

المرضى في غرفة العمليات: من المسؤول؟



لينا مكاي

بكالوريوس في العلوم الصيدلانية



عايدة حبال

بكالوريوس في التمريض، ممرضة مجازة



خليل رزق

ماجستير في الصحة العامة،
ماجستير في إدارة المستشفيات



المسؤوليات الطبية للجراح

وفقاً لقانون الآداب الطبية (١٩٩٤)، المادة ١٨، كل طبيب مسؤول عن أعماله المهنية.

يتجه الجراحون عملياً إلى إنجاز الحالة الموجودة في غرفة العمليات ويعتمدون على أطباء تخدير من ذوي الإختصاص وممرضين متمرسين لمنح التمسكين، التخدير، والتجهيزات اللازمة لإجراء العملية. وفقاً لذلك، فإن أكثر أمرين يشغلان الأطباء الجراحين هما البدء بالتخدير والمدة الزمنية الممكن توقعهما. لا يشمل هذا الإهتمام عادةً العاملين في التمريض، وفي كثير من الحالات لا يشمل أيضاً موظفي التخدير، الذين يشجعون على العمل بدوام محدد. لذلك، فإنه من الجائز حصول تبديلات متعددة في موظفي التمريض والتخدير خلال عملية جراحية واحدة. علاوةً على ذلك، فإن غرفة العمليات هي أحد المواقع المتعددة التي يعمل فيها الطبيب الجراح. فالطبيب الجراح يعاين المرضى في العيادة ويمكنه تحويلهم إلى غرفة العمليات، ومن المرجح أن يدير مختبراً في مراكز طبية أكاديمية، كما ويدير أنشطة إدارية وتربوية، وأبحاثاً عالية الأهمية. كذلك، لدى الكثير من أطباء التخدير مهام ومسؤوليات متعددة خارج غرفة العمليات. أما العاملون في التمريض، فإنهم يعتبرون غرفة العمليات موقعهم المهني الأساسي (أودلسمان، ٢٠٠٣).

إن موضوع العناية بالمرضى معقد ومتعدد المناهج خصوصاً في غرفة العمليات، وذلك يجعل من الصعب أن نرسم خطأ يحدد أين تبدأ أو تنتهي مسؤولية كل من الجراح أو طبيب التخدير.

لا يزال موضوع المسؤوليات الطبية في غرفة العمليات من الناحية القانونية موضع خلاف في العالم وليس فقط في لبنان. ويعتبر الطبيب الجراح عادةً على رأس فريق العاملين في غرفة العمليات ومسؤولاً عن سلامة مريضه وتأمين العناية المناسبة له.

تنظيم الخدمات في غرفة العمليات

في لبنان، وحسب معايير اعتماد المستشفيات المعتمدة من قبل وزارة الصحة العامة (٢٠٠٣)، ينبغي على الطبيب الجراح، طبيب التخدير، الممرضات، المساعدين، وباقي الموظفين، أن يتعاونوا ويحرصوا على تأمين الخدمات المثلى على جميع الأصعدة.

تعتبر غرفة العمليات الموقع الوظيفي الذي يجمع فريق كبير يمثل ثلاثة فرقاً متنوعين: التمريض، طب التخدير، والجراحة- يعتني بشخص واحد محوري ألا وهو المريض. هذه المفاهيم الثلاثة هي متعددة التدريب المهني، الأهداف، الدوافع، والثقافات. إن البيئة المثالية لغرفة العمليات هي التي تعزز الإحترام المتبادل في التعاطي، الأمر الذي يؤدي إلى نتائج مجدية وفعالة. ولكن لسوء الحظ فإن ما ذكر نادراً ما يحصل أو يُعطى ما يستلزم من الأهمية.

من الواضح أن غرفة العمليات تشكل وحدةً وظيفية فريدة حيث يجب على أطباء التخدير، الأطباء الجراحين، والممرضات التعاون والتنسيق فيما بينهم لتأمين عناية فعالة، عطوفة، مجدية إقتصادياً، وسليمة للمرضى (أودلسمان، ٢٠٠٣).

