارد استثنا نیز باید آشکارسازی برای حداقل افراد و با حداقل اطلاعات، پس از سبک و سنگین منافع و مضرات آشکارسازی توسط فرد درمانگر صورت پذیرد (۱۴).

امروزه، دستگاه‌های ارائه‌کننده‌ی مراقبت‌های بهداشتی بسیار گسترده و پیچیده شده‌اند و مؤسسات درگیر نیز به‌طور وسیعی به هم ارتباط یافته‌اند. به‌دنبال آن، در نتیجه‌ی محدودیت‌های ذکر شده بسیاری از اطلاعاتی که بیماران در ابتدا به‌صورت محرمانه به یک درمانگر گفته‌اند، نهایتاً توسط افراد بسیاری دانسته می‌شود و در حقیقت این محدودیت‌ها به‌عنوان یک مجرای عبور برای درز کردن اطلاعات حساس بیماران به گروه‌هایی که ارتباط چندانی با درمان بیماران ندارند و با تعهد ویژه‌ی متخصصان بهداشتی در حفظ رازداری بیگانه‌اند، عمل می‌کنند. به‌علاوه، بسیاری از کسانی که به این اطلاعات دسترسی پیدا می‌کنند متخصص بهداشتی نیستند و لزوماً خود را متعهد به حفظ اسرار بیماران نمی‌دانند. حتی چند مطالعه‌ی مقطعی انجام شده بین دانشجویان

منابع

- 1- Mittal M. AIDS in children-epidemiology, clinical course, oral manifestations and management. *J Clin Pediatr Dent* 2009; 34(2): 95-102.
- 2- Navazesh M, Lucatorto F. Common oral lesions associated with HIV infection. *J Calif Dent Assoc* 1993; 21(9): 37-42.
- 3- Glick M, Trope M, Pliskin ME. Detection of HIV in the dental pulp of a patient with AIDS. *J Am Dent Assoc* 1989; 119(5): 649-50.
- 4- de Brito LC, da Rosa MA, Lopes VS, e Ferreira EF, Vieira LQ, Sobrinho AP. Brazilian HIV-infected population: assessment of the needs of endodontic treatment in the post -highly active antiretroviral therapy era. *J Endod* 2009; 35(9): 1178-81.
- 5- Voors M. The duty to treat: ethics and HIV/AIDS. *Physiotherapy* 2000; 86(12): 640-4.
- 6- Graeber JJ. Am I obligated to treat a patient who is HIV-positive? *J Am Dent Assoc* 2004; 135(8): 1172-3.
- 7- Beemsterboer PL. *Ethics and Law in Dental Hygiene*. Philadelphia: Saunders; 2001.
- ۸- جعفری ا، خامی م ر. یزدانی ر، محمدی م. دانش و نگرش دانشجویان سال آخر دندان‌پزشکی در مورد بیماری ایدز. *مجله دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران* ۱۳۸۸؛ دوره ۲۲ (شماره ۴): ۹۲-۱۸۵.
- 9- Ozar DT, Sokol DJ. *Dental Ethics at Chairside: Professional Principles and Practical Applications*. London: Mosby; 1994, p. 188 – 205.
- 10- Bennett ME, Weyant RJ, Wallisch JM, Green G. Dentists' attitudes toward the treatment of HIV-positive patients. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(4): 509-14.
- 11- Kunzel C, Sadowsky D. Predicting dentists' perceived occupational risk for HIV infection. *Soc Sci Med* 1993; 36(12): 1579-86.
- 12- Patton LL, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of complication risks for HIV-positive patients undergoing invasive

بلکه باید تمامی جوانب کار و لایه‌های زیرین مشکل بررسی شده و سپس، تصمیم نهایی گرفته شود. البته اگر دندان‌پزشکی هنگام مواجهه با چنین مواردی همواره خلاف اجبارهای شغلی خود رفتار می‌کند، مثلاً همیشه از درمان بیماران HIV⁺ امتناع می‌کند یا راز آن‌ها را فاش می‌نماید، باید در مورد انتخاب حرفه‌ی خود کمی تفکر و تعمق کند زیرا شاید او دیگر بر اساس هنجارهای حرفه‌ای خود که در جامعه پذیرفته شده‌اند، رفتار نمی‌کند. به یاد داشته باشیم که ارائه‌ی درمان مطابق هنجارهای حرفه‌ای در بعضی موارد نیاز به برخورداری از شجاعت و تعهد بالایی دارد و جامعه نیز باید مدیون و قدردان چنین افرادی باشد.

پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره ۲ (شماره ۴): ۱۴-۱.

- 15- Anderson J. Ethical issues in relation to HIV care in the UK. *Medicine* 2009; 37(7): 330-2.
- 16- Relf MV, Laverriere K, Devlin C, Salerno T. Ethical beliefs related to HIV and AIDS among nursing students in South Africa and the United States: a cross-sectional analysis. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(11): 1448-56.
- 13- Patton LL, Shugars DA, Bonito AJ. A systemic review of complication risks for HIV-positive individuals undergoing invasive dental procedures. *J Am Dent Assoc* 2002; 133(2): 195-203.
- ۱۴- پارسا م. حریم خصوصی و رازداری در پزشکی و جنبه‌های مختلف آن. *مجله اخلاق و تاریخ*