الجراحية. أما بعد إجراء العملية الجراحية، فيقدم الطبيب الجراح العناية للمريض في غرفة الإنعاش وغالباً ما يقدم الرعاية بعد الخروج من وحدة الإنعاش وفي وحدة العناية الفائقة (مستشفيات إيفانستون نورث ويسترن، ٢٠٠٣).

يتخصص كثير من أطباء التخدير في مجالات دقيقة كجراحة القلب، جراحة الأعصاب، طب الأطفال، الولادة، أو إدارة تدير الألم. هؤلاء الأطباء مسؤولون عن الإطلاع الكامل على مجمل التطورات العلمية في مجال تخصصهم الدقيق. في غرفة العمليات، يعتبر طبيب التخدير عضواً أساسياً في الفريق المسؤول عن العناية بالمريض، كما وأنه يتابع حالة المريض بشكل متواصل (مستشفيات إيفانستون نورث ويسترن، ٢٠٠٣).



المسؤوليات الطبية لطبيب التخدير

حسب ما هو مذكور في قانون الآداب الطبية (١٩٩٤)، المادة ٢٧، الفقرة ١٤، على الطبيب المخدر أن يأخذ من الجراح قبل التخدير أو قبل تحضير المريض للعملية جميع المعلومات المفيدة، وعليه أن يتحمل مسؤولياته في مراقبة المريض منذ لحظة التخدير لحين الإنعاش الكامل. ويحق له أن يختار على مسؤوليته الخاصة التجهيزات اللازمة المتوفرة وأن يختار معاونيه من بين الأطباء والمسعفين في المؤسسة الإستشفائية وفقاً لأنظمة المستشفى التي يعمل فيها، إن وجدوا. لا يجوز إجراء أية عملية جراحية من أي نوع كانت ويلزمها تخدير عام إلا بإشراف وحضور طبيب التخدير خلال مراحل العملية بكاملها.

ماذا يفعل طبيب التخدير خلال

العملية الجراحية؟

حسب الكلية الأميركية لأطباء التخدير، إن طبيب التخدير مسؤول شخصياً عن راحة المريض وعن بقاءه بحالة صحية جيدة قبل، خلال، وبعد العملية الجراحية. يقوم طبيب التخدير بتوجيه عملية التخدير في غرفة العمليات، ويشرف على الوظائف الحيوية بما في ذلك سرعة خفقان القلب، ضغط الدم، إيقاع دقات القلب، حرارة الجسم، والتنفس. كما يكون طبيب التخدير مسؤولاً عن تعويض الدم والسوائل عندما تدعو الحاجة. وهو يقوم بتنظيم عملية التخدير بشكل يضمن راحة المريض حتى إتمام الرعاية التخديرية.

غالباً ما يعاني الأشخاص الذين هم بحاجة

استشارة طبيب آخر

يعالج قانون الآداب الطبية موضوع استشارة طبيب مساعد في أكثر من مادة، وقد حدد هذا القانون خطوط السلطة، والمسؤوليات، والتعاون بين الأطباء / الجراحين نظراً لدقة وتعقيد موضوع رعاية المريض على كافة الأصعدة وخاصة في غرفة العمليات. وقد أعطى هذا القانون الطبيب الجراح حق الاستعانة بجراحين معاونين من داخل المؤسسة الإستشفائية إن وجدوا، بهدف تأمين العناية الأفضل لمريضه (المادة ٢٧ - الفقرة ١٣). كما حدد هذا القانون أنه على الطبيب أن يضع دائماً التشخيص والعلاج بالتعاون، إذا لزم الأمر، مع أشخاص معاونين مؤهلين، ووفقاً للوضع الحالي للطب ودونما ممارسة تعسفية (المادة ٢٨ - الفقرة ١).

من هو طبيب التخدير؟

إن دور الطبيب الجراح واضح ومحدد، ولكن من هو طبيب التخدير في أيامنا؟ حسب الكلية الأميركية لأطباء التخدير، يكمل أطباء التخدير في أيامنا هذه برنامجاً دراسياً من أربع سنوات طب في الجامعة؛ أربع سنوات دراسة للدكتوراه في الطب تليها أربع سنوات إضافية من التدريب العملي في طب التخدير، حيث يقوم أطباء التخدير بتطبيق معلوماتهم للقيام بدورهم الأساسي في غرفة العمليات. لا يقتصر دورهم هذا على ضمان راحة المريض أثناء العملية الجراحية، بل يشمل أيضاً اتخاذ قرارات طبية حكيمة تحمي المريض. تتضمن هذه القرارات التغييرات التنظيمية والعلاجية في ما يختص بالوظائف الحيوية الحرجة — التنفس، خفقان القلب، ضغط الدم — لأن هذه الوظائف تتأثر بالعملية الجراحية قيد الإجراء. يقوم هؤلاء الأطباء المتخصصون بالتشخيص الفوري وبمعالجة أي مشاكل طبية ممكن أن تطرأ أثناء العملية الجراحية أو خلال فترة النقاهة.

يتجاوز دور طبيب التخدير غرفتي العمليات والإنعاش، فطبيب التخدير يعمل في وحدة العناية الفائقة ليسانع على إعادة المرضى من حالة مرضية حرجة إلى حالة مستقرة. كما يتولى أو يدير أطباء التخدير رعاية الأم والطفل خلال عملية الوضع، فهم يمنحون الأم التمسكين من الألم بينما يؤمنون الوظائف الحيوية للأم والطفل على حد سواء. كما يعنى أطباء التخدير بعلاج الألم، بما في ذلك تشخيص المشاكل الحادة والمزمنة ومعالجتها (الكلية الأميركية لأطباء التخدير).

تشمل مجالات هذا التخصص التقييم الطبي للمريض قبل إجراء العملية الجراحية، استشارة أعضاء الفريق العامل، ودعم الوظائف الحيوية أثناء العملية

الشخص في ملف المريض الطبي أو بطريقة أخرى تُعمَّم على موظفي المستشفى. إن تواجد شخص واحد يشرف على العناية بالمريض خلال فترة إقامته في المستشفى يؤمن استمرارية العلاج، التنسيق، إرضاء المريض، نوعية الخدمات، واحتمالية النتائج. لذلك، فمن المستحسن أن يشرف شخص واحد على بعض المرضى ذوي الحالات الخاصة وغيرهم من المرضى. لذا يجب على هذا الشخص أن يتعاون ويتواصل مع الأشخاص الآخرين المساهمين في الرعاية الطبية. عندما يتم نقل مريض من وحدة عناية إلى أخرى (مثلاً من وحدة الجراحة إلى وحدة الإنعاش)، يمكن أن يُحدد شخص آخر يكون مسؤولاً عن رعاية المريض، كما يمكن أن يستمرّ الشخص ذاته بمراقبة المريض والعناية به. (الهيئة الدولية المشتركة للإعتماد، ٢٠٠٨)

حق المريض في الحصول على المعلومات وضرورة الموافقة على العمل الطبي

ينص قانون حقوق المرضى والموافقة المستنيرة اللبناني على ضرورة الحصول على موافقة مستنيرة لإجراء عملية جراحية. لذا، على الطبيب الجراح أن يعطي المريض المعلومات الكاملة فيما يختص بوضعه الصحي، العلاجات، العمليات، منافعها، مضاعفاتها، والنتائج المرتقبة (المادة ٢، سنة ٢٠٠٤). بعد تزويد المريض بالمعلومات اللازمة، وقبل القيام بأي عمل طبي، من الضروري الحصول على موافقة المريض على العمل الطبي، باستثناء حالات الطوارئ والإستحالة. وبالنسبة للعمليات الجراحية الكبيرة، يستدعي القانون على أن يتم التعبير عن الموافقة المستنيرة خطياً (المادة ٦، سنة ٢٠٠٤).

علاوة على ذلك، تتطلب الهيئة الدولية المشتركة للإعتماد (٢٠٠٨) بأن يوقع جميع المرضى الذين يتلقون التخدير خلال عملية جراحية أو خلال علاج على موافقة مستنيرة للتخدير (المعيار PFR.6.4). ويتم الحصول على الموافقة المستنيرة للتخدير من قبل طبيب التخدير قبل اليوم الذي سوف تجرى فيه العملية الجراحية.

كيف يعمل أعضاء الفريق معاً؟

على الأشخاص العاملين في مجال الرعاية الصحية أن يوازنوا مسؤولياتهم، قيمهم، معلوماتهم، ومهاراتهم مع دورهم كأعضاء في الفريق الطبي، خاصة في غرف العمليات. من الجائز أن يكون الأطباء أو الجراحون قد اعتادوا على كونهم صانعي القرارات بمفردهم. لذلك، فمن الممكن أن يجدوا صعوبة في التكيف مع فكرة العمل في فريق، حيث يتم اتخاذ القرارات المشتركة حسب الأكثرية، الإجماع، بتوافق الآراء، أو بالإدعان إلى الشخص الأكثر خبرة. لذا، من الممكن حصول نزاعات بين أعضاء القطاعات الطبية المختلفة، لكن محيط غرفة العمليات يبقى غنياً بأمثلة تتطلب فيها العناية بالمريض تعاوناً بين هذه القطاعات الطبية، فتتسبب نزاعات، ومن ثم يتم التوصل إلى حلول وسطية.

ما هي الإلتزامات الأخلاقية لأعضاء فريق الرعاية بالمريض؟

من الناحية الأخلاقية، لكل فرد من فريق غرفة العمليات التزمات محددة تجاه المريض. كما أنه على كل فرد من الناحية الأخلاقية في هذا الفريق أيضاً التزمات في معاملة الآخرين بكل احترام وشفافية. لا تتساوى العلاقات بين كافة أعضاء الفريق لأن اختلاف المعلومات والخبرة يفرض بعض المسؤوليات أو السلطات بشكل غير متساو من النواحي الفنية والإدارية



لتدخل جراحي من حالات صحية أخرى كالكسري، الربو، ارتفاع ضغط الدم، التهاب المفاصل، أو مشاكل في القلب. يتنبه طبيب التخدير إلى هذه الحالات بفضل التقييم الذي يجري للمريض قبل العملية، ويكون جاهزاً لمعالجتها خلال العملية الجراحية وبعدها مباشرة. إن الرعاية الطبية المستمرة والمتكاملة هي ضرورية أثناء الجراحة لأنها تسرع من تماثل المريض للشفاء. كما هو الحال مع الأطباء الآخرين، يتمتع أطباء التخدير بمؤهلات لا تخولهم علاج المشاكل الطبية المتعلقة بالعملية الجراحية نفسها فحسب، بل تؤهلهم أيضاً لعلاج الحالات المزمنة التي تحتاج اهتماماً خاصاً خلال العملية الجراحية. والفضل في ذلك يعود لتدريبهم الطبي الذي يمنحهم الخبرة الكافية في مبادئ الطب الداخلي والرعاية الفائقة (الكلية الأميركية لأطباء التخدير).

ما هو موقف الهيئة المشتركة من مسؤولية الطبيب؟

ينص معيار الهيئة المشتركة رقم (ACC.2.1) على أنه:

يجب أن يكون هنالك شخص مؤهل يُعتبر مسؤولاً عن رعاية المريض أثناء كافة مراحل الرعاية الطبية. يجب أن يتم بوضوح تحديد الشخص المسؤول عن الرعاية الإجمالية للمريض، أو عن مرحلة معينة من مراحل الرعاية، وذلك للمحافظة على الرعاية المستمرة أثناء تواجد المريض في المستشفى. ويمكن أن يكون هذا الشخص طبيياً، أو أي شخص آخر لديه المؤهلات اللازمة. كما يجب أن يُحدّد اسم هذا

والقانونية. لذا يجب على أعضاء الفريق أن يضاعفوا جهودهم وأن يقدم كل فرد منهم أفضل ما لديه من خبرات ومعرفة. من المتوقع حصول إختلاف في وجهات النظر بين الخبراء، ويجب التعبير عن ذلك دون اللجوء إلى تعابير مضرّة بروح الفريق، أو إشارات أو كلمات ممكن أن تسبب إزدراء في الآخرين. فمن الممكن أن يؤدي الإختلاف في وجهات النظر في أفضل الحالات إلى مناقشة موضوع الرعاية بالمريض بشكل متكامل. فيؤدي ذلك إلى توافق جديد في الآراء يقدم بموجبه كل فرد بعض التنازلات للطرف الآخر. عندما يعجز أعضاء الفريق عن التوصل إلى توافق حول ما يجب القيام به، قد يكون مفيداً أن يستشيروا خبراء آخرين غير معنيين مباشرة في فريق الرعاية بالمريض، وذلك بطريقة موضوعيّة ومتجردة. إذا تعذر حل الخلاف بالرغم من ذلك، يمكن اللجوء إلى مصدر آخر كاللجنة الأخلاقية في المستشفى التي بإمكانها الإستماع إلى وجهات النظر واقتراح الحلول (نورمان، 1998).

والقانونية. لذا يجب على أعضاء الفريق أن يضاعفوا جهودهم وأن يقدم كل فرد منهم أفضل ما لديه من خبرات ومعرفة.

من المتوقع حصول إختلاف في وجهات النظر بين الخبراء، ويجب التعبير عن ذلك دون اللجوء إلى تعابير مضرّة بروح الفريق، أو إشارات أو كلمات ممكن أن تسبب إزدراء في الآخرين. فمن الممكن أن يؤدي الإختلاف في وجهات النظر في أفضل الحالات إلى مناقشة موضوع الرعاية بالمريض بشكل متكامل. فيؤدي ذلك إلى توافق جديد في الآراء يقدم بموجبه كل فرد بعض التنازلات للطرف الآخر. عندما يعجز أعضاء الفريق عن التوصل إلى توافق حول ما يجب القيام به، قد يكون مفيداً أن يستشيروا خبراء آخرين غير معنيين مباشرة في فريق الرعاية بالمريض، وذلك بطريقة موضوعيّة ومتجردة. إذا تعذر حل الخلاف بالرغم من ذلك، يمكن اللجوء إلى مصدر آخر كاللجنة الأخلاقية في المستشفى التي بإمكانها الإستماع إلى وجهات النظر واقتراح الحلول (نورمان، 1998).

وجهة نظر طبيب جراح وطبيب تخدير: مقابلة مع كل من الدكتور عبيد والدكتور كنازع

حاولنا معرفة وجهة نظر الأطباء الجراحين وأطباء التخدير في لبنان في موضوع توزيع المسؤوليات في غرفة العمليات. لذلك، أجرينا مقابلة مع كل من الدكتور منير عبيد (طبيب جراح) والدكتور غسان كنازع (طبيب تخدير).

يعتبر الدكتور عبيد، الإختصاصي في جراحة القلب والشرابين، أن الجراح هو المسؤول الأول عن الرعاية الكاملة بالمريض. فهو على رأس فريق العلاج. أما طبيب التخدير، فهو مسؤول عن حالة المريض الحركيّة، وهو يحافظ على مجرى التنفس، مجرى وقوة دفق الدم، ونظام القلب والأوعية الدموية. كما ويراقب طبيب التخدير الإشارات الحيويّة أثناء العملية الجراحية ويُبقي الطبيب الجراح على علم بأي تغييرات. عندما يكون هنالك حاجة إلى تدخل طبي، يجب على طبيب التخدير أن يعلم الطبيب الجراح عن الإجراءات المنوي اتخاذها وأن يبقيه على يقين بالتطورات المستجدة. ويتم عادةً الإتفاق على مسلك التدخل الطبي، ولكن، في حال حصول خلاف، يجب أن يعتبر الطبيب الجراح السلطة النهائيّة أثناء العملية الجراحية.

بينما يعتبر الطبيب الجراح بأنه يمارس مهنته بشكل مستقل، وبأنه قادر على أن يتخذ قرارات تختص بالمريض، فعلى طبيب التخدير أن تكون لديه الخبرة والمهارة اللازمتين لمعرفة العملية الجراحية المنوي إجراؤها، وعليه تحضير المريض وفقاً لذلك. وبما أن هنالك إختصاصات محددة في طب الجراحة، يفضّل الدكتور عبيد أن يرافقه في غرفة العمليات طبيب تخدير متخصص في تزويد المريض بخدمات تخدير متخصصة وفقاً للعملية الجراحية قيد الإجراء. هو يعتبر طبيب التخدير شخصاً مساهماً في العملية. ولكن، ومن الناحية العمليّة، يرى طبيب التخدير يتصرف كموظف بدوام عادي يتقاضى أجراً مقابل عمله في المستشفى. على سبيل المثال، يتناوب بعض أطباء التخدير أثناء العملية الجراحية نفسها. وهذا التصرف يمكن أن يفسر كإفتقار للإحساس بالمسؤولية وللتعهد بالعناية بالمريض. ومن المتوقع من طبيب التخدير أن يقوم بتقييم كامل لحالة المريض في مرحلة ما قبل التخدير، وأن يكون على اطلاع على العملية الجراحية المنوي إجراؤها. كما وعليه الإستمرار في متابعة المريض خلال وحتى 24 ساعة بعد انتهاء العملية الجراحية. لكن هذه التعليمات لا تطبق بطريقة كاملة وبما يرضي الحالة بشكل تام.

أما الدكتور كنازع، وهو طبيب تخدير متمرس ورئيس قسم التخدير في الجامعة الأميركية في بيروت، المركز الطبي، فيقول أن المبدأ الذي يعتبر الطبيب الجراح قبطان السفينة هو مبدأ قديم ولم يعد صحيحاً في أيامنا. فهنالك تغييرات عديدة قد طرأت في السنوات الخمسين الماضية. يعتبر الدكتور كنازع أن النتيجة النهائيّة للعملية الجراحية هي التي يراها ويدركها المريض بعد مغادرته غرفة العمليات. هذه



الممكن أن ينقطع المصل من الوريد خلال العملية الجراحية، أو أن تتعطل آلة ما، أو أن تكون ملوثة، كما أنه من الممكن أن يتعرض المريض إلى حروق بسبب آلة كهربائية موجودة بالقرب منه. هل يعتبر الطبيب الجراح مسؤولاً عن نتائج هذه الأعمال الفردية؟ لا يستطيع الطبيب الجراح أن يتحكم بكل التفاصيل الممكن حدوثها خلال العملية الجراحية. لذلك، فإن مبدأ قبطان السفينة لم يعد صحيحاً، إذ أن هنالك أشخاصاً يعملون بروح الفريق من أجل إعطاء أفضل النتائج.

يدرك أطباء التخدير نوعية ونطاق العملية الجراحية، كما أنهم على علم بحالة المريض الصحية. هم جاهزون لمعالجة أي طارئ قد يحدث خلال العملية الجراحية. كما ويحرصون على استقرار حالة المريض الصحية أثناء العملية.

ليس هنالك مشكلة إن حدث تغيير في طبيب

المريض للعناية، علماً بأن المشاكل الصحية أصبحت أكثر تعقيداً. إن مشاكل المرضى قد تخطت خبرة وتدريب أي شخص يعمل في هذا المجال. لذلك، فإن تنظيم العاملين يميل إلى التنوع وتعدد المناهج أكثر من الهرمية، بما أنه يتضمن أشخاصاً يقدمون الرعاية الصحية وهم مزودون بمعلومات، مهارات، ووجهات نظر مختلفة. في مستشفى تعليمي، تصبح عضوية الفريق أكثر تعقيداً مع وجود طلاب، أطباء متمرّنين، أطباء مقيمين، ومرافقين.



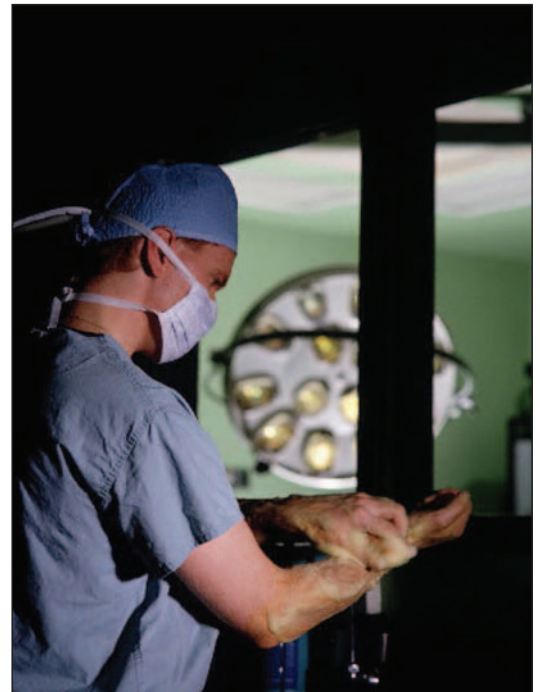
التخدير خلال العملية الجراحية، وفي بعض العمليات التي تتطلب وقتاً طويلاً، من الممكن أن يساهم ذلك في تجديد الطاقة والتركيز، مما يؤدي إلى نتائج أفضل.

كما أن هنالك أطباء جراحون متخصصون، هنالك أيضاً أطباء تخدير متخصصين في مجالات معينة كالآلم، جراحة الأعصاب، جراحة القلب والشرايين، الجراحة الخاصة بطب الأطفال، وغيرها... إن الإتجاه هو أن يكون هنالك طبيب تخدير متخصص مسؤول عن أي عملية جراحية ذات متطلبات خاصة أو التي فيها حالات حرجة.

الخاتمة

نستنتج أن جميع الممارسات الطبية والجراحية في أيامنا هذه يجب أن تتم بروح الفريق. وكل من هو معني بهذه الممارسات يساهم بدوره في الحفاظ على صحة المريض باعتماده أفضل ما هو متبع في دائرة مسؤوليته. وذلك بالتنسيق الدائم مع باقي أعضاء الفريق. إن الطبيبَيْن المسؤولين في غرفة العمليات هما الطبيب الجراح وطبيب التخدير. هما يتشاركان مسؤولية الرعاية الصحية ونتائجها. على كل منهما أن يكون على علم جيد بأهداف وتوقعات العمل الطبي؛ وينبغي عليهما أن يفهما وبشكل واضح أمنيات المريض في ما يتعلق بالعلاج المقبول. هذه هي الطريقة المثلى ولا يمكن لغيرها أن يفي حاجات المريض بشكل أفضل؟ (Hug, 2007)

إن الجهود المتضامنة لمختلف العاملين في مجال الرعاية الصحية أصبحت أساسية لتلبية حاجة



المراجع:

1. American College of Anesthesiologists, <http://www.asahq.org/patientEducation/know.htm>
2. Hug, Carl C., Jr., M.D., Ph.D., Professor of Anesthesiology Emeritus and Faculty Associate in the Ethics Center, Emory University, Atlanta, Georgia (2007). ASA Newsletter. Vol. 71
3. Joint Commission International Accreditation, Standards for Hospitals, 3rd Edition, January 2008, Anesthesia and Surgical Care, Patient and Family Rights, and Access to Care & Continuity of Care
4. Law of Medical Ethics No. 288, February 22, 1994.
5. Law of Patients Rights and Informed Consent No. 574, February 11, 2004.
6. Ministry of Public Health, Hospital Accreditation Standards, Operating Room Standards, 2003
7. Norman, G.V., Faculty, Associate Anesthesiologist (1998). Ethics in Medicine, University of Washington School of Medicine: <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/team.html>
8. Udelsman, R., MD MBA (2003). The Operating Room: War Results in Casualties, FACS Department of Surgery, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut