



درس نامہ اخلاق پزشکی برای دستیاران رشتہ‌های تخصصی پزشکی



تألیف: دکتر باقر لاریجانی و همکاران



عنوان و نام پدیدآور: درسنامه‌ی اخلاق پزشکی برای دستیاران رشته‌های تخصصی پزشکی / نویسندگان باقر لاریجانی و همکاران.
 مشخصات نشر: تهران: بارانا، ۱۳۹۹.
 مشخصات ظاهری: ۵۹۸ ص.
 شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۶۵۶۴۱۱-۳
 وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا
 موضوع: اخلاق پزشکی -- مقاله‌ها و خطابه‌ها
 موضوع: Medical ethics -- Addresses, essays, lectures
 شناسه افزوده: اردشیر لاریجانی، باقر، ۱۳۴۰ -
 رده‌بندی کنگره: R۷۲۴
 رده‌بندی دیویی: ۱۷۴/۲
 شماره کتابشناسی ملی: ۷۳۴۳۹۹۴

نام کتاب:	درس‌نامه‌ی اخلاق پزشکی برای دستیاران رشته‌های تخصصی پزشکی
تالیف:	دکتر باقر لاریجانی و همکاران
ناشر:	بارانا
نوبت چاپ:	اول / ۱۳۹۹
شمارگان:	۵۰۰
لیتوگرافی، چاپ و صحافی:	دانش
بهاء:	۴۹۰۰۰۰ ریال



پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تهران، بزرگراه شهید چمران، خیابان جلال آل احمد، جنب بیمارستان دکتر شریعتی، پلاک ۱۰، کد پستی ۱۴۱۱۷ - ۱۳۱۳۷

تلفن: ۸۸۶۳۱۲۹۳ نمابر: ۸۸۶۳۱۲۹۵

978-622-6564-11-3





مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران



پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم
دانشگاه علوم پزشکی تهران

درس‌نامه‌ی اخلاق پزشکی برای دستیاران رشته‌های تخصصی پزشکی

نویسندگان:
دکتر باقر لاریجانی
و همکاران

فهرست

۱۵	فصل اول..... اصول و مبانی اخلاق پزشکی دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر فاطمه خانساری
۲۷	فصل دوم..... راه‌های مواجهه با تعارضات اخلاقی در پزشکی دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر منصوره مدنی، دکتر فاطمه خانساری
۴۷	فصل سوم..... درسنامه‌ی مبانی و قواعد فقه پزشکی دکتر سعید نظری توکلی، دکتر مصطفی محقق داماد
۸۵	فصل چهارم..... مبانی و قواعد حقوق پزشکی دکتر علیرضا میلانی‌فر
۱۱۹	فصل پنجم..... تعهدات حرفه‌ای دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر فاطمه خانساری
۱۴۵	فصل ششم..... ملاحظات اخلاقی در ارتباط پزشک و بیمار دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر سیدنصرالله سیار
۱۸۵	فصل هفتم..... ملاحظات اخلاقی در روابط پزشک با سایر اعضای تیم درمان دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر فاطمه خانساری
۲۰۷	فصل هشتم..... ملاحظات اخلاقی در ارتباط پزشک و جامعه دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر فاطمه خانساری
۲۲۹	فصل نهم..... ضوابط پوشش و آراستگی دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر فاطمه‌سادات نیری
۲۵۳	فصل دهم..... اتونومی و رضایت آگاهانه دکتر علیرضا پارساپور

۲۶۷	فصل یازدهم	تعیین ظرفیت و تصمیم‌گیری جایگزین دکتر علیرضا پارساپور، دکتر علی اکبر نجاتی صفا
۲۸۵	فصل دوازدهم	
۲۸۵	رازداری.....	دکتر امیراحمد شجاعی، دکتر پونه سالاری
۲۹۳	فصل سیزدهم	حریم خصوصی دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر نیکزاد عیسی‌زاده
۳۲۵	فصل چهاردهم	حقیقت‌جویی در ارتباط پزشک و بیمار دکتر امیراحمد شجاعی، دکتر احد فرامرز قراملکی
۳۳۳	فصل پانزدهم	گفتن خبر بد به بیماران دکتر مجتبی پارسا، دکتر کیارش آرامش
۳۴۹	فصل شانزدهم	درمان اجباری در روان‌پزشکی علی صابر، سید محمود طباطبائی
۳۶۳	فصل هفدهم	ملاحظات اخلاقی در درمان‌های کمک‌باروری دکتر رضا عمانی سامانی، حجت‌الاسلام دکتر محمد رضا رضائیا معلم
۳۸۹	فصل هجدهم	ملاحظات اخلاقی در مراقبت‌های پایان حیات دکتر مینا مبشر، دکتر علیرضا باقری
۴۱۱	فصل نوزدهم	عدالت در تخصیص منابع حوزه‌ی سلامت دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر فاطمه خانساری
۴۲۱	فصل بیستم	راه‌حل تعارض منافع و مصادیق آن در آموزش و پژوهش و درمان دکتر مجتبی پارسا
۴۴۳	فصل بیست و یکم	ملاحظات اخلاقی در آموزش بالینی دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر طاهره چنگیز

فصل بیست و دوم.....	۴۷۷

مدیریت اخلاقی خطای پزشکی

دکتر محمد محمدی، دکتر سید محمود طباطبایی

فصل بیست و سوم.....	۴۹۱

نگاهی به قوانین و مقررات مهم برای شاغلان در بیمارستان‌ها

سیدعلی اتجو، محمدعلی خورسندیان، مهرزاد کیانی، بهزاد شمس

فصل بیست و چهارم.....	۵۳۹

اخلاق در انتشار آثار پژوهشی

دکتر احسان شمسی گوشکی

ضمائم و پیوست‌ها.....	۵۵۷

مقدمه

اگر به حسن تو باشد طبیب در آفاق کس از خدای نخواهد شفای رنجوری^۱

اخلاق در طی قرون جزء مهمی از پزشکی محسوب شده است و حکما و اطباء ایرانی نیز به این مقوله توجه ویژه داشته‌اند (۱)؛ خصوصا آن که در فرهنگ دینی اسلام نیز ترغیب و تاکید فزونتر بر این موضوع وجود داشته است. اریک لووی^۲، یکی از محققین برجسته معاصر در حوزه اخلاق پزشکی جهان در کتاب خود، اخلاق پزشکی ایرانی در عهد باستان را ستوده است و آن را هم از حیث شناختی و هم رفتاری پیشرو دانسته است (۲). بسیاری از دانشمندان و پزشکان دوره اسلامی، از جمله ابن سینا، بخشی از کتب خود را به موضوع آداب اخلاقی و سیره و رفتار پزشکان اختصاص داده‌اند. علاوه بر سوگندنامه بقراط که قرون متمادی در بیمارستان‌های اسلامی الزامی بوده است، پندنامه علی ابن عباس اهوازی (۳۱۸-۳۸۴ ه.ق.) بطور جامع‌تری اخلاق را برای پزشکان دوره اسلامی تبیین نموده است (۳). اهوازی به عنوان بخشی از کتاب الملکی (کامل الصنعة الطبية) این آیین پزشکی را نگاشته است.

اما از اوایل قرن هفدهم میلادی، اخلاق پزشکی^۳ نوین از آداب پزشکی^۴ متمایز شد (۲). در دهه ۱۹۶۰ میلادی اخلاق پزشکی یا اخلاق زیستی (که سایر گروه‌های پزشکی مرتبط را نیز شامل می‌شود) به عنوان یک رشته علمی و آکادمیک ظهور کرد. آنچه طی دهه‌های اخیر باعث توجهی خاص‌تر به اخلاق در پزشکی و مراقبت‌های سلامت شده است فناوری‌های نوین، چالش‌ها و سوالات اخلاقی جدید، افزایش آگاهی عمومی و رشد مطالبات اخلاقی در جوامع بوده است. لذا اخلاق پزشکی معاصر، مقوله‌ای عمل‌گرا و

۱. غزلیات سعدی

2. Eric H. Loewy, MD (1927-2011)

3. Medical ethics

4. Medical etiquette

راهکاری کاربردی است که در صدد است پزشکان و ارائه کنندگان خدمات سلامت را یاری کند تا در پاسخ به سوالات اخلاقی هشیارانه‌تر و قاعده‌مندتر عمل نمایند (۴، ۵). شاید این تلقی وجود داشته باشد که پاسخ دادن به سوالات اخلاقی در حوزه سلامت چندان متفاوت از سایر حوزه‌ها نیست؛ اما حقیقت این است که چون سوژه اصلی در این حوزه، «انسان» و پیچیدگی‌های خاص اوست، جواب واحدی برای همه موارد وجود ندارد؛ لذا در برخی موارد مشاورین اخلاق پزشکی، به جای جواب دادن، به سوالات اضافه می‌کنند و گاه این سوالات، پایانی ندارند. اینجاست که قضاوت اخلاقی و مهارت تصمیم‌گیری اخلاقی، به رویکردهای فلسفی هم اتصال می‌یابد. مکاتب فضیلت‌گرایی^۱، سودگرایی^۲، وظیفه‌گرایی^۳ و سایر مکاتب فلسفی موجود، و نیز اصول و مبانی تعریف شده در قالب مکتب اصول گرایانه^۴، رویکردهایی هستند که در موارد چالشی، گاه راه‌گشا هستند. (لذا در این درسنامه نیز بدان‌ها اشاره شده است). همچنین، دیدگاه دینی و شریعت و فقه اسلامی، در برخی موارد به کمک حرفه‌مندان حوزه سلامت می‌آیند تا در تعامل نزدیک دین و اخلاق، «آنچه باید کرد» و «آنچه نباید» را مشخص سازند.

در کشور ما، دهه هفتاد شمسی نقطه عطف مهمی در توجه به اخلاق پزشکی معاصر بوده است (۶). همزمان با ایجاد دفتر مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی در معاونت فرهنگی، دانشجویی و مجلس آن زمان، اولین کنگره اخلاق پزشکی کشور به صورت بین‌المللی با حضور اندیشمندان داخلی و خارجی در سال ۱۳۷۲ برگزار شد. در حاشیه این کنگره پراهمیت، متون زیادی تدوین، تالیف و ترجمه شد (۷). پس از آن، کنگره‌های ملی و بین‌المللی متعددی برگزار شده است که امید می‌رود در ارتقای اخلاق پزشکی در جامعه و در میان حرفه‌مندان و بالینگران پزشکی مثمرتر بوده باشد. ایجاد مراکز تحقیقاتی اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های بزرگ کشور و توجه به آموزش دانشگاهی اخلاق پزشکی و گسترش دوره‌های تحصیلات تکمیلی خصوصاً دکترای تخصصی (PhD)، از جمله فعالیت‌هایی بوده‌اند که به انجام رسیده‌اند (۷). همچنین، کمیته‌های اخلاق در سطوح ملی، و کمیته‌های متناظر در مناطق، دانشگاهها، مراکز تحقیقاتی و بیمارستان‌ها طی این سال‌ها تعریف شده و ترکیب و وظایف و مسئولیت‌های محوله به آنان تبیین شده است. علاوه بر کمیته‌های اخلاق در پژوهش که نظارت کاملی بر تایید و تصویب طرح‌های تحقیقاتی در کشور دارند، کمیته‌های اخلاق بالینی / بیمارستانی نیز در بسیاری از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تشکیل شده و در مواجهه پزشکان و سایر اعضای تیم درمان و مراقبت با چالش‌های اخلاقی پیش روی، مشاور و همراه آنان هستند. طی بیش از دو دهه گذشته، موضوعات متعدد اخلاقی در حیطه‌های متنوع پزشکی همچون مبانی اخلاق پزشکی (۸)، ارتباط با بیمار (۹-۱۱)، حقیقت‌گوئی (۱۲، ۱۳)،

1. Virtue ethics
2. Utilitarianism
3. Deontology
4. Principlism

ژنتیک (۱۴)، فناوری‌های کمک باروری (۱۵)، سقط جنین (۱۶)، پیوند عضو (۱۷، ۱۸)، سلول‌های بنیادی (۱۹، ۲۰)، آموزش اخلاق پزشکی در ایران (۲۱)، پژوهش‌های پزشکی (۲۲)، و نیز دیدگاه‌های دینی مرتبط مورد توجه و نقد محققین و اندیشمندان کشور قرار گرفته است.

آنچه که در کشور ما تاکنون در حوزه اخلاق پزشکی انجام شده و آنچه که دستور کار آینده این حوزه خواهد بود برنامه راهبردی اخلاق پزشکی است. این برنامه راهبردی با همت گروه بزرگی از اساتید و فرهیختگان کشور تحت عنوان اولین برنامه راهبردی اخلاق پزشکی، طی دو کارگاه ملی در تبریز و مشهد در سال ۱۳۸۱ تدوین شد (۲۳)؛ و سپس در سال ۱۳۹۵ مورد بازنگری و تکمیل قرار گرفت که در نتیجه آن دومین برنامه راهبردی اخلاق پزشکی تدوین و پس از بررسی در شورای عالی اخلاق پزشکی کشور تصویب شد. دومین برنامه راهبردی اخلاق پزشکی ۸ هدف عمده را دنبال می‌کند که اقدامات و فعالیتهایی نیز برای دستیابی به اهداف مورد نظر در آن تعریف و مشخص شده‌اند. در این راستا و جهت رسیدن به شاخص‌های مورد نظر، تاکنون فعالیت‌های مبسوطی به انجام رسیده است. به عنوان مثال، تدوین منشور حقوق بیمار (۲۴)، کدهای اخلاق پرستاری (۲۵)، راهنماهای اخلاقی و قوانین مرتبط (۲۶) و همچنین تدوین و ترجمه برخی کتب و متون درسی برای استفاده علمی و آموزشی دانشجویان، دانش‌آموختگان و حرفه‌مندان حوزه سلامت طی دهه اخیر صورت پذیرفته است (۴).

اما مسلم است که وجود منابع لازم و راهنماهای اخلاقی در کشور نمی‌تواند تضمین‌کننده عمل اخلاقی باشد. تحلیل و ارائه راه حل برای چالش‌های اخلاقی، مستلزم کسب دانش لازم، بینش اخلاقی، و مهارت تصمیم‌سازی است. تصمیم‌سازی اخلاقی مهارت مهمی است و به عوامل متعددی از جمله وجود دانش اخلاقی، حساسیت اخلاقی^۱ در حرفه‌مندان، و توانایی و مهارت کافی برای تحلیل اخلاقی وابسته است. درسنامه حاضر با هدف افزایش دانش دستیاران پزشکی در کلیه حوزه‌های تخصصی طراحی و تدوین شده است و امید می‌رود که بتواند ضمن فراهم آوردن دانش لازم، با تقویت حساسیت اخلاقی پزشکان متخصص آینده کشور، راه را برای جستجوی مهارت‌های عملی و کسب صلاحیت‌های بالینی لازم هموار نماید.

حساسیت یا خودآگاهی اخلاقی، همان گونه که اشاره شد، پیش نیاز لازم برای تصمیم‌گیری اخلاقی است؛ و شاید مفهوم آن همان چیزی باشد که **امیر مومنان علی علیه السلام** در حدیثی فرموده‌اند که: «علم دو نوع است: علم طبعی و علم شنیداری؛ که اگر علم طبعی (فطری) نباشد، علم شنیداری بی‌فایده خواهد بود»^۲. حساسیت اخلاقی، شامل توانایی تشخیص و شناخت مسائل اخلاقی در حین عمل حرفه‌ای، و نشان دادن عکس العمل می‌باشد. در مقابل حساسیت اخلاقی، برخی صاحب‌نظران

1. Moral sensitivity/ sensibility

۲. بحار الانوار، ج ۱، ص ۲۱۸ (العلم علمان مطبوع و مسموع و لا ینفع المسموع اذا لم یکن المطبوع)

«نابینائی اخلاقی»^۱ را مطرح کرده‌اند که باعث می‌شود پزشک وجود یک مشکل اخلاقی را تشخیص ندهد و لذا در فکر راه حل نیز برنیاید. در این حالت، پزشک ممکن است علیرغم نیت و خواست قلبی، کاری انجام دهد که حتی در تقابل با ارزش‌ها و مبانی اخلاقی خویش باشد (۲۷).

توانمندی و تمایل حرفه‌مندان پزشکی در رعایت هنجارهای اخلاقی مؤلفه‌ای کلیدی در رفتار حرفه‌ای محسوب می‌شود؛ از این رو، طی دهه‌های اخیر، در بسیاری از مراکز آموزشی معتبر دنیا، دوره‌های آموزشی اخلاق پزشکی در سطوح مختلف به صورت مستمر اجرا می‌شود و پایش و ارزیابی متناسب نیز صورت می‌گیرد (۱). در حقیقت، امروزه اهداف آموزشی مرتبط با اخلاق، به نحوی در اهداف وسیع آموزش حرفه‌ای ثبت و ادغام شده است؛ هرچند هنوز در باره‌ی محتوای آموزش اخلاق در حرفه‌ی پزشکی و بهترین شیوه‌ی آموزش آن پرسش‌های فراوانی وجود دارد. به طور مسلم، کیفیت و گستردگی آموزش‌ها در سطوح گوناگون آموزش پزشکی مختلف خواهد بود؛ ولی هدف نهایی آن، تقویت تعهد حرفه‌ای، ایجاد حساسیت اخلاقی لازم و تلاش برای تصمیم‌سازی اخلاقی صحیح در برخورد با چالشهای اخلاقی در بالین است.

در کشورهای گوناگون، تقویت تعهد حرفه‌ای از طریق آموزش به شکل‌های مختلف پیگیری شده است؛ به عنوان نمونه، در کشور آمریکا همکاری سازمان‌هایی چون: انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا^۲ (AAMC)، کمیته‌ی ارتباطات آموزش پزشکی^۳ (LCME) و شورای اعتباربخشی تحصیلات عالی‌ی پزشکی^۴ (ACGME)، تدوین برنامه‌ای تحول‌گرایانه را در آموزش اخلاق حرفه‌ای با عنوان «پروژه متعادل‌سازی و ادغام آموزش پزشکی»^۵ (PRIME)، در دهه‌ی اخیر در پی داشته است (۲). در کشور ما نیز، همان گونه که ذکر شد، طی دهه‌های اخیر اهتمامی جدی در امر نهادینه‌سازی اخلاق در حوزه‌ی طب و زیست‌فناوری صورت پذیرفته است (۳). همسو با این هدف، به آموزش اخلاق پزشکی در سطوح مختلف دانشگاهی نیز توجهی ویژه شده است (۴). بند سیزدهم سیاست‌های کلان سلامت، بر «توسعه‌ی کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور» تأکید کرده است. ارائه آموزش‌های لازم در خصوص اخلاق پزشکی به حرفه‌مندان علوم پزشکی و نهادینه کردن ارزش‌های اخلاقی در بین آنان، که در واقع ارائه کنندگان خدمت در آینده هستند، اثر بسزایی در ارتقای نظام سلامت کشور خواهد

1. Moral blindness

2. The Association of American Medical Colleges (AAMC)

3. The Liaison Committee on Medical Education (LCME)

4. The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)

5. The Project to Rebalance and Integrate Medical Education (PRIME)

داشت. به فراخور نیاز، این موضوع در اولین و دومین برنامه‌ی راهبردی اخلاق پزشکی کشور که به عنوان نقشه راه روشنی در حوزه اخلاق پزشکی ملاک عمل قرار گرفته است نیز مغفول نمانده و در شمار اهداف و اولویت های اصلی آن به شمار می رود.

از سوی دیگر، از جمله گامهای طرح تحول نظام سلامت، برنامه تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی بود که این امر با تدوین بسته های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی به وقوع پیوست. این طرح در قالب ۱۱ بسته متفاوت تدوین شده است (۲۸) که بسته ی اعتلای اخلاق حرفه ای از آن جمله است و هدف آن ایجاد بستر لازم برای تعالی جامعه ی پزشکی، و ارتقای نحوه ی ارائه ی خدمات سلامت با تمرکز بر توسعه یافتگی آموزش اخلاق پزشکی به عنوان ششمین هدف از برنامه راهبردی اخلاق پزشکی است. محورهای اصلی بسته ی اعتلای اخلاق حرفه ای عبارت اند از:

- محور اول: طراحی و اجرای مدل بومی برنامه ی درسی مبتنی بر ارزش؛
 - محور دوم: طراحی و استقرار نظام دیده بانی، نیازسنجی، آسیب شناسی و ارتقاء ارزش ها و اخلاق حرفه ای پزشکی در نظام آموزش عالی سلامت؛
 - محور سوم: تدوین و اجرای برنامه ی جامع مدیریت کوریکولوم پنهان برای نهادینه سازی ارزش ها و اخلاق حرفه ای در مؤسسات آموزش عالی سلامت؛
 - محور چهارم: ترویج و توسعه ی زیرساخت های اخلاق حرفه ای در مراکز آموزش عالی نظام سلامت.
- تدوین درس نامه ی حاضر با در نظر داشتن مطالب پیش گفته و با یاری استادان و محققان و دانشجویان حوزه ی اخلاق پزشکی طی مدت بیش از سه سال به انجام رسیده است. برای تهیه محتوای کتاب و عناوین مورد نظر، ابتدا طی مرور مقالات و مطالعه نیازسنجی که توسط سرکار خانم دکتر فریبا اصغری دانشیار مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، یک سری از عناوین و سرفصلها که تدریس آنها در دوره دستیاری پزشکی ضروری به نظر می رسد به دست آمد. سپس عناوین مربوطه در دو جلسه بحث گروهی با شرکت متخصصین اخلاق پزشکی مورد بررسی و تبادل نظر قرار گرفت و در نهایت ۲۴ عنوان نهایی شد. در ادامه، اولویت بندی و ترتیب موضوعی سرفصلها با نظر متخصصین مربوطه صورت گرفت و روند تهیه محتوای درسی توسط دانشجویان دکترای تخصصی اخلاق پزشکی تحت نظر اساتید گرامی آغاز شد. پس از آن، پیش نویس اولیه درسنامه مورد داوری علمی قرار گرفت. برای این منظور از نظرات متخصصین و صاحب نظران اخلاق پزشکی استفاده شد. هر متن حداقل ۲ بار ارزیابی، داوری و اصلاح شده است. در نهایت متن کتاب مورد تایید نهایی قرار گرفت و ویراستاری ادبی شد. هر چند نگارش درسنامه ای که برای همه رشته های تخصصی و فوق تخصصی در حوزه پزشکی بطور یکسان قابل استفاده و کاربردی باشد، مشکل است؛ اما سعی شده است در یک سیر

و روال منطقی موضوعات اساسی و مهم در حیطه‌های مختلف پوشش داده شود. موضوعات متنوعی از مبانی فلسفی اخلاق پزشکی، حقوق و فقه پزشکی، تعهد حرفه‌ای (پروفشنالیسم)، تاروش‌های مواجهه با تعارضات اخلاقی، اخذ رضایت آگاهانه، تعیین ظرفیت و تصمیم‌گیری جایگزین، رازداری، حفظ حریم خصوصی، حقیقت‌گویی، تا بیان ملاحظات اخلاقی پایان حیات، فناوری‌های نوین کمک باروری، و بسیاری دیگر از چالش‌های اساسی مربوط به مادر و جنین، ملاحظات اخلاقی در فناوری‌های جدیدی چون ژنتیک، پیوند عضو و بافت، سلول‌های بنیادی، و اخلاق در آموزش و پژوهش و برخی موضوعات دیگر به فراخور نیاز در این درسنامه آورده شده‌اند.

سعی و اهتمام نویسندگان هر فصل بر این بوده است که ضمن رعایت چارچوبی نسبتاً واحد در تدوین مطالب، مباحث و چالش‌های اساسی مطرح شده در ذیل هر موضوع را به طور جامعی بیان کنند. جا دارد از زحمات سرکار خانم دکتر فرزانه زاهدی انارکی، سرکار خانم دکتر پونه سالاری و جناب آقای دکتر علیرضا پارساپور که در بازبینی، ویرایش و روند انتشار این کتاب نقش چشمگیری داشته‌اند تشکر و قدردانی به عمل آید. همچنین علاوه بر نویسندگان محترم هر فصل، از سرکار خانم‌ها دکتر سمانه تیرگر، دکتر حمیده موسی‌پور، دکتر ندا یآوری، دکتر سعیده سعیدی تهرانی و دکتر جنت مشایخی و دیگر همکارانی که در مراحل گوناگون نگارش و ویرایش و چاپ این درسنامه همکاری صمیمانه‌ای داشتند، بسیار سپاسگزاریم. امید که این اثر مورد عنایت اندیشمندان این حوزه قرار گیرد و در حوزه‌ی سلامت کشور منشأ اثراتی مفید باشد. بی تردید، نظرات و انتقادات استادان و دانش پژوهان در تقویت این مجموعه و رفع کاستی‌های آن بسیار موثر و ارزشمند خواهد بود.

دکتر باقر لاریجانی

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

۱۷ ربیع‌الاول ۱۴۴۲

آبان ۱۳۹۹

1. Bagher, Larijani & et al (2006). "An Introductory on Medical Ethics History in Different Era in Iran". DARU. Suppl. 1, P. 10-16.
2. Loewy, EH (1989). Textbook of Medical Ethics. Springer Science & Business Media; P. 4.
3. Syed, IB (2002). Islamic Medicine: 1000 years ahead of its times. JISHIM. 2, P. 2-9.
4. Bagher, Larijani (2013). The Physicians and Ethical Considerations (Pezashk va Molahezat-e Akhlaghi). Tehran: Baraye Farda.
5. Jonsen, AR & et al (2015). Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 8th ed. USA: McGraw-Hill Education.
6. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2008). "Contemporary Medical Ethics: An Overview From Iran". Dev World Bioeth. 8(3), P. 192-6.
7. Farzaneh, Zahedi. & et al (2009). "A Two-decade Review of Medical Ethics in Iran". Iran J public health. 38(Suppl. 1), P. 40-6.
8. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2008). "Islamic Principles and Decision Making in Bioethics". Nat Genet. 40(2), P. 123.
9. Alireza, Milanifar; & et al (2014). "Breaching Confidentiality: Medical Mandatory Reporting Laws in Iran". J Med Ethics Hist Med. 7, P. 13.
10. Mojtaba, Parsa; & et al (2015). "Informal Payments for Health Care in Iran: Results of a Qualitative Study". Iran J Public Health. 44(1), P. 79.
11. Hamidreza, Namazi; et al (2016). "The Doctor-Patient Relationship: Toward a Conceptual Re-examination". J Med Ethics Hist Med. 9, P. 10.
12. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2010). "Truth Telling Across Cultures: Islamic Perspectives". Iranian J Med Ethics Hist Med. 3(5), P. 1-11.
13. Farzaneh, Zahedi (2011). "The Challenge of Truth Telling Across Cultures: A Case Study". J Med Ethics Hist Med. 4, P. 11.
14. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2006). "Medical Genetic Ethics, Islamic View and Considerations in Iran". DARU. Suppl. 1, P. 48-55.
15. Farzaneh, Zahedi; & Bagher, Larijani (2006). "Considerations of Third-party Reproduction in Iran". Hum Reprod. 22(3), P. 902.
16. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2006). "Changing Parameters for Abortion in Iran". Indian J Med Ethics. 3(4), P. 130-131.
17. Bagher, Larijani; & et al (2004). "Ethical and Legal Aspects of Organ Transplantation in Iran". Transplant Proc. 36(5), P. 1241-1244.
18. Atieh, Pajouhi; & et al (2014). "Paid Living Kidney Transplantation in Iran: Rethinking the Challenges". Am J Bioeth. 14(10), P. 40-2.
19. Farzaneh, Zahedi; & Bagher, Larijani (2004). "Stem Cells: Ethical and Religious Issues". Bioethics in the 21st Century. InTech.
20. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2004). "Islamic Perspective on Human Cloning and Stem Cell Research". Transplant Proc. 36(10), P. 3188-3189.
21. Bagher, Larijani; & Elaheh, Motevasseli (2006). "Needs and Necessities of Medical Ethics Education". DARU. Suppl. 1, P. 21-27.
22. Farzaneh, Zahedi; & Bagher, Larijani (2012). "Research Ethics Committees: Need for Capacitating Members". Iranian J Med Ethics Hist Med. 5(1), 1-8.

23. Bagher, Larijani; & et al (2006). "Strengthening Medical Ethics by Strategic Planning in the Islamic Republic of Iran". *Dev World Bioeth.* 6(2), P. 106-110.
24. Alireza, Parsapoor; & et al (2014). "Patient's Rights Charter in Iran". *Acta Med Iran.* 52(1), P. 24-28.
25. Mahnaz, Sanjari; & et al (2008). "Ethical Codes of Nursing and the Practical Necessity in Iran". *Iran J Public Health.* 37(Supple 1), P. 22-7.
26. Bagher, Larijani (2008). "National Bioethical Legislation and Guidelines for Biomedical Research in the Islamic Republic of Iran". *Bull World Health Organ.* 86(8), P. 630-634.
27. Christian, Ineichen; & et al (2017). "Measuring Value Sensitivity in Medicine". *BMC Med Ethics.* 18(1), P. 5.
۲۸. بدون نام. بسته های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی: مبتنی بر برنامه آموزش عالی حوزه سلامت، کمیته تحقیق و توسعه معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مهرماه ۱۳۹۴

فصل اول

اصول و مبانی اخلاق پزشکی

دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر فاطمه خانساری

معرفی نمونه‌ی اول

مردی ۳۶ ساله جهت اهدای مغز استخوان برای پیوند به پسرعموی بیمارش مراجعه کرده است. پزشک او در تماس با پزشک متخصص بیهوشی بیان می‌کند که بیمار بسیار مضطرب است و از متخصص بیهوشی درخواست می‌کند که به علت اضطراب بیمار، درباره‌ی عوارض و خطرات شیوه‌ی آسپیراسیون مغز استخوان با او صحبت نکند؛ زیرا ممکن است این توضیحات موجب «وحشت» بیمار و انصراف او از اهدای مغز استخوان به پسرعمویش شود.

معرفی نمونه‌ی دوم

مردی شصت‌ساله با تشخیص حمله‌ی قلبی به بیمارستان مراجعه کرده و با پیش‌آگهی بسیار ضعیف، در بخش بستری شده است. او از شما می‌خواهد هیچ‌کدام از اطلاعات پزشکی‌اش را با همسرش در میان نگذارید؛ زیرا فکر می‌کند همسرش طاقت شنیدن این خبر را ندارد. همسر او در راهرو بیمارستان شما را می‌بیند و درباره‌ی پیش‌آگهی شوهرش می‌پرسد.

۱. مقدمه

اسرا و زندانیان را سوژه‌ی پژوهش کرده و از مسیر اخلاق خارج شده بودند. هفده سال بعد (۱۹۶۴) در هجدهمین همایش جامعه‌ی جهانی طب که در هلسینکی برگزار شد، اصول اخلاق در پژوهش‌های پزشکی تدوین و به بیانیه‌ی هلسینکی معروف شد. این بیانیه یازده سال بعد بازنگری و «هلسینکی ۲» نامیده شد. گزارش بلمونت که دستورالعملی برای اجرایی و کاربردی کردن بیانیه‌ی هلسینکی بود، سنگ بنای برساختن و تمایز اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی محسوب می‌شود (۱).

برخی شروع اخلاق پزشکی نوین را از ملاحظات پسینی در پژوهش‌های پزشکی می‌دانند؛ اما مبانی همین بیانیه‌ها به اخلاق بالینی هم راه پیدا کرد و میان نگاه پدرسالارانه به بیمار و نگاهی که بیمار را در فرایند درمان، تصمیم‌گیر فرض می‌کند، تفکیک بنیادین ایجاد کرد.

این مبانی به تدریج در قالبی اصل‌گرایانه جای گرفت و چهار اصل کلاسیک اخلاق پزشکی، یعنی احترام به خودمختاری فرد (بیمار)، سودرسانی، ضرر نرساندن و عدالت را ایجاد کرد. بی‌تردید اخلاق پزشکی بر خلاف روی آورد سنتی، از فروکاهش فراتر رفته است و تنها در حیطه‌ی اخلاق پزشکان نمی‌گنجد؛ مباحثی مانند اخلاق سازمانی یا اخلاق فناوری نیز به این مقوله وارد شده است. از سوی دیگر باید روشن ساخت تفاوت در مبانی فرهنگی و دینی چه تمایزی در تفسیر این اصول ایجاد می‌کند و آیا اصلاً این چهار اصل اخلاقی، می‌توانند همه‌ی شئون حرفه‌های علوم پزشکی را در همه‌ی فرهنگ‌ها پوشش دهند یا خیر؛ از این‌رو بررسی

اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی در چند دهه‌ی اخیر، بنیانی برای کنش‌های اخلاقی در حوزه‌ی سلامت برساخته است. موضوع اخلاق پزشکی، شاخه‌ای بین‌رشته‌ای است که بر حسب نگاه دینی یا سکولار به آن، از تلفیق رشته‌های مختلف مانند علم اخلاق، فلسفه‌ی اخلاق، اخلاق حرفه‌ای، مدیریت، روان‌شناسی، فقه، فلسفه‌ی وجودی، الهیات و حتی فلسفه‌ی تحلیلی پدید آمده است. خاستگاه اخلاق پزشکی در تاریخ اسلامی ایرانی این دیار، نگاه حکمت‌آمیز به طب و مواجهه‌ی پزشک و بیمار بوده است.

اما اخلاق پزشکی نوین، به موازات رشد فناوری پزشکی و ظهور مسائل نو و بی‌سابقه در طب، با تأملات فلسفی در باب موضوعات نوپدید و چالش‌های اخلاقی ناشی از آن‌ها شکل گرفته است. جنبه‌ی کاربردی اخلاق پزشکی نوین، از دستورالعمل‌ها و بیانیه‌های متعدد مانند «بیانیه‌ی نورنبرگ»^۱، «هلسینکی»^۲ و «بلمونت»^۳ آغاز شده که هر کدام از این بیانیه‌ها، چند بار تجدید و بازبینی شده است. این بیانیه‌ها به دنبال خطاهای اخلاقی دانشمندان هنگام پژوهش بر انسان شکل گرفتند؛ به تعبیری، صدور این بیانیه‌ها، واکنشی علیه افسارگسیختگی اخلاقی پژوهشگران حوزه‌ی پزشکی بود.

از نظر تاریخی اولین بیانیه در این زمینه، بیانیه‌ی نورنبرگ است که در سیر محاکمه‌های پزشکان نازی صادر شد. این پزشکان در جنگ جهانی دوم،

1. Nurenberg
2. Helsinki
3. Belmont

به رسمیت می‌شناسد. این چهار اصل در کنار هم دستورالعمل‌های کلی را فراهم می‌آورند و هر کدام به‌طور مجزا بر تعهدات و مسئولیت‌های خاصی تأکید می‌کنند؛ در مواردی که تعارضی میان هر کدام از این اصول به وجود می‌آید، برون‌رفت از این تعارض مستلزم ایجاد توازن و تعادل است. نظم از پیش تعیین شده و نیز اولویت‌ارزشی بر این چهار اصل حاکم نیست و در نظر اول از حیث اهمیت مساوی‌اند (۳).

بهره‌گیری از اصول اخلاقی و به‌طورکلی اصل‌گرایی در اخلاق پزشکی چند مزیت دارد: یکم آنکه در تصمیم‌گیری‌های بالینی وحدت رویه ایجاد می‌کند و ابهام و ابهام و سرگستگی را در نیل به تصمیم اخلاق بالینی کاهش می‌دهد؛ دوم آنکه با آفرینش گفتمان اخلاقی یکسان، تعهدات اخلاقی مشخصی را برای خدمت‌رسانان حوزه‌ی سلامت ایجاد می‌کند؛ البته اصل‌گرایی در اخلاق پزشکی از جنبه‌های مختلف نقد شده است که در ادامه به گوشه‌ای از آن‌ها خواهیم پرداخت.

با توجه به ملاحظات درمانی، در میان اصل‌گرایی و بدیل آن، اقتضاگرایی (که بر شهود اخلاقی در موقعیت خاص تأکید می‌کند) می‌توان مزایای اصل‌گرایی را بیشتر دانست و بر کاربردی بودن آن تأکید کرد. به نظر می‌رسد پابندی به اصل‌گرایی با ایجادکردن الگوهای مشابه در موقعیت‌های مختلف، می‌تواند موقعیت‌های خاص اخلاقی را به موقعیت‌های مشابه و عام تبدیل کند؛ اما بی‌تردید نمی‌توان از پزشکان انتظار داشت که کاملاً اقتضاگرا باشند و در هر موقعیت خاص اخلاقی، همه‌ی جوانب آن را بکاوند؛ از این‌رو همان‌طور که گفته شد

گستره‌ی مدعای بیچامپ و چیلدرس^۱، مبدعان این چهار اصل و نویسندگان کتاب اصول اخلاق زیستی، و مطالعات تطبیقی مدعیات اصل‌گرایانه با فرهنگ ایرانی اسلامی ضروری می‌نماید.

۲. اصول اخلاق پزشکی

سرآغاز اخلاق پزشکی مدرن، چهار اصل بنیادین احترام به حق انتخاب و استقلال بیمار، ضرر نرساندن، سودرسانی و عدالت است که کمترین تلقی از اخلاق است. در سال ۱۹۷۸، کمیته‌ی ملی آمریکا که حمایت از افراد و حیوانات را در تحقیقات بیولوژی و بیوتکنولوژی به عهده دارد اصولی سه‌گانه را بنا نهاد که در آن احترام به حاکمیت و استقلال افراد، انجام اقدامات مفید و سودمند و جلوگیری از آسیب‌های جسمی و روانی را در نظر گرفته بود. محققان و دانشمندان این اصول را به کار گرفتند و به تدریج پزشکان و متخصصان نیز در مواجهه‌ی بیماران از آن بهره بردند. چندی بعد، این سه اصل با اضافه‌شدن اصل رعایت عدالت، به چهار اصل بنیادی در اخلاق تبدیل شد. در سال ۱۹۸۰، اصول پیش‌گفته به‌عنوان اصول اخلاق زیستی پذیرفته‌شده به‌طور گسترده به اجرا درآمد (۲).

رویکرد چهار اصل بنیادی به اخلاق که بیچامپ و چیلدرس آن را مطرح کرده‌اند، مسلماً شناخته‌شده‌ترین و بانفوذترین نمونه‌ی رویکرد مبتنی بر اصول است. این رویکرد، چهار اصل کلیدی برآمده از تفکرات اخلاق مشترک^۲ و سنت‌های پزشکی عصرها و قرن‌های گذشته را

1. Beauchamp and Childress

2. Common Morality منظور از «Common Morality»

رفتار افراد غالب اجتماع آن را تعیین می‌کند.

اصل‌گرایی می‌تواند شیوه‌ای مناسب برای خروج از دوره‌های اخلاقی و حل مسأله‌های اخلاق زیستی باشد (۴).

۲-۱. احترام به اتونومی

احترام به حریم انسانی و شخصیت مستقل بیماران و آزادی و خودمختاری آنان که گاه از آن به احترام به اتونومی^۱ تعبیر می‌شود، یکی از اساسی‌ترین اصول اخلاق پزشکی است. استقلال بر مسئولیت شخصی فرد تأکید دارد و اینکه هر فرد مسئول و سکان‌دار زندگی خویش است؛ او حق دارد آنچه را که بدان تمایل دارد انتخاب کند؛ درباره‌ی مسائل زندگی خودش تصمیم بگیرد و آنچه را که انجام می‌دهد، تحت کنترل داشته باشد.

خودمختاری شامل ظرفیت فهم و درک اقدام و موقعیت پیش‌آمده و همچنین، توانایی انجام‌دادن آن و کنارآمدن با آن است. این اصل در واقع ارج‌نهادن به ارزش‌ها، افکار، اندیشه، علایق، تمایلات، اهداف و تجارب بیمار است. بنا بر این

اصل، اعمال و انتخاب فرد باید کاملاً آزادانه، بدون اعمال فشار، تهدید و ترغیب از سوی دیگران باشد. این اصل پزشک را بر آن می‌دارد تا ضمن احترام به انتخاب بیمار، در مقابل ارزش‌ها، باورها، عقاید و مذهب، تمایلات و حتی واهمه‌های بیمار، رفتاری همدلانه پیشه کند (۳).

۲-۱-۱. کرامت ذاتی زندگی انسانی

یکی از پیش‌فرض‌های احترام به اتونومی آدمی، کرامت ذاتی انسان است. که در غرب از آن به human dignity یاد می‌شود. مراد از کرامت ذاتی، ارزش فی‌نفسه‌ی فرد به‌صرف انسان بودن

است. کرامت انسانی به شیوه‌ی ارزش‌گذاری دیگران درباره‌ی ما وابسته نیست؛ همه‌ی مردم از حقوق مسلمی برخوردارند که باید توسط جامعه‌ی مدنی و سیاست‌مداران به رسمیت شناخته شود و محترم و ارزشمند شمرده شود. این حقوق انسانی نه به فرد خاص و نه به پدر و مادر وابسته است و نه امتیازی برساخته‌ی توسط جوامع و دولت‌هاست. این حقوق متعلق به سرشت انسانی است و فضیلتی است که با شروع زندگی و خلقت انسان به او عطا می‌شود. با این دیدگاه منزلت انسان بی‌قید و شرط است.

از دیدگاه ادیان الهی زندگی انسان مقدس است؛ زیرا شروع آن با خلقت خداوند است و تا همیشه این رابطه‌ی خاص و منحصر به فرد با خالق تداوم می‌یابد. تنها خداوند از شروع تا پایان زندگی انسان‌ها، مالک زندگی آنان است و هیچ‌کس نمی‌تواند با هیچ ادعا و توجیهی و تحت هر شرایطی حق حیات را از خود یا هر انسان بی‌گناه دیگری سلب کند (۱).

۲-۱-۲. اجزای اتونومی

الف. رضایت^۲ آزادانه و آگاهانه

شروع رابطه‌ی پزشک و بیمار مستلزم احترام به خواست فرد به‌صورت فعالانه است. این مهم در قالب کسب رضایت از بیمار معنا می‌یابد. رضایت شامل سه مؤلفه‌ی اساسی است: ارائه‌ی دقیق و صادقانه و صریح اطلاعات، لحاظ کردن ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار و احراز تصمیم‌گیری داوطلبانه‌ی او.

ارائه‌ی اطلاعات لازم و مناسب با صراحت و صداقت برای تصمیم‌گیری و رضایت بیمار ضروری است. باید میزان درک بیمار را از اطلاعاتی که دریافت می‌کند

2. Consent

1. Respect for Autonomy

دروغ‌گویی، مبهم‌گویی، حتی به نیت خیر محل مناقشه است. جز در موارد خاص و اندک که بیمار ظرفیت شنیدن خبر بد را ندارد، در سایر موارد حقیقت‌گویی به صلاح بیمار است حتی اگر با رنج اولیه همراه باشد.

د. رازداری^۴

رازداری ستون حیات اجتماعی بشر است. پزشکان در مقام حرفه‌مندان، در برابر حفظ اسرار بیماران و مراجعان مسئولیتی دوچندان دارند. مجال طبابت شاید حریمی اطمینان‌بخش برای طرح همه‌ی اسرار زندگی از سوی بیماران باشد. اقتضای احترام به خواست و اتونومی بیماران آن است که پزشکان، نسبت به حفظ راز بیماران بیشترین وسواس را داشته باشند و جز در موارد خاص و مطرح در قانون رازشکنی نکنند (۳).

۲-۱-۳. پدرسالاری^۵ یا اتونومی^۶؟

تا اوایل قرن بیستم رویه‌ی معمول پزشکان، مبتنی بر روش پترنالیسم یا پدرسالارانه بود؛ یعنی پزشک حق داشت با توجه به دانش، فهم و برداشت خود از گفته‌های فرد، آنچه را به نفع بیمار بود انجام دهد و به عبارتی از جانب بیمار برای او تصمیم بگیرد؛ اما امروزه با توجه به تحولات فراوان در عوامل مداخله‌گر اجتماعی و احساس نیاز به مباحث فلسفه‌ی طب به دلیل فاصله‌ی زیادی که بین تکنولوژی و ارزش‌های انسانی به وجود آمده است، توجه به اتونومی ضروری است؛ البته پدرسالاری در مواردی نظیر فوریت بیماری و در اورژانس‌های پزشکی اجتناب‌ناپذیر است.

لحاظ کرد و به قدر امکان و توانایی، او را از شرایط و نتایج حاصل از اقدامات تشخیصی و درمانی آگاه ساخت. این آگاه‌سازی باید متناسب با ظرفیت درک مطلب^۱ و تصمیم‌گیری بیمار صورت گیرد، تا بیمار بتواند اطلاعاتی را که دریافت می‌کند به‌خوبی پردازش کند و با توجه به آن تصمیم بگیرد و عواقب تصمیمش را نیز در نظر آورد. بی‌تردید پزشکان باید از ادبیاتی بهره‌برند که مفهوم و فاقد عبارات مغلق و فنی پیچیده باشد.

مؤلفه‌ی سوم یا تصمیم‌گیری داوطلبانه به این معناست که بیمار باید آزادانه، آگاهانه و بدون هیچ تهدید یا تطمیع یا فشار روانی و فیزیکی یا ترغیب غیرضروری و غیرمنطقی تصمیم بگیرد.

ب. آشکارسازی^۲

ارائه‌ی اطلاعات مرتبط با بیماری از سوی پزشک برای بیمار (مشمول بر توضیح شیوه و مدت‌زمان درمان، اثرات و عوارض آن و سایر درمان‌های جایگزین، مزایا و معایب آن‌ها) و درک این اطلاعات توسط بیمار دو جزء اصلی آشکارسازی است. آشکارسازی سبب مشارکت آگاهانه‌ی بیمار با پزشک در روند مراقبت‌های درمانی و اعتماد بیمار به پزشک خویش می‌شود.

ج. حقیقت‌گویی^۳

مبنای طب، صداقت و اعتماد است. حقیقت‌گویی به بیمار، علاوه بر ایجاد اعتماد و اطمینان در رابطه‌ی پزشک و بیمار روند درمان را تسهیل می‌کند و بیمار را برای پذیرش و طی مسیر سلامت و درمان مهیا می‌سازد. کتمان حقیقت، به هر طریق از جمله

4. Confidentiality
5. Paternalism
6. Autonomy

1. Competency
2. Disclosure
3. Truth Telling

مبنای فلسفی رویکرد پدرسالارانه به بیمار، کرد (۵).

مصلحت‌اندیشی برای اوست. از آنجاکه طبیب بر بیمار تفوق علمی دارد، ممکن است این‌گونه به نظر برسد که او برای تصمیم‌گیری درباره‌ی روند درمانی بیمار صلاحیت بیشتری دارد؛ اما اقتضای احترام به کرامت انسانی و خواست بیمار حکم می‌کند حتی در مواردی که بیمار خواسته‌ای دارد که از نظر پزشک با مصالح او سازگار نیست جای آنکه رویکردی تحکمی و پدرسالارانه اتخاذ شود، بهتر است با گفت‌وگو و مذاکره‌ی مؤثر با بیمار، خواست او را تا مصلحت او برکشیم و آگاهی‌اش را ارتقا دهیم. رویکرد نامناسب آن است که بیمار را به بهانه‌ی کم‌سوادی از میدان تصمیم‌گیری درمانی خارج کنند.

۲-۲. اصل سودرسانی^۱

سودرسانی را می‌توان آینده‌نگرانه‌ترین اصل در میان اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی برشمرد. ادموند پلگرینو^۲ فیلسوف و نظریه‌پرداز حوزه‌ی سلامت بر این باور است که این اصل به‌تنهایی اخلاق پزشکی را کفایت می‌کند و می‌تواند ملاحظات اخلاق زیست پزشکی را در بر بگیرد. اخلاق کاربردی در جهان جدید به‌شدت با مفهوم سودرسانی عجین شده است؛ چنان‌که ملاحظات حرفه‌گرایی و حرفه‌مندی (که بنیانی وظیفه‌گرایانه دارند)، در سایه‌ی سودرسانی مبتنی بر سودگرایی قرار دارند. البته هنگامی که از اصل سودرسانی سخن به میان می‌آید، الزاماً مراد از این اصل مکتب فلسفی خاص سودگرایی و نتیجه‌گرایی نیست، بلکه می‌توان آن را در بستری فضیلت‌گرایانه یا وظیفه‌گرایانه نیز تحلیل

این رویکرد که «بیشترین سود را بیمار زمانی می‌برد که بر وظایف اخلاقی پافشاری شود»، تفسیری از اصل سودرسانی در پرتو وظیفه‌گرایی است. این تلقی نیز که «بیشترین سود برای بیماران زمانی حاصل می‌شود که خدمت‌دهندگان سلامت، نیتی خیرخواهانه داشته و البته ورز اخلاقی پیدا کرده باشند» تفسیری فضیلت‌گرایانه از این اصل است. احتمال اینکه یک فرد خیرخواه عملی خوب انجام دهد بسیار زیاد است. اگرچه ممکن است خیرخواهی همیشه در مقام عمل به یک نتیجه‌ی خوب منتهی نشود. چنین کسی ممکن است خیرخواه باشد، اما الزاماً سودرسان نباشد. اگر از اصل سودرسانی تفسیری نتیجه‌گرایانه به دست دهیم، در آن صورت باید آن را در پرتو مکتب نتیجه‌گرایی تحلیل کرد؛ بنابراین اصل اقدامات پزشکان و مراقبان بهداشتی باید در جهت حفظ منافع بیمار باشد؛ از این‌رو باید اطمینان حاصل کرد آنچه برای بیمار انجام می‌گیرد نتایج عملی و واقعی سودمندانه‌ای در بر خواهد داشت. البته ارزیابی سودمندی درباره‌ی هر بیمار منحصر به شرایط و وضعیت اوست. به دیگر سخن، ممکن است اقدامی برای یک بیمار مؤثر و مفید باشد، درحالی‌که همان اقدام درباره‌ی بیمار دیگر نتیجه‌ی منفی و صدمات جسمی و روحی به بار آورد. بدیهی است اولین شرط سودرسانی به بیمار صلاحیت و کفایت دانش علمی و عملی پزشک است.

اصل سودرسانی، در کنار اصل ضرررساندن یا نازیان‌مندی معنا می‌یابد. گاهی ممکن است یک اقدام درمانی برای بیمار سود فراوانی داشته

1. Beneficence
2. Edmund Pellegrino

تشخیص نیت است و چون امکان احراز نیت وجود ندارد، به لحاظ رعایت حقوق بیماران، باید توجه حرفه‌مندان حوزه‌ی سلامت را به اقدامات درمانی و عواقب آن‌ها معطوف کرد. شأن حرفه‌ای طب چنان فرض می‌شود که همه‌ی حرفه‌مندان بنابر احسان عمل می‌کنند و به همین دلیل است که قصور پزشکی باید اثبات شود (۶).

۲-۳. اصل ضرر نرساندن به دیگران^۱

مراد از اصل نازیان‌مندی آن است که حوزه‌ی سلامت چه به‌عنوان فرد و چه در قالب سیستم و سازمان از هرگونه آسیب به بیماران بپرهیزد. این اصل در توازن با اصل سودرسانی قرار می‌گیرد؛ اما از بعضی جوانب، می‌توان مبانی نظری متفاوتی را برای آن فرض کرد. همچنین در مقام عمل نیز، مصادیق متمایزی با اصل سودرسانی پیدا می‌کند. مفهوم بیماری با در معرض آسیب و ضرر بودن پیوند خورده است. این امر ممکن است به حساسیت‌زدایی پزشکان و سایر خدمت‌دهندگان حوزه‌ی سلامت و زیانی که به بیمار می‌رسد منجر شود. به تعبیر دیگر گاهی به خطا ممکن است ضرر و زیان را امری بدیهی و محتوم فرض کنیم. آمیخته‌بودن طب با اقداماتی که در آن احتمال آسیب به بیمار بسیار است، می‌تواند منجر به طبیعی‌انگاشتن بسیاری از خطاهای پزشکی شود. اصل نازیان‌مندی به همین علت به‌عنوان اصلی بنیادین در نظر گرفته شده است (۳).

این پرسش که چرا با وجود اصل سودمندی (که نگاهی ایجابی و غایت‌نگرانه دارد)، اصل ضرر نرساندن (که نگاهی سلبی دارد)، جای آنکه در

باشد، اما ضرر محتمل آن نیز بسیار جدی باشد. از آن طرف ممکن است اقدام درمانی منجر به سود کمتری شود و ضرر محتمل آن نیز ناچیز باشد. در کنار هم قراردادن این دو اصل ما را به اتخاذ شیوه‌ی دوم راهنمایی می‌کند. به تعبیری اصل سودرسانی قرار نیست ضرر و زیان جدی وارد به بیماران را به قیمت سود احتمالی بالا نادیده بگیرد (۳).

نکته‌ی دیگری که باید لحاظ کرد اهمیت اصل سودرسانی در پرتو عدالت است. موجه نیست سودرسانی به یک فرد، نتیجه‌ی ضرر و زیان به دیگران باشد؛ بلکه باید بیشترین سود را برای عموم مراجعان و بیماران در نظر گرفت. در مباحث عدالت در تخصیص منابع، این موضوع بیشتر کاویده خواهد شد. همچنین باید تفسیری از سود به دست داد تا معنای آن واضح باشد و هر اقدامی سودانگازانه فرض نشود؛ به‌طور مثال در ملاحظات پایان حیات شاید سود بیمار در مرگ آرام و خوش باشد؛ در صورتی که در موقعیت‌های دیگر ممکن است سود را طور دیگری تفسیر کنیم. اجماع پزشکان و سیاست‌گذاران حوزه‌ی سلامت یکی از منابع تفسیر سود است.

از منظر فقهی، سودرسانی در قالب قاعده‌ی احسان بیان می‌شود. مفاد قاعده چنین است: کسی که عمل خسارت‌باری انجام دهد، در صورت ورود خسارت به دیگری ضامن است؛ اما اگر این عمل با حسن نیت فاعل و به قصد مراقبت از مال مالک و به انگیزه‌ی خدمت به او بوده باشد و آنگاه به‌طور اتفاقی موجب زیان و ضرر گردد، اقدام‌کننده ضامن نیست؛ چون در این عمل قصد احسان داشته است. آنچه در قاعده‌ی احسان اهمیت دارد

1. Non Maleficence

را بر عهده گرفته، خسارت ایجادشده را تا حد امکان جبران کنند. بعضی از متفکران اخلاق بر این باورند که اصل نازیان‌مندی آنچنان اهمیت دارد که اگر سه اصل دیگر را نادیده بینگاریم این اصل می‌تواند به‌تنهایی گلیم اخلاق را از آب طبابت بیرون کشد (۷).

۲-۴. اصل عدالت

عدالت^۲ در شمار اوصاف اخلاقی است؛ از این رو باید از افعال اخلاقی متمایز شود. عدالت از آنجاکه وصف است، همواره مقبول همگان است و استثناناپذیر به شمار می‌رود و البته همین ویژگی نقطه‌ی تمایز و قوت این اصل است. مساوات اولین تداعی از واژه‌ی عدالت است و از منظر ارسطو نیز در معنای خاص کلمه برابرداشتن اشخاص و اشیاء است؛ اما این به معنی تساوی ساده‌انگارانه‌ی ریاضی نیست؛ بلکه «فضیلتی است که به موجب آن باید به هرکس آنچه را که حق اوست داد» (۸). عدل به معنای انصاف نیز به کار رفته است. انصاف یعنی آنچه برای خود می‌پسندی برای دیگران هم بپسند. این تلقی از عدالت تقریباً در همه‌ی مکاتب دینی و معنوی بشر تکرار شده است.

با توجه به اهمیت موضوع عدالت در حرفه‌ی پزشکی، شرح این مبحث در فصل عدالت در تخصیص منابع به تفصیل آمده است و در اینجا در مقام یکی از اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی، به‌اختصار به موضوع اشاراتی می‌کنیم. پزشکان و مراجعان بهداشتی باید رفتاری همراه با عدالت و احترام به حقوق سایرین داشته باشند و براساس قوانین و اصول پذیرفته‌شده‌ی اخلاقی، میزان و

دل همان اصل فهم شود در قالب یک اصل اخلاقی مجزا مطرح شده است، شایان توجه است. طرح اصل نازیان‌مندی هم معطوف به مسأله‌ی خطای پزشکی است و هم معطوف به رنج ضرر و زیان بیمارانی که به هوای سلامت به مرکز درمانی مراجعه می‌کنند.

در تشریح این اصل، مسأله‌ای که غالباً مغفول می‌ماند، موضوع خطاها یا اشتباهات پزشکی است. خطاهای پزشکی^۱ سالانه هزینه‌های هنگفت جسمی و روانی و اقتصادی بر افراد و بر جامعه تحمیل می‌کند. با استناد به مطالعات انجام‌شده، سالانه بیماران فراوانی به علت اشتباهات پزشکی جان خود را از دست می‌دهند. با وجود اینکه با پیشرفت علم و فناوری‌های پزشکی از میزان این خطاها نسبت به گذشته به مراتب کاسته شده است، از پزشکان و کادر درمانی انتظار می‌رود با افزایش حساسیت اخلاقی و ارتقای سطح علمی، هرکسی در مقام خود از میزان این خطاها بکاهد.

با نظر به مطالب ذکرشده می‌توان اصل نازیان‌مندی را از دو منظر بررسی کرد: یکم، عامدانه‌بودن آسیب که به دلیل سوءرفتار حرفه‌ای رخ می‌دهد و دوم غیرعامدانه‌بودن آن، که یا مانند عوارض دارویی یا عوارض جراحی پیش‌بینی‌شدنی است یا به دلیل خطای پزشکی و پیش‌بینی‌ناشدنی است. مسئولیت حرفه‌ای کادر پزشکی ایجاب می‌کند با انتخاب شیوه‌های درمانی مناسب و کم‌عارضه، آسیب‌های پیش‌بینی‌شدنی را به حداقل برسانند و در رخدادهای اشتباه و خطای پزشکی مسئولیت‌پذیر و پاسخ‌گو باشند و با شجاعت مسئولیت اشتباه خود

2. Justice

1. Medical Error

موجود در بازار می‌یابد. این رویکرد در نهایت به تلقی ابزارانگاره از گروه‌های هدف یعنی بیماران خواهد انجامید. این تلقی، تخصیص و تقسیم منابع سلامت را همان بازاریابی آن می‌داند. در مقابل، «رویکرد فرایندی» قرارداد. در رویکرد فرایندی به عدالت، پنج اصل اهمیت دارد: مسئولیت‌پذیری^۱، پاسخ‌گویی^۲، انصاف^۳، شفافیت^۴ و گشودگی^۵.

در این رویکرد، تخصیص منابع فرایندی است که در سطح خرد و میانی، پیش از نیاز بیمار شروع می‌شود و تا پس از رفع نیاز همچنان ادامه می‌یابد؛ در سطح کلان نیز استراتژی‌ها مبتنی بر اصول پیش‌گفته پایه‌ریزی می‌شود تا گفتمان عدالت‌محور را در حوزه‌ی سلامت پایدار کند و موجب قوام و دوام آن شود (۱۰).

۳. نقدی بر اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی

رویکرد این چهار اصل، مبتنی بر اصل‌گرایی در اخلاق است. می‌توان اصل‌گرا نبود و اخلاقی زیست؛ به تعبیر دیگر، اصل‌گرایی^۶ تنها شیوه‌ی سنجش اخلاق نیست؛ بلکه گروهی معتقدند باید خاص‌گرایی یا به تعبیر تسامحی اقتضاگرایی^۷ را مد نظر قرار داد. مراد از خاص‌گرایی این است که آدمی هر موقعیتی را برحسب شهود خود، و نه برحسب اصول ازپیش‌موجود بسنجد. اخلاق پزشکی را می‌توان بدون درنظرگرفتن اصل‌گرایی نیز سامان داد؛ اما ازآنجا که پزشکان، فیلسوفان اخلاق نیستند

نحوه‌ی برخورداری از منابع کمیاب را توسط بیماران مشخص کنند.

رعایت اصل عدالت را می‌توان در سه سطح در کانون توجه و بررسی قرار داد:

۱. توزیع منصفانه‌ی سرمایه‌ها، منابع و امکانات محدود؛

۲. رعایت عدالت در حقوق مردم؛

۳. عدالت در اجرای قوانین پذیرفتنی اخلاقی (۹).

هر کدام از پزشکان با توجه به شرایط و موقعیت اجتماعی خود ممکن است در معرض رعایت یا عدم رعایت عدالت در یک یا چند سطح از سطوح مطرح‌شده قرار گیرند؛ بنابراین، پزشک باید براساس موقعیتی که در آن قرار دارد به‌عنوان پزشک و عضوی از بیمارستان، سیاست‌گذار بخش یا رئیس بیمارستان، عضوی از انجمن یا جامعه‌ی پزشکی که تصمیم‌سازی کلان را انجام می‌دهد، عدالت را در سطوح مختلف رعایت کند. ممکن است یک پزشک در بیمارستان بیشتر با «رعایت عدالت در حقوق مردم» یا «عدالت در اجرای قوانین» برخورد مداوم داشته باشد و پزشک سیاست‌گذار بخش یا رئیس بیمارستان یا عضو یک انجمن یا جامعه‌ی پزشکی بیشتر با عدالت در سطح «توزیع منصفانه‌ی سرمایه‌ها و منابع و امکانات موجود» مواجه باشد. دو رویکرد به تخصیص منابع وجود دارد: رویکرد اول منابع و امکانات بهداشتی را همچون کالا و فرآورده فرض می‌کند و رویکرد دوم امکانات پزشکی را همچون فرایندی مستمر می‌انگارد.

در رویکرد ابزارانگاره، امکانات پزشکی به منزله‌ی کالا است و شأنی هم‌تراز با سایر کالاهای

1. Responsibility
2. Accountability
3. Fairness
4. Transparency
5. Openness
6. Principlism
7. Particularism

توضیح نمونه‌ی اول

از آنجاکه بیمار مضطرب است، منطقی است که به او پیشنهاد شود که درباره‌ی خطرات و عوارض احتمالی با هم صحبت کنند و درعین حال به او گفته شود که در صورت افزایش اضطراب می‌تواند از ادامه‌ی بحث یا هرگونه صحبتی در این خصوص خودداری کند. مهم‌تر اینکه، یک بحث و مشاوره‌ی خوب با بیمار درباره‌ی خطرات عمل می‌تواند اطمینان‌بخش باشد و به کاهش اضطراب او کمک کند. شاید فرد درباره‌ی خطرات ناشی از عمل، واهمه‌ی غیرمنطقی دارد. از آنجاکه بیمار سالم است، بیهوشی و خطرات و عوارض عمل حداقل است. خطر عمل او کمتر از بسیاری اعمال روزمره، مانند رانندگی تا دفتر کارش است.

توضیح نمونه‌ی دوم

وظیفه‌ی حفظ محرمانگی اطلاعات در این باره، مانند تأکیدی که در تشریح اصول بیان شد به قوت خود باقی است؛ چراکه حفظ اطلاعات مربوط به سلامت بیمار به‌طور مستقیم در تعارض با سلامتی، رفاه یا ایمنی دیگران نیست. با حفظ این اطلاعات، خطر پیش‌بینی‌شدنی یا محتملی دیگران را تهدید نمی‌کند. با این حال، به احتمال زیاد، همسر این فرد از بیماری و پیش‌آگهی شوهرش متأثر می‌شود؛ بنابراین باید برای تشویق آن‌ها به گفت‌وگو در این باره تلاش شود و انجام این مهم نیز از مسئولیت‌های پزشکی است؛ اما از آنجاکه اعتماد بیمار به پزشک بسیار اهمیت دارد، پزشک باید توافق بیمار را برای دادن اطلاعات بیماری‌اش به دیگران، در نظر بگیرد.

و نیز از آنجایی که کمک گرفتن از راهنما برای طبیبان امری مرسوم است، به نظر می‌رسد رویکرد چهار اصل موجه‌تر باشد.

۴. دیوید راس و اصول اخلاق پزشکی

دیوید راس فیلسوف انگلیسی دهه‌ی هفتاد، هفت وصف اخلاقی را برشمرده است که «در نظر اول» باید نگاهی مطلق‌گرایانه به آن‌ها داشت. به دیگر سخن، این هفت اصل اخلاقی تا زمانی که با یکی از خودشان در تعارض قرار نگرفته‌اند لازم‌الاجرای مطلق‌اند. این هفت اصل عبارت‌اند از:

۱. وظیفه‌ی صداقت و وفاداری؛
۲. وظیفه‌ی تاوان و خطای گذشته؛
۳. وظیفه‌ی قدرشناسی؛
۴. وظیفه‌ی عدالت؛
۵. وظیفه‌ی نیکوکاری و سودرسانی؛
۶. وظیفه‌ی اصلاح نفس؛
۷. وظیفه‌ی ضرر نرساندن (۱).

نگاهی به اصول هفت‌گانه‌ی فوق نشان می‌دهد که بی‌چامپ و چیلدرس، نویسندگان کتاب اصول اخلاق پزشکی، از میان هفت اصل راس، سه اصل سودرسانی، ضرر نرساندن و عدالت را برگرفته‌اند و اصل احترام را به آن افزوده‌اند. مذاقه‌ای در این مهم، این پرسش را برمی‌انگیزاند که آیا اصلی همچون اصلاح نفس یا جبران خطای گذشته یا حتی اصل صداقت نمی‌تواند شأنی هم‌تراز یا حتی بالاتر از چهار اصل مطرح‌شده‌ی اخلاق پزشکی داشته باشد؟

London: John Wiley & Sons, P. 365.

۶. محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۹۰). فقه پزشکی. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی: دانشگاه پزشکی قم، ص ۹۵.

7. Urofsky, Robert I. & Dennis W. Ergels & Ken Englebreton. (2009) Kitchener's Principles Ethics. Implications for Counseling Practice and Research Counseling and Values 53, Issue 1, P. 68.

۸. مطهری، مرتضی. (۱۳۷۰). عدل الهی. تهران: صدرا، ص ۲۵.

9. Raphael, David Daiches. (2001). Concept of Justice. Oxford University Press, P. 70.

10. Londman, William, A. (2003). Ethics-Equitable Resource Allocation. PPT.

منابع

۱. لاریجانی، باقر و کیارش آرامش. (۱۳۹۲). پزشک و ملاحظات اخلاقی. ج ۱، تهران: برای فردا، ص ۱۴۴؛ ص ۳۵؛ ص ۱۸.

۲. اسمیت، ترور. (۱۳۸۱). اخلاق در پژوهش‌های پزشکی. با مقدمه و زیر نظر باقر لاریجانی، ترجمه‌ی محمد ضرغام، تهران: برای فردا، ص ۲۵.

3. Beauchamp, Tom, L. & James F Childress. (2009). Principles of Biomedical ethics. New York: Oxford University press, P. 12. P. 40. P. 50. P. 120. P. 200.

4. Crisp, R. (2000). "Particularizing Particularism", In Hooker and Little, P. 47

5. Pellegrino, Edmond. (1994). "The Four Principles and the Doctor-Patient Relationship: The Need for a Better Linkage", In Principles of Health Care Ethics.

فصل دوم

راه‌های مواجهه با تعارضات اخلاقی در پزشکی

دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر منصوره مدنی، دکتر فاطمه خانساری

معرفی نمونه‌ی اول

شما پزشک یک مرکز درمانی هستید. آقای «م» مبتلا به صرع و از بیماران چندساله‌ی شماست. در آخرین پیگیری وضعیت او، آقای «م» به شما می‌گوید که به‌تازگی در یک شرکت حمل‌ونقل به عنوان راننده استخدام شده است و فرم سلامت کارکنان شرکت را به شما می‌دهد و از شما می‌خواهد درباره‌ی بیماری صرع چیزی ننویسید و برای تأیید سلامت کامل او فرم سلامت را امضا کنید. می‌دانید آقای «م» به واسطه‌ی بیماری صرع مشکلات خانوادگی و اجتماعی زیادی دارد و این کار در بهبود روابط خانوادگی و شرایط روانی‌اش بسیار مؤثر است.

معرفی نمونه‌ی دوم

دکتر «س» پزشک بخش مراقبت‌های ویژه در یک مرکز درمانی است. پزشک اورژانس با او تماس می‌گیرد و ضمن توضیح شرح حال بیمار مرد ۳۸ ساله‌ای که با حمله‌ی بیماری میاستنی گراویس و ایست تنفسی مراجعه کرده است، از دکتر می‌خواهد تا به‌سرعت برایش در بخش جایی باز کند. تمام بیماران دکتر «س» در بخش به مراقبت‌های ویژه نیاز دارند و هیچ‌کدام را نمی‌توان از دستگاه ونتیلاتور جدا کرد، به‌جز خانم «الف» ۷۵ ساله که در مراحل انتهایی بیماری سرطان پانکراس و متاستازهای متعدد است و طی دوازده ساعت گذشته دو بار ایست قلبی تنفسی داشته است. پسر او یک ساعت پیش با دکتر «س» تماس گرفته و گفته است که از اصفهان حرکت کرده است و تا شب خود را برای آخرین دیدار مادرش خواهد رساند.

۱. واژه‌شناسی

و با نجات یکی، دیگری خواهد مرد. برای ترجمه‌ی Conflict واژه‌ی «معضل» نیز در برخی منابع به کار رفته است.

۲. مقدمه

تعارضات اخلاقی یکی از مباحث چالش‌برانگیز و اساسی در فلسفه‌ی اخلاق در دهه‌های اخیر است. تعارضات اخلاقی به وضعیتی گفته می‌شود که فرد در دوراهی‌ی تصمیم‌گیری قرار می‌گیرد و ناچار به انتخاب یکی از دو یا چند گزینه‌ی اخلاقی یا حتی غیراخلاقی می‌شود. به دیگر سخن، فرد مجبور می‌شود از بین دو یا چند وظیفه‌ی اخلاقی یکی را انتخاب و به آن عمل کند یا ناچار به انتخاب عملی غیراخلاقی از میان چند گزینه‌ی غیراخلاقی می‌شود؛ برای مثال، فرد در تعارض بین راست‌گویی و رازداری قرار می‌گیرد، به‌طوری‌که اگر راست بگوید باید رازی را افشا کند و افشای راز خلاف اخلاق است؛ اگر هم جانب رازداری را رعایت کند باید حقیقتی را کتمان کند که این نیز غیراخلاقی است. همچنین پزشکی که در شرایط فوری در تعارض بین قطع عضو یک بیمار ناهوشیار و نجات جان او قرار گرفته است، به‌طوری‌که اگر عضو بیمار را حفظ کند جان او در خطر جدی می‌افتد و اگر عضو وی را قطع کند به سبب هوشیارنبودن بیمار و بی‌اطلاعی از رضایت یا نارضایتی او، بیم نارضایتی و حتی شکایت از وی می‌رود. در تمام این موارد اولین خطای فرد، افتادن در دام دوراهی است: راست‌گویی یا رازداری، نجات جان یا قطع عضو. البته تا زمانی که بتوان تعارضات را به مدد چهار اصل اخلاقی حل کرد کار چندان دشوار نیست؛

«تعارض» ترجمه‌ای نارسا از واژه‌ی Dilemma است. dilemma، کلمه‌ای است که از ترکیب دو واژه‌ی Di به معنای دو (Two) و Lemma به معنای مسأله و موضوع^۱ تشکیل شده است و به معنی گزینش بین دو بدیلی است که هر دو به یک اندازه نامطلوب هستند (۱). اهتمام واژه‌شناسان و فلاسفه‌ی اخلاق یافتن ترجمه‌ی مناسبی برای این واژه است و کلماتی همچون دوراهی اخلاقی، تنگنا یا بن‌بست در ترجمه‌ی آن به کار رفته و در مقالات و ترجمه‌ها دوراهی اخلاقی در نظر اهل فن بیشتر مقبول افتاده است.

دوراهی اخلاقی، وضعیتی است که در آن فاعل باید یکی از دو یا چند گزینه‌ی اخلاقی را اختیار کند. این گزینش همان‌طور که از معنای واژه‌ی Dilemma برمی‌آید، گزینش بین بد و بدتر است. فرد در یک بلا تکلیفی عملی قرار می‌گیرد که ناچار به پذیرش حداقل یکی از راه‌هایی است که همه غیراخلاقی به نظر می‌رسند (۲)؛ به‌عنوان مثال، بیمار دچار سکته‌ی وسیع قلبی که به درمان رضایت نمی‌دهد و پزشک در دوراهی‌ی درمان اجباری و در نتیجه نقض حریم خصوصی فرد و استقلال او یا درمان نکردن و خطر مرگ او گرفتار آمده است.

تعارض یا بلا تکلیفی که معادل واژه‌ی Conflict و واژه‌ی «تراحم»^۲ در نظر گرفته می‌شود، بیانگر موقعیتی است که فرد مجبور به ترك یکی از دو وظیفه‌ی اخلاقی خود است (۳). مانند زمانی که یک جراح فقط می‌تواند یکی از دو مجروح را نجات دهد

1. Proposition

۲. تراحم یک اصطلاح فقهی است که با واژه‌ی Conflict همپوشانی دارد.

اما پزشک به واسطه‌ی رعایت محرمانگی آن زن را از تصمیم مرد مطلع نکرده بود. نظر قاضیان و دادگران این بود که درست است که اصل محرمانگی به‌طور عام باید لحاظ شود اما طبق اصل «میل عمومی به مصونیت از تعدی خشونت‌آمیز»، پزشک باید اصل محرمانگی را نقض می‌کرد. به تعبیری در اینجا حفظ افراد از تعدی خشونت‌آمیز بر ملاحظات اخلاق حرفه‌ای مقدم است. در این پرونده یکی از قضات البته نظر متفاوتی داشت و معتقد بود که نقض اصل محرمانگی منجر به عدم مراجعه‌ی مردمان دچار اختلالات روانی به طبیبان خواهد شد و به دنبال آن، تعدی خشونت‌آمیز نیز بیشتر خواهد شد.

باید توجه داشت که دو نوع دوراهی اخلاقی را باید از هم تفکیک کرد: در شکل اول، یک عمل اخلاقی هم دلایل و شواهدی دارد که بر اخلاقی بودن آن دلالت دارد و هم از منظری دیگر شواهد و دلایلی وجود دارد که نشانگر غیراخلاقی بودن آن عمل است؛ البته شواهد و قوت دلایل هیچ‌کدام از دو طرف بسنده نیست. مشکل در این نوع از دوراهی اخلاقی، انجام‌دادن یا ندادن فعل و کاری مشخص است. نمونه‌ی کلاسیک این دوراهی، انجام‌دادن یا ندادن سقط جنین است که همیشه برای مردمان دوراهی سنگینی است.

اما شکل دوم دوراهی اخلاقی، سردرگمی میان دو کار است نه یک کار. در شکل دوم شخص باور دارد که از منظر اخلاق ملزم به انجام‌دادن چند عمل متعارض است که انجام‌دادن هر کدام از آن‌ها، او را از سایر اعمال باز می‌دارد. در این دوراهی‌ها، چند هنجار اخلاقی فرد را به انجام‌دادن فعل «الف» ترغیب و ملزم می‌کنند، اما هنجارهای اخلاقی

برای مثال درباره‌ی قطع عضو به بهای نجات جان، ضرر رساندن، قربانی سود بالاتری می‌شود که حفظ حیات است. مشکل اصلی زمانی رخ می‌نماید که بین چهار اصل اخلاقی، مناقشات جدی رخ دهد و نتوان هیچ یک را بر دیگری برتری داد.

آفت شایع این دوراهی، محدود کردن ذهن فرد در انتخاب یکی از دو گزینه‌ی مطرح و بستن ذهن بر دیگر انتخاب‌ها و راه‌های برون‌رفت است. در بسیاری از دوراهی‌ها و تعارضات اخلاقی می‌توان به دنبال یافتن راه سوم یا چهارمی بود. در حرفه‌ی پزشکی، پزشکان به تکرار با چنین شرایطی روبه‌رو می‌شوند که گاه سبب سردرگمی در اتخاذ تصمیم می‌شود و در صورت نداشتن مهارت و دانش کافی در این زمینه چه‌بسا در راه خطا و انتخاب تصمیم‌های غیراخلاقی درافتند. از سوی دیگر، نداشتن دانش و مهارت کافی در تصمیم‌گیری و حل مسأله می‌تواند موجبات سوءاستفاده از پزشکان را نیز به مدد ساختن موارد تعارض نما توسط افراد غیرمسئول فراهم آورد. تعارضات اخلاقی در ابتدای امر به نظر دوراهی‌هایی هستند که راه سومی برای آن‌ها متصور نیست. آگاهی از وجود تعارضات اخلاقی در قدم نخست، داشتن بینش صحیح، افزایش حساسیت اخلاقی و تمرین و ممارست در ساختن موارد تعارض برانگیز و یافتن راه‌های برون‌رفت از آن در تصمیم‌سازی اخلاقی در وضعیت‌های حقیقی تعارض بسیار راهگشاست (۴).

چند سال قبل یکی از قضات دیوان عالی کالیفرنیا، در باب محرمانگی بر سر دوراهی قرار گرفته بود. ماجرا از این قرار بود که مردی در گفت‌وگو با درمانگرش تمایل به کشتن زنی را ابراز کرده بود،

دیگر، او را به انجام دادن فعل «ب» وامی‌دارند. آن شخص هم نمی‌تواند هر دو کار را با هم انجام دهد؛ از این رو، فرد هر فعلی را انجام دهد، برخی جوانب اخلاق را پاس داشته و از برخی دیگر گذشته است. نمونه‌ی کلاسیک این دوراهی اخلاقی، توقف اقدامات درمانی در کسانی است که در وضعیت نباتی هستند.

نکته‌ی مهمی که باید به آن اشاره کرد تفکیک دوراهی‌های اخلاقی از دوراهی‌های روزمره و عملی است. دوراهی‌های روزمره زمانی رخ می‌دهد که فرد میان پایبندی به الزامات اخلاقی و منافع شخصی مردد است. بدیهی است که این را نمی‌توان دوراهی اخلاقی نامید. بیوچامب و چیلدرس معتقدند که «همیشه نمی‌توان مدعی شد که در دوراهی روزمره، باید اخلاق را پاس داشت؛ مثلاً اگر یک پزشک در شرایط کمبود دارو میان حفظ جان خود و بیماران بر سر دوراهی تصمیم قرار بگیرد ممکن است حفظ جان خود بر وظیفه‌ی اخلاقی طبیبانه‌ی نجات جان بیماران مقدم باشد.» (۵). گاه برخی دوراهی‌های اخلاقی، تعارضاتی حل‌ناشدنی هستند و بر خلاف نظر کانت و نظریه‌ی فایده‌گرایان که به حل تعارضات اخلاقی در یک نظام سازوار اخلاقی معتقدند، گاهی ما بعد از انتخاب یک راه، همچنان قانع نمی‌شویم. گویا حل یک تعارض به معنی برتری گزینه‌ی منتخب بر گزینه‌ی پذیرفته‌نشده نیست و در بسیاری از موارد با وجود حل تعارض، آدمی نسبت به اخلاقی بودن آن قانع نمی‌شود و همچنان مردد و مشکوک باقی می‌ماند. در همان مثال کمبود دارو، پزشک ممکن است همیشه نسبت به تقدم جان خود بر بیمار مردد و مشکوک بماند.

درباره‌ی یافتن راه حل در دوراهی‌های اخلاقی باید به نکاتی توجه داشت:

الف. در دوراهی اخلاقی به‌ویژه در دوراهی شکل دوم، گاهی استفاده از راه سوم می‌تواند صورت مسئله را منحل، و نه حل، کند. آموزه‌های سنتی، تعارضات اخلاقی را به وسیله‌ی اصل «دفع افسد به فاسد» حل می‌کنند؛ از این رو، فاسد و بد را انتخاب می‌کنند تا از افسد و بدتر مصون باشند؛ اما به دلایلی این اصل مردود است. اول اینکه در اغلب موارد نمی‌توانیم بین اهم و مهم و افسد و فاسد تفکیک قائل شویم. گاهی یکی از تعهدات آن قدر مهم‌تر از تعهدات دیگر است که به آسانی می‌توان دانست چه باید کرد؛ اما نباید فراموش کرد که همیشه این‌گونه نیست و چه‌بسا آنچه کم‌خطرتر انگاشته شده، در درازمدت پرخطرتر باشد. دوم اینکه در مواردی، بین دو امر هم‌سنگ (و نه فاسد و افسد) تعارض به میان می‌آید؛ به گونه‌ای که ترجیحی وجود ندارد که یکی را رها کنیم و دیگری را انتخاب کنیم. اگر بر سر دوراهی‌ای قرار بگیریم که انتخاب هریک بر دیگری به اندازه‌ی یکسانی فسادانگیز باشد، چه باید کرد. سوم اینکه توسل به روش دفع افسد به فاسد، در بیشتر موارد چشم فرد را از جستن راه سوم باز می‌دارد. به عبارت دیگر ما خیال می‌کنیم که راه سومی وجود ندارد و ممکن است راه‌های متعدد دیگری وجود داشته باشد؛ لذا روش پیشنهادی در حل تعارضات اخلاقی جست‌وجو از راه سوم است.

ب. یکی از راه‌های برون رفت از تعارض اخلاقی تبدیل مشکل به مسئله است. گاه تعارض در میان مشکلات رخ می‌دهد و همین که از دل مشکل، مسئله‌ای استخراج می‌کنیم یا تعارض رخت می‌بندد

راهنمای خود قرار دهید؛ این بدان معناست که باید به دقت نگاه کنید تا فقط ببینید که اوضاع و احوال چیست. یعنی باید مواظب باشید که واقعیت‌ها را در اوضاع و احوالتان به درستی دریابید. باید فقط انتخاب کنید یا تصمیم بگیرید. عملاً این انتخاب شماسست که موجب درستی کارهاست. این نظریه بیش از این دیگر چیزی برای گفتن ندارد. از همین روست که اگرستانسیالیست‌ها منکر اخلاق ثابت‌اند و می‌کوشند به جای آن، اثبات کنند که هر انسانی مطابق با دیدگاهش اخلاقی را می‌آفریند. از دیدگاه آن‌ها، اخلاق تحت تأثیر عناصری از طبیعت انسانی نیست، بلکه کاملاً به میل و دلخواه انسان بستگی دارد. باوجوداین، آن‌ها می‌خواهند مسئولیت را حفظ کنند تا نشان دهند که انسان در برابر آنچه هست و آنچه می‌کند، مسئول است. در این زمینه آن‌ها ناکام‌اند؛ طبق گفته‌ی آنان، انسان در برابر اعمالش در پیشگاه خود مسئول است؛ اما از آنجاکه هیچ اخلاق مفروضی وجود ندارد، انسان می‌تواند دائماً اصولی را که اعمالش بر آن‌ها مبتنی است، تغییر دهد.

به نظر می‌رسد آن ابهام بسیار جدی که در اخلاق اگرستانسیالیستی بی‌پاسخ می‌ماند این است که آیا واقعاً صرف دیدن واقعیت‌ها، معلوم می‌شود که ما باید چه کنیم؟ اگر انسان هدف یا ایده‌آلی در زندگی نداشته باشد، صرف انتخاب، چگونه می‌تواند ما را به کارهای درست هدایت و راهنمایی کند؟

۳. ملاحظات اخلاقی و فلسفی

بسیاری از تعارضات اخلاقی در پس‌زمینه‌ی خود با کشمکش میان نظریه‌های اخلاقی مواجه هستند.

یا شیوه‌ای ساده و آسان برای حل تعارض یافت می‌شود. مشکل معمولاً سطحی، کلی و عام، قابل رؤیت توسط عوام، ذهنی، مرکب، مبهم، فاقد روش بررسی و حل‌ناشدنی به نظر می‌رسد؛ اما مسأله، ژرف، معین و مشخص، رصدکردنی توسط متخصص، عینی، واحد، روشن، روش‌بردار و حل‌شدنی است. اگر برای حل تعارض در حد مشکل توقف کنیم و به ژرفای مسأله نرویم به راه حل ممتاز و متمایزی نخواهیم رسید.

ج. در تصمیم اخلاقی توجه به روان‌شناسی اخلاق دارای اهمیت فراوان است. بسته به نوع روان‌شناسی آدمیان، واکنش آن‌ها پس از تصمیم اخلاقی متفاوت خواهد بود. غیر از مباحث روان‌شناسی اخلاق، مسأله‌ی تصمیم اخلاقی همچنین از منظر فیلسوفان وجودی (اگرستانسیالیست‌ها) بسیار اهمیت دارد. اگرستانسیالیست‌ها به‌طور کلی با اینکه به دیگران آموزش دهیم چگونه عمل کنند موافق نیستند؛ زیرا عمل اخلاقی امری شخصی است و قواعد در ذات خود غیرشخصی‌اند. ادعای اینکه می‌توانیم به دیگران یاد بدهیم که چگونه رفتار کنند شبیه ادعایی است که سوفیست‌ها می‌کردند؛ این ادعا که حقیقت تعلیم‌دانی است، پس چه باید کرد؟ به اعتقاد اگرستانسیالیست‌ها تنها کاری که باید انجام داد این است که اوضاع و شرایط در نظر گرفته شود و تصمیمی که در آن موقعیت خاص لازم است، گرفته شود. مهم این است که این، تصمیم خود ما باشد؛ از این‌رو، در این نظریه تصمیم جایگاهی ویژه دارد. شاید بتوان این دیدگاه را تصمیم‌گروی در میان نظریه‌های وظیفه‌گرایانه‌ی عمل‌نگر نامید. این نظریه می‌گوید آن موقعیتی را که در آن واقع شده‌اید

وجود معیار و قواعد کلی را ضروری می‌دانند. این قواعد، اصول کلی، بنیادین و تغییرناپذیری هستند که از استقرای^۱ موارد جزئی گرفته نشده‌اند، بلکه موارد جزئی باید در پرتو این قواعد تعیین شوند (۷).

۴. اختصاصی کردن اصول

بیوچامپ و چیلدرس در کتاب اصول اخلاق پزشکی، اختصاصی کردن اصول و قواعد را یکی از راه حل‌های پزشکان برای رفع کردن دوراهی‌های اخلاقی معرفی می‌کنند. آن‌ها با تأکید بر اینکه اصول اخلاق پزشکی، ریشه در اخلاق مشترک دارند بر این باورند که همین اصول از مسیرهای مختلف اختصاصی می‌شوند و به همین دلیل است که گاهی در تعارض و تزاخم می‌افتند. «اختصاصی کردن اصول، فرآیندی است که از ویژگی‌های عام و نامتعیین، مرادی خاص و مشخص تعیین می‌شود.» نکته‌ی مهمی که بیوچامپ و چیلدرس بر آن تأکید می‌کنند این است که اختصاصی شدن اصول کلی، با مشخص کردن کارایی هر اصل در هر وضعیت انجام می‌شود نه با تفسیر و معناکردن آن اصل. همان‌طور که ریچاردسون می‌گوید مشخص کردن هر اصل در مقام عمل، پاسخ به این پرسش‌هاست: کجا؟ چه وقت؟ چرا؟ چگونه؟ با کدام ابزار؟ نسبت به چه کسی یا چه چیزی؟ به وسیله‌ی چه کسی؟ به‌عنوان مثال احترام به اتونومی افراد، جز از مسیر اختصاصی شدن به کار نمی‌آید. تعریف اتونومی، ممکن است که مفهوم آن را روشن کند، اما به اختصاصی شدن آن منجر نخواهد شد. از همین رو نباید تخصصی شدن را با تعریف مفهوم یک اصل

تعارضات اخلاقی را می‌توان در سه دسته‌ی عمده از مکاتب فلسفه‌ی اخلاق یعنی وظیفه‌گرایی، غایت (نتیجه)‌گرایی و فضیلت‌گرایی بررسی کرد. در مکاتب نتیجه‌گرا معیار فعل اخلاقی، خیر نسبی یا غلبه‌ی نسبی خیر بر شر است (۶)؛ درحالی‌که مکاتب وظیفه‌گرا صرف‌نظر از نتایج عمل، قائل به الزام یا خوبی خود عمل یا قاعده هستند. اخلاق فضیلت‌گرا، ملاک خوب و بد عمل اخلاقی را به منش و انگیزه‌های فاعل وابسته می‌دانند.

راه حل افراد در رویکرد به تعارضات اخلاقی ارتباط مستقیمی با نظریه‌ی اخلاقی اتخاذی فرد دارد. فردی که قائل به مکتب نتیجه‌گرایی و اصالت سود است، گزینه‌ای را انتخاب می‌کند که به کسب سود بیشتر بینجامد؛ درحالی‌که فرد وظیفه‌گرا به وظیفه‌ی مهم‌تر توجه می‌کند. با چنین پیش‌فرضی، فلاسفه‌ی اخلاق تقسیم‌بندی دیگری را در رویکرد به تعارضات اخلاقی مطرح می‌کنند. مبنای این تقسیم‌بندی به کارگیری یا عدم به کارگیری اصول عام اخلاقی است و از این منظر فلاسفه‌ی اخلاق را می‌توان به دو گروه عمل‌نگر و قاعده‌نگر تقسیم کرد. تصمیم‌گیری در اخلاق عمل‌نگر برپایه‌ی منطق موقعیت است.

این مکتب در استدلال‌های اخلاقی نقش اصول و قواعد اخلاقی را نمی‌پذیرد و بر این باور است که برای هر تصمیم اخلاقی خاصی، باید براساس تجزیه و تحلیل شرایط موجود و بدون توسل به قواعد و اصول عام، به شکل خاص حکم کنیم. قواعد اخلاقی مانعی برای تصمیم‌گیری ما هستند یا دست کم بی‌فایده‌اند. قائلین به اخلاق قاعده‌نگر برای تعیین صواب و خطا و تصمیم‌گیری اخلاقی،

۱. روشی است که در آن ذهن از قضایای جزئی به نتیجه‌ی کلی می‌رسد.

که پزشک به جای «ماموگرافی غربالگری»، بنویسد ماموگرافی برای تشخیص سرطان؛ گرچه برای این بیمار ماموگرافی تنها با هدف غربالگری انجام می‌شود و قرآینی برای انجام ماموگرافی به جهت کشف سرطان نیست. قریب به هفتاد درصد پزشکان در پاسخ به این پرسش، اظهار کردند که آن‌ها در شرایط مشابه علت ماموگرافی را تشخیص سرطان خواهند نوشت تا بیمار بتواند مشمول مزایای بیمه شود. نکته‌ی جالب اینکه ۸۵ درصد از این پزشکان، یعنی ۸۵ درصد از این هفتاد درصد، بر این باور بودند که این کار، فریب محسوب نمی‌شود.

بیوچامب و چیلدرس معتقدند که این باور پزشکان مصداق بدفهمی از قاعده‌ی تقدم منافع بیمار است. به باور نویسندگان، پزشکان این اصل کلی را، به غلط، این چنین اختصاصی کرده‌اند: «پزشکان باید منفعت بیمار را حتی با پنهان کردن اطلاعات و فریب‌دادن افرادی که حق و مالکیتی نسبت به آن اطلاعات ندارند همچون شرکت‌های بیمه که با سیاست‌های ناعادلانه‌ی خود، صلاحیتی برای داشتن اطلاعات صحیح ندارند، مقدم بدانند و در اولویت قرار دهند.» جالب آنکه پزشکان در این پژوهش حتی بر سر تعریف «فریب» با پژوهشگران هم‌رأی نبودند. فریب از نظر پژوهشگران «قبولاندن امر ناصحیح به دیگران با هدف گمراه کردن آنان» بود، اما از نظر پزشکان فریب به این معنا بود که کسی، دیگری را «بدون توجیه» گمراه کند. به همین علت، از نظر پزشکان، فریب شرکت‌های بیمه که با سیاست‌های ناعادلانه‌شان در مسیر تضییع حقوق بیماران حرکت می‌کنند، فریب محسوب نمی‌شود.

در باب اختصاصی کردن اصول، بیوچامب و

خلط کرد. روند اختصاصی شدن البته به‌نحوی سلسله‌وار جلو می‌رود و بر حسب موقعیت، جزئی‌تر و تخصصی‌تر می‌شود. اما این فرآیند از نظر بیوچامب و چیلدرس باید چنان باشد که همچنان ارتباط با اصل اولیه حفظ، ربط و نسبت با آن مراعات شود. برای روشن شدن موضوع چند مثال معمول را مطرح می‌کنیم: یک مثال از اختصاصی کردن، قاعده‌ای است که به پزشکان توصیه می‌کند تا منافع بیمار را بر خود مقدم بدانند. در خیلی از کشورهای دنیا، پزشک در جهت منافع بیمار، اطلاعات فرم‌های بیمه را دستکاری می‌کند یا دست کم درباره‌ی اوضاع بیماری اغراق می‌کند. از طرفی می‌دانیم که تقدم منافع بیمار به معنای گریز از قانون نیست. در این اوضاع، دو قاعده با هم در تعارض قرار می‌گیرد: یکی قاعده‌ای که منافع بیمار را مقدم می‌دارد و دیگری قاعده‌ای که دروغ و فریب را غیراخلاقی می‌شمرد. این دو قاعده، مطلق نیستند و هنگامی که در تعارض قرار گیرند باید اختصاصی شوند.

دنيس اچ نواک^۱ و همکارانش در پژوهشی نشان می‌دهند که پزشکان چگونه این دو قاعده‌ی متعارض را با هم جمع می‌کنند و به‌طور کلی نگرش پزشکان به این تراحم چگونه است. نواک و همکارانش پرسش‌نامه‌ای را تهیه کردند که چهار پرسش سخت و متعارض اخلاقی را در میان می‌گذاشت. یک پرسش این بود که پس از اینکه پزشک، آزمایش ماموگرافی سالیانه را برای بیمار ۵۲ ساله‌اش تجویز می‌کند، بیمار شکوه می‌کند که سال گذشته نیز این آزمایش از طرف پزشک تجویز شده، اما بیمه آن را پرداخت نکرده است. منشی بخش می‌گوید چاره آن است

1. Dennis H. Novack

شرایط بیماری است اما به لحاظ اینکه این تلقی همه‌ی استثنائات را در خود گنجانده است، می‌توان آن را هنجاری اختصاصی‌شده و مطلق فرض کرد. با وجود اینکه فرآیند اختصاصی‌شدن، امر مهمی در کاربردی‌کردن اصول اخلاقی است، بیوچامب و چیلدرس نقدهایی بر فرآیند اختصاصی‌کردن اصول اخلاقی مطرح کرده‌اند:

الف. اختصاصی‌کردن اصول، جامعیت اخلاقی اصول چهارگانه را به چالش کشیده شده است. دیوید راس که بنیانگذار این شیوه از اصل‌گرایی است نیز فهرست اصول اخلاقی اولیه و در نظر اول را باز می‌گذارد. فرایند اختصاصی‌شدن در نظر راس پیچیده‌تر و هوشمندانه‌تر از این است که صرفاً پاسخ به این موقعیت‌ها باشد: کجا؟ چه وقت؟ چرا؟ چگونه؟ با کدام ابزار؟ نسبت به چه کسی یا چه چیزی؟ به وسیله‌ی چه کسی؟

ب. بیوچامب و چیلدرس بر این باورند گاهی کسی که به اخلاق مشترک متعهد است نیز ممکن است در اختصاصی‌کردن اصل اخلاقی، به نتایج متعارض برسد. به دیگر سخن، گاه پیچیدگی شرایط اخلاقی چنان است که نمی‌توان پیش‌بینی دقیقی از نتیجه‌ی اختصاصی‌کردن اصول داشت.

ج. «منطق موقعیت» نقش مهمی در اختصاصی‌شدن دارد. منطق موقعیت پای «بافت گروی» و رویکردهای جامعه‌شناختی و روش‌شناختی را به این بحث باز می‌کند.

۵. وزن‌دهی و توازن میان اصول و هنجارها

پس از بحث اختصاصی‌کردن اصول و قواعد، نوبت به بحثی در باب اولویت‌دادن یک اصل اخلاقی

چیلدرس از فرض ریچاردسون بهره گرفته‌اند که «پیچیدگی کنش‌ها و پدیده‌های اخلاقی چنان است که نمی‌توان آن‌ها را در قالب اصول و هنجارهای کلی حل کرد.» آنچه از این مثال مشخص می‌شود لزوم داشتن سازوکاری منطقی و سازوار برای اختصاصی‌کردن اصول کلی است، وگرنه ممکن است همچون نمونه‌ای که به آن اشاره شد، به نتیجه‌های متعارض منجر شود؛ البته نویسندگان بر این باورند که گاهی ماجراهای اخلاق چنان پیچیده می‌شود که حتی هنگامی که اختصاصی‌شدن اصول در بستر اخلاق مشترک صورت می‌گیرد گاه نتایج یکسان به بار نمی‌آید. پس می‌توان نتیجه گرفت که اختصاصی‌کردن اصول کلی اخلاق نیز ماجرای تعارض را حل نمی‌کند؛ گرچه اصول را کاربردی کرده و مهبای عمل می‌سازد. البته از نظر بیوچامب و چیلدرس بعضی از هنجارهایی که از اصول کلی اختصاصی‌شده‌اند، مطلق‌اند و نیازی به اختصاصی‌شدن بیشتر ندارند. همچون قبح و منع القای رنج و درد غیرضروری به دیگران، که اختصاصی‌شده‌ی اصل نازیانمندی یا ضررنرساندن است یا رضایت آگاهانه که اختصاصی‌شده‌ی اتونومی است. پیش از اقدامات پزشکی، اخذ رضایت آگاهانه‌ی شفاهی یا نوشتاری از بیماران که اهلیت و صلاحیت دارند ضروری است؛ جز در موارد اورژانس، بررسی‌های پزشکی قانونی، شرایط با خطر پایین و همچنین بیماری که خود از دانستن شرایط بیماری‌اش امتناع کرده است. به رغم اینکه این تلقی از رضایت آگاهانه، همچنان محتاج روشن‌کردن شرایط با خطر پایین، شرایط اورژانس، بررسی‌های پزشکی قانونی، امتناع بیمار از دانستن

زندگی یک هم‌نوع در خطر است و کسی هم جز او نمی‌تواند از عهده‌ی درمانش برآید. وفانکردن به وعده‌ای که به فرزندش داده نیز دل‌آزار است؛ اما رسیدگی به حال بیمار اولویت اخلاقی دارد. از این مثال می‌توان چنین استنباط کرد که وزن‌دهی و توازن اصول اخلاقی نوعی اختصاصی‌کردن یک هنجار است.

نویسندگان به این امر معترف‌اند و هنجاری اختصاصی‌شده را به این صورت بیان می‌کنند تا ترجمانی از وزن‌دهی باشد. «اگر جان بیمار در خطر باشد و فقط همان پزشک از عهده‌ی درمان او برآید، سایر تکالیفی که در تعارض و تراحم با رسیدگی به بیمار قرار می‌گیرند، در مراتب بعدی جای می‌گیرند.» البته نویسندگان تأکید می‌کنند که همه‌ی وزن‌دهی‌ها و سبک‌سنگین‌کردن‌ها را نمی‌توان به این راحتی در قالب اختصاصی‌کردن طرح کرد؛ از این رو یکی‌کردن این دو شیوه شاید ساده‌انگاری باشد. به تعبیر آن‌ها، برای رسیدن به یک تصمیم اخلاقی باید جوانب متعددی را لحاظ کرد و تنها نمی‌توان با روش اختصاصی‌کردن به مقصود رسید. هنگامی که توازن سود و زیان در درمان یا پژوهش مطرح می‌شود، عوامل مؤثر چنان متنوع و پیچیده می‌شوند که مدام باید وزن‌دهی و سبک‌سنگین کرد؛ از این رو، استفاده از اختصاصی‌کردن اینجا پیشنهاد نمی‌شود. از منظر بیوچامب و چیلدرس، اختصاصی‌کردن امری است که بر پایه‌ی تعمیم بنا شده است؛ اما در سبک‌سنگین‌کردن، می‌توان برای تصمیم‌گیری اخلاقی انعطاف بیشتری داشت.

در مثالی که با اعلام خبر بد به یک بیمار مبتلا به ایدز همراه است، نویسندگان بر این باورند که ممکن

نسبت به اصل دیگر می‌رسد. فرق این بحث با مبحث اختصاصی‌کردن اصول، آن است که در اختصاصی‌کردن اصول همان‌گونه که از نام آن برمی‌آید، هدف مشخص کردن محدوده‌ی اصول در موقعیت‌های انضمامی است؛ اما در وزن‌دهی و توازن اصول، هدف آن است که اصول ابتدا با یکدیگر مقایسه و سپس وزن‌دهی و گزینش شوند. به تعبیر بیوچامب و چیلدرس «در نظر اول، وزن‌دهی و توازن، مناسب‌ترین شیوه برای تصمیم‌گیری در مواردی همچون تعارضات و دوراهی‌های اخلاقی است؛ اما اختصاصی‌کردن اصول، بهترین شیوه برای برساختن راهکاری اختصاصی از اصول کلی است.» در ادامه آن‌ها دو عنصر را در سبک‌سنگین‌کردن دخیل می‌دانند: یکی شهود فردی و دیگری استدلال‌آوری اخلاقی.

مثالی در این بخش آمده است که به روشن شدن بحث کمک می‌کند: پزشکی به علت شرایط اورژانسی به رغم تمام‌شدن زمان کشیکش، همچنان در بیمارستان می‌ماند و نمی‌تواند به وعده‌ی بردن فرزندش به پارک عمل کند. در این حال سؤالات متعددی ذهن و ضمیر پزشک را پر می‌کند؛ برای مثال اینکه رفتن به پارک چقدر اضطراری است؟ آیا بعداً مجال پارک‌رفتن فراهم خواهد شد؟ آیا طبیب دیگری در بیمارستان می‌تواند در حال حاضر نقش او را ایفا کند؟ مجموعه‌ی این تأملات ممکن است او را به این نتیجه برساند که تا آخر وقت در بیمارستان کنار بیمار بماند. در این حال پزشک به این نتیجه رسیده است که ماندن برای او تکلیفی مقدم است. می‌توانیم چنین فرض کنیم که پزشک برای ماندن، دلایل کافی پیدا کرده است. مثل این دلیل که

است طیب با سبک‌سنگین کردن اوضاع تصمیم بگیرد که حتی یک بیمار را نوازش کند. بدیهی است که این کار برای یک بیمار دیگر ممکن است کاملاً اشتباه باشد. این انعطاف در عمل و همچنین لحاظ کردن منطق موقعیت و نیز اخلاق وضعیتی، نتیجه‌ی سبک‌سنگین کردن اصول، تکالیف و هنجارهای اخلاقی است؛ در صورتی که نتیجه‌ی اختصاصی شدن، رسیدن به قاعده‌ای دیگر است و البته به اوضاع نگاهی جزئی‌تر دارد. دلیل دیگری که برای اهمیت وزن‌دهی و نقش تکمیلی آن در کنار روش اختصاصی کردن اصول و هنجارها اقامه شده، این است که در روند اختصاصی شدن اصول اخلاقی، به صورت منطقی برای هر موقعیت خاص یک هنجار که ناشی از اختصاصی شدن قاعده‌ی کلی است، وضع می‌شود. این امر موجب می‌شود تا هنجارهای نامحدودی ساخته شود؛ چراکه موقعیت‌های خاص اخلاق بی‌شمار است. در نتیجه‌ی این مسأله، انباشت هنجارهای اخلاقی رخ می‌دهد که در مقام عمل، کنش اخلاقی را دچار مشکل خواهد ساخت. بیوچامب و چیلدرس، در ادامه توضیح می‌دهند که «وزن‌دهی و توازن میان اصول و هنجارهای اخلاقی، بر مبنای شهود غیرعقلانی صورت نمی‌گیرد، بلکه پشتوانه‌ی استدلالی دارد و البته به شخصیت و درک اخلاقی شخصی که بر مسند قضاوت اخلاقی نشسته، وابسته است.»

نویسندگان برای آنکه فرایند اختصاصی شدن را از شهودی و فردی بودن و دلبخواهی شدن مبرا کنند و در نهایت آن را بر شهود عقلانی و پشتوانه‌ی استدلالی مبتنی کنند، شش شرط می‌گذارند. به دیگر سخن، برای آنکه یک هنجار نسبت به هنجاری دیگر ترجیح داده شود باید این شش معیار لحاظ شده باشد:

معیار اول: باید دلایل مناسبی برای عمل به هنجار منتخب نسبت به هنجار دیگر وجود داشته باشد؛

معیار دوم: هدفی را که به خاطر آن، هنجاری را وا گذاشته و هنجار دیگری را برگزیده‌ایم واقعاً قابل حصول باشد؛

معیار سوم: راه دیگری جز تعلیق یک هنجار و انتخاب هنجار دیگر نداشته باشیم؛

معیار چهارم: تا حد امکان باید کاری کرد که هنجارهای کمتری تعلیق شود؛

معیار پنجم: آثار منفی تعلیق هنجارهای اخلاقی باید به حداقل رسانده شود؛

معیار ششم: انصاف و بی‌طرفی باید در قبال همه‌ی کسانی که معطوف به تصمیم‌گیری اخلاقی ما می‌شوند مراعات شود.

نویسندگان با چند مثال عملی، کارایی این معیارها را نشان می‌دهند. مثال اول درباره‌ی فناوری‌هایی است که به طولانی شدن حیات در دوره‌ی پایان زندگی کمک می‌کنند. این فناوری‌ها تعریف مرگ را عوض کرده‌اند و بیمار را در شرایط «نه زنده، نه مرده» قرار می‌دهند. این فناوری‌ها از لحاظ اخلاق، اگر مغایر با خواست بیمار یا اولیای او باشد، با معیار دوم مغایرت دارد؛ چراکه هدفی را ترسیم می‌کند که قابل حصول نیست. معیار سوم نیز معمولاً لحاظ نمی‌شود؛ زیرا ذهن کنشگران اخلاقی معمولاً دوره‌ها را می‌سنجد و به راه‌های سوم و لحاظ کردن همه‌ی شقوق متصور بی‌توجه است. به همین دلیل شرط سوم که توجه به راه‌های دیگر را گوشزد می‌کند، معمولاً رعایت نمی‌شود.

می‌کند ناشی از قرارگرفتن در موقعیت‌هایی است که مثلاً بیمار از نظر سن، جنس، مذهب، سطح تحصیلات، موقعیت خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی و نیز مواردی همچون ناتوانی و بدحالی از دید پزشک در وضعیت متمایزی از دیگران قرار دارد؛ در اینجا ما با مسأله‌ی معیار مواجهیم. معیار ما برای اولویت‌دادن افراد در این موقعیت‌ها چیست؟ معیار ما برای جایگزین کردن نسبت منفعت بیشتر / تعداد کمتر به جای منفعت کمتر / تعداد بیشتر چیست؟ معیار ما برای زمانی که معیاری برای اولویت‌بندی پیدا نمی‌کنیم چیست؟ همه‌ی این پرسش‌ها طرح و بحث درباره‌ی راه‌های روشن برون‌رفت را ضروری می‌نماید.

۵-۲. مسأله‌ی ترکیب

مراد از مسأله‌ی ترکیب، چگونگی ادغام اصول یا تعلیق یکی از اصول به نفع دیگری است. نویسندگان در دو مرحله به این امر پرداخته‌اند: از یک سو برای حل مشکلات و دوره‌ی‌های اخلاقی، در مرحله‌ی اول شهود را پذیرفته‌اند و چاره‌ای جز شهود برای قضاوت اخلاقی معطوف به شرایط متغیر نیافته‌اند. به دیگر سخن، عوامل بی‌شمار دخیل در یک رخداد اخلاقی، چنان است که نویسندگان اختصاصی کردن یک اصل را بسنده نمی‌دانند و به سراغ معیاری فراتر یعنی شهود می‌روند؛ از دیگر سو، در مرحله‌ی دوم نویسندگان برای آنکه سلیقه‌ای و ذوقی شدن قضاوت‌ها را کم‌رنگ کنند شش معیار برای سبک‌سنگین کردن اصول در مقام مقایسه برشمرده‌اند. آنچه که نویسندگان بر آن پای فشرده‌اند مفهوم شهود عقلانی است که به نظر می‌رسد در این بخش، لب و اساس بحث باشد.

در مثالی دیگر، دو اصل احترام به اتونومی و سودرسانی در آزمایش اجباری اچ‌آی‌وی به تعارض می‌افتند. اصل اتونومی با اجبار در تعارض است؛ اما اصل سودرسانی نفع جامعه را در نظر می‌گیرد و اجبار را موجه می‌داند. نویسندگان برای وزن‌دهی و سبک‌سنگین کردن، چنین استدلال می‌کنند: «برای اینکه بتوان تعلیق اصل احترام به اتونومی را توجیه اخلاقی کرد باید بتوان نشان داد که اجبار در آزمایش‌های ایدز برای ممانعت از ابتلای سایرین اولاً ضروری است و ثانیاً با آزمایش اجباری، واقعاً آینده‌ای خواهد بود که افراد از ابتلا به این بیماری مصون می‌مانند. همچنین معیار چهارم نیز باید در نظر گرفته شود. طبق اصل چهارم حداقل تخطی از اتونومی باید صورت گیرد نه اینکه حریم فرد به کلی مخدوش شود. همچنین معیار پنجم را نیز باید در نظر داشت؛ به این معنی که عوارض منفی آزمایش اجباری اچ‌آی‌وی باید تا حد امکان کاسته شود؛ مثلاً ترس از آزمایش را باید به حداقل رساند.»

بیوچامپ و چیلدرس در کتاب اصول اخلاق زیست پزشکی بر تمایز میان اختصاصی کردن و وزن‌دهی و توازن میان اصول اخلاقی تأکید می‌کنند. مراد از اختصاصی شدن مشخص کردن دایره و محدوده‌ی هر اصل در مقام عمل است؛ اما مراد از وزن‌دهی و توازن، مقایسه‌ی دو اصل با هم در هنگام تعارض است. در این بخش نویسندگان به شدت با «مسأله‌ی معیار»^۱ و «مسأله‌ی ترکیب»^۲ مواجه هستند.

۵-۱. مسأله‌ی معیار

تعارضاتی که مسأله‌ی اولویت‌بندی منابع ایجاد

1. Problem of Criteria
2. Problem of Combination

۶. ملاحظات فقهی

آن‌ها فرد بتواند تصمیمی اتخاذ کند که از يك سو منطبق با مبانی دینی بوده، از دیگر سو با مقتضیات خاص آن زمان هماهنگ باشد.

از طرف دیگر، فقه بخشی از نظام ارزشی برخی پزشکان است و ساختار رفتار و منش فرد تصمیم‌گیرنده را متأثر می‌سازد؛ برای مثال، زمانی که نجات جان بیماری منوط به پیوند عضو متوفی است و ولی میت باید اجازه‌ی قطع عضو او را برای پیوند صادر کند، جواز فقهی این پیوند، برای اتخاذ تصمیم از سوی يك پزشك متشرع ضروری است؛ یا مثلاً زمانی که پزشك می‌داند که اگر والدین را از نقص عضو جنین آگاه کند، آن‌ها به سقط آن جنین اقدام می‌کنند، ممکن است احساس کند که با حقیقت‌گویی، در کشته‌شدن یک انسان مشارکت کرده است. در این صورت جواز فقهی این حقیقت‌گویی می‌تواند تصمیم‌گیری پزشك را به کلی تحت تأثیر قرار دهد (۸).

در موارد تراحم فقها روش‌هایی را برای حل مسأله برشمرده‌اند:

۱. اولین وظیفه‌ی مکلف، جمع بین دو یا چند وظیفه است. در بیشتر موارد، با کسب اطلاعات دقیق‌تر و با تحلیل دقیق شرایط، امکان یافتن راه سوم یا راهی برای انجام هر دو یا چند تکلیف وجود دارد که در این صورت موضوع تعارض به کلی منتفی است. در صورت بی‌توجهی به این مسأله، اجرای نسنجیده و عجولانه‌ی قاعده‌ی دفع افسد به فاسد، فرد مرتکب رفتاری غیراخلاقی شده است.

۲. اگر به‌رغم تمام تلاش‌ها، امکان جمع بین دو وظیفه میسر نشد، قدم بعدی یافتن عاملی عقلی یا شرعی برای ترجیح یکی از طرفین است. اگرچه

فقه در موارد فراوانی با اخلاق همپوشانی دارد و در باب وظایف مکلف، بسیاری از وظایف اخلاقی را در قالب دستورات فقهی برمی‌شمرد. در علم اصول فقه، مبحثی با عنوان تراحم وظایف وجود دارد که با اندکی تسامح می‌توان آن را معادل تعارضات اخلاقی دانست. تراحم، عدم جمع دو گزاره‌ی اخلاقی یا دو حکم، اغلب به دلیل ناتوانی مکلف به جمع بین دو عمل است. از آنجاکه ترک هر دو حکم قبیح و غیرمشروع و انجام هر دو غیرمقدور و غیرممکن است، مکلف باید یکی از آن‌ها را انتخاب کند. بدیهی است که حکم تراحم، فقط زمانی جاری است که بین دو عمل الزامی، منع جمع وجود داشته باشد. در صورتی که بتوان به طریقی، با تغییر عوامل تأثیرگذار، بین دو عمل جمع کرد، تراحمی وجود ندارد و جمع هر دو الزامی است (۸).

در چنین مواردی، راه‌حل‌های ارائه‌شده از سوی فقها، مشتمل بر هر دو شیوه‌ی تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر اصول و توجه به جزئیات و شرایط زمینه‌ای موضوع، حل موردی مسأله و اولویت هر کدام از وظایف است. شاید بتوان گفت که ارائه‌ی ضوابط کلی از سوی فقها، به قصد ارائه‌ی راهکار و تعیین چارچوبی برای تفکر صحیح است؛ ولی مکلف در هر حال باید بتواند وظیفه‌اش را نه تنها با مراجعه به قواعد، بلکه براساس مسائل عینی و شرایط خاص موضوع تشخیص دهد.

از این‌رو، در تعارضات اخلاقی همواره این امکان وجود دارد که با بررسی وضعیت موجود و شرایط خاص هر زمان، براساس ملاک‌های علمی، راهکارهای مناسبی را جست‌وجو کرد که براساس

گاه آشنایی سطحی با شعارهای کلی در حوزه‌ی اخلاق و داشتن یک تصور مبهم ناقص از اخلاق سبب می‌شود فرد در مواجهه با معضلات اخلاقی نیازی به تفکر و مشاوره در خود احساس نکند و همین تصور غلط و در پی آن تصمیم‌گیری اشتباه معضل اخلاقی را تبدیل به یک بحران اخلاقی کند.

۷-۲. اخلاق فضیلت‌محور

زمانی اراده‌ی حل تعارض در ما جوانه می‌زند که به تعارض اخلاقی مانند یک موضوع پژوهشی رویکردی مسأله‌محور داشته باشیم نه موضوع‌محور. بیشتر ما در نگرش سنتی به معضلات اخلاقی، فضیلت‌محور و ارزش‌مدار هستیم و در جهت‌گیری در برابر تعارضات، کارآمدی تصمیم را لحاظ نمی‌کنیم و بنای تصمیماتمان فضیلت‌گرایانه است. فضیلت‌گرایی ما را بر آن می‌دارد که در مواجهه با تعارضات اخلاقی، تنها فضیلت‌ها و ارزش‌های اخلاقی را یادآوری کنیم و بر آن‌ها اصرار بورزیم. در چنین تصمیم‌سازی‌هایی، احساسات و عواطف بیش از تفکر و مهارت ایفای نقش می‌کنند. به دیگر سخن، فضیلت‌گرایی در واقع رویکردی شخصی است تا یک موضع‌گیری روشمند ناظر بر حل مسأله که نیازمند استفاده از ملاک‌ها، معیارها و ابزارهای علمی و سنجش‌گر است. رویکرد مسأله‌محور ما را از انحراف از بایسته‌های مسأله و لغزش در مسائل بی‌ارتباط به آن باز می‌دارد و در راستای حل آن پیش می‌برد.

۷-۳. فقدان مهارت‌های حل مسأله

سردرگمی و بلاتکلیفی فرد در مواجهه با تعارض اخلاقی، ناشی از فقدان مهارت در حل مسأله و معضل اخلاقی است. به گمان برخی، قاعده‌ی

علماء درصدد معرفی عوامل مرجح برآمده‌اند و در این زمینه، دقت نظر فراوان به خرج داده‌اند، عامل مرجح، بسته به شرایط خاص زمانی، می‌تواند هر عامل معقولی باشد؛ البته فردی که در نهایت تصمیم می‌گیرد، فردی است که از یک‌سو خود را مکلف به انجام وظیفه می‌داند و دغدغه‌ی اخلاقی بودن دارد و از سوی دیگر، بنابر وظیفه، دانش لازم را برای انجام تکالیفش فرا گرفته است و به قواعد مورد نیاز خود مجهز شده است.

۳. در فرضی که هیچ عاملی برای رجحان یک طرف یافت نشود، وظیفه‌ی مکلف تخییر اخلاقی است. مراد از تخییر انتخاب و اختیار یکی از گزینه‌های موجود بدون رجحان یکی بر دیگری است (۹).

۷. مشکلات و موانع حل تعارضات اخلاقی

در روابط اجتماعی و حرفه‌ای زندگی بشر امروز، تعارضات اخلاقی به‌طور مکرر رخ می‌دهد و ما ناگزیر از یافتن راه‌های برون‌رفت و حل این تعارضات هستیم. سؤال اینجاست که چرا در بیشتر مواقع، تعارضات ما را دچار سردرگمی و بلاتکلیفی می‌کند؟ چه موانعی بر سر راه حل تعارضات اخلاقی وجود دارد؟

۷-۱. آشنایی اندک با علم اخلاق

قدم اول در حل تعارضات اخلاقی، آشنایی با قواعد و اصول اولیه‌ی اخلاق و ایجاد حساسیت نسبت به موارد اخلاقی است. مادامی که ما با اصول علم اخلاق به‌طور مستند، علمی و به واسطه‌ی مطالعه در این زمینه آشنایی کافی نداشته باشیم در چندراهه‌های تعارضات گرفتار می‌شویم و چه‌بسا متوجه چنین تعارضاتی هم نمی‌شویم.

خط‌مشی اخلاقی و روشن بودن مرزهای اخلاقی در نظام سلامت و مراکز درمانی از بروز بسیاری از تعارضات برای پزشکان پیشگیری می‌کند (۴).

۸. شیوه‌های حل مسأله در تعارضات اخلاقی پزشکان

مداقه در کتب و مقالات در زمینه‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی و بررسی مدل‌های ارائه‌شده برای تصمیم‌گیری اخلاقی، سه نوع رویکرد نسبت به تصمیم‌گیری اخلاقی به دست می‌دهد: مدل‌های فلسفه‌محور، مدل‌های تجربی یا عمل‌محور و در نهایت رویکردهایی که بدون ارائه‌ی یک مدل خاص، به تبیین فرایندی برای تصمیم‌گیری پرداخته‌اند.

۸-۱. مدل‌های تصمیم‌گیری فلسفه‌محور

گروهی از مؤلفان تلاش کرده‌اند که تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را بر نوعی نظر یا فلسفه مبتنی کنند. مدل تصمیم‌گیری هیر^۱ از این دسته است. هیر معتقد است که تکیه بر شهود صرف، برای حل تعارضات اخلاقی کافی نیست و برای حل تعارضات اخلاقی، به نوعی تفکر پیشرفته‌تر و غیرشهودی نیاز داریم. نمونه‌ی دیگر، گاتیل^۲ و همکارانش بودند که فرایند تحلیل مرحله به مرحله‌ی تصمیم، تجزیه‌ی تصمیم به اجزای تشکیل‌دهنده و در پی آن ارزیابی صحت تصمیم را پیشنهاد کردند.

۸-۲. مدل‌های تصمیم‌گیری عمل‌محور

این مدل‌ها به دنبال آن هستند تا عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری مانند ارزش‌ها و خصوصیات شخص تصمیم‌گیرنده، آموزش‌ها و میزان تجربه‌ی او را

«دفع افسد به فاسد» در حل دوراهه‌های اخلاقی راهگشا و یاریگر است؛ بدین‌صورت که در حل تعارض باید هر دو سوی مسأله را سنجید و ارزیابی کرد و آن را که مفسده‌ی کمتری دارد برگزید. شاید این شیوه آشناترین، سریع‌ترین و ساده‌ترین راه حل باشد؛ اما بدیهی است که درست‌ترین راه نیست. اولویت‌دادن به این قاعده در اولین قدم راه را بر فرد می‌بندد و ذهن را از اندیشیدن به احتمال وجود راه‌حل‌های دیگر بازمی‌دارد.

در بیشتر مواقع، دوراهه‌های اخلاقی دوراهه‌هایی کاذب‌اند و اندکی بسط ذهن و فراخ کردن افق دید، دوراهه را تبدیل به چندراهه می‌کند. از دیگر سو، در کمک‌گرفتن از این قاعده ما وزن حقیقی هر کدام از این راه‌ها را نمی‌دانیم و تصمیم‌گیری بر مبنای سبک سنگین کردن کلی و غیردقیق گزینه‌ها و تخمین‌ها، عاقلانه و اخلاقی نخواهد بود. در چنین تصمیم‌هایی باید از معیارهای علمی دقیقی مدد جست؛ برای مثال، میزان و شدت اشتباه‌بودن تصمیم، اینکه از دید دیگران این تصمیم تا چه حد خطاست، یا میزان و احتمال خسارت و زیان، اینکه تصمیم ما چه تعداد افراد را و با چه شدتی متضرر می‌کند، فوریت عواقب تصمیم، اینکه پیامد تصمیم تا چه حد بر روی خسارت‌دیدگان آن تمرکز دارد و خسارت در نتیجه‌ی تصمیم ما روی داده است.

۴-۲. نبود راهنما و کدهای اخلاقی

شاید عمده‌ترین مشکل پزشکان در مواجهه با تعارضات و معضلات اخلاقی، نبود راهنمای کاربردی و کارآمد دست‌کم در موارد معضلات شایع در رابطه با بیماران، همراهان آن‌ها و دیگر کارکنان و همکاران در مراکز درمانی و بهداشتی باشد. وجود

1. Hare
2. Emile Gatel

زمینه‌ای. يك قضاوت درست مستلزم آن است که بتوانیم برای حل يك مسأله‌ی اخلاقی که ترکیب پیچیده‌ای از عوامل مختلف است، چند اصل اخلاقی را در يك موقعیت خاص به کار بگیریم. در نظر گرفتن این چهار موضوع، به پزشك كمك می‌کند که بتواند اصول را در پرتو موارد خاص، ارزیابی و تفسیر کند. درست به همان کیفیتی که پزشك هنگام مواجه شدن با مشکلات طبی بیمار، مسائل گوناگونی را مد نظر قرار می‌دهد و براساس آن‌ها از بیمارش شرح حال می‌گیرد، ولی تنها بخشی از اطلاعات به دست آمده را در تصمیم‌گیری دخالت می‌دهد (۱۰).

کیچنر^۳ به تبعیت از هیر^۴ اظهار می‌دارد که قضاوت‌های اخلاقی، اغلب به طور خودبه خودی انجام می‌گیرند و به وسیله‌ی عواملی برانگیخته می‌شوند که در شعور آگاه جایگاه روشنی ندارد و به وسیله‌ی شهودهای اخلاقی مردم صورت می‌گیرد و در بهترین شکل خود، پیش‌بینی‌ناپذیر و موقت هستند؛ درحالی که در حرفه‌ی پزشکی، تصمیمات اخلاقی، باید براساس قضاوت‌های ثابت و پایدار و با تکیه بر اصول اخلاقی و نه قضاوت شهودی (فردی) صورت بگیرد. او روشی را توصیه می‌کند که براساس آن موضوعات اخلاقی آگاهانه، با تعمق و سنجیده تحلیل می‌شود و این روش را «قضاوت انتقادی سنجشی در توجیه هر تصمیم اخلاقی» نام‌گذاری می‌کند. او برای دستیابی به این نوع قضاوت، نُه مرحله را برای تصمیم‌گیری اخلاقی تخصصی و پرهیز از شهود اخلاقی غیرمتعارف و

مشخص کرده، در راهنمای تصمیم‌گیری آن‌ها را لحاظ کنند. این مدل از نظر فلسفی و نظری وضوح و شفافیت کمتری دارد؛ اما کاربردی‌تر است؛ به عنوان مثال، استدلر^۱ معتقد است که ارزش‌های فرد تصمیم‌گیرنده، به‌ویژه ارزش‌های غیراخلاقی مانند منافع مالی، باید تا حد امکان محدود شود. او برای ارزیابی کلیت، عمومیت و عدالت رویه‌ی پیشنهادی، يك تست اخلاقی به صورت زیر طراحی کرد: ۱. آیا این عمل منصفانه است؟ ۲. آیا آن را به نزدیکانم توصیه می‌کنم؟ ۳. آیا تمایل دارم که رفتارم عمومیت پیدا کند؟

یکی از معروف‌ترین مدل‌های تصمیم‌گیری اخلاقی پزشکان که در بسیاری از تألیفات اخلاق پزشکی، به عنوان روشی برای تصمیم‌گیری، به آن اشاره شده است، مدل چهار جزئی جانسون^۲ و همکاران است. مؤلفان این مدل ضمن اذعان به اهمیت اصول اخلاقی در حل مسائل پزشکان، بر این باورند که پزشك، نیاز به روشی دارد که واقعیت‌ها و ارزش‌ها را در يك الگوی منظم سامان دهد و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را تسهیل کند (۱۰).

در این روش پیشنهادی از پزشك خواسته شده است چهار موضوع را در کانون توجه قرار دهد و با لحاظ کردن آن‌ها تصمیم نهایی را اتخاذ کند. این مدل از پزشك می‌خواهد به رغم اهمیت یکی از آن‌ها در برخی شرایط خاص، تا حد امکان در تمام تصمیم‌گیری‌ها، همه‌ی چهار موضوع را تحلیل کند. این چهار موضوع عبارت‌اند از: اندیکاسیون‌های طبی، ترجیحات بیمار، کیفیت زندگی و خصوصیات

3. Kitchener
4. Heer

1. Michael Stadler
2. Jonsen

- فردی عنوان می‌کند:
- مرحله‌ی یک: حساسیت اخلاقی ایجاد کنید و آن را توسعه دهید؛
- مرحله‌ی دو: معماها و سؤالات اخلاقی را تعریف کنید؛
- مرحله‌ی سه: به استانداردهای حرفه‌ای قوانین و مقررات موجود مراجعه کنید؛
- مرحله‌ی چهار: از آرا و تألیفات صاحب‌نظران اخلاق استفاده کنید؛
- مرحله‌ی پنج: اصول اخلاقی را نسبت به هر موقعیت به کار گیرید؛
- مرحله‌ی شش: با استاد راهنما و همکاران خود مشورت کنید؛
- مرحله‌ی هفت: با دقت و تفکر تصمیم‌گیری کنید؛
- مرحله‌ی هشت: تصمیمات را به اجرا درآورید و مستند کنید؛
- مرحله‌ی نه: تجربه‌هایتان را جمع‌بندی کرده، دستاوردهای آن را مرور و تحلیل کنید (۱۱).
- برنارد لو^۱ در کتاب راهکارهایی در حل تعارضات اخلاقی در پزشکی نیز برای حل تعارضات اخلاقی رویکردی پنج مرحله‌ای به پزشکان توصیه می‌کند:
۱. به‌دست‌آوردن اطلاعات درباره‌ی بیمار و موقعیت او (اطلاعاتی مثل وضعیت بیمار از نظر درمانی، اینکه تصمیم‌گیرنده‌ی نهایی چه کسی است و او چه ترجیحات و ارزش‌هایی دارد)؛
 ۲. تحلیل ابعاد اخلاقی مربوطه و راهکارهای ممکن برای کمک به حل مسأله؛
 ۳. در نظر گرفتن ابعاد روانی و اجتماعی (مانند عواملی که موجب بروز اشکالاتی در اجرای
- تصمیمات اخلاقی ما می‌شود و برای برطرف کردن آن‌ها، اغلب به مشورت با همکاران و نیز گفت‌وگو با بیمار و همراهان او نیاز داریم)؛
۴. تلاش برای رسیدن به توافق؛
۵. کمک‌گرفتن از دیگران در صورت نیاز (۱۱).
- مدل چهار اصلی اخلاق زیستی یعنی احترام به اتونومی، سودرسانی، ضرر نرساندن و عدالت و بهره‌جستن از این چهار اصل در حل مسائل اخلاقی نیز که توسط چیلدرس و بیچامپ طراحی شد، در این دسته قابل طبقه‌بندی هستند.
- ۸-۳. جست‌وجوی فرایندی برای تصمیم‌گیری**
- گروه سوم محققانی هستند که بدون ارائه‌ی یک مدل تصمیم‌گیری خاص، به ارائه‌ی فرایندی برای تصمیم‌گیری پرداخته‌اند. از این گروه می‌توان به راهکار هاندرت^۲ اشاره کرد. هاندرت در مقاله‌ای تحت عنوان «مدلی عملی برای حل مسائل اخلاقی پزشکی»، بین اصول اخلاقی و رفتار اخلاقی تمایز قائل می‌شود. به عقیده‌ی او در تعارض اخلاقی، تعارضی در سطح اصول اخلاقی وجود ندارد. از نظر هاندرت دانشجویان پزشکی تا زمانی که وارد عرصه‌ی عمل نشده‌اند، تنها به اصول مطلق اخلاقی فکر می‌کنند. زمانی که وارد فعالیت‌های عملی می‌شوند، در ابتدا فکر می‌کنند که می‌توانند با استثناء زدن به اصول اخلاقی، مشکل تراحم و تعارض عملی اصول را حل کنند، مثلاً «تمام حقیقت را به بیمار بگو، مگر اینکه با منافع او در تضاد باشد.» یا «مادر حق دارد تقاضای سقط جنین کند، مگر اینکه این تقاضا به خاطر جنسیت جنین باشد.» ولی با افزایش تجربیات، مشاهده می‌شود که تعداد

2. Handert

1 Bernard Lo

انتخاب هریک از راه‌ها احساس می‌کنیم، می‌توانیم به اخلاقی‌تربودن یک انتخاب پی ببریم، بدین ترتیب که انتخاب گزینه‌ی اخلاقی‌تر، ما را به اضطراب کمتری مبتلا می‌کند.^۱

۹. اندیکاسیون‌های پزشکی

۹-۱. سودرسانی و ضرررساندن

- مشکل پزشکی بیمار چیست؟ پیشینه، تشخیص یا پیش‌بینی؟
- آیا مشکل حاد است؟ مزمن است؟ وخیم است؟ اورژانسی است؟ برگشت‌پذیر است؟
- اهداف درمان چیست؟
- احتمال موفقیت درمان چقدر است؟
- برنامه‌ی شما در صورت شکست درمان چیست؟
- در مجموع، بهبود این بیمار با خدمات پزشکی و پرستاری به چه صورت خواهد بود و چه خطراتی به دنبال خواهد داشت؟

۹-۲. ارجحیت بیمار و احترام به اتونومی بیمار

- آیا بیمار ظرفیت روحی و صلاحیت قانونی دارد؟ شواهدی دال بر این ظرفیت وجود دارد؟
- در صورت وجود صلاحیت، ترجیح بیمار برای درمان چیست؟
- آیا مزایا و خطرات درمان به بیمار اطلاع داده شده و او اطلاعات مربوط به بیماری را متوجه شده و رضایت داده است؟
- در صورت نداشتن صلاحیت بیمار، جایگزین مناسب کیست؟ آیا جانشین او استانداردهای مناسب را برای تصمیم‌گیری دارد؟

این استثنایا، به مرور بیشتر و بیشتر می‌شود و با هر تجربه، ارزش‌های جدیدی خودنمایی می‌کند که با ارزش اولی در تعارض است و ما مدام مجبور به توازن بین آن‌ها هستیم. در واقع، هر بار که با تعارض جدیدی روبه‌رو می‌شویم، تقسیم‌بندی جدیدی از ارزش‌های متعارض شکل می‌گیرد که نظام ارزیابی ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است موازنه‌ی قبلی را تغییر دهد و ما را به سمت سازمان‌دهی دوباره‌ی تجربیات اخلاقی خود سوق دهد (۱۲).

بدین ترتیب، ما در اثر روبه‌رو شدن با هر تعارض جدید، به درک جدیدی از اصول خود دست می‌یابیم و این ادراک جدید را مبنای تصمیم‌گیری‌های بعدی خود قرار می‌دهیم؛ به‌طوری‌که با هر مسأله، تجربه‌ی اخلاقی متفاوتی خواهیم داشت. این ادراک جدید معمولاً در زمان بحران به دست نمی‌آید، بلکه در زمانی آن را درک می‌کنیم که بحران پایان می‌یابد و آرامش و سکون دوباره برقرار می‌شود، و از همین روست که می‌توان آن را موازنه‌ای متفکرانه نامید (۱۲).

یک راه مناسب برای اجرای این فرایند این است که در یک مورد فهرستی از ارزش‌های متعارض تهیه کنیم. با افزایش تجربیات ما ارزش‌های جدیدی شناخته می‌شوند و تعادل قبلی ما را تغییر می‌دهند. بهترین وسیله برای رشد درک اخلاقی فرد، نگهداری این فهرست و مشاهده‌ی تغییرات آن در طی زمان است. بدین ترتیب، با هر تعارض اخلاقی تجربیات اخلاقی ما تکامل می‌یابد و اصول ما با ظاهرشدن یک ارزش جدید ممکن است تغییر کند.

هاندردت یک راه حل شهودی نیز ارائه می‌دهد و آن این است که ما از روی میزان اضطرابی که در

۱. نظریه‌ی موازنه‌ی متفکرانه (Reflective Equilibrium) که ابداع جان راولز است، شیوه‌ای است، نه کاملاً استقرایی و نه کاملاً قیاسی، که تلفیقی منسجم و متوازن، میان اصول عام و احکام خاص برقرار می‌کند.

مؤسسات مشاهده می‌شود؟

توضیح نمونه‌ی اول

در ابتدای امر چنین به نظر می‌رسد که شما در تعارض و دوراهی بین حقیقت‌گویی و رازداری گرفتار شده‌اید، به‌طوری‌که اگر حقیقت را بگویید و بیماری او را در فرم مربوطه بنویسید، راز بیمارتان را فاش کرده‌اید و البته همین افشای راز سبب بیکارشدن و آسیب روانی به بیمارتان می‌شود؛ از دیگر سو، اگر بر رازداری اهتمام ورزید و برگه‌ی سلامت را امضا کنید گواهی دروغ داده‌اید و این کار، علاوه بر غیراخلاقی بودن، غیرقانونی نیز است؛ اما شاید راه سومی هم باشد. می‌توانید با بیمارتان صحبت کنید و از پیامدهای ناگوار کتمان حقیقت برایش بگویید. اینکه رانندگی برای فرد مبتلا به صرع شغل خطرناکی است و چه بسا یک حمله‌ی تشنج در حین کار فاجعه به بار آورد و حتی زندگی خود او را تهدید کند. بیمار چندین ساله‌تان به شما اعتماد دارد و می‌توانید امیدوار باشید که حرف‌های شما را خواهد پذیرفت. از طرف دیگر، می‌توانید با توافق بیمارتان نامه‌ی محرمانه‌ای به رئیس شرکت مربوطه بنویسید و بیماری، کنترل آن، شرایط خانوادگی بیمار و نیاز وی به شغل را تشریح کنید و از او بخواهید برای بیمارتان کار دفتری و کم‌خطرتری را در نظر بگیرد.

توضیح نمونه‌ی دوم

انتخاب بین دوزندگی و برگزیدن یکی از آن دو، از مشکل‌ترین انتخاب‌هاست که در حرفه‌ی پزشکی و در بیمارستان به‌طور مکرر اتفاق می‌افتد.

۹-۳. کیفیت زندگی (ضرر نرساندن، سودرسانی و

احترام به اتونومی بیمار)

- پیش‌بینی با یا بدون درمان برای بازگشت به زندگی چقدر است؟
- اگر درمان موفق باشد چه خلأهای فیزیکی و روانی و اجتماعی برای بیمار محتمل است؟
- آیا ممکن است درگیری‌هایی از سوی ارزیابی‌کنندگان درباره‌ی کیفیت زندگی بیمار ارائه شود؟
- آیا ممکن است شرایط فعلی بیمار باعث شود در ادامه‌ی زندگی اش هدف قضاوت‌های نامطلوب قرار گیرد؟
- آیا برنامه و منطقی برای چشم‌پوشی از درمان وجود دارد؟
- آیا برنامه‌ای برای مراقبت‌های تسکینی و آسایش بیشتر وجود دارد؟

۹-۴. ویژگی‌های متنی (وفاداری و عدالت)

- آیا مسائل خانوادگی وجود دارد که تصمیمات درمانی را تحت تأثیر قرار دهد؟
- آیا مسائلی درباره‌ی پزشک و پرستار وجود دارد که تصمیمات درمانی را تحت تأثیر قرار دهد؟
- آیا فاکتورهای مالی و اقتصادی وجود دارد؟
- آیا عوامل مذهبی و فرهنگی وجود دارد؟
- آیا ملاحظات درباره‌ی محرمانه‌بودن وجود دارد؟
- آیا عدالت در تخصیص منابع در کانون توجه قرار گرفته است؟
- قانون چگونه تصمیمات درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟
- آیا پژوهش‌های پزشکی یا آموزشی مورد نیاز است؟
- آیا تعارض منافع در میان خدمت‌دهندگان و

منابع

1. Richek, Margaret Ann. (1996). The World of Words. Houghton Mifflin Company, P. 271.
۲. قراملکی، احدفرامرز. (۱۳۸۸). درآمدی بر اخلاق حرفه‌ای. تهران: نشر سرآمد، ص ۱۹۶، ۲۹۵.
۳. آرمسترانگ، والتر سینت. (۱۳۸۰). «فلسفه‌ی اخلاق»، در: مجموعه‌مقالات برگرفته از دایرة‌المعارف فلسفه‌ی اخلاق، لارنس سی بکر. ترجمه‌ی جمعی از مترجمان. قم: مؤسسه‌ی آموزشی و پژوهشی امام خمینی، ص ۱۳۰.
۴. قراملکی، احدفرامرز و رستم نوجه فلاح. (۱۳۸۶). موانع رشد اخلاقی حرفه‌ای در سازمانها. تهران: مؤسسه‌ی فرهنگی دین پژوهی بشرا.
5. Tom L, Beauchamp. & Childress James F. (2001). Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press.
۶. فرانکنا، ویلیام کی. (۱۳۷۶). فلسفه‌ی اخلاق. ترجمه‌ی هادی صادقی. قم: مؤسسه‌ی فرهنگی طه، ص ۴۷.
۷. ناوتن، دیوید مک. (۱۳۸۰). بصیرت اخلاقی. ترجمه‌ی محمود فتحعلی. قم: مؤسسه‌ی آموزشی و پژوهشی امام خمینی، ص ۲۹۷ و ۲۹۸.
۸. هاشمی شاهرودی، سید محمود. (۱۳۸۴). فرهنگ فقه مطابق آرای اهل بیت (ع). قم: مؤسسه‌ی دایرة‌المعارف فقه اسلامی، ص ۴۵۶.
۹. فاضل موحدی لنکرانی، محمد. (۱۳۸۵). احکام پزشکان و بیماران. گردآوری غلامحسین خدادادی، قم: مرکز فقهی ائمه‌ی اطهار (ع)، ص ۱۵۶.
10. Jonsen, Alber R. & et al. (2006). Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. McGrawHill, P. 1-10.
۱۱. فرهادی، یدالله. (۱۳۸۶). اخلاق حرفه‌ای در بهداشت روان. تهران: انتشارات اطلاعات، صص ۳۵ تا ۳۷.
12. Handert, Edward M.. (1987). "A Model for Ethical Problem Solving in Medicine". Am J Psychiatry, 144 (7), P. 839-846.

در این نمونه نیز به نظر می‌رسد پزشک بخش مراقبت‌های ویژه باید یکی از دو بیمار را برگزیند. یک طرف بیمار جوانی که با چند روز حمایت تنفسی و درمان حمله‌ی میاستنی به زندگی معمول باز خواهد گشت و در طرف دیگر مادر مسن غیرهوشیار در آستانه‌ی مرگی که فرزندش در راه است تا برای آخرین بار با مادرش وداع کند. ضمن اینکه از نظر قانونی و اخلاقی نمی‌توان بیمار تحت تهویه‌ی ونتیلاتور را بی‌دلیل و تنها به خاطر نیاز بیمار دیگر از دستگاه جدا کرد.

دکتر «س» موضوع را با سرپرستار بخش در میان گذاشت و از او خواست تا از دستگاه ونتیلاتور پرتابل برای بیمار جدید استفاده کنند؛ اما سرپرستار عنوان کرد که ونتیلاتور پرتابل را برای بیماری در بخش جراحی فرستاده است و گفت که فکری برای حل این مشکل دارد. دکتر «س» بیمار جدید را در بخش پذیرش کرد. پرستارهای بخش به نوبت در فواصل زمانی نیم‌ساعته تهویه‌ی تنفسی بیمار را با آمبویگ تأمین کردند. دو ساعت بعد پسر خانم «الف» رسید و به مدت یک ساعت بر بالین مادر بود و با او وداع کرد و به دنبال سومین ایست قلبی تنفسی، خانم «الف» از دستگاه جدا شد و بیمار جدید تحت تهویه‌ی دستگاه ونتیلاتور قرار گرفت.

فصل سوم

درسنامه‌ی مبانی و قواعد فقه پزشکی

دکتر سعید نظری توکلی، دکتر مصطفی محقق داماد

۱. مقدمه

تخمک‌اهدایی برای درمان ناباروری، کاهش جنین اضافی در فرایند درمان ناباروری، سقط جنین درمانی، وصیت به اهدای عضو، برداشت عضو از پیکر مردگان، مرگ مغزی، اقدام به مرگ شیرین برای خود یا دیگران، تعیین جنسیت جنین و صدها مسأله‌ی دیگر پاسخی درست پیدا کرد، بدون آنکه به مبانی و نگرش‌های مذهبی درباره‌ی چنین مسائلی توجه داشت.

نتیجه‌ی منطقی این نوع نگاه به مسائل نوظهور پزشکی این است که با توجه به متغیر فرهنگ و البته مذهب، پاسخ‌های متفاوتی برای این مسائل پیدا خواهد شد؛ اما یکی از مهم‌ترین پرسش‌ها در برابر این تکثرگرایی در داوری نسبت به روایی یا ناروایی (جواز یا عدم جواز) اقدامات درمانی یا غیردرمانی پزشکی، آن است که تفاوت و فراوانی پاسخ‌ها در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف را باید مزیت

چندتباری‌بودن مسائل نوظهور پزشکی به‌خودی‌خود، بستری را فراهم کرده است تا محققان علوم گوناگون در تبیین چیستی و چگونگی برخورد با آن نیازمند یکدیگر باشند و بدون همفکری و همکاری مشترک تمام افرادی که دانش آن‌ها در حل این مسائل مؤثر است، گره‌گشایی از آن‌ها ممکن نباشد. چنین فضایی خواسته یا ناخواسته اندیشمندان علوم تجربی و علوم انسانی را وام‌دار یکدیگر می‌کند و به هیچ‌کدام اجازه نمی‌دهد بدون در نظر گرفتن سایر دانش‌ها، یک‌تنه به میدان دانش بیایند و مدعی حل اثربخش آن مسأله باشند.

فرهنگ و زیرساخت‌های آن، همچون مذهب، از جمله عوامل مؤثر در تبیین و حل مسائل نوظهور پزشکی است. به نظر نمی‌رسد که بتوان پیرامون مسائلی همچون: پایان زندگی، استفاده از اسپرم و

به حساب آورد یا چالشی که هرچه تأثیر فرهنگ و خرده‌فرهنگ‌ها در این گونه‌دآوری‌ها بیشتر شود، آسیب‌های آن نیز رو به فرونی می‌گذارد؟ چرا که جامعه‌ی جهانی را از رسیدن به پاسخی یکسان برای حل اثربخش آن‌ها دور می‌کند.

اینکه تأثیر باورهای دینی تا چه اندازه موجب پیدایش پاسخ‌های متفاوت، بلکه متعارض می‌شود، مسأله‌ای است که در تحلیل مزیت‌داشتن یا چالش‌برانگیز بودن دآوری‌های گوناگون نسبت به پدیده‌های نوظهور پزشکی مؤثر است.

بر این اساس، با گذشت زمان، آرام‌آرام فقه پزشکی به‌عنوان دانشی میان‌رشته‌ای جایگاه خود را در میان علوم انسانی از یک‌سو و علوم پزشکی از سوی دیگر پیدا کرده است. امروزه کمتر کسی است که با سه حوزه‌ی آموزش پزشکی، پژوهش در علوم پزشکی و درمان بیماران در ارتباط باشد، اما با توجه به فرهنگ بومی دینی کشور عزیزمان ایران، دغدغه‌های فقهی حقوقی نداشته باشد.

روایی و ناروایی شرعی اقدامات پزشکی از جمله پرسش‌های مهم پزشکان و بیماران است. پزشکان در انجام اقدامات درمانی، افزون بر بهره‌گیری از تشخیص علمی، ناگزیرند به نگرش‌های فرهنگی دینی بیماران خود نیز احترام بگذارند.

همچنان که بیماران نیز در پذیرش شیوه‌های مختلف درمانی، به سازگاری و ناسازگاری آن‌ها با ارزش‌های اعتقادی خود توجه فراوان دارند.

بر این اساس، هر چند اصل خودمختاری و استقلال بیمار که در نظام‌های اخلاق پزشکی غیردینی، در تنظیم روابط میان پزشک و بیمار از اهمیت فراوانی برخوردار است، در نظام

فقهی حقوقی اسلامی نیز جایگاه ممتازی داشته و در منابع فقهی از آن با عنوان «سلطنت انسان بر نفس خود» یاد شده است؛ اما به‌کارگیری آن تنها به مشروعیت عمل بستگی دارد و بیمار آن دسته از اقدامات تشخیصی درمانی را می‌پذیرد که انجام آن‌ها به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم مستلزم ارتکاب عمل حرام نشود. با چنین نگرشی، گرچه بیمار بر قدرت‌تکوینی خود نسبت به انتخاب چگونگی و نوع درمان باور دارد، ولی هیچگاه به خود اجازه نمی‌دهد که از این حق طبیعی‌اش بدون در نظر گرفتن رضایت الهی استفاده کند.

همین نگرش را در آن سوی دیگر، یعنی در چگونگی روابط پزشکان با بیماران خود نیز می‌توان مشاهده کرد. پزشک مسلمانی که اقدامات درمانی خود را نوعی نیکوکاری می‌داند، یعنی همان چیزی که در آموزه‌های دینی از آن با نام قاعده‌ی «احسان» یاد می‌شود، هر چند تمام تلاش خود را در ارائه‌ی بهترین خدمات تشخیصی درمانی به بیماران صرف می‌کند، پیوسته نگران و مراقب آن است که این اقدامات خیرخواهانه‌ی او منجر به شکستن حریم الهی نشود.

وجود چنین دغدغه‌های دینی فرهنگی در میان پزشکان و بیماران که البته منحصر به مسلمانان نیز نیست و پیروان سایر ادیان الهی و غیرالهی نیز با آن روبه‌رو هستند، ما را ناگزیر می‌سازد تا با بهره‌گیری از یک دانش میان‌رشته‌ای که می‌توان آن را «فقه پزشکی» نامید، راهکاری مناسب برای پاسخ‌گویی به این دل‌نگرانی‌ها پیدا کنیم. راهکاری که از یک طرف نباید در روند درمان بیماران و عمل پزشکان به وظایف حرفه‌ای‌شان خللی وارد کند و از طرف دیگر،

۲-۱-۱. مفهوم‌شناسی فقه

فقه^۱ در کنار فلسفه‌ی دین^۲، جامعه‌شناسی دین^۳، روان‌شناسی دین^۴، الهیات^۵ و تاریخ ادیان^۶ یکی از شاخه‌های دانشی به نام مطالعات دینی^۷ است. برای دانش فقه تعریف‌های مختلفی بیان شده است:

الف. فهم آموزه‌های دینی: در صدر اسلام، واژه‌ی فقه به معنای «فهم آموزه‌های دینی» به کار می‌رفت، چه اعتقادی باشد یا اخلاقی یا عملی. برای اشاره به آموزه‌های اعتقادی از عبارت «الفقه‌الاکبر» و برای اشاره به آموزه‌های عملی از اصطلاح «الفقه‌الاصغر» استفاده می‌شد.

ب. ظاهرکردن شریعت: منظور از شریعت، احکامی است که خداوند برای انسان وضع کرده است. نقش دانش فقه آن است که فقیه با اجتهاد خود این احکام را کشف کند؛ گاه در این تلاش به خطا می‌رود و گاه هر آنچه که فقیه استنباط می‌کند، همان چیزی است که خداوند نیز وضع کرده است.

ج. شناخت احکام شرعی: مقصود از فقه در این معنا، آگاهی از احکام شرعی است؛ چه این آگاهی ناشی از استنباط احکام از منابع و دلایل آن‌ها باشد و چه براساس تقلید.

هرگاه از دانش فقه سخن می‌گوییم، نه از فهم آموزه‌های دینی به معنای عام آن گفت‌وگو می‌کنیم و نه از شناخت احکام شرعی، هر چند از راه تقلید (بازگشت مکلف به فقیه برای شناخت وظایف خود)

با باورهای دینی همخوانی داشته، در انگیزه‌ی بیمار برای پذیرش درمان تأثیر نامطلوبی نگذارد.

روشن به نظر می‌رسد که درگیرکردن فقه با مسائل نوظهور و تلاش برای یافتن پاسخ‌های دینی فقهی برای آن‌ها کار دشواری است؛ زیرا نه جامعه‌ی پزشکی به برقراری چنین تعامل ویژه‌ای با یکی از دانش‌های مرتبط با حوزه‌ی غیرتجربی، یعنی علوم انسانی، عادت دارد و نه عالمان دینی (فقیهان) در ارائه‌ی پاسخ‌های واقع‌بینانه به مسائل نوظهور پزشکی تجربه‌ی کافی دارند؛ چراکه طرح چنین پاسخ‌هایی تنها با آگاهی از مبانی فقهی و قواعد استنباط احکام شرعی امکان‌پذیر نیست و شناخت دقیق از موضوع، شرط اصلی برای ورود به چنین حوزه‌ای است و این همان چالشی است که فقیهان در سال‌های اخیر با آن روبه‌رو هستند.

به هر حال، از آنجا که مخاطبین این فصل قرار نیست در مقام استنباط احکام شرعی قرار گیرند، تلاش شده است پس از ارائه‌ی گزارشی کوتاه از مفاهیم پایه، ضمن تقویت جنبه‌ی مهارتی این افراد برای تصمیم‌گیری فقهی، بدون اینکه به اجتهاد و استنباط احکام از منابع اصلی آن نیاز باشد، قواعد مختلف فقهی ناظر به مسائل فقه پزشکی توضیح داده شود.

۲. فقه و مفاهیم پایه

۲-۱. دانش فقه

برای شناسایی دانش فقه، نیازمند بازشناسی اصطلاح فقه، ساختار یک گزاره‌ی فقهی، هدف دانش فقه، حکم فقهی، مسأله‌ی فقهی و قاعده‌ی فقهی هستیم.

1. Jurisprudence
2. Philosophy of Religion
3. Society of Religion
4. Psychology of Religion
5. Theology
6. History of Religion
7. Religious Studies

باشد. بلکه فقه «دانشی است که به واسطه‌ی آن، احکام شرعی و وظایف مکلفان با توجه به دلایل آن‌ها استنباط می‌شود» (۱)؛ اما باید توجه داشت که احکام شرعی یک پشتوانه‌ی الهی نیز دارد؛ یعنی خداوند به‌عنوان قانونگذار، بنای شریعت اسلامی را گذاشته است. حال این فقیه است که می‌کوشد تا با استنباط خود، به آن احکام الهی دست یابد. چنین نگرشی به دانش فقه، مبتنی بر «اصل تخطئه»^۱ در استنباط احکام فقهی است. بر این اساس، به نظر می‌رسد معنای دوم فقه، پذیرفتنی‌تر باشد.

۲-۱-۲. گزاره‌ی فقهی

هر گزاره‌ی فقهی، دست‌کم از دو عنصر موضوع و محمول تشکیل شده است. برای دانش فقه دو موضوع وجود دارد که تفاوت آن‌ها در میزان گستردگی است: فعل اختیاری مکلف؛ فعل مکلف یا هر شیئی که متعلق حکم شرعی قرار می‌گیرد (۴ و ۳). از آنجا که هدف از احکام شرعی، تنظیم زندگی انسان است و این هدف همچنان که به فعل مکلف تعلق می‌گیرد، به خود مکلف یا به اشیایی که در زندگی او دخالت دارند نیز تعلق می‌گیرد (۵)؛ بنابراین، موضوع دانش فقه، فعل مکلف یا هر شیئی است که متعلق حکم شرعی قرار می‌گیرد.

رابطه‌ی گسست‌ناپذیر میان موضوع و محمول سبب می‌شود تا برای موضوع‌های فقهی نیز دو محمول تصورکردنی باشد. در نتیجه، گزاره‌ی فقهی، یعنی نسبت میان محمول و موضوع، گزاره‌ای دستوری (تجویزی) یا گزاره‌ای دستوری و توصیفی

خواهد بود (۳).

روشن به نظر می‌رسد که اگر موضوع علم فقه، فعل اختیاری مکلف باشد، محمول این موضوع هم حکم تکلیفی بوده و با گزاره‌ای دستوری روبه‌رو هستیم؛ اما اگر موضوع دانش فقه را اعم از فعل مکلف و اشیاء خارجی بدانیم، در این صورت، محمول آن، هم حکم تکلیفی است و هم حکم وضعی و در نتیجه، گزاره‌ی حاصل از آن، گزاره‌ای است دستوری (در احکام تکلیفی) یا گزاره‌ای توصیفی (در احکام وضعی).

۲-۱-۳. هدف دانش فقه

برای دانش فقه چهار هدف می‌توان در نظر گرفت: الف. قدرت یافتن بر استنباط احکام برای عمل، چه در آراستگی درونی (تهذیب نفس) مکلف مؤثر باشد یا نباشد؛

ب. سعادت اخروی دین‌داران؛

ج. سعادت دنیوی دین‌داران؛

د. سعادت دنیوی و اخروی دین‌داران (۳).

بدون شک، هدف از یادگیری دانش فقه، دستیابی به قدرت استنباط احکام شرعی است؛ اما این قدرت ارزش ذاتی ندارد و تنها هنگامی سودمند است که منجر به کشف حکم شرعی شود. روشن است که به‌دست آوردن حکم شرعی، صرف‌نظر از جنبه‌ی معرفت‌شناختی آن، راهی است برای عمل کردن مکلف. پذیرش سود و زیان واقعی در متعلق احکام شرعی، از آنجا که حکم شرعی می‌تواند تکلیفی یا وضعی باشد، خودبه‌خود بستری را برای سعادت‌مندی دنیوی انسان در عمل به احکام وضعی و سعادت دنیوی و اخروی انسان در عمل به احکام تکلیفی، فراهم می‌کند؛ بنابراین، دانش فقه تأمین‌کننده‌ی یکی از چهار هدف نیست؛ بلکه برای

۱. منظور از «تخطئه» آن است که فقیه در اجتهاد خود ممکن است خطا کند و بر خلاف حکم واقعی الهی، فتوا دهد؛ اما «تصویب» عبارت است از باور به اینکه فقیه هر فتوایی بدهد، همان فتوا، حکم واقعی الهی نیز است. فقهای شیعه بر تخطئه پافشاری می‌کنند، اما برخی فقهای اهل سنت دیدگاه دوم را پذیرفته‌اند (۲).

نشستن در زیر سایه درخت مباح است). احکام وضعی، احکامی هستند که به‌طور مستقیم به افعال انسان (مکلف) تعلق نمی‌گیرد، بلکه غیرمستقیم بر اعمال و رفتار او اثر می‌گذارند؛ مانند زوجیت، مالکیت، طهارت و نجاست (این مرد همسر آن زن است، این زن مالک آن خانه است، ترشحات بدن انسان پاک است، خون نجس است).

۲-۳. مسأله‌ی فقهی

فقیه می‌کوشد در فرایند استنباط، حکم تمام رویدادهایی را که برای انسان‌ها در مسیر زندگی پیش می‌آید، از منابع اصلی فقه و همچنین قواعد کلی حاکم بر فقه اسلامی استخراج کند. بر این اساس، گزاره‌هایی همچون: «نماز واجب است»، «نجات بیمار بر پزشک واجب است»، «وفای به قرارداد لازم است» و «ترک اقدامات پزشکی در وضعیت اورژانس حرام است» از جمله مسائل فقهی هستند. در این‌گونه گزاره‌ها، احکام (تکلیفی و وضعی) محمول این گزاره‌ها را تشکیل می‌دهند و موضوع آن‌ها، افعال مکلفان است. بر این اساس، مسایل فقهی مجموعه‌ی قوانینی هستند که خداوند درباره‌ی اعمال و رفتارهای خاص انسان‌ها وضع کرده است (۶).

۲-۴. قاعده‌ی فقهی

واژه‌ی «قاعده» در لغت به معنای پایه و اساس است. این واژه در علوم مترادف با اصل، ضابطه و قانون به کار می‌رود. بر این اساس، قاعده‌ی فقهی عبارت است از حکمی کلی که به حوزه‌ی خاصی از احکام اختصاص ندارد و نسبت به همه یا بیشتر حوزه‌ها، قابلیت شمول‌پذیری دارد. قاعده‌ی فقهی دو ویژگی اساسی دارد: کلی بودن

این دانش می‌توان اهدافی نزدیک، میانی و دور (قریب، متوسط و بعید) در نظر گرفت که در رابطه‌ای طولی نسبت به یکدیگر قرار دارند. هدف نزدیک، یافتن قدرت استنباط، هدف میانی، کشف احکام شرعی و هدف نهایی، سعادت فردی و اجتماعی در دو ساحت دنیوی و اخروی است.

۲-۲. حکم فقهی

با پذیرش این مطلب که تنها وظیفه‌ی فقیه، استنباط و استخراج احکام الهی از منابع مختلف آن است، برای شناسایی دامنه‌ی فعالیت فقیه باید مشخص شود منظور از واژه‌ی «حکم» چیست.

حکم شرعی در برابر حکم عقلی، حکمی است که تنها مستند آن، آموزه‌های دینی است. این احکام گاه در تأیید دریافت عقل از سوی قانونگذار وضع شده‌اند (حکم ارشادی) مانند حرمت ضررزدن به خود یا بدون درنظرگرفتن دریافت عقلی، مورد قانونگذاری قرار گرفته‌اند (حکم مولوی).

همچنین، احکام شرعی یا فاقد پیشینه‌ی پیش از ظهور اسلام هستند یا در رد حکم رایج در دوران جاهلی است که به آن «حکم تأسیسی» گفته می‌شود؛ مانند حرمت نوشیدن مشروبات الکلی. احکامی نیز در تأیید کامل یا نسبی مقررات رایج در پیش از اسلام هستند که به آن «حکم امضایی» گفته می‌شود.

سرانجام، احکام الهی یا تکلیفی هستند یا وضعی. احکام تکلیفی، احکامی هستند که بیانگر یکی از پنج حکم وجوب، حرمت، استحباب، کراهت و اباحه هستند (نوشیدن مشروبات الکلی حرام است، پرداخت زکات واجب است، خواندن نماز شب مستحب است، دمیدن در غذای داغ کراهت دارد،

۳-۱. اخلاق

و شرعی بودن. منظور از کلی بودن این نیست که تمام مکلفان را در بر می‌گیرد، مانند وجوب خواندن نماز برای همه‌ی مکلفان. همچنین کلی بودن به این معنا نیست که همه‌ی مصادیق و موارد را شامل می‌شود، مانند وجوب خواندن نماز در مکان‌های مختلف (نماز در خانه، در مسجد، در خیابان، ...). افزون بر این، منظور از کلی بودن، دربرگرفتن حالت‌های مختلف مکلفان نیست، همچون وجوب خواندن نماز در وضعیت ناتوانی (عجز) و توانمندی (قدرت)؛ بنابراین، منظور از کلی بودن، فراگیری نسبت به گونه‌های مختلف موضوعات است.

برخی از قواعد فقهی در همه‌ی ابواب فقه جاری هستند؛ مانند قاعده‌ی نفی ضرر (لاضرر) و قاعده‌ی نفی حرج (لا حرج). قواعدی نیز هستند که تنها در حوزه‌ی معاملات جاری‌اند؛ مانند قاعده‌ی تلف در زمان خیار و قاعده‌ی عدم ضمان امین. قواعدی هم در حوزه‌ی عبادات جاری است؛ مانند قاعده‌ی لاتعاد، قاعده‌ی تجاوز، قاعده‌ی فراغ و سرانجام قواعدی هستند که برای کشف موضوعات خارجی به کار می‌روند، مانند قاعده‌ی حجیت بینه. ویژگی دوم قاعده، شرعی بودن آن است؛ یعنی اثبات یا نفی حکم تکلیفی یا وضعی (۶).

۳. فقه و دانش‌های وابسته

دانش فقه به عنوان یک دانش از زیرشاخه‌ی علوم انسانی می‌تواند از جهات گوناگون با علوم مختلف، شباهت، اشتراک و پیوستگی‌هایی داشته باشد؛ اما در این میان، اخلاق، اصول فقه و حقوق بیشترین شباهت را به لحاظ عملکردی و مبانی با این دانش دارند.

قبول وجود این توانایی برای دانش فقه، سبب می‌شود تا فقه‌پژوهان برای پاسخ‌گویی به پرسش‌های دنیای معاصر و نیازهای جدید و مختلف جوامع انسانی، درصدد بهره‌گیری از دانش‌های مختلف برآیند. یکی از این دانش‌ها که سهم بسزایی در اجتهاد و استنباط احکام شرعی دارد، دانش اخلاق است.

صرف نظر از تأثیر خصلت‌ها و ویژگی‌های درونی فقیه در چگونگی استنباط‌های او که از آن به رفتارهای ارتباطی درون‌شخصی نیز یاد می‌شود، مهم یافتن میزان تأثیر آموزه‌های اخلاقی در استنباط احکام شرعی و از آن مهم‌تر، تأثیر علم اخلاق بر علم فقه است.

فقه به مفهوم رایج آن، دورماندن از عذاب الهی و بهره‌مندی از پاداش اخروی را هدف اصلی از انجام فرامین الهی و پرهیز از نافرمانی او معرفی می‌کند؛ اما نباید از یاد برد که احکام فقهی این توانایی را دارند که انسان را به رشد معنوی رسانده و او را در مسیر تقرب به سوی خداوند پیش ببرند و برای او

ویژگی‌ها و صفات مطلوب و شایسته‌ی اخلاقی نیز شکل می‌گیرند.

طرفداران این دیدگاه، درست بر خلاف دیدگاه نخست، مدعی‌اند که فقه و اخلاق از نظر هدف و روش و موضوع با یکدیگر پیوستگی دارند. با پذیرش نظر عدلیه در تابعیت احکام از مصالح و مفاسد، هدف از دانش فقه، تأمین مصالح و دورکردن مکلفان از مفاسد است که با انجام تکالیف الهی به دست می‌آید و این یعنی، رساندن انسان به سعادت و دوری او از عذاب الهی. هدف اخلاق هم به کمال رساندن انسان است؛ از این رو، هدف دو علم اخلاق و فقه همسو هستند.

منابع فقه، کتاب و سنت و عقل است. روش فقیه در استنباط احکام از کتاب و سنت، نقلی و در استنباط از عقل، عقلی است. بر این اساس، اخلاق به دینی و غیردینی تقسیم می‌شود. منبع اخلاق غیردینی، عرف و عقلا و روش آن عقلی و عقلایی است؛ اما در اخلاق دینی، عقل و کتاب و سنت، منابع اصلی‌اند و عالم اخلاق هم در مباحث خود از هر دو روش عقلی و نقلی بهره می‌گیرد.

اگر بپذیریم که موضوع علم اخلاق، ویژگی‌های نفسانی (درونی) و رفتار انسان است، نسبت میان موضوع فقه و اخلاق، عموم و خصوص مطلق است؛ یعنی دامنه‌ی علم اخلاق گسترده‌تر از فقه است، فقه و اخلاق هر دو از رفتار بحث می‌کنند؛ ولی اخلاق، افزون‌براین، از صفات درونی هم گفت‌وگو می‌کند.

بر این اساس، نسبت میان گزاره‌های فقهی و اخلاقی یکی از این چهار صورت است: هر دو بیانگر یک مطلب هستند؛ فقه حکمی دارد ولی اخلاق فاقد حکم قطعی در آن باره است؛ اخلاق حکمی

سعادت‌جاویدان و آرامش درونی را به ارمغان آورند و این نیست جز توجه فقه به اخلاق.

اگر فقه را به معنای علم به احکام شرعی فرعی تعریف کنیم، علم فقه کاشف از احکام شریعت است که در برخی مواقع نیز به خطا رفته، از این کاشف‌بودن باز می‌ماند. تأثیر اخلاق بر شریعت به این معناست که قانونگذار در تدوین احکام خود، به ارزش‌های اخلاقی نیز توجه می‌کند. باوجوداین، در اینکه چه رابطه‌ای میان فقه و اخلاق وجود دارد، دو دیدگاه کاملاً متفاوت وجود دارد:

الف. دیدگاه نخست: عدم ارتباط میان فقه و اخلاق طرفداران رویکرد سلبی بر این باورند که اختلاف موضوع و روش این دو دانش، سبب بی‌ارتباطی آن‌ها از هم می‌شود. موضوع علم اخلاق، تنها بررسی ویژگی‌های درونی انسان است و موضوع علم فقه، فعل اختیاری مکلف است. افزون‌براین‌ها، رسالت فقه و قلمرو کارایی آن، دنیاست؛ اما رسالت و قلمرو کارایی اخلاق، آخرت است.

ب. دیدگاه دوم: ارتباط میان فقه و اخلاق کسانی که به رویکرد ایجابی میان فقه و اخلاق باور دارند، به دلایلی استناد کرده‌اند؛ برای مثال برخی بر این باورند که احکام فقهی به منظور برقراری نظام عادلانه وضع شده‌اند و عدالت از جمله آرمان‌های مهم اخلاق است؛ پس احکام فقهی ریشه در اخلاق دارند. به عبارت دیگر، اخلاق از خصلت‌ها و ویژگی‌های درونی انسان گفت‌وگو می‌کند و این خصلت‌ها به کمک رفتارها به دست می‌آیند و چون فقه عهده‌دار تبیین رفتارهای مشروع و رفتارهای نامشروع (نزدیک‌کننده به خداوند و دورکننده از او) است؛ بنابراین، در چارچوب رفتارهای فقهی،

دارد، ولی فقه فاقد حکم قطعی نسبت به آن است و سرانجام، هر یک از فقه و اخلاق حکمی دارند متعارض با یکدیگر.

برای حل تعارض میان احکام اخلاقی و احکام فقهی در صورت چهارم، چند راه حل مطرح شده است: تقدم مطلق فقه بر اخلاق، تفصیل میان احکام قطعی و غیرقطعی اخلاق، تفصیل میان احکام زرّین و غیرزرّین اخلاقی، تقدم احکام اخلاقی بر احکام فقهی به هنگام نزاحم، تقدم احکام اخلاقی بر عموم یا اطلاق احکام فقهی در احکامی که ملاک آن‌ها درک‌کردنی است، تقدم غایت اخلاقی بر استنباط فقهی در صورت احراز قطعی.

به هر حال، پذیرش نوع رابطه میان فقه و اخلاق، خودبه‌خود، نوع رابطه‌ی میان فقه پزشکی و اخلاق پزشکی را به عنوان دو دانش میان‌رشته‌ای مشخص خواهد کرد. همان چیزی که دغدغه‌ی بسیاری از پژوهشگران معاصر در این دو حوزه است؛ کشف رابطه میان اصل اخلاق پزشکی خودمختاری و قاعده‌ی فقهی سلطنت، اصل اخلاق پزشکی ضرررسانی و قاعده‌ی فقهی لاضرر، اصل اخلاق پزشکی سودرسانی و قاعده‌ی فقهی احسان و اصل اخلاق پزشکی و فقهی عدالت از جمله‌ی این مباحث است.

برای شناخت درست‌تر از وضعیت و نسبت گزاره‌های اخلاقی به گزاره‌های فقهی، ضروری است تا دانش اخلاق را بازتعریف کنیم.

دانش اخلاق، دانشی^۱ (۷) است معرفتی‌مهارتی؛

یعنی از یک‌سو، مبتنی بر معرفت است، زیرا بدون شناخت ویژگی‌های مطلوب و نامطلوب انسانی تحقق‌پذیر نیست و از سوی دیگر، مهارتی است، زیرا کنشگر اخلاقی باید بتواند با فراگیری مهارت‌های خاص، رفتارهای ناپسند خود را کنترل کرده، آرام‌آرام آن‌ها را به رفتارهای پسندیده تبدیل کند؛ همچنین بکوشد تا رفتارهای پسندیده‌ی او به‌صورتی ماندگار درآیند. به همین خاطر، اخلاقی رفتارکردن نیازمند یک مهارت است و خودش یک هنر به شمار می‌رود. چه فراوان‌اند انسان‌هایی که به زیبایی‌ها و زشتی‌ها آگاه هستند، اما توان کنترل رفتار خود را براساس آن ندارند و البته کم نیستند انسان‌هایی که با ناآگاهی از زشتی‌ها و زیبایی‌ها، ناخواسته رفتاری ناپسند دارند؛ ازاین‌رو، می‌توان دانش اخلاق را چنین تعریف کرد: «شناخت منش‌های پسندیده و ناپسند و مهارت (هنر) به‌کار بستن آن‌ها در رفتار خود.»

تردیدی نیست که در میان آن شناخت و این مهارت، اولویت با شناخت است؛ هر چند مطلوب‌نهایی چیزی جز رفتار نیست؛ زیرا تا شناختی از زشت و زیبا و چگونگی ایجاد تغییر در آن‌ها نباشد، دیگر مجالی برای اصلاح رفتار باقی نمی‌ماند. بر این اساس، با اینکه اخلاق دانشی است شناختی‌مهارتی، اما از یک‌سو، جنبه‌ی شناختی آن بر جنبه‌ی مهارتی‌اش تقدم منطقی دارد و از سوی دیگر، جنبه‌ی مهارتی آن، به واسطه‌ی اثربخشی در حل و اصلاح مشکلات رفتاری و همچنین ارتقای رفتارهای شایسته، به لحاظ کارآمدی سودمندتر است (۸).

۳-۲. اصول فقه

اصول فقه دانشی است که به فقه‌پژوهان می‌آموزد

۱. هر چند از اخلاق به‌عنوان یک دانش یاد شد، عواملی وجود دارد که می‌تواند مانع از علم‌شدن اخلاق شود: الف. کم‌بودن مفاهیم اخلاقی (هفت مفهوم اصلی)، ب. کیفی‌بودن مفاهیم اخلاقی (کیفی‌بودن مانع از داوری و ارزیابی است)، ج. وجود استثنای فراوان برای فضایل و رذایل، د. تغییر و تحول موضوع علم اخلاق (روح) در زمان‌های مختلف، ه. پیچیدگی روح

انسان حتی در زمان و مکان واحد.

چگونه با اتکا به اصول و قواعدی معین، حکم الهی را

از منابع چهارگانه‌ی آن (کتاب، سنت، عقل، اجماع) استنباط کنند؛ ازاین‌رو، اصول فقه را علم ابزاری (علم آلی) برشمرده‌اند، زیرا اصول و قواعد محل گفت‌وگو در این علم به‌خودی‌خود ارزش ندارند، بلکه به واسطه‌ی نقشی که در استنباط احکام دارند، قابل اعتماد هستند.

بر این اساس، هرچند مسائل مورد گفت‌وگو در علم اصول فقه و قواعد فقهی هردو در مسیر استنباط احکام شرعی قرار می‌گیرند، میان آن‌ها سه تفاوت اساسی وجود دارد: قواعد فقهی خود یک حکم شرعی‌اند، اما مسائل اصول فقه در اثبات یک حکم شرعی واسطه قرار می‌گیرند؛ قواعد فقهی کاربری شخصی و جزئی دارند، اما مسائل اصول فقهی، کاربری کلی دارند. مسائل اصول فقه تنها برای مجتهدان کاربرد دارد؛ ولی مقلدان نیز می‌توانند قواعد فقهی را به کار گیرند (۲ و ۹).

۳-۳. حقوق

با توجه به نزدیکی و شباهت فراوان دو دانش فقه و حقوق و اشتباه گرفتن حقوق پزشکی با فقه پزشکی، ضروری به نظر می‌رسد تا ضمن واکاوی، مفهوم حقوق، موضوع و محمول در گزاره‌های حقوقی و هدف دانش حقوق به شناختی نسبی از حوزه‌ی عملکردی آن دست پیدا کنیم.

۳-۳-۱. مفهوم‌شناسی حقوق

به‌دست‌دادن تعریفی جامع از دانش حقوق، همچون دیگر شاخه‌های علوم اجتماعی کار چندان آسانی نیست. جان استین نخستین تلاش‌ها را برای تعریف حقوق به کار بست؛ اما کانت بر این باور بود که «حقوق دانان هنوز در جست‌وجوی حقوق، برابر

تصور خویش هستند» (۱۰).

به‌هر حال، تنوع ساحت‌های علم حقوق، ما را وادار می‌کند تا از یک‌سو، درصدد یافتن تعریفی مستقل برای هر یک از شاخه‌های این دانش باشیم و از سوی دیگر، با ارائه‌ی تعریفی جامع، مرز این علم را با تمامی شاخه‌هایش نسبت به سایر علوم اجتماعی، تعیین کنیم. بر این اساس، به نظر می‌رسد علم حقوق را بتوان چنین معنا کرد: «دانشی که عهده‌دار شناخت یا تدوین قوانین الزام‌آور حاکم بر رفتار انسان با دیگران و اجرای آن از طریق نهادهای حکومتی است.»

آن گونه که از این تعریف بر می‌آید، دانش حقوق دو وظیفه بر عهده دارد: شناخت یا تدوین قوانین الزام‌آور و اجرای قوانین الزام‌آور. استفاده از عبارت «شناخت یا تدوین قوانین الزام‌آور» در تعریف حقوق، اشاره به دو نگرش حاکم بر این علم دارد. براساس یک نگرش، قوانین به‌صورت نانوشته در عرف و عادت جامعه وجود دارند، علم حقوق تنها آن‌ها را به همه‌شناسانده و اجرا می‌کند؛ اما در نگرش دیگر، قانونی وجود ندارد، بلکه این حقوق است که درصدد تدوین قانون برای رفتار اجتماعی مردم است. هرچند در یک احتمال سوم که شاید درست‌تر نیز به نظر برسد، گاه می‌شناساند و گاه تدوین می‌کند؛ این همان چیزی است که در منابع فقهی حقوقی اسلامی از آن به ارشادی‌بودن و تأسیسی‌بودن احکام یاد می‌کنند. در احکام ارشادی، قانونگذار اسلام درصدد شناساندن مقرراتی است که به‌صورت نانوشته در عرف و عادت جامعه وجود دارد؛ اما احکام تأسیسی، احکامی هستند که قانونگذار بدون توجه به عرف و عادت جامعه، خود درصدد تدوین قانون الزام‌آور است.

۲-۳-۲. گزاره‌ی حقوقی

بیان شده است^۳ (۴). در حقوق رومی‌ژرمنی، حقوق به دو بخش خصوصی^۴ و عمومی^۵ تقسیم می‌شود. هدف قانونگذار در حقوق خصوصی در نظر داشتن منافع فردی افراد جامعه در برابر یکدیگر است؛ اما هدف در حقوق عمومی تأمین منافع ملی و عمومی جامعه است.

در یک نگاه کلی، برای حقوق سه هدف در نظر گرفته شده است: عدالت، تأمین نظم و تأمین امنیت. مکتب‌های مختلف حقوقی، در تبیین این سه هدف، نظریه‌های گوناگونی دارند.

در نظریه‌ی حقوق فردی (اصالت فرد)، فرد بزرگ‌ترین هدف قانون بوده و جامعه در خدمت اوست؛ از این رو، همه‌ی افراد در مقابل قانون برابر هستند. اما در نظریه‌ی حقوقی اصالت جمع، چون تقدم با جامعه است، میزان در تنظیم روابط بین مردم و دولت، عدالت توزیعی است؛ زیرا این قواعد عمومی است که در تقسیم عواید و تکالیف بین افراد جامعه دخالت می‌کند. سرانجام، براساس نگرش میانی (فرد و جامعه)، هدف حقوق، پیشرفت تمدن و ترقی ملت‌ها (زندگی برتر و تمدن عالی‌تر) است (۴).

۳-۴. فقه پزشکی

از شروع تحول علمی صنعتی در اروپا تصور همگان بر این قرار گرفت که گستردگی شاخه‌های دانش بشری از یک سو و عدم امکان چیرگی بر تمامی آن‌ها از سوی دیگر، جدایی ساحت‌های مختلف علوم را از یکدیگر به دنبال دارد.

بر این اساس، آرام‌آرام راه علوم انسانی از علوم پایه

موضوع علم حقوق، روابط اجتماعی است؛ چراکه از یک سو، برای فردی که بدون ارتباط با دیگران زندگی می‌کند، نمی‌توان قانون نوشت و از سوی دیگر، آن گونه که در تعریف گذشت، گستردگی و تنوع روابط اجتماعی، سبب تنوع موضوع‌هایی شده که علم حقوق برای آن‌ها قانونگذاری کرده است (۱۱، ۴). بر این اساس، موضوع علم حقوق، رفتار اجتماعی انسان است، چه منظور از انسان شخص حقیقی باشد یا شخص حقوقی. بدین ترتیب، موضوع علم حقوق، رفتار شخص حقیقی در برابر شخص حقیقی دیگر، رفتار شخص حقیقی در مقابل شخص حقوقی (مؤسسات، نهادها، سازمان‌ها، ادارات و دولت)، رفتار شخص حقوقی در برابر شخص حقیقی و رفتار شخص حقوقی در مقابل شخص حقوقی دیگر است.

اگر بپذیریم که حقوق مدنی یکی از رشته‌های حقوق خصوصی نیست، مبنای حقوق خصوصی و مادر سایر شاخه‌های علم حقوق است (۱۲). انتظار می‌رود با تقسیم علم حقوق به دو شاخه‌ی اصلی «حقوق مدنی» و «حقوق کیفری»، با دو گونه‌ی گزاره‌ی حقوقی روبه‌رو باشیم؛ گزاره‌هایی که موضوع آن‌ها، یک رابطه‌ی اجتماعی خاص است، ولی محمول آن‌ها در حقوق مدنی، حق و تکلیف و در حقوق کیفری، جرم و مجازات است.

۳-۳-۳. هدف حقوق

در دو نظام حقوقی رومی‌ژرمنی^۱ و کامن‌لا^۲، تقسیم‌های مختلفی برای حقوق و در نتیجه قلمرو آن

۳. در نظام حقوقی رومی‌ژرمنی که به «حقوق‌نوشته» معروف است، قانون در مرتبه‌ی نخست اهمیت قرار دارد؛ اما در نظام حقوقی کامن‌لا که به «نظام حقوقی ساخته‌ی قاضی» شناخته می‌شود، آرای قضایی از اهمیت بسیاری برخوردارند.

4. Private law
5. Public law

1. Roman German
2. Law Common

می‌گیرد و موضوع دانش میان‌رشته‌ای فقه پزشکی شکل می‌گیرد.

بر این اساس، در فقه پزشکی، پدیده‌های پزشکی با آموزه‌های فقه اسلامی در هم تنیده شده و از برابری آن‌ها، دستوری رفتاری برای بیمار و پزشک تدوین می‌گردد؛ به‌عنوان مثال، ابتلای مادر به بیماری و ناممکن بودن تحمل ادامه‌ی بارداری برای او، مسأله‌ای پزشکی است که تشخیص آن بر عهده‌ی پزشک است؛ اما نتیجه‌ی این تشخیص می‌تواند حکمی تکلیفی برای بیمار و پزشک به دنبال داشته باشد. آیا مادر جایز است سلامت خود را بر سلامت جنینش ترجیح دهد و با تن دادن به سقط جنین، جان خود را از خطر مرگ برهاند؟ آیا مادر جایز است از سلامت خود بگذرد و با به‌خطرانداختن جان، جنین را زنده نگاه دارد؟ آیا پزشک می‌تواند از انجام سقط جنین خودداری کند و جان مادر را در معرض مرگ قرار دهد؟ آیا پزشک می‌تواند حق حیات را از جنین بگیرد و به سقط آن اقدام کند؟

همچنین اگر یکی از زن و شوهر یا هر دو آن‌ها از قدرت باروری محروم باشند، آیا می‌توان با اقدامات درمانی همچون باروری دارویی، عمل جراحی، روش‌های کمکی داخل یا خارج رحمی، توان تولید مثل را به آن‌ها بازگرداند؟ آیا زوجین نابارور، همچنین پزشک درمانگر، مجاز به قبول یا انجام چنین درمان‌هایی هستند؟ در صورتی که یکی از زوجین یا هر دو آن‌ها عقیم باشند، آیا می‌توان آن‌ها را با اسپرم یا تخمک اهدایی، فرزنددار کرد؟ در صورتی که چنین اتفاقی محقق شود، پدر و مادر فرزند متولدشده چه کسانی هستند، پدر و مادر بیولوژیک یا پدر و مادر قانونی؟ آیا احکام و آثار فرزندبودن، همچون

وفنی‌مهندسی جدا شد، همچنان که هر یک از آن علوم نیز راهی به جز راه علوم انسانی را پیمودند؛ اما هر چه از عمر این جدایی بیشتر می‌گذشت، نیاز به پیوستگی آن‌ها بیشتر احساس می‌شد؛ زیرا مجموعه‌ی دانش‌های بشری یا در خدمت انسان است یا برای شناسایی انسان؛ پس نمی‌توان بدون انسان و ملاحظات انسانی از دانشی سخن گفت. چنین نیازی و به دنبال آن، چنین نگرشی به علم سبب شد تا به تدریج دانش‌های میان‌رشته‌ای از اهمیت بیشتر و بیشتری برخوردار شوند و این فرصت برای محققان فراهم شود که موضوع یا مسأله‌ای را از زوایای مختلف و با رویکردهای متفاوت بررسی کنند. بدون شک، دانش پزشکی از جمله دانش‌های چندتباری است که به واسطه‌ی داشتن ضلع‌های گوناگون معرفتی، ریشه در علوم مختلف دوانیده و در یک تعامل دو سویه میان آن و سایر علوم، رشته‌هایی همچون: جامعه‌شناسی پزشکی، حقوق پزشکی و اخلاق پزشکی پا به عرصه‌ی دانش بشری گذاشته‌اند.

«فقه پزشکی» نیز از جمله‌ی این دانش‌های میان‌رشته‌ای است. هر چند «فقه» از افعال مکلفان و احکام پنج‌گانه‌ی (وجوب، حرمت، کراهت، استحباب و اباحه) متعلق به آن گفت‌وگو می‌کند و محور دانش پزشکی، بدن و روان انسان، همچنین سلامت آن‌هاست؛ اما اگر انسان مسلمان در یکی از دو سوی این اقدامات درمانی قرار گیرد، یعنی بیماری باشد که قرار است درمان شود یا پزشکی باشد که باید دیگری را درمان کند، آنگاه به افعال و کارهای درمانی هر یک از آن‌ها، یکی از احکام پنج‌گانه‌ی تکلیفی، همچنین احکام وضعی تعلق

مَحرمیت، ارث‌بردن و مانند آن‌ها میان این کودک با زوجین نابارور برقرار می‌شود؟

در صورتی که فردی بر اثر یک حادثه دچار مرگ مغزی شود، آیا پزشک می‌تواند از انجام اقدامات حمایتی خودداری کرده یا آن‌ها را متوقف کند؟ آیا بستگان چنین فردی مجاز به صدور فرمان قطع درمان هستند؟

مسئولیت پزشک در اقدامات درمانی به چه میزان است؟ آیا بیمار می‌تواند پس از به‌وجود آمدن عوارض طبیعی درمان، از پزشک معالج خود، شکایت کرده، درخواست غرامت کند؟

پاسخ گفتن به این گونه سؤال‌ها بر عهده‌ی دانش میان‌رشته‌ای فقه پزشکی است؛ پرسش‌هایی که از یک‌سو، ماهیتی پزشکی دارند و از سوی دیگر، ماهیتی شرعی فقهی.

به نظر می‌رسد نگرش فقهی به موضوعات و مسائل پزشکی، عمر چندان زیادی نداشته باشد؛ اما جست‌وجو در منابع اصیل فقه اسلامی نشان می‌دهد که فقهای بزرگ اسلام بسته به شرایط زمانی مکانی خود، نسبت به بررسی حکمی این موضوعات و مسائل، اهتمام داشته و کوشیده‌اند حکم شرعی آن‌ها را از منابع چهارگانه‌ی فقه اسلامی (قرآن، سنت، اجماع، عقل) به دست آورند.

۴. اصول بنیادین اخلاق زیست‌پزشکی در فقه پزشکی

اخلاق پزشکی مُدرن، با مسائلی نوین روبه‌روست که در برابر پاسخ‌گویی به آن‌ها موظف است؛ اما نظریه‌پردازان این دانش بر وجود چهار اصل بنیادین خودمختاری، ضرررسانی، سودرسانی و عدالت

به‌عنوان مبنای تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری اخلاقی پافشاری دارند. اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی، با وجود اختلاف‌هایی که متخصصان اخلاق پزشکی درباره‌ی مفهوم و کارکرد و نسبت آن‌ها با یکدیگر دارند، قدمتی کمتر از یک قرن دارند؛ اما مطالعات درون دینی نشان می‌دهد که این اصول به‌شکلی گسترده‌تر و با شمول‌پذیری بیشتر در آموزه‌های دینی (قرآن و حدیث) مطرح و در کانون توجه فقهای مسلمان بوده‌اند.

از آنجاکه هدف نویسنده در این فصل، پرداختن به مبانی فلسفی و اخلاقی اصول چهارگانه‌ی اخلاق زیست‌پزشکی و اختلاف‌های موجود در تعداد و ترتیب و کارکرد آن‌ها نیست، به نگاهی گذرا به بازشناسی مبانی این اصول در آموزه‌های دینی و رویکرد فقها به آن‌ها بسنده خواهد شد.

۴-۱. اصل خودمختاری و خاستگاه فقهی آن

ابن ابی‌جمهور احصائی نخستین محدث شیعی است که جمله‌ی «الناس مسلطون علی اموالهم» را نقل کرده است (۱۳)؛ اما شیخ طوسی نخستین فقیه شیعی است که آن را در کتاب‌های فقهی خود نقل و مورد استناد قرار داده است (۱۴). مضمون این جمله در کتاب‌های عالمان سنی پیشین نیز به کار رفته است؛ اما شاید بتوان مزنی را نخستین فقیه سنی دانست که به جمله‌ی «الناس مسلطون علی اموالهم» استناد کرده است (۱۵).

آن‌گونه که از ظاهر این جمله برمی‌آید، موضوع آن سلطه‌ی افراد بر اموال و دارایی‌های خود است؛ اما از آنجاکه به نظر بسیاری از فقهای مسلمان، مسأله‌ی تسلط داشتن امری عقلایی است، فقها به هنگام استناد به این قاعده، سلطه بر مال را یکی از

بدن خودش یا تنها خداوند را مالک حقیقی دانستن، برای انکار خودمختاری تکوینی افراد نسبت به خود (۲۷، ۲۶)، موجه به نظر نمی‌رسد؛ زیرا گرچه انسان نسبت به استفاده از جسم خود، دارای اختیار و اراده است (۲۸)، این استفاده باید محدود به جایی باشد که عقل آن را روا می‌داند و دین نیز آن را تأیید می‌کند؛ بنابراین، جعل حکم حرمت برای خودکشی و واردکردن نقص و ضرر بر بدن خود، همچنین وضع تدابیر جزایی در این موارد، نشانگر آن است که بدن انسان در مواردی متعلق احکام الهی نیز قرار داشته، اراده و اختیار او در این موارد اثری ندارد؛ نه اینکه بر تمامیت بدن خود، سلطه ندارد (۲۹). به همین دلیل، برخی از فقها بر این باورند که به جز خودکشی، خداوند به انسان ولایت بر تصرف در بدن خود را داده است (۳۰)؛ همچنین، ضرررسانی به خود (اضرار به نفس) اگر با هدف عقلایی باشد، حرام نیست (۲۳).

به هر حال، جز در مواردی که قانونگذار (شارع) برای اعمال سلطنت انسان محدودیت ایجاد کرده است، هرکسی می‌تواند از این قدرت ذاتی خود، آن گونه که می‌خواهد استفاده کند (۳۲، ۳۱).

۴-۲. اصل ضرررسانی و خاستگاه فقهی آن

یکی از مهم‌ترین قواعد فقهی که در استنباط احکام شرعی به کار می‌رود و گاه تنها دلیل در برخی از فروع فقهی به حساب می‌آید، حدیث نفی ضرر (لاضرر و لا ضرر) است. در متون روایی شیعه، افزون بر آنچه در کتب اهل سنت آمده است، این حدیث در چند جا مطرح و به آن استناد شده است که مهم‌ترین آن‌ها ماجرای سمره بن جندب و مزاحمت او برای یکی از انصار است. شهرت این حدیث میان

گونه‌های سلطه شمرده و برای آن انواع دیگری نیز تصور کرده‌اند: «الناس مسلطون علی املاکهم» (۱۶)، «الناس مسلطون علی املاکهم و اموالهم» (۱۷)، «الناس مسلطون علی اموالهم و حقوقهم» (۱۸)، «الناس مسلطون علی اموالهم و انفسهم» (۱۹)، «الناس مسلطون علی اموالهم و شؤونهم و حقوقهم» (۲۰)، «الناس مسلطون علی اموالهم و انفسهم و ذواتهم» (۲۱)، «الناس مسلطون علی انفسهم» (۲۲).

به هر حال، اصل احترام به خودمختاری فرد از جمله اصول و قواعد مطرح در فقه اسلامی است که در قالب قاعده‌ی سلطنت (تسلیط) در کانون توجه فقها بوده و در لابه‌لای آن، بحث مالکیت انسان بر بدن خود نیز مطرح شده است.

منظور از سلطنت، همان استیلای ذاتی است که به حکم عقل، فرد بر تمامیت بدن خود تسلط دارد و می‌توان از آن با عبارت «الناس مسلطون علی انفسهم» یاد کرد (۲۳). مالکیت هم عبارت است از «دارا شدن» (احتواء الشیء) و قدرت بر تصرف مستقل در یک چیز (القدرة علی الاستبداد به) (۲۴).

آن گونه که دیده می‌شود، چه از تعبیر «سلطنت» برای توضیح خودمختاری انسان در مقابل تمامیت جسمانی خود استفاده کنیم یا از تعبیر «مالکیت»، مفهومی اعتباری قراردادی نیست تا برای اثبات آن، نیازمند قانونگذاری قانونگذار باشیم؛ بلکه امری تکوینی است که هر انسان از تولد به بعد، به تدریج ظرفیت استفاده از آن را به دست می‌آورد، بدون آنکه محدودیت خاصی برای آن داشته باشد (۲۵).

بنابراین، ادعای نبود دلیل بر استیلای انسان بر

شده است. برای اثبات ضرورت آن، دست کم با چند مطلب می‌توان استدلال کرد:

۴-۳-۱. جایگاه سودرسانی

صرف‌نظر از احادیث فراوانی که همگان را به انجام کارهای مختلف خیر در دو سطح فردی و اجتماعی فراخوانده و برای آن پاداش اخروی بیان کرده است، قرآن کریم در دو جا همگان را با عبارت «فاستبقوا الخیرات»^۱ به پیش‌دستی در انجام کار خیر دعوت می‌کند. یکی به هنگام بحث از تغییر قبله و دیگری به هنگام توضیح علت اختلاف ادیان.

مفسران پس از اتفاق‌نظر بر اینکه مقصود از کارهای خیر در این دو آیه منحصر به شأن نزول آن‌ها نمی‌شود، چندین معنی نزدیک به هم برای واژه‌ی «خیرات» بیان کرده‌اند؛ احکام و تکالیف (۴۳)، اعمال شایسته (۴۴) و آنچه باعث سعادت انسان در دو جهان است، از جمله‌ی این معانی هستند (۴۵). همچنین، کلینی از امام صادق (ع) نقل می‌کند: «أَيُّمًا مُؤْمِنٍ أَوْصَلَ إِلَى أَخِيهِ الْمُؤْمِنِ مَعْرُوفًا فَقَدْ أَوْصَلَ ذَلِكَ إِلَى رَسُولِ اللَّهِ» (۴۶): «هر مؤمنی که معروفی به برادر مؤمنش برساند، آن را به رسول خدا رسانده است.»

بدون تردید، اقدامات درمانی که سبب سلامت و حفظ جان بیماران و رهانیدن آن‌ها از خطر بیماری و مرگ می‌شود از مهم‌ترین خیرات، بلکه واجباتی است که خداوند همه‌ی افراد را مأمور به انجام آن کرده است؛ چراکه خیربودن یک عمل وابسته به تشخیص عرف است، مگر اینکه قانونگذار ما را از انجام آن باز داشته باشد. همچنان که رساندن معروف به مؤمنان از آن جهت که هم‌سنگ با رساندن

فقه‌ای پیشین و عمل آن‌ها به مضمون آن در مسائل مختلف فقهی تا به آنجاست که درباره‌ی صدور آن از پیامبر گرامی اسلام اطمینان داریم (۳۳).

هرچند برای ماده‌ی «ض ر ر» در متون لغوی دو معنا گزارش شده است: رساندن ناخوشی (الحاق مکروه) (۳۴) و عدم سودمندی (ضدالنفع) (۳۵)، به نظر می‌رسد کلمه‌ی «ضرار» به معنای ضرررساندن عمدی به دیگران و «ضرر» به معنای ضرررسانی غیرعمدی در این حدیث به کار رفته است (۳۶، ۳۷، ۳۸).

در متون فقهی برای جمله‌ی «لاضرر و لا ضرار» چند معنا احتمال داده شده است: حرمت ضرررسانی (نهی از ضرر) (۴۰، ۳۹)، عدم وضع قوانینی که موجب ضرر مکلفان می‌شود (نفی حکم ضرری) و نبودن ضرر جبران‌ناپذیر (نفی ضرر غیرمتدارک) (۴۱) که از میان آن‌ها احتمال نخست، درست‌تر به نظر می‌رسد و براساس آن، معنای جمله «لاضرر و لا ضرار» حرمت ضرررسانی به خود (لاضرر) و حرمت ضرررسانی به دیگران (لاضرار) خواهد بود (۴۲).

درباره‌ی اینکه ضرر، تنها مفهومی وجودی (مثبت) دارد یا می‌شود مفهوم عدمی (سلبی) داشته باشد، همچنین اینکه ملاک در تحقق ضرر به خود و دیگران، ضرر شخصی است، یعنی ضرر برای یک فرد خاص و نه برای تمامی افراد همسان یا ضرر نوعی است، یعنی ضرر داشتن برای گروه همسان، هرچند برای یک شخص معین، ضرر نداشته باشد، نظرهای مختلفی در متون فقهی مطرح شده است.

۴-۳-۲. اصل سودرسانی و خاستگاه فقهی آن

سودرسانی به دیگران از جمله اموری است که به شکل‌های مختلف در منابع اسلامی بر آن تأکید

۱. قرآن کریم، سوره بقره، آیه‌ی ۱۴۸؛ سوره مائده، آیه‌ی ۴۸.

سودرسانی به دیگران و اصل ضررنرسانی به خود، ضررنرسانی را مقدم بر سودرسانی دانسته‌اند.

۴-۳-۳. سودرسانی و پیامد آن

از نظر گروهی از فقهای مسلمان، قرآن کریم با بیان جمله‌ی «مَا عَلَى الْمُحْسِنِينَ مِنْ سَبِيلٍ»^۲ درصد بیان قاعده‌ای کلی در عدم مسئولیت نیکوکاران (محسنان) است؛ زیرا گرچه واژه‌ی «سبیل» در این آیه به معنای کیفر اخروی است و افرادی که به علت ناتوانی جسمی قادر به شرکت در جنگ نیستند یا به دلیل ناتوانی مالی نمی‌توانند به جنگجویان کمک کنند، در جهان آخرت مؤاخذه نمی‌شوند. اما این جمله بیانگر این قاعده است که «هرگاه شخصی به انگیزه‌ی خدمت و احسان، باعث ضرردیدن فرد دیگری شود، مورد مؤاخذه قرار نمی‌گیرد»؛ زیرا «مؤاخذه» همچنان که می‌تواند ناظر به حکم تکلیفی باشد، ناظر به حکم وضعی نیز خواهد بود و ضامن نبودن محسن، همان عدم مؤاخذه‌ی وضعی و عدم ضمان (مسئولیت) اوست.

افزون براین، عقل مؤاخذه‌ی شخص نیکوکار را نسبت به احسانی که انجام داده، ناروا (قبیح) می‌شمارد؛ زیرا کار خوب شخص نیکوکار، مصداق نعمت است و احسان کننده (محسن)، نعمت‌دهنده (منعم) به حساب آمده و سپاس از منعم هم امری پسندیده است؛ همچنان که ناسپاسی از او (کفران نعمت)، کاری ناپسند (قبیح) خواهد بود. در نتیجه، ضامن دانستن شخص نیکوکار، از آشکارترین نمونه‌های ناسپاسی از اوست؛ چراکه قرآن کریم، پاسخ نیکی را نیکی می‌داند: «هل جزاء الاحسن الا

معروف به پیامبر گرامی اسلام شمرده شده، امری پسندیده (مستحب) خواهد بود.

واژه‌ی «معروف» عنوانی است برای تمام کارهایی که خرد انسانی و شرع آن را نیکومی‌شمارد^۱ (۴۷) و جای تردید نیست که از جمله‌ی مهم‌ترین معروف‌ها، حمایت از سلامت و زندگی انسان‌ها و رهانیدن آن‌ها از خطر مرگ و کاهش درد و رنج آن‌هاست.

۴-۳-۲. سودرسانی و ضررنرسانی

امام صادق (ع) در بیان یک قاعده‌ی کلی رفتاری چنین می‌فرماید: «لَا تَدْخُلُ لِأَخِيكَ فِي أَمْرِ مَضْرُئَةٍ عَلَيْكَ أَغْظَمُ مِنْ مَنَفَعَتِهِ لَهُ» (۴۶): «به خاطر برادرت، خود را به کاری وادار نکن که ضررش برای تو بیش از سودش برای اوست.»

همچنین امام باقر (ع) خطاب به فرزندان خود می‌فرماید: «إِنَّ دَعَاكُمْ بَعْضُ قَوْمِكُمْ إِلَى أَمْرِ ضَرُّهُ عَلَيْكُمْ أَكْثَرُ مِنْ نَفْعِهِ لَهُ فَلَا تُجِيبُوهُ» (۴۸)؛ یعنی «اگر شما را به انجام کاری فراخوانند که ضررش برای شما بیش از سودش برای آن‌هاست، به آن پاسخ ندهید.»

آن‌گونه که ملاحظه می‌شود، مفاد این دو جمله عدم جواز انجام هر کاری است که ضررش برای خود شخص، بیش از سودی است که از انجام آن کار به دیگران می‌رسد؛ بنابراین، هر کاری که ضررش برای خود شخص کمتر از سود آن برای دیگران باشد، انجام آن جایز خواهد بود.

بدین ترتیب این‌گونه از احادیث ضمن مسلم دانستن اصل سودرسانی به دیگران، در مقام اعمال محدودیت برای آن بوده، در تعارض بین اصل

۱. «المعروف اسم لكل فعل يعرف حسنه بالشرع والعقل، من غير ان يتنازع فيه الشرع».

۲. قرآن کریم، سوره‌ی توبه، آیه‌ی ۹۱.

الاحسان^۱.

او موجب ضرر و زیان آن شخص شود، ضامن خواهد بود. به همین جهت، اثبات عدم مسئولیت پزشکان به کمک قاعده‌ی احسان، هنگامی ممکن است که پزشک اقدامات درمانی خود را بدون دستمزد و به قصد احسان انجام دهد و بدون اینکه در وظیفه‌ی خود کوتاهی کرده باشد، سبب آسیب دیدن بیمار شود؛ نظیر اقدامات درمانی پزشک سرنشین هواپیما یا قطار برای نجات جان یکی از مسافران (۳۲).

اما به نظر نمی‌رسد، گرفتن دستمزد با انگیزه‌ی نیکوکاری ناسازگار باشد؛ زیرا دلیلی وجود ندارد که هزینه‌های ناشی از رفتار نیکوکارانه بر عهده‌ی فرد نیکوکار است. پزشکی که نیمه‌شب بر سر بالین بیمار حاضر می‌شود و اقدام به درمان بیمار می‌کند، پذیرش درمانگری در این وضعیت، رفتاری نیکوکارانه است، حتی اگر برای انجام آن‌ها دستمزد بگیرد یا هزینه‌ی رفت‌وآمد او را بیمار پرداخت کند؛ همچنان که خواندن نماز یا گرفتن روزه برای متوفا (نماز و روزه‌ی استیجاری) با وجود آنکه عملی عبادی و صحت آن، وابسته به قصد قربت است، با گرفتن دستمزد برای انجام آن ناسازگار نیست.

۴-۴. اصل عدالت و خاستگاه فقهی آن

«عدالت» از جمله واژه‌های پُرکاربرد در آموزه‌های اسلامی است که در موارد گوناگون به کار رفته و در هر موقعیت معنای خاص خود را دارد؛ عدالت تکوینی (عدالت در آفرینش)، عدالت تشریعی (عدالت در قانونگذاری)، عدالت صوری (عدالت در اجرای قانون) و عدالت اخلاقی (تعادل در کاربست ویژگی‌های درونی خود و نیازهای جسمانی) برخی نمونه‌های آن هستند؛ اما شاید بتوان قدر مشترک و جامع همه‌ی این موارد را «قراردادن هر چیز در جای

تحقق احسان دست کم وابسته به وجود دورکن است:

الف. سودرسانی: بدون شک، سودرساندن به دیگران، چه فرد و چه جامعه، شرط تحقق احسان است (مفهوم ایجابی) (۴۹)؛ درباره‌ی اینکه جلوگیری از آسیب دیدن دیگران (دفع ضرر) را هم مصداق احسان (مفهوم سلبی) بدانیم، اتفاق نظری میان فقها وجود دارد؛ هرچند برخی بر این باورند که احسان در مفهوم عرفی خود، عام است و سودرسانی و دورکردن ضرر را با هم در بر می‌گیرد (۵۰).

بر این اساس، پاره کردن لباس بیمار توسط پزشک در اقدامات درمانی اورژانسی، تخریب بخشی از ساختمان یا کالاهای یک بنگاه اقتصادی به منظور خاموش کردن آتش، تخریب ماشین برای بیرون کردن سرنشین مصدوم آن، هرچند از مصادیق دفع ضرر هستند، احسان به حساب آمده و هیچ‌گونه مسئولیتی متوجه احسان‌کننده نخواهد بود.

ب. انگیزه‌ی نیکوکاری: هرچند برخی فقها بر این باورند که انگیزه‌ی فاعل، تأثیری در رفع مسئولیت محسن ندارد (۵۱)، به نظر می‌رسد تنها سودرساندن به دیگران یا دورکردن ضرر از آن‌ها در تحقق احسان کافی نیست و فاعل باید این کارها را با انگیزه‌ی نیکوکاری انجام دهد (۳۹).

از جمله چالش‌های مهم در استناد به قاعده‌ی احسان، تعارض میان نیکوکاری و گرفتن دستمزد در برابر عمل نیکوکارانه است. برخی بر این باورند که هرگاه کسی در مقابل گرفتن دستمزد، کاری برای جلب منفعت یا دفع ضرر از دیگری انجام دهد و عمل

۱. قرآن کریم، سوره‌ی الرحمان، آیه‌ی ۶۰.

نخبگان؟ بدون تردید اگر ملاک را اتفاق نظر بدانیم و دامنه‌ی اتفاق نظر را گسترده‌تر کنیم، تشخیص عدالت و داوری نسبت به عادلانه بودن یک تصمیم یا رفتار دشوارتر خواهد شد. در پاسخ به این پرسش، دست کم سه نظریه را می‌توان مطرح کرد:

الف. نظریه‌ی غیرفقهی عدالت: براساس این نظریه، خداوند تنها درباره‌ی وجوب و حرمت عدالت و ستم حکم کرده یا تنها مردم را به عدالت دعوت و از ظلم پرهیز داده است؛ اما درباره‌ی مصادیق آن هیچ حکمی نداده است و مصادیق عدالت و ظلم در هر زمانی توسط مردم همان زمان تشخیص داده می‌شود. به عبارت دیگر، احکام شرعی در امور اجتماعی، وابسته به فهم عرف است و قانونگذار جز وجوب عدالت و حرمت ستم، داوری دیگری درباره‌ی مصادیق آن ندارد.

ب. نظریه‌ی فقهی عدالت عرفی: طرفداران این نظریه بر این باورند که هرگاه حکم شرعی به دست آمده از یک روایت، از نظر عرف جامعه، امری ظالمانه به حساب آید، نمی‌توان به مفاد آن فتوا داد، هرچند که در فهم عرف جوامع پیشین عادلانه باشد؛ چراکه دلایل فراوانی بر عادلانه بودن احکام شرعی تأکید دارند و هرگونه ظلم را از دایره‌ی شریعت نفی کرده‌اند.

ج. نظریه‌ی فقهی عدالت واقعی: عدل و ظلم اموری واقعی هستند که هیچ ارتباطی با فهم عرف ندارد؛ اما فهم عرفی از عدالت و ظلم، می‌تواند معیاری اثباتی اما نه همیشگی برای کشف عدل و ظلم واقعی باشند؛ زیرا قانونگذار می‌تواند به صورتی صریح، فهم عرف را نپذیرفته و آن را کنار بگذارد (تخطنه‌ی عرف) (۵۳، ۵۲).

خود» یا «دادن حق به صاحبان حق» بدانیم که بسته به موقعیت، کاربردهای مختلفی پیدا می‌کند. برای اینکه یک گزاره‌ی فقهی قابلیت تبدیل شدن به یک قاعده‌ی فقهی را داشته باشد، باید از توان شمول‌پذیری نسبت به حوزه‌های مختلف فقهی برخوردار باشد و دست کم یک دلیل شرعی (دلیل برآمده از آموزه‌های فقهی) نیز اعتبار و روایی آن را اثبات یا تأیید کند.

هرچند در متون فقهی عدالت به عنوان یک قاعده مطرح نشده است، فقها در مسائل مختلف فقهی، وجود یا نبود یک حکم تکلیفی یا وضعی برای یک مسأله‌ی خاص را، به وجود یا عدم وجود عدالت مستند کرده‌اند. خداوند با مسلم دانستن اعتبار و ضرورت وجود عدالت، اعلام می‌دارد: «ان الله یأمر بالعدل». بر این اساس، عدالت حکمی امضایی و تأییدی بر فهم مشترک و عمومی مردم از زیبایی و پسندیده بودن عدالت و نازیبایی و ناپسندی، مفهوم مخالف آن، یعنی ستم است؛ نه اینکه حکمی تأسیسی و نوآورانه باشد که تا پیش از اعلام آن از سوی قانونگذار اسلام، مردم فهمی از آن نداشته‌اند. باوجوداین فهم مشترک از عدالت، مهم‌ترین مسأله عنصر تشخیص دهنده‌ی آن است. اگر منظور از عدالت، قراردادن هر چیز در جای خود با دادن حق هر صاحب حقی به او باشد این پرسش به وجود می‌آید که چه کسی یا کسانی باید دست به این داوری بزنند و به دیگر سخن، کدام رفتار، عادلانه و کدام رفتار غیرعادلانه است. آیا برای اثبات روایی فهم خود در عادلانه بودن یا عادلانه نبودن، فهم و تشخیص همه‌ی انسان‌ها ملاک است یا فهم بیشتر انسان‌ها یا فهم همه‌ی نخبگان یا فهم بیشتر

البته هرگاه افراد دارای حقوق گوناگون باشند که برخورداری هریک از حق خود، اجرای عدالت نسبت به همان کس باشد، اما امکان جمع میان این دو حق وجود نداشته باشد، ناگزیریم براساس معیارهایی ازپیش تعیین شده، درباره‌ی تقدم حق یک نفر بر حق دیگری تصمیم‌گیری کنیم. این تصمیم‌گیری اگر براساس معیارهای موجه و پذیرفتنی باشد، برابری تصمیم‌گیری برای هر دو نفر عادلانه خواهد بود، هر چند در نگاه فردی، یک نفر به حق خود دست پیدا نمی‌کند، از آن جهت که امکان دسترسی به حقش وجود ندارد نه اینکه تصمیم‌گیرنده در مقام ستمکاری نسبت به اوست. در چنین حالتی است که بحث تراحم حقوق و ملاک تقدم بخشی یکی بر دیگری در فقه و اصول فقه مطرح می‌شود (مقدم داشتن مهم‌تر بر مهم).

۵. کاربرد قواعد فقهی در فقه پزشکی

از آنجا که قواعد فقهی گسترده‌ی بزرگی از احکام را در بر می‌گیرند و خود نیز از گوناگونی زیادی برخوردار هستند، تنها به توضیح آن دسته از قواعد فقهی بسنده می‌کنیم که در حوزه‌ی درمان مطرح‌شدنی باشد و امکان استفاده‌ی حداکثری از آن‌ها در خدمات بهداشتی درمانی وجود دارد.

این قواعد، آن گونه که پس از این توضیح داده خواهد شد، بسته به حوزه‌ی عملکردی خود به سه دسته‌ی کلی درمان‌پذیری، درمانگری و ارتباط پزشک و بیمار تقسیم می‌شوند.

۵-۱. قواعد فقهی و درمان‌پذیری بیمار

هر فرد به هنگام بیماری یا آسیب دیدگی یا به خطر افتادن سلامت جسمانی و روانی اش، نیازمند

به هر حال، اگر «نظریه‌ی فقهی عدالت واقعی» را نظریه‌ی حداقلی درباره‌ی جایگاه عدالت در احکام فقهی بدانیم، در تمام مواردی که قانونگذار در احکام خود به صراحت با فهم عرفی از عادلانه بودن یا عادلانه نبودن یک رفتار مخالفت نکرده یا حکم فقهی ناظر به یک مسأله‌ی خاص در منابع دینی وجود نداشته، بدون شک، فهم عرف در عادلانه بودن یا نبودن یک تصمیم یا رفتار معتبر است؛ بدون اینکه تفاوتی میان تصمیم‌گیری پزشکی و انجام اقدامات درمانی حمایتی با تصمیم‌های ناظر به امور اجتماعی و اقدامات مالی و غیرمالی وجود داشته باشد.

بر این اساس، بعید نیست با پیش فرض دانستن عدالت در جعل احکام، قاعده‌ی عدالت را مقدم بر سایر قواعد بدانیم؛ زیرا اعمال خودمختاری نسبت به خود، همچنین سودرسانی نسبت به دیگران، مشروط به عادلانه بودن و ستمگرانه نبودن آن عمل است. اصل خودمختاری به ما اجازه نمی‌دهد که به خود یا دیگران ستم روا بداریم. همچنین بی‌معناست که کاری ستمگرانه، سودرسانی تلقی شود. سرانجام، هر عمل ستمگرانه، خود مستلزم ضرررسانی به دیگران است: ضرررسانی به حقوق مادی و معنوی دیگران و ضرررسانی به موقعیت فردی و اجتماعی آنان.

اگر مبنای عدالت را دادن حق هر صاحب حقی به خودش بدانیم، در این صورت، برای طرف ارتباط وی، حقی متعارض در مقایسه با این حق تصورکردنی نیست تا بتوان ادعا کرد که انجام یک رفتار عادلانه نسبت به یک نفر، رفتار ستمگرانه نسبت به دیگری خواهد بود؛ در نتیجه عدالت برای یکی، ستم نسبت به دیگری است.

فردی به رسمیت نشناخته و با بیان صریح «لَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ»^۲ انسان‌ها را از خودکشی بر حذر داشته است (۴۳)؛ بدون آنکه شرایط شخص (اختیار و اضطرار) یا انگیزه‌ی شخص برای انجام‌دادن آن، تأثیری در این حکم داشته باشد؛ چه به منظور رهایی از بلا یا و مشکلات زندگی باشد (۵۴) و چه برای تنبیه خود (خودکفیری) (۵۵).

در احادیث نیز مسأله‌ی خودکشی و حرمت آن به شکل‌های مختلف مطرح شده است: «من قتل نفسه متعمداً فهو فی نار جهنم خالداً»: «کسی که به عمد خود را بکشد، همیشه در آتش جهنم خواهد بود»؛ «إِنَّ الْمُؤْمِنَ يَتَلَّى بِكُلِّ بَلِيَّةٍ وَ يَمُوتُ بِكُلِّ مِيتَةٍ إِلَّا أَنَّهُ لَا يَقْتُلُ نَفْسَهُ» (۵۶): «مؤمن به هر بلائی مبتلا می‌شود و به هر نوع مردنی می‌میرد، جز اینکه خود را نمی‌کشد.» در متون فقهی اهل سنت، خودکشی (انتحار) به دو گونه‌ی مثبت (ایجابی) و منفی (سلبی) تقسیم می‌شود: خودکشی مثبت هنگامی است که فرد با انجام‌دادن کاری که از آن منع شده، خودکشی کند؛ مانند خوردن مواد سمی؛ اما خودکشی منفی زمانی است که فرد با خودداری از انجام‌دادن کاری واجب، خود را بکشد.

خودکشی منفی به شکل‌های گوناگون انجام می‌شود: خودداری از انجام عمل مباح، مثل نخوردن و نیاشامیدن غذا و آب، خودداری از تحرك در صورت امکان، مثل خودداری از بیرون آمدن از آب پس از انداخته شدن در آن؛ ترك درمان و مداوا هنگامی که اثربخشی درمان قطعی است (۳۲).

درمان است. در این قسمت به بیان چند قاعده‌ی کلی که وضعیت شخص را شناسایی کند و به او توان تصمیم‌گیری فقهی شرعی درباره‌ی شروع یا ادامه‌ی درمان را می‌دهد، بسنده می‌کنیم:

۵- ۱- ۱. کار بست قاعده‌ی فقهی وجوب حفظ نفس

زندگی بزرگ‌ترین هدیه‌ی الهی به انسان است که انسان با تولد یافتن، فرصت استفاده از آن را پیدا می‌کند (تقدیس حیات). زنده بودن افزون بر بهره‌مندی از نعمت‌های دنیوی، به باور خداپاوران، زمینه‌ساز بهره‌مندی از نعمت‌های جهان آخرت و دنیای پس از مرگ را نیز فراهم خواهد کرد (الدُّنْيَا مَرْزَعَةُ الْآخِرَةِ). به همین خاطر است که در آموزه‌های دینی (قرآن و حدیث) و به دنبال آن، احکام فقهی، محافظت از جان خود و حفظ حیات، از مهم‌ترین و ابتدایی‌ترین واجبات الهی برای هر فرد مکلفی است.

اهمیت حفظ جان خود تا به آنجا است که شخص مجاز است برای زنده ماندن، محدوده‌ی محرمات الهی را نادیده بگیرد. قرآن کریم به صراحت اعلام می‌کند انجام کارهایی که در شرایط طبیعی جایز نیست، در صورت پیداشدن شرایط اضطرار جایز خواهد شد؛ البته به جز کشتن دیگران^۱. جواز انجام محرمات در حال اضطرار (حالتی است که به واسطه‌ی آن، خطری جانی یا ضرری جانی یا مالی متوجه انسان شود) آشکارا از وجوب حفظ نفس حکایت دارد.

بر این اساس، قرآن کریم حق مردن را برای هیچ

۲. قرآن کریم، سوره‌ی نساء، آیه‌ی ۲۹. برای اطلاع بیشتر از اختلاف نظر مفسران و احتمال‌های مطرح در معنای این آیه می‌توانید به کتاب‌های پیوند اعضا در فقه اسلامی (صص ۵۵ تا ۵۹) و الترقیع و زرع الاعضاء فی الفقه الاسلامی (صص ۱۰۱ تا ۱۱۱) از نظری توکلی رجوع کنید.

۱. قرآن کریم، سوره‌ی بقره، آیه‌ی ۱۷۳، سوره‌ی مائده، آیه‌ی ۳، سوره‌ی انعام، آیات ۱۱۹ و ۱۴۵، سوره‌ی نحل، آیه‌ی ۱۱۵.

در ضرر و گناه قراردادن، امری مسلم فرض شده و انسان باید در مقابل همسایه‌ی خود نیز این‌گونه عمل کند (۵۷).

امام صادق (ع) در پاسخ به چرایی حلال یا حرام بودن برخی از خوراکی‌ها و نوشیدنی‌ها به یک قاعده‌ی کلی اشاره کرده و ضمن انکار قانونگذاری بدون دلیل، می‌فرماید: «و لکنّه عزّوجلّ خلق الخلق، فعلم ما تقوم به ابدانهم و مایصلحهم، فأحلّه لهم و اباحه لهم. و علم ما یضرهم فنهاهم عنه و حرّمه علیهم» (۴۶): «او مخلوقات را آفریده و به آنچه بدن آن‌ها بدان قوام یافته و باعث بهبودی ایشان می‌شود آگاه است؛ بنابراین، از روی تفصل، آنچه را که مصلحت ایشان به آن است حلال و مباح کرده و به آنچه به ایشان ضرر می‌رساند نیز آگاه است، پس آن‌ها را از انجام آن باز داشته و بر ایشان حرام کرده است.»

این جمله آشکارا بر حرمت ضررزدن به خود دلالت دارد؛ زیرا امام صادق (ع) حرمت را بر آنچه ضرررسان به بدن است و حلیت را بر آنچه باعث صلاح و قوام بدن می‌شود، قرار داده است. بنابراین، هر کاری که باعث ضرردیدن بدن می‌شود، حرام است (۳۸)؛ چه این ضرررسانی و آسیب‌زایی منجر به مرگ شخص بشود یا نشود؛ البته از آنجاکه سود و زیان مفهومی مرتبه‌پذیر و دارای شدت و ضعف است، گاه ضرر موجود در یک چیز به اندازه‌ای اندک است که در مقابل سود حاصل از آن، به حساب نمی‌آید و حکم حرمت برای آن وضع نمی‌شود.

نظیر این مطلب را امام رضا (ع) این‌گونه بیان کرده‌اند: «لَمْ یُحَلَّ مَا یُحِلُّ إِلَّا مَا فِیهِ مِنَ الْمَصْلَحَةِ لِلْأَبْدَانِ وَ حَرَّمَ مَا حَرَّمَ لِمَا فِیهِ مِنَ الْفُسَادِ» (۵۸)؛

به‌هرحال، اگر بپذیریم که حفظ جان واجب است، در تمام مواقعی که فرد مکلف به حفظ جان خود است، یعنی قدرت انجام‌دادن این تکلیف را دارد و عمل او نیز اثربخش است، وظیفه دارد از سلامت و زندگی خود دفاع کند. بر این اساس، خودداری از آغازکردن درمان، کامل نکردن فرایند درمان، مصرف نکردن دارو، مصرف نادرست دارو، انجام‌دادن دستورهای کادر درمانی و... در صورتی که موجب به‌خطرافتادن جان و سلامت بیمار شود، برای او حرام خواهد بود.

۵- ۱- ۲. کاربست قاعده‌ی فقهی حرمت ضرررسانی به خود (اضرار به نفس)

حرمت ضررزدن به خود از جمله مسائل مسلم در فقه اسلامی است که تمام فِرَق مسلمان بر آن اتفاق نظر دارند، برای اثبات این مطلب می‌توان به روایات، اجماع و حکم عقل استناد کرد.

یکی از مهم‌ترین دلایل اثبات‌کننده‌ی حرمت ضرررسانی به خود، حدیث نفی ضرر (لاضرر و لاضرار) است که پیش‌تر درباره‌ی آن توضیح دادیم. آن‌گونه که گذشت، هرچند واژه‌ی «ضرار» اشاره به ایراد ضرر عمدی به دیگران دارد، واژه‌ی «ضرر» دربرگیرنده‌ی آسیب‌رسانی به خود مکلف است. در نتیجه، همان‌گونه که ضرررسانی به دیگران حرام است، ضرررسانی به خود نیز حرام خواهد بود.

همچنین، پیامبر گرامی اسلام (ص) در عهدنامه‌ی میان مهاجران و انصار می‌نویسد: «أَنَّ الْجَارَ كَالنَّفْسِ غَيْرَ مُضَارٍّ وَلَا آثِمٍ» (۴۶)؛ «انسان همان‌گونه که به خود ضرر نمی‌زند، به همسایه‌اش هم ضرر نمی‌زند.» آن‌گونه که ملاحظه می‌شود، این جمله گزاره‌ای تشبیهی است که پیامبر همسایه را به خود انسان تشبیه کرده است که براساس آن، خود را

یعنی «چیزی را حلال نکرده است مگر به واسطه‌ی مصلحتی که برای بدن‌ها دارند و حرام کرده است امور حرام را به خاطر فسادی که ایجاد می‌کنند.» افزون‌براین، برخی فقها برای اثبات حرمت ضرررسانی به خود، به حکم عقل به لزوم پرهیز از ضرر استناد کرده‌اند. مقصود از ضرر در این حکم عقلی می‌تواند ضرر دنیوی (نقص در جان، بدن و آبرو) یا مصالح و مفاسد احکام شرعی یا ضرر اخروی (عذاب و کیفر) باشد؛ اما از آنجاکه دلیلی بر انحصار ضرر به یک نوع خاص از ضرر وجود ندارد، پرهیز از همه‌ی گونه‌های ضرر، دنیوی یا اخروی، ضروری است و اجازه‌ی قانونگذار برای انجام‌دادن برخی کارهای ضرری، بر فرض ثبوت و به خاطر مصلحت و منفعت بیشتر، بیانگر جواز ارتکاب کارهای مضر هر چند سود و مصلحتی نداشته باشند، نیست.

۵- ۱- ۳. کاربست قاعده‌ی فقهی حرمت رفتارهای مخاطره‌آمیز (تغییر به نفس)

واکاوی منابع فقهی نشانگر آن است که افزون بر ضرررسانی به خود (حرمت اضرار به نفس)، عنوان دیگری نیز در یک سطح بالاتر بر رفتار مکلفان بار می‌شود که می‌توان از آن با نام «به‌خطرانداختن جان (تغییر به نفس)» یاد کرد. روشن است انجام‌دادن رفتارهای خطرناک و مخاطره‌آمیز، ماهیتی غیر از رفتارهای آسیب‌زا دارد؛ هر چند ممکن است در مواردی هم‌پوشانی هم داشته باشند (۴۲).

برای اثبات حرمت رفتارهای خطرناک و به‌خطرانداختن جان خود، می‌توان به برخی آیات قرآنی، روایات و حکم عقل استناد کرد. مهم‌ترین دلیل برای حرمت انجام‌دادن رفتارهای مخاطره‌آمیز

آیه‌ی «وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ»^۱ است. در متون لغوی و کاربردهای قرآنی، واژه‌ی «القاء» به معنای «انداختن، قراردادن» (۲۴)، «ید» به معنای «دست، نیرو، مباشرت» (۶۰، ۵۸۹)، «تهلکه» به معنای هلاکت و آنچه منجر به هلاکت می‌شود (۶۱) به کار می‌رود. بر این اساس، معنای جمله‌ی «وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ» این خواهد شد: «خود را به هلاکت نیندازید»؛ «با دست خود، خود را به هلاکت نیندازید» (۶۲). «تهلکه» می‌تواند امری مادی یا معنوی باشد؛ اما با توجه به کاربردهای فقهی این آیه در منابع فقهی مذاهب مختلف اسلامی، همچون: وجوب گرفتن تیمم هنگام بيم از ایجاد مرض شدید با استفاده از آب (۶۳)، حرمت گرفتن روزه هنگام شدت یافتن بیماری با روزه‌داری (۶۴)، حرمت خوردن غذاهای مضر (۶۵)، عدم لزوم گزاردن حج به هنگام نبود امنیت جانی (۶۶) منظور از «تهلکه» انجام‌دادن کارهای خطرناک است نه انجام‌دادن کارهای کشنده؛ به همین خاطر، خودکشی با خوردن سم، خود را کشتن است، نه خود را در معرض مرگ قراردادن (۶۷). بنابراین، آیه‌ی «وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ» آشکارا بر حرمت خود را به‌خطرانداختن دلالت می‌کند، چه این رفتار به حد مرگ (هلاکت) برسد یا نرسد؛ زیرا آنچه قرآن ما را از آن نهی کرده، اقدام به کارهای خطرناک است، صرف‌نظر از اینکه چه نتیجه‌ای به دنبال داشته باشد (۶۸).

چنین فهمی را از مضمون برخی از روایات نیز می‌توان استفاده کرد. امام صادق (ع) در پاسخ به این پرسش که اگر کسی برای وضوگرفتن آب در

۱. قرآن کریم، سوره‌ی بقره، آیه‌ی ۱۹۵.

۵-۲-۱. کاربست قاعده‌ی فقهی وجوب حفظ و احیای نفس

حفظ جان (نفس) انسان از جمله مهم‌ترین واجبات الهی، بلکه از امور ضروری دین اسلام است. در متون فقهی برای این عنوان، سرفصلی مستقل ایجاد نشده است؛ اما این نه از جهت بی‌تفاوتی فقها به این موضوع، بلکه به واسطه‌ی بدیهی دانستن آن بوده است و به همین جهت، در بخش‌های مختلف کتاب‌های فقهی و در ضمن مسائل گوناگون به آن استناد کرده‌اند.

به‌عنوان نمونه فقهای مسلمان با مسلم‌دانستن وجوب حفظ جان دیگری و با توجه به روایات امامان معصوم (ع) به این موارد فتوا داده‌اند: وجوب نجات انسان از کشته‌شدن، وجوب غذا دادن و سیراب کردن اسیران، وجوب قطع نماز برای رهایی انسان از خطر و هلاکت، وجوب شکافتن شکم زن حامله برای بیرون آوردن جنین مرده، وجوب شکافتن شکم مادر مرده برای بیرون آوردن جنین زنده اگر بمیرد و جنین در شکمش زنده باشد (۴۶، ۴۸، ۷۱).

یکی از مهم‌ترین دلایل وجوب حفظ جان دیگران، آیه‌ی «وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا»^۱: «هر کس انسانی را زندگی بخشد، مثل آن است که به همه‌ی مردم زندگی بخشیده است.» (۴۲). از آنجاکه حفظ جان دیگران، امری مرتبه‌پذیر است (نکستن دیگران، جلوگیری از کشته‌شدن دیگر افراد، حفظ انسان از خطر) (۷۲)، بخش زیادی از اقدامات درمانی، می‌تواند دارای این عنوان باشد؛ چراکه این اقدامات، در کوتاه‌مدت یا درازمدت، ضامن سلامت بیماران بوده و با دورکردن خطر مرگ از آن‌ها، ضامن

اختیار ندارد، ولی اگر به دوردست برود آب پیدا می‌کند، چنین بکند یا نه فرمود: «لَا أَمْرُهُ أَنْ يُعَرَّزَ بِنَفْسِهِ فَيُعْرِضَ لَهُ لِيَصَّ أَوْ سُبُعٌ» (۴۶): «به او فرمان نمی‌دهم که خود را به خطر بیندازد، دزد یا حیوان درنده‌ای بر او حمله‌ور شود.»

همچنین درباره‌ی حجامت در ماه رمضان فرمود: «لَا بَأْسَ بِأَنْ يَخْتَجِمَ الصَّائِمُ إِلَّا فِي شَهْرِ رَمَضَانَ فَإِنِّي أَكْرَهُ أَنْ يُعَرَّزَ بِنَفْسِهِ إِلَّا أَنْ لَا يَخَافَ عَلَى نَفْسِهِ فَإِنَّا إِذَا أَرَدْنَا الْحِجَامَةَ فِي رَمَضَانَ اخْتَجَمْنَا لَيْلًا» (۶۹): «روزه‌دار می‌تواند حجامت کند، جز در ماه رمضان، زیرا برای من خوشایند نیست که روزه‌دار خود را به خطر بیندازد، مگر زمانی که بیمی بر جان خود نداشته باشد. ما اگر بخواهیم در ماه رمضان حجامت کنیم در شب انجام می‌دهیم.»

همچنین فرمود: «يَخْتَجِمُ الصَّائِمُ فِي غَيْرِ شَهْرِ رَمَضَانَ مَتَى شَاءَ فَأَمَّا فِي شَهْرِ رَمَضَانَ فَلَا يُعَرَّزُ بِنَفْسِهِ وَلَا يُخْرِجُ الدَّمَ إِلَّا أَنْ يَتَّبَعَ بِهِ فَأَمَّا نَحْنُ فَحِجَامَتُنَا فِي شَهْرِ رَمَضَانَ بِاللَّيْلِ» (۷۰): «روزه‌دار در غیر از ماه رمضان هر وقت بخواهد می‌تواند حجامت کند، اما در ماه رمضان خود را به خطر نیندازد و زمینه‌ی خروج خون را از بدن خود فراهم نکند، مگر آنکه فشار خونس بالارفته باشد. ما در ماه رمضان در شب حجامت می‌کنیم.»

۵-۲. قواعد فقهی و درمانگری پزشک

پزشک و دیگر اعضای کادر درمانی بسته به جایگاه خود در فرایند درمان، هرگاه در موقعیت درمانگری قرار بگیرند و یکی از قواعد زیر اقدامات آنان را پوشش دهد، مجاز خواهند بود براساس آن، اقدام به تصمیم‌گیری درباره‌ی شروع درمان یا خودداری از درمان یا توقف درمان کنند.

۱. قرآن کریم، سوره‌ی مائده، آیه‌ی ۳۲.

مگر زمانی که میزان خطر و آسیب متوجه سلامت پزشک به هنگام درمان بیمار، کمتر از خطر و آسیب ناشی از ترک درمان نسبت به بیمار باشد که در این صورت، پزشک موظف است آسیب و خطر را بپذیرد و با اقدامات درمانی خود از سلامت و حیات بیمار حمایت کند.

ج. تأثیرپذیر بودن اقدامات درمانگر؛ زیرا اگر پزشک براساس دستاوردهای علمی موجود، یقین داشته باشد که عمل درمانگری او هیچ نتیجه‌ی مطلوبی به دنبال نخواهد داشت، اقدام به درمانگری بر او واجب نخواهد بود. بر این اساس، انجام درمان بیهوده^۱ بر پزشک واجب نیست.

۵-۲-۲. کاربست قاعده‌ی فقهی حرمت اتلاف نفس

صرف نظر از «اتلاف مال» (از بین بردن مال) که موضوع مسئولیت مدنی است، در متون فقهی از واژه‌ی اتلاف در امور مربوط به بدن نیز به سه شکل استفاده شده است: «اتلاف نفس» (قتل نفس) به معنای از بین بردن جان انسان، «اتلاف عضو» به معنای قطع کردن یا از بین بردن یکی از اعضای بدن و «اتلاف منافع» به معنای از بین بردن سلامت (و از کارافتادگی) یکی از اعضای بدن. این اتلاف چه در نفس باشد یا در عضو یا در منافع، به دو گونه‌ی مستقیم (مباشرت) و غیرمستقیم (تسبیب) تقسیم می‌شود: «مباشرت» کسی است که به عمد یا غیرعمد، با کوتاهی (تقصیر) یا بدون کوتاهی (بدون تقصیر)، جان دیگری را از بین می‌برد؛ به گونه‌ای که عمل به او استناد داده می‌شود، مانند تزریق یا خوراندن داروی کشنده به یک نفر؛ اما «مسبب» کسی است

حیات ایشان است. اما باید توجه داشت که حفظ جان دیگران، واجب کفایی است؛ یعنی هر چند همه‌ی افراد وظیفه دارند از زنده ماندن دیگران حمایت کنند، اگر فرد یا افرادی اقدام به چنین کاری کند، این تکلیف وجوبی از افراد دیگر ساقط می‌شود. همچنین این تکلیف وجوبی همچون دیگر تکالیف وجوبی، مشروط به قدرت شخص است. روشن به نظر می‌رسد اگر جان کسی در معرض خطر باشد، اما شخص قادر به نجات او نباشد، دیگر تکلیفی متوجه او نخواهد بود.

بر این اساس، طبابت و درمانگری، جز در مواقع اورژانس یا زمانی که پزشک دیگری در دسترس نباشد واجب عینی است و در دیگر موارد واجب کفایی است؛ یعنی پزشک می‌تواند از شروع درمان خودداری کرده، بیمار را به پزشک یا پزشکان همسان دیگر ارجاع دهد؛ اما با پذیرش درمان بیمار و آغاز درمانگری، این وجوب کفایی به واجب تعیینی تبدیل شده و پزشک دیگر مجاز به خودداری از ادامه‌ی درمان نیست. وجوب درمانگری چه در آغاز و چه در ادامه، وابسته به سه شرط است:

الف. قدرت درمانگر بر انجام اقدامات درمانی؛ چرا که اگر پزشک به واسطه‌ی شرایط جسمانی یا نبود تجهیزات قادر به حمایت از سلامت یا حیات بیمار نباشد، دیگر تکلیفی متوجه او نیست. به عبارت دیگر، تکلیف و مسئولیت شرعی او محدود به میزان توانایی و قدرت اوست.

ب. خطرساز یا آسیب‌زا نبودن برای درمانگر؛ زیرا اگر اقدامات درمانی سلامت خود پزشک را تهدید کند یا جان او را به خطر بیندازد، تکلیف به حفظ جان خود مقدم بر حفظ جان دیگران است؛

1. Medical Futility

منافع عضو باید به آن توجه داشت، وابستگی مسئولیت کیفری، یعنی مجازات قصاص به عنصر سوءنیت و انگیزه‌ی مجرمانه است؛ زیرا عمل شخص می‌تواند حرام باشد، اما ارتکاب این عمل حرام تنها تنبیه مالی و جبران ضرر و زیان وارد بر بیمار را در دو قالب پرداخت دیه یا ارض به دنبال خواهد داشت. بر این اساس، نمی‌توان پزشک را به واسطه‌ی دستور عدم احیا^۱ و همچنین فراهم کردن زمینه‌ی مرگ آسان (اتانازی)^۲ بیمار، با شرایطی که خواهد آمد، محکوم به مجازات قصاص کرد، هرچند محکومیت او به پرداخت دیه، براساس مبانی فقهی، پذیرفتنی است؛ زیرا اگر «مرگ آسان» را فراهم کردن عمدی زمینه‌ی مرگ بیماران درمان‌ناپذیر با انجام دادن یا انجام‌دادن یک کار با انگیزه‌ی مشفقانه تعریف کنیم، در این صورت، از یک‌سو بیمار باید زنده و درمان‌ناپذیر باشد و از سوی دیگر، پزشک نیز چنین کاری را با انگیزه‌ی مشفقانه انجام بدهد. در نتیجه‌ی چنین نگرشی، قطع حمایت از مبتلایان به مرگ مغزی، ترک درمان نسبت به بیماران درمان‌پذیر و انجام اقدامات مجرمانه‌ی گروه درمانگر که منجر به مرگ بیمار می‌شود از موضوع بحث اتانازی خارج خواهد بود.

در این صورت، اتانازی غیرداوطلبانه^۳ (بدون کسب رضایت بیمار) یا غیرارادی^۴ (بدون آگاهی بیمار) چه به صورت فعال باشد^۵، یعنی با انجام دادن یک فعل مثبت نظیر تزریق دارو به زندگی بیمار پایان داده شود یا به صورت غیرفعال^۶، یعنی با قطع اقدامات

که غیرمستقیم و با واسطه، سبب ازبین رفتن جان دیگری می‌شود؛ مانند کسی که داروی خطرناکی را در اختیار کسی قرار دهد تا او خود آن دارو را مصرف کند (۷۳).

هرگاه پزشک به صورت مستقیم در درمان بیمار دخالت داشته باشد، اقدامات او را می‌توان در قالب چهار حالت بررسی کرد: الف. اقدامات پزشکی بدون داشتن دانش یا مهارت کافی، ب. اقدامات پزشکی نامناسب، با وجود دانش و مهارت کافی و کسب رضایت بیمار یا سرپرست قانونی او، ج. اقدامات پزشکی بدون کسب رضایت بیمار یا سرپرست قانونی او، د. اقدامات پزشکی مناسب، داشتن دانش و مهارت کافی، همچنین کسب رضایت بیمار یا سرپرست قانونی او.

صرف نظر از دو احتمال سوم و چهارم که به خاطر اختلاف آرای فقها نسبت به مسئولیت پزشک، نیازمند پژوهش مستقل است، بدون تردید، هرگاه پزشک (کادر درمانی) بدون داشتن دانش کافی (جهل) یا مهارت لازم، به درمان مستقیم (مباشرت) بیمار اقدام کند یا با وجود داشتن دانش کافی و مهارت لازم، به درمان نامناسب بیمار اقدام کند (تقصیر) و در نتیجه‌ی اقدام او، بیمار جان خود را از دست دهد یا عضوی از بدن او قطع شود یا از کار بیفتد، از آنجا که مرگ بیمار، قطع عضو یا ازبین رفتن سلامت عضو مستند به عمل اوست (۷۴، ۷۵)، عنوان اتلاف برای عمل او صادق است و بسته به اینکه عمل او عمدی یا غیرعمدی باشد، افزون بر مجازات‌های انتظامی، محکوم به قصاص نفس و عضو یا پرداخت دیه خواهد شد (مسئولیت کیفری). نکته‌ای که در اتلاف نفس، اتلاف عضو و اتلاف

1. Do Not Resuscitation Order (DNR)

2. Euthanasia

3. Non-Voluntary Euthanasia

4. Involuntary

5. Active Euthanasia

6. Passive Euthanasia

یا آن‌ها را لمس کند؛ بیمار زن باشد یا مرد، همجنس باشد یا غیرهمجنس (۷۸)؛ زیرا درمان یکی از مصادیق ضرورت است (۷۹)؛ یعنی اگر پزشک برای درمان بیمار به اندام‌های جنسی او نگاه نکند یا آن‌ها را لمس نکند، سلامت او به خطر می‌افتد یا دست کم بیمار برای درمان خود به مشقتی می‌افتد که در شرایط عادی تحمل کردنی نیست (۸۰).

بنابراین، با توجه به قاعده‌ی «الضرورات تبیح المحظورات» (ضرورت‌ها محرمات را جایز می‌کنند)، عمل نگاه و لمس حرام به واسطه‌ی وجود ضرورت (درمان)، حلال خواهد شد؛ اما باید توجه داشت که قاعده‌ی «الضرورات تقدر بقدرها» (ضرورت‌ها به اندازه‌ی ضرورت سنجش می‌شوند) بر این مطلب تأکید می‌کند که برداشته‌شدن حکم حرمت نگاه و لمس، تنها محدود به وجود و میزان ضرورت است؛ پس اگر ضرورتی برای نگاه یا لمس در فرایند درمان وجود نداشته باشد یا ضرورت بدون نگاه یا لمس برطرف شود، دیگر نگاه به اندام‌های جنسی بیماران یا لمس آن‌ها جایز نخواهد بود.

چنین نگرشی به کاربرست این دو قاعده در اقدامات درمانی وابسته به نگاه و لمس، دو پیامد فقهی به دنبال دارد:

- پیامد اول: اگر پزشک همجنس (مماثل) وجود داشته باشد، پزشک غیرهمجنس (غیرمماثل) نمی‌تواند به اندام‌های جنسی بیمار خود نگاه یا آن‌ها را لمس کند (۸۱)، به شرط آنکه پزشک همجنس و غیرهمجنس از نظر تخصص و تجربه یکسان بوده یا کارآیی برابری نسبت به درمان بیمار داشته باشند (۸۲)؛ اما اگر پزشک غیرهمجنس نسبت به پزشک همجنس تخصص یا تجربه‌ی بیشتری در درمان

درمانی به مرگ بیمار سرعت داده شود، در هر حال، از آنجاکه فاقد نیت مجرمانه است، مصداق قتل نفس نخواهد بود؛ هر چند انجام دادن چنین کاری موجب کیفر اخروی است، پزشک مسئول یا کادر درمانی اقدام‌کننده، موظف به پرداخت دیه خواهند بود.

روشن به نظر می‌رسد که اگر در مجازات قصاص، انجام دادن اقدامات مرگ‌بار منجر به مرگ شخص را ملاک بدانیم و انگیزه‌ی (قصد) کشتن را مؤثر ندانیم، در این صورت اقدام به اتانازی غیرداوطلبانه و غیرارادی مجازات قصاص را به دنبال خواهد داشت.

۵-۳. قواعد فقهی و رابطه‌ی پزشک و بیمار

با ورود به حوزه‌ی درمانگری، رابطه‌ای میان پزشک و بیمار به وجود می‌آید. برخی از مهم‌ترین قواعد فقهی که اقدامات درمانی گروه درمانگر را در بر می‌گیرند، عبارت است از:

۵-۳-۱. کاربرست قاعده‌ی فقهی ضرورات

مشاهده‌ی اندام جنسی^۱ (۷۶) همه‌ی افراد، چه همجنس باشند و چه غیرهمجنس (۶۳)، جز برای همسر، جایز نیست و همه وظیفه دارند با استفاده از پوشش مناسب، اندام‌های جنسی خود را از دید دیگران بپوشانند (۶۷). همچنین، براساس موازین فقهی، میان حرمت نگرستن و حرمت لمس نوعی تلازم وجود دارد، هر جا نگاه کردن به اندام‌های جنسی فردی (زن یا مرد) حرام باشد، لمس آن نیز حرام خواهد بود (۷۷).

با وجود این، فقها بر این باورند که پزشک به منظور درمان، می‌تواند به اندام‌های جنسی بیمار نگاه کند

۱. منظور از اندام جنسی در منابع فقهی، تنها دستگاه تناسلی نیست و شامل سرین نیز می‌شود (قتل و دبر).

بیمار داشته باشد، باید پزشک غیرهمجنس را برای درمان برگزید (۸۳).

- پیامد دوم: اگر درمان بیمار وابسته به درمانگری پزشک غیرهمجنس باشد و پزشک بتواند از دستیار همجنس برای انجام فرایند درمان بیمار استفاده کند، پزشک موظف است برای معاینه یا درمان اندام‌های جنسی بیمار از او کمک بگیرد (۸۴).

۵-۳-۲. کاربرد قاعده‌ی فقهی طیب نفس

اقدامات درمانی در دو وضعیت اورژانسی و غیراورژانسی انجام می‌شوند. اقدامات درمانی در حالت نخست بارزترین نمونه‌ی حفظ جان و سلامت دیگران است که چون شخص صلاحیت تصمیم‌گیری در آن وضعیت را ندارد و هیچ‌کس دیگری نیز، آن‌گونه که پس از این توضیح داده خواهد شد، تصمیم‌گیرنده‌ی جانشین برای او به حساب نمی‌آید، پزشک و کادر درمانی، فرایند درمان را آغاز و درباره‌ی چگونگی پیشرفت و پایان دادن آن تصمیم‌گیری می‌کنند؛ اما در شرایط عادی، اصل احترام به تمامیت بدن انسان که برگرفته از قاعده‌ی فقهی «لایحل دم امریء مسلم الا بطیب نفسه» (تصرف در بدن انسان جز با رضایت او حلال نیست)، پزشک و کادر درمانی را ملزم به گرفتن رضایت از بیمار برای تمامی اقدامات درمانی می‌کند.^۱

شرط اصلی برای تحقق رضایت، شایستگی (اهلیت)^۲ رضایت‌دهنده و رضایت‌گیرنده برای ابراز

و پذیرش رضایت است. منظور از بیماران دارای اهلیت، بیمارانی است که افزون بر بلوغ جنسی و سلامت عقلی، به لحاظ جسمی و روانی توان تصمیم‌گیری درباره‌ی درمان خود را دارند. بر این اساس، درمان کودکان، دیوانگان و تمامی افرادی که برای ابراز رضایت خود، شایستگی لازم را ندارند، وابسته به گرفتن اجازه از تصمیم‌گیرنده‌ی جانشین است. منظور از «کودک» که در آموزه‌های فقهی از آن با عنوان «طفل»، «صبی»، «صغیر» یاد می‌شود، فرد فاقد نشانه‌های بلوغ جنسی^۳ است. کودکان به دو گروه: «صبی غیرممیز»^۴، یعنی کودکی که فاقد قدرت تشخیص سود و زیان خود است و «صبی ممیز»^۵، یعنی کودکی که دارای قدرت تشخیص سود و زیان خود است، تقسیم می‌شوند.

بدون تردید، رضایت کودکان فاقد قدرت تشخیص، ارزش حقوقی ندارد؛ اما رضایت‌دهنده‌ی جایگزین الزاماً ولیّ قهری کودک (پدر و پدر بزرگ پدری) نیست؛ زیرا درمان از لوازم حضانت است نه ولایت و ولایت ولیّ ناظر به امور مالی، یعنی هزینه‌ی درمان است نه خود درمان (۸۵). بنابراین، هرکس که توان درک مصلحت درمانی این کودکان را بیشتر از دیگران داشته باشد، می‌تواند تصمیم‌گیرنده‌ی جانشین برای درمان او باشد. با توجه به تخصصی بودن درمان، به نظر می‌رسد تصمیم‌گیرنده‌ی جانشین، گروهی مرکب از کادر درمانی، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی، پدر و مادر یا هر فرد مؤثر

۱. منظور از رضایت، میل قلبی به یک عمل حقوقی است که پیش‌تر انجام شده یا در حال انجام است یا پس از این انجام خواهد شد. «رضایت» و «قصد» به یک معنا نیستند؛ زیرا گاهی انسان قصد انجام دادن کاری را دارد، اما رضایت قلبی به انجام آن ندارد؛ مانند انجام دادن کار در حال ناچاری (اضطرار). همچنان که گاهی انسان تمایل قلبی به انجام دادن کاری دارد، ولی قصد انجام آن را ندارد (مانند آرزوها). «رضایت» و «اجازه» به یک معنا نیستند؛ زیرا رضایت مفهومی درونی دارد، ولی اجازه امری خارجی بوده و ابراز و اظهار یک چیز در بیرون است.

۳. در متون فقهی برای تشخیص بلوغ جنسی، نشانه‌هایی بیان شده است. نشانه‌های بلوغ جنسی در پسران و دختران متفاوت است. این نشانه‌ها در پسران عبارت است از روئیدن موی درشت بر شرمگاه (عانه) و خروج اسپرم (احتلام) و در دختران عبارت است از داشتن عادت ماهیانه (حیض) و بارداری (حمل).

4. Infant
5. Minor

2. Capacity

تصمیم هریک از آن‌ها برای درمان خود، منوط به اجازه‌ی دیگری نیست.

لزوم عمل به وظایف زناشویی زن در برابر شوهرش (تمکین)، نافی حق زن در تصمیم‌گیری مستقل و بدون رضایت شوهرش درباره‌ی درمان خود نیست؛ زیرا حفظ سلامت یکی از بنیادی‌ترین حقوق زن است که عمل به وظایف زناشویی پس از آن، معنا پیدا می‌کند.

بنابراین، از یک‌سو، هزینه‌های درمان زن از مصادیق نفقه‌ی واجب اوست و شوهر موظف به پرداخت آن‌هاست؛ حتی اگر اقدامات درمانی زن بدون کسب رضایت شوهر باشد؛ زیرا این عمل زن، نشوز او به حساب نمی‌آید. از سوی دیگر، هرگاه هیچ مرجع پزشکی دارای صلاحیتی، ضرورت انجام اقدامات درمانی زن را تأیید نکند؛ مانند جراحی‌های زیبایی ترمیمی غیرضروری بر اعضای که مستقیم یا غیرمستقیم در کاهش یا افزایش تحریک یا بهره‌وری جنسی مردان مؤثرند یا اقدامات درمانی غیرضروری زن مؤثر در باروری او، جواز انجام این اقدامات درمانی، منوط به رضایت شوهر است؛ زیرا عمل به حق شوهر واجب است و سر باز زدن از آن جایز نخواهد بود. بدین ترتیب، آن دسته از اقدامات درمانی غیرضروری شوهر نیز که مؤثر در بهره‌وری جنسی زن یا باروری اوست، منوط به کسب رضایت و اجازه‌ی همسرش خواهد بود.

در نتیجه، در غیر از شرایط اورژانس، کادر درمانی مجاز به انجام هیچ اقدام پزشکی نیستند؛ مگر اینکه پیش از آن، رضایت بیمار را به دست آورده باشند. کودکان ممیز می‌توانند درباره‌ی اموری که فهم آن را دارند یا با توضیح پزشک فهم آن را پیدا

دیگری است.

اما کودکان دارای قدرت تشخیص (صبی ممیز) برای انجام اقدامات درمانی خود، می‌توانند اعلام رضایت کنند به شرط آنکه کادر درمانی، توضیحاتی کافی و مفهوم برای کودک ارائه کنند و به رضایت پدر و مادر یا قیم نیازی نداشته باشند؛ زیرا معاملات صغیر ممیز صحیح و اثربخش (نافذ) است، همچنان که عبادت‌های آن‌ها نیز صحیح و مشروع است.

بیماران دارای اهلیت، بیمارانی هستند که افزون بر بلوغ جنسی و سلامت عقلی، به لحاظ جسمی و روانی توان تصمیم‌گیری درباره‌ی درمان خود را دارند. این بیماران به دو گروه کلی تقسیم می‌شوند: الف. بدن آن‌ها متعلق حق دیگری نیست؛ چنین بیمارانی مجاز خواهند بود نسبت به درمان خود مستقل از سایر افراد، تصمیم‌گیری کنند و پزشک نیز نمی‌تواند در شرایط عادی، بدون کسب رضایت آن‌ها، به درمان ایشان اقدام کند.

ب. بدن آن‌ها متعلق حق دیگری است؛ هریک از زن و شوهر، شخصیت حقیقی و حقوقی مستقل داشته و در امور راجع به خود، حق تصمیم‌گیری دارند؛ اما افزون بر آن، ازدواج سبب می‌شود که بدن هریک از آن‌ها متعلق حق طرف دیگر نیز قرار گیرد. تعلق حق هریک از زن و شوهر به بدن دیگری، ما را با این پرسش روبه‌رو می‌کند که آیا زن و شوهر می‌توانند مستقل از یکدیگر و بدون آگاهی یا رضایت طرف مقابل، برای درمان خود تصمیم بگیرند؟ بی‌تردید، براساس «اصل حاکمیت اراده»، هریک از زن و مرد، همچنان که پیش از ازدواج با استقلال تمام درباره‌ی تمامیت بدنی خود تصمیم می‌گرفتند، پس از ازدواج نیز از این استقلال برخوردار هستند و

می‌کنند، تصمیم‌گیری کنند. همچنین زن و شوهر بدون رضایت یکدیگر مجاز هستند برای درمان خود تصمیم بگیرند؛ جز در اموری که ضرورت پزشکی ندارد و در حق زناشویی آن‌ها مؤثر است.

۶. تصمیم‌گیری در مسائل فقه پزشکی

۶-۱. ملاحظات فقهی در آغاز حیات

۶-۱-۱. زندگی و نشانه‌های آن

براساس آموزه‌های دینی، حیات عبارت است از «دمیده شدن روح در پیکر». اصطلاح دمیدن، از آیات قرآنی گرفته شده است؛ چراکه قرآن کریم در توضیح خلقت انسان و اعطای روح به او، از واژه‌ی «نفخ» استفاده می‌کند.^۱

امام باقر (ع) در این باره می‌فرمایند: «إِنَّ اللَّهَ عَزَّوَجَلَّ إِذَا أَرَادَ أَنْ يَخْلُقَ النَّفْثَةَ... أَوْحَى إِلَى الرَّحِمِ أَنْ افْتَحِي بَابَكَ... ثُمَّ يَبْعَثُ اللَّهُ مَلَكَ يَخْلُقُ الْإِنْسَانَ فِي الْبَطْنِ يَخْلُقَانِ فِي الْأَرْحَامِ مَا يَشَاءُ اللَّهُ، فَيَقْتَحِمَانِ فِي بَطْنِ الْمَرْأَةِ مِنْ فَمِ الْمَرْأَةِ، فَيَصْلَانِ إِلَى الرَّحِمِ وَفِيهَا الرُّوحُ الْقَدِيمَةُ الْمَنْقُولَةُ فِي أَصْلَابِ الرِّجَالِ وَارْحَامِ النِّسَاءِ، فَيَنْفَخُ فِيهَا رُوحَ الْحَيَاةِ وَالبَقَاءِ» (۴۶): «هنگامی که خداوند اراده می‌کند نطفه‌ای بیافریند، به رحم فرمان می‌دهد که باز شود... سپس دو فرشته که به امر الهی در رحم صورت‌پردازی می‌کنند، به سوی رحم می‌فرستند در حالی که در آن نطفه، روحی قدیمی که از پشت پدران و رحم مادران به او رسیده است وجود دارد؛ آن دو فرشته در نطفه (جنین) روح حیات و بقاء می‌دمند.»

همچنین امام سجاد (ع) پس از تصریح به اینکه اگر در جنین روح عقل دمیده شده باشد، جنایت

بر آن موجب تعلق دیه‌ی کامل است، در پاسخ به این سؤال راوی که تحولات جنین به واسطه‌ی وجود روح است یا می‌تواند بدون روح نیز تحقق یابد، تصریح می‌کند که در جنین دو نوع حیات وجود دارد: حیات سلولی و حیات عقلانی: «قلت له: أَرَأَيْتَ تَحْوُلُهُ فِي بَطْنِهَا إِلَى حَالِ بَرُوحِ كَانِ ذَلِكَ، أَوْ بَغَيْرِ رُوحٍ؟ قَالَ: بَرُوحٍ، عِدَا الْحَيَاةِ الْقَدِيمِ الْمَنْقُولِ فِي أَصْلَابِ الرِّجَالِ وَارْحَامِ النِّسَاءِ، وَ لَوْلَا أَنَّهُ كَانَ فِيهِ رُوحٌ عِدَا الْحَيَاةِ، مَا تَحْوَلُ عَنْ حَالٍ بَعْدَ حَالٍ فِي الرَّحِمِ، وَ مَا كَانَ إِذَا عَلَى مَنْ يَقْتُلُهُ دِيَةً، وَ هُوَ فِي تِلْكَ الْحَالِ» (۴۶): «به ایشان گفتم: آیا تحولات جنین در رحم از حالی به حال دیگر تحت تأثیر روح است یا بدون روح انجام می‌شود؟ فرمود: به روح است، غیر از روحی که از پدران و مادران خود به او رسیده است. اگر در او تنها روح حیات می‌بود، در رحم از حالی به حال دیگر متحول نمی‌شد و بر کسی که او را در این حال می‌کشت دیه واجب نمی‌شد.»

بنابراین، حیات سلولی جنین و حرکات خودبه‌خودی ناشی از آن، چون تپش قلب که در زبان روایات به حیات منقول از پدران و مادران تعبیر شده است، مربوط به مرحله‌ی قبل از دریافت حیات انسانی ناشی از نفخ روح در اوست.

پرسش اساسی در بحث حیات انسانی این است که چه هنگام به انسان روح داده می‌شود و به عبارت دیگر، پس از کدام یک از مراحل تکوین جسمانی در دوره‌ی جنینی، بدن انسان دارای روح عقلی انسانی می‌شود؟ احادیث امامان معصوم که متضمن بیان اعطای روح به جنین است، از نظر مضمون متفاوت‌اند، ولی می‌توان آن‌ها را به چند گروه تقسیم کرد:

۱. قرآن کریم، سوره‌ی حجر، آیه‌ی ۲۹ و سوره‌ی ص، آیه‌ی ۷۲.

قرآن از آن به «انشاء خلقی دیگر» یاد می‌کند. از روایات معصومان (ع) همچنین به دست می‌آید که دمیده شدن روح تنها وقتی انجام می‌شود که مرحله‌ی گوشت گرفتن استخوان‌ها تمام شده باشد. معلوم است که بعد از این مرحله و ایجاد شبکه‌ی عروقی، ساختمان بدنی جنین شکل می‌گیرد؛ به همین جهت در برخی روایات برای روح دار شدن جنین از عنوان «إذا تم الجنین» استفاده شده است؛ بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت که با کامل شدن جنین و شکل گرفتن آن، در پایان ماه چهارم بارداری، بدن قابلیت پیدا می‌کند تا روح به آن تعلق گیرد. اما اینکه پس از تمام شدن ماه چهارم بارداری، بی‌درنگ به جنین روح داده می‌شود یا با یک فاصله‌ی زمانی چندان روشن نیست. بیشتر فقها بر این باورند که روح دار شدن جنین در پایان ماه چهارم بارداری است، ولی این ادعا فاقد وجهت فقهی‌روایی است؛ چراکه به نظر می‌رسد میان کامل شدن جنین و اعطای روح به آن، فاصله‌ای زمانی وجود داشته باشد، فاصله‌ای زمانی که می‌توان آن را از کلمه‌ی «ثم» به کاررفته در آیات ناظر به تکامل جنینی و روایات استنباط کرد.

بر این اساس، اعطای روح انسانی به جنین که در متون روایی از آن به «نفس ناطقه»، «روح حیات»، «روح بقا» یاد می‌کنند، در طول يك ماه انجام می‌شود: از پایان ماه چهارم تا پایان ماه پنجم بارداری که زمان دقیق آن برای ما معلوم نیست. پُر واضح است که این روح عقلی که ملاک انسان بودن انسان است، غیر از روح و حیات سلولی است که پیش از چهارماهگی و بعد از آن در جنین وجود دارد (۸۷).

الف. نشانه‌های تکوینی: در منابع روایی به احادیثی برمی‌خوریم که دمیده شدن روح در انسان را بعد از تحقق يك مرحله‌ی تکوینی در بدن جنین می‌دانند. از این مرحله با سه عبارت یاد شده است: روییدن گوشت، کامل شدن بدن جنین، پیداشدن شکل انسانی (۸۶ و ۴۶).

ب. نشانه‌های زمانی: در برخی از روایات به جای نام بردن از مرحله‌ای خاص از مراحل جنینی، برای اعطای روح به جنین به ذکر زمان اکتفا شده است. این روایات را از نظر مضمون به سه گروه می‌توان تقسیم کرد: کامل شدن چهار ماه، سپری شدن سه دوره‌ی چهل روزه، تمام شدن پنج ماه (۴۶).

ج. نشانه‌های فیزیکی: در پاره‌ای از احادیث نیز که بیشتر در باب ارث جنین وارد شده‌اند، برای روح دار بودن جنین علائمی بدنی ذکر شده است که عبارت‌اند از: گریستن، حرکت کردن، باز شدن چشم و گوش (۴۸، ۴۶).

گریستن و حرکت کردن نمی‌توانند معیاری برای تشخیص تعلق روح به جنین باشند، بلکه تنها نشانه‌ای برای زنده بودن جنین هنگام تولد هستند؛ یعنی اگر جنینی متولد شود و ندانیم که قبل از تولد مرده است یا بعد از آن، می‌توان از گریستن یا حرکت کردن او، به حیات و مماتش هنگام تولد پی برد. همچنین، منظور از باز شدن چشم و گوش، شروع به کار کردن چشم و گوش در درون رحم نیست، بلکه مراد آن است که از این زمان به بعد، قابلیت عمل برای آن‌ها فراهم می‌شود، قابلیت‌ای که تا قبل از این زمان فراهم نبوده است.

همان‌گونه که پیش‌تر گذشت، ملاک تحقق حیات بر خورداری از روح است، همان چیزی که

۶-۱-۱. شخص‌انگاری جنین

تعیین زمان حیات انسانی از این جهت اهمیت دارد که می‌تواند با یک مسأله‌ی مهم در اخلاق پزشکی، یعنی شخص‌انگاری جنین ارتباط پیدا می‌کند.

بی‌تردید، جنین انسانی پس از روح‌دار شدن (ولوچ روح) دارای شخصیت بوده و هر اقدامی که منجر به مرگ او شود (سقط جنین)، قتل یک موجود زنده (قتل نفس) به حساب می‌آید و عملی حرام است که اقدام‌کننده‌ی آن، صرف‌نظر از اینکه پدر و مادر خودش باشند یا هر شخص دیگر، افزون بر عقوبت اخروی، ملزم به پرداخت دیه‌ی قتل یک انسان کامل بالغ است؛ اما این داوری به این معنا نیست که جنین انسانی پیش از روح‌دار شدن، یعنی پیش از شانزده‌هفتگی (چهارماهگی به بعد)، فاقد شخصیت است و اقدام به ازبین‌بردن آن از نظر اخلاقی روا و از نظر فقهی جایز است؛ زیرا براساس آموزه‌های دینی، آغاز آفرینش انسان از «نطفه» است^۱ و نطفه عبارت است از: سلول تخم لقاح‌یافته از اسپرم مرد و تخمک زن (زایگوت)^۲؛ چراکه قرآن برای گفت‌وگو از مایع جنسی مردانه (اسپرم) از واژه‌ی دیگری (ماء دافق) استفاده می‌کند؛^۳ اما باید توجه داشت که سلول تخم تا در جداری رحم لانه‌گزینی نکند، قادر به انسان شدن نیست، به همین جهت خداوند بحث لانه‌گزینی در جداری رحم را شرط پیدایش انسان می‌داند.^۴ روشن است که هرگاه سلول تخم در جداری رحم لانه‌گزینی کند و شبکه‌ی خونی

میان آن دو شکل گرفته و برقرار شود، می‌توان گفت آفرینش برگشت‌ناپذیر بدن انسان آغاز شده است.^۵ بر این اساس، پس از لانه‌گزینی، یعنی از هفته‌ی دوم، شخص انسانی شکل می‌گیرد؛ اما به نظر می‌رسد بتوان شخص انسانی را از زمانی تعریف کرد که سلول تخم تشکیل شده است، یعنی کمی پیش‌تر از رسیدن به مرحله‌ی لانه‌گزینی. شاهد بر این ادعا، افزون بر روایاتی که از امامان معصوم به ما رسیده، فهم فقهای مسلمان است. امام کاظم (ع) اجازه نمی‌دهند که زن به خاطر ترس از بارداری، اقدام به خوردن دارو کند تا نطفه‌ی خود را ساقط کند؛ چراکه نطفه سرآغاز آفرینش انسان است (ان اول ما یخلق نطفة) (۷۱).

سرآغاز بودن سلول تخم لقاح‌یافته در رحم (زایگوت) برای انسان شدن و آماده‌بودن رحم برای تبدیل سلول تخم به انسان کامل، سبب می‌شود که ازبین‌بردن سلول تخم جایز نباشد (۴۶). این همان چیزی است که قرآن کریم از آن با عنوان تقدیر نطفه و سپس آسان کردن راه برای آن یاد کرده است: «مِنْ أَىِّ شَىْءٍ خَلَقَهُ * مِنْ نُطْفَةٍ خَلَقَهُ فَقَدَرَهُ * ثُمَّ السَّبِيلَ يَسْرُهُ».^۶

برای شخص‌انگاری جنین پس از لقاح اسپرم و تخمک و تشکیل سلول تخم دو شاهد دینی فقهی وجود دارد:

الف. جرم‌انگاری ازبین‌بردن جنین: فقهای مسلمان با استفاده از دو واژه‌ی «جنایت» و «دیه» درصدد بیان حرمت تکلیفی و وضعی ازبین‌بردن جنین برآمده‌اند. از یک‌سو، ازبین‌بردن جنین را

۱. قرآن کریم، سوره‌ی نحل، آیه‌ی ۴.

۲. قرآن کریم، سوره‌ی انسان، آیه‌ی ۲.

۳. قرآن کریم، سوره‌ی طارق، آیات ۵۰ و ۵۱؛ سوره‌ی سجده، آیات ۸ و ۷.

۴. قرآن کریم، سوره‌ی مؤمنون، آیه‌ی ۱۳.

۵. قرآن کریم، سوره‌ی علق، آیه‌ی ۲.

۶. قرآن کریم، سوره‌ی عبس، آیات ۱۶ تا ۱۹.

«جنایت بر جنین» دانسته و بر اقدام‌کننده به چنین کاری عنوان «جانی» اطلاق کرده‌اند و از سوی دیگر، برای از بین بردن جنین در دوره‌های مختلف زمانی، دیه تعیین کرده‌اند (۸۹).

جنایت‌دانستن از بین بردن جنین و جانی قلمداد کردن شخصی که اقدام به چنین کاری می‌کند، دلالت بر حرمت تکلیفی این عمل دارد؛ همچنان که قرارداد دیه برای جنایت بر جنین انسانی در دوره‌های مختلف جنینی (۹۰)، بیانگر این واقعیت است که از بین بردن جنین عملی است حرام که کیفر انجام‌دهنده‌ی آن به جای قصاص، پرداخت دیه است.

ب. قتل‌انگاری از بین بردن جنین: استفاده از واژه‌ی «قتل» برای از بین بردن جنین انسانی پیش از روح‌دار شدن (۴۶)، از آن جهت است که جنین در صورتی که مانعی بر سر راه تکاملش نباشد به انسانی کامل تبدیل می‌شود و در نتیجه، جلوگیری از انسان کامل شدن جنین، در واقع نوعی کشتن اوست. با این تفاوت که در کشتن پس از روح‌دار شدن، روح انسانی از انسان گرفته می‌شود و در کشتن پیش از روح‌دار شدن جنین، از تعلق روح به آن جلوگیری می‌کنند.

موجود داخل رحم، یک انسان حقیقی به حساب نمی‌آید؛ اما انسانی بالقوه است که هر چه از طول دوره‌ی جنینی او می‌گذرد، از شخصیت اخلاقی و در نتیجه از شخصیت فقهی حقوقی بیشتری برخوردار می‌شود (۸۹)؛ از این رو، از بین بردن جنین انسانی در شرایط عادی، در هر مرحله‌ای که جنین قرار داشته باشد (کاهش انتخاب جنین، سقط جنین)، عملی است مجرمانه که افزون بر کیفر اخروی، موجب

پرداخت دیه نیز می‌شود.^۱

۶-۲. ملاحظات فقهی در پایان حیات

۶-۲-۱. مرگ و نشانه‌های آن

شرط تصمیم‌گیری فقهی حقوقی برای انسانی که از دنیا رفته است، شناخت زمان مرگ اوست. بدون تردید، مرگ پدیده‌ای است طبیعی که هر انسانی یک بار در زندگی خود آن را تجربه می‌کند. بررسی این پدیده از دو جهت امکان‌پذیر است: بررسی مرگ از منظر پزشکی از آن جهت که تشخیص بالینی است؛ بررسی مرگ از منظر فلسفی از آن جهت که وابسته به انسان‌شناسی^۲ انسان است. پیوند دو بررسی پزشکی و فلسفی سبب شناخته شدن واقعیت مرگ شده (تبیین موضوعی) و کار فقیه را برای تعیین وظیفه‌ی شرعی مکلف در رویارویی با مرگ (تبیین حکمی) روشن می‌کند.

وجود دو رویکرد متفاوت به مرگ در دو حوزه‌ی پزشکی و فلسفی، یعنی رویکرد بالینی و غیربالینی، سبب سنجش‌پذیری و سنجش‌ناپذیری مرگ با ابزارهای مادی می‌شود. این دوگانگی مفهومی و روشی، زمینه‌ی ارزیابی اخلاقی و فقهی حقوقی متفاوت و گاه متعارضی از ضرورت و عدم ضرورت ارائه‌ی خدمات درمانی را فراهم می‌کند.

اگر حیات را نتیجه‌ی پیوستگی روح به بدن بدانیم،

۱. برای اطلاع بیشتر از این مباحث می‌توانید به منابع زیر مراجعه کنید: نظری توکلی، سعید و ابراهیم جوانمرد فرخانی. (۱۳۹۱). «استقرار رحم و تأثیر آن بر احکام مترتب بر جنین در فقه اسلامی و حقوق موضوعه». فقه پزشکی، ش ۱۰، صص ۶۴ تا ۶۸.

(۱۳۹۳). «حاملگی‌های چندقلویی و بررسی تطبیقی جواز کاهش جنین در آیین یهود و دین مبین اسلام». فقه پزشکی، ش ۱۳، صص ۱۵۶ تا ۱۷۳. فاطمه کراچیان ثانی. (۱۳۹۳). «کاهش انتخابی جنین؛ بررسی مبانی عدم مشروعیت آن در فقه اسلامی»، پژوهش‌های فقهی، ش ۱۰، صص ۴۷۸ تا ۴۹۳.

Nazari Tavakkoli, Saeid & et al. (2013). "Embryo Reduction in Islamic Jurisprudence". 14th Asian Bioethics Conference: Ethics in Emerging Technologies to Make Lives Better together. 2. Anthropology

یکسو، بیانگر بقای حیات فرد نیستند، چراکه بدن قابلیت خود را برای تعلق روح به آن، از دست داده است و از سوی دیگر، بیانگر بقای حیات هستند، زیرا ارتباط میان روح و جسم به‌طور کامل قطع نشده است. فقها از این حالت، به «حیات غیرمستقر» تعبیر کرده‌اند (۹۰).

بر این اساس، تشبیه مرگ مغزی به حیات ناپایدار، درست به نظر نمی‌رسد؛ زیرا اگر ملاک مرگ مغزی، تنها مرگ قشر مخ باشد، از آن جهت که بدن در سلامت است و قابلیت تعلق روح به خود را از دست نداده، مبتلا به مرگ مغزی بدون تردید دارای حیات ناپایدار است؛ اما اگر منظور از مرگ مغزی، مرگ کامل مغز (قشر مخ، ساقه و مخچه) باشد، در این صورت بزرگسالان مبتلا به مرگ مغزی بدون تردید مبتلا به مرگ واقعی شده‌اند و قطع اقدامات حمایتی از آن‌ها جایز است.

روشن به نظر می‌رسد که این داوری تنها به بزرگسالان بالغ اختصاص دارد و شامل کودکان و پیران مبتلا به مرگ مغزی نمی‌شود؛ زیرا عدم انسداد درزهای بین‌جمجمه‌ای در کودکان و کوچک شدن حجم مغز در پیران سبب می‌شود که به واسطه‌ی خونریزی درون‌جمجمه‌ای مغز آن‌ها دچار ورم و له‌شدگی نشود و بدن قابلیت خود را برای تعلق روح از دست ندهد؛ از این رو، این افراد دارای حیات واقعی هستند و قطع اقدامات درمانی و حمایتی از آن‌ها جایز نخواهد بود (۹۱، ۹۲).

همچنین روشن است که اگر ملاک حیات انسانی، قابلیت بدن برای تعلق روح و ملاک مرگ انسانی، عدم قابلیت بدن برای تعلق روح به آن باشد، چنین‌های ناقص‌الخلقه‌ای که پس از تولد امکان

در این صورت مرگ عبارت است از: از بین رفتن دائمی پیوستگی روح به بدن (قبض روح)؛ اما باید به یاد داشت که چگونگی جدایی روح از بدن، تابعی است از چگونگی پیوستگی روح به بدن و چون چگونگی این ارتباط برای ما ناشناخته است، چگونگی جدایی جسم از روح در مرگ نیز ناشناخته خواهد بود؛ جز اینکه می‌دانیم هرگاه بدن انسان بر اثر بیماری یا حادثه، قابلیت خود را برای تعلق روح از دست دهد، روح از بدن جدا می‌شود (قبض روح)؛ چراکه بدن ابزاری برای روح است و با خرابی آن، امکان تعلق روح به آن از بین می‌رود (ابزارانگاری بدن نسبت به روح).

۶-۲-۲. مرگ مغزی و زندگی ناپایدار

از دو تعریف گذشته برای زندگی و مرگ چنین برمی‌آید که مرگ و زندگی دو امر وجودی هستند که میان آن‌ها هیچ فاصله‌ای وجود ندارد؛ ولی در منابع فقهی هنگام بحث از مرگ و زندگی، از عنوانی میانی با نام «حیات غیرمستقر» یاد شده است که براساس آن، برای موجودات جاندار سه حالت متصور است: مرگ واقعی، حیات پایدار (مستقر)، حیات ناپایدار (غیرمستقر).

صرف‌نظر از معیارهایی همچون: زمان، حالات جسمانی، زمان و حالات جسمانی، صدق عرفی که فقها برای تشخیص حیات ناپایدار ذکر کرده‌اند، وجه مشترک همه‌ی آن‌ها در این است که شخص در حالی که برخی از علائم حیات را داراست، محکوم به حکم زندگان نیست و آثار حیات بر او بار نمی‌شود. به عبارت دیگر، از آنجاکه «مرگ» یعنی جدایی ارتباط روح از بدن فرایندی تدریجی است، همیشه همراه با ظهور آثاری بر بدن است؛ آثاری که از

آن‌ها از چنین سلامتی برخوردار نباشند، امکان تولید انسانی با ویژگی‌های خود را نخواهند داشت؛ هرچند در آن‌ها تمایل روحی‌روانی برای این امر همچنان باقی است. وجود این خواسته از یک‌سو و دست‌نیافتنی بودن آن از سوی دیگر، می‌تواند زمینه‌ی پیدایش بسیاری از ناملایمات روحی‌روانی را فراهم آورد که گاه در افراطی‌ترین شکل خود، گسست خانودگی را به دنبال خواهد داشت. امری که نه در نگاه خُرد و نه در نگاه کلان به سود فرد (زن و شوهر) و جامعه نیست؛ پس باید چاره‌ای اندیشید، تا به این نیاز و خواسته پاسخ مثبت داد.

برای ازبین بردن این مشکل، سه راه وجود دارد: بالابردن آستانه‌ی تحمل روانی زن و شوهر و تحمل وضع موجود، پذیرش فرزندخواندگی و فراهم آوردن زمینه‌ی باروری. ناکارآمدی دوراه نخست و تلاش برای درمان این ناتوانی، صرف‌نظر از مشکلات فردی یا اجتماعی آن، دانش پزشکی را به چاره‌جویی وامی‌دارد.

برای این منظور، فراهم کردن زمینه‌ی باروری در زن و شوهرهای نابارور در چند حالت از نظر فقهی بررسی‌کردنی است:

- باروری با استفاده از اسپرم و تخمک زن و شوهر نابارور؛
 - باروری با استفاده از اسپرم اهدایی؛
 - باروری با استفاده از تخمک اهدایی؛
 - باروری با استفاده از جنین اهدایی؛
 - باروری از روش مادر جانشین.
- صرف‌نظر از احتمال نخست که کمتر کسی از فقها در مشروعیت آن بحثی دارد، مهم بررسی وضعیت مشروعیت باروری با سایر روش‌ها و چگونگی رابطه‌ی

زنده‌ماندن ندارند، از آن جهت که قابلیت تعلق روح به بدن را ندارند، فاقد روح هستند و سقط آن‌ها حتی پس از چهارماهگی نیز جایز است.

بر همین اساس، اتانازی فعال داوطلبانه یا غیرداوطلبانه، مشروع نیست؛ زیرا اگر فرد زنده است، هرچند طول دوره‌ی زندگی او کوتاه باشد، نه مصداق مرگ واقعی است و نه مصداق زندگی ناپایدار. در این صورت، اقدام به پایان دادن به زندگی چنین فردی، مصداق دیگرکشی است و داوطلبانه‌بودن آن به استناد قاعده‌ی اذن، هرچند می‌تواند حکم قصاص را از میان بردارد (حکم وضعی)، اما حرمت (حکم تکلیفی) آن همچنان باقی است.

همچنین اتانازی غیرفعال، هرچند می‌تواند مصداق دیگرکشی نباشد، فعلی منفی است و فرصت دادن به پیشرفت مرگ است و در نتیجه، اقدام به انجام دادن آن، مستلزم قصاص نیست؛ اما حرام بودن یا حرام نبودن آن، وابسته به صادق بودن یا صادق نبودن عنوان احیای نفس محترم بر این عمل است (۹۳، ۹۴).

۶-۳. ملاحظات فقهی در باروری و ناباروری

تمایل به بقای نسل، یک نیاز غیرجسمانی است؛ ولی بدون برخورداری از سلامت جسمانی دست‌نیافتنی است؛ زیرا تحقق چنین امری وابسته به وجود اسپرم و تخمکی است که با داشتن قابلیت باروری، در فرایند لقاح، سلول تخم را تشکیل داده و زمینه‌ی تقسیمات سلولی را در آن فراهم می‌آورند. چیزی که در خلال چند ماه می‌تواند با عبور از مرحله‌ی تمایز و اندام‌زایی، منجر به پیدایش موجودی همسان با سازندگان نخستین آن شود. طبیعی است که اگر هریک از زن و مرد یا هر دو

خویشاوندی فرزند حاصل از آن است.

۶-۳-۱. قاعده‌ی خویشاوندی

از آنجاکه نسب براساس مبانی فقهی، امری غیرقراردادی و تکوینی است، بدون تردید فرزند حاصل از روش‌های مختلف باروری از نظر نسبی وابسته به پدر و مادر ژنتیکی خود است؛ چه از اسپرم و تخمک تازه استفاده شود و چه از اسپرم و تخمک منجمدشده؛ چه اهداکننده‌ی اسپرم و تخمک، معلوم باشند و چه ناشناس. در نتیجه، فرزند حاصل از فرایند درمان ناباروری، هیچ پیوستگی نسبی با پدر یا مادر قانونی خود یعنی شوهر نابارور، زن نابارور یا زن و شوهر نابارور نخواهد داشت و گرفتن شناسنامه به نام خود، اثبات‌کننده‌ی نسب و آثار مالی و غیرمالی وابسته به آن نیست؛ بنابراین، محرمیت و ارث‌بری تنها میان کودک و اهداکننده برقرار خواهد شد (۹۵).

تنها درباره‌ی مادر جانشین، اگر ملاک مادری را زایمان بدانیم، کودک دارای دو مادر خواهد بود: یکی مادر صاحب تخمک، یعنی مادر ژنتیکی و دیگری مادر جانشین که کودک را متولد کرده است (۹۶).^۱

روشن به نظر می‌رسد که وجود رابطه‌ی نسبی میان کودک و پدر و مادر ژنتیکی، هیچ ارتباطی با مشروعیت یا عدم مشروعیت استفاده از اسپرم، تخمک و جنین اهدایی ندارد؛ حتی اگر به عدم مشروعیت این‌گونه باروری باور داشته باشیم، تردیدی در مشروعیت نسب کودک وجود نخواهد

داشت و استفاده از برجسب کودک نامشروع برای توصیف این کودکان، افزون‌براینکه غیراخلاقی است، فاقد وجهت فقهی نیز است؛ زیرا با استفاده از شیوه‌های مختلف باروری، رابطه‌ی نامشروع (زنا) تحقق پیدا نخواهد کرد.

۶-۳-۲. قاعده‌ی مشروعیت

مشروع‌بودن یا نبودن استفاده از شیوه‌های مختلف درمان ناباروری وابسته به یک مسأله‌ی فقهی است که آیا استفاده از اندام‌های جنسی و تناسلی تنها محدود به زن و شوهر بوده و در چارچوب خانواده مجاز است یا غیر از زن و شوهر یا دیگر افراد نیز می‌توانند از این اندام‌ها به منظور تولید مثل بهره‌گیرند.

قرآن کریم در چند آیه مؤمنان را به حفظ آلت و اندام‌های جنسی خود از دیگران فراخوانده است. این آیات بر این نکته تأکید می‌ورزند که مسلمان مؤمن موظف است، جز در دایره‌ی ازدواج (اعم از موقت و دائم)، اندام‌های جنسی خود را از دیگران حفظ کند.^۲ طبیعی است استفاده از اسپرم یا تخمک اهدایی و تزریق آن به رحم همسر قانونی، مصداق بارز رعایت نکردن این موضوع است؛ زیرا از یک‌سو، هیچ تفاوتی میان زن و مرد در حفظ اندام‌های جنسی خود وجود ندارد و از سوی دیگر، حفظ اندام‌های جنسی امری است مطلق که شامل حفظ از تماس با اندام جنسی جنس مخالف و حفظ از تماس با مایعات جنسی جنس مخالف نیز می‌شود (۲۳، ۳۱).

ادعای انصراف عنوان «حفظ فرج» در این آیات

۱. از آنجاکه استفاده از روش مادر جانشین برای فرزندآوری براساس یک قرارداد میان مؤسسه‌ی درمانگر، مادر جانشین و زوج نابارور انجام می‌شود، از مهم‌ترین مباحث فقهی و حقوقی است و امکان و عدم امکان فسخ این قرارداد و پیامدهای مختلف آن وجود دارد.

۲. قرآن کریم، سوره‌ی نور، آیات ۳۱ و ۳۲، سوره‌ی احزاب، آیه‌ی ۳۵، سوره‌ی مؤمنون، آیات ۷۵ تا ۷۸، سوره‌ی معارج، آیات ۲۹ تا ۳۱، سوره‌ی نساء، آیات ۲۲ و ۲۳.

به رابطه‌ی نامشروع (زنا) نیز نمی‌تواند موجه باشد؛ زیرا براساس آموزه‌های دینی (کتاب و سنت) تمامی استفاده‌ها از اندام‌های تناسلی در هنگام ازدواج، در خارج از آن جایز نیست و روشن است که این استفاده‌ها الزاماً به معنای کام‌جویی جنسی نخواهد بود؛ به همین دلیل، برای زن جایز است که اندام جنسی شوهر خود را ببیند یا لمس کند، ولی برای دیگران این کار جایز نیست؛ همچنان که مرد می‌تواند با همسر خود نزدیکی کند، اسپرم خود را در رحم یا خارج از رحم او تخلیه کند (عزل)، ولی این کار با هیچکس دیگری جایز نیست. بر این اساس، همان‌گونه که عدم لزوم حفظ فرج برای زن و شوهر، اطلاق دارد، لزوم حفظ فرج نیز اطلاق خواهد داشت (۸۴، ۹۷).

منابع

۱. مشکینی، میرزا علی. (۱۴۱۶). اصطلاحات الأصول و معظم أبحاثها. قم: نشر الهادی، ص ۱۸۰.
۲. قبله‌ای خویی، خلیل. (۱۳۸۶). علم اصول در فقه و قوانین موضوعه. تهران: سمت، صص ۲۷۵ و ۲۷۶؛ ۹ تا ۳۹.
۳. ضیائی‌فر، سعید و همکاران. (۱۳۸۸). تأثیر اخلاق در اجتهاد. قم: پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی، ص ۱۰۷؛ ص ۱۸۰، صص ۱۷۶ و ۳۱۵.
۴. میراحمدی‌زاده، مصطفی. (۱۳۸۰). رابطه‌ی فقه و حقوق. قم: دفتر تبلیغات، ص ۴۱ و ۴۰؛ ص ۴۲؛ صص ۷۲ و ۷۳؛ صص ۱۸۹ تا ۱۸۶.
۵. صدر، محمدباقر. (۱۳۹۵). المعالم الجديدة للأصول. تهران: مکتبه النجاش، ص ۹۹.
۶. حاجی ده‌آبادی، احمد. (۱۳۸۷). قواعد فقه جزایی. تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، صص ۱۱۰ و ۸۴، ۱۹ تا ۲۲.
۷. امید، مسعود. (۱۳۸۸). فلسفه‌ی اخلاق در ایران معاصر. تهران: نشر علی، ص ۲۵۷.
۸. نظری توکلی، سعید. (۱۳۹۶). نظریه‌ی اخلاقی سلامت‌گرا. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی

۹. ولایی، عیسی. (۱۳۸۷). اصول فقه. قم: دارالفکر، صص ۱۵ تا ۱۹.
۱۰. قربان‌نیا، ناصر. (۱۳۷۸). اخلاق و حقوق بین‌الملل. تهران: سمت، ص ۲۹.
۱۱. علومی، رضا. (۱۳۴۸). کلیات حقوق. تهران: میهن، ص ۴۲.
۱۲. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۶۸). مقدمه‌ی علم حقوق و مطالعه در حقوق خصوصی ایران. تهران: انتشارات مدرس، ص ۵۳.
۱۳. ابن ابی‌جمهور احصائی، محمدبن‌علی. (۱۴۰۴). عوالی اللئالی. تحقیق مجتبی عراقی، ج ۱، صص ۱۹۵ و ۳۴۹؛ ج ۲، ص ۳۰۵.
۱۴. طوسی، محمدبن حسن. (۱۴۱۱). الخلاف. ج ۳، قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ص ۱۷۶.
۱۵. مزنی، اسماعیل. (بی‌تا). مختصر المزنی. بیروت: دارالمعرفة للطباعة و النشر، ص ۹۲.
۱۶. طوسی، محمدبن حسن. (بی‌تا). المبسوط فی فقه الامامية. ج ۳، تحقیق محمدتقی کشفی، قم: المکتبه المرتضویه، ص ۲۷۲.
۱۷. ابن ادریس حلی، محمدبن منصور. (۱۴۱۰). السرائر الحاوی لتحریر الفتاوی. ج ۲، قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ص ۴۵۳.
۱۸. یزدی، سیدمحمدکاظم. (۱۳۷۸). حاشیه‌ی المکاسب. ج ۲، قم: مؤسسه‌ی اسماعیلیان، ص ۱۵۸.
۱۹. بروجردی، مرتضی. (بی‌تا). مستند العروة الوثقی. ج ۱، قم: انتشارات علمیه، ص ۳۷.
۲۰. توحیدی، محمدعلی. (۱۳۴۷). مصباح الفقاهة. ج ۴، نجف: انتشارات حیدری، ص ۲۵۶.
۲۱. منتظری، حسینعلی. (۱۴۰۸). دراسات فی ولاية الفقیه و فقه الدولة الاسلامیه. ج ۱، قم: مرکز العالمی للدراسات الاسلامیه، ص ۴۹۵.
۲۲. روحانی، سیدمحمد. (۱۴۲۰). المرتقی الی الفقه الارقی. ج ۲، بی‌جا: دارالجلی، ص ۳۲۹.
۲۳. مؤمن قمی، محمد. (۱۴۱۵). کلمات سدیدة فی مسائل جدیدة. قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ص ۱۶۳؛ صص ۱۵۶ و ۱۶۰؛ ص ۸۷.
۲۴. ابن‌منظور، محمدبن مکرم. (۱۴۰۵). لسان العرب. قم: ادب الحوزه، ج ۱۰، ص ۴۹۲؛ ج ۱۵، ص ۲۵۵.
۲۵. نظری توکلی، سعید. (۱۳۸۰). «درآمدی بر مبانی حقوقی مالکیت انسان بر پیکر خود». فصلنامه‌ی مشکوة، ش ۷۱، صص ۱۲۰ تا ۱۲۳.

۲۶. آزاد قزوینی، علی. (۱۴۱۹). المسائل المستحدثة. قم: بی‌نا، صص ۱۵۶ و ۱۵۷.
۲۷. ایروانی، باقر. (۱۳۷۶). دروس تمهیدی فی القواعد الفقهیه. قم: الانوار المهدی، صص ۱۵۵ و ۱۵۶.
۲۸. عاملی، محمد بن مکی. (۱۴۰۰). القوائد والقوائد. ج ۲، تحقیق عبدالهادی حکیم، قم: کتابفروشی مفید، ص ۴۲.
۳۹. رمضان البوطی، محمد سعید. (۱۴۱۴). قضایا فقهیه معاصرة. دمشق: مکتبه الفاری، ص ۶۲.
۳۰. جواهری، حسن. (۱۳۷۹). بحوث فی الفقه المعاصر. قم: مجمع الذخائر الاسلامیه، ص ۳۴۸.
۳۱. محسنی، محمد آصف. (۱۳۸۴). الفقه و المسائل الطبية. قم: بوستان کتاب، ص ۱۷۸؛ ص ۸۹.
۳۲. محقق داماد، سید مصطفی. (۱۳۹۱). فقه پزشکی. تهران: انتشارات حقوقی، صص ۲۷۲ و ۲۷۳؛ صص ۱۴۹ و ۱۵۰؛ صص ۱۹۷ تا ۱۹۹.
۳۳. حلی، محمد بن حسن. (۱۳۸۷). ایضاح الفوائد. ج ۲، قم: انتشارات علمیه، ص ۴۸.
۳۴. فیومی، محمد بن محمد. (۱۳۴۷). المصباح المنیر. ج ۲، تصحیح محمد محی‌الدین عبدالحمید، ص ۶.
۳۵. خوری، سعید. (۱۴۰۳). اقرب الموارد. ج ۱، قم: انتشارات آیت‌الله مرعشی، ص ۶۸۱.
۳۶. کماری، سید مهدی. (۱۴۱۵). رساله فی قاعدة لاضرر و لاضرار. قم: انتشارات پیام، ص ۴۶.
۳۷. نجفی خوانساری، موسی. (بی‌تا). منیة الطالب فی حاشیة المکاسب. ج ۲، تهران: انتشارات حیدری، ص ۱۹۹.
۳۸. محقق داماد، سید محمد. (۱۴۱۰). قاعدة لاضرر. قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ص ۲۸؛ ص ۳۹.
۳۹. مراغی، میر عبد الفتاح. (۱۴۱۷). العناوین. قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ج ۱، ص ۳۱۱؛ ج ۲، ص ۴۷۸.
۴۰. اصفهانی، شیخ الشریعة. (بی‌تا). قاعدة لاضرر. قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ص ۲۸.
۴۱. انصاری، مرتضی. (۱۳۷۵). کتاب المکاسب. تبریز: انتشارات اطلاعات، ص ۳۷۲.
۴۲. نظری توکلی، سعید. (۱۳۸۰). الترکیع و زرع الاعضاء فی الفقه الاسلامی. مشهد: بنیاد پژوهش‌های اسلامی آستان قدس رضوی، صص ۱۶ تا ۳۲؛ صص ۵۰ تا ۶۵؛ صص ۱۱۶ تا ۱۱۹.
۴۳. طباطبایی، محمد حسین. (۱۳۹۳). المیزان فی تفسیر القرآن. قم: مؤسسه‌ی اسماعیلیان، ج ۵، ص ۳۵۳؛ ج ۴، ص ۳۲۰.
۴۴. قنوجی، صدیق بن حسن. (۱۴۱۲). فتح البیان. ج ۱،
- تحقیق عبداللّه بن ابراهیم انصاری، ص ۳۱۲.
۴۵. قاسمی، محمد. (۱۳۹۸). محاسن التّأویل. بیروت: دار الفکر، ج ۲، ص ۳۰۶ و ج ۶، ص ۲۳۴.
۴۶. کلینی، محمد بن یعقوب. (۱۴۰۷). الکافی. ج ۴، تهران: دار الکتب الاسلامیه، ج ۴، ص ۲۷؛ ص ۳۲؛ ج ۵، ص ۳۱؛ ج ۶، ص ۲۴۲؛ ج ۳، ص ۶۵؛ ج ۵، ص ۳۵ و ج ۶، ص ۱۲۸ و ج ۷، ص ۴۴۰؛ ج ۶، صص ۱۴ و ۱۳؛ ج ۷، ص ۳۴۷؛ ج ۷، صص ۳۴۲ و ۳۴۳؛ ج ۶، صص ۱۴ و ۱۳؛ ج ۷، ص ۱۵۵ و ج ۶، صص ۱۴ و ۱۳؛ ج ۲، ص ۱۳۲؛ ج ۷، ص ۳۴۴.
۴۷. طریحی، فخرالدین. (۱۳۶۵). مجمع البحرین. ج ۵، انتشارات مرتضوی، ص ۹۳.
۴۸. طوسی، محمد بن حسن. (بی‌تا). تهذیب الاحکام. تصحیح آخوندی، تهران: دار الکتب الاسلامیه، ج ۷، ص ۲۳۵، ش ۱۰۲۷؛ ج ۲، ص ۳۳۳، ش ۱۳۷۵؛ ج ۱۰، ص ۲۸۱، ش ۱۱۰۰؛ ج ۹، ص ۳۹۲، ش ۱۳۹۸.
۴۹. طوسی، محمد بن حسن. (بی‌تا). التبیان فی تفسیر القرآن. ج ۵، نجف: مطبعه‌ی نجف، ص ۲۷۹.
۵۰. بجنوردی، میرزا حسن. (۱۳۸۹). القواعد الفقهیه. ج ۴، نجف: مطبعه‌ی الآداب، ص ۱۳.
۵۱. عاملی، زین‌الدین بن علی. (۱۴۱۰). الروضه البهیة فی شرح اللمعه دمشقیة. ج ۱۰، قم: انتشارات داوری، ص ۱۵۱.
۵۲. علی‌اکبریان، حسنعلی. (۱۳۸۶). قاعده‌ی عدالت در فقه امامیه. قم: پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی، صص ۲۴ تا ۷۹.
۵۳. نراقی، مولی محمد بن احمد. (۱۴۲۲). مشارق الأحکام. تصحیح سید حسن وحدتی شبیری، قم: کنگره‌ی نراقیین، صص ۱۵۷ تا ۲۰۸.
۵۴. حوی، سعید. (۱۴۰۹). الاساس فی التّفسیر. ج ۲، دار السلام، ص ۱۰۴۵.
۵۵. سیوری، مقداد بن عبداللّه. (۱۳۸۴). کنز العرفان فی فقه القرآن. ج ۲، انتشارات مرتضوی، ص ۳۵.
۵۶. حر عاملی، محمد بن حسن. (بی‌تا). وسایل الشیعة. بیروت: دار احیاء التراث العربی، ج ۱۳، ص ۴۴۱؛ ج ۱۹، ص ۱۳.
۵۷. نراقی، احمد. (۱۴۱۷). عوائد الایام. انتشارات مکتب الاعلام الاسلامی، ص ۴۵.
۵۸. ابن بابویه، محمد بن علی. (۱۳۸۵). علل الشّرایع. ج ۲، نجف: انتشارات حیدری، صص ۳۱۶ و ۳۱۷.
۵۹. راغب اصفهانی، حسین بن محمد. (۱۴۰۴). المفردات فی غریب القرآن، انتشارات خدمات چاپی، ص ۵۵۰.
۶۰. آبیاری، ابراهیم. (۱۴۰۵). الموسوعة القرآنیة. ج ۸،

۷۹. سبزواری، محمدباقر. (بی‌تا). کفایة الاحکام. اصفهان: مدرسه‌ی صدر مهدوی، ص ۱۵۴.
۸۰. انصاری، مرتضی. (بی‌تا). کتاب النکاح. قم: انتشارات باقری، ص ۵۶.
۸۱. فاضل هندی، محمدبن حسن. (۱۴۰۵). کشف اللثام. ج ۲، قم: انتشارات آیت الله مرعشی، ص ۹.
۸۲. عاملی، زین الدین بن علی. (بی‌تا). مسالک الافهام. ج ۷، قم: انتشارات بصیرتی، ص ۵۰.
۸۳. کرکی، علی بن حسین. (۱۴۰۸). جامع المقاصد فی شرح القواعد. ج ۱۲، قم: مؤسسه‌ی آل البيت، ص ۳۴.
۸۴. نظری توکلی، سعید. (۱۳۸۹). «روش‌های کمکی تولید مثل در حقوق اسلام». مجموعه مقالات اهدای گامت و جنین، تهران: سمت، صص ۲۷۱ تا ۲۷۵؛ صص ۲۸۵ تا ۲۸۶.
۸۵. نظری توکلی، سعید. (۱۳۹۱). حضانت کودکان در فقه اسلامی. تهران: سمت، صص ۱۵۷ تا ۱۶۳.
۸۶. مفید، محمدبن نعمان. (بی‌تا). الارشاد. بیروت: مؤسسه‌ی علمی، ص ۱۱۹.
۸۷. نظری توکلی، سعید. (۱۳۸۱). «مقایسه‌ی تطبیقی مرگ و زندگی در متون دینی پزشکی». مسائل مستحدثه پزشکی ۲، قم: بوستان کتاب، صص ۷۴ تا ۷۷.
۸۸. طوسی، محمدبن حسن. (۱۳۸۷). المبسوط فی فقه الامامية. ج ۷، تصحیح سیدمحمدتقی کشفی، تهران: المطبعة الحیدریة، ص ۱۹۵.
۸۹. مکارم شیرازی، ناصر. (۱۴۲۲). بحوث فقهیه مهمه. قم: انتشارات مدرسه الامام امیرالمؤمنین، ص ۲۸۹؛ صص ۲۸۸ و ۲۸۹.
۹۰. نظری توکلی، سعید. (۱۳۸۲). «مقایسه‌ی مرگ مغزی با حیات غیرمستقر». فصلنامه‌ی مقالات و بررسی‌ها، ش ۷۳، صص ۹۱ تا ۹۷.
۹۱. نظری توکلی، سعید. (۱۳۸۷). «ملاحظات اخلاقی حقوقی در قطع حمایت از حیات مردگان مغزی». اخلاق پزشکی، ش ۳، صص ۹۱ تا ۹۳.
92. Nazari Tavakkoli, Saeid. (2008). "A Comparison between Brain Death and Unstable Life: Shi'ite Perspective". USA: Journal of Law and Religion.
۹۳. نظری توکلی، سعید و شکیبا امیرخانی. (۱۳۹۴). «امکان استناد به موازین فقهی در جرم‌زدایی از اتانازی داوطلبانه‌ی غیرفعال». فقه و اصول، ش ۴۷، صص ۲۰۵ تا ۲۲۶.
۹۴. نظری توکلی، سعید و فاطمه کراچیان ثانی. (۱۳۹۰). «بررسی تطبیقی اتانازی داوطلبانه‌ی غیرفعال در اخلاق وظیفه‌گرایی کانتی و اخلاق فضیلت‌گرایی اسلامی». اخلاق ج ۲، تهران: انتشارات رضوی، ص ۵۷۳.
- مؤسسه‌ی سجل العرب، ص ۶۱۶.
۶۱. فراهیدی، خلیل بن احمد. (۱۴۰۵). العین. ج ۵، قم: دارالهجرة، ص ۳۷۷.
۶۲. جناب‌زهی، سلطان محمد. (۱۳۸۵). بیان السعادة فی مقامات العبادة. ج ۱، تهران: دانشگاه تهران، ص ۱۸۰.
۶۳. بحرانی، یوسف. (بی‌تا). الحقائق الناضره فی احکام العترة الطاهرة. قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ج ۴، ص ۲۷۶؛ ج ۲۳، ص ۶۱.
۶۴. کاشانی، ابوبکر بن مسعود. (۱۴۰۹). بدائع الصنائع. ج ۲، پاکستان: انتشارات حبیبیه، ص ۹۵.
۶۵. ابن نووی. (بی‌تا). المجموع فی شرح المهدب. ج ۹، بی‌جا: دارالفکر، ص ۳۵.
۶۶. زیدبن علی بن حسین. (بی‌تا). مسند زید بن علی. بیروت: انتشارات الحیاة، ص ۲۲۰.
۶۷. نجفی، محمدحسن. (بی‌تا). جواهر الکلام فی شرح شرائع السلام. تحقیق عباس قوچانی، تهران: دارالکتب الاسلامیه، ج ۲۸، صص ۲۷۶ و ۲۷۷؛ ج ۲، ص ۴.
۶۸. گلپایگانی، سیدمحمد رضا. (۱۴۱۰). افاضة العوائد. ج ۲، قم: دارالقرآن الکریم، ص ۱۴۳.
۶۹. طوسی، محمدبن حسن. (۱۳۷۵). الاستبصار. ج ۲، نجف: انتشارات النجف فی النجف، ص ۹۱.
۷۰. طبرسی، حسن بن فضل. (۱۳۷۶). مکارم الاخلاق. تهران: دارالکتب الاسلامیه، ص ۸۱.
۷۱. ابن بابویه، محمدبن علی. (۱۴۱۳). من لایحضره الفقیه. تصحیح علی اکبر لطفاری، قم: مؤسسه‌ی النشر الاسلامی، ج ۲، صص ۲۳۵؛ ج ۴، ص ۱۷۱.
۷۲. اردبیلی، احمدبن محمد. (بی‌تا). زبدة البیان فی احکام القرآن. تحقیق بهبودی، تهران: انتشارات رضوی، ص ۶۶۶.
۷۳. محقق حلی. (۱۴۰۹). شرایع الاسلام. ج ۳، تهران: انتشارات استقلال، ص ۲۱۴.
۷۴. اردبیلی، احمدبن محمد. (۱۴۲۹). مجمع الفائدة و البرهان. ج ۱۴، قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ص ۲۲۷.
۷۵. روحانی، سیدصادق. (۱۴۱۲). فقه الصادق. ج ۲۶، قم: مؤسسه‌ی دارالکتب، ص ۲۰۲.
۷۶. حکیم، سیدمحسن. (بی‌تا). مستمسک العروه الوثقی. ج ۲، بیروت: دار احیاء التراث العربی، ص ۱۸۷.
۷۷. نراقی، احمد. (۱۴۰۵). مستند الشیعه فی احکام الشریعه. ج ۱۶، قم: انتشارات آیت الله مرعشی، صص ۵۸ و ۵۹؛ صص ۵۹ و ۶۵.
۷۸. علامه حلی، حسن بن یوسف. (بی‌تا). تذکرة الفقهاء. ج ۲، تهران: انتشارات رضوی، ص ۵۷۳.

Surrogacy Contract Revocation according to Shia Jurisprudence Perspective". *Int J Fertil Steril*, 11 (3), P. 226-233

۹۷. نظری توکلی، سعید. (۱۳۸۶). «درآمدی بر مبانی حقوقی درمان ناباروری». فصلنامه‌ی مطالعات اسلامی، ش ۷۵، صص ۱۸۸ و ۱۸۹.

پزشکی، ش ۱۵، صص ۱۶۳ تا ۱۸۹.

95. Nazari Tavakkoli, Saeid. (2015). "The Lineage of Children Born by Sperm Donation: a Shi'ite Perspective". *Int J Fertil Steril*, 9 (3), P. 403-410.

96. Nazari Tavakkoli, Saed. (2017). "Personhood and Moral Status of the Embryo: It's Effect on Validity of

فصل چهارم

مبانی و قواعد حقوق پزشکی

دکتر علیرضا میلانی فر

۱. مبانی حقوق^۱

بیابند. برپایه‌ی این نظر، قاعده‌ای که با مبنای اصلی خود (عدالت) در تعارض است، فقط صورت قانون را دارد و اگر به ظاهر نیز اشخاص ملزم به اطاعت از آن شوند، نزد وجدان خویش تکلیفی در این باب ندارند. به طور خلاصه، قاعده‌ای به عنوان «حقوق» محترم شمرده می‌شود که علاوه بر تأمین آسایش و نظم عمومی، حافظ عدالت نیز باشد.

ب. مبنای حقوق، قدرت حکومت است نه عدالت؛ قاعده‌ی حقوقی، خودبه‌خود و به دلیل پشتیبانی دولت، همیشه محترم است؛ خواه هدف آن حفظ نظم یا اجرای اصول عدالت باشد. پس هیچ‌کس نمی‌تواند به بهانه‌ی بی‌عدالتی از اجرای قاعده‌ی حقوقی سر باز زند. در این نظر، به حقایق مادی و خارجی بیش از آرمان‌های حقوقی توجه می‌شود. آنچه حقیقت دارد این است که طبقه‌ی حاکم سایرین را به اجرای قواعد حقوق وادار می‌کند و این گروه نیز ناگزیر از رعایت آن هستند.

بدیهی‌ترین مفهومی که همه از حقوق و قانون در ذهن دارند این است که قواعد آن بر اشخاص تحمیل می‌شود و ایجاد الزام می‌کند. پس این پرسش در ذهن هر اندیشمندی طرح می‌شود که چرا باید از قانون اطاعت کرد؟ چه نیرویی پشتیبان آن است و چه جاذبه‌ای ما را به اجرای قواعد آن وادار می‌سازد؟ این نیرو و جاذبه‌ی پنهانی را مبنای حقوق می‌نامند. در شناخت این مبنا دو گرایش اصلی وجود دارد:

الف. مبنای اصلی حقوق عدالت است؛ بدین ترتیب، هم قانونگذار باید از قواعد عدالت پیروی کند و هم پیروان قانون در صورتی ناگزیر از اجرای آن هستند که دستورهای حکومت را عادلانه

۱. فصل حاضر از کتاب‌های مقدمه‌ی علم حقوق، اعمال حقوقی، وقایع حقوقی و ضمان قهری نوشته‌ی دکتر ناصر کاتوزیان استاد ممتاز دانشگاه تهران گردآوری شده است. این متن مورد تأیید استاد ناصر کاتوزیان قرار گرفته است. «متن خلاصه‌شده‌ی جناب دکتر میلانی فر با اصلاحات انجام شده، با اجازه‌ی اینجانب می‌تواند در کتاب درس‌نامه‌ی اخلاق پزشکی چاپ و منتشر شود. ناصر کاتوزیان»

۲. نیروهای سازنده‌ی حقوق

ب. دولت، در معنای عام که مترادف با «حکومت» است، شامل تمام سازمان‌های اداری و قضایی و قانونگذاری می‌شود و وصف بارز آن «حاکمیت» و سلطه در روابط داخلی و بین‌المللی است؛ برای مثال، هنگامی که گفته می‌شود «دولت جمهوری اسلامی ایران» یا دولت عهدنامه‌ی دوستی را با بلژیک امضا کرد یا دولت ایران عضو سازمان ملل متحد است، مقصود همین معنای عام آن است. دولت، خواه به معنی خاص یا عام آن اراده شود، دارای «شخصیت حقوقی» است؛ یعنی دارای وجود اعتباری و صلاحیت‌هایی ویژه، جدا و مستقل از اعضا و مدیران آن است. در هر کشور، سلطه‌ی نهایی که منبع صلاحیت را در درون خود دارد، در اصطلاح «حاکمیت» نامیده می‌شود.

۴. قاعده‌ی حقوقی

برای قواعد حقوق اوصاف ذیل را برشمرده‌اند:
الف. قاعده‌ی حقوقی الزام‌آور است؛
ب. رعایت قاعده‌ی حقوقی از طرف دولت تضمین شده است؛
ج. قاعده‌ی حقوقی کلی و عمومی است؛
د. حقوق نظامی است اجتماعی: یعنی هدف آن تنظیم روابط اجتماعی است، نه پاکی روح و وجدان انسان.
البته درباره‌ی هیچ‌یک از آن‌ها اتفاق نظر وجود ندارد.
قواعد حقوقی ممکن است عمومی یا خصوصی باشند؛
- قواعد حقوق عمومی امری است؛ یعنی اشخاص، حتی با تراضی بین خود نیز نمی‌توانند از آن‌ها

مهم‌ترین نیروهای سازنده‌ی حقوق را می‌توان عوامل اقتصادی، اخلاق و مذهب، آرمان‌های سیاسی و اجتماعی دانست؛ زیرا بسیاری از مفاهیم حقوق موضوعه‌ی کنونی نتیجه‌ی دموکراسی سده‌های اخیر و اصول آزادی و تساوی در برابر قانون و احترام به مالکیت است. ما نیز به گروهی می‌پیوندیم که «عدالت» را میزان خوبی و بدی قوانین قرار می‌دهند. عدالتی را که به آن نظر داریم مفهومی اخلاقی است؛ در نتیجه، «اخلاق» در نظام ارزش‌ها سخن آخر را می‌گوید و معیار نهایی را به دست می‌دهد.

باید پذیرفت که شناختن مبانی حقوق، جز با تشخیص هدف آن امکان ندارد. هدف تمام قواعد حقوقی، تأمین آسایش و نظم عمومی و اجرای عدالت است؛ ولی چالش اصلی ما چگونگی تطبیق این مفاهیم مجرد و کلی با حقایق خارجی و تعیین معیار تشخیص عدالت است.

۳. حقوق و دولت

در زبان حقوقی ما «دولت» در دو معنای خاص و عام به کار می‌رود:
الف. دولت، در معنای خاص به مدیران کشور گفته می‌شود و سازمان‌های اداری و اجرایی را در بر می‌گیرد. اداره‌ی این سازمان‌ها به‌طور معمول به عهده‌ی هیئت وزیران است و احتمال دارد به ریاست نخست‌وزیر یا رئیس‌جمهور تشکیل و هدایت شود؛ چنان‌که پیش از اصلاح قانون اساسی، نخست‌وزیر این وظیفه را به عهده داشت و اکنون با رئیس‌جمهور است.

د. حقوق اداری از حقوق درباره‌ی اشخاص حقوقی اداری، تشکیلات و وظایف وزارتخانه‌ها و ادارات دولتی و شهرداری‌ها، تقسیم‌های کشوری و روابط این سازمان‌ها با مردم گفت‌وگو می‌کند.

ه. حقوق مالیه به قواعد مربوط به وضع مالیات‌ها و عوارضی که مأموران دولت می‌توانند از افراد مطالبه کنند و همچنین، مقررات ناظر به بودجه‌ی عمومی و وظایف دیوان محاسبات می‌پردازد.

و. حقوق جزا یا حقوق جنایی مجموع قواعدی است که بر چگونگی مجازات اشخاص از طرف دولت حکومت می‌کند. در این رشته از حقوق سخن از اعمالی است که به منافع و نظم عمومی زیان می‌رساند و اثر آن به قدری مهم و شدید است که دولت باید، به وسیله‌ی اعدام یا حبس و غرامت و تبعید، خطا کار را کیفر دهد.

ز. حقوق کار از آن رشته‌هایی است که ریشه در حقوق خصوصی دارد و دخالت دولت آن را در ردیف شعبه‌های حقوق عمومی درآورده است.

ح. حقوق داخلی یا ملی مجموع قواعدی است که بر دولت معین حکومت می‌کند و در آن از روابطی گفت‌وگو می‌شود که هیچ عامل خارجی در آن‌ها نیست.

ط. حقوق خارجی یا بین‌الملل قواعدی است که روابط بین دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی و روابط اتباع دولت‌ها را با هم تنظیم می‌کند.

۶. منابع حقوق

در هر کشور، حقوق ناشی از جایگاه یا قدرتی است که حق وضع قواعد و تحمیل رعایت آن را دارد و همین جایگاه است که «منبع حقوق» نامیده

سریچی کنند؛ درحالی‌که قواعد حقوق خصوصی بر مبنای احترام به اراده‌ی اشخاص استوار است و هدف آن تکمیل شرایط قرارداد و تعیین اراده‌ی احتمالی دو طرف است.

- هدف قواعد حقوق عمومی حمایت از منافع جامعه است؛ لیکن هدف حقوق خصوصی تأمین نفع اشخاص است؛ ولی باید دانست که در هر قاعده‌ی حقوقی کم‌وبیش منافع عموم مورد نظر است. جز اینکه گاهی قانونگذار، راه تأمین این منافع را در حمایت از حقوق خصوصی دیده است. جمعی دیگر از نویسندگان، حقوق عمومی را قواعد حاکم بر سازمان‌های دولتی و عمومی دانسته‌اند.

۵. شاخه‌های حقوق

شاخه‌های متعددی برای حقوق برشمرده‌اند:
الف. حقوق مدنی که در آن به اشخاص و خانواده، مالکیت، ارث، قراردادها و مسئولیت مدنی پرداخته می‌شود.

ب. حقوق تجارت مجموع قواعدی است که بر روابط بازرگانان و اعمال تجاری حکومت می‌کند.

ج. حقوق اساسی پایه و مبنای حقوق عمومی است؛ زیرا در آن ساختمان حقوقی دولت و رابطه‌ی سازمان‌های آن با یکدیگر مطرح می‌شود. در این رشته از حقوق، درباره‌ی شکل حکومت و قوای سازنده‌ی آن (مقننه و مجریه و قضاییه) و طرز شرکت افراد در ایجاد قوای سه‌گانه و حقوق و آزادی‌های آنان در مقابل دولت گفت‌وگو می‌شود. پس، نه تنها در عمومی بودن این شعبه از حقوق تردید نمی‌توان کرد، بلکه باید آن را ریشه و اساس این قواعد به شمار آورد.

از آنان به‌عنوان قاعده‌ای الزام‌آور مرسوم شده است.

۷. اصول کلی حقوقی

گاه بین عالمان حقوق مرسوم می‌شود که هنگام روبه‌روشدن با واقعه‌ای همیشگی از یک اصل پیروی کنند و آن را به‌عنوان اصل کلی حقوقی محترم شمارند؛ مانند اینکه «هیچ ضرری نباید جبران نشده باقی بماند» یا «هیچ کس نباید به زیان دیگری استفاده‌ی بدون جهت کند» یا «هرکس از منافع امری بهره‌مند شود باید زیان‌های ناشی از آن را هم متحمل شود» و نظایر آن‌ها.

تفاوت این‌گونه اصول با عرف در این است که عادت و رسم حقوق دانان آن‌ها را به وجود آورده است؛ یعنی استنباطی است که متخصصان از اصول مورد احترام قانونگذار و مفهوم عدالت در زمان خود کرده‌اند؛ در حالی که عرف، به‌معنی خاص کلمه، عادت توده‌ی مردم است.

۸. رویه‌ی قضایی

به نظر بعضی، رویه‌ی قضایی است که عادات و رسوم را به قواعد حقوقی عرفی تبدیل می‌کند. برای ایجاد عرف باید عادت‌ی به تکرار در آرای محاکم به‌عنوان قاعده‌ی حقوقی پذیرفته شود. بدین ترتیب، عرف چیزی جز قواعد مورد احترام دادگاه‌ها نیست. دادگاه در چهار موقعیت ناچار است به عرف و روح قانون و اندیشه‌های حقوقی استناد کند:

۸-۱. نقص قانون

قانون وقتی ناقص است که نتواند اعمال و وقایع حقوقی را که به حکم عقل و انصاف باید مشمول آن باشد، در بر گیرد. در چنین مواقعی، دادرس

می‌شود. سخن درباره‌ی انواع این منابع است. گاه منبع اصلی تمام قواعد حقوقی اراده‌ی عموم است، که گاه به‌طور مستقیم و به‌صورت عرف و عادت منشأ حقوق می‌شود و گاه دیگر به‌وسیله‌ی قوه‌ی مقننه و به‌شکل قانون ایجاد قاعده می‌کند؛ ولی حکم تمام مسائل زندگی اجتماعی را نمی‌توان در قانون و عرف پیدا کرد. مردم فصل دعاوی خود را ناچار از دادگاه می‌خواهند و آن‌ها نیز با استفاده از متون قوانین، عادات و رسوم، عقل و عدالت، قواعد حقوقی را درباره‌ی دعاوی اعلام و اجرا می‌کنند.

۶-۱. قانون

در کشور ما قانون به قواعدی گفته می‌شود که با تشریفات مقرر در قانون اساسی، از طرف مجلس شورای اسلامی وضع شده، یا از طریق همه‌پرسی به‌طور مستقیم به تصویب رسیده است؛ بنابراین، قانون فقط عبارت است از مصوبات مجلس و نتیجه‌ی همه‌پرسی. قواعدی که حاکم بر اساس حکومت، صلاحیت قوای مملکت، حقوق و آزادی‌های فردی است، از نظر ماهوی «قانون اساسی» نام دارد.

۶-۲. عرف

در حقوق، عرف در دو معنای عام و خاص به کار رفته است: گاه عرف را به تمام قواعدی گفته‌اند که از وقایع اجتماعی استخراج شده و بدون دخالت قانونگذار به‌صورت قاعده‌ی حقوقی درآمده است. برای ایجاد عرف در معنای خاص، باید هنگام روبه‌روشدن با رویداد خاص، رعایت قاعده‌ای بین مردم مرسوم شود و این رسم چنان قوت گیرد که به اعتقاد آن‌ها الزام‌آور باشد.

در تعریف عرف می‌توان گفت قاعده‌ای است که به‌تدریج و خودبه‌خود، میان همه‌ی مردم یا گروهی

برای بیان حکم نارساست؛ یعنی از واژه‌هایی که به کار برده شده ممکن است دو یا چند معنی متعارض استنباط کرد. به موجب ماده‌ی ۲۰۱ قانون مدنی «اشتباه در شخص طرف، به صحت معامله خللی وارد نمی‌آورد، مگر در مواردی که شخصیت طرف علت عمده‌ی عقد بوده باشد.» واژه‌ی «خلل» در زبان حقوقی مفهوم مشخص ندارد و معلوم نیست خللی که اشتباه به درستی معامله وارد می‌سازد تا چه میزان است؟ در این گونه مواقع، دادرس باید در جست‌وجوی حکمی برآید که مبین اراده‌ی قانونگذار باشد و در همین کاوش است که «رویه‌ی قضایی» نقشی بسیار مؤثر دارد.

۸-۴. تناقض قوانین

هرگاه اجرای یکی از اوامر قانونگذار با اطاعت از حکم دیگر او مخالف باشد، آن دو حکم را «متعارض» و نسبت میان آن‌ها را «تعارض» یا «تناقض» گویند. گاه اجرای دو قاعده، که در اصل هیچ‌گونه تعارضی با هم ندارند، در دعوائی که از مصداق‌های هر دو آن‌هاست امکان ندارد؛ یعنی به اصطلاح علمای اصول، نسبت میان دو قاعده «تزامم» است نه تعارض؛ به‌عنوان مثال، به موجب قاعده‌ی «تسلیط»، مالک حق هرگونه تصرف و انتفاع را در ملک خود دارد (نک: ماده‌ی ۳۳ قانون مدنی) و مفاد قاعده‌ی «لاضرر» این است که هیچ‌کس نمی‌تواند به دیگری ضرر برساند (نک: اصل ۴۰ قانون اساسی). این دو قاعده در مرحله‌ی قانونگذاری هیچ تعارضی با هم ندارند؛ ولی هرگاه مالک بخواهد تصرفی در ملک خود کند و به زیان همسایه باشد، بر طبق «قاعده‌ی تسلیط» مجاز و موافق و براساس «قاعده‌ی لاضرر» ممنوع است؛ یعنی این دو قاعده

می‌تواند با استفاده از هدف قانونگذار، متمم حکم ناقص او را بیابد؛ برای مثال، به موجب مواد ۳۳ و ۳۳۴ قانون مدنی، صاحب دیوار یا عمارت یا کارخانه و همچنین، مالک یا متصرف حیوان مسئول خساراتی است که به سبب تقصیر او به‌وسیله‌ی آن‌ها به دیگران وارد شده است. حکم این دو ماده، در ظاهر اشیای منقول را در بر نمی‌گیرد؛ در حالی که سخن از مسئولیت مالک و حافظ اشیاست و حق این بود که قانونگذار تکلیف مالک همه‌ی اموال را معین می‌کرد. پس، دادرس باید تصمیم بگیرد که تا چه اندازه ممکن است حکم موجود را تعمیم داد.

باید افزود که تلاش رویه‌ی قضایی در تکمیل قانون، در امور کیفری محدود به آیین رسیدگی و تعقیب است و نمی‌تواند برای امر زشتی که عقل آن را شایسته‌ی مجازات می‌بیند و قانون در آن باره حکمی ندارد، کیفر صادر کند.

۸-۲. سکوت قانون

در بسیاری از مواقع، قانون هیچ حکمی ندارد و بر دادرس است که از روح قوانین و عرف و عادت راه حلی برای آن‌ها بیابد؛ برای مثال، هیچ‌یک از قوانین ما درباره‌ی مهلت اجرای قانون در خارج از کشور حکمی ندارد. قاضی از سویی ناچار به صدور حکم است و از سوی دیگر، منبع کافی در اختیار ندارد. در چنین حالی است که ناچار باید به عرف و عقل متوسل شود. عقل او را در یافتن حکم یاری می‌کند؛ ولی عقل مستقل نیز تابع ضرورت‌ها و نیازهای اجتماعی است و در واقع یکی از عوامل مهمی که آن را راهبری می‌کند «عرف» است.

۸-۳. اجمال قانون

گاهی عبارت قانون به‌ظاهر نقصی ندارد، ولی

ب. حقوق عمومی: حق عمومی مربوط به شخصیت انسان و ناظر بر روابط دولت و مردم است؛ مانند حق حیات و آزادی بیان. عنوان فصل سوم قانون اساسی درباره‌ی «حقوق ملت» ناظر بر همین گروه است. هر چند که حقوق عمومی بیشتر در برابر قدرت دولت‌ها مورد استناد قرار می‌گیرد، در روابط خصوصی نیز اجراشدنی‌ست. هرکس باید به حیات و آزادی و شرافت و شخصیت دیگران احترام گذارد.

ج. حقوق خصوصی: حق خصوصی اختیاری است که هر شخص در برابر دیگران دارد؛ مانند حق مالکیت و حق ابوت. این نوع حقوق خود به دو گروه حقوق مالی و غیرمالی تقسیم می‌شود:

۹. مفهوم حق

حق، توانایی است که حقوق هر کشور به اشخاص می‌دهد تا از مالی به‌طور مستقیم استفاده کنند یا انتقال مال، انجام‌دادن یا ندادن کاری را از دیگری بخواهند. در برابر هر حق، تکلیفی مقرر شده است. گاهی این تکلیف ناظر بر اجرای موضوع حق است و شخص باید کاری را که صاحب حق می‌خواهد انجام دهد. در این صورت، هرگاه کاری که باید انجام شود مربوط به امور مالی باشد او را «مدیون» یا متعهد یا ملتزم می‌نامند؛ بنابراین، اگر شخص حق داشته باشد که از دیگری مقداری پول یا انتقال زمین یا ساختن بنایی را بخواهد، کسی که این تکلیف بر او بار شده، مدیون و متعهد است؛ ولی در پاره‌ای مواقع، تکلیفی که در برابر حق ایجاد شده در احترام به آن و خودداری از تجاوز به حق خلاصه می‌شود: حق به‌طور مستقیم و به‌وسیله‌ی صاحب آن اجرا می‌شود و دیگران تنها وظیفه دارند که آن را محترم شمارند، مانند حق مالکیت.

حق فردی را به سه گروه اصلی تقسیم کرده‌اند:

الف. حقوق سیاسی: حق سیاسی اختیاری است که شخص برای شرکت در قوای عمومی و سازمان‌های دولت دارد؛ مانند حق انتخاب‌کردن و انتخاب‌شدن در مجالس قانونگذاری و پذیرفتن تابعیت.

۱۰. اعمال و وقایع حقوقی

حوادثی که در اجتماع رخ می‌دهد و آثار حقوقی بر آن‌ها بار می‌شود، به دو گروه «اعمال حقوقی» و «وقایع حقوقی» تقسیم شده است:

الف. وقایع حقوقی، دسته‌ای از وقایع است که آثار حقوقی آن نتیجه‌ی اراده‌ی شخص یا قرارداد نیست و به حکم قانون به وجود می‌آید؛ اعظم از اینکه ایجاد

واقعۀ مانند از بین بردن مال غیر، ارادی باشد یا مانند فوت و تولد شخص غیر ارادی باشد.

ب. اعمال حقوقی، کارهای ارادی است که به منظور ایجاد اثر حقوقی خاص شکل می‌گیرد و قانون نیز اثر دلخواه را بر آن بار می‌کند. به عبارت دیگر، عمل حقوقی کاری ارادی است که اثر حقوقی آن با آنچه فاعل می‌خواسته منطبق است؛ مانند قراردادهای.

۱۰-۱. قرارداد یا عقد

مطابق ماده‌ی ۱۸۳ قانون مدنی: «عقد عبارت است از اینکه یک یا چند نفر در برابر یک یا چند نفر دیگر تعهد بر امری کنند و مورد قبول آن‌ها باشد»؛ پس عملی را می‌توان عقد نامید که دارای دو صفت اساسی باشد: یک اینکه در اثر توافق دو یا چند نفر به وجود آید؛ عملی که با اراده‌ی یک تن واقع می‌شود عقد نیست، هر چند که اراده‌ی دیگری بتواند آن را از بین ببرد؛ چنان‌که وصیت عهدی در نتیجه‌ی اراده‌ی موصی واقع می‌شود و نیازی به اراده و اطلاع وصی ندارد، اما در زمان حیات او وصی می‌تواند آن را رد کند؛ به همین جهت، وصیت عهدی را باید در زمره‌ی ایقاعات شمرد.

دوم اینکه منظور از آن عقد، ایجاد تعهد باشد؛ اگر دو شخص به منظور از بین بردن تعهدهای گذشته‌ی خود با هم تراضی کنند، نتیجه‌ی آن هر چند که ماهیت قراردادی دارد، «عقد» نامیده نمی‌شود.

از تعریف ماده‌ی ۱۸۳ چنین بر می‌آید که رکن اساسی هر عقد توافق دو اراده است؛ یعنی در قرارداد اراده‌ی کسانی که آن را واقع ساخته‌اند مهم‌ترین عامل ایجاد حق است؛ از این رو مشهور شده است که در عقود اراده‌ی افراد حاکمیت دارد.

اصل حاکمیت اراده که ریشه‌ی فلسفی آن در گفته‌های فردگرایان است، در حقوق کنونی به آزادی قراردادی تعبیر می‌شود که مفهومی تعدیل‌شده است و در ماده‌ی ۱۰ قانون مدنی به این عبارت بیان شده است: «قراردادهای خصوصی نسبت به کسانی که آن را منعقد کرده‌اند در صورتی که خلاف صریح قانون نباشد نافذ است» و از آن چهار نتیجه‌ی اساسی گرفته می‌شود:

الف. اشخاص می‌توانند قرارداد را به هر صورتی که مایل هستند منعقد سازند و نتایج و آثار آن را آزادانه معین کنند.

ب. قرارداد با تراضی دو طرف محقق می‌شود و تشریفات خاصی ندارد و دو طرف عقد ملزم نیستند الفاظ مخصوصی را به کار ببرند.

ج. پس از انعقاد قرارداد دو طرف ملزم به رعایت آن هستند و باید تعهدهای ناشی از آن را اجرا کنند و دادگاه نمی‌تواند به بهانه‌ی رعایت عدالت و انصاف، مدیون را از آنچه به عهده دارد معاف کند.

د. معاملات فقط بین دو طرف و قائم‌مقام قانونی آن‌ها مؤثر است. در یک جامعه‌ی قانونمند، آزادی هر شخص محدود به آزادی دیگران است و هیچ‌کس نمی‌تواند، جز در موارد استثنایی، تعهدی بر دیگری تحمیل کند یا به سود او حقی به وجود آورد.

این چهار نتیجه در حقوق ما استثنای فراوان دارد و روزبه‌روز نیز اصل حاکمیت اراده (آزادی قراردادهای) اهمیت پیشین خود را از دست می‌دهد. بازرسی دولت در قراردادهای فزونی می‌یابد و قوانین امری از هر سود دامن‌ه‌ی آزادی معاملات را محدود می‌سازد. با وجود این، می‌توان از این نتایج به عنوان «اصل» یا «قاعده‌ی کلی» استفاده کرد؛ یعنی هر

جا که نسبت به حدود آزادی دو طرف و اثر قرارداد تردید به میان آید، این قواعد حکومت دارد تا خلاف آن اثبات شود.

۱۰-۱-۱. صحت قرارداد

به موجب ماده‌ی ۱۹۰ قانون مدنی برای صحت هر معامله شرایط ذیل اساسی است:

الف. قصد طرفین و رضای آن‌ها؛

ب. اهلیت طرفین؛

ج. موضوع معین که مورد معامله باشد؛

د. مشروعیت جهت معامله.

برای اینکه معامله درست باشد، مورد معامله باید

دارای شرایط زیر باشد:

الف. موجود باشد؛

ب. انتقال‌پذیر باشد؛

ج. معلوم و معین باشد؛

د. تسلیم آن مقدور باشد؛

ه. ملک مدیون باشد.

۱۰-۱-۱-۳. مشروعیت جهت معامله

جهت معامله دلایلی است که هر یک از دو طرف را بر انجام دادن معامله برانگیخته است. انسان چون عاقل است تمام اعمال خود را به خاطر رسیدن به هدفی معین انجام می‌دهد. لزوم مشروع بودن جهت معامله یکی از وسایلی است که می‌تواند رعایت اخلاق حسنه و احترام به قانون را در قرارداد تضمین کند؛ برای مثال، هنگامی که مالکی باغ بیلاق خود را به منظور ایجاد قمارخانه اجاره می‌دهد، موضوع عقد مبادله‌ی منفعت به پول است و از حیث قصد و رضا و اهلیت نیز هیچ ایرادی بر آن وارد نیست و فقط لزوم مشروع بودن جهت می‌تواند از تبانی آن‌ها بر امری نامشروع جلوگیری کند.

برای تصور هر تعهد وجود چند رکن ضروری است: الف. موضوع تعهد: یعنی امری که شخصی در برابر دیگری به عهده می‌گیرد. موضوع تعهد ممکن است یکی از این امور باشد: انتقال مال، انجام دادن کار، خودداری از انجام دادن کار؛

در اثر فقدان این شرایط، عقد ممکن است باطل یا غیرنافذ باشد. عقد باطل، عقدی است که به نظر قانونگذار وجود خارجی ندارد و به هیچ عنوان نیز نمی‌توان اثری بر آن بار کرد، ولی عقد غیرنافذ، با اینکه در حالت عدم نفوذ همانند باطل است، با تنفیذ بعدی اصلاح‌پذیر است.

۱۰-۱-۱-۱. قصد و رضای دو طرف.

در حقوق ما اراده، به دو عنصر «قصد» و «رضا» تجزیه شده است؛ انسان ابتدا تصور وجود عمل را می‌کند و پس از سنجش میزان نفع و ضرر آن و ملاحظه‌ی نیازهای مادی و معنوی خود، لزوم ایجاد آن عمل را تصدیق می‌کند و در باطن مشتاق به آن کار می‌شود. این اشتیاق به انجام دادن را «رضا» می‌نامند. زمانی که این رضا به تصمیم منتهی می‌شود، آن را قصد انشا می‌نامند.

در حقوق ما دو امر ممکن است اراده را زایل سازد: اشتباه و اکراه؛ اشتباه تصور نادرستی است که انسان از حقیقت پیدا می‌کند. اشتباه ممکن است نسبت به نوع عقد یا شخصیت طرف عقد یا موضوع معامله باشد. در قانون مدنی ما اکراه تعریف نشده

اینکه زنده متولد شود (نک: ماده‌ی ۹۵۷ قانون مدنی). این قاعده درباره‌ی امکان تملک موضوع وصیت و ارث به صراحت اعلام شده است (نک: مواد ۸۵۱ و ۸۷۵).

۱۰- ۱- ۱- ۴- ۱. اهلیت

اهلیت صلاحیتی است که شخص برای دارا شدن و اجرای حق دارد. این صلاحیت دارای دو چهره‌ی ممتاز است:

الف. اهلیت تمتع یا تملک: صلاحیتی است که شخص به موجب آن می‌تواند از حقوق خصوصی بهره‌مند باشد و صاحب حق و تکلیف شود. هر انسان از هنگام تولد و گاه از زمان انعقاد نطفه، در صورتی که زنده به دنیا بیاید، تا زمان مرگ اهلیت تمتع از حقوق را، جز در پاره‌ای موارد استثنایی، دارد.

ب. اهلیت تصرف یا صلاحیت اجرای حق که به حکم قانون به کسی داده شده است: برای اینکه شخص اهلیت تصرف در حقوق خود را داشته باشد، باید «بالغ» و «عقل» و «رشید» باشد. «رشید» کسی است که تصرف او در اموالش به شیوه‌ی خردمندان باشد و کسی را که فاقد این وصف است «سفیه» گویند. «عقل» کسی است که اراده‌ی او سالم است و مقابل آن را «مجنون» گویند که ممکن است دایمی یا ادواری باشد؛ جنون دایمی حالتی است که مجنون در آن بیماری با اندکی تفاوت عموماً در یک حال به سر می‌برد، ولی مجنون ادواری کسی است که گاه در حال جنون است و گاه دیگر افاقه (بهبود) پیدا می‌کند. «بالغ» کسی است که به بلوغ رسیده و فاقد بلوغ را «صغیر» گویند. بدین ترتیب فرد واجد اهلیت کسی است که واجد سه وصف «عقل» و «رشد» و «بلوغ» است و کسی را که فاقد اهلیت

ب. اطراف تعهد؛

ج. رابطه‌ی حقوقی؛

د. تعهد وضع حقوقی است که به موجب آن شخصی عهده‌دار انجام دادن کاری می‌شود. باید دانست که قانون منبع اصلی تمام تعهدها و الزام‌آورهاست.

۱۰- ۱- ۴. اهلیت و اختیار دو طرف

در زمینه‌ی قراردادهای، واژه‌ی اهلیت و اختیار بیان‌کننده‌ی توان حقوقی شخص در معامله کردن است. با وجود این، نباید آن‌ها را به جای هم به کار برد؛ اهلیت که با شخصیت و تکامل قوای دماغی و شعور معامله‌کنندگان ارتباط دارد، نشانه‌ی آن است که شخص صلاحیت اداره کردن و تصمیم گرفتن را دارد؛ ولی اختیار یا داشتن سمت، ناظر بر موردی است که شخصی می‌خواهد برای دیگری معامله کند و برای او تصمیم بگیرد. در فرض انجام دادن معامله به نیابت است که می‌گویند طرف معامله باید دارای اختیار یا سمت باشد.

گاه نیز واژه‌ی اختیار برای بیان توانایی شخص در تصرف در اموال خود به کار می‌رود. این اختیار به معنی داشتن مانع در تصرف است؛ زیرا در پاره‌ای مواقع شخص به دلیل حقوق طلبکاران (مانند ورشکسته و وارثان مدیون) یا مفاد قرارداد خصوصی، از تصرف در اموال خود ممنوع می‌شود؛ ولی در این مبحث، مقصود از اختیار داشتن نیابت و سمت معامله کردن برای دیگران است. اختیار در برابر اکراه نیز به کار می‌رود و مقصود اختیار در انتخاب معامله و مترادف با آزادی است.

باید افزود که وضع جنین شباهت به صغیر غیرممیز دارد و از حقوق مدنی بهره‌مند می‌شود؛ مشروط بر

است «محبور» گویند که حَجَر ناشی از صِغَر و/یا سَفَه و/یا جنون است.

به موجب ماده‌ی ۲۱۱ قانون مدنی برای اینکه متعاملین اهل محسوب شوند، باید بالغ و عاقل و رشید باشند. در ادامه شرایط اهلیت تصرف را تا جایی که مربوط به انجام دادن اعمال حقوقی است، در سه بخش بلوغ و رشد و عقل، مطالعه می‌کنیم:

بلوغ

پیش از اصلاح قانون مدنی، مقصود از بلوغ رسیدن به سنی بود که به‌طور معمول هرکس سود و زیان خویش را می‌شناسد و شعور دخالت مستقل در امور مالی و شخصی را پیدا می‌کند؛ بدین ترتیب، بلوغ رابطه‌ی خود را با بلوغ طبیعی از دست داده بود و به شکل اماره‌ی قانونی ایجاد رشد ظاهر می‌شد؛

یعنی هرگاه سخن از حجر صغیر می‌شد، مقصود اهلیت‌نداشتن کسی بود که هنوز به سن هجده سال تمام نرسیده است؛ ولی سال ۱۳۶۱ همه چیز تغییر یافت و تبصره‌ی یک ماده‌ی ۱۲۱۰ اصلاحی، سن بلوغ را در پسر پانزده سال تمام قمری و در دختر نه سال تمام قمری معین کرد. این حکم که از آغاز تصویب جنبه‌ی آزمایشی داشت، پنج سال اعتبار آن سپری شده و مجلس شورای اسلامی هنوز درباره‌ی تصویب یا رد نهایی آن تصمیم نگرفته است (نک: اصل ۵۸ قانون اساسی).

صغیر ممیز و غیر ممیز

صغیر در تمام دوران حجر از حیث شعور و بینش اجتماعی در یک حال نیست، نوزاد تا مدتی توانایی تشخیص سود و زیان را ندارد و مفهوم اعمال حقوقی و نتایج آن را درک نمی‌کند. در این مرحله، صغیر از نظر طبیعی استعداد انجام معامله را ندارد و قانون

نیز هیچ اثری بر اراده‌ی او نمی‌گذارد؛ ولی، پس از این دوره، زمانی فرا می‌رسد که صغیر استعداد فهم معنی عقد را پیدا می‌کند و نفع و ضرر را از هم باز می‌شناسد؛ منتها، چون هنوز قادر نیست که به‌تنهایی اموال خود را اداره کند و بیم آن می‌رود که در اثر بی‌تجربگی و خامی دارائی‌اش را از دست بدهد، قانون او را از انجام دادن معامله منع کرده است.

صغیر را در حالت نخست «غیر ممیز» و در دوران دوم «ممیز» می‌نامند. «صغیر ممیز» کسی است که قوه‌ی تمیز دارد و با این وصف قانونگذار لازم دیده است که تا مدتی از او حمایت کند؛ پس، حجر صغیر در این دوران چهره‌ی حمایتی دارد و قابل تنفیذ است.

در حقوق برخی کشورها سن تمیز را قانون معین کرده است؛ چنان‌که ماده‌ی ۱۰۴ قانون مدنی آلمان هفت‌سالگی را مبدأ ایجاد قوه‌ی تمیز در طفل دانسته است. در حقوق ما قاعده‌ی خاصی در این باره وجود ندارد و دادرس باید در هر مورد خاص تشخیص دهد که کودک موضوع ممیز است یا خام. عدم اهلیت صغیر عام است؛ یعنی اعمال و گفته‌های او، جز در موارد استثنایی، باطل و بی‌اثر است (نک: ماده‌ی ۱۲۱۲ قانون مدنی). پس، درباره‌ی صغیر عدم اهلیت موافق قاعده است و فقط هنگامی می‌توان اعمال او را نافذ دانست که قانون به‌صراحت اجازه داده باشد. صغیر غیر ممیز، چون از نظر طبیعی فاقد قصد است، هیچ‌گاه نمی‌تواند اعمال ارادی را به‌درستی انجام بدهد؛ ولی صغیر ممیز در پاره‌ای از عقود می‌تواند، به‌طور مستقل یا با اجازه‌ی خود، شرکت کند؛ یعنی حجر صغیر ممیز

برای حمایت از منافع اوست نه بر مبنای نداشتن اراده و به همین دلیل هم می‌تواند معاملاتی را که احتمال هیچ ضرری در آن‌ها نیست انجام دهد، مانند قبول هبه و صلح بی‌عوض.

رشد

«رشد» کسی است که به شیوه‌ی خردمندان در اموال و حقوق مالی خود تصرف کند. عدم رشد ممکن است در اثر کمی سن (صغر) یا نقص شعور در اشخاص کبیر باشد. این شخص را در اصطلاح حقوقی «سفیه» می‌نامند و متبادر از غیررشد نیز هم اوست.

از تعریف ماده‌ی ۱۲۰۸ قانون مدنی معلوم می‌شود که اختلال دماغی سفیه چنان نیست که مانع از تصمیم‌گرفتن او شود و قصد و رضایتش را بی‌اعتبار سازد. سفیه در روابط غیرمالی خود با سایرین به شیوه‌ی عاقلان رفتار می‌کند و در امور مالی نیز معنی معامله و آثار آن را می‌فهمد. منتها، چون ارزش پول را به‌درستی نمی‌داند و عقل معاش ندارد و ممکن است به سبب افراط نابه‌جا اموال خود را از بین ببرد، قانونگذار اجازه‌ی تصرف مستقل را به او نداده است.

جنون

جنون عارضه‌ای دماغی است که مانع از درک اعمال شخص می‌شود. اعمالی که مجنون انجام می‌دهد به فرمان اراده‌ی او نیست و وجدانش از آنچه می‌کند بی‌اطلاع است. روان‌شناسان برای جنون درجه‌های گوناگون قائل شده‌اند؛ زیرا این سرشکستگی گاه چنان ضعیف و پنهان است که اشخاص عادی قادر به درک آن نیستند و تنها پزشک می‌تواند عارضه را تشخیص دهد. باوجوداین، در

تمیز عقل از جنون، دآوری عرف و وجدان عمومی نیز اثر فراوان دارد؛ درجه‌ی اختلال مشاعر باید به جایی برسد که مردم عادی شخص را دیوانه بدانند. علم طب به‌تنهایی نمی‌تواند حد بین عقل و جنون را به‌دقت رسم کند. از نظر حقوقی هیچ امتیازی بین درجه‌های جنون نیست و ماده‌ی ۱۲۱۱ قانون مدنی برای پیشگیری از هرگونه تردید می‌گوید: «جنون، به هر درجه که باشد، موجب حجر است.»

۱۰-۱-۱-۴-۲. اختیار یا سمت

براساس اصل آزادی قراردادی هر شخص تنها به رضای خود متعهد می‌شود و اراده‌ی هیچ‌کس برای دیگری التزام ایجاد نمی‌کند. ظاهر این است که هر شخص برای حفظ منافع و به حساب خود معامله می‌کند؛ بنابراین، هرگاه دو تن با هم توافق کنند، فرض این است که اصیل هستند. این فرض را ماده‌ی ۱۹۶ قانون مدنی چنین بیان می‌کند: «کسی که معامله می‌کند آن معامله برای خود آن شخص محسوب است، مگر اینکه در موقع عقد خلاف آن را تصریح کند یا بعد خلاف آن ثابت شود.» در قوانین ایران کنندگی به‌طور عام تعریف نشده است؛ ولی با توجه به ملاک مواد ۶۵۶ و ۶۷۴ قانون مدنی می‌توان گفت: «رابطه‌ی حقوقی است که به موجب آن کننده می‌تواند به نام و به حساب اصیل قراردادی ببندد که آثار آن به اصیل برسد پس، در این‌گونه معاملات، اعلام اراده و قصد انشاء از طرف کننده انجام می‌شود و اراده‌ی او اصیل را ملتزم می‌کند.» به همین جهت، پاره‌ای از مؤلفان کنندگی را در شمار استثناهای نتیجه‌ی انعطاف‌پذیری اصل نسبی بودن قراردادها می‌دانند.

اقدام غیر اصیل به اقسام زیر تقسیم می‌شود:

۱. قراردادی: عقد وکالت؛
گواهی می‌نامند.
ب. سند
بر طبق قانون مدنی «سند» عبارت است از هر نوشته که در مقام اثبات دعوا یا دفاع قابل استناد باشد. سند را به اعتبارهای گوناگون می‌توان تقسیم کرد: چنان که پاره‌ای از نوشته‌ها بدون امضا نیز اعتبار دارند (مانند دفاتر تجاری)، دسته‌ی بزرگی از آن‌ها بی‌امضا پذیرفته نمی‌شود؛ ولی به لحاظ اعتبار و قدرت اجرایی و تشریفات تنظیم، اسناد به دو گروه تقسیم شده‌اند: «اسناد رسمی» و «اسناد عادی»، نوشته‌ای سند رسمی است که دارای سه شرط زیر باشد:

 ۱. به وسیله‌ی مأمور رسمی تنظیم شود؛
 ۲. مأمور رسمی برای تنظیم سند صالح باشد؛
 ۳. تشریفات سند رسمی رعایت شود.

هر سند غیررسمی، عادی تلقی می‌شود.

ج. شهادت
شهادت نیز از زمره‌ی ادله‌ی اثبات دعواست که کمیت و کیفیت ادا و استماع آن در قانون آمده است.

د. سوگند
سوگند اخبار به حقی است که شخص برای خود و به زبان دیگری می‌کند و خداوند را گواه راستگویی خویش می‌گیرد.

ه. آماره
در برخی امور، مدعی نمی‌تواند به‌طور مستقیم واقعی‌مورد استناد خود را ثابت کند؛ یعنی راهی برای پیدا کردن علم به حقیقت وجود ندارد. از طرفی، به تجربه ثابت شده است که این واقعه در بیشتر مواقع با اوضاع و احوال دیگری همراه است، چنان که می‌توان گفت نوعاً هرگاه آن اوضاع

بنابر قانون مدنی، دلایل اثبات دعوا از این قرار است: اقرار، سند، شهادت و قسم؛ البته به این دلایل، باید امارات و مشاهدات دادرسی را نیز افزود؛ زیرا گاه از اوضاع و احوال کلی و معاینه‌ی محل و مشورت با کارشناس، حقایقی به دست می‌آید که با دلایل یرشمرده شده در قانون قابل دستیابی نیستند.

الف. اقرار
در قانون مدنی اقرار، اخبار به حقی است برای غیر، به ضرر خود؛ بنابراین، اقرار نمی‌تواند حقی را به وجود آورد یا از بین ببرد. اقرار وسیله‌ی اعلام حق است. اعلام حق را در همه‌ی موارد نمی‌توان اقرار نامید. باید شخص وجود حقی را به زبان خود و به سود دیگری بپذیرد؛ پس اگر شخصی وجود حقی را در روابط بین دیگران اعلام کند، کار او را شهادت یا

قانون در خیانت در امانت و مجروح ساختن دیگری ضمان آور است، بی اعتنایی به قرارداد نیز ایجاد مسئولیت می کند؛ هر دو تقصیر است و سرپیچی و تجاوز، با این تفاوت که یکی سرپیچی مستقیم است و دیگری تجاوز با واسطه.

تعهدی را می توان مطالبه کرد که به حکم قانون، موجود و مطالبه شدنی باشد و مدیون نیز بنا به دلایلی از آن بری نشده باشد؛ تعهد باطل را نه می توان اجرا کرد و نه از بابت تأخیر یا انجام ندادن آن خسارت خواست؛ ولی قطع نظر از این شرط کلی، دعوای جبران خسارت در صورتی به نتیجه می رسد که چهار شرط در آن اثبات شود:

۱. موعد انجام دادن تعهد فرا رسیده باشد.
۲. مدیون مفاد عقد را اجرا نکرده باشد (تقصیر قراردادی). در بیان قاعده ای ایجاد مسئولیت، می توان گفت جایی است که تعهد ناشی از قرارداد انجام نمی شود و عهدشکنی منسوب به متعهد است؛ باوجوداین، چون عهدشکنی مباح نیست و ایجاد مسئولیت می کند، باید پذیرفت که اجرا نکردن عقد در نظر قانونگذار، خود تقصیر است، مشروط بر اینکه منسوب به متعهد باشد؛ از این رو متعهد در صورتی از دادن خسارت معاف می شود که ثابت کند مانع اجرای عقد حادثه ای خارجی و احترازناپذیر بوده است و عهدشکنی را نباید به او نسبت داد.

۳. ضرر وارد شده باشد.
۴. تأخیر یا انجام ندادن تعهد، سبب ضرر شده باشد.

ضرر می تواند مستقیم یا باواسطه باشد؛ برای مثال، فرض کنیم کشاورزی برای تغذیه دام های خود مقداری علوفه می خرد و چون فروشنده آن را

و احوال وجود داشته باشد، واقعه ای مورد نظر نیز روی می دهد. در چنین مواقعی ناچار باید از آن اوضاع و احوال برای اثبات واقعه استفاده کرد؛ بنابراین، هرگاه پدیده ای بنابر ظاهر و سیر طبیعی امور نشانه ای وجود واقعه ای باشد، آن را در اصطلاح اماره ای وجود آن واقعه می نامند.

۱۱. مسئولیت

۱۱-۱. مسئولیت قراردادی

مسئولیت قراردادی عبارت است از التزام متعهد به جبران خسارتی که در نتیجه ای اجرا نشدن قرارداد به طرف او وارد می شود. این خسارت به وسیله ی دادن مبلغی پول جبران می شود. در بیان مسئولیت می توان گفت، جایی که طلبکار نمی تواند به موضوع التزام طرف قرارداد دست یابد، حق پیدا می کند تا خسارت ناشی از اجرا نشدن عقد را از او بگیرد. ایجاد این حق در صورتی است که متعهد در اجرا نشدن عقد مقصر باشد، یا به بیان دیگر، عدم اجرا منسوب به او باشد؛ پس، اگر ثابت شود که حوادث خارجی و قهری مانع از وفای به عهد شده است، مدیون نیز از الزام به جبران خسارت معاف می شود.

در قانون مدنی، در دو مبحثی که به قواعد عمومی و خسارات حاصله از اجرا نشدن تعهدات اختصاص داده شده، سخنی از تقصیر مدیون و زیان های ناشی از آن دیده نمی شود. همه جا سخن از عهدشکنی است؛ در حالی که تحلیل حقوقی این دو نهاد نشان می دهد که مسئولیت مبنای مشترک دارد؛ نقض عهد نیز اگر به عمد صورت پذیرد یا آمیخته با تقصیر باشد، از دیدگاه قانونگذار خطایی نابخشودنی است که ضمان به بار می آورد. همان گونه که تجاوز از حکم

آن نکند، مسئول خسارات ناشی از عمل خویش است.

• هنگامی که مسئولیت ناشی از صدمه‌های بدنی و لطمه، حقوق مربوط به شخصیت و شرافت اشخاص را از بین ببرد چراکه تن و روان انسان شریف‌تر از آن است که در بازار دادوستد وارد شود. معاف‌شدن مدیون نیز شرایطی دارد؛ در صورتی مدیون از دادن خسارت معاف می‌شود که وجود این شرایط را اثبات کند:

۱. علت انجام‌نشدن تعهد، امری خارجی بوده و به او مربوط نبوده است.
۲. دفع حادثه‌ای که مانع از ایفای دین شده از قدرت او خارج بوده است و او به هیچ وسیله‌ای نمی‌توانسته مانع کار خود را از بین ببرد؛ زیرا دشواری دفع مانع و گرانی هزینه‌ی آن، به هر اندازه که باشد، التزام مدیون را از بین نمی‌برد.
۳. وقوع آن حادثه پیش‌بینی‌ناپذیر بوده است؛ زیرا اگر مدیون اجرای تعهد را با توجه به تمام خطرهای احتمالی آن به عهده بگیرد، دیگر نمی‌تواند به بهانه‌ی پیشامدی که از آغاز نیز وقوع آن را پیش‌بینی می‌کرده، از جبران زیان طلبکار، خودداری کند.

۱۲. مسئولیت مدنی

زمانی که شخص ناگزیر از جبران خسارت دیگری باشد، می‌گویند در برابر او مسئولیت مدنی دارد. مسئولیت لازمه‌ی داشتن اختیار است. انسان آزاد و عاقل از پیامد کارهای خویش آگاه است و در نتیجه مسئول آن‌هاست.

۱۲-۱. اتلاف

هرکس مال کس دیگری را تلف کند ضامن است

در مدت معین تحویل نمی‌دهد، ناچار می‌شود که با بهای گران‌تر از محل دیگری علوفه را تهیه کند. در میان این علوفه، سبزی مسموم وجود دارد و عده‌ای از گاوها می‌میرند؛ در نتیجه کشاورز نمی‌تواند زمین زراعتی خود را شخم بزند و تعهدی را که نسبت به فروش مقداری لبنیات داشته، انجام دهد؛ از این رو مقدار زیادی زیان می‌بیند.

در میان این ضررها، تفاوت بهای علوفه‌ها به‌طور مستقیم و بی‌واسطه ناشی از تقصیر فروشنده است؛ زیرا اگر او به عهد خود وفا می‌کرد کشاورز ناگزیر از خرید علوفه به بهای گران‌تر نمی‌شد؛ ولی در زیان ناشی از مردن گاوها و نقصان محصول زمین و تحویل‌ندادن لبنیات، رابطه‌ی ضرر و تقصیر مدیون بدین محکمی نیست. درست است که اگر علوفه‌ها در موعد مقرر تسلیم می‌شد، هیچ‌یک از این حوادث روی نمی‌داد، اما بی‌احتیاطی کشاورز و فروشنده‌ی دومی سبب اصلی آن‌هاست؛ اگر آن عوامل نبود، تقصیر مدیون به حکم عادت این همه حادثه را به دنبال نداشت.

۱۱-۲. شرط عدم مسئولیت

براساس اصل آزادی قراردادی، همان‌گونه که دو طرف عقد می‌توانند ایجاد تعهد کنند، حق دارند نتایج تخلف از آن را نیز آزادانه معین سازند. باوجوداین، شرط عدم مسئولیت در موارد زیر نامشروع است و موجب معافیت کسی نمی‌شود:

- در مواردی که مدیون به عمد سبب اضرار شود یا عهدشکنی کند؛ برای مثال، اگر متصدی حمل و نقلی که از این شرط بهره‌مند است، به قصد اضرار به صاحب کالا یا برای تحصیل سود بیشتر، کالا را دیرتر به مقصد برساند یا مراقبت معمول را از

۱۲-۳. تقصیر

ماده‌ی اول قانون مسئولیت مدنی، مبنای مسئولیت مدنی را به سود نظریه‌ی تقصیر تغییر داد. به موجب این ماده، هرکس بدون مجوز قانونی، عمداً یا در نتیجه‌ی بی احتیاطی، به جان یا سلامت یا مال یا آزادی یا حیثیت یا شهرت تجارتي یا هر حق دیگر که به موجب قانون برای افراد ایجاد شده لطمه‌ای وارد کند که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگری شود مسئول جبران خسارت ناشی از عمل خود است.

بدین ترتیب، مسئولیت مدنی بر مبنای تقصیر استوار شد؛ زیرا در مقام بیان قاعده‌ی کلی، قانون مقرر داشت که ورود ضرر به دیگری باید در نتیجه‌ی عمداً یا بی احتیاطی صورت گیرد. ولی پرسشی که هنوز پاسخ قطعی نیافته این است که آیا با تصویب قانون مسئولیت مدنی، تقصیر مبنای منحصر مسئولیت مدنی است یا مسئولیت‌های دیگر نیز باقی مانده‌اند؟

۱۲-۳-۱. اختلاف در تعریف تقصیر

تعریف مرسوم تقصیر، کاری است نامشروع که قابل انتساب به مرتکب باشد. تعریف مشهور دیگر تجاوز از تعهدی است که شخص به عهده داشته، خواه این تعهد را قانون بر او تحمیل کرده باشد یا نتیجه‌ی قراردادی باشد که با دیگران بسته است.

تقصیر عبارت است از ضرر زدن به دیگری، بدون اینکه شخص بتواند حقی معادل یا برتر از آن را در انجام دادن عملی مرتکب شده است، برای خود ثابت کند.

بر این مبنا، تقصیر عبارت است از انجام دادن کاری که شخص، به حکم قرارداد یا عرف، می باید از آن پرهیز کند یا خودداری از کاری که باید انجام دهد

و باید مثل یا قیمت آن را بدهد؛ اعم از اینکه از روی عمد تلف کرده باشد یا بدون عمد و اگر آن را ناقص یا معیوب کند، ضامن نقص قیمت آن مال است.

۱۲-۲. تسبیب

در تسبیب شخصی به طور مستقیم مباشر و عامل تلف کردن مال نیست؛ ولی مقدمه‌ی تلف آن را فراهم می کند؛ یعنی کاری انجام می دهد که در نتیجه‌ی آن کار یا با همراهی علت‌های دیگر، مالی یا فردی تلف می شود. مثل اینکه کسی در معبر عموم چاهی می کند و دیگری در اثر بی احتیاطی در آن چاه می افتد.

تفاوت‌های اتلاف و تسبیب را می توان در این چند نکته خلاصه کرد:

الف. در اتلاف تقصیر شرط ایجاد مسئولیت نیست؛ ولی در تسبیب کاری که به مسبب نسبت داده می شود، باید در نظر عرف، خطا باشد مثل چاه کنندن یا مرگ بیمار در اثر آپاندکتومی در مطب یا خانه‌ی بهداشت روستایی.

ب. در اتلاف، شخص به طور مستقیم و بی آنکه واسطه‌ای در کار باشد، مال دیگری را تلف می کند؛ ولی در تسبیب برای اتلاف مقدمه‌سازی می شود و احتمال دارد که آن مقدمه نیز هیچ گاه به اتلاف منجر نشود.

ج. اتلاف تنها با انجام دادن کار و فعل مثبت تحقق می پذیرد؛ در حالی که تسبیب ممکن است نتیجه‌ی انجام ندادن کار هم باشد. در صورتی که تلف در نتیجه‌ی همکاری مسبب و مباشر انجام شود، یعنی کسی سبب تلف را فراهم آورد و دیگری مباشر تلف باشد، مباشر مسئول است نه مسبب؛ زیرا رابطه‌ی علت بین کار مباشر و تلف، قوی تر است.

(تعدی و تفریط). تعدی تجاوزکردن از حدود اذن یا متعارف است نسبت به مال یا حق دیگری. تفریط نیز ترک عملی است که به موجب قرارداد یا متعارف برای حفظ مال غیرلازم است.

در ماده‌ی ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی برای احرار تخطی از موازین پزشکی یا به عبارت عامیانه‌تر تقصیر پزشکی چهار مصداق ذکر شده است:

الف. بی‌مبالاتی: از نظر لغوی بی‌مبالاتی عبارت است از اینکه فاعل عمل با اینکه احتمال و پیش‌بینی ورود ضرر را از عمل خود دارد ولی به این احتمال توجهی نمی‌کند و در نهایت منجر به ورود ضرر به غیر می‌شود؛ یعنی کاری را که باید انجام دهد انجام نمی‌دهد.

ب. بی‌احتیاطی: این عبارت در مقابل غفلت و بی‌مبالاتی به کار می‌رود؛ یعنی انسان مرتکب عملی شود که اساساً مطابق ضوابط مقرر نبایست آن عمل را انجام می‌داد.

ج. عدم مهارت: عدم تبحر علمی و فنی و تجربی یک نفر برای انجام دادن یک فعل چنانچه منجر به بروز عارضه‌ی منفی شود؛ مسئولیت به دلیل عدم مهارت تلقی خواهد شد.

د. عدم رعایت نظامات دولتی: نظامات دولتی به قوانین، تصویب‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌هایی اطلاق می‌شود که توسط قانونگذار یا مقامات صلاحیت‌دار تصویب می‌شوند.

۱۲-۴. نظریه‌های مسئولیت مدنی

سیر اجمالی در تاریخ تحول مسئولیت مدنی نشان می‌دهد که تاکنون چهار نظریه‌ی اصلی این رابطه‌ی اجتماعی را اداره کرده است:

۱. نظریه‌ی تقصیر که به موجب آن مبنای

مسئولیت مدنی تقصیر است، رفتار اشخاص، جداگانه ارزیابی می‌شود. پیروان این نظریه درباره‌ی مفهوم تقصیر یکسان نمی‌اندیشند و خواهیم دید که پاره‌ای از آنان معنی اخلاقی و شخصی تقصیر را رها کرده و به آن جنبه‌ی اجتماعی و نوعی داده‌اند؛ ولی در اینکه شخص تنها در صورت ارتکاب خطا مسئول است اتفاق نظر دارند.

۲. همه‌ی پیروان نظریه‌ی ایجاد خطر که خود نیز شعبه‌های گوناگون یافته است، در اینکه تقصیر در زمره‌ی ارکان مسئولیت نیست، با هم موافق هستند. ۳. نظریه‌های مختلط و واسطه که برای تقصیر و ایجاد خطر، کمابیش سهمی قائل هستند و مبنایی معتدل‌تر را می‌پذیرند.

۴. نظریه‌ی تضمین حق که مبنای مسئولیت مدنی را با دید دیگری طرح می‌کند و نظریه‌های تقصیر و ایجاد خطر را نادرست می‌داند.

بر مبنای نظریه‌ی تقصیر، برای اینکه زیان دیده بتواند جبران خسارت خود را از کسی بخواهد، باید ثابت کند که تقصیر او سبب ورود خسارت شده است. در احرار تقصیر، زیان دیده نقش مدعی را دارد و باید دلایل اثبات آن را بیاورد. در مسئولیت‌های قراردادی، گاه اثبات عهدشکنی برای این منظور کافی است، ولی در مسئولیت قهری، تقصیر همیشه بر خلاف اصل است و نیاز به اثبات دارد. هیچ اماره و فرضی هم زیان دیده را از اثبات تقصیر خوانده‌ی دعوی بی‌نیاز نمی‌کند. به بیان دیگر، این گونه اماره‌ها و فرض‌ها برای تعدیل نظر مرسوم است.

این تمایل نیز به وجود آمده که به جای مسئول‌شناختن کسی که از نظر اخلاقی سرزنش‌کردنی است، کسی که بهتر می‌تواند

تقصیر یا ایجاد خطر گرفته می‌شود بر نظریه‌ی تضمین حق نیز وارد است؛ زیرا این نظریه نیز در پی آن است که مبنای مشترکی برای همه‌ی مسائل گوناگون مسئولیت مدنی به دست آورد و در این راه به موانع اساسی برمی‌خورد. درباره‌ی خسارات بدنی و مالی، دشواری پذیرفتن این نظریه دوچندان است. در این فرض، تزامم بین دو حق، به معنای واقعی خود، وجود ندارد. به‌طور خلاصه، نمی‌توان هیچ‌یک از نظریه‌های ابرازشده را به‌عنوان مبنای منحصر مسئولیت مدنی پذیرفت و بر پایه‌ی آن نظام عادلانه‌ای ایجاد کرد؛ ولی حقیقتی که در تمام آن‌ها نیز وجود دارد انکارناپذیر است. آنچه اهمیت دارد رسیدن به عدالت است و ابزارهای منطقی تنها وسایل راهیابی به این هدف هستند.

۱۳. تفاوت مسئولیت اخلاقی و مدنی

با وجود ارتباط نزدیک اخلاق و حقوق در این زمینه، در نظام کنونی باید بین مسئولیت اخلاقی و مدنی تفاوت گذارد؛ مسئولیت اخلاقی، به معنی شرمساری وجدان و احساس گناه است و بیشتر جنبه‌ی شخصی دارد. از داورهای عموم به دشواری می‌توان قاعده‌ای ثابت به دست آورد و بر طبق آن از نظر اخلاقی کسی را مسئول شناخت و محکوم کرد. مفهوم این مسئولیت نیز هیچ‌گاه از تقصیر جدا نیست. باید شخص به کاری نکوهیده دست زند تا قابل سرزنش باشد. وانگهی، خدا و وجدان شخص هیچ‌گاه کاری را که با حسن نیت انجام شده است مذمت نمی‌کند و ارزش هر عمل را بر مبنای نیت مرتکب معین می‌سازد (انما الاعمال بالنیات)؛ اما مسئولیت مدنی رفته‌رفته چهره‌ی

خسارت را تحمل کند مسئول قرار داده شود و رعایت عدالت اجتماعی در پاره‌ای زمینه‌ها، مانند روابط کارگر و کارفرما، بر ضرورت‌های اخلاقی مقدم داشته شود.

پیروان نظریه‌ی مسئولیت بی‌تقصیر (خطر) از مبانی فلسفی و اجتماعی گوناگون الهام گرفته‌اند؛ ولی همه در این امر اتفاق نظر دارند که تقصیر در زمره‌ی ارکان ایجاد مسئولیت نیست. به گفته‌ی آنان، همین که شخص زبانی به بار آورد، باید آن را جبران کند، خواه آن کار سبب ایجاد ضرر به‌بار آمده به فعالیت (و نه تقصیر) او مربوط باشد یا خیر؛ همچنین کافی است زیان دیده ثابت کند که ضرر به او وارد شده و این ضرر ناشی از فعل خوانده‌ی دعوی است.

در نظریه‌ی تضمین حق، بین خسارات بدنی و مالی از یک سو و خسارات معنوی و اقتصادی از سوی دیگر، تفاوت گذارده شده است: خسارات بدنی و مالی، قطع نظر از تقصیر عامل ورود زیان، در هر حال باید جبران شود و مسئولیت ناشی از آن نوعی است. لیکن، درباره‌ی خسارات معنوی و اقتصادی، اگر همراه با زیان‌های بدنی و مالی نباشد، مسئولیت در صورتی ایجاد می‌شود که مرتکب کار زیان‌بار مقصر باشد.

نظریه‌ی تضمین حق، از این لحاظ که نشان می‌دهد تنها بر مبنای تقصیر یا انتفاع از خطر ایجادشده نمی‌توان تمام مسائل مربوط به مسئولیت مدنی را حل کرد، منطقی به نظر می‌رسد؛ زیرا در بسیاری مواقع قانونگذار به حفظ حقوق زیان‌دیده، بیش از ارزیابی کار واردکننده‌ی آن زیان اهمیت می‌دهد. باوجوداین، همان ایرادی که به نظریه‌ی

نوعی و اجتماعی می‌یابد، معیارهای کلی پیدا می‌کند و تقصیر نیز از مفهوم اخلاقی خود فاصله می‌گیرد؛ راه یافتن فکر ناشایسته در مغز انسان، از نظر اخلاق مکروه است و مسئولیت به بار می‌آورد. بر عکس، در جهان حقوق، تا فکری جنبه‌ی بیرونی نیابد و در انجام دادن یا خودداری از کاری تجسم پیدا نکند، نه خطایی محقق می‌شود و نه مسئولیتی به بار می‌آورد.

در مسئولیت مدنی، ورود ضرر شرط تحقق و از ارکان مسئولیت است؛ لیکن در پیشگاه اخلاق، همین که وجدان شخص متأثر و شرمسار شود یا توده‌ی مردم کاری را ناشایسته ببینند، مسئولیت به وجود می‌آید، هرچند که زیانی به دیگری نرسیده باشد.

از نظر ضمانت اجرا نیز این دو نوع مسئولیت با هم تفاوت کلی دارند: در مسئولیت مدنی، زیان دیده می‌تواند جبران آن را از دادگاه بخواهد و حمایت دولت را جلب کند؛ ولی مسئولیت اخلاقی را نمی‌توان در دادگاه طرح کرد و داوری درباره‌ی آن را به دولت و مأموران آن سپرد.

از نظر قلمرو نیز گاه احکام حقوق و اخلاق متفاوت است: جایی که از خطای ناچیز زیانی بزرگ به بار می‌آید، حقوق در مسئول شناختن مرتکب تردید نمی‌کند؛ در حالی که اخلاق آن را عادلانه نمی‌بیند و تناسب بین درجه‌ی تقصیر و میزان مسئولیت را لازم می‌داند.

۱۴. تفاوت مسئولیت اخلاقی و کیفری

در نظام کنونی بین مسئولیت کیفری و مدنی نیز باید تفاوت گذارد: هدف از ایجاد این دو مسئولیت

یکسان نیست؛ در حقوق جزا، چون مجرم به کاری دست زده است که از جهت نظم عمومی تحمل ناپذیر است، جامعه بدین سان از خود دفاع می‌کند و متجاوز را به کیفر می‌رساند. با وجود این، باید پذیرفت که مسئولیت مدنی و کیفری در زمان ما هدف‌های مشترک نیز پیدا کرده‌اند که مهم‌ترین آن‌ها را در تحذیر و پیشگیری می‌توان خلاصه کرد.

هدف اصلی از مجازات، تنبه مجرم و دیگران از ارتکاب جرم است که رفته‌رفته به اقدام‌های احتیاطی تبدیل می‌شود. در مسئولیت مدنی نیز با نقشی که بیمه‌های شخصی و تأمین اجتماعی در جبران خسارت به عهده گرفته‌اند، به تدریج سهم اصلی حقوق مسئولیت در تحذیر و پیشگیری و الزام به احتیاط خلاصه می‌شود.

از جهت منبع مسئولیت نیز جرم ناشی از قانون است و نمی‌توان هر کار ناپسند و زیان‌بار را جرم شمرد. در امور کیفری، قیاس روا نیست و اصل قانونی بودن مجازات، ضامن حفظ حقوق فردی در برابر دولت‌هاست؛ ولی در مسئولیت مدنی، این حکم به عنوان قاعده پذیرفته شده است که هرکس به دیگری خسارتی زند باید آن را جبران کند.

قلمرو این دو مسئولیت هم متفاوت است: برخی جرایم، با اینکه مجازات‌هایی کم‌وبیش سنگین دارند، چون برای اشخاص خسارتی ایجاد نمی‌کنند، با مسئولیت مدنی همراه نیست؛ مانند بی احتیاطی در رانندگی، جرایم سیاسی و ولگردی. برعکس، پاره‌ای از مسئولیت‌های مدنی نیز جرم محسوب نمی‌شود. چنان‌که هرگاه مالکی در ملک خود تصرفی خارج از حدود متعارف کند و از این راه زیانی به همسایه برسد، از لحاظ مدنی مسئول است ولی

مسئولیت کیفری و مدنی است. با تصویب قانون مجازات اسلامی، حقوق مسئولیت مدنی نیز از این اختلاط متأثر شده است. در آخرین تعریفی که از دیه شده چنین آمده است: «مالی است که به سبب جنایت بر نفس یا عضو به مجنی علیه یا به ولی یا اولیای دم داده می شود.»

پس این سؤال به ذهن می آید که اگر دیه مجازات است چرا به زیان دیده از جرم پرداخته می شود؟ و اگر چهره‌ی مدنی دارد و هدف آن جبران خسارت است چرا در شمار مجازات‌ها آمده است؟ پاسخ به این سؤال تنها جنبه‌ی نظری ندارد و از جنبه‌ی عملی هم اثری مهم دارد؛ اگر دیه تنها کیفر جرم باشد، خسارت ناشی از جرم نیز در کنار آن مطالبه‌کردنی است؛ ولی هرگاه مبلغ مقطوع خسارت باشد، بیش از آن نمی‌توان از مجرم خسارت گرفت. واقعیت این است که دیه ماهیتی دو چهره دارد، هم مجازات است و هم به منظور جبران خسارت به شاکی داده می‌شود.

هرگاه شرایط مسئولیت قراردادی جمع باشد، زیان دیده نمی‌تواند به قواعد مسئولیت غیرقراردادی استناد کند؛ ولی در چگونگی توجیه آن اختلاف است. مهم‌ترین دلایلی که در این زمینه آورده شده است، بدین شرح خلاصه می‌شود:

هنگامی که بین زیان دیده و مسبب، قراردادی بسته شده که به مناسبت اجرای آن ضرر وارد آمده، این پیمان سبب ارتباط بین دو طرف و ایجاد مسئولیت می‌شود. پس، چگونه می‌توان این رابطه را فراموش کرد و حادثه‌ی مورد نزاع را چنان که بین اشخاص بیگانه ممکن است رخ دهد، تابع قواعد عمومی ساخت؟ پزشکی (رادیولوژیست) در اثر

مجرم نیست؛ اما در حقوق کیفری، جرم غیر عمد جنبه‌ی استثنا دارد و داشتن نیت بد یکی از عناصر جرم است و موردی وجود ندارد که قانون کسی را بدون تقصیر مجرم بشناسد.

رسیدگی در امور کیفری بیشتر جنبه‌ی شخصی دارد و نیت متهم و هدف او از ارتکاب بزه در تعیین مجازات مؤثر است. به همین جهت، ارتباط مسئولیت کیفری با مسئولیت اخلاقی بیشتر از مسئولیت مدنی است و نیت مجرم و درجه‌ی پلیدی آن و اثری که در وجدان بزه‌کار به جا می‌گذارد، در میزان مسئولیت مؤثر است. برعکس، در مسئولیت مدنی، مصالح اجتماعی ایجاب می‌کند که خطا مفهوم اخلاقی خود را از دست بدهد و چهره‌ی اجتماعی و نوعی پیدا کند. همان‌گونه که اشاره شد، مسئولیت کیفری به‌طور معمول ناشی از کار عمدی است؛ در حالی که غالب مسئولیت‌های مدنی ناشی از بی‌مبالاتی است و این امر به‌خوبی نشان می‌دهد که در امور مدنی به نتیجه‌ی کار زیان‌بار بیش از محرک عامل توجه می‌شود.

از نظر آیین دادرسی، دعوای کیفری به وسیله‌ی دادستان اقامه می‌شود و تشریفات ویژه دارد. صلاحیت رسیدگی به این دعوی با دادگاه کیفری (جزایی) است و مرور زمان خاص دارد؛ ولی مسئولیت مدنی را دادگاه جزایی به‌طور تبعی رسیدگی می‌کند (نک: ماده‌ی ۱۱ ق. آ. ک) و در دادگاه‌های مدنی نیز طرح‌کردنی است.

۱۵. دیه

۱۵-۱. وصف حقوقی دیه

دیه در حقوق جزای اسلامی نمونه‌ای از اختلاط

عمل جراحی، خطای وکیل در دفاع از دعوا و اشتباه دادرس در صدور حکم، خطای سردفتر و مشاور حقوقی در راهنمایی کردن و اشتباه معمار در ساخت ساختمان.

نکته‌ی مهمی که در تقصیر این گونه اشخاص که از فنون و مهارت‌هایی ویژه برخوردار هستند، باید در نظر داشت تفاوت معیار تمیز آن‌هاست. در امور فنی و تخصصی نمی‌توان رفتار انسان متعارف را به‌عنوان معیار تمیز خطا از صواب پذیرفت. داوری عرف که به‌طور معمول به یاری ذوق و از راه اشراق به دست می‌آید، گاه چنان با واقعیت‌های علمی و فنی ناسازگار است که به‌ناچار باید در نفوذ و اعتبار آن تردید کرد. به‌ویژه، از انسانی که با مفاهیم علمی و قواعد فنی ویژه خو گرفته است نمی‌توان انتظار داشت که در واکنش‌های خود بسان مردم عادی باشد. اجتماع نیز از این انتظار طرخی نمی‌بندد؛ زیرا به منزله‌ی انکار علم و ضرورت‌های تمدن است. پس، برای تمیز تقصیر پزشک، باید رفتار یک پزشک متعارف و محتاط را معیار قرار داد.

۱۶-۲. مسئولیت پزشک، مفاد و طبیعت تعهد

درباره‌ی رابطه‌ی بیمار و پزشک، چنان‌که گفته شد، به چند نکته‌ی مهم باید توجه داشت: این رابطه در شکل مرسوم خود قراردادی است. بیمار به میل خود پزشک را انتخاب می‌کند یا پزشکی را که در بیمارستان به او توصیه می‌شود می‌پذیرد و پزشک با پذیرفتن بیمار، درمان او را به عهده می‌گیرد. منتها، باید توجه داشت که امروزه رابطه‌ی قراردادی بیشتر با شخصیت حقوقی بیمارستان و درمانگاه ایجاد می‌شود و پزشک به‌عنوان عضوی از آن شخصیت یا کارشناس به درمان بیمار می‌پردازد.

بی‌مبالاتی بیماری را می‌سوزاند. درست است که مرتکب تقصیر شده و خسارت نیز در نتیجه‌ی همین تقصیر به بار آمده است، ولی باید توجه داشت که التزام پزشک به معاینه‌ی بیمار ناشی از قرارداد بین دو طرف بوده است و در مقام اجرای این تعهد قراردادی بی‌مبالاتی رخ داده است.

اراده‌ی ضمنی قانونگذار بر این است که قلمرو این دو مسئولیت از هم جدا باشد؛ زیرا نه تنها مسئولیت قراردادی را ضمن آثار قرارداد آورده است، بلکه درآمیختن آن‌ها گاه قواعدی ویژه را که مسئولیت دو طرف را معین می‌کند بی‌اثر می‌سازد. برهم‌زدن قواعد حاکم بر مسئولیت، تعادل بین دو عوض و نظمی را که بر مبنای آن توافق شده است بر هم می‌زند.

مسئولیت قراردادی و قهری، دو نهاد جداگانه و با قلمرو خاص است و هیچ‌کدام بر دیگری حکومت ندارد؛ پس، به جای بحث درباره‌ی ارتباط مسئولیت قهری با نظم عمومی و چیرگی آن بر مفاد قرارداد، باید قلمرو هر یک از دو نظام را بازشناخت و قواعد ویژه‌ی آن را اجرا کرد. در نتیجه، آنچه در قلمرو مسئولیت قراردادی است و نقض عهد محسوب می‌شود تابع احکام خاص آن است و به استناد قواعد مسئولیت قهری نمی‌توان از اجرای آن‌ها خودداری کرد.

۱۶. تقصیر شغلی و مسئولیت حرفه‌ای

۱۶-۱. ویژگی مفهوم این تقصیر

مقصود از این تقصیر، خطایی است که صاحبان مشاغل در اجرای کاری که حرفه‌ی آنان است مرتکب می‌شوند؛ مانند خطای پزشک در معالجه یا

خطای پزشکی ارتباط پیدا می‌کند که داوری را با موانع اخلاقی و مذهبی و فلسفی روبه‌رو می‌سازد و به آن چهره‌ی نظری می‌بخشد؛ برای مثال، سقط جنین، کشتن بیماری که امید به بهبود او نیست و از زنده ماندن رنج می‌برد، کشتن دردمندی که خود خواهان آسودگی ابدی است، پیوند اعضای بدن و تلقیح مصنوعی و پروردن لقاح آزمایشگاه و ده‌ها مسأله‌ی دیگر به خطای پزشکی چهره‌ای پیچیده می‌دهد و نیاز به مطالعات خاص را در این زمینه ایجاد می‌کند.

تعهد اصلی پزشک در برابر بیمار ناظر به درمان اوست؛ ولی رابطه‌ی مبتنی بر اعتماد و اسرار پنهانی که به ناچار نزد پزشک به امانت می‌ماند، تکالیف فرعی دیگری را نیز برای او ایجاد می‌کند که تجاوز بدان‌ها نیز ضمان‌آور است و چهره‌ی ویژه‌ای از تقصیرهای پزشکی را آشکار می‌سازد؛ برای مثال، نمی‌توان این مسأله را به آسانی پاسخ داد که آیا پزشک در همه حال موظف به پنهان کردن اسرار بیماری است یا باید این تعهد را به رعایت سلامت دیگران و مصالح عمومی محدود کرد؟ آیا پزشکی که با بیمار مبتلا به ایدز روبه‌رو می‌شود باید به تکلیف حفظ اسرار بیمار بیندیشد یا به سلامت همسر او؟ آیا روان‌کاوی که درمی‌یابد بیمار او قصد کشتن دیگری را دارد ناچار نیست موضوع را با کسی که جانش در خطر است در میان بگذارد؟ آیا معیاری برای ترجیح یکی از این دو مصلحت و رجحان وظیفه‌ی شغلی بر وظیفه‌ی انسانی پزشک وجود دارد؟

جز در مواقع اضطراری که اجازه گرفتن از بیمار ممکن نیست و دخالت پزشک ضروری است، هرگونه عمل جراحی یا درمان خودسرانه تجاوز به جان یا

شخصیت پزشک در هیچ حال بی‌اثر نمی‌شود؛ لیکن مسئولیت شخص پزشک را باید بر طبق قواعد عمومی بررسی کرد نه قرارداد با بیمارستان. وانگهی جز در موارد خاص، بیمار می‌تواند در صورتی که خطای پزشک هر دو چهره‌ی قراردادی و قهری را دارد به هر کدام که مایل است استناد کند.

در عرف پزشکی، تعهد به درمان، تعهد به مواظبت و اجرای فنون متداول و کوشش در راه درمان است. کمتر اتفاق می‌افتد که پزشکی شفای بیمار را تضمین کند. حتی اطمینانی که پزشک درباره‌ی مؤثر بودن درمان یا موفقیت در عمل جراحی می‌دهد، بر پایه‌ی ظن و احتمال است و بیشتر جنبه‌ی روانی دارد تا حقوقی و دادگاه‌ها به دشواری چنین وعده‌هایی را تعبیر به تضمین می‌کنند.

این قاعده در فرضی هم که پزشک رابطه‌ی قراردادی با بیمار ندارد و تابع نظام حرفه‌ای شغل خویش است رعایت می‌شود؛ برای مثال، پزشکی که در مواقع اضطراری به درمان بیماری می‌پردازد یا از سوی بیمارستان طرف قرارداد دعوت به همکاری می‌شود، وظیفه‌ای بیش از مواظبت و کوشش و اعمال تخصص ندارد. بدین ترتیب، اجرای قواعد عمومی در این باره ایجاد می‌کند که اثبات تقصیر پزشک به عهده‌ی بیمار زیان دیده باشد و در هیچ صورت نتوان او را برپایه‌ی نتیجه‌ی درمان ضامن شناخت؛ باوجوداین، چون اثبات تقصیر پزشکی در غالب مواقع دشوار است، در بیشتر نظام‌های حقوقی تمایل بر این است که مسئولیت پزشک به گونه‌ای تنها بر تقصیر او استوار نباشد تا او را به دقت و مواظبت بیشتر وادار سازد. دلیل دیگر این تمایل، قطع نظر از دشواری اثبات، به کیفیت

آزادی اوست و برای پزشک مسئولیت ایجاد می‌کند. منتها، این پرسش هنوز پاسخی در خور نیافته است که اگر اذن بیمار در مسئولیت پزشک اثر دارد و کار او را مباح می‌سازد، رضای بیمار در چه شرایطی نافذ است و تا چه اندازه باید به بیمار درباره‌ی وضع او و خطرهای ناشی از درمان پیشنهادی پزشک آگاهی داد؟ آیا رضای بیمار به عمل جراحی خطرناکی که از چگونگی آن هیچ اطلاعی ندارد و نمی‌تواند خطر آن را با خطر ناشی از ادامه‌ی بیماری مقایسه کند و تصمیم بگیرد ارزش حقوقی دارد یا اثر آن در مباح کردن دخالت پزشک منوط به دادن حداقل آگاهی‌های ضروری در حدود عرف و فهم اوست؟ بی‌گمان، حقوق‌دان نظر اخیر را تأیید می‌کند که باید هم نفوذ اراده‌ی بیمار را تأمین کند و هم به سلامت او ضرر نزند؛ اما آنچه در پرده‌ی ابهام باقی می‌ماند این است که معیار کفایت این آگاهی‌ها چیست؟ عرف پزشکی یا آنچه حقوق‌دانان برای نفوذ اراده کافی می‌دانند؟ اهمیت سؤال در این است که اگر عرف پزشکی معیار باشد، شتاب و بی‌احتیاطی پزشکان در این گونه امور همیشه توجیه‌پذیر است و عادت‌ی ناپسند می‌تواند به صورت قاعده‌ای حقوقی بر یکی از مهم‌ترین روابط انسانی و اجتماعی حاکم شود؛ پس، باید معیاری نوعی از عرف پزشکان برگزید و آنچه را لازمه‌ی ایجاد علم اجمالی بیمار به سرنوشت خویش است، حداقل آگاهی‌های لازم برای نفوذ اذن او شمرد.

پدر و مادر یا قیم کودک می‌تواند جانشین اذن او شود و عمل جراحی را مباح سازد. تصمیم‌ولی یا قیم، در صورتی اعتبار دارد که به سود و مصلحت او باشد؛ بنابراین نباید برای آنان نسبت به خودداری از درمان حق مطلق قائل شد. از این‌رو، در موارد ضروری که بی‌گمان جان کودک در خطر است و امتناع پدر و مادر معقول نیست، پزشک می‌تواند با اجازه‌ی دادگاه یا در صورت اضطرار و فوریت و عدم دسترسی به دادگاه، با تشخیص خود، اقدام لازم را برای نجات جان او انجام دهد. تمیز نامعقول بودن امتناع پدر و مادر و اذن به اقدام پزشک با دادگاه است و در صورتی که پدر و مادر در دسترس پزشک نباشند، او می‌تواند به حکم اضطرار اقدام کند. در صورتی که اذن بیمار، مقید به اجرای عمل جراحی به وسیله‌ی پزشکی معین با شیوه‌ای خاص و حدی مشخص باشد، تجاوز از آن خطا و ضمان‌آور است.

۱۶-۳. پیشینه‌ی این مسئولیت در فقه

در فقه امامیه، مشهور این است که پزشک ضامن زیان‌هایی است که در نتیجه‌ی درمان به بیمار وارد می‌شود، هر چند که احتیاط لازم را کرده و درمان به اذن بیمار انجام شده باشد؛ ولی ابن‌ادریس، پزشک را در صورتی که آگاه باشد و کوشش لازم را در معالجه انجام دهد ضامن نمی‌داند. در توجیه نظر مشهور گفته شده است که چون فعل پزشک به عمد انجام می‌شود، تلف بیمار در حکم قتل شبه‌عمد است. پزشک ضامن آن چیزی است که به مباشرت اتلاف کرده و اذن در معالجه‌ی اذن اتلاف نیست. برعکس، در توجیه نظر مخالف آمده است که با اذن بیمار ضمان از بین می‌رود و کاری که از

نتیجه‌ی دیگری که از ضرورت آگاهی بیمار گرفته می‌شود، بی‌اثر بودن اذن کودکان پیش از رسیدن به سن بلوغ و محجورانی است که قدرت تمیز هدف و چگونگی درمان را ندارند، در چنین مواقعی، رضای

دستور انجام دادن آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می نماید، در صورت تلف یا صدمه‌ی بدنی ضامن است مگر آنکه مطابق ماده‌ی ۴۹۵ این قانون عمل نماید.

تبصره‌ی ۱. در موارد مزبور، هرگاه مریض یا پرستار بداند که دستور اشتباه است و موجب صدمه و تلف می شود و باوجوداین به دستور عمل کند، پزشک ضامن نیست بلکه صدمه و خسارت مستند به خود مریض یا پرستار است.

تبصره‌ی ۲. در قطع عضو یا جراحات ایجادشده در معالجات پزشکی طبق ماده‌ی ۴۹۵ این قانون عمل می شود.

باید افزود که جز در مواقع اضطراری که تحصیل اذن ممکن نیست، هرگونه مراقبت و درمان پزشکی باید به اذن بیمار یا کننده‌ی او صورت پذیرد؛ زیرا، از نظر اصول، تنها کسی که می تواند درباره‌ی تصرف در بدن انسان تصمیم بگیرد خود اوست؛ بنابراین، پیش از هر اقدامی که خطرآفرین است باید با تفهیم واقعیت و خطرهای احتمالی از او اذن بگیرد و گر نه در هر حال ضامن است. احکام این مواد را که استثنا بر قواعد عمومی است باید تفسیر محدود کرد و در نتیجه باید پذیرفت که در مواقعی که اثبات رعایت احتیاط‌های لازم و اجرای قواعد فنی پزشکی رابطه‌ی علیت بین فعل طبیب و ورود ضرر را قطع می سازد و آن را به طبیعت بیمار یا نقص علم منسوب می کند، از قلمرو این ضمان خارج است. به بیان دیگر، گاه پزشک مباشر ورود ضرری است که سبب قوی تر آن، نقص علم پزشکی است و طبق قاعده باید ضرر به سبب اقوی نسبت داده شود و مباشر از مسئولیت در امان بماند (ماده‌ی ۳۳۲ قانون مدنی).

نظر شرعی مجاز باشد ضمان ندارد؛ ولی در امکان ابراء پزشک از سوی بیمار و ولی او پیش از انجام درمان، کمتر تردید شده است. ماده‌ی ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی به این بحث پایان بخشیده و پزشک را مسئول زیان های ناشی از درمان می داند، هر چند حاذق و مأذون باشد.

بنابر ماده‌ی ۴۹۵ هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه‌ی بدنی گردد، ضامن دیه است؛ مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه براءت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ براءت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد یا تحصیل براءت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، براءت از ولی مریض تحصیل می شود.

تبصره‌ی ۱. در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هر چند براءت اخذ نکرده باشد.

تبصره‌ی ۲. ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه‌ی قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستان های مربوطه به اعطای براءت به طبیب اقدام می نماید.

مفاد این ماده تعهد به مواظبت پزشک را به خودداری از اضرار (نتیجه) تبدیل کرده است تا پزشک ضامن زیان هایی باشد که به طور مستقیم یا به وسیله‌ی دیگران به بار می آورد؛ البته سایر افراد گروه های پزشکی هم مسئول هستند؛ ولی براساس ماده‌ی ۴۹۶ که می گوید پزشک در معالجاتی که

قانون در ماده‌ی ۴۹۵ توانسته به برائت پزشکی که همه‌ی احتیاط‌های لازم را رعایت کرده و فتونی را که علم در اختیار او نهاده به کار برده است، از راه تردید در وجود رابطه‌ی علیت بین فعل پزشک و ورود ضرر، حکم کند و به نزدیک‌ساختن حکم قانون به عدالت و ضرورت‌های زندگی اجتماعی در این زمینه کمک شایانی کند؛ زیرا آنچه را که پزشک به دستور تجربه و دانش متعارف کنونی و با احتیاط انجام می‌دهد در واقع منسوب به اراده‌ی او نیست؛ اجرای تکلیف حرفه‌ای است.

به بیان دیگر، انجام‌دادن وظیفه با ضمان جمع نمی‌شود و معقول به نظر نمی‌رسد که از یک‌سو پزشک مکلف به کاری باشد که احتمال ضرر کم‌وبیش در آن است و از سوی دیگر ضمان چنین اقدامی بر دوش او قرار گیرد. مسئولیت پزشک بدان می‌ماند که مأمور اجرای قانون یا حکم دادگاه ضامن نتایج ناگوار آن شود. پزشک نیز مأمور اجرای قوانین و اخلاق و عرف پزشکی است و آنچه در این زمینه می‌کند به سببی قوی‌تر منسوب است و برای مباشر ضمانی ندارد.

در فرضی که ثابت شود علت ورود ضرر امری خارج از توان و پیش‌بینی متعارف پزشکان بوده است، در حکم قاهره است و پزشک محتاط و بی‌گناه را ضامن نمی‌سازد. ماده‌ی ۴۹۵ ناظر به تلف جان و نقص عضو و خسارت مالی است؛ یعنی آنچه ارکان دیه را تشکیل می‌دهد؛ اما خسارات معنوی یا هر قسم دیگر از خسارات مازاد بر دیه هنوز هم در حقوق ایران محل تأمل و تردید است.

در فرضی که ادامه‌ی بیماری، خطر مرگ یا فلج‌شدن را با ظن قوی به دنبال دارد پزشک را

نمی‌توان به خاطر برطرف‌نکردن همان خطر مسئول زیان شمرد؛ مثلاً اگر مرگ بیماری مبتلا به سرطان، در صورت جراحی‌نشدن قطعی باشد و آنگاه جراحی او را عمل کند و بمیرد، پزشک ضامن دیه‌ی بیمار نخواهد بود. پزشک محتاط هیچ احتمالی را برای نجات جان بیمار از دست نمی‌دهد و در این فرض رابطه‌ی علیت میان اقدام پزشک و مرگ بیمار وجود ندارد. منتها، تکلیف پزشک در چنین فرضی این است که به عمل بیهوده دست نزند و درجه‌ی احتمال توفیق در عمل را به بیمار اطلاع دهد تا او به انتخاب بپردازد. خودداری از اجرای این تکلیف می‌تواند سبب مسئولیت او درباره‌ی هزینه‌های بیهوده و زجری که بیمار ناآگاه تحمل کرده، بشود. در صورتی که اذن بیمار شامل قطع دست و پا یا عضو دیگری باشد که به تشخیص پزشک برای احتراز از ضرر مهم‌تر ضروری است، مسئولیت پزشک منوط به اثبات تقصیر او در تشخیص نخستین یا اجرای نادرست عمل جراحی است و نمی‌توان او را، بدین بهانه که تحصیل برائت نکرده است، ضامن خسارت قطع عضو شمرد؛ زیرا در این فرض، اذن به درمان حاوی اذن به اتلاف نیز است. منتها، چون رضایت بیمار با اعتماد به تشخیص پزشک و کاردانی او داده شده است، کاهلی و بی‌مبالاتی و سوءاستفاده از این اعتماد سبب مسئولیت می‌شود. همچنین، در موارد اضطراری که اذن گرفتن از بیمار یا کسان او امکان ندارد و تأخیر در عمل، خطر مرگ بیمار را افزایش می‌دهد، پزشک ناچار می‌شود که خود به اقدام مناسب دست زند و عضوی را قطع کند.

ماده‌های ۴۹۲ و ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی شامل موقعیتی است که پزشک به مباشرت یا در

کسب معلومات و رعایت احتیاط بود؛ ولی امروز که پزشکان باید دانشکده‌ای ویژه را بگذرانند و نظام خاص این حرفه را رعایت کنند، آن منطق نیز از بین رفته و سخت‌گیری ناروا باعث از دست رفتن قدرت ابتکار و جلوگیری از شکوفاشدن استعدادهاست.

این استثنای روح بندج ماده‌ی ۱۵۸ قانون مجازات نیز به‌خوبی توجیه می‌کند؛ زیرا درباره‌ی اعمالی که جرم نیست می‌گوید: «هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آن‌ها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.»

معنی جرم‌نبودن این است که دیه هم ندارد؛ البته دیه تنها، مجازات نیست و اماره‌ی وجود خسارت هم است. احتمال دارد در جهت مخالف گفته شود که ماده‌ی ۱۵۸ ناظر به عمل جراح است نه نقص عضو ناشی از آن؛ یعنی از ماده‌ی ۱۵۸ بیش از این بر نمی‌آید که قانون، عمل جراحی را جرم نمی‌داند؛ ولی اگر از این عمل خسارتی به بار آید و نقصی در اعضای بدن ایجاد شود، ماده‌ی ۴۹۵ حکومت می‌کند. هیچ مانعی ندارد که اتلافی جرم نباشد و سبب ضمان هم بشود. باوجوداین حذف مجازات دست کم تمایل قانونگذار را به حمایت از پزشکی که موازین علمی را رعایت کرده نشان می‌دهد.

۱۶-۴. تحصیل برائت

ماده‌ی ۴۹۵ از بیمار بی‌پناهی که به خدمت پزشکی نیاز دارد حمایت می‌کند و مانع از آن می‌شود که پزشک در بی‌مبالاتی خود را آزاد ببیند. اگر تحمیل مسئولیت مطلق بر پزشک به دلیل گرفتن قدرت ابتکار از او زیان‌بار باشد، آزادی او در

اجرای دستورهایی که می‌دهد عضو سالمی را تلف یا ناقص کند؛ ولی هنگامی که نتواند عضو تلف یا ناقص‌شده را به حالت طبیعی درآورد، در صورتی ضامن است که درمان شایسته‌ای انجام نداده باشد و ثابت شود که نظام علمی و عرفی را رعایت نکرده و خطاکار است. به بیان دیگر، در فرض روبه‌روشدن با عضو ناقص یا تلف‌شده، تعهد پزشک ناظر به مواظبت و درمان است. پس اگر آن عضو به‌صورت پیشین باقی بماند، در صورتی مسئولیت دارد که ثابت شود امکان درمان در اثر خطای پزشک از بیمار گرفته شده یا خطر به وجود آمده یا شدت یافته باشد؛ زیرا اتلافی رخ نداده و بنا به فرض پزشک تنها در صورت اخیر سبب تلف می‌شود.

قدر متیقن از ضمان موضوع ماده‌ی ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی فرضی است که پزشک مباشر درمان است (مانند جراحی) یا دستور آن را صادر می‌کند؛ ولی هنگامی که پزشک با ظن به مفیدبودن دارویی آن را توصیه می‌کند (مانند اینکه بگوید: گمان می‌کنم این دارو برای بیماری شما مفید باشد یا اگر به جای شما بودم چنین می‌کردم) و بیمار خود به انتخاب دست می‌زند و به دلیل اعتماد به پزشک راه حل توصیه‌شده را به کار می‌بندد، پذیرفتن آن دشوار و خلاف اصل است؛ همچنین، جایی که پزشک از درمان قطعی بازمانده و خطر مرگ بیمار، او را به توصیه‌ی دارویی که گمان می‌برد مفید است تشویق و وادار می‌سازد.

این نکته را باید افزود که در عهد قدیم سخت‌گیری با طبیبان با این منطق همراه بود که حرف‌های بدین اهمیت را هرکس می‌توانست پیشه‌ی خود سازد و ضمان مطلق طبیب هشدار برای لزوم

این مرز، در صورتی که مجمل و ناگفته بماند، حمل بر داوری عرف درباره‌ی خطای قابل اغماض می‌شود و خطاهای سنگین یا عمدی را در بر نمی‌گیرد.

- تحصیل برائت تنها برای اعمالی مؤثر است که برای بیمار مفید است و به همین هدف انجام می‌شود. پزشک نمی‌تواند برای اعمال غیرمفید یا خطرناک از بیمار رضایت بگیرد، هر چند که به منظور پیشرفت تحقیقات علمی باشد. نهایتاً همه‌ی اعمال و دستوره‌های پزشک باید منطبق بر موازین علمی و دانش پزشکی باشد و در این صورت برائت عملاً رنگ می‌بازد.

۱۶-۵. نتیجه؛ فرض ضمان

از آنچه گفته شد این نتیجه به دست آمد که در حقوق ما نیز مسئولیت پزشکی ناشی از تضمین سلامت بیمار نیست. دست کم باید رابطه‌ی میان فعل پزشک و اتلاف احراز شود تا بتوان او را مسئول شناخت. از سوی دیگر، اگر اثبات شود که پزشک، عامل اجرای قوانین پزشکی بر مبنای وظیفه‌ی شغلی خود بوده است، نباید او را ضامن پیامدهای احتمالی درمان دانست؛ پس، بحث درباره‌ی معیار مواظبت لازم برای معاف‌شدن پزشک به‌گونه‌ای خاص مطرح می‌شود؛ بدین ترتیب که پزشک ضامن خسارات است، مگر اینکه ثابت شود آنچه به بار آمده نتیجه‌ی نقص علم است نه اجرای نادرست آنچه به پزشک مربوط می‌شود.

معیار برائت پزشک در زمینه‌ی اجرای درست و قواعد پزشکی، اجرای فنون شایع و متعارف آن است؛ یعنی کار پزشکی متعارف و محتاط، آن هم در شرایطی که درمان یا عمل جراحی انجام شده است. به عبارت دیگر از او نمی‌توان انتظار داشت

ارتکاب هر بی‌احتیاطی و تقصیر نیز ناروا و ناپسند و زیان اجتماعی و انسانی آن دوچندان است. برای برقراری اعتدال میان منافع پزشک و بیمار، این حکم نیز باید تفسیر محدود شود. در نتیجه، باید پذیرفت که:

- رضای بیمار در پذیرش شرط برائت در صورتی نافذ است که آگاهی‌های لازم درباره‌ی پیامدهای درمان یا جراحی به او داده شده باشد و او بتواند با آگاهی و اختیار خطر را بپذیرد. موضوع برائت باید روشن و معین باشد و بیمار بداند که موضوع اذن یا انشای او چیست؟ همچنین، هرگونه تدلیس و تقلب و سوءاستفاده از اعتماد بیمار اثر شرط را از بین می‌برد.

- شرط برائت در این زمینه نوعی شرط عدم مسئولیت است؛ پس، درباره‌ی اضرار عمدی یا آنچه در حکم عمد است (مانند جاگذاشتن چاقوی جراحی در شکم بیمار یا عمل جراحی در حال مستی) بر خلاف نظم عمومی و بی‌اثر است. هیچ‌کس، از جمله پزشک نمی‌تواند در قرارداد خود با دیگران جواز اضرار به عمد یا ارتکاب هرگونه بی‌مبالاتی را به دست آورد و آسوده خیال از تحمل مسئولیت به دلخواه رفتار کند. اخلاق و نظم عمومی چنین امتیازی را تحمل نمی‌کند (ماده‌ی ۹۷۵ ق.م). در بنای دو طرف نیز شرط برائت ناظر به ضررهای ناخواسته و پیش‌بینی‌شده و ارتکاب خطاهایی است که هر پزشک متعارف و بااحتیاط ممکن است در تشخیص بیماری و اجرای قوانین پزشکی بکند. هیچ انسان عاقلی چاقوی جراحی و جواز ارتکاب هر خطایی را با هم به دست پزشک نمی‌دهد و برای گفته‌ی خود حد و مرزی می‌گذارد.

دادگاه می‌تواند پزشک را ضامن تمام خسارت بیمار بداند؛ پس، نباید چنین تعبیر کرد که خطای پزشک تنها امکان درمان و بخت معالجه را از او می‌گیرد. این تعبیر نادرست سبب می‌شود که نه تنها دادرس به دلیل احتمالی بودن وجود رابطه‌ی سببیت در آن به تردید افتد، بلکه از جبران تمام خسارت زیان دیده نیز بازماند؛ زیرا بر فرض که ازدست‌رفتن امکان بهبودی (قطع نظر از درجه‌ی احتمال آن) ضرر محسوب شود، باید به نسبت درجه‌ی احتمال ورود ضرر از میزان آن کاست؛ چون ازدست‌دادن امکان نود درصد بهبودی یا ضایع شدن احتمال ده درصد درمان ارزش برابر ندارد و ناچار باید برای حفظ تعادل از میزان خسارت کاست. درحالی که تکیه بر خطر تحقق‌یافته هم تردید در وجود رابطه‌ی سببیت را از بین می‌برد و هم به دادرسی امکان صدور حکم به تمام خسارت را می‌دهد. به هر حال می‌توان بر این استدلال ایراد کرد. بحث‌های حقوقی و به‌ویژه تطبیقی در این مسیر راهگشا خواهد بود.

۱۸. مسئولیت کیفری پزشک

مسئولیت کیفری مبتنی بر قصد و سوءنیت است. در صورتی فاعل فعل زیان‌بار مجازات می‌شود که فعل او جرم تلقی شود. هنگامی یک عمل جرم است که دارای عنصر معنوی (سوءنیت عام و سوءنیت خاص) و عنصر مادی باشد. علاوه بر این، قانون نیز باید آن عمل را جرم و مستوجب مجازات بداند. در مسئولیت کیفری، علاوه بر مجنی علیه، جامعه نیز از وقوع جرم متضرر می‌شود؛ درحالی که در مسئولیت مدنی، متضرر یک شخص خصوصی است. هنگامی پزشک از لحاظ کیفری مسئول است که

که بهترین شیوه‌ی ممکن در جهان علم را به کار برد. حتی می‌توان گفت، از هر پزشک به تناسب تخصص و سنخ کارایی که عرف از او انتظار دارد، باید توقع داشت و بر پزشک عمومی نمی‌توان خرده گرفت که شیوه‌ی متخصصان را نمی‌داند. به بیان دیگر، پیروی از شیوه‌ی درمان محلی و متداول نزد پزشکان، او را از مسئولیت می‌رهاند و حتی پیروی از شیوه‌ی چند پزشک حاذق و ماهر و مشهور کافی است. اثر مهم شرط براءت در پیمان درمان این است که پزشک را از ضمان مفروض در قانون معاف می‌کند و در صورتی مسئول قرار می‌گیرد که زیان دیده بتواند تقصیر نامتعارف و اغماض‌ناپذیر پزشک را در اعمال قواعد اثبات کند.

پس، به اختصار باید گفت نه مسئولیت پزشکی که به اذن بیمار به درمان او پرداخته مطلق است و نه شرط براءت، یکسره از او رفع مسئولیت می‌کند.

۱۷. مبای مسئولیت

توجه به این نکته‌ی مهم نیز ضروری است که خطای پزشک در واقع خطری را ایجاد می‌کند که احتمال دارد به ورود ضرر منتهی شود. پس، احراز رابطه‌ی علیت بین خطای پزشک و ورود ضرر زمانی انجام می‌شود که آن احتمال تحقق یابد و به ورود ضرر بینجامد؛ برای مثال، اگر پزشکی با تفسیر نادرست از پرتونگاری استخوان ترک‌خورده‌ی بیمار، آن را سالم تشخیص دهد و او را از کارهای سنگین بر حذر ندارد، در واقع، به ناروا خطری را ایجاد کرده است که احتمال دارد به شکستگی استخوان و فلج بیمار منجر شود. با تحقق این احتمال، تردید در وجود رابطه‌ی سببیت میان خطا و ضرر از بین می‌رود و

عمل ارتكابی او، توأم با سوءنیت باشد و قانون نیز آن را مستوجب مجازات بداند. در قانون مجازات فرانسه، در صورتی که پزشكان از كمك‌رسانی به افراد نیازمند درمان خودداری ورزند یا به دلیل نداشتن مهارت، بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی، موجب مرگ بیمار یا از کارافتادگی كامل او به مدت بیش از سه ماه شوند، مستوجب مجازات خواهند بود و مسئولیت کیفری (و به تبع آن جزای نقدی) آن‌ها، تخصصاً از مواردی که بیمه‌های مسئولیت پزشکی در فرانسه، تحت پوشش قرار می‌دهند، خارج است (۱).

۱۹. مسئولیت انتظامی پزشک

پزشكان ملزم به رعایت نظامات طبی و پرهیز از امور خلاف شأن و حیثیت پزشکی هستند. ماده‌ی ۱۴ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته می‌گوید: «جذب بیمار، به‌صورتی که مخالف شئون پزشکی باشد، همچنین، هر نوع تبلیغ گمراه‌کننده از طریق رسانه‌های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابر، خارج از ضوابط نظام پزشکی، ممنوع است. تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویی، از سوی شاغلان حرفه‌های پزشکی، همچنین، نصب علامت‌های تبلیغی که جنبه‌ی تجاری دارند در محل کار آن‌ها، مجاز نیست.» انجام امور خلاف شأن پزشکی و ارتكاب اعمالی که براساس ماده‌ی ۳ قانون مذکور، موجب هتک حرمت جامعه‌ی پزشکی می‌شود، ممنوع است. همچنین، براساس ماده‌ی ۷ همین قانون تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران ممنوع است و ایجاد رعب و هراس در بیمار با وخیم جلوه‌دادن بیماری، موجب مسئولیت انتظامی

می‌شود.

۲۰. ماهیت قرارداد معالجه

بررسی ماهیت قرارداد معالجه، در تشخیص مسئولیت یا نداشتن مسئولیت پزشکی، در حالتی که میان پزشک و بیمار، رابطه‌ی قراردادی وجود ندارد، اهمیت فراوانی دارد. دیدگاه‌های مختلفی درباره‌ی ماهیت قرارداد معالجه وجود دارد که عبارت‌اند از:

۲۰-۱. قرارداد اجاره‌ی اشخاص

قائلین به این نظر، معتقدند که در همه‌ی مشاغلی که صاحب حرفه، به ارائه‌ی خدمات ملتزم می‌شوند قواعد عامه‌ی عقد اجاره حاکم است و می‌افزایند قرارداد معالجه مانند قرارداد اجیر خاص است که در مدت معینی که تعهد کرده، برای دیگری کار می‌کند و مستحق اجرت است (۲).

۲۰-۲. نظریه‌ی جعاله‌بودن عقد معالجه

برخی فقها از قبیل ابن‌قدامه، معتقدند که قرارداد میان پزشک و بیمار نوعی جعاله است که مجهول‌بودن عمل یا مدت، در آن امکان‌پذیر است. ابن‌قدامه، استدلال آن دسته از افرادی را که شرط بهبودی ضمن عقد معالجه را به دلیل مجهول‌بودن شرط باطل می‌دانند، با اتکال به جعاله‌بودن عقد معالجه، صحیح می‌داند (۲). به نظر می‌رسد که عقد معالجه، جعاله نیز نباشد؛ زیرا در عقد جعاله، عامل وقتی مستحق جعل می‌شود که متعلق جعاله را تسلیم کرده یا انجام داده باشد (ماده‌ی ۵۶۷ قانون مدنی)؛ اما در قرارداد معالجه، پزشک قبل از معالجه، حق‌العمل خود را دریافت می‌دارد و برخلاف قرارداد جعاله حصول نتیجه برای دریافت حق معالجه، شرط نیست.

۲۰-۳. نظریه‌ی وکالت

متفاوت هستند؛ لیکن در عناصر تشکیل دهنده مشترک هستند؛ لذا در اینجا مهم‌ترین آن‌ها را که قتل شبه‌عمد است مطرح می‌کنیم. قانونگذار ایران مرگ ناشی از تقصیر پزشکی را قتل غیرعمد دانسته است.

ماده‌ی ۲۹۱ قانون مجازات اسلامی در تعریف خطای شبه‌عمد مقرر می‌دارد جنایت در موارد زیر شبه‌عمدی محسوب می‌شود:

الف. هرگاه مرتکب نسبت به مجنی‌علیه قصد رفتاری را داشته، لکن قصد جنایت واقع شده یا نظیر آن را نداشته باشد و از مواردی که مشمول تعریف جنایات عمدی می‌گردد، نباشد.

ب. هرگاه مرتکب، جهل به موضوع داشته باشد؛ مانند آنکه جنایتی را با اعتقاد به اینکه موضوع رفتار وی شیء یا حیوان یا افراد مشمول ماده‌ی ۳۰۲ این قانون است به مجنی‌علیه وارد کند، سپس خلاف آن معلوم گردد.

ج. هرگاه جنایت به سبب تقصیر مرتکب واقع شود، مشروط بر اینکه جنایت واقع شده مشمول تعریف جنایت عمدی نباشد.

از جمله مهم‌ترین مواردی که به‌عنوان شبه‌عمد نام برده شده، می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- ایراد ضرب به قصد تأدیبه‌نحوی که نوعاً سبب جنایت نمی‌شود ولی اتفاقاً موجب جنایت شود؛
- مباشرت طبیب در معالجه‌ی بیمار به‌طور متعارف و اتفاقی سبب جنایت شدن؛

- ایراد صدمه یا پرتاب دیگری منتهی به مرگ یا جرح.

ضمناً قتل ناشی از تقصیر مزبور در اجرای ماده‌ی ۶۱۶ قانون مجازات اسلامی علاوه بر دیه مستوجب

پوتیه، حقوق‌دان فرانسوی، عقیده داشت که عقد بین پزشک و بیمار عقد وکالت است و واجب است که هر بیمار هدیه‌ای به‌عنوان حق‌الوکاله به پزشک بدهد. ترولونج نیز معتقد است که امکان توصیف رابطه‌ی بین پزشک و بیمار جز با عقد وکالت وجود ندارد؛ زیرا پزشک از جانب بیمار، وکیل است که به درمان او بپردازد. در پاسخ به آن‌ها لاکاس، با رد وکالت‌بودن قرارداد معالجه، استدلال کرد که از لحاظ حقوقی وکالت قائم به تفکر نیابت است. حال چگونه ممکن است تصور شود که پزشک، به نیابت از بیمار، وی را معالجه می‌کند؟ پزشک حرفه‌ی خویش را به نام خودش انجام می‌دهد و در انجام آن، از آزادی کامل برخوردار است.

۲۰-۴. نظریه‌ی عقد نامعین

این دیدگاه نخستین بار در فرانسه، به موجب حکم صادره در سیزدهم ژوئیه ۱۹۳۷ ابراز شد و مقرر کرد «توافق حاصل شده میان بیمار و پزشکی که کمک، مساعدت و تلاش خود را تقدیم او می‌دارد، قراردادی از نوع خاص است» (۲). در حقوق ایران نیز با وجود ماده‌ی ۱۰ قانون مدنی، می‌توان عقد معالجه را از جمله عقود نامعین شمرد که آثار آن براساس قواعد عمومی قراردادهای اصل حاکمیت اراده معین می‌شود.

۲۱. قتل و صدمات بدنی شبه‌عمد

در پایان مطالب و علی‌رغم احتمال تکرار برخی عبارات، دوباره به قتل غیرعمد و ضرب و جرح یا نقص عضو غیرعمد اشاره می‌شود.

جنایات غیرعمد برحسب نتایج حاصل از آن‌ها

فوت یا صدمه باید نتیجه‌ی مستقیم ضرب یا جرح باشد اعم از اینکه مرگ فوراً یا پس از مدتی کم‌وبیش طولانی حادث شده باشد.

۲-۲. رابطه‌ی علیت

بدیهی است بین ضرب و جرح وارده و فوت مجنی‌علیه یا صدمات بدنی او باید رابطه‌ی علیت مستقیم وجود داشته باشد. در آرای صادره از دیوان عالی کشور گرایش بارزی به قبول لزوم رابطه‌ی مستقیم علیت مشاهده می‌شود؛ به‌طوری‌که رأی شماره‌ی ۴۱۹۸ مورخ ۱۳۳۵/۱۱/۷ درباره‌ی رابطه‌ی بین ایراد جرح و فوت حاکی از این است که «فاصله‌ی بین ایراد ضرب و جرح و انتهای آن به مرگ مجنی‌علیه تأثیری در قضیه ندارد و فقط احراز رابطه‌ی علیت مستقیم ضربه‌ی وارده با مرگ مصدوم کافی است که عمل مرتکب مشمول ماده‌ی مذکور گردد.» بدین ترتیب چنانچه مصدومی به دنبال ضرب و جرحی که منتهی به شکستن دست شده و کاملاً درمان‌شدنی بوده، در اثر سوء‌معالجه فوت کند، ماده‌ی ۴۹۲ قانون مجازات اسلامی در کانون توجه قرار می‌گیرد.

۲۲. مسئولیت قانونی پزشک و آثار آن

معمولاً تعهد قراردادی پزشک از مصادیق «تعهد به وسیله» است و مسئولیت او با اثبات تقصیرش تحقق می‌یابد؛ همان‌طور که برای احراز مسئولیت امین نیز اثبات تقصیر او لازم است. «در مقابل، چنانچه مفاد قرارداد حاکی از «تعهد به نتیجه» مثل پرداخت پول باشد مسئولیت بدون تقصیر تحقق می‌یابد.» بنا به نوشته‌ی ولتر، پزشک به مواظبت‌های خود تعهد می‌کند نه به شفای بیمار. او کوشش خود را

حبس مسبب از یک سال تا سه سال است؛ مگر اینکه خطای محض باشد. عنوان مسبب در ماده‌ی ۶۱۶ فصل تعزیرات قانون مجازات اسلامی، همان مباشر در قتل غیرعمدی به تسبیب (مبتنی بر تقصیر) است؛ مثل وقتی که حادثه‌ی خروج قطار راه‌آهن از ریل ناشی از بی احتیاطی و رعایت نکردن مقررات مربوط به شرح وظایف نگهبانی سوزن‌بان راه‌آهن باشد و در نتیجه چند نفر به قتل رسیده باشند؛ ولی چنانچه بعداً معلوم شد شخصی دیگر با دسیسه و فریب و نیرنگ نگهبان را به ترک پست ترغیب کرده و از انجام دادن وظایف بازداشته می‌توان گفت نگهبان، مباشر در قتل در حکم شبه‌عمد بوده و طبق تبصره‌ی سوم ماده‌ی ۲۹۵ و ماده‌ی ۶۱۶ قانون مجازات اسلامی به پرداخت دیه و یک تا سه سال حبس محکوم و ترغیب‌کننده به ترک پست نیز معاون جرم و در اجرای بند اول ماده‌ی ۴۳ و ماده‌ی ۷۲۶ قانون مجازات اسلامی مستوجب یک سال حبس خواهد بود.

۲۱-۱. عناصر تشکیل دهنده‌ی قتل و صدمات بدنی

شبه‌عمدی

ضرب و جرح منتهی به فوت با آلت غیرقتاله و به‌طور کلی هر نوع صدمه‌ی خارج از قتل عمدی موضوع ماده‌ی ۲۹۰ قانون مجازات اسلامی، ممکن است از موارد قتل و صدمات بدنی شبه‌عمدی باشد که ارکان متشکله‌ی آن عبارت است از: نتیجه‌ی حاصل از ارتکاب جرم به‌صورت فوت یا صدمه‌ی بدنی مصدوم یا مضروب. در واقع، جرح یا ضرب وارده باید منتهی به فوت یا صدمه‌ی جسمانی مجنی‌علیه شود. وضع سلامت مجنی‌علیه هنگام ورود صدمه تأثیری در ماهیت عمل مجرمانه ندارد.

جنایات غیر عمدی اعم از شبه عمدی و خطای محض مقررات کتاب قصاص و دیات اعمال می شود.

تبصره. تقصیر اعم از بی احتیاطی و بی مبالاتی است. مسامحه، غفلت، نداشتن مهارت و رعایت نکردن نظامات دولتی و مانند آن ها، حسب مورد، از مصادیق بی احتیاطی یا بی مبالاتی محسوب می شود. بدین ترتیب تجدیدنظر در انواع اعمال و اقدامات پزشکی منجر به خسارت و واژه گزینی معتبر و به روز در این امر اجتناب ناپذیر می نماید. خطا، اشتباه در تشخیص و/یا تجویز و تداوی، غفلت و مسامحه، نداشتن مهارت و نظایر آن ها باید تعریف شود.

در آن سوی مرزها نیز تعدد واژگان انتخابی، علی رغم نبود اجماع در معانی و تعاریف، نشانگر لزوم پرداختن به این امر است.

۲۳-۱. مفهوم و معیار سنجش خطای پزشکی

حقوق دانان میان خطای شغلی و خطای عادی تفکیک قائل می شوند. خطای حرفه ای تخلف از موازین و الزاماتی است که در یک حرفه، صاحب فن باید آن را انجام دهد؛ ولی خطای عادی، تخلف از اصول و قواعد عمومی است، بدون اینکه ربطی به حرفه ای خطاکار داشته باشد. ثمره ای تفکیک خطای شغلی از خطای معمولی این است که برای تشخیص خطای شغلی، باید به عرف صاحبان حرفه رجوع کرد ولی خطای عادی را باید با عرف عام سنجید. معیار عمومی برای سنجش خطای یک شخص متعارف از عموم مردم است (خواه خطا ناشی از عقد باشد یا ناشی از تقصیر)؛ خروج از رفتار متعارف خطا محسوب می شود. درباره ی خطای پزشکی، عمل او با رفتار یک پزشک متعارف سنجیده می شود.

به جای می آورد و برای همین کار به او پول پرداخت می شود؛ بنابراین، بیمار زیان دیده یا وارث او باید بر طبق قواعد حقوق عمومی مسئولیت مدنی، تقصیر پزشک را اثبات کنند و لذا اگر پزشک سبب ورود خسارت باشد ضامن است.

در فرض اعمال حرفه مطابق موازین علمی و دانش پزشکی، پزشک از هر جبران و ضمانی مبرا است. در اینجا لازم است به صورت اجمالی به ماده ی ۲۹۵ قانون مجازات ایران نیز اشاره شود که شکل خاصی از تقصیر را مدنظر قرار می دهد که با آنچه تا اینجا گفته شد تفاوت دارد.

بنابر ماده ی ۲۹۵ هرگاه کسی فعلی که انجام آن را بر عهده گرفته یا وظیفه ی خاصی را که قانون بر عهده ی او گذاشته است، ترک کند و به سبب آن، جنایتی واقع شود، چنانچه توانایی انجام آن فعل را داشته است جنایت حاصل به او مستند می شود و حسب مورد عمدی، شبه عمدی، یا خطای محض است؛ مانند اینکه مادر یا دایه ای که شیردادن را بر عهده گرفته است، کودک را شیر ندهد یا پزشک یا پرستار وظیفه ی قانونی خود را ترک کند.

۲۳. خطای پزشکی

بررسی مصادیق خطای پزشکی، که عنصر اساسی موضوع بیمه نامه های مسئولیت پزشکی را تشکیل می دهد، بدون مطالعه ی مفهوم و معیارهایی که برای سنجش خطای پزشکی به کار می رود، میسر نیست. هدف اصلی این گفتار مطالعه ی این امور است. بی گمان خطای پزشکی در حقوق ایران باید در قالب تقصیر و قصور قرار گیرد. ماده ی ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی می گوید: تحقق جرائم غیر عمدی، منوط به احراز تقصیر مرتکب است. در

پزشکی که اقدام به عمل جراحی می‌کند، در حین عمل، باید از تمامی اطلاعات ضروری متعلق به بیمار آگاهی داشته باشد و اطلاعات مربوط به او را به دست آورد. عمل جراحی دارای دو مرحله است: مرحله‌ی اول، آمادگی برای عمل جراحی است که نیاز به کمک گرفتن از پزشک بیهوشی دارد. شرط کامل بودن کار متخصص بیهوشی آن است که بیمار پس از جراحی از حالت بیهوشی خارج شود. این شرط لازم و واجب است و پزشک متخصص به‌طور کامل ملزم به آن است. وی در قبال زیانی که ناشی از افراط یا تفریط باشد ضامن است. مرحله‌ی دوم، مرحله‌ی عمل جراحی است. در این مرحله، پزشک ملزم به انجام عمل جراحی مطابق با اصول علمی است (۳).

هنگامی پزشک مسئول خسارات وارده شناخته می‌شود که میان خطای او و فعل زیان‌بار رابطه‌ی علیت وجود داشته باشد. رابطه‌ی علیت میان خطا و ضرر یا به مباشرت است یا به تسبیب.

۲۴. مثالی از دیدگاه حقوقی کشورها درباره‌ی رابطه‌ی علیت در آسیب و خسارت وارد به بیمار یا شخص ثالث

در حقوق کشورهای دیگر نیز درباره‌ی مسئولیت داشتن یا نداشتن پزشک، در صورتی که رابطه‌ی علیت میان ضرر و فعل پزشک به طریق مباشرت نباشد، اختلاف نظر وجود دارد.

یکی از مستنداتی که درباره‌ی مسئولیت به تسبیب پزشک وجود دارد قضیه‌ی جنیفر لاتون است: آوریل ۱۹۸۵ طی یک عمل جراحی، به جنیفر لاتون دوازده‌ساله، خون تزریق شد. روز بعد، دکتر متوجه

در حقوق فرانسه، تفاوتی میان خطای قراردادی و خطای خارج از قرارداد وجود ندارد. عده‌ای معتقدند که خطا کار کسی است که مستوجب سرزنش باشد و اطلاق آن به مدیونی که وفای به عهد نکرده است به معنای منحرف کردن این مفهوم از معنای مرسوم آن است؛ بنابراین، پزشکی که عمل جراحی یا درمان را انجام داده، ولی نتوانسته بیمار را نجات بخشد، وقتی مسئولیت دارد که ثابت شود مرگ بیمار در اثر تقصیر او بوده است.

۲۳-۲. مصادیق عمومی خطای پزشک

الف. مرحله‌ی تشخیص

برخی از فقها اعتقاد دارند که ضمان پزشک، در صورتی است که بیمار، به قول طبیب مغرور شده باشد؛ اما اگر بیمار با احتمال اشتباه پزشک در تشخیص بیماری و تجویز دارو، خودش دارو را بخورد یا تزریق کند، پزشک ضامن نیست. عده‌ای دیگر از فقها نیز معتقدند هنگامی که پزشک با قاطعیت و ایجاد اطمینان در بیمار به بهبودی بیماری، او را به نوشیدن دارو امر کند، براساس قاعده‌ی غرور، ضامن است.

ب. خطای در معالجه

پزشک در معالجه‌ی بیمار، باید اصول مسلم پزشکی را رعایت کند. اگر پزشک در انتخاب معالجه از نظریات استادان فن طب تبعیت کرده باشد و به موفقیتی نایل نشود عدم توفیق او خطا محسوب نمی‌شود، بلکه نقص در علوم پزشکی است که به حد کمال نرسیده است؛ ولی انجام مطالعه یا عمل جراحی که بین اطبا متروک شده است، خطایی است که منجر به مسئولیت پزشک می‌شود.

ج. خطا در عمل جراحی

بیماری است که به یک بیماری مسری مبتلا شده است، لازم است تا وی دستورالعمل‌های لازم را برای پیشگیری از شیوع بیماری به بیمار خود بدهد. زمانی که پزشک از هشدار دادن به بیمار خود مبنی بر آنکه در صورت برقراری رابطه‌ی جنسی، او می‌تواند عامل انتقال بیماری به شریک جنسی خود شود خودداری کند، در برابر شریک جنسی بیمار هم ضامن است. همچنین، دادگاه استدلال خواندگان را مبنی بر اینکه در این مورد هیچ‌گونه مسئولیتی متوجه آن‌ها نیست به دلیل آنکه احتمال دارد دیگر شرکای جنسی «دانیل» نیز چنین ادعایی را مطرح کنند که در این صورت، سبب افزایش حق بیمه‌ی مسئولیت حرفه‌ای پزشک می‌شود، رد کرد و تأکید کرد که چنانچه در موارد دیگری نیز مسئولیتی متوجه خواننده باشد، مانع از آن نمی‌شود که دادگاه در این باره، او را مسئول نداند.

منابع

۱. سیاح، احمد. (۱۳۹۰). فرهنگ بزرگ جامع نوین، عربی - فارسی، ج ۱، تهران: اسلام، ذیل کلمه‌ی «جرم».
۲. شامبیاتی، هوشنگ. (۱۳۸۴). حقوق جزای عمومی، ج ۱، تهران: نشر ژوبین، صص ۲۱۳، ۲۲۶، ۲۳۶.
۳. ابو عزه، عبدالستار. (۱۴۱۱). بحوث فی الفقه الطبی، قاهره: نشر دارالاقضی، صص ۵۱ و ۵۲.
۴. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۷۴). مقدمه علم و حقوق. تهران: شرکت سهامی انتشار.
۵. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۹۶). دوره حقوق مدنی: اعمال حقوقی: قرارداد - ایقاع. تهران: گنج دانش.
۶. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۹۶). وقایع حقوقی مسئولیت مدنی. تهران: گنج دانش.
۷. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۶). حقوق مدنی: الزام‌های خارج از قرارداد (ضمان قهری): مسئولیت مدنی. تهران: دانشگاه تهران.

شد که خون تزریق شده، آلوده به ویروس HIV بوده است. با وجودی که پزشک همچنان به معالجه‌ی جنیفر ادامه داد، اما مانع از آن شد که او یا والدینش به آلودگی پی ببرند. سه سال بعد جنیفر با دانیل ریسفو رابطه‌ی جنسی برقرار کرد. در هفتم مارس ۱۹۹۰ پزشکان به وجود بیماری ایدز در جنیفر پی بردند و او یک ماه بعد، درگذشت. جنیفر و والدینش به محض اطلاع از بیماری ایدز او دانیل را از این خبر مطلع ساختند و آزمایش‌های بعدی هم نشان داد که دانیل هم به ویروس HIV مبتلا شده است.

دانیل از دکتر و رؤسای دانشگاه کالیفرنیا به دلیل قصور و سهل‌انگاری شکایت و ادعای خسارت کرد. دادگاه در جلسه‌ی دفاعیه‌ای که در این باب تشکیل شده بود، اعلام کرد که پزشک هیچ‌گونه وظیفه‌ای نسبت به بیماری‌های گروه سوم تشخیص‌ناپذیر ندارد. دادگاه تجدیدنظر کالیفرنیا، نظر دادگاه بدوی را رد کرد و اعلام کرد که در این مورد خاص هیچ‌گونه دلیلی بر عدم مسئولیت پزشک وجود ندارد. دادگاه استیناف برای بی‌اهمیت دانستن هویت گروه سوم در این مورد سه دلیل برشمرد: اول اینکه دانیل مدعی بود که خواننده وظیفه داشته به جنیفر اخطار کند و نه اینکه خوانندگان موظف بوده‌اند که مستقیماً به او (خواهان) اخطار کنند؛ دوم اینکه به دنبال استدلال دادگاه، مبنی بر اینکه هشدار دادن به خواهان اقدامی است منطقی، به منظور اقامه‌ی معیارهایی که پزشکان ملزم به رعایت آن هستند، مسئولیت پزشک تنها محدود به قربانیانی نیست که بیماری آن‌ها قابل تشخیص و به همان میزان پیش‌بینی‌پذیر است؛ سوم اینکه دادگاه اعلام کرد: زمانی که پزشک سرگرم مداوای

فصل پنجم

تعهدات حرفه‌ای

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر فاطمه خانساری

معرفی نمونه‌ی اول

بیمار آلوده به HIV و در فاز AIDS با علائم پنومونی به بیمارستان مراجعه کرده است. لازم است برای بیمار ABG گرفته شود و دستیار سال اول نگران آلوده شدن خود است. دستیار ارشد به دستیار سال اول می‌گوید: «این را از من نشنیده بگیر اما می‌توانی در پرونده‌ی بیمار بنویسی try شد اما fail گردید.» دستیار سال اول دچار عذاب وجدان است و موضوع را با یکی از دستیاران مطرح می‌کند. او نیز به دستیار سال اول می‌گوید: «توصیه‌ی رزیدنت ارشد را انجام بده. اگر به خودت رحم نمی‌کنی به همسرت رحم کن.» اقدام شما در این موقعیت چه خواهد بود؟

معرفی نمونه‌ی دوم

خانمی ۵۸ ساله در یک بیمارستان دانشگاهی بستری بوده و دیروز برای بستری در بیمارستان خصوصی با رضایت شخصی مرخص شده است. رزیدنت ایشان MRI او را برای معرفی در گزارش صبحگاهی پیش خود نگه می‌دارد. امروز که فرزند بیمار برای گرفتن MRI به بخش مراجعه می‌کند همه‌ی پرستاران از MRI بیمار اظهار بی‌اطلاعی می‌کنند. فرزند بیمار برای صحبت با رزیدنت به درمانگاه می‌رود. رزیدنت می‌گوید MRI‌ها در بخش در ایستگاه پرستاری است و پرستاران اشتباه می‌کنند. او از درمانگاه با بخش تماس می‌گیرد؛ اما سرپرستار می‌گوید هیچ چیزی به آن‌ها تحویل داده نشده است و هیچ چیز آنجا نیست. رزیدنت با او بگومگو می‌کند و مکالمه‌ی آن‌ها با مشاجره تمام می‌شود. دست آخر به فرزند بیمار می‌گوید: «به من ربطی ندارد، MRI در بخش است برو از پرستارها طلبکار باش.» استاد که متوجه بحث همراهان بیمار، رزیدنت و فرزند بیمار شده است برای اینکه رزیدنت بتواند سریع‌تر به ویزیت بیماران معطل شده بپردازد، پادرمیانی می‌کند و برای بیمار یک نسخه MRI می‌نویسد.

۱. مقدمه

پزشکی به منظور جلب اعتماد جامعه به حرفه‌ی پزشکی امری ضروری است. در واقع، حرفه‌مندی گوهر و ماهیت ارتباط بین بیمار و پزشک است و پزشکی را به شغلی مقدس تبدیل کرده است؛ چراکه بیماران و جامعه اطمینان دارند رسالت حرفه‌ی پزشکی، بهبود بیماران و ارتقای سلامت عموم جامعه است و هدف گروه پزشکی ارائه‌ی خدمت بوده و خدمت‌رسانی برای آنان در اولویت بوده و آن را فراتر از جلب منافع برای خود می‌دانند (۲). متأسفانه امروزه در برخی موارد، شواهدی از کم‌رنگ‌شدن حرفه‌مندی در پزشکان و تهدید ارزش‌ها در آنان دیده می‌شود که به نظر بیشتر به دلیل ناآگاهی از ارزش‌های بنیادین همراه طبابت است. به‌گونه‌ای که مروری بر مجلات پزشکی، چه در بخش تخصصی و چه در بخش عمومی، و تعدد مقالات و مطالعات انجام‌شده پیرامون حرفه‌مندی، نشان از توجه دست‌اندرکاران آموزش پزشکی به این مقوله در سال‌های اخیر دارد. نقش آموزش پزشکی برای تربیت و آماده‌کردن پزشکان فردا برای تشخیص و غلبه بر این تهدیدها بسیار برجسته و بارز است. به همین منظور نیاز به تغییر در فرهنگ، محیط آموزشی و برنامه‌ی درسی آموزش پزشکی برای حرکت به سمت ارتقای حرفه‌مندی لازم و ضروری به نظر می‌رسد (۳).

۲. مفاهیم مرتبط با حرفه‌ای‌گری

۲-۱. قداست پزشکی

قداست و معنویت حرفه‌ی پزشکی بر کسی پوشیده نیست. اگر بتوان برای جان انسان بهایی قائل شد، برای حرفه‌ی پزشکی نیز که رسالت آن در

اقدامات یک پزشک به‌عنوان یک فرد حرفه‌ای، منحصر به دانش و مهارت او در درمان بیماری‌ها، تسکین درد و پیشگیری از بیماری نیست. بلکه برای هر کدام از این فعالیت‌ها پزشک باید از ویژگی‌هایی همسو با حرفه‌ی خود برخوردار باشد تا بتواند به تعهدات حرفه‌ی پزشکی پایبند بوده و در حرفه‌ی پزشکی موفق و خدمت‌رسان باشد. با این هدف در ابتدا ضروری است تعریف مناسبی از تعهد حرفه‌ای ارائه شود. تعهد حرفه‌ای عبارت است از «مهارت‌ها و هنجارهای رفتاری مورد نظر از یک فرد حرفه‌مند». منظور از فرد حرفه‌مند فردی است که آموزش‌هایی را برای ارائه‌ی خدماتی ارزنده و خاص در جامعه دریافت کرده است و ملتزم به کدهای اخلاقی است که مانع از مخدوش‌شدن ارائه‌ی آن خدمت ارزنده می‌شود (۱). مفهوم «پروفسنالیزم»^۱ و به عبارتی تعهد حرفه‌ای دارای سه بعد «پارامترهای حرفه‌ای»، «رفتار حرفه‌ای» و «مسئولیت‌های حرفه‌ای» است که برای درک کامل این مفهوم باید هر سه بعد به‌درستی در کانون توجه قرار گیرد. پارامترهای حرفه‌ای شامل مسائل اخلاقی و قانونی مرتبط با حرفه و به عبارتی چارچوب‌های اخلاقی و مقررات و قوانین حاکم بر حرفه است. رفتار حرفه‌ای دربردارنده‌ی دانش و مهارت‌های حرفه، ارتباط مناسب با ارباب رجوع و همکاران و داشتن ظاهر و نگرشی مقبول و مورد انتظار است. مسئولیت حرفه‌ای شامل مسئولیت در برابر حرفه و در قبال خود، کارفرما، ارباب رجوع (بیمار و خانواده‌ی بیمار) و جامعه است.

تعهد حرفه‌ای یا پروفسنالیزم یا حرفه‌مندی در

1. Professionalism

فراتر از همه‌ی عبادت‌ها انجام داده است و اگر بُعد بد و نادرست آن به کار گرفته شود انسان مرتکب معصیت بزرگی شده است که جبران آن بسیار مشکل است.

بیمار دردمند بعد از خداوند، طبیب را ملجاء و پناه خویش می‌یابد و پزشک در معرض جسم رنج‌دیده‌ی بیمار و ابعاد روحی متأثر از بیماری او قرار می‌گیرد. این وضعیت، زمینه‌ساز ارتباط فعال‌تر حرفه‌ی پزشکی نسبت به مشاغل دیگر در ارتباط با روح و جان انسان‌هاست. وجود شناخت و بینش الهی و متناسب‌شدن علم و عمل پزشک با این اصل، باعث حرکت تکاملی، تطهیر، رشد و تعالی او و انسان‌های مرتبط با او، در طول حیات و عرصه‌ی هستی می‌شود.

طبیب باید دارنده‌ی بهترین اخلاق و عالی‌ترین صفات انسانی باشد. چون به همان نسبت که امکان تحول فکری و دگرگونی شناختی و رشد و سازندگی در ارتباط صحیح یک پزشک با بیمار وجود دارد، در صورت مجهول بودن رسالت پزشک، ابعاد انحراف و اختلال فزونی می‌یابد و امکان سقوط و نابودی در شغل طبابت بیشتر از سایر مشاغل می‌شود. مفهوم شفا در ابعادی ورای بُعد جسمی و روحی مطرح می‌شود؛ «هوالشافی» بیان این مفهوم است که خداوند متعال، تنها شفادهنده و طبیب نفوس برای تعالی و تکامل انسان‌هاست و پزشک فقط وسیله‌ی فیض او به بندگان است. در مقطع حیات دنیوی به پزشک فرصتی داده شده است تا همسو با تجلی اراده‌ی خداوند، رسالت و مسئولیت خویش را ادا کند؛ از همین روست که پزشک باید وجود خود و

رهایی انسان از مرگ نهفته است، می‌توان ارزشی مادی در نظر گرفت. وظیفه‌ی والای پزشک در آن است که بر کیفیت و کمیت عمر انسان ولو به میزان اندک بیفزاید تا انسان لحظه‌ای بیشتر هستی را در خویشتن خویش بیابد.

بی‌تردید شغل پزشکی در تمام دوران تاریخ بشر از قداست و احترام خاصی برخوردار بوده است؛ چراکه با گرانبهاترین دارایی انسان که جان اوست، سروکار داشته و دارد. این علم چنان قداستی دارد که پیامبر اکرم (ص) آن را هم‌تراز علم دین معرفی کرد: «العلم علما: علم الابدان و علم الادیان» و امام صادق (ع) فرمود: «در جایی که فقیه دانشمند و پرهیزگار، حاکم مطاع و عادل و طبیب حاذق و مورد اعتماد وجود نداشته باشد جای زندگانی نیست». بر این اساس، طبیب همواره در جوامع بشری ارزش والا و احترام زیادی داشته است. بدیهی است طبیب باید با پرهیز از خطراتی که او را تهدید می‌کند و گرایش به عواملی که شأن حرفه را حفظ و تثبیت می‌کند این جایگاه را پایدار نگه دارد (۲).

پزشک باید از نخستین روزی که به دانش پزشکی روی می‌آورد نیت و هدف خود را رسیدن به ابعاد معنوی این علم قرار دهد نه استغنای مادی. خدمت او به قدری با ارزش است که با معیارهای مادی جبران‌شدنی نیست تا حدی که خداوند متعال می‌فرماید: «کسی که جان انسانی را نجات دهد مانند این است که جان همه‌ی انسان‌ها را حیات بخشیده است (و من احیایها فکانما احیا الناس جميعاً)^۱». دانش پزشکی مثل یک شمشیر دولبه است که اگر بُعد درست آن به کار رود انسان عبادتی

۱. قرآن کریم، سوره‌ی مائده، آیه‌ی ۳۲

که منحصرأً شغل روحانی داشتند و به نام «مغ» یا «مگوس» یا «موبد» شهرت داشتند؛ دسته‌ای دیگر که بیشتر به شغل طبابت و درمان می‌پرداختند، «اتروان»^۳ نامیده می‌شدند.

مراکز پزشکی متعددی که مهم‌ترین آن‌ها در ری، همدان، تخت‌جمشید و پاسارگاد بوده است، آموزش نظری و عملی پزشکی را بر عهده داشتند. آموزش عملی به صورت شاگردی نزد پزشکان شاغل بوده است. پزشکان چون به طبقه‌ی نجبای کشور تعلق داشتند باید برای حفظ شأن شغلی خود مراقبت و دقت کافی می‌داشتند. برای این کار قوانینی مفصل و دقیق چون: تحصیل علم پزشکی، توانایی تشریح بدن و آشنایی با وظایف اعضای بدن و مهم‌تر از همه مهربانی، خوش‌زبانی، دوستی و علاقه‌مندی نسبت به بیمار، کار نکردن برای پول و ترس از خدا تدوین شده بود. بلندپایه‌ترین پزشکان آنانی بودند که این وظایف را به خوبی انجام می‌دادند و پیشه‌ی پزشکی را فقط برای شفا بخشی آن انتخاب کرده بودند.

اهمیت طبابت در اسلام با احادیث مکرری که در این زمینه نقل شده، مشهود و مسلم است. به طوری که طب و طبابت یک وظیفه‌ی شرعی و نوعی واجب کفایی است که ترك کلی آن مورد مؤاخذه است و وجود تعدادی شاغل به این شغل تکلیف را از دیگران ساقط می‌کند. در حدیثی از امام صادق (ع) روایت شده است که حضرت موسی (ع) از خدا پرسید: «خداوند! درد از کیست؟» جواب شنید: «از من.» پرسید: «دوا از کیست؟» جواب شنید: «از من.» پرسید: «پس بندگان تو با معالاج چه کار دارند؟» فرمود: «به وسیله‌ی آنان نفس‌های

بیمار را در محضر خداوند احساس کند. این مطالب با تأکید بر قداست حرفه‌ی پزشکی، اهمیت پایبندی پزشکان به اصول و ارزش‌های حرفه‌مندی به‌ویژه متعهد بودن آن‌ها را روشن می‌کند. شکی نیست این تعهد و پایبندی می‌تواند ریشه در شکل‌گیری شخصیت پزشک در زمان تحصیل او داشته باشد؛ بنابراین باید در این باره نقش آموزش پزشکی را بررسی کرد (۳).

۲-۲. تاریخچه‌ی حرفه‌مندی

قدمت تاریخچه‌ی حرفه‌مندی به درازای قدمت طبابت است؛ چرا که در طول تاریخ جنبه‌ای مهم از طبابت و پزشکی، قداست و منزلت آن نزد جامعه بوده و این قداست جز با جلب اطمینان مردم و پیروی از اصول انسانی میسر نبوده است. کروس^۱ اظهار می‌دارد که تاریخچه‌ی مفهوم حرفه‌مندی بسیار طولانی است و این واژه حداقل از دو هزار سال پیش کاربرد داشته است. اولین کاربرد آن به زمان پزشک رومی، اسکریبونوس^۲ بر می‌گردد که حرفه‌مندی را تعهد به تلاش برای تخفیف رنج بیمار تعریف کرد. از آنجا که پرداختن به تمام جنبه‌های تاریخی حرفه‌ی طبابت میسر نیست، به ذکر چند نکته پیرامون حرفه‌ی پزشکی در طول تاریخ ایران و برخی کشورها و همچنین، از نظر اسلام بسنده می‌کنیم.

تا پیش از دوره‌ی ساسانیان، شغل پزشکی با روحانیت یکی بوده است. به تدریج از اواسط دوره‌ی ساسانیان پزشکی از شغل روحانیت جدا شد و در نتیجه دو دسته دانشمند به وجود آمد. یک دسته

1. Cruess

2. Scribonius

3. Atrovan

حرفه‌مندی نشان می‌دهد که فیلسوفان و رهبران متفکر در طول تاریخ مدون در رابطه با پزشکان به تکرار یادآوری کرده‌اند که ارزش‌های حرفه‌ای خود را حفظ کنند. به‌رغم اینکه این توصیه‌ها مربوط به شرایط زمانی خاصی بوده است، بستر اخلاقی همه‌ی آن‌ها در طول زمان ثابت مانده است و آن اولویت‌دادن به منافع بیمار در برابر منافع فردی پزشک است. سوگند بقراط که از زمان او تاکنون در سوگندنامه‌های پزشکی تکرار می‌شود، بیان می‌کند که پزشکان از هرگونه اقدام شرارت‌آمیز و فساد پرهیز کنند (۳).

سر ویلیام اسلر^۱ نیز همواره به پزشکان یادآوری می‌کرد که پزشکی یک شغل نیست، بلکه یک دعوت و فراخوان است. از زمانی که تالکوت پارسونز^۲، جامعه‌شناس آمریکایی، مفهوم حرفه را در جامعه‌شناسی تعریف کرد، تا امروز پزشکی یکی از عالی‌ترین مصداق‌های این تعریف به شمار آمده است. تعریف پارسونز چنین است: «حرفه عبارت است از مجموعه‌ای از نقش‌های شغلی که دارندگان آن‌ها، خدمات‌های خاصی را انجام می‌دهند که برای عموم جامعه باارزش است، و به واسطه‌ی این فعالیت‌ها شغلی تمام‌وقت دارند و زندگی خود را اداره می‌کنند.» در واقع پزشکان در طول تاریخ به دلیل پایبندی به اخلاق حرفه‌ای خود از مزیت‌های خاصی از سوی جامعه برخوردار بوده‌اند که شامل توانایی تعیین معیارهای لازم برای ورود به حرفه‌ی طبابت، تصمیم‌گیری راجع به آموزش پزشکان آینده و آزادی در تعیین و ارتقای استانداردهای حرفه‌ی

خویش را پاکیزه می‌کنند.» مرحوم علامه مجلسی درباره‌ی این حدیث توضیح می‌دهد که از این رو معالج را طبیب نامیدند که معنای آرامش‌دهنده یا پاکیزه‌کننده را دارد. او درباره‌ی طبیب می‌گوید که طبیب در سنت علمی قدیم باید به علم الهی و فلسفه آشنا بود؛ چرا که طبیب به درمان بیماری جسم و عالم دین به درمان بیماری روح می‌پردازد. همچنین، پیغمبر اسلام تأکید کرده‌اند که طبیب تا آگاهی کامل از طب نداشته باشد نباید در امور طبی مداخله کند و اگر بدون علم و آگاهی مداخله کند در برابر سرنوشت بیمار مسئول است. این مورد بیان‌کننده‌ی مسئولیت‌پذیری یک پزشک به عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی حرفه‌مندی است.

با نگاهی به زندگی‌نامه‌ی بزرگانی مانند ابن سینا یا محمد زکریای رازی می‌توان دریافت سرتاسر زندگی آنان نمادی از حرفه‌مندی بوده است. ابوبکر محمدبن زکریای رازی را به دلیل معاینات فیزیکی، روش پژوهش گام‌به‌گام و نظام‌مند بالینی و مشاهدات بالینی‌اش به عنوان بزرگ‌ترین پزشک در قلمرو تمدن اسلام قلمداد می‌کنند. او هم‌زمان با سیر فلسفی خود، در تن آدمی نیز به پژوهش می‌پردازد و در گستره‌ی جامعه، عمل‌گرایی اخلاق پزشکی را نشان می‌دهد. نفیسی نقل می‌کند که از نظر تاریخی اولین کسی که طبیبان را حتی برای کمک به بیماران علاج‌ناپذیر به حرکت درآورد رازی بود؛ زیرا می‌گفت «پزشک باید همیشه بیمار را به بهبودی خود امیدوار سازد، اگرچه خود پزشک هم در این مورد کاملاً مطمئن نباشد.» شاید بتوان این عمل رازی را مقدمه‌ی طب تسکینی دانست (۳).

نگاهی به تاریخ سایر کشورها در ارتباط با

1 Sir William Osler

2 Talcott Parsons

بود از: شایستگی حرفه‌ای و حفظ آن، صداقت با بیماران، رازداری، پرهیز از برقراری روابط نامناسب با بیماران، گسترش دانش علمی خود، عمل به وظایف خود در قبال حرفه به‌طور کامل، بهبود کیفیت مراقبت از بیماران، بهبود دسترسی به مراقبت‌های پزشکی، توزیع عادلانه‌ی منابع و جلب اطمینان بیماران از طریق مدیریت صحیح تعارض منافع (۲، ۳).

۲-۳. تعریف حرفه و حرفه‌مندی^۱

در زبان فارسی واژه‌ی «حرفه» معادل پیشه و کسب و کار است. با این همه، بعضی از حرفه‌ها ویژگی‌هایی دارند که آن‌ها را از سایر پیشه‌ها متمایز می‌کند. در زبان لاتین به این گروه از مشاغل «حرفه» می‌گویند. حرفه از واژه‌ی لاتین «پروفیسو»^۲ گرفته شده که به معنای اظهارنامه‌ای علنی همراه با ضمانت اجرای یک تعهد بوده است. طبابت، قضاوت، روحانیت و تعلیم و تربیت از قدیمی‌ترین حرفه‌ها محسوب می‌شوند. در دوران مدرن، حرفه‌های فراوانی پا به عرصه‌ی وجود گذاشته‌اند. حرفه‌ها در خدمت به یک خیر عالی هستند و آشکارا اعلام می‌کنند که اعضای آن‌ها مطابق ضوابط مشخصی عمل خواهند کرد و حرفه با هر عضوی که طبق روش اعلام‌شده عمل نکند، برخورد خواهد کرد.

حرفه‌ها سه ویژگی اساسی دارند: ۱. احراز صلاحیت در یک تشکل تخصصی مبتنی بر سلسله‌مراتب معرفت و مهارت، ۲. اذعان به وظایف و مسئولیت‌های خاص در قبال جامعه و مشتریان، ۳. داشتن حق تربیت، پذیرش، تنبیه و اخراج اعضا

خود است. در قبال اعطای چنین امتیازاتی، جامعه انتظار دارد که پزشکان در برابر منافع جامعه قابل اعتماد باشند. به همین دلیل حرفه‌ی پزشکی در برابر جامعه متعهد می‌شود که مراقبتی را به جامعه ارائه دهد که بهترین و شایسته‌ترین، منطقی و به دور از به‌خطرانداختن منافع بیمار باشد. در عوض حرفه‌ی پزشکی نه تنها از استقلالی چشمگیر در پیوند با امور خود برخوردار است، بلکه از نظر امنیت مالی و اجتماعی نیز از موقعیت خوبی بهره‌مند است. این فهم مشترک، به‌عنوان قراردادی اجتماعی بین جامعه و حرفه‌ی پزشکی قلمداد می‌شود؛ بنابراین در زمینه‌ی چنین قرارداد اجتماعی است که حرفه‌ای‌گری معنا پیدا کرد (۳). البته مفهوم پروفشنالیزم به معنای واقعی خود برای اولین بار در دهه‌ی نود میلادی در ایالات متحده مطرح شد و توجه زیادی به آن صورت گرفت. در پایان قرن بیستم، تغییراتی عمده در عمل به حرفه‌ی پزشکی پدید آمد و اطمینان جامعه به حرفه‌ی پزشکی کم‌رنگ شد. در پی این معضل، گروهی از اعضای انجمن‌های مختلف وابسته به حرفه‌ی پزشکی از قبیل بورد طب داخلی آمریکا، بنیاد پزشکان کالج آمریکا و فدراسیون اروپایی طب داخلی گرد هم آمدند و تلاش کردند تعریفی عملیاتی از حرفه‌مندی ارائه کنند؛ تعریفی که بتواند با واقعیت‌های زمان معاصر همخوانی داشته باشد و درعین حال اصول بنیادین اخلاقی را نیز رعایت کند؛ از این‌رو سه اصل اساسی اولویت‌دادن به بهزیستی بیمار، استقلال بیمار و عدالت اجتماعی، به‌عنوان زیربنای حرفه‌مندی تعیین شد. این گروه تعهد ده‌گانه‌ای را برای پزشکان برشمردند که عبارت

1. Profession and Professionalism

2. Professio

حرفه‌ها به صورت يك جانبه اعتماد کنند. در مقابل، حرفه‌مندان نیز همیشه و در همه حال باید منافع حرفه را نسبت به منافع شخصی خود در اولویت قرار دهند و با دقت مراقب باشند تا اعتماد يك جانبه‌ی جامعه و مردم به حرفه‌ها مخدوش نشود. در نتیجه، تعریفی از حرفه‌مندی که بیشترین توافق بر روی آن وجود دارد عبارت است از «ابراز ارزش‌ها، باورها و رویکردهایی که نیازهای فرد دیگر را فراتر از نیازهای شخصی خود قرار می‌دهند.»

نیکولس حرفه‌مندی را به عنوان ظرفیت يك گروه شغلی در برون‌گرایی، برخورداری از دانش و سخی بودن در ارتباط با سایر همکاران آن شغل، سایر حرفه‌ها و افراد جامعه می‌داند. نکته اینجاست که او این تعریف را در عملکردها و ارزش‌ها مطرح می‌سازد. در دایرة المعارف بین‌المللی آموزش آمده است که حرفه‌ها مشاغلی هستند که اعضای آن میزانی چشمگیر از دانش و مهارت را در عملکرد اجتماعی مورد انتظار از آنان که به مصلحت جامعه است به کار می‌گیرند (۳).

هوایل^۴ معیارهایی را برای حرفه برشمرده است. از دید هوایل يك حرفه شغلی است که يك فعالیت اجتماعی مهم را انجام می‌دهد. این فعالیت مستلزم مهارت بسیار است. این مهارت در موقعیت‌های غیرمرسوم که در آن مسائل و مشکلات جدیدی باید حل شوند، به کار گرفته می‌شود. يك فرد حرفه‌ای باید از دانش نظام‌مند جامعه‌ی برخوردار باشد. کسب دانش و مهارت‌های لازم مستلزم طی مراحل آموزش عالی است. طی کردن مراحل آموزش عالی دربرگیرنده‌ی فرایند اجتماعی شدن

به خاطر ناتوانی در حفظ صلاحیت یا رعایت نکردن وظایف و مسئولیت‌ها؛ بنابراین، یکی از ویژگی‌های حرفه‌ها حقوقی است که جامعه به آن‌ها اعطا کرده است تا خود تنظیمی داشته باشند و خود بر عملکرد حرفه و حرفه‌مندان خود نظارت کنند. بر این اساس می‌توانند اعضای جدید را گزینش کرده، به آن‌ها آموزش داده، در صورت احراز صلاحیت، آنان را به درون حرفه بپذیرند. تدوین برنامه‌های درسی، گرفتن امتحان از دانشجویان، دادن دانش‌نامه به فارغ‌التحصیلان از جمله حقوق طبیعی حرفه‌هاست (۳).

ساش^۱ در تعریف يك حرفه اظهار می‌کند که حرفه‌های برگزیده و نخبه مانند طب یا وکالت که قادر هستند برای خدمات خود بازار کار ایجاد کنند و با کنترل کردن استانداردهای عضویت، تعیین کنند چه کسی شایستگی عضویت یا ماندن در گروه را دارد؛ در واقع، با تعیین شرایطی مانند شرط آموزش مداوم، ثبت‌نام و غیره معیارهای عضویت آن حرفه را مشخص می‌کنند (۳).

پرکین^۲ به نقل از نیکولس^۳ يك جامعه‌ی حرفه‌ای را تحلیل کرده است. از دید او، چنین جامعه‌ای از سلسله‌مراتبی از مشاغل تخصصی تشکیل شده است که به واسطه‌ی شایستگی و براساس تخصص و آموزش انتخاب شده‌اند. اعضای حرفه‌ها همانند سایر مشاغل از طریق فعالیت مربوط به حرفه‌ی خود امرار معاش می‌کنند؛ البته يك خصوصیت مهم، حرفه‌مندان را از سایر اعضای مشاغل متمایز می‌کند: مشتریان حرفه‌ها ناگزیرند به اعضای

1. Sachs

2. Perkin

3. Nicholls

4. Hoyle

نشانگر حرفه‌مندی مطرح بوده‌اند عبارت‌اند از: نوع‌دوستی، احترام، صداقت، امانت‌داری، وظیفه‌شناسی، شرافت، تعالی و پاسخ‌گویی. به گفته‌ی کوهن^۲، آشکارسازی عملیاتی این ویژگی‌ها به شرایط زمانی هر دوره‌ی تاریخی خاص بستگی دارد. ماهیت سیستم بهداشتی درمانی که در آن پزشکان کار می‌کنند، تکنولوژی‌های تشخیصی و درمانی موجود در هر زمان، نوع قراردادهای مالی بین بیمار و پزشک، طیف بیماری‌هایی که در جامعه وجود دارد، عواملی هستند که در هر دوره‌ی زمانی معیارهای حرفه‌مندی مورد انتظار از پزشکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳).

شاجتر^۳ ضمن بررسی ویژگی‌های حرفه‌مندی به این نکته اشاره کرده است که هر پزشکی باید از چنین ویژگی‌هایی برخوردار باشد. او موارد اختصاصی‌تری را برای حرفه‌مندی بیان می‌کند؛ به‌عنوان مثال، فردی حرفه‌ای است که بتواند به‌طور مستقل فکر کند و تصمیم‌گیری‌ها و قضاوت‌هایش براساس آموزش‌ها و تجربه‌هایش باشد. به عبارت دیگر، شایسته است او در تمام رفتارها و اعمال خود سنجیده عمل کند و حرفه‌اش را براساس موارد آموزش‌دیده و اصول صحیح پیش ببرد (۳).

بویکس^۴ و همکاران در مقاله‌ی خود پیرامون چالش‌های آموزش حرفه‌مندی در پزشکی، تعاریف ارائه‌شده در مطالعات مختلف را جمع‌بندی کرده، فضایل حرفه‌مندی را در قالب وفاداری و مطمئن بودن، خیرخواهی، دلسوزی و محبت، صداقت خردمندانه، جرأت و شجاعت و راستگویی

و کسب ارزش‌های حرفه است. این ارزش‌ها که بر اولویت‌دادن به منافع مشتری متمرکزند، براساس کدهای اخلاقی حرفه است. از آنجاکه اعضای حرفه دانش و مهارت خود را در موقعیت‌های غیرمرسوم به کار می‌گیرند، داشتن آزادی در قضاوت و تصمیم‌گیری با درنظرداشتن عملکرد مناسب، برای آن‌ها ضروری است؛ همچنین به دلیل آموزش طولانی‌مدت، مسئولیت و مشتری‌محور بودن اعضای یک حرفه دارای اعتبار و منزلت اجتماعی فراوان هستند و از مزد و پاداشی چشمگیر برخوردارند (۳).

۲-۴. تعریف حرفه‌مندی در پزشکی

از دید موريسون^۱، حرفه‌مندی، مفهومی چندبعدی و واژه‌ای ارزشی است که دربرگیرنده‌ی انتظارات اجتماعی، مؤسسه‌ای، تاریخی و زمینه‌ای است. صاحب‌نظران و نویسندگان مختلف تلاش کرده‌اند که تعاریفی از حرفه‌مندی را در پزشکی ارائه دهند. انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا، حیطه‌های دربرگیرنده‌ی ویژگی‌های کلی حرفه‌مندی را در قالب از خودگذشتگی، افتخار و شرافت، محبت و دلسوزی، احترام، مسئولیت‌پذیری، پاسخ‌گویی، تعالی، دانش‌پژوهی و رهبری برشمرده است. براساس تعریف فدراسیون طب داخلی اروپا حرفه‌مندی در تمام زمان‌ها می‌تواند به‌عنوان ابزاری تعریف شود که توسط آن پزشکان قرارداد حرفه‌ای خود را با جامعه انجام می‌دهند. در واقع، نقش حرفه‌ای پزشکان بر پایداری آنان به تعهد خود در قبال جامعه از طریق رهبری قوی، قضاوت اخلاقی درست و عملکرد اخلاقی در طبابت دلالت دارد. ویژگی‌هایی که برای سال‌ها به‌عنوان

2. Cohen
3. Schachter
4. Bux

1. Morrison

گنجانده است (۳).

حرفه‌ی سلامتی، منابع و انرژی شایان توجهی را برای بحث، تعریف، تدریس، ارزیابی و مدل‌سازی حرفه‌ای بودن هزینه کرده است.

هربرت سویک^۱ تعریف جامع خود از حرفه‌مندی را در ده گروه زیر طبقه‌بندی کرده است:

از طرفی در سه دهه‌ی اخیر، پرداختن به پزشکی با ظهور تعارضات اخلاقی در مراقبت‌های پزشکی

۱. اولویت‌دادن به منافع دیگران در برابر منافع فردی؛

و تحقیقات بالینی و تأکید فراوان بر محوریت بیمار در روابط پزشک و بیمار، پیشرفت تکنولوژی‌های

۲. پایبندی به استانداردهای اخلاقی بالا؛

پزشکی مصنوعی و تأثیر فاکتورهای نظام سلامت و قانون بر مراقبت‌های پزشکی بسیار پیچیده شده

۳. ابراز ارزش‌های والای انسانی؛

است؛ بنابراین آموزش رسمی اخلاق پزشکی، در برنامه‌ی درسی بسیاری از دانشکده‌های پزشکی در

۴. تأمل درباره‌ی کارها و اقدامات خود؛

کشورهای مختلف گنجانده شده است. انتظارات اجتماعی و حرفه‌ای، درستی نیاز به آموزش اخلاق

۵. پاسخ‌گویی؛

پزشکی و پروفشنالیسم را بیشتر تأیید می‌کند (۶). از طرفی دیگر، جامعه‌شناسان با تکمیل پیچیدگی

۶. توانایی برخورد با سطوح بالای پیچیدگی و عدم اطمینان؛

و نیرومندی حرفه‌ای بودن پزشکی، از طریق لنزهای مختلف، سالیان متمادی درباره‌ی آن مطالعه

۷. تعهد به دانش پژوهی؛

کرده‌اند. در سال‌های اخیر، افراد بسیاری بر این باورند که موضوع حرفه‌ای بودن پزشکی به موضوعی

۸. نشان‌دادن تعهد به تعالی؛

بارز در اغلب مقالات، کتاب‌ها و کنفرانس‌ها تبدیل شده است؛ اما اکثر این مباحثات مبتنی بر مفاهیم

۹. پاسخ به نیازهای جامعه؛

بسیار ساده است. علاوه بر توجه به رفتار و طرز برخورد‌های مناسب، درک عمیق از حرفه‌ای بودن

۱۰. تعهد به قرارداد اجتماعی با جوامعی که به آن خدمت می‌کند (۴).

نیازمند توجه به ابعاد اجتماعی، سیاسی و اقتصادی این مفهوم در هر دو سطح فردی و سازمانی است.

آرامش، محور اصلی تعهد حرفه‌ای را شکل‌گیری نگرش‌ها و رفتارهایی می‌داند که طی آن‌ها منافع بیمار نسبت به منافع شخصی پزشک در اولویت قرار می‌گیرند (۵).

۲-۵. منشور حرفه‌مندی

چنان‌که از تعریف حرفه برمی‌آید اعضای یک حرفه، مجموعه‌ای از دانش‌ها و مهارت‌های اختصاصی آن حرفه را داراست و از آن‌ها برای خدمت‌رسانی به نفع سایرین استفاده می‌کنند. ماهیت تخصصی و پیچیده‌ی این‌گونه مهارت‌ها، نوعی استقلال را به حرفه می‌بخشد که درعین حال نیازمند انتظام درونی برای حفظ قابلیت اعتماد و وجهه‌ی آن حرفه نزد اجتماع است (۶)؛ بنابراین، عجیب نیست که

در دهه‌ی اخیر، به لحاظ پیشرفت تکنولوژی و تعامل شایان توجه صنایع با پزشکان، خطر خدشه‌دار شدن اعتماد به پزشکان بیش‌ازپیش احساس شده است و بدین لحاظ در سال ۱۹۹۵ بوردا طب داخلی آمریکا^۲

2. American Board of Internal Medicine (ABIM)

1. Herbert M Swick

گزارش و تجزیه و تحلیل خطا جزء لازم و ضروری نظام سلامت برای کنترل و پیشگیری از خطاست و برای جبران خسارت فرد صدمه‌دیده ضروری است.

- تعهد به رازداری: لازمی کسب اعتماد بیماران رعایت رازداری و حفاظت از اطلاعات بیماران است. امروزه، با گسترش استفاده از نظام‌های بایگانی الکترونیک اطلاعات و افزایش دسترسی به اطلاعات ژنتیک، رعایت این مهم بیش از پیش لازم است.

- تعهد به حفظ رابطه‌ی مناسب با بیماران: بنابر طبیعت اجتناب‌ناپذیر وابستگی و آسیب‌پذیری بیماران که آن‌ها را در رابطه با پزشکان در موقعیت پایین‌تر قرار می‌دهد، پزشکان باید از برخی روابط با بیماران خود بپرهیزند. به‌طور کلی، پزشکان باید از استثمار بیماران برای کسب هرگونه منافع شخصی اعم از منافع مادی، بهره‌ی جنسی و سایر منافع بپرهیزند.

- تعهد به ارتقای کیفیت خدمات سلامت: پزشکان هم به‌طور فردی و هم از طریق انجمن حرفه‌ای خود برای برنامه‌ریزی و اجرای فرایندهای ارتقای کیفیت خدمات اقدام کنند. این مهم، نه تنها شامل ارتقای توانمندی‌های فردی است بلکه شامل همکاری با سایر پرسنل خدمات سلامت برای کاهش خطاها، افزایش ایمنی بیماران، کاهش استفاده‌ی بی‌رویه از منابع پزشکی و بهبود پیامد مراقبت نیز می‌شود. پزشکان باید به‌طور فعال در بهبود سنجش کیفیت خدمات و استفاده از آن در ارزیابی معمول کارایی افراد، سازمان‌ها و نظام سلامت بکوشند.

- تعهد به بهبود دسترسی به خدمات: هدف همه‌ی نظام‌های ارائه‌ی خدمات سلامت، باید دسترسی همگان به خدمات حداقل استاندارد مراقبت باشد.

و انجمن طب داخلی آمریکا^۱ به همراه فدراسیون طب داخلی اروپا^۲ پروژه‌ای را در تدوین منشور حرفه‌مندی شروع کردند که مفاد آن تعهداتی است که تمام کارکنان خدمات سلامت باید به آن پایبند باشند. در تدوین این منشور فراگیر بودن آن در تمام فرهنگ‌ها و مذاهب لحاظ شده است و طی مقاله‌ای به نظرخواهی تمام پزشکان و انجمن‌های پزشکی سراسر دنیا گذاشته شده است. طبق این منشور، پزشکان و سیستم‌های خدمات سلامت ملزم به رعایت منافع بیمار و عدالت اجتماعی هستند. این منشور شامل ده بند است که تعهداتی را هم برای کل سیستم سلامت و هم برای تک‌تک پزشکان فراهم می‌آورد (۷۲):

- تعهد به توانمندی حرفه‌ای: پزشکان باید به آموزش مداوم خود در تمام طول زندگی حرفه‌ای پایبند باشند و دانش و مهارت‌های لازم و به‌روز را به دست آورند. نظام سلامت نیز موظف است فرایندی را تدارک ببیند که طی آن تمام اعضای این نظام بتوانند توانمندی‌های لازم را کسب و روزآمد کنند.

- تعهد به صداقت با بیماران: پزشکان باید قبل از اخذ رضایت و در کل دوره‌ی درمانی اطلاعات مربوط به وضعیت سلامتی بیماران را کامل و صادقانه در اختیار ایشان قرار دهند. ارائه‌ی اطلاعات به میزانی لازم است که بیمار بتواند برای دوره‌ی درمانی خود تصمیم‌گیری کند. همچنین، در وقوع صدمه‌ی ناشی از خطای پزشکی، بیمار باید سریع از آن مطلع شود؛ زیرا در غیر این صورت اعتماد بیمار و جامعه نسبت به پزشکان به شدت خدشه‌دار می‌شود.

1. The American College of Physicians–American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM)
2. European Federation of Internal Medicine

اعضای يك حرفه باید با یکدیگر همکاری کنند، به یکدیگر احترام بگذارند، در فرایندهای خودارزیابی از قبیل تعیین رویه‌ای برای برخورد با پزشکانی که رفتار غیر حرفه‌ای از خود نشان می‌دهند شرکت کنند تا کیفیت مراقبت از بیماران به حداکثر برسد. پزشکان همچنین، وظیفه دارند به ارزیابی خود بپردازند و با ارزیابی‌های بیرونی توسط سازمان‌های ناظر بر عملکرد پزشکان صادقانه همکاری کنند.

حرفه‌مندی یکی از مهم‌ترین توانمندی‌هایی است که هر دانشجوی پزشکی باید آن را کسب کند و در عمل و رفتارشان آن را به کار گیرد. خصوصیات فردی که تجلی پروفشنالیسم در رفتار هر پزشک (رفتار حرفه‌ای) است عبارت‌اند از:

نوع دوستی: پزشک موظف است به دنبال منافع بیماران خود باشد نه منفعت خود.

تعالی: پزشک متعهد به یادگیری علم و مهارت پزشکی در تمام طول زندگی حرفه‌ای خود است. وظیفه‌شناسی: پزشک باید به خدمت در حوزه‌ی حرفه‌ی خود متعهد باشد و وظایف خود را به‌طور کامل و به‌موقع انجام دهد.

۱. شرافت و درستکاری: پزشک باید انصاف و صداقت و درستی را در تعاملات خود با بیماران و حرفه‌اش رعایت کند.

۲. احترام: پزشک موظف به احترام گذاشتن به بیماران و خانواده‌ی آن‌ها، سایر پزشکان و سایر اعضای تیم درمان و دانشجویان پزشکی است.

۳. عدالت: پزشک موظف به تسهیل ارائه‌ی عادلانه‌ی خدمات و رفع تبعیض در ارائه‌ی خدمات است. در ادامه به مصادیق هر یک از اجزای رفتار

پزشکان و نظام سلامت باید موانع دسترسی عادلانه به خدمات را اعم از موانع حقوقی، تحصیلاتی، اقتصادی، جغرافیایی و تبعیضات اجتماعی برطرف سازند. تعهد به عدالت شامل ارتقای سلامت عمومی و تقدم منافع جامعه بر منافع فردی پزشکان نیز می‌شود.

- تعهد به توزیع عادلانه‌ی منابع محدود: پزشکان درعین حال که به نیاز فردی بیماران پاسخ می‌گویند مسئول توزیع خدمات محدود بر مبنای مدیریت معقول و هزینه‌ی اثربخش نیز هستند. بدین منظور لازم است با سایر پزشکان، بیمارستان‌ها، بیمه‌ها و نظام سلامت در تدوین راهنمای هزینه- اثربخشی خدمات همکاری کنند. مسئولیت حرفه‌ای پزشک در توزیع متناسب منابع شامل اجتناب از آزمایش‌ها و عملکردهای غیرضروری و زیاده از حد است.

- تعهد به دانش علمی: پزشکان وظیفه دارند در تولید دانش و استفاده از آن و ارتقای استانداردهای علمی و پژوهشی بکوشند. حرفه‌ی پزشکی متعهد است از صحت علم تولیدشده و مبتنی بودن آن بر شواهد علمی اطمینان یابد.

- تعهد به حفظ اعتماد به وسیله‌ی مدیریت تعارضات منافع: در بیشتر مواقع پزشکان و سازمان‌های خدمات سلامت در موقعیتی قرار می‌گیرند که منافع خود را در اولویت می‌بینند و آن را بر منافع بیمار ترجیح می‌دهند. این موقعیت‌ها اعتماد مردم و بیماران را به پزشکان و نظام سلامت به مخاطره می‌اندازد. پزشکان موظف هستند چنین موقعیت‌هایی را شناسایی و با آن به شکل صحیحی برخورد کنند.

- تعهد به مسئولیت‌های حرفه‌ای: پزشکان به‌عنوان

حرفه‌ای^۱ اشاره می‌شود:

تماس؛

- ۱. نوع دوستی
 - از جحیت دادن منافع بیمار بر منافع خود؛
 - توجه نشان دادن به خواسته‌های بیمار؛
 - صرف وقت و حوصله برای ارائه‌ی اطلاعات به بیمار؛
 - صرف وقت و حوصله برای آرامش بخشیدن به بیمار ناخوش؛
 - تلاش برای کاستن از رنج و درد بیمار از طریق همه‌ی راه‌های ممکن؛
 - دلسوزانه گوش دادن به نگرانی‌های بیمار؛
 - مشارکت در سازمان‌های حرفه‌ای محلی و ملی؛
 - پیشنهاد کمک به سایر اعضای تیم؛
 - داوطلب شدن برای انجام کار فرد دیگری که نمی‌تواند کارش را انجام دهد؛
 - در اختیار دیگران قرار دادن دانش و مهارت‌های خود.

۳. تعالی

- جست‌وجوی فعال بازخوردها؛
- اصلاح رفتارها یا عملکرد خود براساس بازخوردهای ارائه‌شده؛
- نگرش نقادانه به خود و توانایی تشخیص حیطه‌هایی از توانمندی و دانش نیازمند ارتقا؛
- شناختن محدودیت‌های خود و کمک گرفتن از دیگران در مواقع کاستی در دانش و مهارت؛
- سازگاری با تغییر شرایط ارائه‌ی خدمات؛
- ارزیابی سلامتی جسمی و روحی و معنوی خود؛
- احساس مسئولیت برای بازآموزی خود؛
- شرکت در راندها، سمینارها و سایر فعالیت‌های آموزشی؛

۲. وظیفه‌شناسی

- به موقع رسیدن؛
- معتمد بودن؛
- از سرپرست پیروی کردن؛
- انجام دادن وظایف محوله به طور کامل و به موقع؛
- پاسخ به موقع و سر وقت به نامه‌ها، احضارها، تلفن‌ها و پست‌های الکترونیک؛
- رعایت کردن ضوابط و مقررات؛
- همکاری مناسب در کار تیمی؛
- انجام دادن وظایف و در دسترس بودن در زمان

۱. با توجه به اینکه متن درس‌نامه قبل از تنظیم راهنمای رفتار حرفه‌ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران تدوین شده است؛ لذا توصیه می‌شود دستیاران گرامی برای دستیابی به مصادیق حرفه‌مندی به راهنمای یادشده مراجعه کنند.

پوست، عقاید سیاسی، وضعیت تأهل، ناتوانی‌های جسمی و روحی، جنس، تمایل جنسی (همجنس‌گرا یا غیرهمجنس‌گرا) یا محکومیت‌های کیفری یا جنایی؛

۵. درستی و شرافت

- رفتار صادقانه (راستگویی، انصاف، صراحت، خوش‌قول بودن)؛
- حل اختلافات با رعایت شأن و احترام طرف مقابل؛
- اتخاذ رفتار مناسب شأن پزشکی در رفتار، صحبت، نحوه‌ی لباس پوشیدن و آراستگی؛
- صداقت با بیماران و اجتناب از بزرگ‌نمایی توانمندی‌های خود؛
- اظهار نظر فقط در حیطه‌های تخصصی خود؛
- پرهیز از تقلب (دادن و گرفتن) در آزمون‌ها؛
- تشویق کردن موفقیت‌های همکاران خود در اجتماعات عمومی؛
- پذیرفتن مسئولیت کار خود؛
- اجتناب از استفاده از شیوه‌های غیرمنصفانه برای ارتقای جایگاه علمی خود؛
- شرکت نکردن در ارتباطات استثمارگرایانه با همکاران، دانشجویان، بیماران یا خانواده‌ی ایشان به منظور کسب منافع مادی، احساسی، جنسی، پژوهشی یا آموزش؛
- اخلاقی انجام دادن پژوهش و گزارش صادقانه‌ی آن و قدردانی مناسب از مشارکت دیگران در انتشار اثر پژوهشی؛
- اجتناب از دزدی تألیفات.

۶. عدالت

- توزیع عادلانه‌ی منابع مراقبت سلامتی؛

• مطالعه براساس بیماران مراجعه‌کننده به او.

۴. احترام

- برقراری تفاهم با اعضای تیم؛
- حفظ حریم‌های لازم در موقعیت‌های شغلی و آموزشی؛
- معرفی خود و اعضای تیم به بیمار و خانواده‌اش؛
- مخاطب قراردادن بیمار به شکلی مناسب؛
- استفاده از اصطلاحات آشنا و مفهوم برای بیمار در صحبت با او؛
- احترام و حفظ شأن انسانی بیماران و خانواده‌های ایشان چه در حضور آن‌ها و چه در غیاب ایشان در بحث با سایر اعضای تیم درمان؛
- احترام به حق استقلال فردی بیمار از طریق ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی انتخاب‌های درمانی به ایشان یا قیم او؛
- ارائه‌ی مشاوره به خانواده یا قیم قانونی بیمار، در صورت اهلیت نداشتن او برای تصمیم‌گیری؛
- احترام گذاشتن به رازداری و حریم خصوصی بیمار؛
- حفظ حریم‌های لازم در ارتباط با بیمار؛
- ارتباط خوب و مناسب با دانشجویان زیردست در محیط آموزشی؛
- ارتباط خوب و مناسب با استادان در محیط آموزشی؛
- ارتباط خوب و مناسب با شاغلان سایر حرفه‌های مرتبط با سلامتی؛
- تحمل و صبوری نشان دادن در مقابل طیفی از رفتارها و عقاید؛
- تبعیض قائل نشدن در تعاملات خود با دیگران براساس خصوصیتی مانند سن، نژاد، رنگ

- طبابت بر مبنای هزینه-اثر بخشی؛
- مراقبت از منابع خدمات سلامتی.

۳. چالش‌های رفتار حرفه‌ای

آن دسته از عوامل فردی که رفتار حرفه‌ای را خدشه‌دار می‌کنند در هفت دسته‌ی کلی تقسیم‌بندی کرده‌اند: سوءاستفاده از قدرت، تکبر، طمع، بی‌صدافتی، ناتوانی، نبود وجدان کاری و تعارض منافع (۲).

۳-۱. سوءاستفاده از قدرت

حرفه‌ی پزشکی همواره از احترام بسیاری برخوردار بوده است. این احترام قدرت فراوانی برای پزشک به دنبال می‌آورد. به‌طور کلی، بیماران و جامعه از آنچه شاغلان این حرفه انجام می‌دهند یا می‌گویند پیروی می‌کنند. زمانی که از این قدرت به‌طور مناسب استفاده شود، می‌تواند منشأ اجرای کارهای مفید باشد و امکان پایه‌گذاری یک الگوی رفتاری مناسب را برای دستیابی جامعه به بهترین منافع فراهم آورد؛ اما اگر از این قدرت سوءاستفاده شود، می‌تواند سبب شکل‌گیری هنجار غلط برای رفتار حرفه‌ای شود. این سوءاستفاده می‌تواند تدریجی، پنهانی و در سطوح مختلف رخ دهد. در اینجا به سه مورد مهم‌تر در مسأله‌ی سوءاستفاده از قدرت اشاره می‌شود:

- تعامل با بیمار و همکاران: احترام و اعتماد بیمار و همکاران به پزشک بسیار اهمیت دارد و باید ارتقا پیدا کند؛ نه اینکه از آن سوءاستفاده شود. اجازه‌ندادن به بیمار برای بیان خواسته‌ها یا شرکت در تصمیم‌گیری، تأثیر رقابت‌های دانشگاهی و مالی بر روی ارزیابی صادقانه از همکاری یا دانشجو،

استفاده از همکار جوان (رده‌پایین) برای افزایش آثاری و پیشرفت شغلی علمی، به تأخیرانداختن عمدی پیشرفت همکاری که رتبه‌ی پایین‌تری دارد برای بی‌اثرکردن تلاش او و بی‌جهت بدنام کردن او، سوءاستفاده از قدرت است.

- تبعیض: همه‌ی اعضای یک حرفه در برابر فراهم کردن محیطی که در آن همه‌ی همکاران از مشارکتشان لذت ببرند و بتوانند بدون در نظر گرفتن ناتوانی‌ها، وضعیت قومیت، جنسیت، نژاد و مذهب برای شکوفایی استعداد و توانایی بالقوه‌ی خود گام بردارند، مسئول هستند. این مسئولیت شامل حذف کردن بی‌انصافی‌های کوچک و بزرگی است که باعث تبعیض ضد پیشرفت‌های فردی و حرفه‌ای افراد می‌شود.

- نقض رازداری: بیماران اعتماد دارند که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه نگه داشته می‌شود. سوءاستفاده از این اعتماد غیراخلاقی است. اظهارنظرهای غیرضروری یا بحث کردن درباره‌ی جزئیات وضعیت بیماران در جمع (به‌عنوان مثال در یک آسانسور شلوغ یا مهمانی) سوءاستفاده از رازداری محسوب می‌شود. پزشک باید اعتماد بیماران را حفظ کند و فقط در شرایطی خاص بر مبنای مصالح بیمار یا به‌منظور رفع خطر جانی از شخص ثالث یا در صورت ضرورت قانونی، راز را افشا کند.

۳-۲. تکبر

تکبر تظاهر ناخوشایند برای برتری و جلوه‌دادن خود است. تکبر موجب غرور، خودبینی، توهین و تحقیر می‌شود. همه‌ی این خصوصیت‌ها به تدریج ارزش حرفه‌ای را تنزل می‌دهد. پزشکی و فرایند

فریب است. دروغ‌گویی یعنی آگاهانه حرف راست را نگوئیم؛ بنابراین، صرف گزارش غیرواقع نیست. از سویی هر گفتار نادرست نیز دروغ‌گویی نیست. دروغ، اظهار خلاف باور است. فریب نیز اظهار نادرست و عمدی يك واقعیت با هدف گمراه کردن افراد است. دروغ‌گویی به‌طور کلی به نفع بیمار نیست؛ حتی زمانی که به‌منظور کمک به بیمار باشد. فریب، هم در طبابت و هم در تحقیقات می‌تواند رخ دهد. دروغ‌گفتن درباره‌ی کارهایی که انجام داده می‌شود به‌منظور اینکه مبلغی را از شرکت بیمه به دست آورند، اظهار نادرست داده‌های آزمایشگاهی یا دروغ درباره‌ی مداخلات پژوهشی که انجام شده است نمونه‌هایی از فریب هستند.

۳-۵. ناتوانی

پزشکی که توانایی انجام وظایف حرفه‌ای خود را ندارد، باید از مسئولیت‌پذیری در مراقبت از بیماران صرف‌نظر کند و همکاران او نیز باید مراقب باشند که این استانداردها حفظ شود. اختلال در کار پزشک همه یا هیچ نیست؛ به این معنی که یا کاملاً وجود داشته باشد یا اصلاً نباشد. درجات شدید اختلال به‌راحتی تشخیص‌دادنی است؛ ولی موارد خفیف و مرزی آن ممکن است به‌آسانی قابل تشخیص نباشد. بنابراین، هر پزشکی باید آموزش ببیند تا بتواند تمام انواع ناتوانی (به‌ویژه در مراحل اولیه‌ی آن) را به‌خوبی تشخیص دهد و نیز راهکارهای مداخله در آن را بشناسد. پزشکانی که ناتوانی دارند در اغلب موارد محدودیت‌های خود را تشخیص نمی‌دهند و ممکن است قادر به اعتراف به وجود این ناتوانی نباشند؛ باین‌حال، ممکن است دیگران به‌طور واضح بتوانند آن را ببینند. در واقع، ناتوانی ناشی

آموزش آن می‌تواند خودبزرگ‌بینی را در پزشک تقویت کند. آموزش پزشکی طولانی و دشوار است و اطلاعات پزشکی بسیار گسترده و دست‌نیافتنی به نظر می‌رسد؛ ازاین‌رو، گروه پزشکی را مستعد خودبزرگ‌بینی و ایجاد چنین باوری می‌کند.

تکبر، تعهد حرفه‌ای را به سه شیوه مخدوش می‌کند: نخست توانایی فکرکردن پزشک را به عملکرد خود کاهش می‌دهد؛ دوم، همدردی با بیماران را مشکل می‌کند؛ سوم اینکه تعهد حرفه‌ای را با ازبین بردن نقش مفید «شک به محفوظات خود» تخریب می‌کند.

۳-۳. طمع

طمع زمانی پیش می‌آید که پول به يك عامل هدایت‌کننده در طبابت تبدیل می‌شود؛ ازاین‌رو، تعهد حرفه‌ای را به‌شدت مخدوش می‌کند. طمع می‌تواند آرزوی ناشایست از شهرت، قدرت یا پول باشد. اگر پزشکان طماع باشند، جایی برای درک، دلسوزی یا سایر خصوصیت‌های لازم برای حرفه‌ی التیام‌دهنده‌ی پزشکی باقی نمی‌ماند. زمانی که طمع وجود داشته باشد نوع‌دوستی، مراقبت، بخشش و درستکاری به‌طور شایان توجهی کم‌رنگ می‌شود. حذف طمع مستلزم تشخیص آن است. پزشک باید به‌طور مداوم از خود بپرسد که آیا عملکردش تحت هدایت منافع بیماران است یا منافع شخصی خود؟ درمان طمع، مستلزم خودکاوای مداوم و پرسش درباره‌ی انگیزه‌ی خود است تا اطمینان یابیم که عملکردمان براساس منفعتهای شخصی نیست.

۳-۴. بی‌صدافتی

بی‌صدافتی در رفتار حرفه‌ای شامل دروغ‌گویی و

از سوء‌مصرف مواد، وابستگی به دارو، الکلیسم، دمانس یا بیماری‌های روانی به‌طور عمده فراتر از

۳-۶. نبود وجدان کاری

وجدان کاری، قبول مسئولیت حرفه و اساس تعهد حرفه‌ای است. پزشکی را در نظر بگیرید که خود را متعهد به انجام حداقل کار می‌داند. در این صورت، خلاصه‌ترین شرح حال را می‌گیرد یا به جای اینکه خودش رادیوگرافی را ببیند منتظر گزارش رادیولوژی می‌شود؛ به تلفن‌های بستگان بیمار جواب نمی‌دهد یا به جای اینکه بیمار را ببیند، چارت پزشکی او را می‌بیند؛ به جای استفاده از منابع معتبر علمی از نمایندگان شرکت‌های دارویی آخرین اطلاعات را می‌گیرند؛ افزون‌براین می‌توان به پزشکی اشاره کرد که وقت و انرژی زیادی برای پژوهش صرف می‌کند و نمی‌تواند مسئولیت‌های آموزشی‌اش را درست انجام دهد؛ دیر سرراند حاضر می‌شود؛ نمی‌تواند در جلسات مربیان با دانشجویان شرکت کند؛ مراقبت از بیماران را به کارآموزانی محول می‌کند که هنوز آماده‌ی انجام این مسئولیت بدون سرپرستی استاد نیستند؛ سؤال‌های آسان را انتخاب می‌کند؛ در کمیته‌ی کاری‌اش شرکت نمی‌کند یا در جلسات حاضر می‌شود اما در بحث‌ها شرکت نمی‌کند.

۳-۷. تعارض منافع

تعارض منافع، موقعیتی است که در آن احتمال تأثیر نامطلوب منافع فردی بر هدف حرفه‌ای وجود دارد. این امر به‌خودی‌خود غیراخلاقی نیست؛ اما تصمیمی که پزشک می‌گیرد اخلاقی یا غیراخلاقی بودن آن را تعیین می‌کند. به دیگر سخن، تأثیر گذاشتن منافع فردی بر تصمیم‌گیری حرفه‌ای، نادرست و غیر حرفه‌ای است. اولین قدم

توانایی تشخیص خود پزشک آسیب‌دیده است و در بیشتر موارد خارج از توان او برای حل مشکل است. بی‌رغبتی پزشکان به اولین فرد بودن در گزارش ناتوانی یک همکار به مسئولان مربوط، شاید بزرگ‌ترین مشکل در پیوند با این جنبه از تعهدات حرفه‌ای باشد. به محض شک همکار فرد به اینکه ممکن است او ناتوانی داشته باشد، به‌سرعت خیلی از سؤالات و توجیهاتی که فرد را از اقدام سریع و مناسب باز می‌دارد، به ذهن آن همکار متبادر می‌شود؛ مثلاً «شاید من اشتباه می‌کنم»، «او فقط روز بدی داشته است»، «اگر مشکلی داشته باشد، بهتر است شخصی که او را می‌شناسد گزارش کند»، «اگر ناتوانی او را گزارش کنم همکاران چه فکری درباره‌ی من خواهند کرد؟» «او مسئولیت يك خانواده را بر عهده دارد من نمی‌توانم باعث به فقر کشیده شدن آن‌ها شوم»، «اگر متحد باشیم می‌توانیم ناتوانی او را جبران کنیم، ما اجازه نمی‌دهیم اتفاق بدی برای بیماران او بیفتد» و....

دور کردن بهانه‌های واهی گزارش نکردن سخت است؛ درعین حال، برای عمل به وظایف حرفه‌ای و حفاظت از منافع عمومی ضروری است. دلیل تراشی برای گزارش نکردن ناتوانی همکار، خروج از رفتار حرفه‌ای است؛ برای نمونه، با تشخیص به‌موقع و اقدام سریع برای بازتوانی می‌توان از مرگ اجتناب‌پذیر یک همکار به خاطر مصرف دوز بالای دارو پیشگیری کرد. همچنین، این باور که باید به پزشک وابسته به مواد مخدر یا الکل یا دچار اختلال ذهنی اجازه داده شود که از بیمارانی که به او

نیازی به آن‌ها نیست، محصول سوءمدیریت تعارض منافع هستند. اگر اضافه کار و حقوق پزشک با کاهش هزینه‌های بیمار از طریق محدود کردن دسترسی به مشاوره‌های فوق تخصصی و انتخاب‌های درمانی گران قیمت ارتباط مستقیم داشته باشد، پزشک را در تعارض منافع قرار می‌دهد که می‌تواند منجر به عدم دسترسی بیمار به حد مطلوب مراقبت شود (۲).

۴. چهار محدوده‌ی رفتار حرفه‌ای

برای پزشکان طیفی از رفتارهای احتمالی را می‌توان پیش‌بینی کرد. در ذیل یک مدل فرضی از دسته‌بندی این رفتارها آورده شده است:

۴-۱. رفتار ایده‌آل

- بخشنده‌گی و گذشت در برابر همکاران، بیماران و خانواده‌ی بیماران؛
- نوع دوستی نسبت به دیگران؛
- خوش خلقی و انعطاف‌پذیری؛
- فروتنی نسبت به موفقیت‌های خود؛
- داشتن اشتیاق به آموزش یادگیرندگان و پرسش‌های ایشان؛
- دستگیری از بیماران، کارکنان و مشاوران؛
- خدمت بیشتر از میزان وظایف تعیین شده؛
- فرونشاندن عصبانیت و اضطراب بیماران و کارکنان؛
- الگو بودن در داخل و خارج از محیط کار؛
- انجام دادن کار درست فقط به دلایل اخلاقی.

۴-۲. رفتار مطلوب

- به موقع رسیدن و آماده شدن برای کار؛
- اولویت دادن به منافع بیمار؛

برای حل این مشکل تشخیص آن است. پزشک باید از قرارگرفتن در موقعیت‌هایی که منافع خودش را بالاتر از منافع بیمار قرار می‌دهد، اجتناب کند. تعدادی شایان توجه از مسائل مربوط به تعارض منافع، به اعتبار شغلی پزشکی صدمه زده‌اند؛ از این رو، باید برای آموزش دانشجویان پزشکی و نیز پزشکان در این زمینه کوشید و موارد تعارض منافع را در روابط پزشک- بیمار و پزشک- جامعه و ضرورت و شیوه‌ی اجتناب از آن را به آنان شناساند.

دریافت هدایا از تولیدکنندگان داروها یا تجهیزات پزشکی می‌تواند سبب تعارض منافع بالقوه شود. پزشک ممکن است ادعا کند که ارزش هدیه پایین بوده و تأثیری در تجویز دارو نداشته است؛ اما قبول هدایا به طور بالقوه این تأثیر ناخواسته را دارد؛ به ویژه اگر هدایا دارای ارزش مادی بالاتر باشد.

ارجاع بیمار برای انجام دادن تست‌های آزمایشگاهی، اقدامات تشخیصی یا درمانی به شرکت یا آزمایشگاهی که پزشک در آن منافع مادی دارد، نمونه‌ای بارز از تعارض منافع (ارجاع به خود) است. بیشتر پزشکانی که چنین منفعی دارند معتقدند که مشارکت آن‌ها دسترسی بیمار به مراکز یا کیفیت درمان را بهبود می‌بخشد؛ اما نتایج مطالعات نشان داده است در مواردی که پزشکان، سهام دار شرکت‌ها یا آزمایشگاه‌ها هستند، استفاده‌ی بیش از حد از تست‌های تشخیصی و درمانی بیشتر دیده می‌شود. خودارجایی ممکن است بر هزینه‌های مراقبت بیفزاید؛ همچنین می‌تواند بر رفاه جسمی و مادی بیمار اثرگذار باشد. درمان نابجا، ویزیت‌های پی در پی در بیمارستان و مطب زمانی که برای پیگیری علائم یا وضعیت بیمار

- تکمیل مراقبت بیمار قبل از مرخص کردن آن‌ها؛
- حفاظت از منافع و رازداری بیمار؛
- برخورد محترمانه با بیماران و خانواده‌ی آن‌ها، کارکنان، همکاران؛
- آموزش سایر اعضای تیم (دانشجویان، کارکنان، دستیاران)؛
- بحث درباره‌ی مسائل مشکل (انتخاب‌های درمانی، تصمیم‌گیری، خاتمه‌ی حیات، حقیقت‌جویی) به شکل مهربانانه با بیمار، خانواده و سایر کارکنان؛
- پذیرش انتقادهای استادان و کارکنان با گشاده‌رویی.

۴-۳. رفتار نامطلوب

- دیر رسیدن یا دیر آماده‌ی کار شدن؛
- افشای اطلاعات بیمار؛
- عدم مسئولیت‌پذیری در مراقبت از بیمار؛
- بیان کلمات یا اطلاعات اهانت‌آمیز و آزاردهنده؛
- پذیرش هدایای در خور توجه از شرکت‌های دارویی؛
- انجام دادن اقدامات پزشکی غیرجراحی بدون اخذ رضایت معتبر از بیمار؛
- ارجاع به خود؛
- تبعیض میان دانشجویان یا بیماران براساس نژاد، جنس، مذهب یا سایر خصوصیات عینی؛
- تعامل غیرمحترمانه با بیماران، خانواده‌ی آن‌ها یا کارکنان؛
- ذکر نامناسب نام یا نادیده گرفتن زحمات دیگران در آموزش یا تحقیق؛
- اجرائکردن توصیه‌ها یا تعالیم استاد؛
- تغییر برنامه‌ها به نفع خود؛

۵. آموزش و ارزشیابی حرفه‌مندی

رفتار حرفه‌ای طی دهه‌ی اخیر به‌طور ویژه در کانون توجه مسئولان آموزش پزشکی قرار گرفته است و توانمندی مهم و باارزشی در آموزش پزشکی محسوب می‌شود. در پروژه‌ی اهداف دانشکده‌های پزشکی^۱ آمده است که هدف آموزش پزشکی باید تربیت پزشکان باسواد، متبحر، نوع‌دوست و مسئولیت‌پذیر باشد. انجمن ارزیابی کیفیت برنامه‌های دستیاری پزشکی آمریکا^۲ نیز حرفه‌مندی را یکی از توانمندی‌های عمومی برای دستیاران دانسته و بیان کرده است از دستیاران توقع می‌رود

1. Medical School Objectives Project

2. Accreditation Council on Graduate Medical Education (ACGME)

بی‌احترامی به پزشکان و پزشکی را از بین ببرد؛

- می‌تواند به حرفه‌ی پزشکی و پزشکان برای کسب زمینه‌های اخلاقی در کشاکش مداوم با پرداخت کنندگان مالی (سازمان‌های مراقبتی یا دولت‌ها) کمک کند؛

- می‌تواند روند و نتیجه‌ی مراقبت از بیماران را بهبود بخشد (۶).

۵- ۱- ۲. چرایی ضرورت تدریس این درس

- شناخت قلمرو مباحث اخلاقی در پزشکی و جنبه‌های مختلف پروفشنالیسم؛
- آگاهی از ارزش‌ها (خود/ بیمار / اجتماعی / حرفه‌ای) و تعارضات اخلاقی؛
- کسب دانش درباره‌ی قوانین، الزامات حرفه‌ای و اصول اساسی اخلاقی؛
- کسب مهارت در استدلال‌های بالینی و تصمیم‌گیری با استفاده از اصول و چارچوب‌های اخلاقی و الزامات حرفه‌ای؛
- آشناکردن دانشجویان با دانش ضروری و کاربردی درباره‌ی مباحثی که اغلب در ارتباط با بیماران رخ می‌دهد؛ این مباحث شامل رضایت آگاهانه، حقیقت‌گویی، رازداری، حفاظت از انسان‌ها در تحقیقات و مراقبت‌های پایان حیات است؛ البته تنها به این موارد ختم نمی‌شود.
- تشویق دانشجویان برای بناکردن آموخته‌های خود در طول عمر برپایه‌های اخلاق پزشکی بالینی؛
- معرفی اهمیت ارتباط پزشک و بیمار و راه‌های برقراری ارتباط و تصمیمات اخذشده در این ارتباط؛
- پیشرفت مهارت‌های ارتباطی برای افزایش

احترام، دلسوزی، شرافت، پاسخ‌گویی به نیاز بیماران و جامعه و تقدم‌داشتن آن بر منافع خود، مسئولیت‌پذیری در قبال بیمار، جامعه و حرفه‌ی پزشکی و تعهد به ارتقای توانمندی‌های علمی و مهارتی را در رفتار خود نشان دهند.

شورای عمومی پزشکی انگلستان در راهنمای طبابت خوب^۱، اصول و ارزش‌هایی را که طبابت خوب بر آن‌ها پایه‌ریزی شده و در عمل دستورالعملی برای حرفه‌مندی است، برای راهنمایی طبابت پزشکان تدوین کرده است. مستند «پزشکان فردا»^۲ نیز درستکاری و رابطه‌ی مناسب با بیمار را از پیامدهای ضروری آموزش پزشکی می‌داند. امروزه، حرفه‌مندی به‌عنوان جزء ضروری در طرح درس آموزش پزشکی پذیرفته شده و پژوهش‌ها و مقاله‌های فراوانی به نحوه‌ی آموزش و ارزشیابی آن پرداخته‌اند (۲).

توجیه اساسی برای تدریس حرفه‌مندی و اخلاق پزشکی بالینی برپایه‌ی مشارکت در مراقبت از بیمار است؛ بنابراین هدف اصلی آن ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار در طول مراقبت و نتیجه‌ی درمان است. اگر پزشکان جوان مجهز به توانایی‌های مورد نیاز اخلاقی در روند درمانی بیمارانشان باشند، شأن بیماران نیز حفظ می‌شود (۶).

۵- ۱. تدریس اخلاق پزشکی و پروفشنالیسم

تدریس اخلاق پزشکی و پروفشنالیسم دارای چند محور است:

۵- ۱- ۱. اهمیت پروفشنالیسم پزشکی

- می‌تواند چرخه‌ی بی‌اعتمادی عمومی و

1. Good Medical Practice
2. Tomorrow's Doctors

به ناچار شريك زخم‌زننده است و چون زخم‌زننده خواستار فساد مجروح است، کسی که از درمان او دوری کند خوبی او را نمی‌خواهد؛ پس اگر خوبی او را نمی‌خواهد به ناچار خواستار فسادش شده است» (۲). جهت تبیین اهمیت حرفه طبابت در دین مبین اسلام، مواردی از اجزاء حرفه‌مندی که در احادیث اسلامی نیز مورد تاکید قرار گرفته‌اند در ادامه آمده است.

۶-۱. تعالی شغلی

اگر پزشک نادان و غیرمتبحر به مداوای مریض بپردازد و به جای اصلاح سبب فساد شود، از نظر عقلی و عرفی و شرعی مسئول است. بنابر قاعده‌ی ضمان باید دیه‌ی خطا را بر هر تلف‌شده‌ای ضمانت کرد. این امر بین فقها نیز متداول است. پیامبر اکرم(ص) در لزوم تبصر و تعالی شغلی پزشکان می‌فرمایند: «کسی که بدون اطلاع کافی از علم طب، طبابت کند، ضامن است» (۲)؛ از این‌رو، پزشک باید همیشه در حفظ دانش و توانمندی خود و ارتقای آن بکوشد. از امامان معصوم(ع) ما نقل شده است که فرموده‌اند: «مطالب سودمند را یاد بگیرید؛ زیرا دانش گمشده‌ی مؤمن است. پس آن را طلب کنید، گر چه نزد مشرک باشد؛ چرا که شما مستحق و اهل آن هستید نه آنان» (۲).

۶-۲. امانت‌داری، خوش‌رویی و دوری از تکبر

امام صادق(ع) می‌فرماید: «هر صاحب صنعت و حرفه‌ای برای مورد توجه واقع‌شدن به سه خصلت نیاز دارد: در کار خود حاذق و ماهر باشد، در آن کار حق امانت را ادا کند و نسبت به مراجعان خوش‌رو و مهربان باشد.» حدیث امام صادق(ع) ناظر به ضرورت درستکاری و شرافت پزشکان و تعالی شغلی

رابطه‌ی بیمار و پزشک برای حل تعارضات؛

- آگاهی از تخصیص منابع سلامتی، عدالت و نقش پزشک در حمایت از تغییرات سازمانی؛
- تحریک و تشویق دانشجویان برای آگاهی و متمایز نمودن رفتارهای حرفه‌ای / غیر حرفه‌ای هم‌تایان و همکاران و الگوها؛
- بینش و فراست بر ویژگی‌های شخصی و اشراف بر قوت‌ها و ضعف‌ها و به‌کار بستن آن‌ها در کار گروهی و بالینی؛
- یادگیری استراتژی‌های ممانعت از رفتارهای غیر حرفه‌ای (۶، ۹، ۱۰).

۶. اهمیت تعهدات حرفه‌ای از دیدگاه اسلام

ارزش هر علم به شرافت موضوع و غایت آن علم بستگی دارد؛ هر چه موضوع علمی پراهمیت و غایت آن مقدس‌تر باشد، آن علم از ارزش و اهمیتی بیشتر برخوردار خواهد بود. موضوع دانش پزشکی، بدن انسان و هدف آن تأمین سلامتی و تندرستی آدمی است. اهمیت سلامتی و حیات انسان در اسلام به حدی است که اگر انجام‌دادن برخی فرایض و تکالیف به صحت و سلامت انسان لطمه بزند، نه تنها انجام‌دادن آن‌ها از نظر شرع لازم نیست، بلکه در چنین شرایطی انجام‌دادنشان حرام است.

پزشک همواره با انسان‌ها سروکار دارد؛ انسان‌هایی بیمار و رنج‌دیده که خود را در اختیار پزشک قرار می‌دهند و به توجه و مراقبت او نیاز فراوان دارند. واضح است شرافت والای این حرفه برای شاغلان آن مسئولیت‌های سنگینی ایجاد می‌کند. از امام حسین(ع) روایت شده که حضرت مسیح(ع) فرموده است: «کسی که مداوای شخص زخمی را ترک کند

خیر خواه باشد و برای بهبودی بیمار تلاش کند» (۲). از این حدیث بر می‌آید که پزشک باید وارسته، بریده از هوای نفس، فداکار و مسئولیت‌پذیر باشد. به واسطه‌ی تقوای الهی، غش، دشمنی، دغل‌بازی، سهل‌انگاری و تعلل در درون انسان باقی نمی‌ماند و به وسیله‌ی تقواست که انسان برای واجبات شرعی و انسانی‌اش اقدام می‌کند.

امیرالمؤمنین علی (ع) صفات متقین و پارسایان را این گونه بیان می‌کند: «سخنانشان راست، منش آنان میانه‌روی، راه رفتنشان با تواضع و فروتنی، مردم از آزارشان در امان، درخواست‌هایشان اندک، نفسشان عقیف و دامانشان پاک است. از طمع پرهیز می‌کنند و اعمال نیکو انجام می‌دهند. بردباری را با علم، و عمل را با سخن درمی‌آمیزند. مردم به خیرشان امیدوار و از آزارشان در امان‌اند. نیکی‌های آنان به همه رسیده است و ستمکار خود را عفو می‌کند. مردم را با لقب‌های زشت نمی‌خوانند، در مصیبت‌های دیگران شاد نمی‌شوند، در کار ناروا دخالت نمی‌کنند، از محدوده‌ی حق خارج نمی‌شوند» (۲).

به لحاظ برتری ذاتی پزشکان در رابطه با بیمار، شرایط بسیاری برای سوءاستفاده از قدرت رخ می‌دهد و ممکن است حرص و طمع سبب ترجیح منافع پزشک بر منافع بیمار شود؛ از این رو، شایسته است پزشک تقوا پیشه کند و به مراقبه‌ی نفس خود بپردازد و قبل از هر اقدام، انگیزه‌ی خود را از هر تصمیم ارزیابی کند. استمرار و توکل به لطف خداوند لازمه‌ی موفقیت در این مراقبه و خودارزیابی است. خداوند در قرآن از زبان یوسف پیامبر (ص) می‌فرماید: «من هیچ‌گاه نفس خود را از تمایل به

و نوع دوستی ایشان است. در ضرورت اجتناب از تکبر و خودپسندی، امام رضا (ع) از امام علی (ع) نقل می‌فرماید: «اثر بارز علم که برای تو بس است خشیت از خداوند است» (۲). اگر علم منشأ عجب و خودپسندی شود این خود نشانه‌ی جهل است و حکایت از آن دارد که علم به معنای واقعی برای انسان حاصل نشده است. امام صادق (ع) می‌فرماید: «اثری که علم از خود می‌گذارد خشیت الهی است و کسی که از خشیت الهی بهره‌ای نداشته باشد، نمی‌توان او را عالم خواند، هر چند در مسائل علمی موشکافی کند» (۲).

امام باقر (ع) نیز می‌فرماید: «سه صفت و حالت انسان را به هلاکت و عذاب می‌کشاند: حرص و طمعی که انسان از آن اطاعت کند، هوی و هوس‌ی که از آن پیروی شود و خودبینی و خودپسندی آدمی» (۲).

۶-۳. پزشک ناتوان

بر پزشک لازم است به هنگام نیاز و ضرورت، آنچه را که از دیگران می‌خواهد انجام ندهند، خود مرتکب نشود و آنچه را به دیگران توصیه می‌کند، خود انجام دهد و اگر قدرت نداشت خودش را قبل از دیگران معالجه کند؛ پس به درستی که ناصح برای دیگران نیست.

از حضرت عیسی (ع) روایت شده که فرموده‌اند: «پس وقتی دیدید که طبیبی دردی به خودش رسیده به او شک و تردید کنید و بدانید که این طبیب خیر خواه غیر نیست» (۲).

۶-۴. تقوا

امام علی (ع) می‌فرماید: «کسی که بیماران را طبابت می‌کند باید تقوای الهی پیشه کند و

گناه مبرا نمی‌دانم، به حقیقت نفس، آدمی را به اعمال ناروا وادار می‌کند؛ مگر اینکه لطف و رحمت پروردگار مانع آن شود. به‌راستی، پروردگارم آمرزنده و مهربان است»^۱ (۲).

خواهد شد» (۱۲).

مسئولان مراکز درمانی، اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب‌دیده و اقدام به درمان او یا کمک‌های اولیه امتناع کنند به حداکثر مجازات ذکرشده محکوم می‌شوند.

۷. مباحث حقوقی

قانون به اقتضای ماهیت حقوقی تعریف ضابطه‌ای از مسئولیت پزشکی دارد. با توجه به اینکه قانون کف اخلاق و به بیانی پشتوانه‌ی اخلاق است، برخی موارد اخلاقی در حرفه‌ی پزشکی که اهمیتی فراتر از توصیه‌های صنفی داشته، لباس حقوقی بر تن کرده و در صورت رعایت نکردن این نکات، مجازات‌هایی برای آن‌ها تعیین شده است (۲، ۱۱).

بنابر ماده‌ی ۱۲ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلف‌اند در مواقعی که به‌منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیر یا در هنگام بروز بحران و سوانح از سوی سازمان نظام پزشکی یا مراجع قانونی ذی‌ربط اعلام می‌شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند» (۱۱).

۲-۱. نوع‌دوستی

براساس بند اول ماده‌ی واحد قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی سال ۱۳۵۴ «هرکس شخصی یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک‌طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت‌دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه‌ی آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام، خطری متوجه خود او یا دیگران شود یا به وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک، از اقدام به این امر خودداری کند، به حبس

طبق ماده‌ی ۲۷ همین آیین‌نامه «شاغلان حرفه‌های پزشکی مکلف‌اند در موارد فوریت‌های پزشکی اقدامات مناسب لازم را برای نجات بیمار بدون فوت وقت انجام دهند» (۱۱).

۲-۲. وظیفه‌شناسی

بنابر ماده‌ی ۱۸ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «پزشک معالج مسئول ادامه‌ی درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است، مگر اینکه بیمار یا بستگان او مایل نباشند» (۱۱).

براساس ماده‌ی ۲۳ همین آیین‌نامه «نظارت بر امور فنی مؤسسات پزشکی در تمام ساعت‌ها بر عهده‌ی مسئولان فنی آن‌هاست» (۱۱).

همچنین در ماده‌ی ۲۸ این آیین‌نامه آمده است «مسئولان فنی مؤسسات پزشکی اعم از دولتی، خصوصی و خیریه مکلف‌اند علاوه بر قوانین و

جنگه‌ای یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این باره اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه‌ی خود می‌توانست کمک مؤثری بکند به حبس جنگه‌ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم

۱. قرآن کریم، سوره‌ی یوسف، آیه‌ی ۵۳.

بپرهیزند» (۱۱).

ماده‌ی ۶ همین آیین‌نامه تصریح می‌کند: «انجام امور خلاف شئون پزشکی توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه‌ی پزشکی می‌شود خودداری کنند» (۱۱).

همچنین در ماده‌ی ۱۱ این آیین‌نامه آمده است: «حرفه‌های پزشکی و وابسته حق ندارند از بیماران هیچ‌گونه وجه یا مالی را، علاوه بر جوهی که توسط مسئولان مؤسسه‌ی درمانی ذی‌ربط طبق مقررات دریافت می‌شود، وصول نمایند» (۱۱).

طبق ماده‌ی ۵ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی «هیچ‌یک از مؤسسات پزشکی و دارویی صاحبان فنون پزشکی و داروسازی و سایر مؤسسات مطرح در ماده‌ی اول این قانون، حق انتشار آگهی تبلیغاتی را که موجب گمراهی بیماران یا مراجعان به آن‌ها شود یا به تشخیص وزارت بهداشتی بر خلاف اصول فنی و شئون پزشکی یا عفت عمومی باشد ندارند و استفاده از عناوین مجهول و خلاف حقیقت روی تابلو و سر نسخه یا طرق دیگر و دادن وعده‌های فریبنده ممنوع است» (۱۴).

بنابر ماده‌ی ۱۴ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «جذب بیمار به صورتی که مخالف شئون حرفه‌ی پزشکی باشد و همچنین، هر نوع تبلیغ گمراه‌کننده از طریق رسانه‌های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابر، خارج از ضوابط نظام پزشکی ممنوع است. تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویی از سوی شاغلان حرفه‌های پزشکی، همچنین، نصب اعلانات تبلیغی که جنبه‌ی تجاری

مقررات موجود در آیین‌نامه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی، ضوابط علمی و حرفه‌ای ذی‌ربط را رعایت کنند» (۱۱).

۲-۳. تعالی شغلی

بنابر ماده‌ی ۲۵ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «به‌کارگیری و استفاده از افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی و حرفه‌های وابسته در مؤسسات پزشکی و مطب ممنوع است» (۱۱).

براساس قانون آموزش مداوم جامعه‌ی پزشکی کشور مصوبه‌ی ۱۳۷۵/۳/۱ مجلس شورای اسلامی، ماده‌ی ۱، به‌منظور ارتقای سطح دانش و مهارت‌های شغلی جامعه‌ی پزشکی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است از تاریخ لازم‌الاجراشدن این قانون، با همکاری سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، نسبت به آموزش مداوم جامعه‌ی پزشکی کشور (پزشک، دندان‌پزشک، دکتر داروساز، دکترای حرفه‌ای و متخصصان علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی و دکترای علوم بهداشتی) و برگزاری و ارزشیابی آموزش مداوم این جامعه، در طول هر پنج سال اقدام کند (۱۳).

۲-۴. شرافت و درستکاری

براساس ماده‌ی ۳ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «شاغلان حرفه‌های پزشکی باید طبق موازین علمی و شرعی و قانونی با رعایت نظامات دولتی، صنفی و حرفه‌ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی

دارند، در محل کار آن‌ها مجاز نیست» (۱۱). افزون‌براین در ماده‌ی ۱۵ آن آمده است: «انتشار مقالات و گزارش‌های پزشکی و تشریح مطالب فنی و حرفه‌ای که خارج از ضوابط علمی پزشکی بوده و جنبه‌ی تبلیغاتی گمراه‌کننده داشته باشد، ممنوع است» (۱۱). در ماده‌ی ۱۶ این آیین‌نامه تصریح شده «استفاده‌ی شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته از عناوین علمی و تخصصی غیرتأییدشده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است» (۱۱).

۷-۷. تعارض منافع

براساس ماده‌ی ۱۳ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای حرفه‌های پزشکی و وابسته «جذب و هدایت بیمار از مؤسسات بهداشتی درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی اعم از بیمارستان و درمانگاه و... و بالعکس به منظور استفاده‌ی مادی توسط حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است» (۱۱).

همچنین در ماده‌ی ۲۰ این آیین‌نامه آمده است: «فروش دارو، محصولات آرایشی و بهداشتی، تجهیزات و لوازم پزشکی و محل طبابت توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی بدون اخذ مجوز رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است» (۱۱).

۸. نتیجه‌گیری

بحث نظری درباره‌ی تعریف و شناخت اجزای تعهد حرفه‌ای در پزشکی در نیمه‌ی راه خویش است. به نظر می‌رسد که نمی‌توان تعهد حرفه‌ای بدون برشمردن اجزای متعدد آن و ارائه‌ی تعریفی برای هر جزء به‌طور کامل تعریف کرد. با وجود اینکه در حال حاضر تعریف ارائه‌شده از سوی بورد طب داخلی آمریکا بیشترین مقبولیت عمومی را به دست آورده، لیکن مشارکت تمامی رشته‌های علوم بالینی

طبق ماده‌ی ۵۳۹ قانون مجازات اسلامی، هرگاه طبیب برای معافیت شخصی از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به مراجع قضایی، درباره‌ی آن شخص تصدیق‌نامه‌ای بر خلاف واقع بدهد به حبس از شش ماه تا دو سال یا سه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد» (۱۵).

۷-۵. احترام

براساس ماده‌ی ۴ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی را ندارند» (۱۱).

۷-۶. عدالت

بنابر ماده‌ی ۷ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران ممنوع است» (۱۱). همچنین در ماده‌ی ۱۷ این آیین‌نامه آمده است: «تجویز داروهایی که

امکانات ایمنی برای کارکنان خدمات سلامت نیست. باوجوداین، ما اغلب برای اجتناب از صدماتی که ممکن است متوجه ما شود، پیامدهای نامطلوب وظیفه‌ی حرفه‌ای خود را بیش از حد واقعی تخمین می‌زنیم و به این شکل پرهیز از انجام وظیفه‌ی حرفه‌ای خود را توجیه می‌کنیم. بیماران برای سلامتی خود به خدمات ما نیاز دارند و ما با انتخاب این حرفه پذیرفته‌ایم که این خدمات را ارائه دهیم. هر حرفه در موقعیت‌هایی خاص در جاتی از خطر را برای ارائه‌ی خدمات خود می‌پذیرد؛ به عنوان مثال، در اپیدمی‌های واگیر مثل آنفولانزا و سارس حتی خود پزشکان نمی‌پذیرند که از مراقبت بیماران مبتلا سر باز زنند. در این نمونه، اترن برای مراقبت از بیمار موظف به انجام دادن ABG با رعایت اصول حفاظتی و ایمنی است.

توضیح نمونه‌ی دوم

طبق اصل مسئولیت‌پذیری و وظیفه‌شناسی پزشک موظف است از تداوم مراقبت از بیمار و حفظ اطلاعات مربوط به بیماری او اطمینان حاصل کند؛ بنابراین، رزیدنت بیمار مسئول حفظ و نگهداری MRI بیمار است که به امانت از او گرفته شده است. در این نمونه استاد به جای تذکر این اصل به دستیار و تأکید برای پیدا کردن آن، هزینه‌ی اضافی تکرار MRI دوباره را به بیمار تحمیل می‌کند. رزیدنت برای اجتناب از برهم خوردن نظم درمانگاه و معطل شدن بیمارانی که وقت ویزیت داشته‌اند موظف بود که برای ملاقات همراه بیمار و تحویل MRI، وقت قبلی در نظر می‌گرفت. موضوع دیگر مشاجره‌ی رزیدنت با پرستار بخش است که متناسب

و پایه برای دسترسی به تعریف جامع لازم است. سازمان‌های معتبر فارغ التحصیلی و سازمان‌های حرفه‌ای در پزشکی بر این باورند که دانش اخلاق پزشکی و استفاده‌ی کاربردی از مهارت‌های استدلال‌های اخلاقی بالینی از اجزای اساسی پزشک‌بودن است. اخلاق پزشکی و پروفشنالیسم در دانشکده‌های پزشکی تدریس می‌شود؛ بااین حال درباره‌ی اینکه آیا تدریس این درس موجب بهبود کیفیت مراقبت از بیماران گشته یا اینکه آیا ارتباط بیمار و پزشک تحکیم یافته است، اطلاعات محدودی وجود دارد. علی‌رغم اینکه در پیوند با هدف غایی پروفشنالیسم که خلق پزشک خوب است، اجماع نظر وجود دارد و در پزشکی آکادمیک بر ضرورت آموزش پروفشنالیسم به دانشجویان و دستیاران پزشکی به صورت گسترده توافق شده، نکته‌ی مهم این است که دانشجویان پزشکی و دستیاران در طی آموزش خود تعارضات اخلاقی را تجربه کنند و نسبت به ارزش‌ها و اهداف پروفشنالیسم و آموزش اخلاق خوش‌بین باشند و به حرفه‌مندی، تمایل، احساس نیاز و باور داشته باشند تا رفتار و نگرش‌های لازمه‌ی یک پزشک خوب را کسب کنند و مورد اعتماد جامعه باقی بمانند.

توضیح نمونه‌ی اول

این موقعیت، نمونه‌ی تعارض منافع است که در آن وظیفه‌ی حرفه‌ای در تعارض با منافع شخصی پزشک قرار گرفته است. براساس اصل نوع دوستی پزشک موظف است منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح دهد؛ البته این به منزله‌ی رعایت نکردن اصول ایمنی و وظیفه‌ی سازمان در فراهم آوردن

با ارائه‌ی خدمات گروهی نبوده و نقض احترام به همکار است.

یادداشت

۵. فراتی کاشانی، مهدی و همکاران. (۱۳۸۹). «بررسی تعهد حرفه‌ای دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تهران از دیدگاه بیماران»، مجله‌ی ایرانی تاریخ و اخلاق پزشکی، ۳ (۴)، صص ۴۶ تا ۵۶.

۶. قاسم‌زاده، نازآفرین و همکاران. (۱۳۸۸). «اخلاق حرفه‌ای در آموزش پزشکی»، در: دهمین اجلاس آسیایی اخلاق زیستی و چهارمین نشست آسیا - اقیانوسیه یونسکو در حوزه‌ی اخلاق (مجموعه‌ی سخنرانی). تهران. صص ۵۷ و ۵۸.

7. Agha, Riaz A. (2012). "Annals of Medicine and Surgery – Educating and Developing Leading Physicians and Surgeons". Ann Med Surg. 1, P. 1-6

8. Frenk, Julio & et al. (2010). "Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World". Lancet. 376 (9756), P. 1923-1958

9. . Eckles, Rachael E. & et al. (2005). "Medical Ethics Education: Where are we? Where should we be Going? A Review". Acad Med. 80 (12), P. 1143-1152.

10. Huddle, TS. (2005). "Teaching Professionalism: Is Medical Morality a Competency?". Academic Medicine. 80 (10), P. 885-891.

۱۱. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۹۰). آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی در قوانین پزشکی. تهران: پیشگامان توسعه. صص ۵۳ تا ۶۱.

۱۲. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. «قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی» مصوب ۱۳۵۴، دست‌یافتنی در

(تاریخ بازیابی ۱۳۹۲) <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/97285> (1392)

۱۳. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. «قانون آموزش مداوم جامعه‌ی پزشکی کشور»، دست‌یافتنی در

<http://rc.majlis.ir/fa/law/show/92667>

(تاریخ بازیابی ۱۳۹۲)

۱۴. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. «قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی»، دست‌یافتنی در

<http://rc.majlis.ir/fa/law/show/94734>

(تاریخ بازیابی ۱۳۹۲)

۱۵. منصور، جهانگیر. (۱۳۸۰). قانون مجازات اسلامی. تهران: نشر دیدار

نویسندگان بیان می‌دارند که بیشتر محتوای مطالب این بخش برگرفته و در خیلی از موارد عیناً از دو منبع اصلی شامل: درس‌نامه‌ی تعهدات حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تهران، نوشته‌ی دکتر فریبا اصغری و کتاب حرفه‌ای‌گری و برنامه‌ی درسی پنهان در آموزش پزشکی، نوشته‌ی دکتر نیکو یمانی، دکتر طاهره چنگیز و دکتر پیمان ادیبی از انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، جمع‌آوری شده است که بدین‌وسیله از موافقت و مجوز این نویسندگان محترم تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. HCPC (Health Care and Professions Council)(2014). Professionalism in Healthcare Professionals. Research Report. Available at <http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10003771Professionalisminhealthcareprofessionals.pdf>(accessed in 2014).

۲. بی‌نا. (بی‌تا). درس‌نامه‌ی تعهد حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تهران. بی‌جا

Available at <http://medicine.tums.ac.ir/filegallery/Professionalism.pdf> (accessed in 2010)

۳. یمانی، نیکو و همکاران. (بی‌تا). حرفه‌ای‌گری و برنامه‌ی درسی پنهان در آموزش پزشکی. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Available at http://zums.ac.ir/files/education/Education_art/professionalism_and_hidden.pdf (accessed in 2018).

4. Swick, Herbert M. (2001). Professionalism: a Key to Weathering the Storm. Obstet Gynecol; 98 (1), 156-161.

فصل ششم

ملاحظات اخلاقی در ارتباط پزشک و بیمار

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر سید نصرالله سیار

معرفی نمونه‌ی اول

آقای «ک» ۴۵ ساله، مدیرعامل کارخانه، با درد شدید در ناحیه‌ی شکم به مطب دکتر «م» (جراح) مراجعه می‌کند. دکتر «م» بعد از معاینه‌ی کامل، با تشخیص کوله سیستست حاد و بعد از توضیحات کامل پیشنهاد جراحی اورژانسی می‌دهد و آقای «ک» می‌پذیرد. جراحی لاپاراسکوپیک با موفقیت انجام می‌شود و آقای «ک» بعد از بستری کوتاهی با حال عمومی خوب مرخص می‌شود. بعد از دو هفته آقای «ک» وارد مطب دکتر «م» می‌شود و بعد از احوالپرسی‌های اولیه جعبه‌ای کوچک به عنوان هدیه به دکتر «م» می‌دهد. درون جعبه کلید یک اتومبیل گران قیمت است. آقای «ک» توضیح می‌دهد که در قبال آن هیچ انتظاری از دکتر «م» ندارد و صرفاً برای قدردانی از زحمات و برخورد انسانی دکتر دوست دارد هدیه‌ای در شأن دکتر به او بدهد. دکتر «م» سکوت می‌کند.

معرفی نمونه‌ی دوم

خانم «س» ۴۵ ساله دچار نارسایی کلیه است؛ اما به طور مکرر، در نوبت مقرر خود برای دیالیز مراجعه نمی‌کند و نیاز به دیالیز اورژانسی پیدا می‌کند. او همچنین، رژیم غذایی خود را نیز رعایت نمی‌کند و داروهایش را هم مرتب استفاده نمی‌کند. افزون بر این، به دلیل مصرف مواد مخدر چندین بار دچار مسمومیت شده و به کارکنان بخش دیالیز حمله‌ور شده و الفاظ ناشایست به کار برده است. پزشک نفرولوژیست با او قرار گذاشته است که اگر بیمار رژیم غذایی‌اش را رعایت کند و داروهایش را مرتب مصرف کند و سر موعد برای دیالیز بیاید و برای درمان سوءمصرف مواد به مراکز مربوطه یا روان‌پزشک مراجعه کند، دیالیز او را انجام خواهد داد. پس از مدتی به دلیل سرپیچی بیمار از قراری که با پزشک گذاشته، پزشک به او اعلام می‌کند که دیگر حاضر به ارائه‌ی خدمات درمانی به او نیست؛ البته فهرستی از نفرولوژیست‌های منطقه را هم به او ارائه می‌دهد. اکنون خانم «س» به سبب هیپرکالمی و نارسایی احتقانی قلب به اورژانس همان مرکز آورده شده است و نیاز به دیالیز اورژانس دارد. نفرولوژیست چه باید بکند؟ چرا؟

۱. مقدمه

نکات ریز و برجسته‌ای که پیرامون این رابطه وجود دارد، باعث تقویت یا تضعیف اهداف تشخیصی-درمانی می‌شوند. توجه به جوانب و نکات مهم ایجاد رابطه‌ی صادقانه می‌تواند پزشکان را در ایجاد رابطه موفق کرده و در نهایت از آنان يك پزشك مبرز و موفق بسازد. پزشکان در موقعیت‌های خاص به تصمیم‌گیری‌های دقیق و تعیین‌کننده نیاز دارند (۳)؛ البته خصوصیات مسأله و مشکل بیمار، از جمله نوع و شدت بیماری و همچنین، مکان فیزیکی که ارتباط در آن شکل می‌گیرد (بیمارستان، مطب، خانه و...) در تعیین ارتباط پزشک و بیمار مؤثر است (۴).

دانشجویان نیز در دوران تحصیل با طیفی وسیع از بیماران، خانواده‌های آنان، پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان خدمت تماس دارند؛ ازاین‌رو، برای برقراری ارتباط بین‌فردی به کسب مهارت نیاز دارند. از طرف دیگر، آن‌ها شاهد تنوع سنی، جنسی، فرهنگی، وضعیت اقتصادی اجتماعی، شخصیت و ابعاد روانی، اعتقادات مذهبی و ادراک بیماران هستند. این تنوع، حساسیت و انعطاف‌پذیری پزشک را می‌طلبد تا رضایت بیمار و پزشک را به ارمغان آورد (۲).

داشتن ارتباط مناسب با بیمار، مستلزم ارتقاء دانش و نگرش در کنار مهارت است. دانش، مفاهیم پایه‌ی برقراری ارتباط (مانند مدل‌های ارتباط، پیام‌های مستقیم و غیرمستقیم، انواع و عملکرد ارتباط غیرکلامی) و واژگان پایه را برای کسب مهارت ارائه می‌کند. نگرش مناسب شامل درک اهمیت برقراری ارتباط مؤثر، نیاز به دیدن بیماران به‌عنوان

طبق تعریف حرفه‌ی پزشکی مجموعه‌ای از اقدامات، ارزش‌ها، رفتارها و توجهاتی است که برای حفظ منافع بیمار به‌عنوان فردی از کل جامعه به کار گرفته می‌شود. ارتباط پزشک و بیمار یک مهارت بالینی پایه است و محور تمامی اقدامات بالینی است. از میان چهار اصل بنیادین اخلاق پزشکی، احترام به اتونومی بیش از بقیه‌ی اصول در رابطه‌ی پزشک و بیمار جلوه می‌کند. حساسیت و مسئولیت حرفه‌ی پزشکی ایجاب می‌کند پزشک در ارتباط خود با بیمار بسیار محتاط و دقیق باشد؛ ازاین‌رو ارتباطات حرفه‌ای در طب از اهمیتی بسزا برخوردار است (۱). در واقع، ارتباط پزشک با بیمار جوهره‌ی اصلی طبابت است. این ارتباط يك ارتباط دوطرفه و پویاست. برقراری ارتباط، لازمه‌ی کسب اطلاعات درباره‌ی بیماری و تشخیص صحیح و درمان مناسب است. بیمار باید در حضور پزشک احساس راحتی کند و به او اعتماد داشته باشد، از طرف دیگر، پزشک باید شنونده‌ی خوبی باشد و با زبانی قابل فهم برای بیمار درباره‌ی بیماری‌اش و اقدامات لازم، توضیح دهد تا او در تصمیم‌گیری درباره‌ی بیماری خود با دیدی باز عمل کند. مهارت در این امر باعث رضایت بیمار و پزشک، همکاری بهتر در درمان و کاهش ادعای درمان نادرست می‌شود (۲).

هنگامی که بیماری برای کمک به پزشک مراجعه می‌کند مقدمات ایجاد رابطه بین آنان آغاز می‌شود؛ در رابطه‌ی پزشک و بیمار صداقت مهم‌ترین عنصر تحکیم است. این ارتباط بسیار ساده که منشأ عبور از مسیری کوتاه یا طولانی برای درمان بیمار است، فراز و نشیب‌های بسیاری خواهد داشت.

یاد می‌شده است. طب باستان ایرانی با آیین زرتشتی و تعلیمات آن پیوند داشت و پزشکان در آن دوران از طبقه‌ی روحانیان انتخاب می‌شدند و طب و الهیات را هم‌زمان تحصیل می‌کردند. با ظهور اسلام دانشمندان مسلمانی مانند ابوعلی سینا و زکریای رازی گام‌های بزرگی در تلفیق اخلاق و طب برداشتند. اولین بار برزویه‌ی طبیب رابطه‌ی اخلاقی بین پزشک و بیمار را مطرح کرد. بعد از او زکریای رازی در نامه‌ای به یکی از شاگردانش، در قالب رساله‌ای کم‌برگ ولی پر محتوا و مفید، جوانب مختلف رابطه‌ی پزشک و بیمار و حتی وظایف بیمار در قبال پزشک را برشمرد. رازی در این رساله به تفصیل به موضوع احترام به کرامت انسانی، رازداری، رفتار همدلانه، آداب تجویز دارو، پیگیری بیمار بعد از مصرف دارو، آداب درمان‌های مداخله‌ای و جراحی سرپایی و حتی شیوه‌ی رفتار با تهیدستان و افراد عادی و ثروتمند و فرمانروایان پرداخته است (۷).

همچنین، ارتباط بین پزشک و بیمار با «مدل بیماری»^۳ غالب در هر دوره‌ی زمانی، ارتباطی عمیق داشته است؛ به‌طور مثال، در قرن هجدهم، علائم^۴ همان بیماری بود و مدل بیماری براساس تفسیر علائم شخصی هر بیمار شکل می‌گرفته است. لازمه‌ی این مدل علائم‌محور، پرداختن به حفظ حاکمیت بیمار در این دوران بوده است؛ اما با ظهور بیمارستان‌ها در اواخر قرن هجده و رشد سریع دانش میکروبیولوژی و مهارت‌های جراحی، مدل زیست‌پزشکی^۵ بیماری، جایگزین مدل علائم‌محور

فردی از افراد جامعه به جای یک «مورد بیماری»^۱ و همکاری با سایر اعضای تیم مراقبت‌های سلامتی است (۲)؛ به‌عنوان مثال، کاسل^۲ در این زمینه معتقد است «هر آنچه که پزشکان در گذشته همراه با مهر، همدردی، صبر و از روی علاقه‌ی شخصی انجام می‌داده‌اند و توجه اصلی آن‌ها به فرد بوده است و نه بیماری، هم‌اکنون دیگر به مسأله‌های فرعی تبدیل شده است.»

پزشکی به شیوه‌ی علمی و جست‌وجوی نتایج مبتنی بر شواهد، این خطر را به وجود آورده است که توجه اصلی پزشکی به بیماری معطوف شود و نه به کلیت وجود یک فرد (۵). اعتماد دوطرفه، پذیرفتن دیگری و درک قابلیت اثرگذاری پزشک به خاطر تخصص، از ملزومات ارتباط پزشک-بیمار است. در این ارتباط، رفتار پزشک همیشه باید توسط نگرانی او برای بیمارش کنترل شود. پزشکان همیشه باید حساسیت احترام به اشخاص، احترام به اتونومی و حق محرمانگی را در خود تقویت کنند (۴) و مسائلی چون: گرفتن رضایت آگاهانه، رازداری و حقیقت‌گویی را در این ارتباط مدنظر قرار دهند (۶).

۲. تاریخچه‌ی ارتباط پزشک و بیمار

مطرح‌شدن موضوع ارتباط پزشک و بیمار به سوگندنامه‌ی بقراط بر می‌گردد. بقراط اولین کسی بود که مبانی اخلاقی را با طب در قالب سوگندنامه درهم‌آمیخت. در ایران امتزاج اخلاق و طب قدمتی دیرین دارد و حتی در برخی متون قدمت آن به دوران قبل از بقراط می‌رسد. به‌طوری‌که در آن دوران از اخلاق پزشکی پارسیان با عنوان «مدرن»

3. Model of Illness

4. Symptoms

5. Biomedical Model

1. Case

2. Cassell

شد و حاکمیت بیمار به حاکمیت پزشک بدل شد. اصطلاح «پزشک همچون دارو» که بلینت^۱ در سال ۱۹۶۴ ارائه کرد، حاکی از طبیعت دینامیک ارتباط پزشک و بیمار در نظر اوست؛ او معتقد است که قدرتمندترین وسیله‌ای که پزشک در اختیار دارد، خود اوست. او همچنین، اصطلاح «سرمایه‌گذاری دو طرفه»^۲ را در ارتباط پزشک و بیمار مطرح کرده و بر این باور است که این سرمایه‌گذاری به مرور زمان به هر دو طرف (پزشک و بیمار) سود می‌رساند. در قرن نوزدهم و نیمه‌ی اول قرن بیستم نیز مدل قدیمی ارتباط پزشک-بیمار مبتنی بر وابستگی بیمار به سلطه‌ی حرفه‌ای پزشک ادامه یافت و باور چنین بود که بیمار از عملکردهای پزشک سود خواهد برد و لذا آنچه بیمار ترجیح می‌داد، اغلب مغلوب یا نادیده گرفته می‌شد. در طول نیمه‌ی دوم قرن بیستم، ارتباط پزشک و بیمار به صورت یک «مدل تصمیم‌سازی مشترک»^۳ تکامل یافت که در این مدل، بیمار یک عامل خودمختار^۴، با باورها و ارزش‌های شخصی محسوب می‌شد. درست به همین دلیل است که بعضی نویسندگان، در پیش‌انداختن کلمه‌ی «بیمار» در اصطلاح «ارتباط بیمار-پزشک» تعمد داشته‌اند. به طور کلی، ارتباط پزشک-بیمار به نحوی است که بدون یکی، دیگری استقلال معنایی ندارد. بدون وجود بیمار، پزشک و علم پزشکی به کار نمی‌آید و بدون وجود پزشک و علم پزشکی نیز هیچ بیماری سودی عایدش نخواهد شد و تنها طبیعت است که به احوال او حکمرانی خواهد کرد. این چنین است که برخی نگارندگان مقاله‌ها، این ارتباط دوجانبه را یک ارتباط دوقطبی^۵ نام نهاده‌اند (۸).

باور بر این است که انتظارات بیماران از پزشکان در نیمه‌ی دوم قرن بیستم به صورت شدیدی تغییر یافته است. این امر به واسطه‌ی تغییرات فرهنگی ایجاد شده که در نهایت رابطه‌ی میان پزشک و بیمار را تحت تأثیر قرار داده است. برای درک بهتر این موضوع بهتر است به گذشته بازگردیم و انتظارات و نوع رابطه در آن زمان را بررسی کنیم. پزشکان در گذشته واژه‌ی «بیمار» را برای مشتریان خود از طبقه‌ی بالای جامعه که می‌توانستند دستمزد آن‌ها را بپردازند، به کار می‌بردند؛ در حالی که برای دیگران که توانایی پرداخت دستمزد آن‌ها را نداشتند از واژه‌هایی دیگر چون: «مریض فقیر و بیچاره» استفاده می‌کرده‌اند. کتاب توماس پرسکیوال^۶ که در سال ۱۸۰۳ و در زمینه‌ی اخلاق پزشکی نوشته شده تأثیری بسیار مهم در پی داشته است؛ زیرا در این کتاب تمام افراد مریض «بیمار» خطاب شده و توصیه شده است که تمام افراد جدای از موقعیت و جایگاهشان باید احترام برابری دریافت کنند و برای همگان باید التزامات اخلاقی یکسانی به کار گرفته شود. در کتاب پرسکیوال همچنین، به ویژگی‌های شخصیتی یک پزشک شایسته نیز اشاره شده است. به اعتقاد او پزشک باید تعادلی میان ترحم و قدرت برقرار کند و عطوفت و استقامت را یک‌جا بیامیزد. امروزه، باور بر این است که پزشک باید در برابر احساسات و عواطف بیمار نیز حساسیت نشان

1. Balint

2. Mutual Investment

3. Shared Decision Making Model

4. Autonomous Agent

5. Dimer

6. Thomas Percival

که بعدها حقوق بیمار را قائم بر اراده‌ی او دانسته است. این کتاب اساس کدهای اخلاقی سال ۱۸۴۷ انجمن پزشکی ایالات متحده را تشکیل می‌دهد که در فصل اول آن با «وظایف پزشک نسبت به بیمار» و «الزامات بیمار نسبت به پزشک» برخورد یکسانی می‌شود؛ البته شایان ذکر است که در ادامه‌ی کدهای اخلاقی انجمن پزشکی امریکا، به موضوع الزامات و مسئولیت‌های بیمار در قبال پزشک نیز پرداخته شده؛ اما چنین امری در بریتانیا وجود نداشته است. از جمله مواردی که می‌تواند دال بر وقوع چنین تغییراتی باشد می‌توان به انتشار سند همکاری شورای مصرف‌کنندگان اسکاتلند در زمینه‌ی حقوق و مسئولیت‌های بیمار در سال ۲۰۰۳ اشاره کرد. در این سند علاوه بر تأکید بر حقوق بیمار، مبنی بر دسترسی به دانش تخصصی و گزینه‌های ثانویه‌ی درمانی، خدمات ترجمه و اطلاعات دقیق درباره‌ی زمان انتظار درمان، به مسئولیت‌های او نیز پرداخته شده است (۵).

ویژگی الزامات اخلاقی منتهی به افزایش سودمندی و به حداقل رساندن ضررهای وارده به بیمار، تا یک قرن پس از پرسوال باعث شد که پزشک بتواند تحت لوای خیرخواهی برای بیمار اطلاعات هراسناک را از او بپوشاند و از طرف خود برای او تصمیم بگیرد؛ اما از دهه‌ی ۱۹۵۰ چنین تفسیری به تدریج اعتبار خود را از دست داد و تا دهه‌ی ۱۹۸۰ دیگر به صورت کامل از میان برداشته شد. نیت اصلی از چنین رفتار پدرمآبانه‌ای در خیرخواهی و حمایت از بیمار است؛ اما باعث ناتوان انگاشته‌شدن بیمار و سلب حق انتخاب از او می‌شود. در تمام موارد اخلاقی امروز بیمار به عنوان ذی صلاح‌ترین مرجع تصمیم‌گیری

دهد و از ترس‌ها و اضطراب‌های او آگاه باشد و به جای درمان صرف بیماری فرد، به کلیت او توجه شود؛ البته در برخی کتب اخلاق پزشکی تحلیلی و خیراندیشانه‌ی معاصر، برخی از چنین انتظاراتی بی‌جا و تعدادی نیز ناشی از فروتنی انگاشته شده‌اند.

طبق نوشته‌های پرسوال، پزشک باید اعتماد به نفسی همراه با صمیمیت داشته باشد و شرایط بیمار خود را دوستانه زیر نظر بگیرد و در صورت بروز رویدادی تأسف‌بار به نرمی و عطوفت اعضای خانواده‌ی او را برای پذیرش آن متقاعد سازد. به اعتقاد او، نباید اطلاعات بسیار پیچیده در اختیار مریض قرار داده شود. از گذشته‌های دور به پزشکان آموخته‌اند که همواره امید و روحیه‌ی بیماران خود را بالا نگه دارند و با بازگونکردن رویدادهای ناخواسته، مانع از اضطراب و نگرانی آن‌ها شوند. به پزشکان توصیه می‌شده است که «عمر بیماران نه تنها در اثر اتفاقات و واقعیات، بلکه در اثر گفته‌های پزشک نیز کوتاه می‌شود؛ از این رو، بر تمام پزشکان فرض است که از بازگوکردن هر آنچه می‌تواند منجر به ناامیدی و افسردگی بیمار گردد، اجتناب کنند.» این توصیه‌های اخلاقی پزشکان را متقاعد ساخته که تنها آنچه را که برای بیمار سودمند است بیان کنند و آن‌ها را وارد بطن موضوع و انتخاب نکنند (۵).

البته از منظر دیدگاه‌های امروزی چنین کاری در واقع به نوعی تجسم هم‌زمان جنبه‌های مثبت و منفی پدرمآبی پزشکی است؛ زیرا در طی آن پزشک درباره‌ی احوالات بیمار اندیشناک است، اما با همه‌ی آن‌ها برخورد یکسانی ندارد. جالب توجه آن است که کتاب پرسوال در کشوری پذیرفت شده

بیماران علی‌الخصوص آن دسته که به امراض منتهی به مرگ دچارند، درباره‌ی احیای قلبی‌ریوی گفت‌وگو شود یا خیر.

برخی پزشکان معتقدند باید با بیمارانی که به‌وضوح در آن‌ها خطر مرگ وجود دارد، در زمینه‌ی احیای قلبی‌عروقی گفت‌وگو کرد؛ هر چند که بیان این موضوع می‌تواند هراسناک باشد. بیمار باید از تصمیمات درمانی گرفته‌شده درباره‌ی خودش آگاه باشد؛ اما ترس از بی‌احترامی به بیمار یا بی‌توجهی به استقلال او نمی‌تواند بدین معنا باشد که بتوان روش کار یکسانی را در تمام موارد به کار برد. همان‌گونه که در بحث مربوط به نگهداری و مراقبت از بیمارانی که در مراحل انتهایی حیات خود هستند نیز مشخص می‌شود، انجمن پزشکی برای مطرح کردن مواردی که هیچ سودی برای بیمار ندارد، ضرورتی ایجاب نکرده است؛ بلکه توصیه کرده که درباره‌ی هرکدام از افراد برخوردی منحصر به فرد انجام شود؛ البته برای ارائه‌ی توضیح یا گزینه‌ای به بیمار، صحیح نیست که تنها به صرف مواردی چون: سن بیمار یا احتمال موفقیت گزینه‌ی درمانی تصمیم گرفت (۵).

۳. انتظارات در حال تغییر در رابطه‌ی میان پزشک و بیمار

امروزه، آنچه بیماران از پزشکان خود انتظار دارند با انتظارات اجداد و گذشتگان آن‌ها بسیار متفاوت است. این موضوع به علت تغییرات اجتماعی و دگرگون شدن مفاهیمی چون منفعت، ضرر و برترین منافع یا مصلحت می‌تواند روی داده باشد. برخلاف گذشته که در آن پزشکان براساس ضوابط درمانی تصمیمات لازم را اتخاذ می‌کردند، امروزه، بیماران

براساس منافع تلقی می‌شود و بدین‌منظور باید تمام اطلاعات لازم در این زمینه به آن‌ها داده شود. تأکید همواره بر استقلال بیمار، حاکی از آن است که پزشکان باید بیماران را در اتخاذ مناسب‌ترین تصمیمات برای خود یاری رسانند و هیچ‌گاه برای همه‌ی آن‌ها اهداف یکسانی لحاظ نکنند. چنین توصیه‌ای درباره‌ی تمام بیمارانی که به کسب اطلاعات در این زمینه اشتیاق دارند صدق می‌کند؛ البته همه‌ی بیماران در این دسته قرار نمی‌گیرند. ممکن است بیماران بسیار بدحال، از رابطه‌ی پزشک و بیمار انتظاراتی داشته باشند که بسیار با گفته‌های پرسپوال مشابهت دارد. ممکن است این دسته از افراد به اطلاعات مفصل یا فهرستی از تمام گزینه‌های موجود نیاز نداشته باشند و برخی دیگر نیز علاقه ندارند تمام تصمیمات را به‌تنهایی بگیرند؛ از این‌رو، باید به انواع حمایت‌های مورد انتظار بیمار نیز توجه شود. ممکن است تصمیمات او تغییر یابد یا توصیه‌های انجام‌شده را نپذیرد؛ هم‌چنین، در مواردی نیز لزومی ندارد پزشک جزئیات چندانی ارائه دهد.

تغییرات ایجادشده در نقش پزشکان عمومی و مشاوران بیمارستان‌ها این نگرانی را به وجود آورده است که ممکن است این افراد در رابطه‌ی خود با بیمار به جای الگوهای واقعی، برخوردی فنی داشته باشند. کاسل از این روش تحت عنوان «پزشکی کافه‌تریایی» یاد می‌کند که در آن پزشک جدای از موقعیت موجود و به‌صورت انعطاف‌ناپذیری، فهرستی از گزینه‌های موجود را به بیمار ارائه می‌کند. از جمله پرسش‌هایی که از انجمن پزشکی به عمل آمده این است که آیا ضرورت دارد با تمام

بریتانیا معتقد است: «تنها دویست سال پیش که انجام درمانی واقعاً مؤثر برای بیماری امکان‌پذیر نبوده است، آسوده ساختن بیمار و متقاعد کردن او برای پذیرش بیماری و مرگ یا همان هنر پزشکی، قابلیت مهمی به شمار می‌رفته است؛ اما امروزه که اغلب بیمارانی که سابقه‌ی ابتلا به امراض کشنده داشته‌اند، از پزشکی انتظار دارند که بتواند آن‌ها را دوباره به زندگی معمول و طبیعی بازگرداند و به این ترتیب علم اهمیت پیدا کرده است؛ اما باوجود این، کماکان بیماری‌های رایج معضلات فراوانی به دنبال دارند و هنوز درمانی برای بسیاری از بیماری‌های مهم کشف نشده است و میزان مرگ در نهایت برای همه یک‌درصد است؛ از این‌رو نیز کماکان همان هنر پیشین ویژگی بسیار مهمی برای یک پزشک شایسته محسوب می‌شود» (۵).

۴. اهمیت ارتباط پزشک و بیمار

ارتباط بین پزشک و بیمار در ارائه‌ی موفق خدمات اولیه‌ی سلامت و پزشکی بالینی، نقشی محوری دارد. یک ارتباط مؤثر به بیمار کمک می‌کند که نه تنها احساس بهتری داشته باشد، بلکه به سلامت کامل نیز نزدیک‌تر شود؛ ارتباط مؤثر غالباً منجر به افزایش رضایت شغلی پزشک نیز می‌شود (۱۱-۹). اهمیت یک ارتباط صحیح بین پزشک و بیمار را هرگز نمی‌توان نادیده گرفت؛ چراکه در غالب مواقع، تشخیص صحیح و درمان مؤثر مستقیماً وابسته به کیفیت این ارتباط است. توسعه‌ی این ارتباط در نهایت به بیمار اجازه می‌دهد که درباره‌ی شخصی‌ترین و خصوصی‌ترین موضوعات زندگی‌اش، در یک محیط امن و سازنده لب بگشاید. دیرزمانی

در تعیین آنچه برایشان سودمند و مطلوب است نقشی مهم ایفا می‌کنند؛ البته انتظارات پزشکان از نقش خود نیز تغییر یافته است. تمام اصول و قوانین اخلاقی سازمان‌هایی چون: انجمن جهانی پزشکی بر خیرخواه بودن پزشک تأکید دارند؛ اما آنچه که به عنوان عمل خیرخواهانه در نظر گرفته می‌شود، بسیار تغییر کرده است. همچنین، تأکید روزافزون بر حقوق بیمار بر برداشت‌های عمومی در این زمینه تأثیر گذاشته است؛ به عنوان مثال، در ابتدای سال ۲۰۰۱، قاضی ارشد دادگاه‌های بریتانیا وولز ابراز داشت که در گرایش‌های اجتماعی تغییراتی عظیم به وجود آمده؛ به نحوی که به دعاوی علیه پزشکان افزوده شده است و گویی جامعه بر حقوق لازم‌الاجرای افراد تأکید دارد. به اعتقاد او جامعه به سوی حق محوری پیش رفته است و امروزه به جای پزشکان، این دادگاه‌ها هستند که درباره‌ی مسائل مطرح‌شده در زمینه‌ی اخلاق پزشکی رأی صادر می‌کنند و برخلاف گذشته، دیگر در این دادگاه‌ها فرض ابتدایی بر مفیدبودن امور درمانی و پزشکی استوار نیست (۵).

پزشکی در واقع نوعی علم و البته هنر است؛ هر چند گفته می‌شود جنبه‌ی علمی آن برجسته‌تر شده است. شورای پزشکی عمومی علاوه بر مهم‌دانستن بر خورنداری از تخصص کافی و بهره‌گیری از شواهد موجود، بر ضرورت شکل گرفتن ویژگی‌های یک پزشک شایسته در پزشکان نیز تأکید می‌کند. برخی از تحلیلگران در ایالات متحده مراتب انتقاد خود را نسبت به تأکید و توجه صرف بر جنبه‌ی تکنیکی کار و بی‌توجهی به جنبه‌ی انسانی بیمار ابراز داشته‌اند. در این زمینه یکی از رؤسای پیشین انجمن پزشکی

در سالیان اخیر به‌طور گسترده‌ای هم در اخلاق و هم در قانون مردود شده است؛ اما از آن جایی که بسیاری از بیماران یا قادر به تصمیم‌گیری برای مراقبت‌های پزشکی مربوط به خود نیستند یا بدین امر تمایلی ندارند، اتونومی بیمار در این موارد اغلب مشکل‌ساز است.

جنبه‌های دیگر این ارتباط همچون تعهد پزشک به حفظ اسرار بیمار در عصر ذخیره‌سازی رایانه‌ای سوابق پزشکی و مراقبت‌های مدیریت‌شده، یا وظیفه‌ی پزشک برای حفظ حیات در مواجهه با تقاضای تسریع و تسهیل مرگ (اتانازی) نیز به همین میزان مسأله‌سازند. همچنین، در این ارتباط احترام و درمان و رفتار مساوی، ارتباط و رضایت، تصمیم‌گیری برای بیماران فاقد ظرفیت، رازداری، موضوعات مرتبط با آغاز حیات و موضوعات مرتبط با پایان حیات می‌توانند باعث مشکلات آزاددهنده‌ای در عملکرد روزانه‌ی پزشک شوند (۱۳).

در مجموع، عمده‌ترین عواملی را که در ارتباط پزشک و بیمار واسطه قرار می‌گیرند می‌توان به‌صورت ذیل خلاصه کرد: تقاضا (ی دریافت‌کننده‌ی خدمات سلامت از طرف بیمار)، اطلاعات تخصصی پزشکی، تجربه و تکنیک‌های حرفه‌ای، گفت‌وگوی دوطرفه، درک و فهم مطالب و خواسته‌های طرفین، عقاید فرهنگی، باورهای مذهبی و اعتقادات شخصی، تفاوت‌های جنسیتی، نیاز دوسویه به یکدیگر، وقت‌گذاشتن، انتظارات طرفین، رعایت قوانین عرفی و حرفه‌ای و انتظامی مانند حفظ راز بیمار یا احترام به پزشک، ایجاد و حفظ اعتماد متقابل، احترام به کرامت انسانی دیگری، پذیرفتن نقش همراهان بیمار در درمان، هزینه‌های درمان،

نیست که فارغ‌التحصیلان و دست‌اندرکاران حرفه‌ی پزشکی به اهمیت یک ارتباط خوب درمانی در کنار دانش و مهارت بالینی، محتوای درمان، مدیریت اطلاعات، کار تیمی و سیستم‌های بهداشتی درمانی پی برده، بیش‌ازپیش توجه نشان داده‌اند (۱۲).

ارتباط مؤثر بین پزشک و بیمار پیامدهای مهم دیگری نیز دارد که از آن میان می‌توان به پیامدهای زیر اشاره کرد:

- افزایش تمایل بیمار به انجام درمان‌های تجویز شده؛
- تقویت میزان مراقبت‌های مشخص بیمار؛
- افزایش میزان فهم اطلاعات داده‌شده توسط پزشک؛
- افزایش میزان رضایت بیمار از درمان‌های انجام‌شده؛
- افزایش میزان رضایت پزشک؛
- افزایش ظرفیت پزشکان در نگاه غیرابزاری به بیمار (۳).

۵. ویژگی‌های خاص ارتباط پزشک و بیمار

ارتباط پزشک و بیمار سنگ بنای حرفه‌ی پزشکی و در نتیجه اخلاق پزشکی است. در بیانیه‌ی ژنو پزشکان متعهد می‌شوند که «سلامت بیمار نخستین هدف و ملاحظه‌ی پزشک خواهد بود» و کد بین‌المللی اخلاق پزشکی تأکید می‌کند که «یک پزشک به بیمار خود وفاداری کامل و به‌کارگیری تمام منابع علمی‌اش را مدیون است». همان‌طور که بیان شد تفسیر سنتی روابط پزشک بیمار از نوع پترنالیستی یا پدرسالارانه، که در آن پزشک تصمیم‌گیرنده بود و بیمار در برابر آن تسلیم می‌شد،

بیمه و... حاصل این ارتباط نیز یک فرایند موفق درمانی است که ما آن را بهترین گزینه‌ی درمانی ممکن و موجود با توجه به شرایط و ویژگی‌های بیمار و امکانات در دسترس تعریف می‌کنیم؛ بدان معنا که برای یک بیمار خاص در این شرایط، بهتر از این درمان انتخاب‌شده، وجود نداشته است. امانوئل^۱ و دابلر^۲ رابطه‌ی ایده‌آل پزشک بیمار را در شش محور انتخاب، شایستگی، محاوره و گفت‌وگو، دلسوزی، تداوم^۳ و عدم تعارض منافع دانسته و معتقدند که خدشه‌دارشدن ارتباط پزشک و بیمار را در عصر مراقبت‌های مدیریت‌شده^۴ باید در این موارد جست‌وجو کرد (۱۴).

کورکیل^۵ نیز اجزای ضروری یک ارتباط خوب پزشک بیمار را شامل محاوره و گفت‌وگو، احترام، رازداری، صداقت حرفه‌ای^۶ و اعتماد می‌داند. او معتقد است که پزشک و بیمار هر دو در این ارتباط سهم دارند؛ اما از آنجاکه در این ارتباط پزشک شخص حرفه‌ای است و تشخیص، درمان یا راهنمایی از او خواسته می‌شود و به ازای آن پول پرداخت می‌شود، او مسئول اطمینان‌بخشی برای حصول هر یک از این اجزا است (۱۰).

کدهای اخلاقی مختلف نیز به اهمیت ارتباط مناسب پزشک بیمار اشاره کرده و عناصر اثرگذار در آن را برشمرده‌اند. از آن جمله کدهای اخلاقی انجمن پزشکی کاناداست که می‌گوید در ارائه‌ی خدمات پزشکی نباید بین بیماران براساس مسائلی چون: سن، جنس، وضعیت تأهل، شرایط پزشکی، قومیت و ملیت، ناتوانی ذهنی و فیزیکی، ارتباطات سیاسی، نژاد، مذهب، جهت‌گیری جنسی یا وضعیت اقتصادی اجتماعی تبعیضی قائل شوند. این کدها همچنین، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای پذیرفتنی در قبال یک بیمار را تا زمانی می‌دانند که ارائه‌ی خدمات به بیمار ادامه یابد تا اینکه خود

مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که در هر مشاوره، بسیاری از ویژگی‌های ارتباط پزشک و بیمار ممکن است بر نتایج آن مشاوره اثرگذار باشد؛ از آن جمله می‌توان به مدت ارتباط بین پزشک و بیمار یا طول مدت درمان، میزان توافق بین پزشک و بیمار بر سر مسأله‌ی موجود و نحوه‌ی مدیریت آن، اعتماد بیماران

کورکیل^۵ نیز اجزای ضروری یک ارتباط خوب پزشک بیمار را شامل محاوره و گفت‌وگو، احترام، رازداری، صداقت حرفه‌ای^۶ و اعتماد می‌داند. او معتقد است که پزشک و بیمار هر دو در این ارتباط سهم دارند؛ اما از آنجاکه در این ارتباط پزشک شخص حرفه‌ای است و تشخیص، درمان یا راهنمایی از او خواسته می‌شود و به ازای آن پول پرداخت می‌شود، او مسئول اطمینان‌بخشی برای حصول هر یک از این اجزا است (۱۰).

مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که در هر مشاوره، بسیاری از ویژگی‌های ارتباط پزشک و بیمار ممکن است بر نتایج آن مشاوره اثرگذار باشد؛ از آن جمله می‌توان به مدت ارتباط بین پزشک و بیمار یا طول مدت درمان، میزان توافق بین پزشک و بیمار بر سر مسأله‌ی موجود و نحوه‌ی مدیریت آن، اعتماد بیماران

7. Wallis
8. Rees
9. Sokol
10. Larson
11. Yao
12. Dugdale
13. Palmieri
14. Ulrich
15. Schneider

1. Emanuel
2. Dubler
3. Continuity
4. Managed Care
5. Corkill
6. Professional Honesty

سلامت و تندرستی و رفاه بیماران به همکاری متقابل میان آن‌ها و بیماران بستگی دارد. در مسئولیت تأمین سلامت بیمار، پزشک و بیمار هر دو سهیم‌اند. رابطه‌ی میان بیمار و پزشک زمانی می‌تواند بیشترین سود را برای بیمار در پی داشته باشد که او بتواند به‌موقع توجه پزشک را به مشکلات پزشکی که با آن روبه‌روست، جلب کند؛ همچنین به بهترین وجه ممکن اطلاعات لازم را در زمینه‌ی وضعیت بیماری خود، در اختیار او قرار دهد و محترمانه و صادقانه با او همکاری متقابل داشته باشد و به توافقات خود با پزشک پایبند باشد. پزشک نیز با عمل کردن به‌عنوان حامی بیمار و لحاظ کردن حقوق زیر می‌تواند در این همکاری سهیم شود:

۱. بیمار از حق دریافت اطلاعات از پزشک، گفت‌وگو در زمینه‌ی مزایا و خطرات و هزینه‌های مربوط به روش‌های مناسب درمانی موجود برخوردار است (۲۲)؛ این اطلاعات باید به شکل مطلوب و به میزان کافی در اختیار او قرار گیرد (۲۳). بیمار برای انتخاب بهترین مراقبت ممکن، باید از راهنمایی‌های پزشک بهره‌مند شود. بیمار همچنین، از حق دریافت رونوشت یا خلاصه‌ی پرونده‌ی پزشکی، پاسخ‌گویی به سؤالاتش، اطلاع از تعارض منافع احتمالی پزشک معالج، دسترسی به نظرات مشورتی حرفه‌ای مستقل درباره‌ی خود برخوردار است (۲۲).
۲. بیمار از حق تصمیم‌گیری و انتخاب درباره‌ی خدمات سلامت مطرح‌شده از سوی پزشک برخوردار است؛ بنابراین، بیمار می‌تواند درمان مطرح‌شده را رد کند یا آن را بپذیرد (۲۲).
۳. ارائه‌ی خدمات سلامت شایسته‌ی شأن، منزلت

بیمار دیگر خواستار این خدمات نباشد یا پزشک شایسته‌ی دیگری این مسئولیت را بر عهده بگیرد یا به بیمار به اندازه‌ی کافی آگاهی داده شده باشد که به‌عنوان یک پزشک این ارتباط را خاتمه خواهید داد (۲۱). به‌طور کلی، می‌توان اذعان داشت که احترام^۱، ارتباط گشوده و صادقانه^۲، اعتماد^۳ و دلسوزی و شفقت^۴ پایه‌های اصلی این ارتباط هستند (۱۳).

۶. عناصر اصلی ارتباط پزشک و بیمار

باید اذعان داشت که طبابت و ارتباط بالینی میان بیمار و پزشک اساساً امری اخلاق‌مدار است و فلسفه‌ی این ارتباط ضرورت مراقبت از بیمار و تسکین درد و آلام اوست. رابطه‌ی میان پزشک و بیمار عموماً متعاقب توافقی متقابل میان او و بیمار (یا نماینده‌اش) برای رفع نیازهای بیمار شکل می‌گیرد. در برخی مواقع مانند موارد اورژانسی یا درخواست پزشک معالج بیمار، این توافق تلویحی است و در مواقعی نادر نیز درمان بدون رضایت بیمار و به دنبال دستور دادگاه انجام می‌شود. در هر صورت، در هر یک از این موارد، تعهد پزشک در برابر بیمار خود پابرجا می‌ماند. از آنجایی که رابطه‌ی میان پزشک و بیمار مبتنی بر اعتماد است، پزشک الزام اخلاقی دارد که سلامت بیمار را بر منافع شخصی خود ترجیح داده و مدافع سلامت او باشد و براساس قضاوت بالینی صحیح مبتنی بر ارجحیت منافع بیمار اعمال حرفه کند (۲۲).

همچنین، از عصر باستان، پزشکان دریافته‌اند که

1. Respect
2. Open and Honest Communication
3. Trust
4. Compassion

بیمارانی که برای تأمین هزینه‌ی مراقبت‌های درمانی ضروری، توانایی مالی ندارند، پایبند باشند. پزشکان در برخورد با اشخاص و نهادهای ثالث باید حامی بیمار باشند (۲۲).

۷. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، حق بیمار است. خسارت ناشی از خطای پزشکی باید پس از رسیدگی و اثبات، مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود (۲۳).

۷. مؤلفه‌های رفتار اخلاقی در ارتباط پزشک و بیمار

در سال ۱۹۸۳، رست^۱ چارچوبی را برای درک مفاهیم رفتار اخلاقی تعریف کرد. طبق تعریف او عمل اخلاقی، انجام هرگونه رفتاری است که منجر به رفاه دیگران شود. بنابر نظر او رفتار اخلاقی از چهار مؤلفه‌ی اساسی شامل: حساسیت اخلاقی، استدلال اخلاقی، تصمیم‌گیری برای انجام‌دادن راه‌حل‌های اخلاقی و در نهایت انجام‌دادن عمل اخلاقی تشکیل شده است.

حساسیت اخلاقی به معنای تشخیص مفاهیم و استنباط‌ها یا دلایل رفتار فرد در ارتباط با بیمار، همکاران و افراد جامعه است. استدلال اخلاقی، انتخاب مناسب‌ترین و درست‌ترین گزینه از بین چند گزینه‌ی موجود است. بعد از اینکه شخص گزینه‌ها را ارزیابی و تعیین می‌کند که کدام گزینه اخلاقی‌تر است، زمان تصمیم‌گیری اخلاقی است که آیا این کار را انجام بدهد یا نه. آخرین مؤلفه‌ی فرایند اخلاقی انجام‌دادن یا تثبیت عمل اخلاقی است. انجام‌دادن عمل اخلاقی نیازمند ویژگی‌هایی

و کرامت انسانی و مبتنی برپایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی و احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی بیمار و فارغ از هرگونه تبعیض، حق بیمار است. خدمات سلامت باید براساس دانش روز و توجه به موقع به نیاز بیمار ارائه شوند (۲۲، ۲۳).

۴. حفظ حریم خصوصی و اسرار بیمار جزء حقوق او محسوب می‌شود. پزشک مجاز نیست بدون کسب رضایت بیمار اطلاعات و ارتباطات محرمانه‌ی او را فاش کند؛ مگر در مواقعی که قانون یا حفظ سلامت فرد و منافع عمومی آن را استثناء کرده باشد (۲۲).

۵. بیمار از حق استمرار و تداوم خدمات سلامت برخوردار است. پزشک ملزم است در هماهنگ کردن مراقبت پزشکی مشخص شده با سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت دخیل در درمان بیمار، همکاری کند. پزشک قبل از مشخص شدن روش درمانی دیگر و فراهم آمدن فرصت لازم برای بیمار در جهت تعیین تمهیدات لازم برای درمان جایگزین، مجاز به قطع درمان جاری بیمار نیست (۲۲).

۶. دسترسی عادلانه و دریافت مطلوب خدمات سلامت، حق بیمار است. پزشکان و سایر نهادهای مسئول موظف به ادامه‌ی فعالیت برای نیل به این هدف هستند. تأمین این حق بیمار باید به نحوی صورت پذیرد که هیچ بیماری صرفاً به واسطه‌ی ناتوانی در پرداخت هزینه‌ی مراقبت، از مراقبت‌های ضروری محروم نشود. پزشکان باید به تعهدات سنتی و اصیل حرفه‌ای خود مبنی بر پذیرش بخشی از مسئولیت درمان

1. Rest

همچون: ثبات شخصیت و شجاعت اخلاقی است. ممکن است شخص حساسیت اخلاقی داشته باشد، استدلال اخلاقی درستی بکند، برای انجام‌دادن آن نیز تصمیم بگیرد؛ ولی در عمل قادر به انجام‌دادن عمل اخلاقی نباشد (۲۴).

۸. الگوهای رفتار ارتباطی در ارتباط پزشک و بیمار از منظر روان‌شناختی

روان‌شناسان براساس چهار مؤلفه‌ی صداقت، صراحت، احترام و مهارگری چهار نوع الگوی رفتار ارتباطی را بیان کرده‌اند (۲۵):

الف. رفتار سلطه‌گرانه: در این رفتار، فرد برای رسیدن به نتیجه‌ی مطلوب به شیوه‌های مختلف سعی می‌کند بر اطرافیان چیره شود. مشخصه‌ی اصلی این الگو، یک نگاه غیرانسانی و ابزارگرایانه به انسان‌هاست. این گونه افراد به دنبال مهار و کنترل دیگران برای تأمین منافع خود هستند. اگر پزشک یا بیمار در ارتباط درمانی سلطه‌گر باشند، فریب‌کاری و مهارگری در این ارتباط چیره خواهد شد.

ب. رفتار سلطه‌پذیرانه: افراد سلطه‌پذیر افرادی هستند که توان مخالفت و بیان خواسته‌ی خود را ندارند. به بیان ساده‌تر این افراد نمی‌توانند «نه» بگویند. این افراد در واقع گروه هدف افراد سلطه‌جو در رساندن آن‌ها به اهدافشان هستند. این الگو هم درباره‌ی پزشکان و هم درباره‌ی بیماران صدق می‌کند. در صورتی که بیمار سلطه‌پذیر باشد، ارتباط پزشک و بیمار به سمت پدرسالاری پزشکی رفته و در صورتی که پزشک سلطه‌پذیر باشد، ارائه‌ی درمان بیهوده و نابه‌جا ماحصل آن خواهد بود.

ج. رفتار پرخاشگرانه: برخی افراد در صورت

مخالفت با خواسته‌هایشان به خشونت و پرخاش کردن به اطرافیان متوسل می‌شوند. افراد پرخاشگر، همواره در رقابت با دیگران هستند؛ آن‌ها همیشه فکر می‌کنند که حق با آن‌هاست و این دیگران هستند که مسأله و مشکل درست می‌کنند. در واقع، هدف اصلی این افراد، زورگویی و کنترل است که به نحوی آشکار و مستقیم ابراز می‌شود. این الگو در ارتباط پزشک و بیمار آرامش را بر هم زده و محیط درمانی را پُر تنش می‌کند.

د. رفتار قاطعانه: در اصل مطلوب‌ترین شیوه‌ی رفتاری است که فرد با قاطعیت خواسته‌های افراد را براساس منطق می‌پذیرد یا رد می‌کند. قاطعیت، هنر برقراری ارتباط و ارسال پیام به ترتیبی است که هم «مستقیم» و هم «محترمانه» باشد. در واقع، فرد قاطع هم به خود احترام می‌گذارد، هم به دیگران؛ حقوق خود و دیگران را رعایت کرده و در بیان خود از صداقت و صراحت برخوردار است؛ مفهوم و متناسب صحبت می‌کند و در گوش‌دادن به سخنان دیگران موفق است. این الگو به عنوان نمونه‌ی سالم ارتباطی گره‌گشای بسیاری از تعارضات اخلاقی بوده و مانع از بداخلاقی‌های پزشکی می‌شود.

۹. حق انتخاب و تعهد در رابطه‌ی پزشک و بیمار

بیمار

۹-۱. آیا بیماران می‌توانند پزشک خود را انتخاب کنند؟

در بخش مراقبت‌های اولیه، بیمار می‌تواند پزشک عمومی معالج خود را انتخاب کند؛ اما در عمل در صورت پُر بودن ظرفیت بخش‌های موجود در محل، بیمار باید ضرورتاً به بخشی مراجعه کند که ظرفیت

از درمان بیمارانی که به حمایت بیشتر نیاز دارند، امتناع ورزند یا وقت مختص به آن‌ها را صرف بیماران دیگر کنند. عواملی چون: سن بیمار، سبک زندگی یا هزینه‌ی خدمات درمانی نباید به‌عنوان معیار پذیرش یا رد بیمار در نظر گرفته شود.

در صورت پُرنبودن ظرفیت، دلایلی چون: پذیرش صرف بیماران هم‌زبان، نپذیرفتن پناهندگان یا بیماران سرای سالمندان، به‌هیچ‌وجه پذیرفتنی نیست. در صورت تکمیل‌نبودن ظرفیت نباید بدون ارائه‌ی دلیل موجه بیمار را رد کرد؛ البته درباره‌ی بیمارانی که سابقه‌ی رفتار خطرآفرین دارند ممکن است لازم باشد جابه‌جایی صورت گیرد. در بخش خصوصی نیز پزشکان نمی‌توانند، صرف سلیقه یا تمایل خود یا براساس تبعیض، بیماران را انتخاب کنند. در محیط بیمارستان نیز از پزشکان انتظار می‌رود با تمام بیماران به‌صورت برابر و بدون پیش‌داوری برخورد کنند؛ به‌عنوان مثال، پزشک بیمارستان، فاقد چنین مسئولیتی است که وضعیت مهاجرتی افراد ارجاع‌داده‌شده را بررسی و تأیید کند. در مواقعی نیز ممکن است رابطه‌ی میان پزشک و بیمار از بین رفته باشد و یکی از طرفین یا هردوی آن‌ها ایجاد یک تغییر را ضروری بپندارند. گاهی

نیز براساس سابقه‌ی بیمار ممکن است مشاور به این نتیجه برسد که امکان برقراری رابطه‌ای سازنده با بیمار وجود نخواهد داشت. حتی در مواردی که برای ارجاع بیمار به پزشکی دیگر دلیل کافی وجود داشته باشد، مشاور موظف است تمهیدات لازم را برای ارجاع او به همکار مناسب دیگر فراهم کند. در مواقعی پزشکان کم‌تجربه یا افرادی که مسئولیت مشاوره‌ای ندارند در برخورد با بیماری با

پاسخ‌گویی به او را داشته باشد. بیمار در صورت دستگیری یا حبس، علی‌رغم ثبت‌نام‌کردن برای پزشکان عمومی مورد نظر خود، از حق انتخاب پزشک محروم می‌شود. زندانیان در انتظار محاکمه و افراد دستگیرشده توسط پلیس (مظنونان) می‌توانند درخواست ملاقات پزشک عمومی خود را اعلام دارند. پزشک عمومی در بیمارستان، بیمار را برای درمان به مناسب‌ترین مشاور بیمارستان ارجاع می‌دهد؛ اما در بیمارستان‌های دولتی ممکن است بیماران از فهرست انتظار شلوغ یک مشاور به فهرست مشاور دیگر انتقال داده شوند؛ البته باید در این زمینه به بیمار اطلاع داده شود و از این حق نیز برخوردار باشد که در صورت تمایل در انتظار دیدن مشاور مدنظر خود بماند. در مواقعی که بیمار حالت اورژانس یا فوریت پزشکی دارد، ممکن است در بیمارستان تمهیدات لازم برای درمان بیمار توسط پزشکی مناسب فراهم شود و امکان برآورده‌کردن خواست بیمار وجود نداشته باشد. در بخش خصوصی بیماران از انتخاب‌های بیشتری برخوردارند؛ اما اگر هزینه‌ی درمان توسط بیمه تأمین شود ممکن است شرکت بیمه، محل درمان یا مشاور خاص خود را داشته باشد (۵).

۹-۲. آیا پزشکان می‌توانند بیماران خود را انتخاب

کنند؟

در برخی مواقع پزشکان ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی استاندارد، ممکن است تمایل داشته باشند بیماران خود را انتخاب کنند؛ البته در قالب خدمات دولتی، پزشک موظف است به‌صورت یکسان در برابر بیماران جدید خدمات درمانی ارائه دهد. بدین معنی که آن‌ها صرفاً برای سبک‌تر کردن کار خود نمی‌توانند

گرایش جنسی، هویت جنسی و مسایلی از این قبیل سر باز زند. همچنین، نمی‌تواند علیه بیماران عفونی تبعیض قائل شود (مانند بیماران HIV+).

۳. پزشک حاذق دیگری در دسترس بیمار وجود نداشته باشد.

۴. پزشک نمی‌تواند از مراقبت از بیمارانی که طی یک قرارداد مسئولیت مداوای آن‌ها را به عهده گرفته سر باز زند؛ مگر اینکه مراقبت بیمار به‌وسیله‌ی قرارداد به مخاطره بیفتد. لیکن در شرایط زیر پزشک می‌تواند از نظر اخلاقی از پذیرش بیمار سر باز زند:

الف. مواردی که صلاحیت درمان آن را ندارد و درمان درخواست‌شده فراتر از مهارت پزشک باشد؛

ب. درمان از نظر علمی معتبر نباشد، اندیکاسیون نداشته باشد و سودی شامل حال بیمار نشود؛

ج. درمان‌ها یا خدمات خواسته‌شده با باورهای مذهبی و اخلاقی پزشک منافات دارد (۲۲).

۱۰. ارائه‌ی اطلاعات به بیمار

مطالب بسیار جامع و البته پیچیده‌ای در ارتباط با برقراری ارتباط میان پزشک و بیمار در دست است که بخش عمده‌ی آن‌ها به نحوه‌ی انتقال و ابراز خطرات موجود به بیمار پرداخته است؛ البته مقصود از برقراری ارتباط نه تنها انتقال اطلاعات بلکه برقراری رابطه‌ای مثبت بین پزشک و بیمار است. بنابر توصیه‌های شورای پزشکی عمومی، پزشکان باید نهایت سعی خود را بنمایند تا بدانند

مشکل روبه‌رو شده و احساس می‌کنند در برخورد با این بیماری خاص تجربه‌ی کافی ندارند. در چنین مواردی آن‌ها باید از مشاور مسئول درخواست کنند تا به این مسأله رسیدگی کند و امکانات مناسب را فراهم آورد (۵).

از طرفی، بسیاری از پزشکان، مخصوصاً آن‌ها که در بخش دولتی کار می‌کنند، اغلب درباره‌ی بیمارانی که درمان می‌کنند، قدرت انتخابی ندارند. برخی بیماران خشن هستند و سلامت و امنیت پزشکان را به خطر می‌اندازند. برخی دیگر به دلیل طرز برخورد و رفتار ضداجتماعی‌شان، برای اجتماع مضر شناخته می‌شوند. آیا در چنین مواردی از پزشکان انتظار می‌رود که برای برقراری و حفظ رابطه‌ی درمانی، تلاش بیشتر یا حتی قهرمانانه‌ای از خود نشان دهند؟ یا اینکه آن‌ها را از حق درمان و احترام مساوی مستثنی کنند؟ در واقع، در مواجهه با چنین بیمارانی، پزشکان باید بین مسئولیتشان در حفظ ایمنی و سلامتی خود و همکارانشان و وظیفه‌شان در قبال سلامت بیماران تعادل برقرار کنند. آن‌ها باید تلاش کنند راه‌هایی بیابند تا به هر دو وظیفه‌شان عمل کنند. در صورت ناممکن بودن این امر، آن‌ها باید تلاش کنند برای مراقبت از این بیماران راه‌حل‌های دیگری پیدا کنند (۱۳).

به‌طور کلی پزشکان حق انتخاب بیمار را در موارد ذیل ندارند (۲۲):

۱. بیماران اورژانس که پزشک باید تا جایی که می‌تواند به آن‌ها خدمات ارائه کند.

۲. پزشک نباید با رویکردی تبعیض‌آمیز از پذیرش بیماری به خاطر نژاد، جنس^۱، قومیت، آلودگی،

دسترس باشد اگر مبتنی بر اعتقادات و باورهای شرعی پزشک است می‌تواند از پذیرش بیمار غیرهمجنس سر باز زند.

۱. درباره‌ی جنس، در صورتی که مورد اورژانسی نباشد یا پزشک همجنس در

وجود دارد که بتوان آن را به بیمار انتقال داد؟ زیرا اطلاعات و دانش موجود در زمینه‌ی پزشکی و درمان اغلب بحث‌برانگیز است، هر چند که از نظر آماری نیز مطلوب تلقی شود. چنین بحثی ممکن است توسط متخصصانی مطرح شده باشد که تصور می‌کنند برخی از بیماران علاقه دارند اطلاعاتی بیش از آنچه خود به‌عنوان بیمار تجربه می‌کنند به دست آورند.

گاه در بروشورهای درمانی به این نکته توجه نمی‌شود که یک روش درمانی یا آزمایش می‌تواند برای بیمار نامطلوب، یا حتی دردآور باشد؛ از این رو، گاه گفته می‌شود بهتر است بروشورهای اطلاع‌رسانی توسط گروه‌هایی از بیماران تهیه شود؛ البته دیگران نیز استدلال می‌کنند چنین گروه‌هایی ممکن است بینش یا موضع‌گیری‌های سیاسی خاص خود را در کار داشته باشند. از نظر آن‌ها اطلاعاتی که بیمار به‌صورت کلامی درباره‌ی موقعیت خود دریافت می‌کند گاه با اطلاعات ارائه‌شده در این بروشورها متفاوت به نظر می‌رسد.

از طرفی، در گفت‌وگوهای رودررو بین بیماران مختلف می‌توان دریافت در میزان واقعیاتی که برای گنجاندن در بروشورها انتظار دارند، تفاوت‌هایی دیده می‌شود. این حالت به‌ویژه در موارد بیماری‌های منتهی به مرگ روی می‌دهد. از منظر انجمن پزشکی باید ابزارهای متعددی فراهم شوند تا علاوه بر ارائه‌ی اطلاعات در زمینه‌ی جنبه‌های مختلف بالینی بیماری‌های موجود، درباره‌ی تجربه‌ی سایر بیماران نیز در این زمینه اطلاعاتی فراهم شود. بدیهی است که توجه بیماران اغلب به توضیحاتی است که درباره‌ی تجربه‌ی فرد تحت درمان ارائه می‌شود؛

بیمار درخواست چه اطلاعاتی دارد و می‌خواهد از چه مواردی در زمینه‌ی روش درمان و موقعیت خود آگاه باشد. پزشکان باید تلاش کنند اولویت‌ها و خواست‌های به‌خصوص بیمار را نیز دریابند؛ زیرا گاه اعتقادات فرهنگ یا شغل بیمار می‌تواند بر تصمیم‌گیری او اثر داشته باشد.

بیماری‌های مزمن به طرق مختلف بر جنبه‌های گوناگون زندگی فرد اثر می‌گذارند؛ از این رو بیمار باید با توجه به خواست‌ها و سبک زندگی‌اش، اطلاعات لازم را برای مدیریت شرایط مختلف در اختیار داشته باشد. هر چقدر که تعادل در اتخاذ تصمیم درمانی به سمت بیمار متمایل تر می‌شود، مسئولیت پزشک امری فراتر از ارائه‌ی صرف گزینه‌های موجود را ایجاد می‌کند. برخی بیماران نیز ممکن است درباره‌ی مؤثرترین و بهترین روش درمان خود پرسش داشته باشند. بیمار علاوه بر درخواست شواهد موجود برای توصیه‌های پزشک، ممکن است درباره‌ی محدودیت‌های اثبات‌پذیری روش درمان مانند علمی نبودن یا عدم قطعیت پزشک نیز پرسش مطرح کند.

باور بر آن است که ارائه‌ی اطلاعات کتبی می‌تواند برای بیمار بسیار سودمندتر واقع شود؛ زیرا باعث افزایش رضایتمندی بیمار و کاهش گلایه‌های او می‌شود و میزان پایبندی او را به روش درمانی افزایش می‌دهد؛ افزون‌براین باعث افزایش و بهبود عملکرد بیمار در محافظت و مراقبت از خود می‌شود و از تنش روانی و اضطراب می‌کاهد.

باوجوداین، ممکن است بر سر راه ارائه‌ی اطلاعات، مشکلاتی نیز وجود داشته باشد؛ به‌عنوان مثال، برخی به این نکته توجه دارند که آیا واقعاً حقیقتی

درمانی ارائه می‌دهند و آن دسته که درباره‌ی دیدگاه اخلاقی خود با بیمار گفت‌وگو می‌کنند تفاوت‌هایی وجود دارد. پزشکان ضرورتاً باید به اصول اخلاقی خود پایبند باشند؛ اما جز در مواقعی که از آن‌ها پرسش شود، درباره‌ی آن چیزی نگویند. در موارد خاصی که پزشک درمی‌یابد ممکن است باورها و اعتقادات او بر درمان بیمار یا توصیه‌های درمانی او تأثیر بگذارد، می‌تواند این موضوع را برای بیمار توضیح دهد و از او بخواهد که به پزشک دیگری مراجعه کند. همچنین، شورای پزشکی عمومی تأکید دارد که پزشکان نباید اجازه دهند دیدگاه آن‌ها در زمینه‌ی سبک زندگی، فرهنگ، اعتقادات، نژاد، رنگ، جنسیت، وضعیت جنسی، سن یا شرایط اقتصادی و اجتماعی بیمار بر درمان او اثر بگذارد. این موضوع که اعمال خود بیمار منجر به بیماری او شده است نباید به‌عنوان علتی برای رد یا قبول درمان او مبنا قرار گیرد. گاهی ممکن است برخی جنبه‌های زندگی شخصی بیمار همانند مصرف سیگار و الکل بر اثربخشی روش درمان اثرگذار باشد؛ در چنین مواردی باید اطلاعات لازم جمع‌آوری و در این باره با بیمار گفت‌وگو شود (۵).

اغلب بیماران تمایل دارند که به سخنان آن‌ها گوش فرا داده شود؛ البته با وجود تفاوت‌های میان افراد مختلف، برخی تمایل ندارند بیش از حد وارد فرایند تصمیم‌گیری درمانی شوند. ممکن است بیماران در مراحل مختلف درمان، اطلاعات کمتر یا بیشتری درخواست کنند؛ به‌ویژه اطلاع‌رسانی درباره‌ی اخبار نامطلوب گاه به حمایت و وقت بیشتر نیاز دارد. تمام افراد به یک اندازه به جزئیات ارائه‌شده نیاز ندارند. هرگاه فردی اذعان کند که به اطلاعات کمی نیاز دارد

اما در کل برای آگاه‌شدن از نحوه‌ی مطلوب ارائه‌ی اطلاعات به بیمار، انجام دادن مطالعات گسترده ضرورت دارد (۵).

از نکات مهمی که در صورت پذیرش بیمار در بیمارستان باید بررسی شود آن است که آیا بیمار تمایل دارد که دیگران نیز از وضعیت او اطلاع حاصل کنند یا در صورت ناتوانی او برای برقراری ارتباط، از فرد معرفی‌شده برای اتخاذ تصمیم استفاده شود؟ از تمام بزرگسالانی که در بیمارستان پذیرش می‌شوند خواسته می‌شود یکی از آشنایان نزدیک خود را معرفی کنند. در این هنگام به آن‌ها اطلاع داده می‌شود که ضرورتی ندارد این فرد با او ارتباط خانوادگی داشته باشد یا صرفاً شماره تلفنی از او وجود داشته باشد، بلکه از او خواسته می‌شود کسی را معرفی کند که در صورت لزوم برای تصمیم‌گیری، تمایل به همکاری داشته باشد. ممکن است بسیار بدیهی باشد که درباره‌ی فرد باید با چه کسی مشورت کرد؛ اما هیچ‌گاه نباید با این پیش‌فرض‌ها به سراغ موضوع رفت. ممکن است افرادی که با بیمار رابطه‌ی نزدیک دارند، با او نسبت خانوادگی نداشته باشند؛ به‌عنوان مثال، دوست مجرد همدیگر یا دوستان جنس مشابه آن‌ها باشد. در هنگام پذیرش باید بروشوری حاوی توضیحات مختصر درباره‌ی ضرورت معرفی آشنایان به بیمار داده شود و برای او توضیح داده شود که در صورت لزوم آن فرد به‌جای او تصمیم خواهد گرفت. همچنین، باید به بیمار تذکر بدهند اگر فردی را به‌عنوان آشنای خود معرفی می‌کنند حتماً او را نیز در جریان این موضوع بگذارند (۵).

مسلماً میان پزشکانی که به بیمار توصیه‌های

مطرح کند، موارد مبهم را روشن سازد و درخواست اطلاعات بیشتر کند و در صورت فراهم نبودن وقت مناسب برای این کار، باید تغییراتی در برنامه‌ی زمانی کاری ایجاد شود (۵).

اطلاعاتی که بیمار برای تصمیم‌گیری آگاهانه به آن‌ها نیاز دارد، عبارت‌اند از:

- شواهد موجود برای تشخیص و پیش‌آگهی ارائه‌شده و محدودیت‌های موجود در آن؛
- گزینه‌های درمانی موجود برای بیماری اعم از گزینه‌های درمانی موجود در مراکز دولتی و غیردولتی؛
- کاربرد، معایب و پیامدهای ناخواسته‌ی احتمالی هر یک از روش‌های درمانی؛
- روش‌های جایگزین از جمله عدم درمان و کاربرد هر کدام از آن‌ها؛
- در صورت لزوم ارائه‌ی منابعی برای کسب اطلاعات بیشتر یا معرفی گروه‌هایی برای حمایت‌های آتی از بیمار.

۱۱. حقیقت‌جویی و صداقت در گفتار پزشکان

از جمله مسئولیت‌های پزشک آن است که از اعاده‌ی حق تصمیم‌گیری به بیمار در حدی که امکان‌پذیر باشد، اطمینان حاصل کند و به واسطه‌ی ارائه‌نکردن اطلاعات مهم، چنین حقی را از او دریغ نکند. در گذشته تصور بر این بوده است که آگاه کردن بیماران از برخی موارد که ممکن است هراس‌انگیز باشد و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و رابطه‌ی میان بیمار و پزشک را متأثر سازد، جایز نیست.

فرض نادرست چنین دیدگاهی آن است که

نمی‌توان به اجبار اطلاعات را در اختیار او قرار داد؛ در این صورت، باید تنها موارد اصلی به او ارائه شود.

بیمار ممکن است بر سر آن دسته از روش‌های درمانی که از هدف آن‌ها مطلع است توافق داشته باشد؛ اما به دریافت جزئیات بیش از حد درباره‌ی آن‌ها تمایلی نداشته باشد. البته بیماران دارای صلاحیت را می‌توان به کسب اطلاعاتی که برای حفظ سلامت آن‌ها ضروری است، تشویق کرد. این اطلاعات می‌تواند درباره‌ی وضعیت سلامت، روش درمان و اثرات ناخواسته‌ی احتمالی آن باشد؛ البته این افراد نیز ممکن است از دریافت جزئیاتی که مدنظر آن‌ها نیست، اجتناب کنند. گاه ممکن است بیمار اتخاذ یک تصمیم و اطلاعات لازم برای آن را به شخص دیگری محول کند. در هنگام ارائه‌ی اطلاعات، واژگان باید با خواست‌های بیمار هماهنگ باشند و درعین حال اطلاعات اصلی را نیز در اختیار او قرار دهند. ممکن است خویشاوندان بیمار به دنبال دریافت اطلاعاتی باشند که باید از بیمار پنهان نگه داشته شود؛ اما به هر حال، گوش فرادادن و توجه به گفته‌های خود بیمار از اولویت اصلی برخوردار است.

ارائه‌نکردن اطلاعات لازم می‌تواند باعث نامعتبر ساختن رضایت بیمار شود. مخصوصاً مواقعی که از روش‌های درمانی ابتکاری یا خطرآفرین استفاده می‌شود، بیمار حتماً باید در جریان خطرهای احتمالی موجود قرار گیرد؛ البته گاهی گفت‌وگو درباره‌ی خطرات، احتمال و شدت آن دشوار است؛ به‌ویژه در صورتی که بیمار توانایی درک آن‌ها را نداشته باشد. توصیه می‌شود در این مواقع همواره این امکان برای بیمار فراهم شود تا بتواند سؤالش را

برخی افراد یارای روبه‌رو شدن با واقعیت را ندارند. در جامعه‌ی ما به راستی و شفافیت بسیار اهمیت می‌دهند؛ اما انتظار صداقت این‌چنین از بیمار امری نوظهور است. در گذشته پزشکان سعی می‌کردند واقعیت را از بیمار پنهان دارند؛ «البته آن‌ها این کار را به واسطه‌ی نیت سوء اخلاقی انجام نمی‌دادند؛ بلکه در نظر خود جز خوش‌بینی به بیمار اعطا نمی‌کردند. همچنین، در آن زمان مشکلات شخصی متعاقب بیماری‌ها یا عدم صداقت پزشک همانند از دست دادن امید، ناراحتی، اضطراب، بی‌حوصلگی، غم و غصه، مرگ و ماتم همگی مسائلی خصوصی در نظر گرفته می‌شدند که باید از دیگران پنهان می‌ماندند» (۵).

مسلم است که امروزه دیگر بسیاری از این موارد تغییر یافته‌اند و بیماران در مواقع اضطراب، انتظار پاسخ‌های صادقانه و حمایت‌های پزشک را دارند. یکی از توصیه‌های مهم ارائه‌شده آن است که «باید به بیماران در رویارویی با اضطرابی که اغلب در اثر دانش زیاد ایجاد می‌شود، یاری رسانده شود» (۵).

بیماران خود اهدافی برای زندگی دارند و به همین دلیل نیز می‌خواهند اطلاعات دقیقی از آنچه می‌توانند به آن دست یابند داشته باشند؛ البته باید درباره‌ی محدودیت‌های بالینی با بیمار سخن گفت؛ اما پزشک باید درباره‌ی عوامل احتمالی دیگری که ممکن است فرایند درمان یا زمان آن را تحت تأثیر قرار دهد با بیمار گفت‌وگو کند. گاه حرکت به سوی اهدافی خارجی برای درمان می‌تواند منجر به واردشدن اختلال در برنامه‌ی زمانی برخی فرایندهای درمانی دیگر شود و این موضوع نباید از افرادی که از آن متأثر می‌شوند، پنهان نگه

داشته شود. متخصصان سلامت اطلاعات لازم را برای بیمار فراهم می‌آورند تا او بتواند انتخاب‌هایی آگاهانه داشته باشد و این موضوع حتی در مواقعی که تعداد گزینه‌های موجود بسیار اندک است نیز صدق می‌کند. بدیهی است که در ارائه‌ی اطلاعات هراسناک باید نهایت حساسیت به کار گرفته شود. در گذشته پزشکان از ابراز هرگونه شک و تردید منع می‌شدند و این کار را منافعی اخلاق بر خورد با بیمار می‌دانستند؛ اما امروزه مشخص شده است که بیمار تنها آن زمان دچار استرس و اضطراب می‌شود که درمی‌یابد اطلاعاتی از او پنهان نگه داشته می‌شود. گاه ارائه‌ی برخی اطلاعات منجر به ایجاد اضطراب در فرد می‌شوند و برای همین نیز آگاه‌ساختن او از رویدادهای بد، کاری دشوار است؛ به همین دلیل نیز انجمن پزشکی به‌طور جدی تأکید دارد که تمام متخصصان سلامت باید انجام‌دادن این کار را به‌خوبی فرا گیرند و بتوانند در چنین موقعیت‌هایی حمایت‌های لازم را انجام دهند.

از جمله محل‌های اختلاف آگاه‌ساختن بیمار از خبرهای بدی چون: ناتوانی گروه درمانی یا خود او در تغییر موقعیت نامطلوب موجود و نبود روش مداخله‌ی مؤثر است. در سال ۲۰۰۰، برخی به نحوه‌ی پرسش از بیماران مسن درباره‌ی انجام احیای قلبی‌عروقی در صورت ایست تنفسی آن‌ها اعتراض کردند. بنابر باور آنان، مسائل بسیار تأثیرگذار و هیجان‌انگیزی برای چنین افراد حساسی مطرح می‌شود. برخی دیگر نیز گفت‌وگونکردن درباره‌ی آن را قبول‌نکردنی می‌پندارند. از دیدگاه انجمن پزشکی، پزشکان همواره باید برای بیمار فرصت کافی فراهم آورند تا بتواند درباره‌ی چنین

خود برای داشتن یک نظام ارزشی متفاوت احترام بگذارد و تا حد امکان شیوهی تشخیصی و درمانی مناسبی را برگزیند (۲۴).

۱۲-۱. کسب رضایت از بیمار

اولین قدم برای شروع رابطه‌ی پزشک و بیمار، رضایت بیمار برای انجام مداخلات پزشکی توأم با حفظ استقلال فردی بیمار است. بیمار حق دارد تمام اطلاعات مرتبط با بیماری خود و موارد درمانی را بداند و برای درمان خود تصمیم بگیرد. با وجودی که رابطه‌ی پزشک و بیمار با کسب رضایت آغاز می‌شود، به این معنی نیست که رضایت یک رویداد مقطعی است، بلکه جریانی است که در طول رابطه‌ی پزشک و بیمار تداوم دارد. آنچه از رضایت در ابتدا تداعی می‌شود بیشتر مفهوم پذیرش درمان است؛ درحالی که می‌تواند به معنی امتناع از درمان نیز باشد. بیمار حق دارد درمان پیشنهادی پزشک را نپذیرد. هیچ کس را نمی‌توان به درمانی خاص مجبور کرد. در واقع، کسب رضایت یکی از میوه‌های درخت تنومند اتونومی و احترام به کرامت انسانی است. نیازی به توضیح نیست که کسب رضایت با ارائه‌ی صحیح و مناسب اطلاعات به بیمار معنا پیدا می‌کند (۲۵).

۱۲-۲. حریم خصوصی و رازداری

آدمی به دلیل اینکه از یک سو دارای استقلال فردی و از سوی دیگر موجودی اجتماعی است طبیعتی دوگانه دارد و به سبب همین ارتباط با دیگری و زندگی اجتماعی است که حریم خصوصی معنا می‌یابد و حفظ این حریم ارتباط تنگاتنگی با کرامت انسانی دارد. رعایت و حفظ کرامت انسانی یکی از اساسی‌ترین اصول اخلاقی بودن رفتار آدمی است.

موضوعاتی گفت‌وگو کند و از خود نیز برای این کار تمایل نشان دهد. در صورتی که بیمار تمایلی به استفاده از یک روش درمانی به خصوص ندارد یا بی‌نتیجه‌بودن آن آشکار است، متخصصان سلامت مجاز نیستند از آن استفاده کنند.

درباره‌ی کسب رضایت از والدین به منظور استفاده از روش‌های درمان ابتکاری بر روی نوزادان برای اهداف تحقیقاتی یا کسب رضایت از خویشاوندان متوفی برای نگهداری بافت‌های بدن او پس از انجام کالبدگشایی اختلاف‌نظرهای مشابهی وجود دارد. هر چند گفت‌وگو درباره‌ی چنین موضوعاتی می‌تواند بسیار دشوار باشد باید فرصت لازم برای انجام چنین کاری در اختیار افراد قرار داده شود (۵).

۱۲. نقش ارزش‌ها بر رابطه‌ی درمانی

تا مدت‌ها تصور بر این بود که علم پزشکی به‌طور صرف مربوط به جسم است و در نتیجه ارزش‌ها و عقاید در آن وارد نمی‌شود. حال این سؤال مطرح است که آیا به واقع ارزش‌ها از درمان جدا هستند؟ اگر چنین نیست چه ارزش‌هایی وارد رابطه‌ی درمانی می‌شوند؟ از آنجاکه پزشکان به‌عنوان انسان نه عاری از ارزش‌ها هستند و نه به لحاظ ارزشی خنثی یا منفعل‌اند، بنابراین مداخلات درمانی متکی بر ارزش‌های اساسی است. از سوی دیگر، بیماران با اعتماد به پزشک افکار، احساسات و اعمال خود را برای پزشک بازگو می‌کنند و نیز براساس همین باورها و ارزش‌ها خواستار نوعی خاص از رابطه یا حتی درمان هستند. به همین سبب پزشک باید علاوه بر آگاهی از دیدگاه ارزشی شخصی خود، به حق بیمار

احترام به حق خودمختاری او در تمام مراحل درمانی از معاینه تا تشخیص و درمان و پس از آن را نیز شامل می‌شود. در حفظ حریم خصوصی افراد، باید به باورها و اعتقادات فرد به همان میزان حساسیت درباره‌ی حفاظت از اطلاعات و جسم او توجه کرد و احترام گذاشت (۲۶).

۱۳. نقش و وظایف بیمار

هنگام بیماری شخصی نمی‌تواند وظایف خود را در قبال اجتماع و خانواده انجام دهد. از سویی، او مسئول ناتوانی خویش نیست و حق دریافت کمک دارد. گرچه این ویژگی‌ها امتیازاتی برای بیمار ایجاد می‌کند، این امتیازات مشروط هستند. صرف تمایل و تصمیم به شفا، بهبود شخص امکان‌پذیر نمی‌شود. شخص بیمار موظف است در پی کمک گرفتن و درمان خویش باشد و با پزشکی که مسئول درمان اوست همکاری کند. بیمار باید در بیان مشکلات و بیماری خود تمام آنچه را که به نظر خودش مرتبط با بیماری است برای پزشک بازگو کند و از پنهان کاری بپرهیزد. گرچه جلب اعتماد بیمار در وهله‌ی اول بر عهده‌ی پزشک معالج است، بیمار نیز باید نسبت به پزشک دیدی خوش‌بینانه و عاری از پیش‌داوری داشته باشد. شخص بیمار بنا بر وظیفه، در قبال جامعه نیز که به سهم خود بار بیماری او را بر دوش می‌کشد مسئول است و به همین دلیل باید به دنبال مداوای خود باشد (۲۷).

در این میان از شروط مهم موفقیت در درمان بیماری، همکاری فعال متقابل بین بیمار و پزشکان است. این همکاری بدین معناست که هر دو طرف دارای حقوق و مسئولیت هستند. همان‌طوری

در این میان رابطه‌ی پزشک و بیمار به سبب ماهیت ویژه‌ی آن و تا حدی الزام اعتماد بیمار به پزشک برای بیان درد و رنج خود، حساسیتی افزون را در رعایت کرامت انسانی و در نتیجه حفظ حریم خصوصی بیمار و رازداری، از سوی پزشک می‌طلبد. در اصل می‌توان گفت رازداری اصل اولیه و بی‌قیدوشرط در رابطه‌ی پزشک و بیمار است.

این حق در بیانیه‌ی سازمان بهداشت جهانی و نیز منشور حقوق بیمار وزارت بهداشت و درمان به این صورت آمده است: «ارائه‌ی خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد» (۲۳). در مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌توان حریم خصوصی را در پنج گروه مجزا برشمرد:

الف. حریم خصوصی فیزیکی (مثل احترام به جسم انسان)؛

ب. حریم خصوصی اطلاعاتی (همچون: رازداری، محرمانگی و حفاظت از اطلاعات بیمار)؛

ج. حریم خصوصی معاشرتی (ایجاد محیطی صمیمی توأم با آرامش برای بیمار در لحظات بیماری، نوازش و احتضار)؛

د. حریم خصوصی مالکیتی (احترام به حق مالکیت فرد بر اطلاعات بیماری، ژنتیکی، بافت‌های بدن و هویتی خویش)؛

ه. حریم خصوصی در تصمیم‌گیری (احترام به اتونومی و خودمختاری فرد در تصمیم‌گیری‌های درمانی) (۲۲).

بیان این پنج دسته ناظر بر این حقیقت است که حریم خصوصی افراد تنها حفظ حریم فیزیکی و جسمی بیمار نیست؛ بلکه ایجاد محیطی آرام و

خود فرد و جامعه است. بیماران در صورتی که طبق پروتکل‌های درمانی عمل نکردند، باید موارد نقض را به پزشک یادآور شده و تعیین کنند که از چه زمانی مجدداً تجدیدنظر کرده و طبق دستورات پزشک عمل کرده‌اند.

۵. بیماران موظف هستند هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند یا اگر توانایی پرداخت آن را ندارند با پزشک خود در میان بگذارند. بیماران باید به ارزش خدمات و محدودیت امکانات نظام سلامت آگاه باشند و منابع را با دقت مصرف کنند.

۶. بیماران باید تصمیمات مربوط به مراحل پایانی حیات خود را با پزشکان خود مطرح کرده و خواسته‌هایشان را مشخص سازند. این موارد می‌تواند به صورت مکتوب در قالب دستورات قبلی یا وصیت‌نامه‌ی پزشکی ارائه شوند.

۷. بیماران باید به حفظ سلامتی خود از طریق رعایت ضوابط سلامت متعهد باشند؛ چرا که با رعایت بهداشت و سبک زندگی سالم، می‌توان از بسیاری از بیماری‌ها پیشگیری کرد.

۸. بیماران باید متوجه اثر سوء بیماری‌شان بر دیگران باشند و از کارهایی که سلامت دیگران را به خطر می‌اندازد پرهیز کنند. بیماران باید درباره‌ی چگونگی انتقال بیماری‌های عفونی اطلاعات کسب کنند و به بهترین وجه برای جلوگیری از انتقال آن به دیگران عمل کنند.

۹. مشارکت در آموزش پزشکی به نفع بیماران و همچنین، نظام سلامت است. در این روش بیماران تشویق می‌شوند برای مشارکت در آموزش‌های پزشکی، تحت نظارتی مناسب

که پزشکان مسئول ارائه‌ی خدمات سلامت با تمام توان خود به بیماران هستند، بیماران هم مسئولند که با پزشک خود در ارائه‌ی اطلاعات لازم صادق بوده و در تصمیم‌گیری درباره‌ی تشخیص و درمان بیماری خود مشارکت فعالانه‌ای داشته باشند و برنامه‌ی درمانی توافق‌شده را اجرا کنند. اصل اتونومی این حق را به بیماران می‌دهد که در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مسائل سلامت و درمان خود نظارت داشته و انتخاب‌کننده‌ی نهایی باشند؛ البته در مقابل قدرت انتخاب و هدایت، مسئولیت‌هایی هم برای بیماران تعیین شده که عبارت‌اند از (۲۲):

۱. ارتباط خوب اساس رابطه‌ی موفقیت‌آمیز پزشک و بیمار است. بیماران وظیفه دارند که صادق باشند و نگرانی‌های خود را به‌طور واضح و صریح با پزشک در میان بگذارند.

۲. بیماران موظف‌اند تا حد امکان درباره‌ی بیماری‌های قبلی، داروهای دریافتی، بستری شدن‌ها، سابقه‌ی خانوادگی بیماری‌ها و سایر مواردی که در ارتباط با مشکل فعلی آن‌هاست، شرح حال کاملی به پزشک ارائه دهند.

۳. بیماران وظیفه دارند در صورتی که نسبت به توضیحات و اطلاعات ارائه‌شده درباره‌ی وضع سلامت یا درمانشان توجیه نشده‌اند توضیحات بیشتری از پزشک بخواهند تا مسأله برایشان حل شود.

۴. وقتی بیماران و پزشکان درباره‌ی یک برنامه و اهداف درمانی به توافق رسیدند، بیمار موظف به اجرای دستورات پزشک و ادامه‌ی درمان است. پذیرش دستورات پزشک برای سلامت

از دانشجویان و رزیدنت‌های پزشکی برای

درمان استفاده کنند. بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین طی فرایند رضایت آگاهانه، برای پذیرفتن مداخله‌ی هر یک از اعضای گروه درمان آزاد است.

۱۰. بیمارانی که به اهدای عضو تمایل دارند باید در

این خصوص با پزشک خود مشورت کنند و در صورت تمایل به این امر، برای انجام اقدامات لازم درخواستی مکتوب تنظیم کنند. بیمارانی

که منتظر دریافت پیوند هستند نباید برای دستیابی زودتر به عضو مورد نیاز، خارج از قوانین عمل کنند. نظام تخصیص منابع باید عادلانه رفتار کند تا اعتماد جامعه را کسب کند

و باید به جامعه اطلاع دهد که منابع محدود است.

۱۱. بیماران نباید تحت تأثیر تبلیغات درمانی فریب کارانه قرار گیرند و باید موارد غیرقانونی و غیراخلاقی پزشکان یا سایر کادر درمان را به مراکز قانونی گزارش کنند.

۱۴. نقش و وظایف پزشک

در رابطه‌ی پزشک و بیمار بیشتر باید‌ها متوجه شخص پزشک است. علاوه بر باید‌هایی چون: حقیقت‌گویی، رازداری، احترام به کرامت انسانی و اتونومی، توجه به اعتقادات بیمار، عدم بهره‌جویی‌های مادی، جسمی یا روانی، ارائه‌ی اطلاعات کافی و صحیح و کسب رضایت آگاهانه و آزادانه، بدیهی‌ترین و بدوی‌ترین انتظاری که از پزشک می‌رود صلاحیت علمی و عملی و حرفه‌ای اوست. صلاحیت پزشک شامل سه مؤلفه‌ی اصلی

است:

۱. دانش که مستلزم کسب علوم مربوط، با دقت و حساسیت لازم از یک پزشک است. روزآمد کردن این دانش با استمرار و تداوم در خودآموزی و در صورت لزوم انجام دادن مشاوره‌های تخصصی امکان‌پذیر است.

۲. مهارت که نه تنها در تشخیص و شناخت روش‌های درمانی، بلکه در مداخلات درمانی نیز ضروری است.

۳. پشتکار که سومین مؤلفه از صلاحیت حرفه‌ای است و مفهوم آن توجه مداوم به نیازهای بیمار و مقدم‌شمردن نیاز بیمار بر نیاز سایرین و خود پزشک است (۲۷).

بنابراین، در یک وضعیت مطلوب، پزشک

- تمامی توجهش به بیمار است؛
- محیطی را ایجاد می‌کند که بیمار اعتماد به نفس خوبی داشته باشد؛
- برای ایجاد صمیمیت، بیمار را برای گفتن حقایق تشویق می‌کند؛
- احساس نگرانی واقعی خود را در خصوص سلامتی بیمار بیان می‌کند؛
- در حفظ نقش حمایت‌کننده از بیمار دقت می‌کند؛
- حقوق بیمار را که شامل برخورداری از صداقت، ارائه‌ی اطلاعات (مرتبط با بیماری، درمان‌ها، عدم درمان و دسترسی به اطلاعات)، احترام (برخورد محترمانه، کلام قابل فهم، حفظ پوشیدگی بدن، احترام به عقاید و...)، حفظ حریم خصوصی و رازداری، حق انتخاب (پذیرش یا رد کردن درمان)، دسترسی عادلانه و تداوم خدمات است، رعایت

می‌کند (۳).

۱۵. اتونومی بیمار

منابع موجود، بهترین گزینه و مداخلات را به بیمار پیشنهاد می‌دهد. در ارتباط درمانی، مسئولیت اصلی پزشک، درمان بیمار است و نه مدیریت منابع موجود؛ اما گاه در مواقعی که بیمار درمان ارزان‌تر را رد می‌کند و درمانی پرهزینه‌تر را درخواست می‌کند مشکلات و سؤالات سختی را ایجاد می‌کند.

پیروان برخی گروه‌های مذهبی همانند شاهدان یهوه ممکن است تنها پذیرش برخی موارد درمانی را مجاز بشمارند. در چنین مواردی باید سعی شود در صورت امکان گزینه‌ی پذیرفتنی از سوی بیمار در نظر گرفته شود. بدیهی است به منظور درک بهتر دیدگاه بیمار و ارزشی که برای انتخاب‌های خود قائل است، باید همواره با او گفت‌وگو شود و از پیش‌دآوری و فرضیات درباره‌ی آن‌ها پرهیز شود؛ البته پزشک نمی‌تواند گزینه‌هایی را در اختیار بیمار قرار دهد که برای او آسیب‌رسان هستند؛ از این میان می‌توان به درخواست مهارکننده‌های اشتها مشابه آمفتامین یا استروئیدها از طرف ورزشکاران و بدنسازان اشاره کرد. رابطه‌ی میان پزشک و بیمار زمانی به خوبی عمل می‌کند که توانایی‌های پزشک با خواست بیمار تناسب داشته باشد و درخواست‌های بیمار فراتر از توانایی‌های قانونی و اخلاقی و عملی او نباشد. شایان ذکر است پزشک علاوه بر بیمار خود در قبال جامعه نیز مسئولیت دارد؛ البته بیماران باید در کانون توجه خاص او باشند. پزشک قدرتی شایان توجه دارد؛ او نه تنها می‌تواند برای درمان بیمار تصمیمی نگیرد، بلکه به صورت درخور توجهی می‌تواند بر گزینه‌های انتخابی بیمار نیز تأثیر بگذارد (۵).

رابطه‌ی پزشک و بیمار باید مبتنی بر تعاون و همکاری باشد. تصمیمات درمانی، به صورت ایده‌آل از طریق گفت‌وگو با بیمار گرفته می‌شود و در طی آن فرد متخصص سعی می‌کند با توجه به خواست‌ها و نیازهای بیمار گزینه‌های لازم را در اختیار او قرار دهد. رضایت بیمار در این تبادل درمانی نقش اساسی دارد. بیماران در تمام رده‌های سنی و سلامت باید برای شرکت در تصمیم‌گیری درمانی ترغیب شوند. از جمله‌ی این موارد می‌توان به درخواست مداخلات تخصصی درمانی از سوی بیمار یا انصراف از برخی توصیه‌های پزشک بدون آسیب‌رساندن به رابطه‌ی پزشک و بیمار اشاره کرد. در این موقعیت مهم‌ترین نقش پزشک ارائه‌ی اطلاعات، تشریح گزینه‌های درمانی موجود و رفع سوءتفاهم‌های احتمالی است (۵).

۱۶. اتونومی پزشک

مفاهیم رضایت و استقلال تنها برای بیمار تعریف نمی‌شوند. پزشکان صرفاً به علت درخواستی که از آن‌ها می‌شود، درمان را ارائه نمی‌کنند؛ بلکه درمان مذکور از نظر آن‌ها به لحاظ بالینی نیز مناسب شناخته می‌شود. توصیه‌های پزشک باید مبتنی بر شواهد و به بهترین نحو ممکن باشد؛ هرچند شاید ضرورتاً با انتظارات بیمار از او نیز همخوانی نداشته باشد؛ همانند مواقعی که بیمار از پزشک تجویز آنتی‌بیوتیک را درخواست می‌کند.

پزشک با توجه به خواست بیمار و امکانات و

۱۷. رابطه‌ی دوگانه

پزشک، از ادامه‌ی فرایند درمان محروم شود یا درمان با همان دقت و کمال قبلی انجام نشود (۲۴). روابط دوگانه‌ی پزشک و بیمار را می‌توان در چهار دسته طبقه‌بندی کرد (۲۴):

۱. ترکیب روابط شخصی حرفه‌ای: ممکن است پزشک با بیمارانش رابطه‌ی دوستانه یا رابطه‌ی اجتماعی برقرار کند.

۲. قبول هدیه از بیمار: بیماران به دلایل مختلف برای پزشکان خود هدیه می‌آورند. هدایا اغلب به‌عنوان ابزار قدردانی و سپاسگزاری یا بازتاب یک رسم فرهنگی است که می‌تواند روابط پزشک و بیمار را بهتر کند. بعضی هدایا به‌طور بارز به نیازهای روانی بیمار برای جلب توجه خاص پزشک اشاره دارد. برخی بیماران تصور می‌کنند با هدیه‌دادن جایگاه خاصی نزد پزشک پیدا می‌کنند یا می‌توانند روند درمان را تسریع یا بهتر کنند. تعدادی از بیماران از هدایای گرانبها به‌عنوان رشوه استفاده می‌کنند. بعضی بیماران تصور می‌کنند با هدیه‌دادن به پزشک می‌توانند اطمینان یابند که او بهترین نوع درمان را برای ایشان در نظر می‌گیرد و بدین‌وسیله آنان احساس امنیت بیشتری می‌کنند.

قبول چنین هدایایی به سلامت رابطه‌ی بین بیمار و پزشک خدشه وارد می‌کند. پزشک باید به‌طور صریح و شفاف به بیمار تذکر دهد که دادن چنین هدایایی به وظیفه‌ی پزشکی او که دادن خدمات عادلانه به همگان است، خدشه وارد می‌کند (۲۲). پزشک باید با درایت و وارستگی، قصد و نیت بیمار را از هدیه‌دادن دریابد. زمانی که هدیه در مقابل انجام‌دادن خدماتی خاص یا بهتر در آینده داده می‌شود یا زمانی که هدیه بسیار گرانبهاست به‌گونه‌ای که پزشک را تحت تأثیر

رابطه‌ی دوگانه بین پزشک و بیمار زمانی ایجاد می‌شود که پزشک علاوه بر رابطه‌ی درمانی یا به بیان دیگر صرفاً رابطه‌ی پزشک-بیمار، رابطه‌ی دیگری نیز با او داشته باشد. رابطه‌ی دوگانه انواع گوناگونی دارد؛ به‌عنوان مثال، درمان یک دوست یا همکار می‌تواند رابطه را از حالت رابطه‌ی پزشک بیمار صرف خارج کند. رابطه‌ی دوگانه بالقوه پرخطر است؛ اما همیشه غیرحرفه‌ای یا غیراخلاقی نیست؛ ولی درعین حال برخی روابط دوگانه، آشکارا سودجویانه و مضرند. سه عامل اساسی، روابط دوگانه‌ی پزشک و بیمار را تهدید می‌کند:

الف. عامل اول تعارض بین منافع پزشک و بیمار است؛ در این صورت پزشک با توجه به نفع خود، اصل سودرسانی به بیمار را زیر پا می‌گذارد یا دست کم خدشه دار می‌کند.

ب. عامل دوم ارزش و اهمیت پزشک برای بیمار است. اعتماد بیمار به پزشک و اطمینان از توانایی او در درمان عوامل بنیادین در درمان موفق هستند. هنگامی که پزشک علاوه بر درمانگری نقشی دیگر می‌یابد، ممکن است از ارزش و اهمیت او در دید بیمار کاسته شود و اعتماد بیمار به او به خطر بیفتد.

ج. عامل سوم تفاوت قدرت پزشک و بیمار است. تفوق و سنگین بودن کفه‌ی ترازوی رابطه به سمت پزشک و فرادستی^۱ او جزء ذاتی ارتباط پزشک و بیمار است و به‌ویژه در رویکرد پدرسالارانه‌ی پزشک، این عدم تعادل قدرت، به شکلی افسارگسیخته بیمار را تسلیم خواسته‌های پزشک می‌کند و چه بسا بیمار نگران باشد که در صورت نپذیرفتن نقش‌های دیگر

¹ Superiority

۳. مبادله و معامله‌ی کالا در رابطه‌ی پزشک-بیمار: پزشکان باید از قبول کالا یا خدمات در ازای درمان خودداری کنند؛ زیرا چنین رفتارهایی موجب تعارض منافع، سوءاستفاده و تحریف در رابطه‌ی حرفه‌ای می‌شود (۲۴).

۴. رابطه‌ی عاشقانه یا جنسی با بیمار: نوعی از رابطه‌ی دوگانه که اخلاق حرفه‌ای آن را در هر زمینه‌ای و به‌ویژه در پزشکی ممنوع کرده، رابطه‌ی جنسی با بیمار است. این روابط به علل متعدد و از نظر اخلاقی و حرفه‌ای ناپسند است. بیماران همواره آسیب‌پذیرتر از پزشکان هستند. بیمار رابطه‌ی خود را با پزشک، برپایه‌ی اعتماد بنا می‌نهد و گاه خصوصی‌ترین مسائل زندگی خود را با پزشک در میان می‌گذارد. پزشکی که رابطه‌ی نامناسبی با بیمار دارد به این اعتماد اولیه‌ی بیمار خسارتی جبران‌ناپذیر وارد می‌کند.

پراهمیت‌ترین مسأله در این باره و هر رابطه‌ی دوگانه‌ی دیگر، قدرت ناعادلانه‌ی پزشک و بیمار است. پزشک از اعتبار، عنوان و قدرت برخوردار است؛ درحالی‌که یک بیمار دارای مشکلات متعدد، احتمالاً دارای احساس عدم امنیت و حتی سردرگمی است. بیمار از پزشک می‌خواهد تا به او و مشکل او توجه کند، در شناخت و حل مشکل به او کمک کند و با او همدلانه رفتار کند؛ بنابراین، مزین بودن به زینت اصول اخلاقی و رعایت آن برای سوءاستفاده نکردن از این نابرابری قدرت، راهگشای پزشک در انجام خدمات صحیح و اخلاقی خواهد بود (۲۸).

ارتباط عاشقانه یا جنسی بین پزشک و بیمار از اهداف رابطه‌ی بیمار و پزشک می‌کاهد و

قرار می‌دهد پذیرفتن آن صحیح نیست (۲۴)؛ البته ضابطه‌ای دقیق و مشخص وجود ندارد که تعیین کند چه زمانی پزشک می‌تواند یا نمی‌تواند یک هدیه را بپذیرد. به هر حال ارزش هدیه متناسب با شرایط پزشک و بیمار است؛ اما در هر صورت این هدیه نباید ارزش مادی فراوانی داشته باشد. حداقل ضابطه‌ای که پزشک در موقع پذیرش هدیه می‌تواند تا حدودی به آن متکی باشد آن است که اگر همکاران او یا جامعه متوجه قبول هدیه شوند، او ناراحت و خجالت‌زده نشود یا اینکه حاضر باشد پذیرش آن هدیه را به سایرین اعلام کند (۲۲)؛ اما هنگامی که هدیه به عنوان قدردانی از یک درمان موفق یا به‌جا آوردن یک سنت و رسم فرهنگی باشد، پذیرفتن آن غیراخلاقی نیست. به‌طور کلی، اگر هدیه دارای شرایط ذیل باشد، پذیرفتن آن غیراخلاقی نخواهد بود:

الف. افزایش رفاه بیمار بیش از در معرض خطر بودن او باشد؛

ب. به بی‌طرفی پزشک در درمان بیمار لطمه وارد نکند؛

ج. تمایز میان حق بیمار و رضایت او لحاظ شود؛

د. به عنوان نشانه‌ای از قدرشناسی باشد و از نظر مالی گران‌قیمت نباشد (۲۴).

اگر بیماری فوت کند و قبل از فوت هدیه‌ای را برای پزشک کنار گذاشته باشد، در مواقعی که پذیرش هدیه باعث مشکلات اقتصادی یا روانی برای خانواده‌ی متوفی می‌شود، پزشک باید از قبول آن خودداری کند. تعامل بین این عوامل مختلف پیچیده است و لازم است که پزشک با حساسیت ویژه‌ای به آن‌ها توجه کند (۲۲).

منافع مالی هیچ تفاوتی با دیگران ندارند. از نظر او همه‌ی حرفه‌ها علیه عوام توطئه می‌کنند و در حرفه‌ی پزشکی نیز اساس قضاوت پزشکان در ارائه‌ی خدمات، دستمزد خدمات پزشکی است و همین امر قضاوت آنان را مخدوش می‌کند و این مشکل کاملاً تحت تأثیر شیوه‌ی سازمان‌دهی جامعه در ارائه‌ی خدمات پزشکی و پرداخت دستمزد پزشکان است (۲۹).

جامعه از پزشکان انتظار دارد براساس منافع بیمار عمل کنند؛ البته بیماران هم منافع متعدد و گاه متناقض دارند و در این میان پزشکان نیز منافع و گاه تعهداتی دارند که آن‌ها را بر آن می‌دارد که گاه عملی را انجام دهند که چندان مطلوب بیماران نیست. هنگامی که منافع پزشک و بیمار واگرا می‌شود، خطر سوءاستفاده‌ی پزشکان از اعتماد بیمار رخ می‌دهد. در واقع، زمانی که منافع یا تعهدات کاری پزشکان در مقابل قضاوت بی‌طرفانه یا وظیفه‌شناسی و صداقتشان نسبت به بیمار قرار می‌گیرد، تعارض منافع پیش آمده است. این تعارضات عمدتاً وظیفه‌شناسی و تعهد پزشک را بین دو یا چند بیمار یا بین بیمار و شخص ثالث همچون بیمارستان یا بیمه تقسیم می‌کند (۲۹).

یکی از برجسته‌ترین تعارضات منافی که پزشکان با آن روبه‌رو می‌شوند تعارض منافع مالی است. تعارض منافع مالی را می‌توان در سه دسته‌ی عمده بررسی کرد: خودار جاعی^۳، سهم‌خواری^۴ و پرداخت‌های غیررسمی^۵ شامل: زیر میزی^۶ و قبول هدیه از بیمار یا شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی.

3. Self Referral

4. Fee Splitting

5. Informal Payments

6. Under-the-Table

باعث آسیب‌پذیری بیمار می‌شود؛ همچنین با مخدوش کردن قضاوت عینی پزشک از وضعیت مراقبت‌های سلامت بیمار، به روند بهبود او آسیب می‌رساند. اگر پزشک به دلایلی باور داشته باشد که ارتباط غیرجنسی با بیمار ممکن است به عنوان ارتباط جنسی درک شود یا منجر به چنین تماسی شود، باید از ارتباط غیرجنسی نیز اجتناب کند یا در حضور فرد سومی از جنس بیمار این امر صورت گیرد. کمترین وظیفه‌ی اخلاقی پزشکان، قطع ارتباط پزشک و بیمار قبل از شروع روابط عاشقانه یا جنسی با بیمار است. برقراری ارتباط جنسی بین پزشک و بیمار سابقش می‌تواند به طور نادرستی تحت تأثیر رابطه‌ی قبلی پزشک و بیمار قرار گیرد. ارتباط جنسی با بیمار سابق در صورتی که پزشک از اعتماد یا احساسات بیمار سوءاستفاده کند یا نشأت گرفته از ارتباط حرفه‌ای قبلی او باشد، غیراخلاقی است (۲۲).

۱۸. رابطه‌ی مالی پزشک و بیمار و تعارض منافع

تلاش بیشتر پزشکان بر این است که بیمارانشان را درمان کنند، زندگی آن‌ها را طولانی‌تر کنند و دردشان را تسکین بخشند؛ اما از سوی دیگر پزشکان هم، همانند مردمان دیگر، نیازهای مالی دارند. طبابت اغلب به‌ناچار پزشکان را در کشمکش بین تعهد به درمان بیماران و منافع اقتصادی‌شان قرار می‌دهد.

جرج برنارد شاو^۱ در کتاب دوراهه‌ی پزشک^۲ ادعا کرد که پزشکان درباره‌ی منافع شخصی و به‌ویژه

1. George Bernard Shaw

2. Doctor's Dilemma

پزشکی و غیراخلاقی است (۲۲).

۱۹. برقراری ارتباط و معاینات حساس و نواحی محرمانه

اهمیت برقراری ارتباط مناسب با بیمار پیش از انجام معاینات محرمانه و همچنین، پس از آن بر هیچ کس پوشیده نیست. ارائه‌ی توضیحات کافی درباره‌ی هدف و چرایی کار و سپس کسب رضایت بیمار در این زمینه ضرورت‌های اساسی هستند (۵). در معاینات بالینی خصوصاً معاینه‌ی غیرهمجنس و مناطق حساس بدن او، به لحاظ اخلاقی و رعایت جنبه‌ی احتیاط حضور همراه تحت شرایط مناسب توصیه می‌شود. این کار با هدف احترام به شأن و کرامت بیمار و تلاش برای ایجاد فضایی ایمن و راحت برای بیمار انجام می‌شود.

فراهم آوردن لباس مخصوص، تعبیه‌ی موقعیت و مکان مناسب و محرمانه برای تعویض لباس، استفاده‌ی مناسب و مؤثر از پرده‌ها و ارائه‌ی توضیحات کامل درباره‌ی تمام مراحل معاینه از دیگر مسائلی است که پزشک ملزم به رعایت آن‌هاست. درخواست بیمار مبنی بر داشتن همراه باید محترم شمرده شود؛ مگر در مواقعی که این اقدام با مصالح عالی‌ه‌ی بیمار یا سایر بیماران در تعارض باشد. در تمام بخش‌های خدمات سلامت، نیاز بیمار به همراه باید به صورت شفاف و واضح به بیمار اعلام شود و امکان درخواست همراه از طریق استفاده از علائم کاملاً روشن و مشخص توسط پرستار و پزشک در هنگام پذیرش، یا در اولین ویزیت به بیمار اطلاع داده شود.

در صورت لزوم و ترجیحاً براساس تمایل بیمار،

این موارد می‌توانند باعث بی‌اعتمادی عمومی به حرفه‌ی پزشکی شوند.

همان‌طور که پیش‌تر بیان شد یکی از روش‌های حفظ قداست حرفه‌ی پزشکی و نیز حفظ اعتماد بین بیمار و پزشک آن است که محور ارتباط بیمار و پزشک براساس تعهدات اخلاقی باشد، نه براساس منافع مادی؛ بنابراین، شایسته است خدمات پزشکی براساس قضاوت بالینی معتبر و سالم ارائه شود و توان پرداخت مالی بیمار معیار درمان قرار نگیرد. ارتباط پزشک و بیمار براساس یک تعهد مبتنی بر اعتماد^۱ بنا نهاده شده و به موجب آن پزشک موظف است در تمامی شرایط و بدون توجه به وضعیت اجتماعی اقتصادی بیمار بهترین اقدام درمانی را برای بیمار انجام دهد (۳۰). پزشک در این ارتباط باید منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح دهد و نهایت سعی خود را به کار گیرد تا به گونه‌ای عمل کند که اعتماد بیمار و جامعه را نسبت به شرافت و تمامیت حرفه‌ی پزشکی حفظ کند (۳۱).

ازاین‌رو، در بسیاری از کشورها حذف ارتباط مالی بین بیمار و پزشک، بهترین شیوه‌ی مدیریت تعارض منافع مالی در نظر گرفته شده و هزینه‌های بیماران از طریق سیستم سلامت یا بیمه‌ها پرداخت می‌شود. به‌طور کلی، اصل بر این است که پزشکان نباید تعمداً به گونه‌ای خدمات ارائه دهند تا این امر منجر به دریافت مبالغ بالاتر شود یا خدمات سلامت غیرضروری را برای بیمارشان تأمین کنند؛ بنابراین، هرگونه تجویز یا ارائه‌ی خدمات سلامت که نفع مشخصی برای بیمار ندارد حتی در صورتی که بنا بر درخواست بیمار باشد مصداق سوءاستفاده‌ی

1. Covenant of Trust

صورت مطرح‌شدن پریشی، اعضای خانواده‌اش به جای او پاسخ خواهند داد. در کل، جایز نیست که کودکان برای بزرگ‌سالان ترجمه‌ی هم‌زمان انجام دهند؛ به‌ویژه اگر موضوع گفت‌وگو مسائل بسیار حساس باشد. متخصصان بهداشتی‌درمانی باید از اینکه حریم شخصی تمام بیماران حفظ می‌شود، اطمینان حاصل کنند؛ البته گاه برخی بیماران به این موضوع تمایل چندانی نشان نمی‌دهند. هرگاه بیمار فردی را به همراه خود نیاورده باشد باید در صورت امکان مترجم حرفه‌ای در اختیار او قرار گیرد و از افراد دیگری مانند کارمندان بیمارستان در این زمینه استفاده نشود (۵).

۲۱. موانع ارتباط پزشک و بیمار

موانع زیادی در ایجاد رابطه‌ی مؤثر بین پزشک و بیمار وجود دارد. گاهی ممکن است بیماران احساس کنند که وقت بالارزش پزشک را تلف می‌کنند؛ از این‌رو ممکن است مقداری از شرح حال خود را که غیرمهم تشخیص می‌دهند حذف کنند یا از گفتن برخی نکات که آن‌ها را در وضع نامطلوب قرار می‌دهد خجالت بکشند؛ گاه نیز ترمینولوژی پزشک را نمی‌فهمند یا بر این باورند که پزشک به آن‌ها گوش نمی‌دهد؛ بنابراین، اطلاعاتی را که برای تصمیم‌گیری مهم هستند در اختیار پزشک قرار نمی‌دهند (۳۲). پزشک برای شکل‌گیری رابطه‌ی بین خودش و بیمار می‌تواند اقدامات گوناگونی را انجام دهد. پزشک باید

الف. روبه‌روی بیمار بنشیند؛

ب. به راحتی بیمار توجه کند؛

ج. با او ارتباط چشمی برقرار کند؛

حرفه‌مندان مجاز سلامت مانند پزشک، پرستار و... می‌توانند به‌عنوان همراه بیمار عمل کنند. در این مواقع پزشک باید انتظارات صریح خود مبنی بر حفظ حریم خصوصی و موارد محرمانه‌ی بیمار را به اطلاع همراه برساند و از او بخواهد به این موارد پایبند باشد. پزشک باید در حضور همراه، برای اخذ شرح حال و طرح پرسش‌های لازم به‌ویژه درباره‌ی مواضع حساس در حداقل زمان ممکن اقدام کند. در صورت ضرورت باید فرصتی برای گفت‌وگوی خصوصی بیمار و پزشک در غیاب همراه فراهم شود (۲۲)؛ البته بیمار نیز باید از این حق برخوردار باشد که در صورت مشاهده‌ی برخورد نامناسب از سوی پزشک آن را اطلاع دهد. هدف آن است که بتوان در بیمار اعتمادی کافی به وجود آورد تا در زمان آشفتگی یا برافروختگی در اثر رویدادهای مختلفی که در حین عمل انجام می‌گیرند، بتواند نگرانی‌های خود را اعلام کند و در صورت لزوم توضیحات کافی را به دست آورد (۵).

۲۰. برقراری ارتباط و ترجمه‌ی هم‌زمان

در برخی مواقع حضور شخص ثالث برای برقراری ارتباط میان افراد لازم و اجتناب‌ناپذیر است. در برخی مراکز درمانی اطلاعات به زبان‌های متعددی ارائه می‌شود و این موضوع سبب می‌شود که بیماران در صورت نیاز به زبان‌های دیگر یا کمک در امضا کردن اسناد به‌سهولت بتوانند این کار را انجام دهند. بروشورهای اطلاع‌رسانی برای بیماران نیز به‌صورت فزاینده‌ای به زبان‌های مختلف تهیه می‌شوند. در بعضی مواقع بیمار با خود، فردی را برای ترجمه همراه دارد یا اینکه اعلام می‌کند در

خواهد یافت، حالا شما ترجیح می‌دهید دارو را مصرف کنید یا کمی صبر کنید؟» همچنین می‌تواند بگوید: «من می‌فهمم که شما هنوز آمادگی مشاوره را ندارید، آیا شما تمایل دارید که این اطلاعات را کسب کرده و اعلام کنید که گروه مشاوره چه تاریخی به شما مراجعه کنند؟» یا بگوید: «گاهی مصرف دارو خیلی سخت است، هر چند شما می‌دانید مصرف آن‌ها خیلی مهم است. چه چیزی باعث می‌شود که مصرف دارو برای شما مشکل شود؟»

بیماران دارای صلاحیت حق دارند مداخله‌ی پزشکی را رد کنند. مسأله‌ی غامض یا دوراهی اخلاقی، وقتی پیش می‌آید که بیمار مداخله‌ی طبی را رد می‌کند ولی نقش یک بیمار را رد نمی‌کند؛ برای مثال، بیماری با جفت سرراهی کامل که در زمان زایمان، روش سزارین را رد می‌کند، تقریباً هیچ انتخابی را برای پزشکش در ادامه‌ی درمان باقی نمی‌گذارد. انتخاب‌های بیماران دارای صلاحیت، هنگامی که نمی‌توان متقاعدشان کرد، باید محترم شمرده شود (۳۲).

۲۳. چگونگی ارتباط پزشک با بیمار ناکام^۱

گاهی پزشکان با بیمارانی روبه‌رو هستند که نیازها و درخواست‌هایشان ارتباط درمانی را دچار تنش می‌کنند. در اکثر اوقات یک مباحثه‌ی صادقانه با بیمار در خصوص محدودیت‌های ارتباط، می‌تواند این سوءتفاهم را برطرف کند. پزشک می‌تواند بحث را این‌گونه آغاز کند: «من می‌دانم که شما نگرانی‌های زیادی در خصوص سلامتی خود دارید، متأسفانه قرار ما امروز فقط برای پانزده دقیقه

د. بدون انقطاع به صحبت‌های بیمار گوش دهد؛ ه. توجه خود را با حرکات غیرزبانی مثل تکان دادن سر نشان دهد؛ و. هنگامی که بیمار دنبال کلمات می‌گردد ساکت باشد؛ ز. احساسات بیمار را تصدیق و مشروعیت بخشد (با بیمار همدلی کند)؛ ح. هنگام معاینات توضیحات کافی داده و به بیمار اطمینان دهد؛ ط. صریحاً بپرسد که آیا موارد دیگری برای نگرانی او وجود دارد (۳۲).

۲۲. عدم توافق بین پزشک و بیمار

یک‌سوم تا نیمی از بیماران توصیه‌های درمانی پزشکان را به کار نمی‌گیرند. طبقه‌بندی کردن این بیماران به‌عنوان بیماران «نافرمان» حمایت ضمنی از روش پترنالیسم است. بیماران براساس باورهای خود دستورات پزشکان را گزینه‌ای انتخاب می‌کنند. در واقع، آن‌ها درباره‌ی ممکن یا مطلوب بودن انجام دادن توصیه‌های پزشکان در زندگی روزانه‌ی خود تصمیم می‌گیرند.

استفاده از روش مشارکت در تصمیم‌گیری، پذیرش بیماران را بهبود می‌بخشد؛ برای مثال، پزشک می‌تواند بگوید: «من می‌دانم که ماندن در رختخواب برای باقی دوران حاملگی سخت است. بگذارید در این خصوص صحبت کنیم که چه حوادثی ممکن است رخ بدهد و چگونه می‌توانیم آن‌ها را حل کنیم.» یا بگوید: «من می‌توانم دارویی به شما بدهم تا علائم شما را تخفیف دهد؛ ولی من گمان می‌کنم، اگر شما صبر کنید علائم بهبود

1. Frustrating Patient

محدود نمود پیدا کنند؛ مثلاً اگر در دوران حاملگی مادر یا فرزند در معرض خطر باشند یا هنگامی که فردی فاقد صلاحیت در تصمیم‌گیری باشد یا هنگامی که باید درباره‌ی یکی از والدین تصمیم‌گیری صورت پذیرد. این موارد غالباً براساس دستور دادگاه انجام می‌شوند (۳۲).

۲۵. ارتباط يك پزشك با چندین عضو يك خانواده

پزشکانی که با چندین عضو يك خانواده مرتبط هستند، در مقابل حفظ راز هر عضو خانواده دچار چالش می‌شوند. گاهی موارد مشکل مثل خشونت‌های خانوادگی، در حفظ بی‌طرفی پزشك چالش ایجاد می‌کنند. در بسیاری مواقع پزشكان، خانواده‌های مشکل‌دار را به طرف بهبود روابط راهنمایی می‌کنند. گاهی پزشكان با یکی از اعضای خانواده وارد مشاوره و كمك می‌شوند و گاهی هم به‌عنوان يك تسهیل‌گر در يك گروه بزرگ كمك می‌کنند. هر چند اگر پزشك احتمال خطر قریب‌الوقوعی را می‌دهد، موظف است رازداری را کنار بگذارد. پزشكان می‌توانند به‌عنوان اعضای فعال در تغییر روابط خانواده نقش بازی کنند؛ آگاهی‌دادن به نوجوانی که می‌تواند مسائلش را با پزشك در میان بگذارد، می‌تواند نمونه‌ای برای نقش مهم پزشكان باشد (۳۲).

۲۶. نقش دانشجویان در فرایند ارتباط پزشك و بیمار

دانشجویان ممکن است در خصوص نقش خود در مراقبت از بیمار نامطمئن باشند. هر چند روش

تنظیم شده است؛ پس بیایید امروز در خصوص ضروری‌ترین مشکل شما بحث کنیم و قرار دیگری با زمان بیشتری برای شما تنظیم کنیم. بدین ترتیب ما می‌توانیم مطمئن شویم که به تمام نگرانی‌های شما را توجه کرده‌ایم.» یا بگوید: «من می‌دانم که تنظیم این قرار ملاقات با من، برای شما مشکل بوده، اما استفاده از ادبیات ناپسند و توهین‌آمیز نسبت به کارکنان نیز پذیرفتنی نیست. شما فکر می‌کنید که چگونه می‌توان نیازهای همه را برآورده کرد؟»

موقعیت‌هایی وجود دارد که بین بیمار و پزشك توافق مطلوبی حاصل نمی‌شود و پزشك هم نمی‌تواند بیمار را به حال خود بگذارد. هنگامی که رابطه‌ی پزشك و بیمار در حال گسسته‌شدن باشد، پزشك متعهد است تا بیمار را با منابعی جدید مواجه سازد که مراقبت‌های پزشکی جاری او را ادامه دهد (۳۲).

۲۴. انتخاب يك روش درمانی خاص یا نادیده گرفتن خواسته‌ی بیمار

در هر موقعیت خاص پزشك ناچار است عملکردهای خاصی را انتخاب کند. هنگامی که پرهیز از درمان يك بیماری مخاطره‌آمیز است و انجام‌دادن روش درمانی با خطر کمی همراه است، پزشك ناچار است بدون اجبار یا وادارکردن، بیمار را به انتخاب روش درمانی و خودداری از کنارکشیدن از درمان ترغیب کند.

ممکن است گاهی تصمیمات محدودکننده به نحوی به بیمار تحمیل شوند. هر چند چنین موقعیت‌هایی به‌ندرت پیش می‌آید. تصمیمات محدودکننده و اجباری ممکن است در مواردی

خود را دقیقاً ارزیابی کند. آن‌ها همچنین، باید برای توجیه تصمیمشان برای خود و بیمارشان و در صورت لزوم برای یک شخص ثالث آماده باشند. اگر انگیزه‌ها مشروع باشند، پزشک باید به بیمار در یافتن یک پزشک مناسب دیگر کمک کند، یا اگر ممکن نبود، باید اخطارهای کافی را درباره‌ی عواقب ترک خدمات درمانی به بیمار بدهد تا بیمار بتواند مراقبت‌های درمانی جایگزین را پیدا کند؛ اما اگر انگیزه‌ای غیرمشروع مثل تبعیض نژادی داشته باشد، پزشک باید راهی برای مواجهه با این مسأله پیدا کند (۱۳).

بنابراین، پزشکان به تداوم مراقبت از بیمارانشان متعهد هستند؛ آنان می‌توانند ارتباطشان را با بیمار قطع کنند، اما باید پیشاپیش به بیمار، بستگان یا افراد مسئول او اطلاع دهند و این زمان باید به قدر کافی طولانی باشد تا بیمار بتواند کادر درمانی دیگری را انتخاب کند (۲۲)؛ البته بیمار حق دارد که این رابطه را یک‌طرفه قطع کند.

برخورد دانشجو با این حقیقت، در شکل‌گیری بهتر مسیر تشخیص و درمان اهمیتی عمده دارد. صادق‌بودن دانشجو در خصوص نقش او در این مسیر (به‌عنوان پزشک در حال آموزش) و ذکر این نکته که بیمار در مسیر آموزش به دانشجو کمک می‌کند در تنظیم این رابطه‌ی صحیح اثرگذار است. در برخی مراکز پزشک یا دستیار مسئول، نقش دانشجو را برای بیمار توضیح می‌دهند و گاهی هم خود دانشجو مجبور است خودش را معرفی کند. بسیاری از بیماران هنگام بستری‌شدن بسیار به دانشجویان نزدیک می‌شوند؛ زیرا اصولاً دانشجویان می‌توانند وقت بیشتری برای بیمار صرف کنند و به‌خوبی به تاریخچه و مشکلات او گوش فرا دهند؛ بیماران هم برای این توجه ویژه ارزش قائل می‌شوند. بنابراین، دانشجویان باید سعی کنند تسهیل‌کننده‌ی ارتباط پزشک و بیمار باشند و از مداخله‌ی نامناسب در این ارتباط اجتناب ورزند (۳۲).

۲۷. خاتمه‌دادن به رابطه‌ی پزشک و بیمار

دلایل متعددی برای یک پزشک وجود دارد تا خواهان پایان‌دادن به رابطه با یک بیمار باشد؛ به‌عنوان مثال، انتقال پزشک به محل دیگر یا توقف طبابت، امتناع یا ناتوانی بیمار برای پرداخت دستمزد پزشک، بیزاری بیمار و پزشک از یکدیگر، امتناع بیمار از پذیرفتن نصایح و انجام‌دادن دستورات درمانی پزشک و غیره. این دلایل ممکن است کاملاً مشروع یا کاملاً غیراخلاقی باشند. هنگام بررسی چنین عملی، پزشکان باید به کدهای اخلاقی و راهنماهای مربوطه مراجعه کرده و انگیزه‌های

۲۸. دیدگاه فقهی و اسلامی

از منظر فقهی ارتباط پزشک و بیمار در قالب قراردادی درمانی است که ویژگی‌های عقد لازم، معوض و رضایی را دارد. برخی از فقها ماهیت این قرارداد درمانی را اجاره، برخی جعاله و برخی آن را از نوع نامعین می‌دانند. همچنین، در فقه شیعه در باب مسئولیت پزشک با عنوان «ضمان طبیب» دو نظریه‌ی عمده مطرح است. اکثر فقها (مشهور)، پزشک حاذق و ماهر را اگر چه مرتکب تقصیری نشده باشد، ضامن می‌دانند؛ در مقابل، اقلیت فقها (غیرمشهور) او را ضامن نمی‌دانند؛ البته فقها

است: یکی خیرخواهی برای بیمار و دیگری تلاش برای درمان او. «نصح» که در این سخن بدان اشاره شده است به معنای خیرخواهی و «اجتهاد» به معنای به‌کارگیری همه‌ی توان است؛ بنابراین، تقوای پزشکی بدین معناست که پزشک برای حسن انجام وظیفه اولاً باید سود بیمار را در نظر بگیرد نه سود خود را، ثانیاً باید از همه‌ی توان فکری و علمی خود برای درمان او استفاده کند. پزشک باتقوا کسی است که در صرف وقت برای تشخیص بیماری، در تجویز دارو، در طول درمان و چگونگی آن، به چیزی جز سود بیمار نیندیشد (۳).

۲. ایجاد امیدواری: یأس و نومیدی، موجب تشدید بیماری است و بیش از بیماری برای بیمار، رنج‌آور است. به گفته‌ی امام علی (ع) «اعظم البلاء انقطاع الرجا»: «سخت‌ترین بلا گسستن امید است.» گاه نومیدی سبب مرگ بیمار می‌شود؛ چنان‌که امام علی (ع) می‌فرماید: «قَتَلَ الْقَنُوطُ صَاحِبَهُ»: «نومیدی، آن کس را که دام‌نگیرش بشود، می‌کشد» (۳). همچنین، پیامبر اکرم (ص) می‌فرمایند: «لا تدیموا النظر الی اهل البلاء و المجدومین فانه یحزنهم»: «از نگاه‌های پیوسته به مبتلایان و جذامیان پرهیز کنید چراکه موجب اندوه و نگرانی آنان می‌شود.» (۳۴).

۳. مسئولیت‌پذیری: از مهم‌ترین و اصلی‌ترین بایسته‌های اخلاقی در روابط پزشک و بیمار، حس مسئولیت‌پذیری است؛ زیرا همین احساس است که پزشک را به رعایت وظایف اخلاقی و قانونی و شرعی خود درباره‌ی درمان بیمار و او می‌دارد. منظور از مسئولیت‌پذیری، موظف‌بودن به انجام کاری و مؤاخذه و بازخواست از آن است؛ پزشک باید خود

از قواعد فقهی اجرت بر واجبات، غرور، اتلاف و تسبیب، نفی حرج، نفی ضرر، احسان، اضطرار، اذن و برائت جهت اثبات یا مسقط ضمان پزشک استفاده کرده‌اند (۳۳).

در منابع اسلامی، اعتماد از ویژگی‌های مهم طبیب در رابطه‌ی پزشک و بیمار است؛ چنان‌که امام جعفر صادق (ع) طبیب حاذق و معتمد را در ردیف فقیه بصیر و جامع به شمار آورده‌اند و خصلت اعتماد را هم‌پایه‌ی حاذق‌بودن پزشک آورده‌اند. از طرفی مسئولیت‌پذیری، خوش‌رفتاری، خیرخواهی، رحم و مهربانی، حفظ اسرار بیماران و اجتناب از حرص و ورزی از بایسته‌های اخلاقی مطرح در روابط پزشک و بیمار در منابع اسلامی است که بسیاری از این گونه‌امور در سوگندنامه‌های پزشکی به بهترین وجه بیان شده است. این بایسته‌ها تابع زمان و مکانی خاص نیست، بلکه روابط پزشک و بیمار باید در هر عصر و زمانی بر این اصول استوار باشد (۳۴). در واقع، این بایسته‌های اخلاقی هستند که باعث مورد وثوق قرارگرفتن پزشکان می‌شوند؛ بنابراین، در منابع اسلامی موضوع رابطه‌ی پزشک با بیمار از ابعاد گوناگون بحث و بررسی شده است:

۱. حفظ تقوا در حرفه‌ی طبابت: امام علی (ع) می‌فرماید: «من تطیب فلیتق الله و لینصح و لیجتهد»: «کسی که بیماران را طبابت می‌کند باید تقوای الهی پیشه کند و خیرخواه باشد و برای بهبودی بیمار تلاش کند.» تقوا در هر حرفه‌ای به معنای رعایت قوانین الهی در انجام‌دادن آن است؛ بنابراین، تقوای پزشکی شامل همه‌ی آداب و احکام اسلامی درباره‌ی این حرفه است. لیکن در تقوای پزشکی، دو نکته از اهمیتی فوق‌العاده برخوردار

و اهمال در این نعمت، مردود و مستوجب عقوبت خواهد بود؛ البته بیمار نیز مسئولیت‌هایی دارد و در کمک به پزشک برای انجام وظیفه‌ی پزشکی بسیار تشویق شده است. چنان که امام علی (ع) می‌فرماید: «مَنْ كَتَمَ مَكْنُونَهُ دَائِهِ عَجَزَ طَبِيبُهُ عَنْ شِفَائِهِ»: «هر کس دردش را کتمان کند، طبیبش از شفای عاجز است» یا «هر کس مرضش را از پزشکان پنهان کند، به بدنش خیانت کرده است»؛ بنابراین، عقل انسان حکم می‌کند که هنگام بیماری به پزشک مراجعه کرده و با عمل به دستورات او از خداوند طلب شفا کند؛ زیرا درمان و شفا را اسبابی است که باید از طریق آن برآورده شود. پزشک برای بیمار به منزله‌ی ابر رحمت برای کشاورز است. بیمار و کشاورز هر دو تشنه‌ی آب حیات‌اند؛ ولی طلب باران و درمان از خداوند بدون وسایط و اسباب، نادرست و بر خلاف حکمت الهی است.

۴. مهربانی: پزشک باید به بیماران محبت کند؛ چون باعث امیدبخشیدن به زندگی بیماران می‌شود. بهترین پزشکان مهربان‌ترین آنان نسبت به بیماران هستند. خداوند متعال در حدیثی قدسی می‌فرماید: «الْخُلُقُ عِبَالِي فَأَحْبِبْهُمْ إِلَى الْطَفْهِمْ بِهِمْ وَأَسْعَاهُمْ فِي خَوَائِجِهِمْ»: «یعنی مردم خانواده‌ی من هستند؛ پس محبوب‌ترین آنان نزد من کسی است که نسبت به آنان مهربان‌تر و در [برآوردن] نیازمندی‌هایشان کوشاتر باشد» (۳۴).

پیامبر اکرم (ص) نیز می‌فرماید: «إِنَّ اللَّهَ رَحِيمٌ يَجِبُ الرَّحِيمَ يَضَعُ رَحْمَتَهُ عَلَى كُلِّ رَحِيمٍ»: «خداوند مهربان است و انسان‌های مهربان را دوست دارد و رحمتش را بر هر انسان مهربانی فرو می‌فرستد.» امام صادق (ع) نیز فرموده‌اند: «الْأَنَاسُ رَجُلَانِ

را در پیشگاه خدا و در برابر وجدان خود مسئول بدانند و در رسیدگی و درمان بیماران چیزی را فرو نگذارد. حس مسئولیت‌پذیری نسبت به بیماران، نمودی از تقوای پزشکی است. امام صادق (ع) از قول حضرت مسیح (ع) درباره‌ی مسئولیت پزشک می‌فرماید: «هرکس به درمان مجروحی اقدام نکند در واقع شریک جرم کسی است که او را مجروح کرده است؛ چون ضربه‌زننده، تباهی مجروح را خواسته و نفر دوم با رهاکردن درمان و بهبودی مجروح، در واقع به تباهی او کمک کرده است». این سخن متکی بر منطق روشنی است که نه تنها پیروان اسلام و مسیحیت، بلکه هیچ پزشک با وجدانی نمی‌تواند آن را انکار کند (۳۴).

بنابراین، پزشک مسئولیت اخلاقی دارد و نمی‌تواند نسبت به بیمارانی که به او مراجعه می‌کنند، بی‌توجه باشد یا از پذیرش و درمان آنان خودداری ورزد؛ چون این بی‌توجهی و کوتاهی پزشک، به معنای سهیم‌بودن او در بیماری یا هلاکت بیمار است. همچنین، پزشک در برابر خطاهایی که از روی عمد یا کوتاهی و سهل‌انگاری از او سر می‌زند، مسئولیت دارد و موظف است خسارت‌های وارده بر بیمار را جبران کند (۳۴).

بیمار و پزشک هر دو انسان‌اند؛ با این تفاوت که مسئولیت پزشک در اسلام به سبب دانشی که دارد سنگین‌تر است؛ پزشک بر خوردار از نعمتی است که شکر آن همان پاسخ‌گویی به حاجات بیماران است و مصداق بارز آن جمله‌ی امام حسین (ع) است که می‌فرماید: «نیازمندی‌های مردم به شما از جمله نعمت‌های الهی است، از انجام دادن آن‌ها خسته نشوید»؛ بنابراین، هرگونه سوءاستفاده، کم‌کاری

مَبْتَلًى وَ مَعافًى فَأَزْ حَمُوا المَبْتَلًى وَ أَحْمَدُوا اللهَ عَلَى العافِیَةِ»: «مردم دو دسته هستند یک دسته به

بیماری مبتلا هستند و دسته‌ی دیگر در سلامت به سر می‌برند؛ بنابراین، نسبت به مبتلایان مهر بورزید و از آنان دلجویی کنید و بر عافیت و سلامتی خداوند را سپاس گوید.» همچنین، از ایشان نقل شده است که پیامبر گرامی اسلام فرموده‌اند: «برای بیمار دعا کنید و این چنین بگویید: "اللهم اشفه بشفائك و داوه بدوائك و عافه من بلائك"»: «خداوندا او را به شفای خود شفا بخش و به دواى خود مداوا كن و بیماری او را به عافیت و سلامتی مبدل ساز».

امام علی (ع) با تبیین رابطه‌ی مشفقانه‌ی پزشک با بیمار، دیگران را به چنین رابطه‌ای در میان خودشان سفارش می‌کند: «كُنْ كَالطَّبِيبِ الرَّفِیقِ [الشَفِیقِ] الذی یَدْعُ الدَّوَاءَ بِحَیْثُ یَنْفَعُ»: «همچون طبیبی رفیق [مهربان] باش؛ همان طبیبی که بیمار را با دوايي سودمند معالجه می‌کند.» رابطه‌ی محبت‌آمیز پزشک با بیمار در امیدبخشی و بهبودی بیمار تأثیری نیکو دارد (۳۴).

امام خمینی (قدس سره) می‌فرمایند: «چیزی که بسیار اهمیت دارد و برای پزشکان و پرستاران و آن‌هایی که با مریض‌ها و بیمارها و مجروح‌ها تماس دارند، این است که روح عطوفت در آن‌ها باشد. این نکته را باید در نظر داشته باشند که عطوفت به آن‌ها و امیددادن به آن‌ها و وعده‌ی سلامت به اذن الله برای آن‌ها، کمک می‌کند به صحت آن‌ها» (۳۴). افزون‌براین به پزشکان و پرستاران می‌فرماید: «باید مثل پدری که فرزندش را معالجه می‌کند و مادری که اولادش را پرستاری می‌کند، شما مریض‌ها را مثل اولاد خودتان، مثل فرزندان خودتان بدانید و آن‌ها

را با مهر و محبت پذیرایی کنید و آن‌ها را پرستاری کنید» (۳۴).

۵. خیرخواهی: از دیگر بایسته‌های اخلاق پزشکی در ارتباط با بیماران، «نصح» است. نصح یعنی خیرخواهی و مصلحت‌اندیشی صادقانه و واقع‌بینانه نسبت به دیگران؛ در برابر غش و خدعه که به معنای بدخواهی و فریب و خیانت است. راغب اصفهانی می‌گوید: «نصیحت، انتخاب کردار یا گفتاری است که به صلاح رفیق و دوست انسان باشد». رسول خدا (ص) می‌فرماید: «يَجِبُ لِلْمُؤْمِنِ عَلَى الْمُؤْمِنِ النِّصِيحَةُ لَهُ فِي الْمَشْهَدِ وَالْمَغِيبِ»: «بر مؤمن واجب است که در حضور و غیاب، خیر‌خواه مؤمن دیگر باشد.»

تقوای پزشکی ایجاب می‌کند که پزشک در صرف وقت برای تشخیص بیماری، تجویز دارو، چگونگی درمان و طول آن، به چیزی جز سود بیمار نیندیشد. امام علی (ع) می‌فرماید: «هرکس طبابت را پیشه‌ی خود سازد باید برای مردم خیرخواهی کند». امام صادق (ع) می‌فرماید: «عَلَيْكُمْ بِالنَّصِیحِ لِلَّهِ فِي خَلْقِهِ فَلَنْ تُلْقَاهُ بِعَمَلٍ أَفْضَلَ مِنْهُ»: «بر شما باد به خیرخواهی خلق خدا برای رضایت او؛ زیرا هرگز با عملی برتر از آن خدا را ملاقات نخواهید کرد.»

پزشک مؤمن و متعهد برای جلب منافع مادی، هرگز اقدامی به ضرر بیماران انجام نمی‌دهد. پزشکی که بیشتر به فکر مادیات است و هم خود را به آن معطوف می‌سازد، نمی‌تواند خیر‌خواه بیماران باشد و خوب انجام وظیفه کند. چنین طبیبی به عالمی می‌ماند که برای دنیای خود تلاش می‌کند و از خیرخواهی برای مردم بهره‌ای ندارد. چنان‌که حضرت عیسی (ع) فرمود: «الْدِّينَارُ دَاءُ الدِّينِ وَالْعَالِمِ

طبيب الدين، فإِذَا رَأَيْتُمُ الطَّيِّبَ يَجِرُ الدَّاءَ إِلَى نَفْسِهِ فَاتَّهَمُوهُ وَاعْلَمُوا أَنَّهُ غَيْرُ نَاصِحٍ لِّغَيْرِهِ»؛ «دینار [مادیات] درد دین است و عالم، طبیب دین. پس هرگاه دیدید طبیب درد را به سوی خویش می کشاند او را متهم سازید و بدانید که خیر خواه دیگران نیست» (۳۴).

۶. عفت: یکی از مصادیق مهم تقوای پزشکی، عفت است که حالتی نفسانی است که از غلبه‌ی شهوت جلوگیری می کند. در روایات، از پاکدامنی به عنوان برترین عبادت یاد شده است (أَفْضَلُ الْعِبَادَةِ عِفَّةُ الْبَطْنِ وَالْفَرْجِ). امام علی (ع) می فرماید: «مَا الْمَجَاهِدُ الشَّهِيدَ عِنْدَ اللَّهِ بِأَعْظَمَ أَجْرًا مِمَّنْ قَدَرَ فَعَفَ لَكَادَ الْعَفِيفُ أَنْ يَكُونَ مَلَكًا مِنَ الْمَلَائِكَةِ»: «پاداش مجاهد شهید در راه خدا بیشتر از کسی نیست که می تواند گناه کند؛ ولی بر اثر پاکدامنی از آن پرهیز می کند. نزدیک است که انسان پاکدامن فرشته‌ای از فرشتگان خدا باشد.»

پزشک باتقوا نه تنها به خود اجازه‌ی سوءاستفاده‌ی جنسی از بیمار را نمی دهد، بلکه در معاینه نیز، حدود اسلامی را رعایت می کند و هنگام نیاز به نگاه کردن به بیمار برای تشخیص بیماری، به اندازه‌ی ضرورت اکتفا می کند. همچنین، امیرمؤمنان (ع) عفت را از ویژگی‌های پسندیده در اخلاق حرفه‌ای برشمرده و بیان داشته اند: «الْحِرْفَةُ مَعَ الْعِفَّةِ خَيْرٌ مِنَ الْغِنَى مَعَ الْفُجُورِ»: حرفه‌ای که با پاکدامنی همراه باشد، بهتر است از توانگری با عصیان» (۳۴).

۲۹. دیدگاه قانونی

در قوانین حکومتی در خصوص روابط پزشک و بیمار الزاماتی وجود دارد که برخی از آن‌ها درباره‌ی

ایجاد ارتباط و استحکام آن است؛ اما اکثر آن‌ها درباره‌ی لوازم و شرایط ارتباط و مشکلاتی است که در پیوند با رعایت نکردن نظامات دولتی به وجود می آید و منجر به خطای پزشکی می شود. آنچه اهمیت دارد این است که وجود ارتباط صمیمانه بسیاری از شکایات‌های پزشکی را کاهش داده و بالعکس برخوردهای نامناسب، خطاهای جزئی را هم بزرگ جلوه می دهد (۳). شایان ذکر است که اخذ رضایت آگاهانه و برائت از بیمار و حفظ اسرار بیماران در قوانین مجازات اسلامی در کانون توجه و مذاقه قرار گرفته و جبران خسارت بیماران ناشی از خطاهای پزشکی در قوانین مسئولیت مدنی لحاظ شده است.

در سال‌های اخیر نیز قوانینی در خصوص حقوق و مسئولیت‌های بیماران در اکثر کشورها تدوین شده است و در بیمارستان‌ها بر رعایت آن‌ها تأکید می شود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی نیز منشور حقوق بیمار را در کشور ما بازبینی کرده و منشور تجدیدنظرشده را به مراکز درمانی ابلاغ کرده اند (۳).

همچنین، در آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی (۳۵) نیز مواد ذیل همسو با حقوق بیمار و برای ارتباط پزشک و بیمار تدوین شده است:

ماده‌ی ۲) شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلف اند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی، سیاسی و اقتصادی بیماران حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف حرفه‌ای خود به کار ببرند.

پزشکی مصوب سازمان نظام پزشکی و در بخش دولتی تعرفه‌های خدمات پزشکی مصوب هیئت دولت (موضوع بند ۱ و تبصره‌ی ماده‌ی ۳ قانون) را رعایت کنند.

ماده‌ی ۱۱) شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته حق ندارند علاوه بر وجوهی که توسط مسئولان مؤسسه‌ی درمانی ذی‌ربط طبق مقررات دریافت می‌شود، هیچ‌گونه وجه مالی را از بیماران وصول کنند.

ماده‌ی ۱۷) تجویز داروهایی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در فارماکوپه (مجموعه‌ی دارویی کشور) اعلام نشده باشد، بدون توجیه علمی تأییدشده توسط سازمان نظام پزشکی یا انجمن‌های علمی تخصصی مربوط مجاز نیست.

ماده‌ی ۱۸) پزشک معالج مسئول ادامه‌ی درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است، مگر اینکه بیمار یا بستگان او تمایل نداشته باشند.

تبصره: موارد اورژانس از شمول این ماده مستثنی است و پزشک مکلف به انجام هرگونه اقدام درمانی بدون توجه به نظر و اذن بیمار یا همراهان اوست.

ماده‌ی ۲۷) شاغلان حرفه‌های پزشکی مکلف‌اند در موارد فوریت‌های پزشکی اقدامات مناسب و لازم را برای نجات بیمار بدون فوت وقت انجام دهند.

۳۰. جمع‌بندی

به‌طورکلی، مطالب پیش‌گفته را می‌توان در محورهای زیر جمع‌بندی کرد:

- پزشکان مسئولیت اختصاصی مراقبت از بیمار را بر عهده دارند؛ اما همه‌ی تعاملات میان پزشک

ماده‌ی ۳) شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی و شرعی و قانونی با رعایت نظامات دولتی، صنفی و حرفه‌ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند.

ماده‌ی ۴) شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون را ندارند.

ماده‌ی ۵) شاغلان حرفه‌های پزشکی موضوع ماده‌ی ۱ قانون، موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بنا به تشخیص و اعلام سازمان نظام پزشکی، حسب مورد، انجام خدمات آنان در يك زمان مناسب، میسر باشد.

ماده‌ی ۶) انجام دادن امور خلاف شئون پزشکی که مصادیق آن توسط سازمان نظام پزشکی اعلام خواهد شد توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتك حرمت جامعه‌ی پزشکی می‌شود خودداری کنند.

ماده‌ی ۷) تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران ممنوع است. تعیین مصادیق مخارج غیرضروری براساس نظر کمیته‌ی کارشناسی تخصصی دادرها و هیئت‌های انتظامی است.

ماده‌ی ۸) ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیرواقعی وخامت بیماری یا وخیم جلوه دادن بیماری ممنوع است و پزشک می‌تواند به نحو مقتضی بیمار و بستگان را در جریان خطرات، وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار بدهد.

ماده‌ی ۱۰) شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلف‌اند در بخش غیردولتی تعرفه‌های خدمات

- ارائه‌ی شرح حال صحیح و کامل؛
- تهیه‌ی فهرستی از سؤالات و نگرانی‌هایی که بیمار انتظار دارد پزشک به آن‌ها جواب دهد؛
- آگاه کردن پزشک از نگرانی‌ها و سؤالاتش؛
- تبادل نظر در خصوص سوابق پزشکی به اندازه‌ی کفایت و با دقت ممکن؛
- بیان کردن نیازهای حمایتی خود با وضوح کامل؛
- تعیین کردن مرزی مشخص برای میزان اطلاعاتی که باید به اطرافیان گفته شود؛
- طرح سؤال هنگامی که اطلاعات داده‌شده یا کاری را که از او انتظار می‌رود متوجه نشده است؛
- پیگیری درمانی مورد توافق دوطرف؛
- حضور در قرار ملاقات بعدی؛
- اظهار صادقانه‌ی میزان پیروی از دستورات پزشکی؛
- گزارش هر تغییر غیرمنتظره در وضعیت بیماری؛
- رعایت حق سلامت دیگران با رعایت بهداشت؛
- بهبود سطح سلامت خود با رعایت شیوه‌ی زندگی مطلوب؛
- رعایت احترام.
- وظایف پزشک:
 - تجویز نکردن درمان‌های بی‌حاصل و مضر؛
 - مقدم‌نداشتن سود شخصی بر درمان بیماران؛
 - دادن اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری بیمار؛
 - راستگویی و حقیقت‌گویی؛
 - احترام به تصمیم بیمار؛
 - رازداری؛
 - پذیرفتن نقص دانش و اعتراف به خطا و اشتباه؛
 - مراقبت از بیماران؛
 - گوش دادن به سخن آنان؛
- و بیمار باید مبتنی بر صداقت و ادب و احترام متقابل باشد.
- پزشک مسئولیت اصلی را در ایجاد امکان ادامه‌ی رابطه بر عهده دارد؛ اما بیمار نیز مسئولیت‌هایی می‌پذیرد.
- مشخص کردن محدوده‌ها و مرزهای ارتباط ضروری است.
- برای برقراری ارتباط مناسب، هر دو طرف باید به صحبت‌های هم گوش کنند، با هم گفت‌وگو کنند و در صورت مبهم‌بودن نکات، از طرف مقابل سؤال کنند.
- پزشکان باید در اتخاذ تصمیم بیمار نیز، به او یاری رسانند.
- این کار باید به‌صورت حمایتی انجام گیرد و نه صرف ارائه‌ی فهرستی از گزینه‌های درمانی موجود.
- باید به درخواست‌ها و انتخاب‌های بیمار توجه شود؛ اما در این زمینه پزشک باید به‌صورت واقع‌بینانه محدودیت‌های موجود را نیز شرح دهد.
- ارائه‌ی اطلاعات به بیمار:
 - اطلاعات لازم باید در اختیار بیمار قرار گیرد؛ اما نمی‌توان آن‌ها را به دریافت جزئیات مفصل وادار کرد. باید تمهیدات لازم برای ارائه‌ی اطلاعات به نحوی که برای بیمار درک‌کردنی باشد فراهم شود. این موضوع درباره‌ی ترجمه نیز صدق می‌کند. همچنین باید به پرسش‌های بیمار تا حد ممکن با صداقت پاسخ داده شود. صداقت و راستگویی باید بر تأمین مالی، سهمیه‌بندی یا روش درمانی اولویت داده شود.
- تعهدات بیمار:

- رفتار صادقانه، محترمانه و صبورانه؛
- مدد‌رسانی به بیماران؛
- اجتناب از آسیب‌رساندن به بیماران؛
- استفاده از دانش پزشکی برای ارتقای بهداشت و سلامت مردم؛
- کمک به بیماران بدون در نظر گرفتن منزلت یا خاستگاه اجتماعی آنان.

توضیح نمونه‌ی اول

تقدیم هدیه از سوی بیمار به نیت‌ها و دلایل متعددی انجام می‌شود. با اینکه گاه ممکن است منظور بیمار از تقدیم هدیه، دادن رشوه برای انجام درخواستی نابه‌جا یا حتی توجه بیشتر باشد، در بسیاری از مواقع تنها نشانگر قدردانی بیمار است. باین‌حال به نظر می‌رسد قبول هدیه، مشروط به برخی مؤلفه‌های اخلاقی است. قبول هدایای گرانبها حتی اگر به منظور قدردانی صرف باشد ممکن است سبب سوگرایی پزشک نه‌تنها درباره‌ی آن بیمار خاص بلکه درباره‌ی سایر بیماران شود.

با اینکه آقای «ک» فرد متمکنی است و هدیه‌دادن اتومبیل برای او عادی است، این هدیه برای دکتر «م» در حکم یک هدیه‌ی معمولی نیست. دکتر «م» ضمن تشکر از لطف و قدردانی آقای «ک»، محترمانه از او خواست تا مبلغ خرید اتومبیل را به حساب صندوق حمایت از کودکان سرطانی واریز کند.

توضیح نمونه‌ی دوم

درباره‌ی بیماری که از دستورات درمانی پیروی نمی‌کند، پزشک مجاز است که ادامه‌ی درمان او

را رد کند؛ مشروط بر اینکه از ابتدا با او این قرار را گذاشته باشد و به او اطلاع دهد که به دلیل نقض دستورات، رابطه‌ی درمانی پزشک با او قطع خواهد شد؛ همچنین او را به مراکز دیگر معرفی کند و برای برقراری رابطه‌ی درمانی با پزشک دیگر، به او فرصت کافی بدهد؛ افزون‌براین باید توجه داشت که وضعیت بیمار در موقعیت اورژانس نباشد. در این باره با توجه به اورژانسی بودن وضعیت بیمار، پزشک موظف به ارائه‌ی خدمت به بیمار است؛ هر چند از قبل تمام مقدمات ختم رابطه‌ی پزشک و بیمار را فراهم کرده باشد.

منابع

۱. لاریجانی، باقر. (۱۳۸۳). پزشک و ملاحظات اخلاقی. ج ۱، تهران: برای فردا.
۲. پارسای، سوسن و همکاران. (۱۳۸۵). «تماس زودرس با بیمار»، در: جامع بهداشت عمومی، ج ۳. Available at http://www.elib.hbi.ir/persian/PUBLIC_HEALTH_EBOOK/14_02.htm
۳. امامی رضوی، سیدحسن. (بی‌تا). درس‌نامه‌ی رابطه‌ی پزشک و بیمار. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
4. Hornby, Albert Sydney. (2000). Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English. Oxford University Press.
5. English, Veronica & et al. (2004). Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law. London: BMJ Publishing Group.
۶. لاریجانی، باقر. (۱۳۸۳). پزشک و ملاحظات اخلاقی. ج ۲، تهران: نشر برای فردا.
۷. مصلحی شاد، ابراهیم. (۱۳۷۳). تاریخچه و مبانی اخلاق پزشکی؛ مجموعه مقالات پزشکی. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.
۸. آسمانی، امید. (۱۳۹۱). «نگاهی به مدل‌های ارتباطی پزشک و بیمار و چالش‌های مرتبط با آن». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۵، ش ۴، صص ۴۴ تا ۵۷.
9. Kerse, Ngairé & et al. (2004). "Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: a Primary Care Investigation". Ann Fam Med. 2, P. 455-461.

- lowoffice. mohme. gov. ir
۲۴. ریچموند، ویرجینیا پی و جیمز سی مک کروکسی. (۱۳۸۷). رفتار غیرکلامی در روابط میان فردی؛ درس‌نامه‌ی ارتباطات غیرکلامی. ترجمه‌ی فاطمه‌سادات موسوی و ژبلا عبداله‌پور. تهران: نشر دانژه.
۲۵. کیاروچی، جوزف و همکاران. (۱۳۸۵). هوش هیجانی در زندگی روزمره؛ کندوکاوی علمی. ترجمه‌ی جعفر نجفی زند. تهران: سخن.
۲۶. قراملکی، احد فرامرزی. (۱۳۸۹). اخلاق کاربردی در ایران و اسلام. تهران: نشر پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
۲۷. آدام، فیلیپ و کلودین هرتسلیک. (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی. ترجمه‌ی لورانس دنیا کتبی، تهران: نشر نی.
۲۸. حسینیان، سیمین. (۱۳۸۵). اخلاق در مشاوره و روان‌شناسی (مبانی و اصول). تهران: کمال تربیت.
29. Rodwin, Marc A. (1993). *Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*. Oxford: Oxford University press.
30. Cassel, Christine K. (1996). "The Patient-Physician Covenant: An Affirmation of Asklepios". *Ann Intern Med*. 124 (6), P. 604-606.
31. Thompson, Dennis F. (1993). "Understanding Financial Conflicts of Interest". *N Engl J Med*. 329 (8), P. 573-576.
32. Ludwig, Maryjo. (1998). *Physician - Patient Relationship. Ethics in Medicine*. University of Washington School of Medicine. Available at <http://depts. washington. edu/bioethx/topics/physpt. Html>. (accessed in 2012).
۳۳. محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۸۹). فقه پزشکی. تهران: انتشارات حقوقی
۳۴. یوسفیان، نعمت‌الله. (۱۳۹۰). اخلاق پزشکی. قم: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، نمایندگی ولی فقیه، پژوهشکده‌ی تحقیقات اسلامی؛ انتشارات زمزم هدایت، صص ۲۸ تا ۳۲. دست‌یافتنی در <http://www. noorlib. ir/View/fa/Book/BookView/Text/15941/1/8>
۳۵. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۹۰). آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی در قوانین نظام پزشکی. تهران: پیشگامان توسعه، صص ۵۳ تا ۶۱.
10. Corkill, Caroline. (2011). "The Doctor-Patient Relationship", In: *Cole's Medical Practice in New Zealand*, P. 34-40.
11. Stewart, Moira A. (1995). "Effective Physician Patient Communication and Health Outcomes: A Review". *Can Med Assoc J*. 152, P. 1423-1433.
12. Larson, Eric B. & X Yao. (2005). "Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship". *JAMA*. 293 (9), P. 1100-1106.
۱۳. ویلیامز، جان رنلد. (۱۳۹۰). انجمن جهانی پزشکی: دست‌نامه‌ی اخلاق پزشکی. ترجمه‌ی نازآفرین قاسم‌زاده و نریمان سپهروند، رشت: گپ، صص ۴۲ تا ۶۵.
14. Emanuel, Ezekiel J. & Nancy Neveloff Dubler. (1995). "Preserving the Physician-Patient Relationship in the Era of Managed Care". *JAMA*. 273 (4), P. 323-329.
15. Wilde-Menozzi, Wallis. (2008). "Communication as Fundamental to Doctor-Patient Relationship". *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*. 79 (1), P. 52-56.
16. Rees, Alan M. (1993). "Communication in the Physician-Patient Relationship". *Bull Med Liber Assoc*. 81 (1), P. 1-10
17. Sokol, Daniel K. (2006). "How Doctor's Nose has Shortened Over Time; A Historical Overview of the Truth-Telling Debate in the Doctor-Patient Relationship". *J R Soc Med*. 99, P. 632-636.
18. Dugdale David C. & et al. (1999). "Time and the Patient-Physician Relationship". *J Gen Intern Med*. 14 (Suppl 1): S 34-S40.
19. Palmieri, John J. & Theodore A Stern. (2009). "Lies in the Doctor-Patient Relationship". *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 11 (4), P. 163-168.
20. Schneider, Udo & Volker Ulrich. (2008). "The Physician-Patient Relationship Revisited- the Patient's View". *Int J Health Care Finance Econ*. 8 (4), P. 279-300.
21. College of Physicians and Surgeons of Alberta. (2005) *Physician/Patient Relationship. CPSA guideline*. Available at http://www. cpsa. ab. ca/Libraries/Policies_and_Guidelines/Physician_Patient_Relationships. sflb. ashx. (accessed in 2010).
22. American Medical Association. (2005). *AMA's Code of Medical Ethics*. Available at <http://www. ama-assn. org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics. page>. (accessed in 2006).
۲۳. دفتر امور حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (بی‌تا). منشور حقوق بیمار. دست‌یافتنی در <Http://>

فصل هفتم

ملاحظات اخلاقی در روابط پزشک با سایر اعضای تیم درمان

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر فاطمه خانساری

معرفی نمونه

دکتر «سی»، یک متخصص بیهوشی است که به تازگی در یک بیمارستان شهری استخدام شده و نگران رفتار یکی از جراحان ارشد بیمارستان در اتاق عمل است. از یک طرف جراح از تکنیک‌های منسوخ استفاده می‌کند که باعث طولانی شدن عمل و در نتیجه بیشتر شدن درد بیمار پس از عمل و طولانی شدن زمان به هوش آمدن می‌شود. از این گذشته، او با بیماران شوخی‌های بی ادبانه‌ی متعددی دارد که این امر به طور واضح باعث آزار همکاران پرستارش می‌شود. دکتر «سی» به عنوان یک عضو تازه وارد، به انتقاد شخصی از این جراح یا گزارش کار او به مراجع بالاتر تمایلی ندارد. از طرف دیگر، او احساس می‌کند که باید برای بهتر کردن وضعیت کاری انجام بدهد.

۱. چالش‌های اختیار و اقتدار پزشکی

درباره‌ی این تغییرات ضروری است. با رشد سریع دانش علمی و کاربردهای بالینی آن، پزشکی به میزانی فزاینده پیچیده شده است. پزشکان احتمالاً به‌تنهایی، نتوانند در تمامی بیماری‌ها و درمان‌های بالقوه برای بیماران خویش تخصص کسب کنند و به مساعدت دیگر متخصصان پزشکی و نیز گروه‌های آموزش دیده در زمینه‌ی سلامت نظیر پرستاران، داروسازها، فیزیوتراپیست‌ها، تکنسین‌های آزمایشگاه و فعالان اجتماعی و بسیاری دیگر نیاز دارند. پزشکان باید نحوه‌ی دستیابی به مهارت‌هایی را که بیمارشان به آن‌ها نیازمند است، ولی خودشان در آن‌ها تخصص ندارند بدانند (۱).

همان‌طور که بحث شد، پدرسالاری پزشکی (دیدگاه سنتی پزشکی) به تدریج و با افزایش شناخت حقوق بیماران در اتخاذ تصمیم پزشکی خویش رو به انزوا رفته و در نتیجه، الگوی مشارکتی اتخاذ تصمیم، جای الگوی مستبدانه و پدرسالارانه‌ی پزشکی سنتی را گرفته است. مشابه این تغییر، در روابط بین پزشکان و دیگر متخصصین سلامت نیز در حال اتفاق افتادن است. دیگر حرف بهداشتی به میزانی فزاینده، به اجرای دستورات پزشکان بدون دانستن علت این دستورات بی‌میل هستند. آنان خویش را متخصصانی با مسئولیت‌های اخلاقی خاص در برابر بیماران می‌بینند و اگر این احساس مسئولیت در تضاد با دستورات پزشکان قرار گیرد، آن‌ها احساس می‌کنند که باید از پزشک سؤال کنند یا با دستورات او به چالش برخیزند. از آنجایی که در الگوی سلسله‌مراتبی مشاغل، هیچ‌گاه درباره‌ی اینکه چه کسی مسئول است و در صورت بروز تضاد، تصمیم چه کسی باید اجرا شود، شکی وجود

پزشکان به حرفه‌ای تعلق دارند که چه در میان خود و چه در بیرون، عرفاً در یک نظام سلسله‌مراتبی شدید فعالیت می‌کنند. از نظر درون‌سیستمی، سه نظام دارای تلاقی وجود دارد:

- اولی، بین متخصصان تمایز ایجاد می‌کند و برخی را دارای پرستیژ و البته دستمزد بیشتر نسبت به دیگران قرار می‌دهد؛

- دومی، در بین متخصصانی است که نسبت به شاغلان در بخش خصوصی یا دولتی، در دانشگاه‌های دارای تأثیر و نفوذ بیشتر کار می‌کنند؛

- سومی، مربوط به مراقبت از بیماران خاص است. در این باره ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه در بالاترین سطح سلسله‌مراتب قرار دارند و دیگر پزشکان، حتی آن‌هایی که قدیمی‌تر و دارای مهارت بیشترند صرفاً طرف مشورت قرار می‌گیرند. مگر اینکه بیمار برای مراقبت به آن‌ها ارجاع شود.

در خارج از این حوزه هم، پزشکان عرفاً در رأس سلسله‌مراتب ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت، بالاتر از پرستاران و دیگر متخصصین یا حرفه‌های سلامت قرار می‌گیرند. در این بخش از کتاب، به آن دسته از موارد اخلاقی که در هر دو حوزه‌ی داخل و خارج از سلسله‌مراتب رخ می‌دهند، پرداخته خواهد شد. بعضی موضوعات در بین هر دو حوزه مشترک هستند؛ بقیه فقط در یکی و/یا دیگری یافت می‌شوند. بسیاری از موضوعات به‌نسبت جدید هستند و به دنبال تغییرات اخیر در پزشکی و مراقبت پزشکی ایجاد شده‌اند. با توجه به اینکه این تغییرات چالش‌های عمده‌ای پیش روی فعالیت سنتی اختیار پزشکی قرار می‌دهند، توضیح مختصر

ندارد، الگوی مشارکتی می‌تواند به بحث درباره‌ی مراقبت مناسب برای بیمار بیفزاید. این چنین پیشرفت‌هایی، قواعد بازی را در روابط پزشکان با همکاران پزشک خود و دیگر متخصصین سلامت تغییر می‌دهند. در ادامه برخی جنبه‌های مسأله‌ساز این روابط مشخص و راه‌هایی برای رسیدگی به آن‌ها پیشنهاد می‌شود (۱).

۲. ارتباط با پزشکان همکار، استادان و دانشجویان

به‌عنوان عضو حرفه‌ی پزشکی، عرفاً انتظار می‌رود پزشکان با یکدیگر همانند اعضای یک خانواده رفتار کنند، نه همانند غریبه‌ها یا حتی مثل دو دوست. بیانیه‌ی ژنو انجمن جهانی پزشکان^۱، شامل تعهد به این است که «همکاران من، خواهران و برادران من خواهند بود.» تفسیر این تعهدات از کشوری به کشور دیگر و در طول زمان متفاوت است؛ به‌عنوان مثال، در جایی که دستمزد در برابر خدمت^۲ شکل اصلی یا تنها شکل پرداخت دستمزد پزشکان است، عرف تواضع و ادب حرفه‌ای^۳ وجود دارد که به موجب آن پزشکان از همکاران خویش در قبال درمان طبی هزینه‌ای دریافت نمی‌کنند. این امر در کشورهایی که بازپرداخت از طریق شخص ثالث (منظور سازمان است) وجود دارد، کاهش یافته است.

در کنار الزامات مثبت برای رفتار محترمانه با همکاران و همکاری برای رسیدن به حداکثر مراقبت از بیمار، کد بین‌المللی انجمن برای اخلاق پزشکی شامل دو محدودیت در روابط بین پزشکان با یکدیگر

است:

الف. پرداخت یا دریافت وجه یا هر نوع ملاحظه‌ی دیگری منحصرراً برای به‌دست‌آوردن بیماران ارجاعی؛

ب. دزدیدن بیمار از همکاران. الزام سوم نیز درباره‌ی گزارش رفتار غیراخلاقی و ناشایست همکاران است که در ادامه درباره‌ی آن بحث خواهد شد. در سنت بقراط درباره‌ی اخلاق پزشکی، پزشکان برای استادان خویش احترامی ویژه قائل هستند. بیانیه‌ی ژنو آن را این‌گونه مطرح می‌کند:

«من به اساتید خویش احترام گذاشته و سپاسگزار آنان خواهم بود، که این حق آن‌هاست.» امروز آموزش پزشکی شامل روابط متعدد استاد دانشجو در مقایسه با آموزش نفر به‌نفر در دوران گذشته است؛ با این حال، این موضوع هنوز به اراده‌ی خوب و فداکاری پزشکانی وابسته است که اغلب حتی در برابر فعالیت‌های آموزشی خویش دستمزدی دریافت نمی‌کنند. دانشجویان و دیگر کارآموزان پزشکی، قدردانی عمیقی به استادان خویش، یعنی کسانی که بدون آن‌ها آموزش پزشکی به سطح خودآموزی تنزل می‌کرد، وام‌دارند. اساتید نیز به سهم خویش، ملزم به رفتار احترام‌آمیز با دانشجویان هستند و باید به‌عنوان الگویی مناسب برای دانشجویان، در ارتباط با بیماران نقش ایفا کنند. آنچه کاریکولوم یا برنامه‌ی درسی پنهان^۴ در آموزش پزشکی و غیره نامیده می‌شود، یعنی استانداردهای رفتاری که باید توسط پزشکان آموزش‌دهنده ارائه شود، بسیار مؤثرتر از برنامه‌ی درسی صریح الهجیه‌ی اخلاق پزشکی است؛ تا آنجا که اگر تضادی بین الزامات

1. WMA

2. Fee-for-Service

3. Professional Courtesy

4. Hidden Curriculum

در صورت ضرورت برای فرستادن موضوع به یک فرایند رسمی‌تر از حمایت مناسب بهره‌مند شوند (۲).

انتظار می‌رود دانشجویان پزشکی به سهم خویش، استاندارد بالایی از رفتار اخلاقی را چنان‌که شایسته‌ی پزشکان آینده است به نمایش بگذارند. آنان باید با دیگر دانشجویان، همانند همکاران خود رفتار کنند و در صورت نیاز، برای ارائه‌ی کمک به آن‌ها از جمله توصیه برای اصلاح رفتارهای غیر حرفه‌ای خود را آماده کنند. همچنین، در پروژه‌ها و وظایف مشارکتی از جمله تکالیف آموزشی و خدمات آنکال^۱ به‌طور کامل همکاری کنند (۱).

۳. گزارش عملکردهای غیرایمن و غیراخلاقی

پزشکی به دلیل حالت خودتنظیمی که دارد، همواره ستایش شده است. در مقابل امتیازهایی که جامعه برای آن در نظر گرفته است و اطمینانی که بیماران به اعضای آن دارند، حرفه‌ی پزشکی استانداردهای والایی از رفتار و فرایندهای واجد دیسپلین (آیین‌نامه‌ی انتظامی) را برای اعضایش برقرار کرده است تا به اتهامات مطرح‌شده در خصوص بدرفتاری اعضا رسیدگی و در صورت نیاز، متخلفان را مجازات و تنبیه کنند. این سیستم خودتنظیمی اغلب دچار مشکل می‌شود. در سالیان اخیر گام‌هایی برداشته شده تا اعضای این حرفه را بیشتر مسئولیت‌پذیر کنند؛ انتصاب اعضای عامی و غیرپزشک به‌عنوان مسئولان تصمیم‌گیرنده در این حوزه یکی از این گام‌هاست.

اخلاقی و گرایش‌ها یا رفتارهای استادان دیده شود، دانشجویان پزشکی احتمالاً بیشتر الگوی استاد خویش را دنبال خواهند کرد.

استادان الزامات خاصی دارند که دانشجویان را درگیر کارهای غیراخلاقی نکنند. نمونه‌ی چنین کارهایی که در مجله‌های پزشکی گزارش شده‌اند، عبارت‌اند از:

- دریافت فرم رضایت از بیماران برای درمان توسط دانشجویان پزشکی در شرایطی که یک متخصص کاملاً شایسته باید این کار را انجام دهد؛

- انجام دادن معاینات لگنی در بیماران بیهوش یا تازه فوت‌شده بدون کسب رضایت؛

- انجام دادن اعمال و فرایندهای بدون نظارت هر چند بی‌اهمیت (مثل تزریق IV) توسط بعضی دانشجویانی که صلاحیت انجام دادن چنین کارهایی را ندارند.

با توجه به یکسان نبودن قدرت بین دانشجویان و اساتید و در نتیجه بی‌میل بودن دانشجویان به سؤال یا امتناع از دستورات، لازم است اساتید اطمینان داشته باشند که دانشجویان را وادار به کار غیراخلاقی نکرده‌اند.

در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی نمایندگی‌های کلاس یا انجمن‌های دانشجویان پزشکی وجود دارد که علاوه بر دیگر نقش‌هایشان ممکن است قادر باشند که توجه به موضوع اخلاق در آموزش پزشکی را ارتقا دهند. دانشجویانی که نگران جنبه‌های اخلاقی آموزش خود باشند، می‌توانند به چنین مکانیسم‌هایی مراجعه کنند و بدون اینکه لزوماً به‌عنوان افشاگر این عمل غیراخلاقی شناخته شوند، اخلاق مدنظر خود را ارتقا داده و همچنین،

1. On-Call

دیگر و ضروری دانستن آن است. شاید نخستین مرحله، نزدیک شدن به همکار متخلف و گفتن این امر است که به نظر شما رفتار او غیرایمن و غیراخلاقی است. اگر مسأله در همین سطح حل شود، شاید دیگر نیازی به ادامه دادن نباشد؛ وگرنه، مرحله‌ی بعد، شاید صحبت کردن با سوپروایزر (ناظر) یا فرد متخطی و واگذاری تصمیم اقدام بعدی به عهده‌ی آن شخص باشد. اگر این روش عملی نباشد یا مفید واقع نشود، شاید لازم باشد آخرین مرحله را که آگاه کردن مراجع انضباطی است، عملی کرد. (۱).

۴. پزشک ناتوان

پزشکان از نظر اخلاقی وظیفه دارند که بیماران را در برابر پزشک ناتوان محافظت کرده و از طرفی به همکاران ناتوان نیز کمک کنند. پزشک نباید به خاطر ترس از اشتباه و از طرفی معرفی به دادگاه، شناسایی همکار ناتوان را به تعویق بیندازد؛ پزشک می‌تواند این مسأله را با رئیس مرکز در میان بگذارد. ناتوانی در نتیجه‌ی استفاده از عواملی مانند الکل و مواد روان گردان یا به دنبال بیماری‌های روان پزشکی، فیزیولوژیک یا رفتاری حاصل می‌شود. از طرفی، بیماری‌هایی که بر مهارت‌های شناختی و حرکتی نیز اثر بگذارند می‌توانند در نحوه‌ی مراقبت‌های سلامتی بیمار از سوی پزشک تأثیر بگذارند؛ از این رو، شایسته است که پزشک، ناتوانی همکارش را به مراجع ذی صلاح گزارش دهد. همچنین پزشکان باید به همکاران ناتوانشان برای دستیابی به راه‌های درمانی مناسب کمک کنند و در حین درمان پزشک ناتوان، باید وضعیت او به صورت راز

التزام عمده‌ی خودتنظیم بودن این حرفه، حمایت قلبی پزشکان از اصول آن، تمایلشان به شناسایی فعالیت‌های غیرایمن و غیراخلاقی و اقدام درباره‌ی آن‌هاست. الزام به گزارش کردن ناکارآمدی، نقصان، ضعف و بداخلاقی همکاران در کدهای اخلاق پزشکی تأیید شده است؛ به عنوان مثال، بیانیه‌ی انجمن جهانی درباره‌ی اخلاق پزشکی اعلام می‌کند: «پزشکان باید سعی کنند تا پزشکانی را که عملکرد غیراخلاقی یا فاقد صلاحیت دارند یا آن‌هایی را که فریب کاری و کلاهبرداری کرده‌اند به مسئولان ذی ربط گزارش کنند.» به کارگرفتن این اصل، اغلب آسان نیست. از طرفی ممکن است پزشکی وسوسه شود که شهرت و اعتبار همکارش را به خاطر انگیزه‌های نادرست شخصی مثل حسادت یا در تلافی توهینی که از یک همکار مشاهده کرده، از بین ببرد.

همچنین پزشک ممکن است به دلیل دوستی یا حس همدردی، در برابر گزارش کردن سوءرفتار همکارش بی‌میل باشد (همه در چنین شرایط سختی گرفتار می‌شوند). نتیجه‌ی چنین گزارشی می‌تواند برای گزارش کننده بسیار زیان بار باشد و از طرف بخش یا از سوی دیگر همکاران، متهم و دشمن تلقی شود. با وجود چنین مشکلاتی گزارش تخلفات، وظیفه‌ی حرفه‌ای پزشکان است. نه تنها پزشکان، مسئول حفظ آبرو و اعتبار مثبت این حرفه‌اند، بلکه اغلب اوقات، تنها کسانی هستند که بی‌کفایتی، نقصان و سوءاخلاق را (در حوزه‌ی خویش) تشخیص می‌دهند. با وجود این، گزارش همکار به مراجع انضباطی، به طور طبیعی آخرین چاره و تدبیر پس از امتحان کردن تمامی راه‌های

پنهان بماند (۳).

وابستگی سیاسی، قومیت، مسائل جنسی، شهرت اجتماعی یا هر عامل دیگری، در ارتباط پزشک با تمامی کسانی که حین مراقبت از بیماران و دیگر فعالیت‌های حرفه‌ای روبه‌رو می‌شود، اجراشدنی هستند (نک: بیانیه‌ی ژنو انجمن جهانی پزشکی).

تفاوت نگذاشتن یک ویژگی ناآگاهانه و غیرفعال از یک ارتباط است. در حالی که احترام گذاشتن امری فعال و مثبت‌تر است. در خصوص سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مثل پزشکان، پرستاران، امدادگران و غیره، این امر متضمن قدردانی از مهارت‌ها و تجربه‌های ایشان تا جایی است که آن‌ها می‌توانند در مراقبت از بیماران نقش داشته باشند. اگرچه تمامی فراهم‌کنندگان خدمات سلامت، در زمینه‌ی تحصیلات یا طی دوره‌های آموزشی برابر نیستند؛

ولی همگی در برخورداری از حقوق اساسی انسانی و نیز نگرانی درباره‌ی سلامت بیمار سهیم و برابرند.

همان‌طور که پزشک می‌تواند براساس دلایل مشروع، رابطه‌ی درمانی خود را با بیماران خاتمه دهد، می‌تواند در مواردی که زمینه‌های موجه و مشروعی برای امتناع‌ورزیدن از رابطه با دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت وجود دارد که غالباً مربوط به حفظ سلامت بیماران است، از شروع رابطه با گروه یادشده خودداری کرده یا به آن رابطه پایان دهد. این زمینه‌ها عبارت‌اند از: عدم اطمینان به توانایی و درستکاری شخص دیگر و تعارض و برخورد‌های شخصیتی جدی یا ناسازگاری‌های عمیق شخصیتی. افتراق بین این زمینه‌های مشروع و انگیزه‌های کم‌ارزش‌تر، مستلزم حساسیت اخلاقی بسیار زیاد پزشک است (۳).

۵. ارزیابی همکاران

غیراخلاقی است که پزشکی بدون داشتن مدارک کافی، توانایی‌ها، اطلاعات، قابلیت‌ها و نحوه‌ی خدمت‌رسانی یک پزشک به بیماران را زیر سؤال ببرد؛ خصوصاً اگر این کار را برای جلب آن بیمار به سوی خودش انجام بدهد. پزشک از نظر اخلاقی وظیفه دارد که هرگونه کلاهبرداری، رفتار ناشایست و ناتوانی همکارش را گزارش دهد. با توجه به اعتمادی که بیماران و عموم جامعه به گروه پزشکان دارند، اطلاع‌رسانی خطاها باید به مراجع ذی‌صلاح و به بیماران در مواقع اورژانسی و برای جلوگیری فوری از خطر صورت بگیرد.

پزشکان از نظر اخلاقی وظیفه دارند که در ارزیابی همکارانشان شرکت کنند. ترس از تلافی، انزوا و ارجاع نکردن بیماران به آن‌ها نباید مانع از این کار شود. همچنین در نبود مدرک موجه دال بر ناتوانی و غفلت و تخلف پزشک، غیراخلاقی است که پزشکان برای برکنار کردن همکارانشان از طبابت یا ایجاد ضرر به ارزیابی آن‌ها و نحوه‌ی طبابت آن‌ها بپردازند (۳).

۶. رابطه‌ی پزشک با دیگر متخصصان سلامت

روابط پزشک با بیماران، با بحثی در خصوص اهمیت فراوان احترام و رفتار برابر در روابط پزشک بیمار شروع می‌شود. اصولی که در آن بحث به کار گرفته شده، به همان ترتیب درباره‌ی رابطه با همکاران نیز تناسب دارد. به‌ویژه ممنوعیت تبعیض و تفاوت گذاشتن در زمینه‌هایی مثل سن، بیماری یا ناتوانی، مذهب، اصلیت نژادی، جنس، ملیت،

۷. همکاری و تعاون

پزشکی در عین حال که حرفه‌ای بسیار فردی است، تا حد زیادی نیز مبتنی بر همکاری است. از طرفی پزشکان مالکان مطلق بیماران خویش‌اند. با دلایل مناسب، عنوان شده که رابطه‌ی فردی بین پزشک و بیمار بهترین راه دستیابی به اطلاعات درباره‌ی بیمار و ادامه‌ی مراقبت‌هایی است که برای پیشگیری و درمان بیماری مناسب‌ترین راه هستند. همچنین بقای بیماران، از نظر اقتصادی به پزشکان سود می‌رساند. در عین حال، همان‌طور که توضیح داده شد، پزشکی حرفه‌ای بسیار پیچیده و تخصصی است؛ بنابراین، به همکاری نزدیک بین پزشکان با علوم و مهارت‌های متفاوت ولی مکمل هم، نیازمند است. این تنش و تضاد بین فردگرایی و تشریک مساعی به موضوع رایج اخلاق پزشکی تبدیل شده است.

تضعیف پدرسالاری پزشکی با محو و ناپدید شدن این باور که پزشک مالک بیمار خویش است، همراه شده و حق رایج و سنتی بیماران برای اطلاع از نظر فرد دیگر (دوم) که شامل مراجعه به دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت که ممکن است نیازهایشان را بهتر برآورده سازند، گسترش یافته است. طبق بیانیه‌ی انجمن درباره‌ی حقوق بیماران، پزشک ملزم است تا در تناسب و هماهنگی مراقبت‌های سلامت مدنظر در درمان بیمار، با دیگر فراهم‌کنندگان خدمات سلامت همکاری کند. با این حال همان‌طور که ذکر شد، پزشکان نباید در ازای این همکاری به وسیله‌ی سهم‌خواری (تسهیم درآمد) سود ببرند. این محدودیت، درباره‌ی مالکیت پزشک روی بیماران، باید با دیگر اقداماتی که قصد

حمایت از رابطه‌ی پزشک بیمار را دارد، در تعادل قرار گیرد؛ به عنوان مثال، درباره‌ی بیماری که توسط چندین پزشک درمان می‌شود، همان‌طور که معمولاً در بیمارستان اتفاق می‌افتد، باید در صورت امکان، یک پزشک مراقبت‌ها را هماهنگ کرده و بیمار را از پیشرفت کلی درمان آگاه و به او در تصمیم‌گیری کمک کند.

در حالی که عموماً قوانین خوب و شناخته‌شده‌ای در روابط میان پزشکان حاکم است، روابط پزشکان و دیگر متخصصین سلامت در حالتی از تغییر پی‌درپی قرار دارند و اختلاف‌نظر چشمگیری درباره‌ی اینکه نقش مربوط به هر یک چه باید باشد، وجود دارد. همان‌طور که ذکر شد بسیاری از پرستاران، داروسازان، فیزیوتراپیست‌ها و دیگر حرفه‌ها، خود را در رشته‌ی خویش و در خصوص مراقبت از بیماران، نسبت به پزشکان دارای صلاحیت بیشتری می‌پندارند؛ بنابراین، دلیلی نمی‌بینند با آن‌ها همانند پزشکان رفتار نشود. آن‌ها به روش تیمی مراقبت از بیمار تمایل دارند. در روش تیمی، نظر تمامی مراقبت‌کنندگان به‌طور برابر در نظر گرفته می‌شود و آن‌ها خود را نسبت به بیمار مسئول می‌دانند و نه نسبت به پزشک. در طرف مقابل، بسیاری از پزشکان احساس می‌کنند، حتی اگر روش تیمی پذیرفته شود، باید یک شخص مسئول باشد و پزشکان با توجه به آموزش‌ها و تجربه‌هایشان بهترین فرد برای این امر هستند.

اگرچه ممکن است بعضی پزشکان در مقابل چالش‌های ایجادشده برای اقتدار سنتی و تقریباً مطلقشان مقاومت نشان دهند، به نظر می‌رسد که نقش آن‌ها در پاسخ به تقاضای هر دو گروه بیماران

و اختلافاتی در کانون توجه است که در پیوند با مراقبت از بیمار ایجاد می‌شوند. به‌طور ایده‌آل، تصمیمات درمانی باید انعکاسی از توافق بین بیمار، پزشکان و همه‌ی افراد مؤثر در امر مراقبت از بیمار باشد. باوجوداین، عدم قطعیت در پزشکی و دیدگاه‌های گوناگون ممکن است اختلاف‌نظرها را درباره‌ی اهداف درمان و راه‌های رسیدن به این اهداف افزایش دهند.

منابع درمانی محدود و سیاست‌های سازمان‌دهی‌شده نیز ممکن است رسیدن به توافق را مشکل سازند. توافق‌نداشتن ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بر سر اهداف مراقبت و درمان و ابزار رسیدن به این اهداف باید به وسیله‌ی یکی از اعضای تیم درمانی روشن و حل شود، بدون اینکه از بیماران برای میانجیگری در روابطشان استفاده کنند. اختلاف بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و مدیران با توجه به تخصیص منابع، باید به وسیله‌ی مؤسسات یا آژانس‌ها حل شود و در حضور بیمار مجادله‌ای صورت نگیرد. از آنجاکه هر دو اختلاف، پایه‌ی اخلاقی دارند، برای حل کردن آن‌ها در صورت امکان و دسترسی، می‌توان از توصیه‌ی کمیته‌ی اخلاق بالینی یا مشاور اخلاقی استفاده کرد. راهنمای زیر می‌تواند در حل چنین اختلافاتی مفید باشد:

- این تعارضات تا جایی که ممکن است باید به‌صورت غیررسمی حل شود؛ برای مثال، از طریق گفت‌وگو و مذاکره بین اشخاصی که هم‌رأی و یک‌نظر نیستند و در صورتی که روش‌های غیررسمی کارساز نباشند، می‌توان از فرایندهای رسمی‌تر استفاده کرد.

و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، برای شرکت بیشتر در فرایند تصمیم‌گیری قطعاً تغییر خواهد کرد. پزشکان باید بتوانند توصیه‌های خویش را برای دیگران توجیه و آن‌ها را برای قبول این توصیه‌ها ترغیب کنند. علاوه‌براین مهارت‌های ارتباطی، پزشکان باید توانایی حل تعارضات پدیدآمده بین دیگر اعضای درگیر مراقبت از بیمار را داشته باشند. یک چالش جدی برای همکاری در زمینه‌ی مصالح عالیه‌ی بیماران، از مراجعه برخی از بیماران به فراهم‌کنندگان طب سنتی یا طب آلترناتیو (تحت عنوان شفاگران) ناشی می‌شود. بخشی انبوه از جمعیت آفریقا، آسیا و به‌صورت روزافزون در اروپا و آمریکا، از این گروه مشورت می‌گیرند. ممکن است بعضی افراد این دوروش را مکمل هم در نظر بگیرند؛ اما در بسیاری از موقعیت‌ها ممکن است این دوروش با هم ناسازگار باشند. از آنجاکه برخی مداخلات سنتی یا آلترناتیو، تأثیر درمانی نیز می‌گذارند و بیماران نیز به دنبال این گونه معالجات می‌روند، پزشکان باید برای همکاری با درمانگران‌شان راهی پیدا کنند. چگونگی تحقق این امر از کشوری به کشور دیگر و از معالجه به معالجه دیگر تفاوت خواهد داشت. در تمامی چنین مواجهاتی، سلامت بیماران باید نخستین موضوعی باشد که در نظر گرفته می‌شود (۱).

۸. حل و فصل تعارضات و اختلافات

پزشکان ممکن است با همکارانشان یا دیگر فراهم‌کنندگان خدمات سلامت، در خصوص طرز اداره مطب یا دستمزد و مانند آن‌ها، تعارضات مختلف و زیادی را تجربه کنند؛ اما در اینجا تعارض

و بدون توجه به نژاد، مذهب، ملیت، جنس، سن و ناتوانی بستگی دارد. از طرفی باید به تأثیر قدرت بر رابطه‌ی پزشکان مانند رابطه‌ی استاد و رزیدنت یا پزشک و پرستار بسیار توجه شود (۲).

۱۰. رابطه‌ی بین پزشک و پرستار

ارتباط بین پزشکان و پرستاران از نگرانی‌های مشترک همه‌ی بیماران است. بخشی از ارائه‌ی مناسب خدمات بهداشتی، توسط پرستاری که دستورات پزشک را انجام می‌دهد محقق می‌شود.

- چنانچه دستورات پزشکی از دید پرستار اشتباه یا مخالف طبابت رایج پزشکی و پرستاری به نظر آید، پزشک از نظر اخلاقی باید انتقادپذیر باشد و به نظرات و نگرانی‌های پرستار توجه کند؛ همچنین شایسته است پزشک توضیحات لازم را درباره‌ی دستور داده‌شده ارائه داده و در صورت لزوم قضاوت‌های بالینی خود را تغییر دهد.

- پزشک اخلاق مدار نباید انتظار داشته باشد که پرستاران دستوراتی را که مغایر با استانداردهای مراقبت‌های مناسب پزشکی و پرستاری هستند یا اقداماتی را که از وظایف تعریف‌شده‌ی پزشکان یا خارج از توانایی‌های پرستاران است انجام دهند.

- در موارد اورژانس که به اقدامات فوری نیاز است، چنانچه پزشک در دسترس نباشد، منطقی است که پرستار برای محافظت از بیمار، اقداماتی را بر خلاف سفارش‌های دائمی پزشک انجام دهد.

- تصمیم‌گیرنده‌ی نهایی برای تشخیص و درمان بیمار، پزشک است؛ اما اخلاقی است که پزشک از نظرات پرستاران نیز به علت تماس بیشتر آن‌ها

- دیدگاه تمامی کسانی که به‌طور مستقیم درگیرند، استخراج و به‌طور محترمانه در نظر گرفته شود.

- انتخاب آگاهانه‌ی بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین درباره‌ی نحوه‌ی درمان، باید نخستین ملاحظه در حل مباحثات و منازعات باشد.

- اگر بحث درباره‌ی آن دسته از انتخاب‌های درمانی است که باید به بیمار توصیه شوند، معمولاً انتخاب‌های وسیع‌تر نسبت به موارد محدودتر ارجحیت دارد. اگر به دلیل محدودیت منابع درمان ارجحی موجود نیست، طبیعتاً بیمار باید از این موضوع آگاه شود.

- اگر پس از تلاش مناسب و از طریق گفت‌وگو، توافق یا مصالحه به دست نیامد، تصمیم کسی که حق یا مسئولیت تصمیم‌گیری با اوست، باید پذیرفته شود. اگر معلوم نباشد چه کسی حق یا مسئولیت تصمیم‌گیری را دارد یا این امر بحث‌برانگیز باشد، باید به دنبال میانجیگری، حکمیت و داوری بود.

اگر فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی نتوانند تصمیمی را بر اساس قضاوت حرفه‌ای یا اخلاق شخصی بپذیرند، باید به آن‌ها اجازه داده شود تا پس از حصول اطمینان از اینکه فرد دریافت‌کننده‌ی مراقبت در معرض آسیب یا سهل‌انگاری یا خطر رها شدن نیست، از مشارکت در اجرای تصمیم کناره‌گیری کنند (۱).

۹. رابطه‌ی پزشک با سایر پزشکان

پزشکان متعهدند که همراه با گروهی از پزشکان دیگر به مراقبت از بیماران بپردازند. توانایی تیم پزشکی برای مراقبت مؤثر از بیمار، به توانایی افراد آن برای برخورد صادقانه، شرافتمندانه و با احترام

با بیماران بستری و آشنایی بیشتر با علایق آنان استفاده کند.

- پزشك موظف است كه آن بخش از اقدامات بالینی را كه قرار است پرستار انجام دهد، به‌طور واضح و مفهوم برای او توضیح دهد و راهنمایی‌های لازم را به پرستار بکند.

- پزشك نباید انتظار داشته باشد پرستاران اقدامات غیربالینی مربوط به سایر کارکنان بخش را مانند جمع‌آوری اطلاعات یا فرستادن دعوت‌نامه برای يك گردهمایی، بر عهده بگیرند.

- پزشك موظف است محیطی دوستانه ایجاد کند تا همه‌ی کارکنان برای همکاری در جهت مراقبت از بیمار تشویق شوند.

- اخلاقی است كه پزشك برای آموزش پرستاران بکوشد و به سؤالات آن‌ها پاسخ بگوید تا چنانچه در دسترس نباشد، پرستار قادر به ارائه‌ی مراقبت‌های لازم باشد.

- اگر پرستار دستورات پزشك را سهوی یا عمدی درست انجام ندهد، پزشك باید او را از خطا یا اشتباهش آگاه سازد و در صورت ایجاد ضرر برای بیمار به مراجع ذی‌صلاح اطلاع دهد.

- ارتباط بین پزشك و پرستار باید توأم با احترام و صداقت باشد؛ اخلاقی نیست كه پزشك یا پرستار در برابر بیمار به بدگویی از طرف مقابل بپردازد و سعی كند در ارتباط پزشك یا پرستار با بیمار اختلال ایجاد كند.

- چنانچه پرستار متوجه شود كه پزشك مرتكب اشتباه یا خطایی شده اخلاقی است كه پزشك را مطلع كند و در صورت قانع‌نشدن او، باید مراجع بالاتر را مطلع سازد.

- اخلاقی نیست كه پزشكان از طریق پرداخت پول به پرستاران، آن‌ها را به پذیرش یا عدم پذیرش بیماران در سرویس خود ترغیب كنند (۲و۴و۵).

۱۱. رابطه‌ی بین پزشك و سایر مراقبان بهداشتی

در اغلب مواقع پزشكان مراقبت‌های بهداشتی را با همکاری شاغلان بهداشتی دیگر مانند اپتومتریست‌ها، تكنسین‌های بیهوشی، ماماها و... به بیماران ارائه می‌دهند؛ ازاین‌رو، پزشكان باید به موارد زیر توجه كنند:

- اخلاقی است كه پزشك با مراقبان بهداشتی برای مراقبت از بیماران و ارتقای خدمات بهداشتی همکاری كرده و با آن‌ها با صداقت و احترام رفتار كند.

- اخلاقی است كه پزشك برای طبابت، از مشاوره و به‌کارگیری شاغلان بهداشتی دیگر نیز بهره‌برد؛ به شرطی كه آن‌ها آموزش‌های مناسب را دیده باشند و دارای پروانه‌ی لازم برای انجام آن كارها باشند.

- پزشكان وظیفه دارند كه برای ارتقای کیفیت آموزشی مراقبان بهداشتی دیگر، در مراكز آموزشی آن‌ها به تدریس بپردازند.

- چنانچه مراقبان بهداشتی به اندازه‌ی کافی آموزش ندیده‌اند یا فاقد گواهی مناسب برای ارائه‌ی خدمات پزشکی هستند، اخلاقی نیست كه بخشی از خدمات پزشك را به جای او بر عهده بگیرند.

- اخلاقی نیست كه بین پزشك و مراقبان بهداشتی دیگر برای معرفی بیمار به آن‌ها، رابطه‌ی مالی وجود داشته باشد (۲).

۱۲. روابط بین حرفه‌ای

۱۲-۱. متخصصان غیر علمی

از نظر اخلاقی درست نیست که پزشک درمانی را که پایه‌ی علمی ندارد و خطرناک است به کار برد یا افراد را به انجام دادن آن تشویق کند؛ همچنین شایسته نیست درمانی که با ایجاد امید کاذب باعث فریب بیمار می‌شود یا باعث تأخیر در ارائه‌ی مراقبت‌های مناسب به بیمار شود (یا باعث تأخیر در درخواست بیمار برای دریافت مراقبت‌های مناسب می‌شود) ارائه شود.

پزشک نباید افراد فاقد پروانه را در ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی شرکت دهد و همین‌طور افرادی که برای ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی دارای پروانه‌ی خاصی هستند، نباید فراتر از پروانه‌شان خدمات ارائه دهند؛ پزشک نیز نباید خدمات پزشکی را توأم با خدمات مربوط به افراد فاقد پروانه یا دارای پروانه‌ی محدود ارائه دهد.

پزشکان آزادند صرف‌نظر از اینکه چه کسی بیمار را به آن‌ها معرفی کرده، به ارائه یا عدم ارائه‌ی مراقبت‌های لازم به بیمار بپردازند (۲).

۱۲-۲. ارجاع بیماران

چنانچه پزشکی تشخیص دهد که ارجاع بیماران به نفع آن‌هاست، می‌تواند بیمار را برای انجام دادن اقدامات تشخیصی یا درمانی به پزشکی دیگر یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که از نظر قانونی دارای پروانه‌ی ارائه‌ی آن خدمات هستند ارجاع دهد. در موارد ارجاع به متخصصان پزشکی، ارجاع باید براساس وجود قابلیت‌های شخصی فرد متخصص و توانایی انجام دادن خدمات لازم به بیمار صورت گیرد. چنانچه پزشک از توانایی‌ها و

استانداردهای علمی و قانونی فرد یا محل ارجاع مطمئن نباشد، نباید بیمار را به آن فرد یا مکان ارجاع دهد (۲).

۱۲-۳. کایروپراکتیک^۱

اخلاقی است که پزشک با کایروپراکتیک‌ها ارتباطات حرفه‌ای داشته باشد؛ البته به شرطی که پزشک مطمئن باشد که این ارتباط به نفع بیمارش است. پزشک می‌تواند بیمار را برای انجام دادن اقدامات تشخیصی، درمان و دریافت خدمات لازم به یک فرد متخصص کایروپراکتیک که دارای پروانه‌ی قانونی است ارجاع دهد؛ البته اگر معتقد باشد این کار باعث سودرسانی به بیمار می‌شود. اخلاقی است که پزشکان در مراکز آموزشی به آموزش کایروپراکتیک‌ها بپردازند (۲).

۱۲-۴. متخصصان طب ورزشی

پزشکان باید به ورزشکاران کمک کنند تا درباره‌ی شرکتشان در ورزش‌های آماتور و حرفه‌ای که ممکن است برای آن‌ها خطرات و آسیب‌های جسمانی به دنبال داشته باشد، تصمیم آگاهانه‌ای بگیرند. متخصص طب ورزشی که مسئول خدمت‌رسانی در مسابقات ورزشی است وظیفه دارد از سلامت شرکت‌کنندگان محافظت کند. تمایل تماشاچیان، گردانندگان مسابقه یا حتی خود ورزشکار آسیب‌دیده برای منتقل نشدن از محل مسابقه، نباید بر تصمیم متخصص تأثیر بگذارد. قضاوت پزشک باید تنها براساس ملاحظات پزشکی صورت گیرد (۲).

1. Chiropractic

۱۳. اصول اولیه‌ی رابطه‌ی پزشک عمومی و

متخصصان

به قرار زیر است:

الف. هر دو پزشک با همکاری بیمار، مسئول هستند که اهداف درمانی و تشخیصی را مشخص کرده و وظایف مربوط به هر فرد را در مراقبت‌های بیمار تعریف کنند.

ب. هر دو پزشک باید همدیگر را به موقع و به‌طور کامل از اطلاعات مربوط به بیمار آگاه کنند و هرگونه تغییر شایان توجه در مراقبت‌های بیمار را با وضعیت بیمار به اطلاع هم برسانند.

ج. هر دو پزشک باید نسبت به رابطه‌ی بیمار با پزشک دیگر احترام قائل شوند.

د. هر دو پزشک باید برای دستیابی به خواسته‌های بیمار، اختلافات بین خود را حل کنند (۶و۲).

۱۵. وظایف پزشک ارجاع‌دهنده

الف. پزشک ارجاع‌دهنده باید همه‌ی انتخاب‌ها را برای مراقبت‌های تخصصی برای بیمار توضیح دهد تا او خود نیز درباره‌ی روند مراقبتش تصمیم بگیرد.

ب. چنانچه پزشک ارجاع‌دهنده، بدون اینکه قبلاً با پزشک مدنظر صحبت کرده باشد، بیمار را برای ارجاع می‌فرستد، باید در نوشته‌ای میزان مشاوره، زمان و نحوه‌ی ارتباط دو طرفه‌شان را کامل توضیح دهد. او باید در این نوشته مشخص کند که هدف از ارجاع تنها یک بار ویزیت یا مراقبت طولانی مدت است؛ همچنین پزشک باید به‌طور واضحی آن دسته از سؤالات بالینی را که پزشک دوم خواستار دانستن آن است، بیان کرده و درباره‌ی تاریخچه‌ی بیماری او توضیح کافی ارائه دهد.

ج. پزشک ارجاع‌دهنده باید قبل از ارجاع اطمینان حاصل کند که تمام هماهنگی‌های لازم برای انجام

الف. سلامتی و منافع بیمار باید دغدغه‌ی اصلی تمامی پزشکان باشد.

ب. همه‌ی پزشکان به‌عنوان اعضای یک حرفه وظیفه دارند نسبت به یکدیگر با صداقت، شرافت و احترام رفتار کنند.

ج. تمامی پزشکان وظیفه دارند به‌طور مناسب و عاقلانه‌ای از منابع موجود درمانی و تشخیصی استفاده کرده و از هرگونه مشاوره‌ی غیرضروری پرهیز کنند.

د. پزشکان باید در مواقعی که احساس می‌کنند برای مراقبت از بیمار به کمک نیاز دارند از مشاوره‌ی همکاران استفاده کنند. در صورت درخواست بیمار برای ارجاع، چنانچه پزشک لزومی به انجام دادن این کار نمی‌بیند، باید دلایل پزشکی خود را برای بیمار توضیح دهد، به نگرانی‌ها و اضطراب بیمار برای دادن این پیشنهاد توجه کند و سرانجام به یک توافق دوطرفه مطابق با خواسته‌های بیمار و قضاوت حرفه‌ای خود برسد.

ه. اگر مسئولیت مراقبت بیمار به‌طور رسمی به پزشک دیگری منتقل شود، مسئولیت نهایی مراقبت بیمار بر عهده‌ی پزشک ارجاع‌دهنده است. درخواست مشاوره از سوی پزشک متخصص که صرفاً به منظور دستیابی به موردی آموزشی یا پژوهشی باشد کاملاً غیراخلاقی است (۶).

۱۴. وظایف اخلاقی پزشکان برای مشاوره

و ارجاع

وظایف مشترک ارجاع‌دهنده و پزشک مشاوره‌دهنده

د. بعد از اتمام مشاوره، پزشک مشاور باید بیمار و تمامی اطلاعات مناسب مربوط به او را برای پزشک ارجاع‌دهنده بفروشد.

ه. پزشک مشاوره‌دهنده باید برای آموزش پزشک ارجاع‌دهنده ارزش فراوانی قائل باشد تا کیفیت مراقبت از این بیمار و بیماران بعدی ارتقا یابد. و. پزشک مشاور باید دلیل منطقی ارجاع را تشخیص دهد و در مواقعی که پزشک درخواست مشاوره‌ای غیرضروری کرده است، این مسأله را به اطلاع او رسانده و او را راهنمایی کند (۶).

۱۷. نکاتی درباره‌ی روابط بیمارستانی

۱۷-۱. مراقبان بهداشتی

مراقبان بهداشتی در بیمارستان مسئول انجام دادن اقدامات پزشکی هستند؛ اما ممکن است اغلب آن‌ها در استخدام تمام‌وقت بیمارستان نباشند. مراقبان بهداشتی ممکن است نه تنها در بیمارستان مشغول به کار باشند، بلکه در کنار آن در کارهای اجرایی و مدیریتی یا با توجه به علاقه‌شان در قسمت‌های دیگری نیز مشغول به کار باشند. این مسأله در صورتی که با مراقبت از بیمار و قانون مغایرتی نداشته باشد، اخلاقی است (۲).

۱۷-۲. روابط قراردادی پزشک و بیمارستان

توافقات قراردادی یا مالی مختلفی بین پزشکان و بیمارستان وجود دارد؛ به عنوان مثال پزشک ممکن است در استخدام بیمارستان باشد یا متخصصی باشد که در ارتباط با بیمارستان کار می‌کند یا به صورت غیروابسته با بیمارستان همکاری می‌کند. نوع توافقات قراردادی یا مالی بین پزشک و بیمارستان به نحوه‌ی کارکردن پزشک در بیمارستان

مشاوره و ارزیابی یا درمان مؤثر بیمار با مرکز درمانی مربوطه انجام شده باشد. همچنین باید از وجود امکانات لازم برای انجام اقدامات مدنظر در آن مرکز اطمینان یابد.

د. پزشک ارجاع‌دهنده باید به حق پزشک مشاوره‌دهنده برای درخواست جبران مالی در قبال انجام مشاوره احترام بگذارد و از توانایی‌های او سوءاستفاده نکند.

ه. پزشک ارجاع‌دهنده مختار است هر زمانی که لازم بداند از پزشک مشاوره‌دهنده‌ی دیگر استفاده کند. در این مواقع، پزشک ارجاع‌دهنده باید پزشک مشاوره‌دهنده‌ی اول را آگاه کرده و نقش او را در مراقبت‌های آینده مشخص کند (۶).

۱۶. وظایف پزشک مشاوره‌دهنده

الف. پزشک مشاوره‌دهنده باید به برنامه‌های مراقبتی که همراه با پزشک ارجاع‌دهنده تنظیم شده است، احترام بگذارد؛ ولی اگر به تشخیص او مراقبت دیگری لازم باشد، باید به صورت مستقل قضاوت بالینی خود را با توجه به منافع بیمار انجام داده و آن را به پزشک اول ارائه دهد.

ب. پزشک مشاور باید با دقت و احترام پیشنهادات خود را برای پزشک ارجاع‌دهنده توضیح داده و موافقت او را برای انجام روندهای عمده‌ی درمانی تشخیصی یا برای مشاوره‌های دیگر جلب کند.

ج. چنانچه لازم باشد پزشک مشاور به صورت موقتی، مسئولیت مراقبت از بیمار را بر عهده بگیرد، باید همکاری و موافقت پزشک ارجاع‌دهنده را جلب کند.

بستگی دارد. ممکن است پزشک به گونه‌ای استخدام شده باشد که به ازای کار در بیمارستان، در هر سال، مقدار مالی ثابتی دریافت کند یا مبلغی به ازای هر ساعت کار دریافت کند یا بنابر خدمات حرفه‌ای که ارائه می‌دهد، مهارت‌ها، تحصیلات، تجارب و زمانی که خود را درگیر می‌کند قراردادش با بیمارستان متفاوت باشد.

هدف هر دو گروه بیمارستان و مراقبان بهداشتی، ارتقای کیفیت و مؤثر بودن خدمات برای بیمار در بیمارستان است. تصمیم‌گیری برای امتیازدهی به بیمارستان باید براساس میزان تحصیلات، تجارب و توانایی‌های آن‌ها و همین‌طور فراهم بودن تسهیلات و امکانات کلی پزشکی موجود در بیمارستان که

مورد نیاز جامعه، بیمارستان و خصوصاً بیماران است صورت گیرد. امتیازدهی نباید براساس تعداد بیماران پذیرش شده در بیمارستان یا وضعیت اقتصادی یا بیمه‌ی بیماران مراجعه‌کننده باشد (۲).

۱۷-۳. ارتباط پزشک و بیمارستان

- رسالت پزشکان این است که نیازهای بهداشتی بیماران را تأمین کنند؛ در مقابل، بیمارستان نیز وظیفه دارد که پزشکان را برای خدمت‌رسانی به بیماران حمایت کند.

- چنانچه در حین خدمت‌رسانی به بیمار، بین مراقبت از بیمار و قوانین موجود تعارض ایجاد شود، بیمارستان وظیفه دارد در وهله‌ی اول با توجه به منافع بیمار و مراقبت از او تصمیم‌گیری کند.

- مسئولان بیمارستان باید نیازهای پزشکان شاغل در بیمارستان را شناسایی کنند و در رفع آن‌ها بکوشند.

- در صورتی که پزشک در چند بیمارستان کار می‌کند، باید رازداری را رعایت کند و نباید اطلاعات مربوط به یک

بیمارستان را در اختیار بیمارستان‌های دیگر قرار دهد. - پزشکانی که در بیمارستان کار می‌کنند باید سعی کنند در صورت لزوم از تصمیم‌گیری‌های یک‌نفره جلوگیری کرده و به‌صورت گروهی همراه با سایر پزشکان برای بیمار تصمیم‌بگیرند.

- اخلاقی است که از پزشکان شاغل در بیمارستان برای پست‌های اجرایی و تصمیم‌گیری‌های مدیریتی بیمارستان استفاده شود.

- وظیفه‌ی اولیه‌ی مراقبان بهداشتی در بیمارستان، محافظت از کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده در بیمارستان است؛ آن‌ها باید اقدامات ضروری را به نیابت از بیمارستان و مطابق با قوانین کاری خود در شرایط مقتضی انجام دهند.

- انجام دادن عمدی مراقبت‌ها به‌صورت ناکافی یا بیش از حد، غیراخلاقی محسوب می‌شود. مراقبان بهداشتی وظیفه دارند از طبابت‌های اسراف‌کارانه و درمان‌های نابجا که منجر به ایجاد هزینه‌های غیرضروری می‌شود جلوگیری کنند.

- در شرایطی که منافع اقتصادی بیمارستان با سلامتی بیمار در تعارض است، سلامتی بیمار باید در ارجحیت قرار گیرد.

- اخلاقی نیست که پزشک برای اقدامات کوچک و غیرپزشکی که به منظور سهولت پذیرش بیمار در بیمارستان انجام می‌دهد از بیمار حق الزحمه درخواست کند.

- درآمد پزشکان باید با توجه به مراقبت‌ها و خدماتی که ارائه داده‌اند و براساس تعرفه‌های نظام پزشکی تعریف شود.

- عضویت پزشکان در سازمان‌های مربوط به خود و امتیازدهی به آنان نباید به انجام دادن آزمون‌های

اجباری مشروط باشد.

- وقتی که پزشک مسئولیت خدماتی را که توسط رزیدنت یا دانشجو برای بیمار در بیمارستان انجام می‌شود به عهده می‌گیرد، از نظر اخلاقی باید انجام دادن این خدمات زیر نظر مستقیم و مدیریت خود او صورت گیرد.

- پزشک با توجه به علایقش می‌تواند به جز در بیمارستانی که در آن مشغول به کار است، در مکان‌های دیگری نیز کار کند (۲).

۱۸. وظیفه‌ی اخلاقی پزشک در مواجهه با خطای پزشکی همکاران

بارها پیش می‌آید که پزشک بیماری را ویزیت می‌کند که قبلاً توسط پزشک دیگر تحت درمان یا عمل جراحی قرار گرفته است و در مواقعی ممکن است اقدام درمانی پزشک قبلی، به نظر پزشک جدید براساس موازین علمی نبوده و منجر به عارضه‌ای در بیمار شده است. وظیفه‌ی اخلاقی پزشک در چنین مواردی چیست؟ در چنین مواقعی ممکن است راه‌حل‌های متفاوتی مطرح شود؛ از قبیل اینکه موضوع خطای پزشکی را به‌طور مستقیم با بیمار در میان بگذارد یا بدون تفاوت از کنار موضوع بگذرد و درمان‌های لازم را برای بیمار انجام دهد یا با پزشک معالج بیمار موضوع را مطرح کرده و با ارجاع بیمار نزد او، بخواهد مشکل یا عارضه‌ی پیش آمده را برطرف یا جبران کند؛ البته راه‌حل‌های دیگری نیز مطرح است. آنچه مسلم است در چنین مواردی پزشک معالج فعلی بیمار از یک طرف از نظر اخلاقی در مقابل بیمار مسئول است و از طرف دیگر نیز در قبال پزشک معالج قبلی، به عنوان عضوی از جامعه‌ی

پزشکی وظیفه‌ی اخلاقی دارد؛ او موظف است به شکلی عمل کند تا بیمار و همچنین، پزشک معالج قبلی از این حیث حداقل آسیب را متحمل شوند.

طبیعی است که بسته به مورد و نوع قصور یا عارضه‌ی به وجود آمده، می‌توان برخوردهای متفاوتی انجام داد؛ به عنوان مثال، آیا خطای پزشکی منجر به عارضه‌ای نزد بیمار شده است؟ عارضه جزئی بوده و برطرف شده است؟ عارضه جبران‌شدنی است یا منجر به آسیب جدی یا نقص عضو شده است؟ و در نهایت اینکه در مواردی ممکن است خطای پزشکی در حال شکل‌گیری و ایجاد عارضه برای بیمار باشد؛ مثلاً تجویز داروی اشتباه یا تداخلات دارویی، تجویز داروی تراتوژن و غیره که بیمار در حال مصرف آن است.

بدیهی است وقتی فکر می‌کنید خطای پزشکی توسط یکی از همکاران اتفاق افتاده است، این نظر شماست و نباید تا مطمئن نشده‌اید در این خصوص اقدامی عجولانه انجام دهید؛ زیرا ممکن است به آسیب و عارضه برای بیمار و همچنین، تبعاتی برای پزشک معالج منجر شود؛ لذا در مواقعی که خطای پزشکی منجر به عارضه‌ی شایان توجهی برای بیمار نشده یا عارضه جبران‌شدنی است، بهترین حالت این است که موضوع با پزشک معالج در میان گذاشته شود و در صورت امکان با ارجاع بیمار به پزشک معالج یا بسته به مورد، شخصاً در خصوص رفع آن اقدام شود. در این صورت علاوه بر درمان بیمار، رفع یا جبران خسارت از طرف پزشک معالج، جنبه‌ی آموزشی نیز دارد و می‌تواند از اشتباهات بعدی جلوگیری کند.

در حالی که خطای پزشکی در حال ایجاد عارضه

در دنیای ایده‌آل اخلاقی، پزشک وظیفه دارد با پزشک مسئول خطا تماس بگیرد و با او در خصوص موضوع صحبت کرده، از او بخواهد خطای رخ داده را به اطلاع بیمار برساند یا در جلسه‌ای که با حضور او و بیمار برگزار خواهد شد برای بحث و تبادل نظر در خصوص خطای روی داده، شرکت کند. اگر پزشک حاضر به اظهار خطا به بیمار نشد، پزشک دوم از نظر اخلاقی موظف است به او بگوید که به حکم وظیفه‌ی اخذ رضایت آگاهانه، بیمار را از خطا آگاه خواهد کرد (۷).

۲۰. روابط پزشک با سایر اعضای تیم درمان از منظر فقهی

پزشکان، پرستاران و دیگر کسانی که در درمان بیماران نقش ایفا می‌کنند، مسئولیت‌ها و اهدافی مشترک و مقدس دارند. برخی از بایسته‌های اخلاقی روابط پزشکان با یکدیگر و دیگر همکارانشان که آنان را در رسیدن به این اهداف مقدس کمک می‌کند، عبارت است از:

الف. صمیمیت: روابط اعضای جامعه‌ی پزشکی همچون خانواده‌ای اصیل و مذهبی باید بر صفا و صمیمیت استوار باشد. افراد این جامعه باید نسبت به یکدیگر علاقه‌مند و با محبت باشند؛ به گونه‌ای که مردم با مشاهده‌ی ارتباط آن‌ها، اعتمادشان نسبت به جامعه‌ی پزشکی جلب شود. محبت افراد به یکدیگر نشانگر میزان دیانت آنان در عرصه‌های اجتماعی است. هر که انس بیشتری با برادران دینی‌اش دارد، پایبندی او به دینش بیشتر است. علی بن جعفر (ع) می‌گوید: «به حضرت موسی بن جعفر (ع) عرض کردم: «کدامیک از ما دینش را بیشتر دوست

یا مشکل برای بیمار است، باید هر چه سریع‌تر برای رفع آن اقدام و سپس متناسب با موضوع و مشارکت پزشک معالج در رفع عارضه تصمیم منطقی، علمی و اخلاقی اتخاذ کرد. بدیهی است چنانچه پزشک معالج در خصوص خطای پزشکی روی داده و عوارض حاصل از آن، همکاری مناسب و اخلاقی نداشته باشد، از آنجایی که هرگونه اقدام درمانی روی بیمار باید با اخذ رضایت آگاهانه از بیمار انجام شود و رضایت آگاهانه مستلزم اطلاع بیمار از ماهیت مشکل موجود و روش‌های درمانی متفاوت است، باید با اولویت حفظ سلامتی بیمار تصمیم اخلاقی و علمی و پزشکی متناسب با مشکل اتخاذ شود (۷).

۱۹. رویکرد به خطای پزشکی همکاران

در مواقعی که پزشک مسئولیت درمان عوارض ناشی از خطای پزشکی همکار خود را به عهده دارد، براساس مسئولیت باید تصمیمی بگیرد که بهترین نتیجه را برای بیمار داشته باشد و برای رضایت بیمار به درمان، تمام اطلاعات مربوط به خطای رخ داده را با حفظ احترام پزشک اول و نیز حفظ اعتماد بیمار به جامعه‌ی پزشکی در اختیار او قرار دهد.

در مواقعی که پزشک ناظر خطای همکارش است، می‌تواند انتخاب‌هایی متعدد داشته باشد:

- با بی‌تفاوتی منتظر بماند که پزشک دیگری خطا را برای بیمار فاش کند؛
- پزشک خاطی را برای اظهار خطا به بیمار ترغیب کند؛
- موضوع را به‌طور مستقیم با بیمار در میان بگذارد؛
- جلسه‌ای به منظور بحث و بررسی با حضور پزشک خاطی و بیمار ترتیب دهد؛

دارای شأن و موقعیتی است، بی‌اعتنایی و بی‌حرمتی کنند. حضرت محمد(ص) درباره‌ی احترام به شخصیت سال‌خوردگان می‌فرماید: «مِنْ إِجْلَالِ اللَّهِ إِجْلَالُ ذِي الشَّيْبَةِ الْمُسْلِمِ»: «از [جمله‌ی صورت‌های] تعظیم خداوند، احترام به سال‌خوردگان است» (۸). ج. وحدت: جامعه‌ی پزشکی برای ارائه‌ی خدمات بهتر به بیماران باید با یکدیگر وحدت داشته باشند و برای مسائل کم‌اهمیت و جزئی با یکدیگر درگیر نشوند. امیرمؤمنان(ع) می‌فرماید: «وَأَمَّا أَنْتُمْ إِخْوَانُ عَلِيِّ دِينِ اللَّهِ، مَا فَرَّقَ بَيْنَكُمْ إِلَّا خُبَثُ السَّرَائِرِ، وَ سُوءُ الضَّمَائِرِ»: «شما برادران دینی یکدیگرید و چیزی جز زشتی درون و سوءنیت شما را از هم پراکنده نمی‌سازد» (۸).

د. همکاری: درمان بیماران، همکاری پزشک و پرستار و دیگر دست‌اندرکاران مراکز درمانی را می‌طلبد. اگر در محیط درمانی فضایی دوستانه حاکم باشد، بدون تردید بر همکاری توأم با محبت آنان تأثیر خواهد گذاشت. امام علی(ع) می‌فرماید: «إِذَا نَبَتَ الْوُدَّ وَجَبَ التَّرَافُدُ وَالتَّعَاوُدُ» «هرگاه [بذر] دوستی رویید، کمک به یکدیگر و پشتیبانی از یکدیگر واجب می‌شود» (۸).

ه. پرهیز از آفت‌های اخلاقی: پزشک باید در روابط خود با همکارانش از آفت‌های اخلاقی اجتناب ورزد. برخی از مهم‌ترین این آفت‌ها عبارت‌اند از:

- حسد: یکی از بزرگ‌ترین رذایل اخلاقی، حسادت است که دین و دنیای آدمی را تباه می‌سازد و جسم و جان او را به رنج می‌افکند. این بیماری روحی ریشه‌ی بسیاری از جنایات، زشتی‌ها و گناهان است. امام صادق(ع) پیروانش را از این آفت اخلاقی بر حذر می‌دارد: «إِتَّقُوا اللَّهَ وَلَا

می‌دارد؟ آن حضرت پاسخ داد: آن که رفیق [و همکار] خود را بیشتر دوست می‌دارد» (۸).

چگونه می‌توان فضایی صمیمی در محیط کار خود ایجاد کرد؟ پاسخ این پرسش را از روایات معصومان(ع) درمی‌یابیم. رسول خدا(ص) خوش اخلاقی را باعث ایجاد جو دوستی دانسته است: «حَسَنُ الْخُلُقِ يَثْبُتُ الْمَوَدَّةُ»: «خوش اخلاقی، دوستی را مستحکم می‌سازد».

امیرمؤمنان(ع) می‌فرماید: «طَلَّاقَهُ الْوُجْهَ بِالْبِشْرِ وَالْعَطِيَّةِ، وَفِعْلَ الْبِرِّ وَبَذْلَ التَّحِيَّةِ دَاعٍ إِلَى مَحَبَّةِ الْبَرِيَّةِ»: «گشاده‌روی با شادمانی و بخشش، نیکی و سلام کردن، موجب جلب محبت مردم می‌شود». همچنین می‌فرماید: «إِنْ أَحْسَنَ مَا يَأْلَفُ بِهِ النَّاسَ قُلُوبَ أَوْدَائِهِمْ، وَنَفَقُوا بِهِ الضَّغْنَ عَنْ قُلُوبِ أَعْدَائِهِمْ، حَسَنَ الْبِشْرِ عِنْدَ لِقَائِهِمْ، وَ التَّفَقُّدَ فِي غَيْبَتِهِمْ، وَ الْبَشَاشَةَ بِهِمْ عِنْدَ حُضُورِهِمْ»: «بهترین چیزی که مردم با آن دل دوستانشان را به دست می‌آورند و کینه را از دل دشمنانشان دور می‌کنند، خوش‌رویی هنگام دیدار آنان، سراغ گرفتن هنگام نبودنشان و خنده‌روی در حضورشان است» (۸).

ب. احترام متقابل: رابطه‌ی پزشک با دیگر پزشکان و همکاران باید براساس احترام متقابل استوار باشد. رسول خدا(ص) در برشماری حقوق مؤمنان نسبت به یکدیگر می‌فرماید: «هر مؤمنی بر مؤمن دیگر هفت حق دارد که از جانب خداوند بزرگ بر او واجب شده است: [یکی از آن‌ها عبارت است از:] احترام کردن به او در پیش رویش».

از مسائل مهم در روابط پزشکان، احترام به پیشکسوتان و حفظ حرمت بزرگ‌ترهاست. پزشکان جوان نباید به پزشکی که سال‌ها خدمت کرده و

است.» پزشک نه تنها نباید غیبت کند، بلکه به هیچ بیماری اجازه ندهد که پشت سر همکارش او را به بدی یاد کند و اگر به مناسبتی سخنی از یکی از همکارانش پیش آمد، سخنان غیبت‌کنندگان را به گونه‌ای تأیید نکند که شخصیت همکارش خرد شود. حضرت محمد(ص) می‌فرماید: «هرکس غیبت برادر مؤمنش را در مجلسی بشنود و از آن جلوگیری کند، خداوند هزار بدی را در دنیا و آخرت از او بر می‌گرداند و اگر از آن جلوگیری نکند و از آن شگفت‌زده شود، گناه او مانند غیبت‌کننده است» (۸).

- تمسخر: از جمله آفت‌هایی که ممکن است دامنگیر پزشکان شود، تحقیر و تمسخر کردن همکاران است. خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّنْ قَوْمٍ عَسَىٰ أَن يَكُونُوا خَيْرًا مِّنْهُمْ وَلَا نِسَاءٌ عَسَىٰ أَن يَكُنَّ خَيْرًا مِّنْهُنَّ»^۱: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید، هیچ گروهی از شما گروه دیگر را مسخره نکند. شاید ایشان [گروه دوم] از آن‌ها [گروه اول] بهتر باشند و زن‌هایی، زن‌های دیگر را مسخره نکنند. شاید ایشان از آن‌ها بهتر باشند» (۸).

امام زین‌العابدین(ع) می‌فرماید: «وَالذُّنُوبُ الَّتِي تَنْزِلُ النَّقْمَ... وَالْإِسْتِهْزَاءُ بِهِمْ وَالسَّخَرِيَّةُ مِنْهُمْ»^۲: «از [گناهانی که عذاب و عقوبت را فرود می‌آورند:.. استهزای مردم و مسخره کردن آنان است. پزشک حق ندارد همکار خود را تحقیر و تمسخر کند و به بی‌سوادی متهم سازد؛ چون این گونه برخوردها سبب بدبینی مردم و کاهش اعتماد آنان به جامعه‌ی پزشکی می‌شود (۸).

يُحْسَدُ بَعْضُكُمْ بَعْضًا»: «از خدا بترسید و بر یکدیگر حسد نورزید.» همچنین می‌فرماید: «أَفَّةُ الدِّينِ الْحَسَدُ وَالْعُجْبُ وَالْفَخْرُ»: «حسادت، خودبینی و فخرفروشی، آفت دین است» (۸).

پزشک مؤمن با مشاهده‌ی پیشرفت دیگر پزشکان و همکاران غبطه می‌خورد، ولی هرگز حسد نمی‌ورزد و زوال نعمت آنان را از خدایش نمی‌خواهد. امام صادق(ع) می‌فرماید: «همانا مؤمن غبطه می‌خورد و حسد نمی‌ورزد. (فرق حسد با غبطه این است: حسد آرزوی زوال نعمت از کسی است که سزاوار داشتن آن نعمت است؛ ولی غبطه آرزوی داشتن نعمت است، بدون آنکه زوال آن را از صاحب نعمت آرزو داشته باشد. به عبارت دیگر، اهل غبطه هنگامی که نعمت و فضیلتی را در دیگران مشاهده می‌کنند، می‌گویند: ای کاش ما هم از این نعمت برخوردار بودیم و در راه تحصیل آن کوشش می‌کنند، ولی هیچ‌گاه آرزوی زوال نعمت از دیگران نکرده و در صدد رفع آن بر نمی‌آیند) ولی منافق حسد می‌ورزد و غبطه نمی‌خورد.»

- غیبت: در قرآن مجید و روایات معصومان(ع)، به‌شدت از غیبت نهی شده و کیفرهای سختی برای آن بیان شده است. پزشک حق ندارد از همکارش غیبت کند و از این طریق آبروی او را ببرد. در قرآن کریم آمده است: «وَيُلِّ لِكُلِّ هَمَزَةٍ لِّمَرَّةٍ»^۱: «وای بر هر عیب‌جوی هرزه‌زبان.»

رسول خدا(ص) درباره‌ی اثر این آفت اخلاقی می‌فرماید: «الْغَيْبَةُ أَسْرَعُ فِي دِينِ الرَّجُلِ الْمُسْلِمِ مِنَ الْأَكْلَةِ فِي جَوْفِهِ»^۲: «اثر غیبت در [تباهی] دین مسلمان از [زیان بیماری] خوره در درون سریع‌تر

۲. قرآن کریم، سوره‌ی حجرات، آیه‌ی ۱۱.

۱. قرآن کریم، سوره‌ی همزه، آیه‌ی ۱.

می‌گیرد که حدود تعریف‌شده‌ای دارد (۱۰).

۲۱-۱. ارتباط عاطفی با همکاران

اثرگذارترین نوع ارتباط، شکل عاطفی و روانی آن است. در ارتباط عاطفی بین همکاران غیرهمجنس باید به سه اصل اعتدال، ضرورت و اکتفا توجه ویژه داشت. نوع نگاه، از سوی مرد و زن، و حرکت دست و اعضای چهره نیز ایجاد ارتباط می‌کند، که اگر بنا بر اصول یادشده نباشد، مفاسدی را در پی دارد.

اصل اساسی و مهم ضرورت نیز در برخوردهای روانی و عاطفی دارای جایگاه ویژه است. نگاه مهربان، لبخند ملیح و گیرا و اشارات دوستانه و صمیمانه از نشانه‌های فرد مؤمن و صاحب ارتباط نیکو با افراد است؛ اما هنگام مواجهه با نامحرم این رفتارها باید نظام‌مند و تعریف‌شده و در محدوده و چارچوب مشخص قرار گیرد. اگر نتوان ضرورتی برای رفتارهای عاطفی یافت، باید منتظر پیامدهای مفسده‌انگیز آن بود؛ زیرا قضاوت و داوری فرد مقابل درباره‌ی ما تغییر می‌یابد؛ پس باید از اصل اولیه‌ی حرمت نگاه به نامحرم استفاده کرد. اکتفا به این معناست که هنگام احساس ضرورت ایجاد رابطه‌ی عاطفی با افراد و مجموعه‌ی همکاران، به میزان لازم، و نه بیشتر، اکتفا شود؛ برای مثال، شکل‌های گوناگون نگاه به جنس مخالف عبارت است از:

الف. نگاه عادی برای شناخت و ادای احترام به او؛
ب. نگاه ملیح برای ابراز همدردی و همدلی و نوع دوستی؛

ج. نگاه نافذ برای ابراز محبت، ترحم.

باید به این مسأله توجه کرد که افراد ظرفیت‌های گوناگون دارند و نمی‌توان آن‌ها را یکسان دید، از این‌رو شایسته است که متناسب با حدود و حریم

همچنین، در خلاصه‌ی الحکمه در بیان خصوصیات پزشک آمده است:

• آنکه در هنگام معالجه خداوند متعال را شافی دانسته و دائماً از فیوضات و برکات خداوندی مدد بخواهد و اساتید و معلمان خود را بستاید. همچنین خطای همکاران را مایه افتخار و تعزز خود نشمارد بلکه از آنها پند گیرد تا خود آن خطاها را تکرار نکند.

• به هنگام طبابت در بیمارستان و مواضعی که بیماران بسیار باشند از مذاکره و مشورت با استادان حاذق و اطباء ماهر بهره‌مند شود و سخنان حق و صادقانه آنها را قبول کند و در صورتیکه اشتباه وی را به او اعلام داشتند از آن متنبه شود و اصرار بر خطا و اشتباه خود نکند.

• در مواردی که تدابیر درمانی او مؤثر واقع نمی‌شود، در معالجه لجاجت نکند و بیمار را به پزشک حاذق‌تر ارجاع دهد.

• آنکه منت ننهد بر شاگردان و بیماران، بلکه بر خود منت نهد که آن‌ها را موضوع صنعت خود قرار می‌دهد.

• آنکه قانع و شاکر و راضی و سخی و عالی‌همت باشد و طامع و حریص و مولع و بخیل نباشد و طمع بر مال و منال شاگردان و مریضان نکند (۹).

۲۱. محدوده‌ی ارتباط با مجموعه‌ی همکاران

محیط بیمارستان و درمانگاه صبغه‌ی اجتماعی دارد و افراد براساس تعاملات جمعی با یکدیگر زندگی می‌کنند؛ چنین مجموعه‌هایی باید از قوانین شرعی ارتباط‌های اجتماعی تبعیت کنند. ارتباط با دیگر انسان‌ها در دو بعد عاطفی و گفتاری شکل

شرعی و عرفی در حد رساندن پیام به فرد مخاطب، در حد نیاز و اکتفا و به میزان لازم، از ابزاری چون نگاه استفاده شود؛ بنابراین، از نگاه‌های نوع دوم و سوم، خارج از حد ضرورت و اکتفا، که می‌تواند مقدمه‌ای برای نگاه‌های آلوده باشد، باید به صورت جدی پرهیز شود (۱۰).

۲۱-۲. ارتباط گفتاری

حضور طولانی، مداوم و همیشگی در محیط اشتغال، احساس نیاز به ارتباط با همکاران را برمی‌انگیزد و راه ایجاد ارتباط کلامی را می‌گشاید. ابتدا از تبادل اطلاعات علمی و تجربه‌ی کاری آغاز شده و تا مرز ورود به حریم خصوصی ادامه می‌یابد. گفت‌وگو درباره‌ی ویژگی‌های شخصی، علاقه، سلیقه، خاطره، مزاح، شوخی و... پیامدهای منفی و مشکلات فراوانی را به وجود می‌آورد. ما منکر اجتماعی بودن انسان و نیاز طبیعی او به هم‌کلام شدن با افراد و تعامل و همکاری نیستیم و به آن احترام می‌گذاریم؛ اما تأکید سخن بر جهت‌یابی صحیح و سالم روابط است. افراد یک مجموعه‌ی کاری باید آسیب‌های رابطه‌های محیط درمانی (فرصت‌های طولانی حضور همکاران در محیط کار، نداشتن برنامه‌های سازمان‌دهی شده برای استفاده از فرصت‌ها و پوشش نامناسب) را شناخته و راهبردهای آفت‌زدایی و احیای ارزش‌ها را در این موارد بدانند (۱۰).

۲۲. روابط پزشک با سایر اعضای تیم درمان

از منظر قانونی

حق دریافت مشاوره در غالب منشور حقوق بیماران جهان مطرح شده است؛ برای مثال، در بیانیه‌ی

حقوق بیمار اجلاس اروپایی سازمان بهداشت جهانی در آمستردام در سال ۱۹۹۴ آمده است: «بیماران باید امکان دسترسی به نظر دوم (منظور پزشک دیگر) را داشته باشند.» همچنین، در منشور حقوق بیماران در رم در سال ۲۰۰۲ در خصوص حق برخورداری از ایمنی بیماران بیان شده که «همه‌ی تخصص‌های بهداشتی باید کاملاً نسبت به ایمنی تمام مراحل و درمان پزشکی مسئولیت‌پذیر باشند.» افزون‌براین، در منشور حقوق بیمار انجمن بیمارستان‌های آمریکا (۱۹۷۳ تجدیدنظر ۱۹۹۲) آمده است که «بیمار حق دارد درباره‌ی ارتباطات کاری بین بیمارستان، مؤسسات آموزشی و افراد حرفه‌ای که در درمان و مراقبت وی دخیل هستند آگاهی‌های لازم را کسب کند.» در منشور حقوق بیماران ایران، در محور دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است، بیان شده که «ارائه‌ی خدمات سلامت باید مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد» و همچنین، در محور احترام به حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه‌ی بیمار در دریافت خدمات سلامت، حق بیمار در خصوص انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور قید شده است.

در آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته در خصوص مشاوره و همکاری گروه پزشکی، محدودیت ارتباط و انجام اعمال خلاف شئون حرفه‌ای موارد ذیل آمده است:

ماده‌ی ۶) انجام امور خلاف شئون پزشکی که مصادیق آن توسط سازمان نظام پزشکی اعلام خواهد شد، توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی و

وابسته ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتك حرمت جامعه‌ی پزشکی می‌شود خودداری کنند.

ماده‌ی ۷) تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران ممنوع است. تعیین مصادیق مخارج غیرضروری براساس نظر کمیته‌ی کارشناسی تخصصی دادرها و هیئت‌های انتظامی است.

ماده‌ی ۱۳) جذب بیمار از مؤسسات بهداشتی درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی اعم از بیمارستان و درمانگاه و... و برعکس به منظور استفاده‌ی مادی توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است.

ماده‌ی ۱۹) در مواردی که مشاوره‌ی پزشکی لازم باشد، انتخاب پزشك مشاور با پزشك معالج است. در صورتی که بیمار یا بستگان او مشاوره‌ی پزشکی را درخواست کنند، مشاوره‌ی پزشکی با نظر پزشك معالج به عمل می‌آید؛ اما اجرای دستورات پزشك مشاور با نظر پزشك معالج است و چنانچه بیمار یا بستگان او بدون موافقت پزشك معالج، از پزشك دیگری برای درمان بیمار دعوت به عمل آورند، در این صورت پزشك معالج اول می‌تواند از ادامه‌ی درمان بیمار در موارد غیروارژانسی خودداری کند.

ماده‌ی ۲۰) فروش دارو و محصولات آرایشی و بهداشتی و تجهیزات و لوازم پزشکی در محل طبابت توسط شاغلان حرف پزشکی بدون اخذ مجوز رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.

ماده‌ی ۲۱) مشخصات و طرز استفاده‌ی داروهای تجویز شده به بیمار باید توسط پزشك با خط خوانا و

انشای قابل فهم در نسخه قید شود. تبصره: دکتر داروساز موظف به توضیح و درج چگونگی تجویز دارو طبق نسخه‌ی پزشك است.

ماده‌ی ۲۳) مسئولان فنی مکلف‌اند در تمام ساعات موظف بر امور فنی مؤسسات پزشکی نظارت کنند.

ماده‌ی ۲۵) به کارگیری و استفاده از افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی و حرفه‌های وابسته در مؤسسات پزشکی و مطب ممنوع است (۱۱).

توضیح نمونه

دکتر «سی» حق دارد از رفتار جراح ارشد در اتاق عمل ناراحت باشد. او نه تنها سلامت بیمار را به مخاطره می‌اندازد، بلکه هم به بیمار و هم به همکاران خویش بی‌احترامی می‌کند. دکتر «سی» وظیفه‌ی اخلاقی دارد که این رفتار را نادیده نگیرد و درباره‌ی آن کاری انجام دهد. در نخستین مرحله، او نباید هیچ‌یک از رفتارهای آزاردهنده‌ی جراح را مثلاً با خندیدن به جوک‌های او تشویق کند. اگر فکر می‌کند صحبت کردن با جراح درباره‌ی موضوع مؤثر خواهد بود، باید پیش او رفته و این کار را انجام دهد. در غیر این صورت، او باید مستقیم به مراجع بالاتر در بیمارستان مراجعه کند. اگر آن‌ها به مداخله در این موضوع، بی‌میل بودند، او باید به دستگاه مناسب در خصوص صدور پروانه‌ی پزشکان مراجعه کرده و رسیدگی به موضوع را درخواست کند.

منابع

۱. ویلیامز، جان رنلد. (۱۳۹۰). انجمن جهانی پزشکی: دست‌نامه‌ی اخلاق پزشکی. ترجمه‌ی نازآفرین قاسم‌زاده و نریمان سپهروند. رشت: گپ، صص ۸۵ تا ۹۸.

- Specialist Relationships". J Gen Intern Med, 14, S1, P.13-20.
7. تقدسی‌نژاد، فخرالدین. (بی‌تا). درس‌نامه‌ی خطای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
8. یوسفیان، نعمت‌الله. (۱۳۹۰). اخلاق پزشکی. قم: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، نمایندگی ولی فقیه، پژوهشکده‌ی تحقیقات اسلامی؛ انتشارات زمزم. هدایت، صص ۳۶ تا ۳۲.
9. عقیلی خراسانی شیرازی، محمدحسین. (۱۳۸۵). خلاصه‌الحکمه. ج ۱، تصحیح و ویرایش اسماعیل ناظم، به سفارش مؤسسه‌ی مطالعات و تاریخ پزشکی طب اسلامی و مکمل، قم: اسماعیلیان، صص ۱۹ تا ۲۶.
10. طبیبی، ناهید. (۱۳۸۷). «اخلاق پزشکی و موازین شرعی و حقوقی». مجله‌ی نامه‌ی جامعه، س ۵، ش ۵۱، صص ۲۸ تا ۳۴.
11. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۹۰). آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی در قوانین نظام پزشکی. تهران: پیشگامان توسعه، صص ۵۳ تا ۶۱.
2. American Medical Association. (2005). AMA's Code of Medical Ethics. Available at <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics.page>. (accessed in 2010).
3. American College of Physicians. ACP Ethics Manual Sixth Edition. Available at <https://www.acponline.org/clinical-information/ethics-and-professionalism/acp-ethics-manual-sixth-edition/acp-ethics-manual-sixth-edition> (accessed in 2014).
4. Fagin, Leonard & Antony Garelick. (2004). "The Doctor-Nurse Relationship". *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(4), P. 277-286.
5. Snelgrove, Sherrill & David Hughes. (2000). "Interprofessional Relations between Doctors and Nurses: Perspectives from South Wales." *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), P.661-667.
6. Pearson, Steven D. (1999). "Principles of Generalist-

فصل هشتم

ملاحظات اخلاقی در ارتباط پزشک و جامعه

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر فاطمه خانساری

معرفی نمونه‌ی اول

دکتر «م» از دست بیمارانی که قبل یا بعد از مشاوره با دیگر پزشکان به او مراجعه می‌کنند تا از صحت تشخیص یا مشاوره‌ی ارائه‌شده اطمینان حاصل کنند، بسیار ناراضی و مستأصل شده است. دکتر «م» این امر را اتلاف منابع در حوزه‌ی سلامت و نیز به ضرر بیماران می‌داند. او تصمیم می‌گیرد به بیمارانش اخطار دهد که چنانچه برای درمان همان بیماری به پزشکان دیگر مراجعه کنند از درمان آن‌ها خودداری خواهد کرد. او همچنین تصمیم دارد از سازمان نظام پزشکی بخواهد فکری برای این مشکل کند و در نشست‌هایی که با سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور دارند، تمهیداتی را برای جلوگیری از این گونه شیوه‌ی نادرست استفاده از منابع نظام سلامت و هدررفتن آن‌ها بیندیشند.

معرفی نمونه‌ی دوم

خانم دکتر «س» از پزشکان متعهد و حاذق بیمارستان «م» است و با وجود تعداد کشیک‌های فراوان و گاه بی‌خوابی‌های طولانی، همچنان رفتار خوب و همدلانه‌ای با بیماران و همکاران خود دارد؛ اما روز گذشته اوضاع روحی او خوب نبوده است. حواسش پرت بوده و نمی‌توانسته تمرکز کند. دوستش دکتر «ی» علت را جویا شده و دکتر «س» گفته است همسرش به او گفته از این وضع خسته شده است و او باید بین خانواده و کار یکی را انتخاب کند.

۱. مقدمه

به مراقبت‌های سلامت دسترسی داشته باشند (۲).

همان‌گونه که جامعه به پزشکان امتیازات حرفه‌ای اعطا کرده تا آن‌ها را در جهت منفعت بیماران به کار گیرند، پزشکان نیز باید در برابر جامعه، نسبت به فعالیت‌های حرفه‌ای خود مسئول و پاسخ‌گو باشند. جامعه برای هر پزشکی حقوق، امتیازات و وظایف مربوط به ارتباط پزشک و بیمار را پذیرفته است؛ در نتیجه، جامعه حق دارد که از پزشکان بخواهد دانش و صلاحیت لازم را داشته باشند و بیمار را به‌عنوان یک شخص در نظر بگیرند. از طرفی پزشکان در برابر جامعه نیز تعهداتی دارند که در بسیاری از جهات موازی با تعهداتشان نسبت به بیمار است.

با توجه به اینکه پزشکی در جامعه به‌عنوان یک حرفه‌ی خدمتگزار است که پزشکان را مورد اعتماد و احترام قرار می‌دهد، رفتار و منش پزشکان به‌عنوان حرفه‌مندان و شهروندان یک جامعه باید به‌گونه‌ای باشد که سزاوار احترام جامعه باشند. همه‌ی پزشکان در برابر حمایت از سلامت و بهزیستی^۲ عمومی مسئولیت جمعی دارند. بدین‌منظور آنان باید بیماری‌هایی را که طبق قانون، مشمول گزارش اجباری هستند به مسئولان مرتبط گزارش دهند. همچنین، باید اطلاعات دقیق و صحیحی در خصوص مراقبت‌های سلامت به عموم جامعه ارائه داده و بتوانند با اظهارنظرهای تخصصی، آگاهی مردم را در خصوص سلامت اصلاح، حفظ و ارتقا دهند. آنان همچنین، همسو با تعهدات خود در برابر جامعه و ارتقای حرفه‌ی پزشکی و سلامت عمومی، باید در تعامل با رسانه‌های خبری، اطلاعات صحیحی را به رسانه‌ها بدهند؛ اما در این مواقع باید

طبابت کردن پلی بر فراز شکاف میان علم پزشکی و جامعه است. در واقع، استفاده از دانش علمی برای سلامت انسان از جنبه‌های مهم طبابت بالینی است و پزشکان عاملی مهم برای ظهور و بروز دانسته‌های علمی هستند؛ اما پزشکی فراتر از مجموع دانش ما درباره‌ی بیماری است. پزشکی با تجارب، احساسات و درک‌های مختلف آدمیان در شرایط اغلب نامتعارفی از ترس و اضطراب و تردید مواجه است. در چنین موقعیت بسیار آسیب‌پذیری، حرفه‌مندی پزشکی اعتماد مردم به پزشکان را پی‌ریزی می‌کند (۱).

پزشکی از زمان بقراط به‌صورت یک حرفه در آمد و از آن پس پزشکان در برابر عموم، سوگند می‌خوردند که منافع بیمارشان را بر منافع خود ترجیح دهند. امروزه، اخلاق پزشکی به میزان زیادی تحت تأثیر گسترش مفهوم حقوق بشر قرار گرفته است. در جهان تكثرگرا^۱ و چندفرهنگی حاضر، علی‌رغم وجود بسیاری از عقاید و سنت‌های اخلاقی متفاوت، توافق‌نامه‌های مهم بین‌المللی درباره‌ی حقوق بشر توانسته‌اند شالوده‌ای برای اخلاق پزشکی ایجاد کنند که در ورای مرزهای ملیتی و فرهنگی پذیرفتنی باشد؛ افزون‌براین، پزشکان در مواردی با گونه‌ای از مشکلات پزشکی مواجه می‌شوند که در نتیجه‌ی نقض برخی مؤلفه‌های حقوق بشر، همچون مهاجرت اجباری و شکنجه ایجاد می‌شود؛ ازاین‌رو، پزشکان با این تردید مواجه می‌شوند که آیا دسترسی به خدمات سلامت یک حق انسانی و بخشی از حقوق بشر است؟ پاسخ به این سؤال در بسیاری کشورها، تعیین می‌کند که چه افرادی باید

2. Well- Being

1. Pluralistic

طبابت کردن و هم به معنای پزشکان به طور کلی باشد. تعهدات حرفه‌ای پزشکی تنها در ارتباط پزشک با بیمار یا ارتباط با همکاران و دیگر حرفه‌مندان سلامت خلاصه نمی‌شود و ارتباط با جامعه را نیز در بر می‌گیرد. این ارتباط می‌تواند به صورت یک قرارداد اجتماعی توصیف شود. به دیگر سخن، جامعه امتیازاتی از جمله مسئولیت انحصاری یا اولیه‌ی ارائه‌ی خدمات خاص و نیز درجه‌ای بالا از استقلال و خودتنظیمی را به این حرفه واگذار می‌کند و در مقابل، حرفه‌ی پزشکی نیز موافقت خود را برای استفاده از این امتیازات در درجه‌ی اول برای منفعت دیگران و در درجه‌ی دوم برای منفعت خویش اعلام می‌کند (۲).

امروزه، پزشکی بیش از اینکه یک فعالیت فردی صرف باشد، فعالیت اجتماعی است و در بستر سازمان‌های دولتی و صنفی و تجاری ایفای نقش می‌کند. پزشکی امروز برای گسترش دانش پایه و درمان بیماری‌ها، بر پژوهش‌های پزشکی عمومی و تخصصی برای تولید فراورده‌های لازم متکی است و برای بسیاری از این فرایندها به مؤسسات سلامت مختلف نیازمند است. پزشکی بیماری‌ها و ناخوشی‌هایی را درمان می‌کند که به همان میزان که منشأ بیولوژیک دارند، منشأ اجتماعی نیز دارند (۱).

سنت نیک بقراط در اخلاق پزشکی، به موضوع ارتباط پزشک با جامعه نپرداخته است. برای فرهنگ آن دوران و پررنگ بودن جنبه‌ی فردی پزشکی در آن زمان، سوگندنامه‌ی بقراط، در تاریخ پیشرفت فضایل انسانی بشر لوحی پرافتخار و ارزشمند است و اخلاق پزشکی امروز به دلیل بنانهادن این سنت

مراقب رازداری و حفظ اسرار بیماران نیز باشند. پزشکان باید برای شناسایی و کنترل علل اجتماعی و محیطی بیماری‌ها به اجتماع کمک کنند. آنان همچنین، باید اطمینان حاصل کنند که تمامی افراد جامعه به خدمات سلامت دسترسی دارند و برای رفع کاستی‌های موجود در زمینه‌ی دسترسی به خدمات سلامت و کیفیت آن در جامعه تلاش کنند (۳). گاهی پزشکان در انجام دادن تعهدات خود در مقابل بیمار و جامعه، در مواردی مانند تخصیص منابع و گزارش بیماری‌های خاص، دچار دوگانگی تعهدات می‌شوند و به تصمیم‌سازی اخلاقی نیاز دارند (۲). آن‌ها باید بتوانند تعارض بین سلامت جامعه و منافع بیمارشان را تشخیص داده و بهترین راه را انتخاب کنند؛ البته تدوین راهنماهای اخلاقی ملی مانند ممنوعیت شرکت در شکنجه، موارد مجاز نقض رازداری، راهنماهای اخلاق در پژوهش و تصمیم‌گیری در بحران‌ها و حوادث طبیعی می‌توانند در این تصمیم‌سازی‌ها کمک‌کننده باشند (۲، ۳).

۲. ویژگی‌های رابطه‌ی پزشک با جامعه

پزشکی یک حرفه^۱ است. واژه‌ی حرفه دو معنی مجزا و درعین حال نزدیک به هم دارد:

الف. شغلی که با ویژگی‌هایی مانند از خودگذشتگی برای سلامت دیگران، معیارهای بالای اخلاقی، بدنه‌ای از دانش و مهارت‌ها و استقلال زیاد مشخص می‌شود؛

ب. تمام افرادی که شاغل در این شغل هستند. بنابراین، «حرفه‌ی پزشکی» می‌تواند هم به معنای

1. Profession

تخصیص منابع کمیاب بهداشتی جامعه نقشی مهم ایفا کنند و گاه حتی موظف‌اند از دسترسی بیماران به خدماتی که مستحق آن‌ها نیستند جلوگیری کنند. اجرای چنین مسئولیت‌هایی به‌ویژه هنگام بروز تعارض بین منافع جامعه با منافع بیماران، باعث ایجاد تعارضات اخلاقی برای پزشکان می‌شود (۲).

۲-۱. وفاداری دوگانه

پزشکان هم در برابر بیماران و هم در برابر اشخاص ثالث^۴ مسئولیت‌هایی دارند و باید پاسخ‌گوی آن‌ها باشند و زمانی که این مسئولیت‌ها و پاسخ‌گویی‌ها با همدیگر سازگار نباشند، پزشکان خود را در وضعیتی از «وفاداری دوگانه»^۵ یا دوگانگی تعهدات می‌یابند. اشخاص ثالثی که از پزشکان انتظار دارند به آن‌ها وفادار و متعهد باشند، شامل دولت‌ها، کارفرمایان (مثل بیمارستان‌ها و سازمان‌های مراقبت‌های سلامتی مدیریت‌شده)، شرکت‌های بیمه، مسئولان نظامی، پلیس، مسئولان زندان‌ها و اعضای خانواده هستند. در کد بین‌المللی اخلاق پزشکی انجمن جهانی پزشکی آمده است: «پزشک موظف است کاملاً به بیمارانش وفادار باشد»؛ بااین حال، این امر هم پذیرفته شده که گاهی پزشکان در موقعیت‌های استثنایی، مجبور هستند منافع دیگران و جامعه را بر منافع بیماران ترجیح دهند. در چنین موقعیتی، تصمیم‌گیری درباره‌ی زمان و چگونگی حمایت از بیمار در برابر فشارهای شخص ثالث، چالش اخلاقی است.

وضعیت وفاداری دوگانه شامل طیفی است که

مبارک، وام‌دار بقراط است؛ اما با ارتقای فرهنگ در جوامع بشری و افزایش حساسیت‌های اخلاقی و در پی ایجاد بیمارستان‌ها و مؤسسات پزشکی، پژوهش‌ها، تجهیزات پزشکی و حتی بیماری‌های واگیر و همه‌گیری‌ها، حرفه‌ی پزشکی درگیر موضوعاتی فراتر از ارتباط فردی پزشک و بیمار شده و اخلاق ویژه‌ی آن موضوعات را طلب کرده است.

هنگام صحبت کردن درباره‌ی نقش «اجتماعی» پزشکی، بلافاصله این سؤال پرسیده می‌شود که منظور از جامعه چیست؟ کلمه‌ی «جامعه» ناظر بر «اجتماع»^۱ یا «ملت»^۲ است و مترادف با دولت نیست. دولت‌ها باید نماینده‌ی منافع جامعه باشند که غالباً این‌گونه نیست؛ ولی حتی هنگامی که این چنین نیز عمل می‌کنند، برای جامعه کار می‌کنند و نه به‌عنوان جامعه (۴).

پزشکان روابط متعددی با جامعه دارند. از آنجاکه جامعه و محیط فیزیکی آن، عوامل مهمی در سلامت بیماران هستند، هم حرفه‌ی پزشکی به‌طور کلی و هم خود پزشکان به‌صورت انفرادی، در سلامت عمومی، آموزش سلامت، حفاظت محیط، قوانین مؤثر بر سلامت یا رفاه جامعه و شهادت در مراحل قضایی نقشی مهم دارند. به‌طوری‌که بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی^۳ (WMA) درباره‌ی حقوق بیماران می‌گوید «هرگاه قانونگذار، دولت یا هر مؤسسه یا سازمان دیگری، حقوق بیماران را نادیده بگیرد، پزشک باید به دنبال راه‌های مناسب برای تضمین، حفظ و بازگرداندن این حقوق به بیماران باشد.» همچنین، از پزشکان خواسته شده است که در

1: Community

2: Nation

3: World Medical Association

4: Third Party

5: Dual Loyalty

بازداشت‌شدگان از مراقبت‌های سلامت مستقل و فوری بهره‌مند هستند (۶). پزشکان باید با شکنجه مخالفت کرده و به هر دلیلی در شکنجه مشارکت نکنند. مشارکت در شکنجه شامل فراهم کردن هرگونه خدمات، وسیله یا آگاهی برای تسهیل شکنجه است؛ اما محدود به آن نمی‌شود. پزشکان نباید در محل اجرای شکنجه حاضر باشند. پزشکان می‌توانند زندانیان یا بازداشت‌شدگان را در جهت مصالح عالی‌هی آنان درمان کنند؛ اما نباید افراد را به منظور تأیید سلامت آنان برای آغاز یا ادامه‌ی شکنجه درمان کنند. پزشکانی که قربانیان شکنجه را درمان می‌کنند نباید تحت ستم قرار گیرند. پزشکان باید از قربانیان شکنجه حمایت کنند و تا حد امکان، برای تغییر موقعیتی که در آن شکنجه صورت می‌گیرد یا احتمال بالقوه‌ی اجرای شکنجه در آن زیاد است، تلاش کنند (۷).

به‌طور خاص، پزشکان باید از استقلال حرفه‌ای خویش برای تعیین بهترین منافع بیمار دفاع کنند و تا حد امکان الزامات اخلاقی معمول را در خصوص کسب رضایت آگاهانه و رازداری مدنظر قرار دهند. هرگونه نقض این اصول باید برای بیماران توجیه و آشکار شود. پزشکان باید هرگونه مداخله‌ی غیرموجه در امر مراقبت از بیمارانشان را به مقامات مربوطه گزارش کنند؛ به‌ویژه اگر حقوق اساسی بشر نادیده گرفته شده باشد. اگر مقامات در این موارد پاسخ‌گو نبودند، می‌توان از انجمن‌های پزشکی ملی، انجمن جهانی پزشکی و سازمان‌های حقوق بشر کمک گرفت (۲).

در قسمت میانی طیف یادشده، برخی برنامه‌های مراقبت سلامت مدیریت‌شده قرار گرفته‌اند که

در یک سوی آن منافع جامعه ارجحیت دارد و در سوی دیگر طیف منافع بیمار حاکم است. بین دو سر طیف، ناحیه‌ی وسیعی از منطقه‌ی خاکستری^۱ وجود دارد که عملکرد صحیح در آن به تشخیص و درک درست موقعیت و درایت فوق‌العاده نیاز دارد. در یک سوی این طیف، الزاماتی برای گزارش اجباری بیمارانی وجود دارد که از بیماری‌های خاصی رنج می‌برند؛ مانند کسانی که به واسطه‌ی بیماری صلاحیت رانندگی ندارند یا کسانی که مظنون به کودک‌آزاری هستند. پزشکان باید این موارد را بدون هیچ تردیدی گزارش کنند؛ البته خود بیماران باید از موضوع گزارش مطلع شوند. در سوی دیگر طیف، درخواست‌ها یا دستورات پلیس یا نیروی نظامی قرار دارد که از پزشک می‌خواهد در اقداماتی شرکت کند که به حقوق اساسی انسان‌ها تجاوز می‌کند؛ مانند مشارکت در شکنجه (۵).

انجمن جهانی پزشکی در قطعنامه‌ی سال ۲۰۰۳ در خصوص «مسئولیت پزشکان در محکوم کردن و اعلام شکنجه یا رفتار بی‌رحمانه، غیرانسانی و تحقیرکننده در مواردی که پزشکان از آن آگاه می‌شوند»، راهنمایی اختصاصی برای پزشکانی که در چنین شرایطی قرار می‌گیرند، تدوین کرد (۲). بدین منظور از پزشکان خواسته شده در مقابل مستندسازی هماهنگ و دقیق، اعمال شکنجه و محکوم کردن آن اقدام کنند؛ به عبارت دیگر، نشانه‌های شکنجه و بدرفتاری را در پرونده‌ی پزشکی ارزیابی و مستند کنند تا بدین وسیله از به‌خطرافتادن بازداشت‌شدگان جلوگیری کنند. همچنین، اطمینان حاصل کنند که قربانیان شکنجه یا

(منطقه‌ی خاکستری یک اصطلاح است یعنی منطقه‌ی مرزی و مبهم و نامعلوم) Grey Zone 1

پزشکی، راهنمایی برای ارتباط بین پزشکان و تشکیلات تجاری فراهم کرده است و بسیاری از انجمن‌های پزشکی ملی نیز راهنماهای مختص به خود را دارند. اصل اولیه‌ی اخلاقی در این راهنماها این است که پزشکان باید هرگونه تعارضی بین منافع خود و بیمارانشان را به نفع بیماران حل و فصل کنند (۲).

۲-۲. تخصیص منابع

در هر کشوری حتی کشورهای ثروتمند، بین نیازها و تقاضاهای خدمات سلامت و منابع در دسترس برای فراهم کردن این خدمات، شکافی وسیع و در حال گسترش وجود دارد. وجود چنین شکافی مسئولان را ملزم می‌کند منابع موجود سلامت را به گونه‌ای منطقی سهمیه‌بندی کنند. جیره‌بندی خدمات سلامت یا به دیگر سخن «تخصیص منابع» در سه سطح اتفاق می‌افتد:

۱. در سطح عالی (کلان)^۳ دولت‌ها تصمیم می‌گیرند که چه میزان از کل بودجه باید به بخش سلامت تخصیص داده شود، کدامیک از هزینه‌های خدمات سلامت باید رایگان شوند و کدامیک از هزینه‌ها به طور مستقیم و توسط خود بیمار یا غیرمستقیم و توسط بیمه‌ی خدمات پزشکی آن‌ها پرداخت شود. همچنین چه مقدار از بودجه‌ی سلامت صرف پرداخت دستمزد پزشکان، پرستاران و دیگر پرسنل نظام سلامت شود یا اینکه صرف سرمایه‌گذاری و هزینه‌های اجرایی بیمارستان‌ها و دیگر مؤسسات، پژوهش، آموزش حرفه‌های مختلف مرتبط به سلامت، درمان وضعیت‌های خاص مثل

استقلال بالینی پزشکان را در تعیین نحوه‌ی درمان بیماران محدود می‌کنند. اگرچه این برنامه‌ها الزاماً در تضاد با منافع و مصالح عالیه‌ی بیماران قرار نمی‌گیرند، گاهی می‌توانند این گونه باشند؛ بنابراین، پزشکان باید این امر را به هنگام مشارکت در چنین برنامه‌هایی به دقت در نظر بگیرند. اگر آن‌ها در این زمینه انتخاب دیگری نداشته باشند، به عنوان مثال جایی که هیچ برنامه‌ی جایگزینی برای این برنامه‌های محدودکننده موجود نیست، باید از بیماران خویش و از طریق انجمن‌های پزشکی از نیازهای همه‌ی بیمارانی که به وسیله‌ی چنین سیاست‌های محدودکننده‌ای تحت تأثیر قرار می‌گیرند، قاطعانه حمایت کنند.

شکل خاصی از وفاداری دوگانه که پزشکان با آن روبه‌رو می‌شوند، تعارض بالقوه^۱ یا بالفعل^۲ بین منافع یک سازمان تجاری و منافع بیمار و یا جامعه است. شرکت‌های دارویی، سازندگان لوازم پزشکی و دیگر سازمان‌های تجاری به طور مکرر به پزشکان هدایا و مزایایی پیشنهاد می‌کنند که دامنه‌ای از نمونه‌های رایگان تا امکان سفر و اقامت و شرکت در همایش‌های آموزشی تا پاداش گزاف برای فعالیت‌های تحقیقاتی را در بر می‌گیرد. انگیزه‌ی اصلی رایج برای چنین سخاوتهایی از طرف شرکت‌ها، قانع کردن پزشکان برای تجویز یا مصرف محصولات آن‌هاست که ممکن است قدم اول درمانی یا بهترین گزینه برای بیماران نباشد یا به صورت غیرضروری به هزینه‌های سلامت جامعه بیفزاید. بیانیه‌ی سال ۲۰۰۴ انجمن جهانی

1. Passive

2. Actual

3 Macro

توبرکلوزیس^۱ و AIDS و غیره شود.

۲. در سطح مؤسسه‌ای (میانی)^۲ که شامل بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، آژانس‌های مراقبت سلامت و غیره است؛ مدیران تصمیم می‌گیرند که منابع خود را چگونه و به چه مواردی تخصیص دهند و چه خدماتی را عرضه کنند. آنان تعیین می‌کنند چه مقدار از منابع را برای کارکنان، تجهیزات، امنیت، دیگر هزینه‌های اجرایی، نوسازی، توسعه و غیره صرف کنند.

۳. در سطح بیمار (خرد)^۳؛ ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به‌ویژه پزشکان تصمیم می‌گیرند که چه آزمایش‌هایی باید درخواست شود؟ آیا ارجاع به پزشک دیگر لازم است؟ آیا بیمار باید بستری شود؟ آیا به غیر از داروهای ژنریک موجود، به دارویی با مارک تجاری خاص نیاز است؟ و.... تخمین زده شده است که پزشکان، مسئول هزینه‌کردن هشتاد درصد از هزینه‌های مراقبت سلامت هستند و به‌رغم رشد مراقبت‌های مدیریت‌شده، هنوز پزشکان در تعیین اینکه بیمارانشان به چه منابعی باید دسترسی داشته باشند، صلاحیت و نقشی چشمگیر دارند (۸).

انتخاب‌هایی که در هر یک از این سطوح صورت می‌گیرد، از آنجایی که مبتنی بر ارزش‌ها هستند و پیامدهای مهمی را برای سلامت و رفاه افراد و جوامع در بر دارند، دارای مؤلفه‌ی اخلاقی هستند. هر چند پزشکان از تصمیمات گرفته‌شده در هر سطح تحت تأثیر قرار می‌گیرند، بیشترین درگیری و مداخله را در سطح خرد دارند. به همین دلیل توجه ما بیشتر

متمرکز بر همین سطح خواهد بود.

در اخلاق پزشکی سنتی، از پزشکان انتظار می‌رفت بدون توجه به نیاز دیگران، تنها در جهت منافع بیماران خویش عمل کنند. در آن زمان ارزش‌های اولیه‌ی اخلاقی مثل شفقت، صلاحیت و خودمختاری در جهت خدمت به نیازهای بیماران بود. این رویکرد فردگرایانه به اخلاق پزشکی، حتی با گذر از پدرسالاری پزشکی به طرف خودمختاری بیمار همچنان باقی است؛ به‌طوری‌که فرد بیمار، در تعیین اینکه چه منابعی را باید دریافت کند، عامل اصلی است؛ اما به‌تازگی عدالت، عامل مهمی در تصمیم‌گیری پزشک شده است (۲، ۸) و این مستلزم نگرشی اجتماعی‌تر در توزیع منابع است؛ به‌طوری‌که نیاز بیماران دیگر نیز باید به همان نسبت در نظر گرفته شود. براساس این نگرش، پزشکان فقط مسئول بیماران خویش نیستند، بلکه در حد معینی، مسئول دیگران نیز هستند. این برداشت نو از نقش پزشکان در تخصیص منابع، در بسیاری از بیانیه‌های اخلاقی انجمن‌های پزشکی ملی کشورهای دنیا و همچنین، در بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی درباره‌ی حقوق بیماران آمده است و اظهار می‌کند: «هر زمان قرار باشد بین بیماران نیازمند به یک درمان خاص که دارای منابع محدود است، انتخابی انجام گیرد، تمامی بیماران حق شرکت در فرایند انتخاب منصفانه برای آن درمان را دارند و این انتخاب باید براساس معیارهای پزشکی و بدون هرگونه تبعیضی انجام شود.»

یکی از راه‌هایی که پزشکان می‌توانند مسئولیت خویش را برای تخصیص منابع انجام دهند، پرهیز از اقدامات بی‌فایده و غیرمؤثر است؛ حتی اگر

1. Tuberculosis

2. Meso

3. Micro

سیاست‌ها، خدمت می‌کنند. اگرچه بیشتر پزشکان می‌کوشند از اشتغال ذهنی به بیماران خویش پرهیز کنند، برخی از آنان ممکن است سعی کنند از موقعیت خویش برای مقدم قراردادن بیماران خود بر دیگر بیماران با نیازهای بیشتر و شدیدتر، استفاده کنند (۲).

در ارتباط با موضوع تخصیص منابع، پزشکان نباید فقط اصول دلسوزی و عدالت را در نظر بگیرند، بلکه در هنگام تخصیص منابع باید تصمیم بگیرند که کدام رویکرد برای رسیدن به عدالت مطلوب‌تر است. رویکردهای مختلفی در این موقعیت وجود دارد که برخی از آن‌ها در ادامه آمده‌اند:

- آزادی فردی^۱: منابع باید مطابق با اصول بازار توزیع شوند (انتخاب فرد براساس توانایی و تمایل فرد به پرداخت هزینه‌ها همراه با مراقبت‌های محدود خیریه برای افراد بی‌بضاعت).
- فایده‌گرایان^۲: منابع باید مطابق با اصل بیشترین منفعت برای همه توزیع شوند.
- مساوات‌گرایان^۳: منابع باید دقیقاً مطابق با نیازها توزیع شوند.
- اصلاح‌گرایان یا جبرانی^۴: منابع باید در بین افرادی که براساس سوابق اجتماعی به‌طور غیرمنصفانه از دسترسی به منابع محروم شده‌اند، توزیع شود.
- پزشکان به تدریج از فردگرایی سنتی اخلاق پزشکی که مدنظر طرفداران آزادی فردی است، دور شده و به سوی مفهومی اجتماعی‌تر از نقششان پیش

بیمار آن‌ها را درخواست کند. استفاده‌ی بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌ها نمونه‌ای از یک عمل بی‌فایده و مضر است. از طرفی کارآزمایی‌های بالینی تصادفی، نشان داده‌اند که بسیاری از درمان‌های متداول برای شرایطی که استفاده می‌شوند، بی‌تأثیرند (۲).

راهنماهای عملی بالینی برای بسیاری از موقعیت‌های پزشکی وجود دارند که برای تشخیص بین درمان‌های مؤثر و غیرمؤثر به کار می‌روند. پزشکان باید برای حفظ منابع و فراهم کردن درمان بهینه برای بیماران با این راهنماها آشنا شوند. نوعی از تصمیم‌گیری پزشکان درباره‌ی تخصیص منابع، انتخاب بین دو یا چند بیمار است که به یک منبع کمیاب، مثل توجه کارکنان اورژانس، استفاده از تنها تخت باقی‌مانده‌ی بخش مراقبت‌های ویژه، تأمین عضو برای پیوند، آزمایش‌های رادیولوژیک با فناوری بالا و داروهای خاص بسیار گران‌قیمت نیاز دارند. پزشکی که مسئول کنترل چنین منابعی هستند، باید با توجه به اینکه محروم شدن این افراد از دریافت امکانات ممکن است باعث آسیب دیدن و حتی مرگ آنان بشود، تصمیم بگیرند که کدام بیمار باید از این منابع استفاده کند و کدام بیمار باید در دسترسی به این منابع در اولویت قرار گیرد. برخی پزشکان در تخصیص منابع با تعارضات مضاعفی مواجه می‌شوند. این در مواردی است که آن‌ها در قانونگذاری و تعیین آن دسته از سیاست‌های کلی که بیماران آن‌ها را نیز همچون دیگران تحت تأثیر قرار می‌دهد، نقش دارند. این تعارض در بیمارستان‌ها و مؤسساتی اتفاق می‌افتد که پزشکان در موقعیت اجرایی (اداری) قرار می‌گیرند یا در کمیته‌های توصیه‌کننده یا تعیین‌کننده‌ی

1. Libertarian
2. Utilitarian
3. Egalitarian
4. Restorative

یا خصوصی) برگزینند. علاوه بر نقش‌هایی که ممکن است پزشکان در تخصیص منابع موجود سلامت داشته باشند، مسئولیت دفاع از توسعه‌ی این منابع را نیز در جاهایی که منابع موجود برای نیازهای بیماران کافی نیست، به عهده دارند. این امر، معمولاً همکاری پزشکان با یکدیگر را در انجمن‌های حرفه‌ای می‌طلبد تا تصمیم‌گیرندگان دولتی و غیردولتی را درباره‌ی وجود این نیازها و شیوه‌ی تأمین آن‌ها، چه در داخل کشور خودشان و چه در سطح جهانی، توجیه کنند (۱۰).

۳. سلامت عمومی

حرفه‌ی پزشکی در قرن بیستم شاهد جدایی تأسف‌آوری بین سلامت عمومی و دیگر مراقبت‌های سلامت (احتمالاً سلامت «خصوصی» یا «فردی») بود. این مسأله از این نظر تأسف‌آور است که جامعه از افراد تشکیل شده است و معیارهایی که برای حمایت و افزایش سلامت عمومی طراحی می‌شوند، در نهایت منافع سلامتی افراد را نیز در پی خواهند داشت.

سردرگمی زمانی ایجاد می‌شود که سلامت عمومی^۱ به منزله‌ی «خدمات سلامتی سرمایه‌گذاری شده توسط دولت» (یعنی خدماتی که هزینه‌های آن توسط نظام مالیاتی کشور یا نظام بیمه‌ای همگانی اجباری، تأمین می‌شود)، در مقابل «خدمات سلامتی سرمایه‌گذاری شده توسط بخش خصوصی» (یعنی خدماتی که هزینه‌ی آن توسط افراد یا بیمه‌های خصوصی سلامت پرداخت می‌شوند و در دسترس عموم مردم نیستند) در نظر

می‌روند. حتی اگر رویکرد آزادی فردی به‌طورکلی رد شود، متخصصان اخلاق پزشکی به‌هیچ‌وجه درباره‌ی اینکه کدامیک از سه روش دیگر برتر است، به توافق و اجماع نرسیده‌اند. هر یک از این رویکردها در هنگام به‌کارگیری و تصمیم‌گیری درباره‌ی اینکه چه آزمایشی باید درخواست شود یا اینکه آیا ارجاع به پزشک دیگری لازم است یا اینکه چه کسی باید عضو پیوندی را دریافت کند و مواردی از این دست، نتایج متفاوتی را در بر خواهند داشت. در عمل، روش فایده‌گرایان دشوارترین روش اجرا برای پزشکان است؛ زیرا این روش به اطلاعاتی وسیع درباره‌ی نتایج احتمالی مداخلات مختلف نیاز دارد که نه فقط مربوط به بیماران خود پزشک بلکه در ارتباط با تمامی بیماران است (۹).

- انتخاب بین دو رویکرد باقی‌مانده (یا سه رویکرد اگر طرفداران آزادی فردی را هم اضافه کنیم) به خصوصیات اخلاقی شخصی پزشکان و همچنین، جو اجتماعی سیاسی محیط کارشان بستگی دارد. برخی کشورها همچون ایالات متحده‌ی آمریکا رویکرد آزادی فردی را می‌پسندند، برخی دیگر مثل سوئد به مساوات‌گرایی شناخته شده‌اند؛ درحالی‌که هنوز برخی کشورها مثل آفریقای جنوبی برای جبران تلاش می‌کنند.
- بسیاری از برنامه‌ریزان سلامت، روش فایده‌گرایی را ترویج می‌کنند. به‌رغم تفاوت‌ها، اغلب دو یا چند مفهوم عدالت به‌طور هم‌زمان در نظام‌های سلامت کشورها حضور دارند و در این کشورها پزشکان می‌توانند شیوه‌ای را که با ویژگی‌های اخلاقی خودشان تطابق بیشتری دارد (عمومی

¹ Public Health

اما عوامل اجتماعی مثل مسکن و تغذیه و اشتغال هم اگر از اهمیت بیشتری برخوردار نباشند، به همان اندازه حائز اهمیت هستند. پزشکان به‌ندرت می‌توانند علل اجتماعی بیماری‌های بیماران خویش را درمان کنند و در چنین مواقعی باید بیمار را به خدمات اجتماعی موجود ارجاع دهند؛ البته گفتنی است که پزشکان با مشارکت در فعالیت‌های سلامت عمومی و آموزش بهداشت، پایش و گزارش خطرات محیطی، شناسایی مشکلات اجتماعی مثل سوءرفتار و خشونت، اطلاع‌رسانی در خصوص اثرات مضر این عوامل بر سلامت جامعه به عموم مردم و حمایت از ارتقای خدمات بهداشت عمومی می‌توانند به راه‌حل‌های بلندمدت رفع این مشکلات به‌صورت غیرمستقیم کمک کنند. گاهی اوقات، منافع سلامت عمومی ممکن است با منافع بیماران در تعارض قرار گیرد؛ به‌عنوان مثال می‌توان به زمانی اشاره کرد که واکسیناسیونی عوارضی نامطلوب به دنبال دارد و تنها از انتقال بیماری از فرد پیشگیری می‌کند، اما از ابتلای فرد به آن بیماری جلوگیری نمی‌کند. یا زمانی را می‌توان مثال زد که به گزارش بیماری واگیردار خاصی یا مواردی مانند کودک یا سالمندآزاری نیاز است؛ یا هنگامی که پزشک با فردی روبه‌رو می‌شود که عهده‌دار مشاغلی چون رانندگی یا خلبانی هواپیماست و از طرفی بیماری خاصی دارد که خدمت در این مشاغل را برای خود فرد و دیگران خطرناک می‌سازد. در واقع این مثال‌ها، نمونه‌هایی از وفاداری دوگانه هستند که پزشکان تعهدات خود را در برابر بیمار، در تعارض تعهداتشان نسبت به جامعه می‌بینند؛ البته روش‌های رویارویی با چنین موقعیت‌هایی

گرفته شود. عبارت «سلامت عمومی» هم بر سلامت جامعه ناظر است و هم تخصصی در پزشکی است که به سلامت از دیدگاه جمعیتی می‌پردازد نه از دیدگاه فردی. هر کشوری به تعداد زیادی متخصص در این رشته نیاز دارد تا به حمایت و دفاع از سیاست‌های عمومی مناسب مروج سلامت بپردازند و همچنین، در فعالیت‌های مربوط به حفاظت مردم در برابر بیماری‌های مسری و سایر خطرات سلامت شرکت کنند.

اجرای سلامت عمومی (که گاه «پزشکی سلامت عمومی» یا «پزشکی اجتماعی»^۱ نیز نامیده می‌شود) بسیار بر علم اپیدمیولوژی^۲، که همان مطالعه‌ی پراکندگی و عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت و بیماری در جوامع است، تکیه دارد. برخی پزشکان، برای اینکه پزشک اپیدمیولوژیست شوند، آموزش دانشگاهی ویژه‌ای را دریافت می‌کنند؛ باوجوداین، تمامی پزشکان باید از عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی و محیطی اثرگذار بر وضعیت سلامت تک‌تک بیمارانشان آگاه باشند. چنان‌که انجمن جهانی پزشکی در بیانیه‌ی ترویج سلامت ذکر می‌کند: «پزشکان و انجمن‌های حرفه‌ای آن‌ها وظیفه‌ی اخلاقی و مسئولیت حرفه‌ای دارند تا در همه‌ی اوقات در جهت بهترین منافع بیمارانشان عمل کنند و این مسئولیت را با توجه گسترده‌تر در جهت ترفیع و تضمین سلامت عموم تکمیل کنند.» معیارهای سلامت عمومی مثل انجام واکسیناسیون و واکنش فوری در مقابل شیوع بیماری‌های واگیردار، از عوامل مهم در سلامت افراد هستند؛

1. Community Medicine
2. Epidemiology

دیگر کشورها باشد؛ بنابراین از طریق اقدامات و راه حل های مشارکتی در سطح بین المللی بهتر می توان به مسائل سلامت جهانی رسیدگی کرد. البته باید توجه کرد که سلامت جهانی بخشی از جنبش وسیع تر جهانی سازی^۳ است که شامل تبادل اطلاعات، تجارت، سیاست، گردشگری و بسیاری فعالیت های دیگر انسانی است.

اساس جهانی شدن در به رسمیت شناختن این امر است که افراد و جوامع به طور فزاینده ای به هم وابسته اند. چنان که گسترش سریع بیماری هایی مثل آنفلوآنزا یا SARS نشان داد، این امر به خصوص درباره ی سلامت انسان کاملاً مشهود است. کنترل چنین اپیدمی هایی به اقدامات بین المللی نیاز دارد. ضعف و ناتوانی یک پزشک در تشخیص و درمان بیماری های بسیار مسری در کشوری می تواند اثرات ویرانگری روی بیماران در دیگر کشورها داشته باشد. به همین دلیل، تعهدات اخلاقی پزشکان فراتر از بیماران آن ها و حتی جوامع و ملت هایشان است. به رغم اقدامات گسترده در مبارزه با مرگومیر زودرس و عوارض ناتوان کننده در فقیرترین کشورها که منجر به موفقیت های عمده ای مثل حذف آبله و (با کمی امیدواری) فلج اطفال شد، شکاف بین وضعیت سلامتی در کشورهای پردرآمد و کم درآمد همچنان رو به افزایش است. این امر تا حدی ناشی از بیماری HIV/AIDS است که بدترین اثرات را در کشورهای فقیر داشته است؛ اما ناتوانی کشورهای کم درآمد در بهره مندی از افزایش ثروتی که دنیا در کل، طی دهه های گذشته تجربه کرده است، از دلایل دیگر این امر است. اگرچه علل

در مباحث مربوط به «رازداری»^۱ نیز توضیح داده شده است. به هر روی، پزشکان باید تلاش کنند برای به حداقل رساندن آسیب هایی که بیماران در نتیجه ی الزامات سلامت عمومی متحمل می شوند، راه هایی بیابند؛ برای مثال، وقتی لازم است گزارشی انجام شود، ضمن عمل به تعهدات قانونی، باید راز بیمار در بالاترین حد ممکن حفظ شود. نوع دیگری از تعارض بین منافع بیماران و جامعه هنگامی ایجاد می شود که بیماران از پزشکان بخواهند تا آن ها را در دریافت مزایایی که مستحق آن ها نیستند، مثل پرداخت هزینه های بیمه یا مرخصی استعلاجی یاری کنند. مراجع امر این مسئولیت را بر عهده ی پزشکان گذاشته اند تا وضعیت پزشکی بیمار را برای دریافت مزایای لازم تأیید کنند. برخی پزشکان به رد کردن تقاضای بیماران برای تأیید مزایایی که به آن ها تعلق نمی گیرد، تمایلی ندارند. با این حال، بهتر است پزشکان به جای خدشه دار کردن شرافت حرفه ی پزشکی، بیماران را در پیدا کردن راه های حمایتی دیگر که به انجام رفتار غیر اخلاقی نیازی نداشته باشند، یاری کنند (۲).

۴. سلامت جهانی

در سالیان اخیر، مسئولیت های پزشکان در قبال جامعه ای که در آن زندگی می کنند گسترش یافته و در قالب مسئولیت در برابر سلامت جهانی در آمده است. «سلامت جهانی»^۲، مشکلات و مسائل و نگرانی های سلامتی و رای مرزهای ملی است و ممکن است تحت تأثیر شرایط یا تجارب

1 Confidentiality

2. Global Health

3 Globalization

و مهارت‌هایشان به کشورهای در حال توسعه تاریخچه‌ای طولانی دارند. این امر به شیوه‌های گوناگون انجام می‌شود: کمک‌های پزشکی اورژانسی که سازمان‌هایی مثل صلیب سرخ، هلال احمر و پزشکان بدون مرز ارائه می‌کنند، انجام دادن جراحی‌های کوتاه‌مدت برای درمان مشکلاتی مثل آب‌مروارید (کاتاراکت) و شکاف کام^۱، ملاقات با اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های پزشکی، انجام پروژه‌های تحقیقاتی پزشکی کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت، فراهم کردن داروها و تجهیزات پزشکی برخی از خدمات پزشکان کشورهای صنعتی به دیگر کشورهاست. این برنامه‌ها نمونه‌هایی از جنبه‌ی مثبت جهانی شدن هستند و دست کم تا حدودی، خسارت ناشی از مهاجرت پزشکان از کشورهای فقیرتر به ثروتمندتر را جبران می‌کنند (۲).

۵. مسئولیت پزشک در برابر خود و خانواده

گاه صحبت از مسئولیت‌های اخلاقی پزشکان در قبال بیماران، همکاران، جامعه و محیط‌زیست چنان برجسته می‌شود که خود پزشک و خانواده‌اش فراموش می‌شوند. در بسیاری از نقاط جهان، مردم پزشک شدن را مستلزم وقف پزشک به این حرفه و خدمت کردن او به سلامت مردم و بی‌توجهی به رفاه و سلامت خود می‌دانند و بسیاری از فرهنگ‌ها این رفتار را به‌عنوان نوعی از خودگذشتگی مثبت می‌ستایند. در چنین جوامعی کارکردن پزشک به میزان شصت تا هشتاد ساعت در هفته به‌هیچ‌وجه غیرمعمول نیست و رفتن به سفرهای تعطیلاتی نوعی خوش‌گذرانی غیرضروری و گاه بی‌توجهی

فقر بیشتر سیاسی و اقتصادی بوده و در نتیجه خارج از کنترل پزشکان و انجمن‌های آن‌هاست، پزشکان مجبورند به حال سلامت بیمارانی که در نتیجه‌ی فقر بیمار شده‌اند، فکری نکنند.

در کشورهای کم‌درآمد، پزشکان منابع کمی برای عرضه به بیماران خود دارند و همواره با چالش تخصیص منابع به منصفانه‌ترین صورت، روبه‌رو هستند؛ حتی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا نیز، پزشکان با بیمارانی مواجه می‌شوند که به‌طور مستقیم تحت تأثیر فرایند جهانی شدن قرار گرفته‌اند، مثل پناهندگان و کسانی که گاهی از بخشی از منابع پزشکی که شهروندان آن کشورها از آن‌ها استفاده می‌کنند، بی‌بهره‌اند.

یکی دیگر از خصیصه‌های جهانی شدن، مهاجرت و تغییر مکان شاغلان حرفه‌های سلامت از جمله پزشکان در کشورهای مختلف و در سطح بین‌المللی است. خروج پزشکان از کشورهای در حال توسعه به کشورهای صنعتی، هم برای پزشکان و هم برای کشورهایی که پزشکان به آن وارد می‌شوند مفید است؛ در حالی که برای کشورهای صادرکننده این چنین نیست.

انجمن جهانی پزشکی در راهنمای اخلاقی خود برای استخدام بین‌المللی پزشکان می‌گوید: «پزشکان نباید از ترک وطن و کشور متبوع خویش برای رسیدن به فرصت‌های شغلی بهتر منع شوند. با این حال همین راهنما، کشورها را به انجام نهایت سعی خود در آموزش تعداد کافی پزشک و مهیا کردن نیازها و منابع آن‌ها و تکیه نکردن بر مهاجران دیگر کشورها فرا می‌خواند.»

پزشکان کشورهای صنعتی در ارائه‌ی تجارب

1. Cleft Palate

کارورزان و دستیاران پزشکی محدود شده است. در برخی دیگر از دانشگاه‌های علوم پزشکی برای پزشکان خانمی که به دلایل خانوادگی ناچار به ایجاد وقفه در تحصیل یا کار می‌شوند، امتیازاتی در نظر گرفته شده است. گرچه تصمیمات و تمهیداتی از این دست، در افزایش کیفیت خدمات سلامت به بیماران و نیز بهبود سبک زندگی پزشکان مؤثر است، در نهایت، مسئولیت اصلی مراقبت از خود، بر عهده‌ی شخص پزشک است. یک پزشک بیش از افراد عادی جامعه در قبال سلامت خویش مسئول است و در کنار پرهیز از عوامل ثابت‌شده‌ی مخاطره‌آمیز همچون مصرف دخانیات، سوءمصرف مواد مخدر یا تغییردهنده‌ی سطح هوشیاری و کار بیش از حد و خستگی، باید سایر عوامل استرس‌زا و فاکتورهای خطر را شناسایی و از آن‌ها دوری کند (۲).

۶. دیدگاه فقهی

قواعد فقهی لاضرر و لاضرار و حرمت اضرار به نفس و وجوب دفع ضرر، مصلحت جمعی و قیاس اولویت از مباحثی است که می‌توان در ارتباط پزشک و جامعه لحاظ کرده و در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با تراحم منافع جامعه و بیمار، از آن‌ها استفاده کرد. بهره‌مندی جامعه از طبیبان آگاه و معتمد برای نیل به سلامت عمومی همواره در اسلام اهمیت خاصی داشته است؛ به گونه‌ای که امام صادق (ع) می‌فرماید: «لَا يَسْتَعْنِي أَهْلُ كُلِّ بَلَدٍ عَنْ ثَلَاثَةِ يَفْرِعَ إِلَيْهِمْ فِي أَمْرِ دُنْيَاهُمْ وَ آخِرَتِهِمْ، فَإِنْ عَدِمُوا ذَلِكَ كَانُوا هَمَجًا: فَقِيهِ عَالِمٍ وَرِعٍ، وَ أَمِيرٍ خَيْرٍ مَطَاعٍ، وَ طَبِيبٍ بَصِيرٍ ثَقَّةٍ»: «مردم هیچ آبادی‌ای از سه گروه بی‌نیاز

به بیماران تلقی می‌شود. گرچه بیشتر پزشکان در چنین مواقعی هم به خوبی کار می‌کنند، ممکن است این حد از تراکم کاری، خانواده‌ی آن‌ها را متأثر و ملول سازد. علاوه بر این، خود پزشکان نیز از این شیوه‌ی زندگی رنج می‌برند (۲).

در مطالعه‌ای نشان داده شد که در سال‌های اخیر رضایت شغلی پزشکان، به شدت کاهش یافته است. این مطالعه همچنین، بیان می‌کند که رضایت شغلی پزشکان ارتباط چندانی با میزان درآمد آنان ندارد و شرایط محیط کار و همکاران و امنیت شغلی در افزایش میزان رضایت شغلی مؤثرتر است؛ برای مثال، پزشکانی که در شهرهای کوچک یا نواحی روستایی طبابت می‌کنند زندگی آرام و رضایت شغلی بیشتری دارند. یک مطالعه در ایالت کالیفرنیا نیز نشان داد که متخصصان رشته‌های اطفال، سالمندان و پوست به طور فاحشی نسبت به متخصصان رشته‌های زنان و زایمان، چشم‌پزشکی، ارتوپدی و گوش و حلق و بینی رضایت شغلی بیشتری دارند. نارضایتی شغلی می‌تواند طیفی وسیع از اختلالات و نتایج، از خستگی مزمن گرفته تا سوءرفتار جزئی و حتی خودکشی را به بار آورد. همچنین، نارضایتی شغلی سیکل معیوبی ایجاد خواهد کرد که می‌تواند منجر به حوادث فاجعه‌باری شود. پزشکان آسیب‌دیده و ناراضی خطری برای بیماران خویش‌اند و در خوش‌بینانه‌ترین حالت خستگی مزمن، عاملی مهم در بروز حوادث ناگوار است (۱۱).

در برخی کشورها، به منظور اطمینان از ایمنی بیماران، افزایش کیفیت روند تشخیص و درمان و نیز ارتقای سبک زندگی پزشکان، تعداد ساعات فعالیت پزشکان و تعداد و ساعات کشیک‌های کارآموزان و

داشت و اگر در اثر ناآگاهی و نداشتن تخصص به بیمار صدمه بزنند یا سبب مرگ او شوند، ضامن خواهند بود. رسول خدا(ص) می‌فرماید: «مَنْ تَطَبَّبَ وَلَمْ يَعْلَمْ مِنْهُ طِبُّ قَبْلَ ذَلِكَ، فَهُوَ ضَامِنٌ»: «کسی که بدون [تخصص و] سابقه‌ای در درمان، به طبابت بپردازد، [شرعاً] ضامن است» و نیز فرموده‌اند: «مَنْ تَطَبَّبَ وَلَمْ يَكُنْ بِالطَّبِّ مَعْرُوفًا، فَاصَابَ نَفْسًا فَمَادُونَهَا، فَهُوَ ضَامِنٌ»: «هرکس در حالی که به طبابت شناخته شده نیست، عهده‌دار آن شود و موجب فوت کسی یا صدمه‌ای کمتر از آن شود، ضامن است.» امام علی(ع) می‌فرماید: «يَجِبُ عَلَى الْإِمَامِ أَنْ يَخْبِسَ الْفَسَاقَ مِنَ الْعُلَمَاءِ، وَالْجَهَالَ مِنَ الْأَطِبَاءِ» (۱۲): «بر حاکم شرع واجب است که دانشمندان فاسق (که به علم خود عمل نمی‌کنند) و طبیبان جاهل و ناآگاه (که بدون دانش کافی طبابت می‌کنند) را زندانی کند.»

ب. معتمدبودن: پزشک باید مورد اعتماد و به تعبیر امام صادق(ع) «ثقه» باشد و بتواند با دانش و مهارت، ایمان و صداقت، دلسوزی و خیرخواهی، امانت و رازداری، تقوا و خودنگهداری و اخلاق و رفتار خود، اعتماد همه را به سوی خود و همکارانش جلب کند و مایه‌ی افتخار و سربلندی جامعه‌ی پزشکی باشد. امام علی(ع) می‌فرماید: «الْمُؤْمِنُ هَبْنِ لَيْنٍ سَهْلٌ مُؤْتَمَنٌ»: «مؤمن، ساده، لطیف و مهربان، رام و مورد اعتماد [مردم] است.»

پزشک مؤمن، امین مردم است و هرگز به جان، مال، ناموس و اسرار مردم خیانت نمی‌ورزد و گر نه امین آن‌ها نخواهد بود. حضرت علی(ع) می‌فرماید: «إِنَّ اللَّهَ تَبَارَكَ وَتَعَالَى يَجِبُ الْمُخْتَرَفَ الْأَمِينُ»: «همانا خداوند متعال، پیشه‌ور امین را دوست

نیستند، تا در کار دنیا و آخرت خویش به آن‌ها پناه برند، به گونه‌ای که اگر آنان را نداشته باشند امورشان مختل خواهد شد: فقیه دانشمند و پرهیزکار، حاکم مقتدر و نیکوکار، طبیب آگاه و مورد اعتماد.»

از این روایت، افزون بر ضرورت و ارزش وجودی این سه دسته برای جامعه، بایسته‌های اخلاقی آنان در ارتباط با مردم فهمیده می‌شود. فقیه، مسئولیت ارشاد و هدایت دینی و معنوی و اخلاقی مردم را بر عهده دارد؛ حاکم موظف به تأمین امنیت در اجتماع است؛ طبیب مسئول بهداشت و سلامت جامعه است. فقیه باید دانا و پارسا باشد تا بتواند مسئولیتش را در ارتباط با هدایت مردم به شایستگی انجام دهد. حاکم باید مقتدر و نیکوکار باشد تا بتواند امنیت را برای مردم به ارمغان آورد و به مردم ستم نرزد. طبیب نیز باید متخصص و مورد اعتماد باشد تا سلامت جسم و روح مردم را فراهم سازد (۱۲). همچنین، در ارتباط پزشک با مردم می‌توان به مواردی مانند مسئولیت همگانی، بصیرت، مورد وثوق بودن، انصاف، سودرسانی و تقوا به شرح زیر اشاره کرد:

الف. بصیرت: پزشک باید بصیر باشد؛ بصیرت در پزشکی یعنی آگاهی و تخصص، قوه‌ی ادراک و فهم، توان تمییز و تشخیص. همان گونه که هر فقیه‌ی قادر نیست سعادت اخروی مردم را تأمین کند و هر حاکمی نمی‌تواند امنیت و سعادت دنیوی مردم را تأمین کند، هر طبیبی نیز نمی‌تواند سلامت جامعه را تأمین کند؛ مگر اینکه آگاه، کارشناس و متخصص در پزشکی باشد و راه درمان را بشناسد. پزشکانی که در کسب این فضیلت نمی‌کوشند، توفیق چندانی در درمان بیماران و تأمین سلامت جامعه نخواهند

فضایل و خوبی‌ها را در بر می‌گیرد و جوانمرد کسی است که دارای خصلت‌های نیک و پسندیده مانند بخشندگی، گذشت، دلیری و کمک به دیگران باشد. امام علی (ع) می‌فرماید: «الْمُرُوَةُ اَشْمُّ جَامِعٌ لِّسَائِرِ الْفَضَائِلِ وَالْمَحَاسِنِ»: «مروت اسمی است که همه‌ی فضیلت‌ها و خوبی‌ها را در بر دارد.» جوانمردی پزشک مؤمن از اولین برخورد بیماران با او بروز می‌کند. او بیماران را با خوش‌رویی ملاقات می‌کند، سخنانشان را با صبر و حوصله می‌شنود و تنها به فکر درمان آنان است. حضرت علی (ع) می‌فرماید: «أَوَّلُ الْمُرُوَةِ طَلَاَقَةُ الْوُجْهِ وَآخِرُهَا التَّوَدُّدُ إِلَى النَّاسِ»: «سرآغاز جوانمردی، گشاده‌رویی و سرانجام آن دوستی با مردم است» (۱۲).

ه. انصاف: واژه‌ی «انصاف» از ریشه‌ی «نصف» (به ضمه و فتح نون) گرفته شده که به معنی چیزی را نصف کردن یا به‌نصف‌رساندن است. انصاف در روابط اجتماعی یعنی سود و زیان را میان خود و دیگران نصف کردن و در مقام داوری، حقوق طرفین دعوا را به‌طور برابر رعایت کردن. انصاف از روح گذشت و احترام به حقوق دیگران ناشی می‌شود. پزشک منصف کسی است که برای مردم حقوق برابر قائل باشد. توجه و مهرورزی پزشک به ثروتمندان و کم‌توجهی و بی‌تفاوتی به فقیران، از انصاف دور است. رسول خدا (ص) انصاف را از نشانه‌های مؤمن واقعی شمرده است: «مَنْ وَاسَى الْفَقِيرَ وَانْصَفَ النَّاسَ مِنْ نَفْسِهِ فَذَلِكَ الْمُؤْمِنُ حَقًّا»: «کسی که با فقیر همدردی [یا از او دستگیری] کند و درباره‌ی مردم با انصاف باشد، مؤمن واقعی است» (۱۲).

می‌دارد.» از این روایت می‌توان استفاده کرد که در اسلام امانت، تنها در مال مطرح نیست؛ بلکه رعایت امانت در همه‌ی شئون اعم از جان، مال، آبرو، ناموس، وقت و عمر مطرح است؛ بنابراین، پزشک مؤمن و متعهد همان‌گونه که امین جان و مال و ناموس مردم است نسبت به وقت و عمر آنان نیز امین شمرده می‌شود. پزشک باید به‌گونه‌ای رفتار کند که مردم هنگام بروز بیماری با اطمینان خاطر به او مراجعه کنند. امام صادق (ع) می‌فرماید: «انسان، امین شمرده نمی‌شود، مگر اینکه درباره‌ی سه امانت (اموال، اسرار و ناموس مردم) مورد اعتماد قرار گیرد و [حق] آن‌ها را ادا کند، به‌گونه‌ای که اگر از دو امانت محافظت کند و دیگری را تباه سازد امین نخواهد بود» (۱۲).

ج. سودمندی: حضرت عیسی‌بن‌مریم (ع) می‌فرماید: «وَجَعَلَنِي مَبْرَكًا أَيْنَ مَا كُنْتُ...»^۱: «و مرا هر جا که باشم مبارک گردانیده است.» امام صادق (ع) در تفسیر این آیه می‌فرماید: «مقصود از «جَعَلَنِي مَبْرَكًا»، «جَعَلَنِي نَفَاعًا» است؛ یعنی [حضرت عیسی می‌فرماید:] خداوند مرا برای مردم بسیار سودمند قرار داد.» رسول خدا (ص) نیز می‌فرماید: «الْخُلُقُ عِيَالُ اللَّهِ فَأَحَبُّ الْخُلُقِ إِلَى اللَّهِ مَنْ نَفَعَ عِيَالَ اللَّهِ وَادْخَلَ عَلَى أَهْلِ بَيْتِ سُرُورًا»: «مردم عائله‌ی خدا هستند. محبوب‌ترین آنان نزد خدا کسی است که سودش به عائله‌ی خدا برسد و خانواده‌ای را خوشحال کند.» از رسول خدا (ص) پرسیدند: «محبوب‌ترین مردم کیست؟ فرمود: کسی که وجودش برای مردم سودمندتر باشد» (۱۲).

د. جوانمردی: جوانمردی صفتی است که همه‌ی

۱. قرآن کریم، سوره‌ی مریم، آیه‌ی ۳۱.

۷. دیدگاه قانونی

و خدمات رایگان و بیمه‌ای یا گزارش رسمی جهانی اپیدمی یک بیماری مهم مواجه هستند؛ البته در برخی از این موارد دستورالعمل‌های خاصی به‌صورت مصوبه یا بخشنامه‌های قانونی تدوین شده است که پزشکان را در تصمیم‌گیری صحیح کمک و هدایت می‌کند؛ بااین‌حال مواردی هم هستند که درباره‌ی آن‌ها الزامات قانونی وجود ندارد؛ ولی کدهای اخلاقی یا راهنماهایی وجود دارند که به پزشکان در حل تعارضات و تزام و تضادها کمک می‌کنند. البته پزشکان باید توجه غالباً اخلاق، استانداردهای والتری از رفتار را در مقایسه با قانون تجویز می‌کند و گاهی رعایت اخلاق مستلزم آن است که پزشک قانونی را که او را مجبور به کار غیراخلاقی می‌کند گزارش یا حتی فراتر سربیشی کند. از طرفی قانون هر کشوری با کشور دیگر متفاوت است؛ درحالی‌که با تدوین راهنماهای اخلاقی برای پزشکان می‌توان ضمن تبیین شرافت حرفه‌ی پزشکی به رفتارهای درست در پزشکی دست یافت و سلامت جهانی، جامعه و نهایتاً فرد را حفظ و ارتقا بخشید. این نکته نیز گفتنی است که رسیدن به توافق بین‌المللی درباره‌ی مسائل اخلاقی جدال‌برانگیز، حتی در گروه نسبتاً همگن و منسجمی مانند پزشکان، ساده نیست؛ بنابراین نیاز است هر پزشکی توانمندی تصمیم‌سازی اخلاقی را کسب کند و مسئولیت تصمیمات و اعمال خود را بر عهده گیرد. در زیر راهنماهایی برای هدایت تصمیمات پزشکان برای حفظ سلامت جامعه و خود بیان شده است:

۸- ۱. وظایف گروه پزشکی در برابر جامعه

گروه پزشکی از جایگاهی والا در اجتماع

قوانین مرتبط با موارد ضمان پزشکی، رازداری، صدور گواهی خلاف واقع، مجازات سقط جنین در قانون مجازات اسلامی، قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی و درمانی از مواد ۱ تا ۱۲، قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی، قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی، قانون آموزش مداوم جامعه‌ی پزشکی کشور، گزارش اجباری بیماری‌ها، قانون حمایت از کودکان و نوجوانان و آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، همگی با هدف حفظ سلامت جامعه تدوین شده‌اند که در قسمت‌های دیگر این درس‌نامه به آن‌ها اشاره می‌شود.

۸. نتیجه‌گیری

پزشکان در بیانیه‌ی ژنو انجمن جهانی پزشکی متعهد شده‌اند که اولین دغدغه‌ی آن‌ها سلامت بیمارشان باشد، از طرفی آن‌ها نباید از حفظ و ارتقای سلامت جامعه و فراتر از آن سلامت جهانی غافل شوند. همین موضوع باعث شده است که پزشکان در موقعیت‌هایی قرار گیرند که منافع بیمارشان را با منافع و سلامت جامعه یا جهان در تعارض می‌بینند (۱۳)؛ مانند رازداری در مواردی که بیمار خطری جدی برای جامعه دارد یا در مواقعی مانند بحران‌ها و حوادث طبیعی مانند زلزله که با پدیده‌ی تریاژ و نجات جان انسان‌ها روبه‌رو می‌شوند یا در سطوح بالاتر که پزشکان با تصمیم‌گیری در خصوص تخصیص منابع محدود نظام سلامت و تعیین بازپرداخت هزینه‌های درمانی توسط بیماران

- بر خوردارند. جامعه این افراد را در جایگاهی قرار داده است که برای سایر افراد جامعه رسیدن به این جایگاه مقدور نیست. در مقابل، جامعه از این گروه انتظار دارد که از این جایگاه ارزشمند برای خدمت به بیماران و نشان دادن تعهدشان به ارزش‌های والای اخلاقی در رفتارشان استفاده کنند. پزشکان باید در خدمات اجتماعی شرکت کرده و از حرفه‌ی خود و سایر منابع ممکن که برای کسب منافع عمومی مورد نیاز است، استفاده نمایند. این موضوع با عمل کردن پزشکان به موارد زیر نمود عینی می‌یابد:
- الف. پزشکان باید برای افراد جامعه الگو باشند و با ایمان به ارزش‌های انسانی و سلامت، امور مربوط به سلامت انسان‌ها را از سوءظن و بدگمانی مصون نگاه دارند؛ به عنوان مثال اگر یک پزشک به مسائل سلامتی پایبند نباشد و خود دخانیات استعمال نماید، باعث می‌شود افراد سیگاری جامعه این موضوع را بهانه قرار داده و سیگار کشیدن خود را توجیه کنند.
- ب. پزشکان عضوی از جامعه هستند و جایگاهی که در آن قرار دارند، این امکان را به آن‌ها می‌دهد که در اصلاح جامعه نقش اساسی داشته باشند. پزشکی که در زندگی شخصی خود فاقد ارزش اخلاقی است، نمی‌تواند در حرفه‌ی خود ادعای ارزش اخلاقی داشته باشد؛ حتی اگر دارای مدارج عالی آکادمیک باشد. پزشکان افراد مؤثری در جامعه‌ی خود هستند و با مسائل اجتماعی عمومی یا محلی، به‌طور مستقیم برخورد دارند؛ بنابراین نباید در برج عاج (گوشه‌ی خلوت) و به دور از مشکلات و مسائل جامعه زندگی کنند.
- ج. پزشکان باید از طریق آموزش سلامت که متناسب با محدوده‌ی اثرگذاری آنان است، به
- د. پزشکان همواره باید مسئولیت خود را در برقراری عدالت بین افراد جامعه در استفاده از منابع سلامت مدنظر قرار دهند.
- ه. همچنین آنان باید به مسئولیت‌های خود برای حفظ منابع سلامت و بهره‌گیری از آن‌ها به بهترین شیوه‌ی ممکن توجه کنند؛ از این‌رو، باید از پژوهش‌ها، معاینات، مشاوره‌ها یا تجویز دارو در مواقع غیرلازم خودداری کنند.
- و. سخت‌کوشی در بهره‌گیری از مهارت‌ها، علم و دانش و تخصص با هدف ارتقای استانداردها و کیفیت خدمات پزشکی موجود در جامعه، چه در محل کار و چه در حالت کلی و عمومی از دیگر مؤلفه‌های ضروری حرفه‌ی پزشکان است.
- ز. آنان باید به مسئولیت‌های خود در پیشرفت و پیشبرد سیاست‌های نظام سلامت، با ارائه‌ی نظرات مثبت چه به‌صورت فردی و چه در قالب انجمن‌های تخصصی توجه کنند؛ به‌خصوص آنانی که در موقعیت‌های معتبری قرار دارند؛ لذا پزشکان نباید در جایگاه مثبت و سازنده‌ی خود در برابر تصویب قوانین یا بهبود سیاست‌های سلامت بی‌میلی نشان دهند.
- ح. پزشکان باید از طریق آموزش سلامت که متناسب با محدوده‌ی اثرگذاری آنان است، به

ن. پزشکان باید از هرگونه عملی که به جامعه صدمه وارد می‌کند، خودداری کنند و از حمایت یا شرکت در هر کاری که حقوق بنیادین انسانی و شرعی اسلامی را نقض می‌کند، اجتناب کنند.

س. از پزشکی نباید به‌عنوان ابزاری برای تضعیف جسمی یا روحی و فکری یک انسان استفاده شود. همچنین پزشک نباید در کارهایی که فردی از جامعه در آن‌ها شکنجه یا تحقیر می‌شود، مشارکت کند یا از گزارش دادن آن‌ها چشم‌پوشد. حتی اگر فرد مظنون، متهم یا مجرم باشد، پزشک نباید در اجرای مجازات شرکت کند مگر در آن بخشی که توسط شریعت اسلامی یا دادگاه شرعی حکم شده است.

ع. پزشک باید در صدور هرگونه گواهی، مثل گواهی حضور یا ترخیص بیمار، صادق باشد. پزشک شهادتی است که باید در شهادت خود منصف باشد و نباید تحت تأثیر علایق خانوادگی و قوم و خویشی یا هوای نفس و امیال مادی قرار گیرد. او باید از ارائه‌ی گواهی مغایر با صداقت و واقعیت، بیم داشته باشد و بداند غیبت غیرموجه یک کارمند (...و) از کار می‌تواند به مصالح عمومی جامعه ضرر برساند (۱۴).

۸-۲. وظایف پزشکان در برابر خودشان

پزشکان علاوه بر وظایفی که در برابر دیگران دارند، در برابر خودشان نیز وظایفی دارند که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

الف. پزشک باید کارها و از خودگذشتگی‌هایش را در وظایف تخصصی خود به‌خاطر رضای خداوند انجام دهد. او باید هر کار و تلاشی که انجام می‌دهد، برای رسیدن به قرب الهی باشد و نیت و اعمال او قرب الهی باشد. همان‌گونه که پیامبر اکرم(ص)

سلامت عمومی رسیدگی کنند و در برنامه‌های پیشگیرانه‌ای که از محیط‌زیست محافظت می‌کنند، مشارکت کنند.

ط. همچنین شایسته است به منظور ارائه‌ی اطلاعات صحیح به جامعه، پزشکان در شبکه‌های اجتماعی حساب کاربری داشته باشند.

ی. زمانی که اطلاعات علمی به جامعه ارائه می‌شود، پزشکان باید بدانند که در برابر ارائه‌ی گزینه‌های صحیح که به‌طور تخصصی پذیرفتنی‌اند، مسئولیت دارند و باید به‌طور واضح روشن سازند که کدام پیشنهاد یا ایده به‌طور علمی و تخصصی پذیرفتنی است.

ک. افزون‌براین بهتر است پزشکان در مطالعه و تحقیق درباره‌ی مسائل و مشکلات جامعه، مشارکت کنند و راه‌حل متناسب با آن‌ها را ارائه دهند؛ مثل پژوهش و ارائه‌ی راهکار در موضوعاتی از قبیل استعمال سیگار، سوءمصرف مواد مخدر (داروها)، تصادفات جاده‌ای، بیماری‌های واگیردار و....

ل. همچنین آنان با گزارش‌های بیماری‌های واگیردار و اپیدمی‌ها یا رویدادهای مجرمانه، متعهد به انجام دادن کارهای صحیح برای حفظ سلامت یا امنیت جامعه هستند.

م. ارائه‌ی شهادت و گواهی پزشکی مخصوصاً توسط متخصصان می‌تواند برای دادگاه مهم باشد تا درباره‌ی خدمات ارائه‌شده به بیمار یا وضعیت او اطلاع یابد. در این مواقع، پزشکان باید گزارشی صادقانه از واقعیت‌های پزشکی ارائه دهند. در زمانی که مدارک و شواهد به دادگاه ارائه می‌شود، پزشک باید بر مسئولیت خود برای کمک به دادگاه جهت حصول عدالت و واقعیت، واقف باشد.

فرموده اند: «اعمال و کارها به نیت بستگی دارند و پاداش هر کاری به نیت آن بستگی دارد.» بنابراین یک پزشک مسلمان می‌کوشد تا با مهربان بودن با بیمار و آموزش مطالبی که به دیگران منفعت می‌رساند، رضایت الهی را کسب کند.

ب. پزشک باید تزکیه‌ی نفس داشته باشد و منضبط و منظم باشد. پیامبر اکرم (ص) می‌فرمایند: «آگاه باشید که در بدن انسان تکه گوشتی است که اگر اصلاح شود، تمام بدن اصلاح می‌شود و اگر فاسد شود، کل بدن فاسد و ضایع می‌شود و آن قلب است.» خداوند متعال در قرآن نیز می‌فرماید: «هر کس نفس خود را پاک و تزکیه کرده، موفق و رستگار شده؛ و آن کس که نفس خویش را با معصیت و گناه آلوده ساخته، نومید و محروم گشته است.»^۱

از متون مذهبی چنین برمی‌آید که انسان‌ها برای تمامی کردار و اعمالی که توسط اعضای بدن خود انجام می‌دهند، پاسخ‌گو هستند و این بدان معناست که این امکان وجود دارد انسان اعضای بدن خود را کنترل کرده و آنان را از انجام اعمال غیرانسانی بر حذر دارد. خداوند متعال می‌فرماید: «هر روح و نفسی به خاطر کردارش مسئول است.» این متون و سایر جملات نشان می‌دهد که انسان در کنترل رفتار و خشم خود نقش بزرگی دارد. خداوند نیز به کسانی که برای تزکیه‌ی نفس و اصلاح خود می‌کوشند و به راه و روش الهی (سبیل الله) که از سوی پیامبر اکرم (ص) ابلاغ شده، متعهد هستند، قول یاری و کمک داده است. خداوند می‌فرماید: «و کسانی که در راه ما کوشش (جهاد) می‌کنند، ما آنان را به راه خود هدایت می‌کنیم و خداوند با نیکوکاران

است.»^۲ پیامبر خدا (ص) این مطلب اصلاح و تزکیه‌ی نفس را در حدیثی مختصر خلاصه کرده است و می‌فرماید: «دانش با یادگیری، صبر با طاقت و بردباری به دست می‌آید و هرکس که خیر بخواهد، به او خواهند داد و هرکس که از شیطان فرار کند از او محافظت می‌شود.» موارد زیر از شاخص‌های تزکیه‌ی نفس است:

- کنترل خود برای قناعت و رزقی که از سوی خدا به او داده شده و قناعت و کفایت به هر چه که از راه حلال کسب می‌کند و کسب‌نکردن پول و ثروت از هر راه ممکن.
- محافظت از زبان و به‌زبان‌نیارندن سخنان زشت و ناپسند یا ساکت‌ماندن. پیامبر اکرم (ص) می‌فرمایند: «هرکس که به خدا و روز قیامت ایمان دارد، خوب حرف می‌زند یا ساکت می‌ماند؛ زیرا اکثر سخنان درباره‌ی مردم و مسائل شخصی آن‌هاست که می‌تواند شخصیت آن‌ها را تخریب کند چه آن فرد بداند و چه نداند.
- از وظایف پزشکان در برابر خود، عمل کردن به اوامر الهی با میل و اراده‌ی قوی است؛ به‌خصوص نمازگزاران باید مطمئن شوند که کار آن‌ها به عبادات و مسائل عبادی‌شان لطمه‌ای نمی‌زند و در انجام عبادات تأخیر نمی‌کنند؛ همچنین عبادت و نماز خواندن نباید آن‌ها را از شرایط اورژانسی غافل کند و بهانه‌ای برای غفلت آن‌ها از کار باشد.
- بدون اسراف و ولخرجی، آراسته باشید. باید مطمئن شوید که لباس خوب و پاک پوشیده‌اید و خوشبو هستید. پیامبر اکرم (ص) می‌فرمایند:

2. قرآن کریم، سوره عبکوت، آیه ۶۹.

1. قرآن کریم، سوره شمس، آیات ۱۰ و ۹.

هر یک را ادا کنید.» سلامت روحی و جسمی در کیفیت خدماتی که به بیماران و حرفه و جامعه ارائه می‌شود، بسیار تأثیر دارد (۱۴).

• توجه به اصول ایمنی برای حفاظت خود از خطرات احتمالی و کاهش خطرپذیری هنگام انجام وظیفه بسیار ضروری است؛ زیرا سلامتی پزشک برای جامعه بسیار مهم است و باید از او محافظت شود.

• آشنایی پزشک با قوانین و مقرراتی که در حرفه‌ی او تنظیم و وضع شده و تعهد به آن‌ها از طریق ثبت و امضای ملزومات برای انجام دادن کار بسیار اهمیت دارد.

• کمک گرفتن برای حل آن دسته از مشکلات شخصی که می‌توانند بر روی خدمات ارائه‌شده به بیمار، جامعه یا حرفه تأثیر منفی بگذارند.

• پزشکان باید بدانند که در قبال بیماران و وظایف محول‌شده به آن‌ها مسئول هستند؛ پس باید با شناسایی محدودیت‌های خود، در ارتقای توانایی‌هایشان بکوشند و در مواقع نیاز از افراد با دانش بیشتر کمک بگیرند. بنابراین پزشک ملزم به استفاده‌ی نامحدود از قابلیت‌های خود یا کمک گرفتن از افراد داناتر در تمام لحظه‌هاست (۱۴).

توضیح نمونه‌ی اول

بنا بر تحلیلی که از روابط پزشک جامعه در این فصل بیان شد، دکتر «م» حق دارد به تأثیر رفتار بیمارانش بر جامعه توجه کند. حتی اگر مشاوره‌ی بیمار با پزشکان دیگر، در خارج از آن سیستم بهداشتی باشد که دکتر «م» در آن کار می‌کند

«خداوند زیباست و زیبایی‌ها را دوست دارد.» و بدون شک، غفلت از این مسأله، در روابط با بیماران و سایر همکاران تأثیر منفی خواهد داشت.

• از آنجایی که جامعه جایگاه خاصی برای پزشکان قائل است، آنان باید به هنجارهای عمومی متعهد باشند و رفتار متناسب پیشه کنند و از مسائل نامناسبی که باعث ایجاد افکار سوء و منفی درباره‌ی آن‌ها می‌شود، اجتناب کنند. همین‌طور، او باید به قوانین و ملزومات عمومی و کلی سازمان‌های کشوری و حکومتی، احترام بگذارد و به آن‌ها خدشه وارد نکند؛ زیرا این کار ممکن است روی اعتبار و خوشنامی و حرفه‌ی او تأثیر بگذارد.

• آنان باید به کوشش و پشتکار در یادگیری، افزایش دانش از طریق مطالعه‌ی مداوم و شرکت در کنفرانس‌های ملی و بین‌المللی متعهد باشند و به اهمیت خودآموزی در ارتقای دانش و مهارت‌ها و غریزه‌ی مسئول بودن در قبال خودآموزی توجه کنند.

• همچنین آنان باید با سازمان‌ها و انجمن‌های علمی در حوزه‌ی تخصصی خود همکاری و مشارکت داشته باشند و نظرات کارشناسی و آثار مثبت آن‌ها را در ارتباطات علمی و حرفه‌ای بپذیرد.

• مراقبت از سلامت جسمی و روحی نیز از دیگر بایسته‌های مهم ترکیه‌ی نفس است؛ چراکه سلامتی هدیه‌ای است بسیار گرانبها که باید حفظ شود. سلمان فارسی حدیثی از پیامبر اکرم (ص) نقل کرده است که در آن فرموده‌اند: «خداوند بر شما حق دارد، خانواده بر شما حق دارد و بدن شما نیز بر گردن شما حق دارد. حق

شبانهاش را کم کند. بعد از یک ماه با تمهیدات رئیس بخش و همکاری سایر پزشکان، دکتر «س» اغلب در روزهای کاری و تا عصر در بیمارستان حضور دارد و همسرش نیز از این شرایط راضی است.

منابع

1. Working Party of the Royal College of Physicians. (2005). "Doctors in Society. Medical Professionalism in a Changing World". Clin Med (Lond) , 5 (6 Suppl 1), P. S 5-40.
2. ویلیامز، جان رنلد. (۱۳۹۰). انجمن جهانی پزشکی: دست‌نامه‌ی اخلاق پزشکی. ترجمه‌ی نازآفرین قاسم‌زاده و نریمان سپهروند، رشت: گپ، صص ۶۷ تا ۸۵ و ۱۱۵ تا ۱۲۱.
3. American Medical Association. (ND). American College of Physicians -The Physician and Society. Available at <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/about-ethics-group/ethics-resource-center/educational-resources/federation-repository-ethics-documents-online/american-college-physicians/acp-physician-and-society.page> (accessed in 2013).
4. Collier, Roger. (2012). "Professionalism: The Good Doctor Discussion". CMAJ, 184 (10), P. 517&518.
5. Blackmer, Jeff. (2007). "Professionalism and the Medical Association", World Med J, 53(3), P.58-73.
6. World Medical Association (WMA). (2007). Resolution on the Responsibility of Physicians in the Documentation and Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment. Available at <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t11/> (accessed in 2013).
7. American Medical Association. (2005). AMA's Code of Medical Ethics. Available at <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ama-code-medical-ethics> (accessed in 2006).
8. Rawls, Jhon. (1971). A Theory of Justice. Oxford University Press, P. 150-156.
9. استوارت میل، جان. (۱۳۸۸). فایده‌گرایی. ترجمه‌ی مرتضی‌مردیها. تهران: نشر نی، ص ۱۰.
10. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine. ACP-ASIM Foundation. (2002). "American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A

و در نتیجه هزینه‌ی مالی اضافه‌ای بر جامعه تحمیل نمی‌کند، باز هم بیمار وقت دکتر «م» را که می‌توانست به بیماران نیازمندتری اختصاص یابد، گرفته است. با وجود این، پزشکانی مانند دکتر «م» باید در چنین شرایطی هوشیارانه عمل کرده و با احتیاط رفتار کنند. بیماران اغلب به دلایل متعدد قادر نیستند تصمیمات کاملاً معقولی بگیرند و شاید به زمان و آموزش سلامت شایان توجهی نیاز داشته باشند تا به این سطح از درک مطلب برسند که بهترین منافع برای آن‌ها و دیگران چیست. همچنین، دکتر «م» برای رسیدن به یک راه حل جامعه‌شناسانه برای این مشکل حق دارد با انجمن پزشکی خود گفت‌وگو کند؛ زیرا این مسأله نه فقط خود او و بیمارانش را، بلکه سایر پزشکان و بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

توضیح نمونه‌ی دوم

با وجود اینکه دکتر «س» پزشک حرفه‌مندی است، به خود و خانواده‌اش توجه کافی ندارد و فراموش کرده است که در کنار پزشک بودن، مادر یک کودک پنج‌ساله است که به او نیاز دارد؛ البته مادر دکتر «س» بیشتر مواقع در خانه‌ی آن‌هاست و به کودک او رسیدگی می‌کند؛ ولی همسر او از اینکه او شب‌های متعددی در خانه نیست و مسئولیت خانواده را به تنهایی به دوش می‌کشد، خسته شده است. دکتر «س» با راهنمایی دوستش دکتر «ی» با همسرش صحبت کرد، از کم‌توجهی به خانواده عذرخواهی کرد و از او فرصت خواست تا جبران کند؛ سپس با رییس بخش درباره‌ی مشکلش صحبت کرد و از او خواست تعداد کشیک‌ها و به‌ویژه کشیک‌های

<http://www.noorlib.ir/View/fa/Book/BookView/Text/15941/1/8>

13. Thomasson, Catherine. (2014). "Physicians' Social Responsibility". Virtual Mentor. 16 (9), P.753.

14. The Saudi Commission for Health Specialties Department of Medical Education & Postgraduate Studies. (ND). Code of Ethics for Healthcare Practitioners. Available at

Physician Charter". Ann Intern Med, 136 (3), P. 243-246.

۱۱. فرهمند، فریبا و رکسانا شریفیان. (۱۳۸۴). «میزان رضایت شغلی کارکنان واحد پذیرش بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی». نشریه‌ی مدیریت: مدیریت اطلاعات بهداشت و درمان، ۲ (۲)، صص ۶۱ تا ۵۵.

۱۲. یوسفیان، نعمت‌الله. (۱۳۹۰). اخلاق پزشکی. قم: انتشارات زمزم هدایت، صص ۲۶ تا ۲۲. دست‌یافتنی در

فصل نهم

ضوابط پوشش و آراستگی

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر فاطمه‌سادات نیری

معرفی نمونه

پزشك آقایى كه لباس تى شرت سفید آستین کوتاه و شلوار جین به تن دارد و بوی ملایم عطر یاس می‌دهد با گوشی پزشکی که بر دور گردن انداخته است و تا حدودی در بین موهای بلندش ناپیداست، در مرکزی آموزشی درمانی اقدام به معاینه‌ی بیماران می‌کند. ارزیابی‌ها نشان می‌دهد بیماران تمایل ندارند که این پزشك، آنان را معاینه کند و دستورات او را نیز کمتر می‌پذیرند.

۱. مقدمه

تحوالی آن مؤثر بوده است (۱، ۴). همان‌طور که پوشش و لباس مردم در هر جامعه‌ای برخاسته از عرف و قانون و دین است (۵)، پوشش پزشکان و گروه پزشکی نیز مستثنی نبوده و از زمان‌های کهن آراستگی و ظاهر دارندگان این حرفه‌ی مقدس، اهمیت و جایگاهی ویژه داشته است (۴). با توجه به اینکه ظاهر انسان به‌عنوان نماد قوی غیرکلامی می‌تواند ارتباط با دیگران را تسهیل یا دشوار کند (۲، ۶، ۷)، ظاهر پزشك نیز می‌تواند ارتباط پزشك و بیمار را تحت تأثیر قرار دهد (۸)؛ از این‌رو به رفتار، اخلاق، پوشش و آراستگی ظاهری پزشکان در پوشاك از نیازهای اولیه و اساسی بشری است (۱) و اعتقاد و شخصیت افراد را به نمایش می‌گذارد. در واقع، به‌نوعی، پرچم وجودی انسان است (۲) و حاوی راز و رمز و پیام‌هایی است که خود برخاسته از باورها، آداب، سنن و خاستگاه قومی ملت‌ها و جوامع است (۱)؛ همچنین پوشاك مبین تحولات جامعه و تفاوت‌هایی است که میان اقشار آن جامعه وجود دارد (۳). محیط، شرایط اقلیمی، نقش طبقات اجتماعی و نیز مشاغل و وظایف وابسته به آن‌ها در شکل‌دهی ظاهر و جنس پوشاك و سیر

پوشیدن و آراستگی، دقت در کار و ادب و نزاکت، لاستیک و نمایاننده‌ی این چرخ و تعهدات حرفه‌ای است (۱۲).

در واقع رفتار، اخلاق و آراستگی ظاهری پزشکان تجلی حرفه‌مندی بوده و در جلب اعتماد بیماران مؤثر است (۱۱)؛ بنابراین، با وجود تفاوت‌های فرهنگی بین ملل مختلف، در طول تاریخ پزشکی همواره بر تأثیر ظاهر پزشک بر تصویر حرفه‌ای او و نیز تأثیر سلوک و اخلاق پزشک بر اعتبار حرفه‌ای او، تأکید شده است (۱۳). به گونه‌ای که ضوابط آراستگی جزء مهم حرفه‌مندی بوده و تقریباً در تمامی کدهای حرفه‌مندی کشورهای مختلف لحاظ شده است.

حرفه‌ی پزشکی از سویی در ارتباط درمانی با مردم، بیماران و جامعه است و از سوی دیگر سلامت جامعه به مؤثر بودن این پیوند درمانی وابسته است؛ بنابراین، تدوین قواعد چگونگی آراستگی و رفتار حرفه‌ای در بیمارستان یا دانشگاه یا محیط کار با نام ضوابط پوشش^۲ برای گروه پزشکی ضروری است (۷). این قواعد در ایجاد اولین ذهنیت مطلوب از بیمارستان در بیماران، همراهان و ملاقات‌کنندگان و تصور آنان از توانمندی پزشک و به تبع آن اثرپذیری و پیروی آنان از دستورات پزشکی (۱۴، ۱۵) دارای اهمیت بسیار است. احترام به بیمار، حرفه‌ی پزشکی، کارکنان و جامعه (۱۶)، ایجاد و حفظ ظاهر حرفه‌ای (۱۴)، تحت تأثیر قرارداد رفتار کارکنان و دانشجویان و تمایل به سمت رفتار حرفه‌ای، نمود ظاهر حرفه‌ای سازمان، ارتقای کیفی سازمان، جلب اعتماد افکار عمومی (۱۷)، ایجاد ارتباط درمانی مؤثر و

جوامع مختلف توجه و دقت شده (۸) و در بسیاری از جوامع، رویوش سفید به عنوان نماد پزشکی شناخته شده است (۹)؛ همچنین بیشتر دانشگاه‌های جهان برای پوشش، آراستگی و رفتار پزشکان و گروه پزشکی ضوابط خاصی تدوین کرده‌اند.

سؤال اساسی این است که چه چیز خاصی در پزشکی وجود دارد که می‌تواند استقلال این گروه را حتی در انتخاب نوع لباس، آراستگی ظاهری و رفتار محدود کند؟ هدف از تدوین ضوابط پوشش گروه پزشکی چیست؟ و اصولاً این ضوابط دربردارنده‌ی چه مضامینی است و قابلیت اجرای آن‌ها چگونه است؟ (۷)

۲. تعریف، اهداف و اهمیت ضوابط آراستگی

پزشکی حرفه‌ای مقدس شناخته شده (۱۰) و حرفه‌مندی نیز از مبانی و آموزش‌های این حرفه است. از پزشکان انتظار می‌رود که منافع بیمار و جامعه را بر منافع خود ترجیح دهند و رفتار مناسب شأن پزشکی را در سلوک، رفتار، گفتار و آراستگی خویش به عنوان مصادیق درستی، شرافت، وظیفه‌شناسی و حرفه‌مندی به نمایش بگذارند (۱۱).

هامر^۱ و همکاران حرفه‌مندی را به عنوان چرخ دوچرخه‌ای توصیف کرده‌اند که اصول ارزشی آن مثل نوع دوستی، صداقت، وظیفه‌شناسی و مراقبت در قسمت مرکزی چرخ قرار گرفته است و رفتارهای حرفه‌ای مثل احترام، مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی، همدلی، شفقت و مهربانی پره‌های این چرخ را تشکیل می‌دهد و در نهایت نحوه‌ی لباس

2. Dress Code

1. Hammer

(۲۹). به طوری که والش^۱ در این باره پیشنهاد کرده است: «ظاهر مناسب به عنوان بخشی از عناصر ضروری برای گسترش ارتباط حرفه‌ای موفق است» (۳۰). روان‌شناسان نیز اغلب بر اهمیت ظاهر فیزیکی و تأثیر آن در ارتباطات بین‌شخصی و اولین برداشت فرد تأکید دارند؛ چراکه همین تصور اولیه می‌تواند بر شکل‌گیری قضاوت بیمار از سطح مهارت و کفایت پزشک و همچنین، انتظار او از کیفیت خدمات تأثیرگذار باشد (۳۰).

- بدین ترتیب، به همان میزان که پوشیدن لباس پلیس، آتش‌نشانی و فوتبال به دلیل ماهیت این حرفه‌ها و مشاغل، جایگاه و کاربردی ویژه دارد و درخواست پذیرش در این حرف و مشاغل به معنی قبول لباس آن‌هاست، حرفه‌ی پزشکی نیز که قداستی دیرینه دارد، به عنوان سردمدار حرفه‌مندی، از این امر مستثنی نیست و داوطلبان ورود به این حرفه ملزم به رعایت پوشش و آراستگی شایسته‌ی این حرفه‌اند؛ از این رو دانشگاه‌ها، مراکز درمانی و انجمن‌های پزشکی کشورهای مختلف فلسفه‌ی تدوین ضوابط آراستگی گروه پزشکی و اجبار به رعایت آن‌ها را موجه می‌دانند (۷).

۳. پیشینه‌ی تاریخی آراستگی پزشکان

در جامعه‌های نخستین بشری شفاگران وقتی به انجام شعائر و شفا مشغول می‌شدند لباس تشریفاتی مخصوص می‌پوشیده و خود را با انواع وسایل و طلسم‌ها آرایش می‌کرده‌اند (۳۱). پزشکان در تمدن مصر باستان منظم و مرتب بوده‌اند و با توجه به دستورالعمل‌هایی که از پاپیروس‌ها به دست آمده،

جلب اطمینان و اعتماد بیمار، آرامش روحی روانی بیمار، ایمنی بیمار و گروه پزشکی (۱۸و۱۶)، ایجاد محیط درمانی مناسب برای کار تیمی (۶)، وضوح استانداردهای پوشش، ایجاد قوانین کنترل سلامت و عفونت، ایجاد استانداردهای حرفه‌ای، شناسایی سریع و راحت کارکنان برای بیمار و مراجعان و همکاران سازمان، آرامش، راحتی و رضایت بیمار (۱۹) اهداف مهم تدوین این ضوابط است که می‌توان آن‌ها را به صورت اهداف زیر خلاصه کرد:

- حفظ شأن و حرمت حرفه‌ی پزشکی و محیط علمی دانشگاه (۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲)؛
- ارتقای ایمنی پزشکان و بیماران (۱۸، ۲۰ تا ۲۳، ۲۵ تا ۲۷)؛
- برانگیختن حس احترام، آرامش و اعتماد در خدمت‌گیرندگان (۱۸، ۲۰ تا ۲۴)؛
- کمک به جلوگیری از انتقال عفونت‌های بیمارستانی (۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۶)؛
- امکان اجرای کامل تمامی وظایف (۲۷).
- در نهایت این ضوابط، پذیرش و پیروی بیمار از توصیه‌های درمانی را افزایش داده (۲۸) و منجر به موفقیت در درمان، تأمین و ارتقای سلامت جامعه خواهد شد. در مطالعات تجربی نیز این نتایج تأیید شده‌اند. به طوری که مطالعات نشان داده‌اند، اولین برخورد با بیمار در برقراری ارتباط پزشک و بیمار و در نتیجه مراقبت بیمار نقش حیاتی دارد. اولین تصور بیمار از پزشک، براساس ارتباط کلامی یا غیرکلامی او و برخی ویژگی‌های شخصی مانند نحوه‌ی لباس پوشیدن و آراستگی و بهداشت او، در همان اولین مشاوره شکل می‌گیرد

1. Walsh

خندیدن و خندانیدن افراط نکند، حد اعتدال را رعایت کند و خودکنترل باشد (۳۴). همچنین، بقراط در کتاب اپیدمی‌ها بیان کرده است که پزشک وقتی بر بالین بیمار وارد می‌شود، باید آداب و طریقه‌ی نشستن، لباس پوشیدن، رفتار و سلوک معتبر، ایجاز در صحبت، متانت و آرامش کامل، توجه جدی و پاسخ به اعتراض و مخالفت بیمار را بداند و در هنگام رویارویی با مشکل بتواند خود را کنترل و آرام کند (۳۴). بقراط در بخشی از وصیت خود می‌گوید: «پزشک باید نیک‌فطرت، جوان، دارای قامت معتدل، خوش‌فهم، خوش‌صحبت، عفیف و شجاع باشد و نقره‌دوست نباشد و تحمل ناسزا را داشته باشد. موی سر خود را همیشه منظم نگاه دارد، نه بتراشد و نه آن را انبوه بگذارد، ناخن انگشتان خود را بگیرد، به‌گونه‌ای که نه از ته بگیرد و نه آنکه بگذارد از گوشت سر انگشتان بلندتر شود، لباس سفید، پاکیزه و نرم بپوشد و در راه رفتن عجله نکند و تند راه نرود» (۳۵).

در ایران باستان قبل از اسلام، پزشک باید خداترس بوده و با صبر و حوصله به سخنان بیمار گوش داده و به حفظ پاکیزگی بسیار اهمیت می‌داده است (۳۶). بروزیه‌ی طبیب در کلیله و دمنه تناسب شعار و دثار و آراستگی ظاهر و باطن به علم و عمل و پاکیزگی ذات و عفت را توصیه کرده است (۳۷). در ایران بعد از اسلام، علی‌بن‌سهل طبری در کتاب فردوس الحکمة فی الطب آورده است: «پزشک نباید بوی بد بدهد و نیز نباید در ابری از عطر غرق شده باشد، لباس وی نیز نباید نامناسب و خودنما باشد» (۳۸). رازی، پزشک را چنین توصیف می‌کند: «پزشک باید ظاهری آراسته داشته باشد، چهره، اندام،

از آنان انتظار می‌رفته است که موهای سر و ریششان را روزانه بتراشند، گوشت خوک نخورند و لباس سفید بپوشند تا آلودگی آن به‌خوبی نمایان باشد (۳۲).

در هند باستان پزشکان هر روز حمام می‌رفتند، مو و ناخن‌هایشان را همیشه کوتاه می‌کردند، لباس سفید می‌پوشیدند و قول می‌دادند که به اعتماد بیماران نسبت به خودشان نهایت احترام را بگذارند. در کتاب ودا^۱ صفات عالی‌ه‌ی طبیب چنین بیان شده است: «طبیب باید لباس خود را تمیز و پاکیزه نگاه دارد، صورت خود را خوب بتراشد و ناخن‌هایش را کوتاه نگه دارد، جامه‌ی سفید و کفش بپوشد، عصا و چتر در دست داشته باشد و با نگاه ملایم و ملاطفت‌آمیز که حاکی از دوستی او نسبت به تمام مخلوقات است به مردم نگاه کند و با ایشان به گردش و تفریح برود و از رفاقت و معاشرت با زنان صرف‌نظر کند و مخفیانه با آن‌ها مذاکره نکند و از شوخی کردن با آنان بپرهیزد. کسی می‌تواند از بیمار پرستاری کند که رفتارش مطبوع و خوشایند باشد، از هیچ‌کس غیبت نکند و چشم پاک و روح پاک داشته باشد» (۳۳).

در یونان باستان در سوگندنامه‌ی معروف بقراط، پاکی و تقدس و عفت، حافظ زندگی و هنر پزشکی مطرح شده است و بقراط در کتاب «مجموعه‌ی آثار»، در فصل اول «رساله» بیان می‌کند که پزشک باید سالم بوده و شرایط جسمانی و ظاهری مناسب و شایسته داشته باشد، تمیز باشد، لباس پاکیزه بپوشد، روغن خوشبو به بدن خود بمالد، زندگی ستودنی و عاری از گناه داشته باشد، جدی، مهربان و سخت باشد اما خشن نباشد، در حضور بیمار در

1. Veda

با کشورهای دیگر، بیشتر عمر خود را به جراحی و طبابت در میدان جنگ پرداخت و برای اینکه خود را از سلمانی‌های دیگر جدا کند روپوش بلند پوشید و پیشنهاد کرد سلمانی‌ها چهار سال دوره‌ی آناتومی (علم تشریح) بگذرانند و دامن لباس خود را بلند کنند. بدین وسیله «انجمن جراحان دامن‌بلند» را تأسیس کرد و این انجمن توسط پادشاه به رسمیت شناخته شد و روپوش پزشکان بلندتر از لباس‌های معمول شد» (۳۲، ۴۱).

از طرفی در تاریخ آمده است تا اواخر دهه‌ی سوم ۱۸۰۰ میلادی مراجعه به پزشکان به‌ندرت برای بیماران مفید بود؛ درمان در پزشکی ناچیز بود و طبابت بیشتر حالت دروغین داشت و تا اواخر قرن نوزدهم پزشکان تعامل با بیمار را مانند ارتباط کشیش و روحانی با مردم، به‌عنوان موضوعی رسمی و جدی تلقی می‌کردند و از طرفی از آنجاکه مراجعه به پزشک به‌عنوان آخرین چاره و منادی مرگ در نظر گرفته می‌شد، بنابراین، پزشکان تا این زمان لباس مخصوص سیاه بر تن می‌کردند (۹)؛ اما هم‌زمان با ایده‌ی جلوگیری از رشد باکتری‌ها، اهمیت پاکیزگی و استفاده از مواد ضدعفونی‌کننده در پزشکی در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، طبابت مبنای علمی یافت و سپیدی، تمیزی و پاکی این علم در لباس ویژه‌ی پزشکان و پرستاران انعکاس یافت. بدین ترتیب همان‌گونه که اساس تمامی انجمن‌های حرفه‌ای را سفیدی، صداقت، درستی و پاکی تشکیل می‌دهد، در اواخر قرن نوزدهم روپوش سفید به‌عنوان نماد پزشکی و پوشش حرفه‌ای پزشکان برگزیده شد تا بیانگر صداقت، پاکی، خلوص و تقدس این حرفه باشد (۹). برای اولین بار

موها و لباس‌هایش مناسب و تمیز باشد، گشاده‌رو و خوش‌گفتار باشد، لحن ملایم داشته باشد، در اخلاق و برخورد، نیکو باشد و از ترش‌رویی، شتاب‌زدگی و بی‌پروایی در کارهایش خودداری کند» (۳۹). علی‌بن‌عباس مجوسی اهوازی نیز در پندنامه‌ی اهوازی بیان داشته که پزشک باید پاک و خداپرست و خوش‌زبان و نیکوروش باشد و از گناه و پلیدی و ناپاکی دوری گزیند (۳۱).

در دوره‌ی عباسیان پزشکان لباس مشخص داشتند و ردا و پیراهن سفید پوشیده، کلاه مخصوص بر سر گذاشته، موهای سر خود را می‌تراشیدند. همچنین، پزشکان درباری عمامه‌ی سیاه داشته‌اند؛ البته به‌جز در دوران حکومت مأمون که به سیر مقتضیات سیاسی به رنگ سبز تبدیل شده بوده؛ در موارد رسمی و تشریفاتی نیز نیم‌تنه‌ی زردوزی به‌نام «مطوف» یا «مطرف» می‌پوشیدند. پزشکان ثروتمند لباس‌های خود را با کافور و گلاب و صندل معطر می‌کردند. در این دوره افرادی که در رشته‌ی حقوق، طب و فقه اسلامی کار می‌کردند بالاپوشی به‌نام «طیلسان» بر تن می‌کردند که بالاپوش پزشکان معمولاً از ابریشم سیاه بود. از زمان مغول به بعد پوشیدن روپوش مخصوص طبی معمول شد (۴۰).

در تاریخچه‌ی روپوش پزشکی آمده است: «در قرن شانزدهم میلادی اعمال جراحی در فرانسه توسط سلمانی‌های ملبس به دامن کوتاه انجام می‌گرفت، در این زمان آمبروپاره^۱ متولد پاریس و پدر جراحی، به دانشکده‌ی پزشکی فرانسه رفت و با پرداخت شهریه، آناتومی فرا گرفت. وی به علت شروع جنگ‌های داخلی کاتولیک و پروتستان و جنگ‌های فرانسه

1. Ambroise Pare

دکتر آرنولد گلد^۱، در سال ۱۹۹۳ مراسم پوشاندن روپوش سفید را بر تن دانشجویان پزشکی، به عنوان «جشن روپوش سفید» مطرح کرد تا در آن پاکی، سفیدی، خلوص، حرفه‌مندی و تقدس پزشکی به دانشجویان منتقل شود (۶، ۹). در همین ایام، در اکثر دانشگاه‌های جهان ضوابط خاصی برای پوشش و رفتار پزشکان تدوین و لباس‌های رسمی معرف گروه پزشکی متناسب با دانشگاه و مراکز درمانی مشخص شد. این بیانگر آن است که پزشکان نسبت به پوشش خود، حساس‌تر از بیماران بوده و هستند (۷)؛ به گونه‌ای که امروزه روپوش سفید برای بیماران، لباس شفقت و مهربانی به شمار می‌آورد و آن را نمادی از مراقبت و دریافت خدمات می‌دانند (۹). همچنین، در سال ۱۹۴۸ میلادی، پزشکان در بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی در ژنو به حفظ شرافت و رسوم اصیل حرفه‌ی پزشکی متعهد شدند (۱۰). یکی از سنت‌های باارزش پزشکی حفظ تقدس آن با رعایت ظاهر حرفه‌ای و پایبندی به توصیه‌های بقراط حکیم است (۶).

آنچه در اصول بنیادین تدوین ضوابط خاص بر نحوه‌ی آراستگی و رفتار پزشکان در طول تاریخ مشاهده می‌شود، قداست حرفه و شرافت موضوع علم پزشکی و اهمیت ضررنرسانی در آن است؛ بنابراین، در تمامی ادوار تاریخ تلاش شده تا این قداست، پاکی و شرافت در ظاهر پزشکان تجلی نماید.

۴. مفاد مقررات آراستگی پزشکان و گروه پزشکی

در بیشتر دانشگاه‌ها و مراکز درمانی جهان این

ضوابط مشابه و به صورت ذیل است:

۴-۱. صورت و موها

موهای سر باید خشک، تمیز، مرتب و برای آقایان کوتاه باشد، به اندازه‌ای که اگر انگشتان دست در آن فرو روند انگشتان محو نشود (۱۱، ۲۴، ۴۲، ۴۳)؛ همچنین گوش‌ها باید نمایان باشند و حداکثر بلندی موها تا یقه‌ی گردن باشد و روی چشم را نپوشاند (۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۵، ۴۴-۴۸) تا با حفظ دید مناسب در روند مراقبت از بیمار اختلال ایجاد نشود و بیمار نیز به رؤیت کامل فرد قادر باشد. خانم‌ها باید در صورت داشتن موهای بلند آن‌ها را جمع کنند تا باعث انتقال آلودگی و اختلال در مراقبت و نگهداری از بیمار نشود (۱۸، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۴۹) و نیز در تماس با بیمار و تجهیزات پزشکی نباشند (۵۰). موهای بلند باز از نظر بیماران خوشایند نیست و مراقبت توسط پرستاران با موی کوتاه و تمیز و ظاهر پاکیزه را بیشتر می‌پسندند (۵۱). موها باید به رنگ طبیعی باشند (۱۴، ۲۱، ۴۲)؛ رنگ کردن موها با رنگ‌های غیرطبیعی و غیرمعارف و های لایت کردن آن‌ها در دانشگاه‌ها و مراکز درمانی ممنوع است (۲۵، ۴۲، ۴۴، ۴۸، ۵۲).

موها نباید مرطوب باشند و استفاده از موادی مانند ژل که ظاهر موها را مرطوب و براق کرده و باعث انتقال عفونت می‌شود ممنوع است (۲۴، ۴۲). در صورت استفاده از سنجاق سر باید از نوع ساده و هم‌رنگ با موها انتخاب شود (۴۷). استفاده از پوشش سر به دلیل مذهبی و کلاه در صورتی که به دلیل طبی باشد مجاز است (۲۰، ۲۵، ۴۴، ۴۶، ۵۳)؛ البته در برخی دانشگاه‌ها استفاده از کلاه در داخل بخش‌ها ممنوع است (۲۱ و ۴۹). همچنین، استفاده از نقاب

1. Arnold P. Gold

آن‌ها پوشانده شود (۱۴ تا ۱۶، ۲۲، ۲۴، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۴۹، ۵۳، ۵۵، ۵۶، ۶۰) تا ظاهر حرفه‌ای فرد حفظ شود (۵۱).

۴-۳. ناخن

ناخن‌ها باید کوتاه و مرتب و تمیز باشند (۱۶، ۲۱، ۲۵، ۴۷، ۵۱)؛ همچنین بلندی آن‌ها باید در حد متعارف و مناسب باشد و طولشان از نوک انگشتان بیش از نیم اینچ نباشد؛ افزون‌براین، باید فاقد لبه‌ی تیز و به‌طور کامل سوهان‌زده شده باشند (۱۴) تا در انجام وظایف اختلالی ایجاد نکنند (۱۶ و ۲۱) و باعث آزدگی بیمار نشوند. استفاده از لاک ناخن به دلیل اینکه تراشه‌های لاک ناخن و ناخن‌های بلند محل تجمع و رشد باکتری است ممنوع است (۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۴۵، ۴۶، ۵۶)؛ ناخن مصنوعی نیز به دلیل محل تجمع میکروارگانیسم‌ها (۴۹) و انتقال عفونت و تداخل با وظایف ممنوع است (۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۶، ۲۷، ۴۶، ۴۷، ۵۱، ۵۵، ۶۱).

۴-۴. جواهرات و زیورآلات

استفاده از زیورآلات و جواهرات به استثنای یک یا دو حلقه‌ی ساده در انگشت یا حلقه‌ی ازدواج و گوشواره‌ی ساده، ممنوع است (۱۴، ۱۶، ۲۵، ۴۳، ۴۵، ۴۷، ۵۶، ۶۲). انگشتر و به‌ویژه انگشتر دارای نگین به دلیل انتقال عفونت و تداخل در وظایف و احتمال پارگی دستکش ممنوع است (۱۸، ۲۶، ۴۷ تا ۴۹). گوشواره‌ی بلند و آویزان نیز ممنوع است (۱۸، ۲۳، ۴۷). این گونه گوشواره‌ها به دلیل احتمال برخورد با لوازم پزشکی و کشیده شدن توسط بیمار بدحال، می‌توانند برای خود گروه پزشکی مخاطراتی ایجاد کنند (۵۱). همچنین، استفاده از گوشواره در اتاق عمل به علت احتمال افتادن روی زمین

و چادر و روبند نیز به این دلیل که بیمار شخص مراقبت‌کننده را نمی‌بیند و دچار اضطراب می‌شود ممنوع است (۵۴). استفاده از عینک محافظ برای جلوگیری از پاشیده شدن ترشحات مجاز است (۵۵)؛ ولی عینک دودی در فضای داخلی مسقف در اکثر دانشگاه‌ها و مراکز درمانی ممنوع است؛ مگر اینکه به دلیل طبی استفاده شود (۱۴، ۵۱، ۵۳).

موهای صورت شامل ریش و سبیل باید مرتب، کوتاه و تمیز باشند (۱۴-۱۶، ۲۱، ۲۵، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۵-۵۸). در بعضی بیمارستان‌ها و دانشگاه‌ها، به دلیل کنترل عفونت و ایمنی در بخش‌هایی خاص، گذاشتن ریش ممنوع است (۴۹، ۵۰، ۵۷) یا باید پوشانده شوند (۵۷). خط ریش نباید از میانه و نرمه‌ی گوش پایین‌تر باشد یا به گونه برسد (۴۸، ۵۸). همچنین، سبیل نباید از گوشه‌های دهان پایین‌تر باشد (۴۸). در مجموع، موهای سر و صورت باید به گونه‌ای تمیز و آراسته شوند که ظاهر حرفه‌ای فرد را منعکس کرده و ضمن حفظ ایمنی بیمار و همکاران و پزشک، به دلایلی مانند نداشتن دید مناسب و تماس موها با بیمار و لوازم پزشکی، مانع از انجام دادن برخی وظایف نشوند (۱۵، ۲۲، ۵۵، ۵۷).

۴-۲. آرایش

آرایش کردن در برخی دانشگاه‌ها و مراکز درمانی مجاز نیست (۵۹). در برخی از آن‌ها نیز آرایش خفیف مجاز است، مشروط بر اینکه در حد اعتدال بوده، نامتعارف نباشد و برای بهبود زیبایی و ظاهر طبیعی فرد به کار رفته باشد و در ظاهر حرفه‌ای فرد نقصان ایجاد نکند (۱۴). خال کوبی روی بدن ممنوع است و در صورت وجود خال کوبی باید روی

یا مناطق استریل ممنوع است (۴۳). استفاده از گوشواره‌ی ریش نیز ممنوع است (۴۳). سوراخ کردن اعضای بدن در صورتی که رؤیت‌کردنی باشند، مثل بینی، ناف، ابرو و زبان به منظور استفاده از زیورآلات روی این اعضا ممنوع است (۱۴ تا ۱۶، ۲۰، ۲۱ تا ۲۳، ۲۵ تا ۴۴، ۴۶، ۴۸، ۵۶، ۶۰)؛ تحقیقات نشان داده است چنین گوشواره‌هایی باعث کاهش اعتماد بیمار به پزشک می‌شوند (۵۱ و ۶۳). ساعت مچی با عقربه‌ی ثانیه‌شمار در اکثر دانشگاه‌ها مجاز است (۲۷)؛ ولی در کشور انگلستان به دلیل انتقال عفونت ممنوع است (۵۱). استفاده از گردنبند مشروط بر اینکه در هنگام انجام‌دادن وظایف در زیر لباس قرار داده شود مجاز است (۴۷).

۴-۵. لباس

لباس‌ها باید بلند، ساده، تمیز، اتوکرده و متناسب با اندام و آزاد باشند (۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰ تا ۲۳، ۴۶، ۵۳، ۵۵، ۵۶، ۶۰). همچنین، لباس‌های باز، بدن‌نما و تنگ ممنوع هستند (۱۴، ۱۵، ۲۲، ۲۳، ۴۲ تا ۴۴، ۴۸، ۴۹، ۵۳، ۵۵، ۶۴ تا ۶۶). تاپ، تی‌شرت، سوئیشرت، دامن چاک‌دار، شلوار کوتاه و شلوارک مجاز نیست (۱۴، ۲۱، ۲۷، ۴۲، ۴۷، ۵۳، ۵۵، ۶۴). لباس ژنده، نامرتب، پاره و مندرس نیز ممنوع است (۱۶، ۲۱، ۲۶، ۴۷، ۵۳، ۵۵، ۶۰، ۶۲). شلوار لی، جین آبی و پاره، بریده‌شده و سنگ‌شور مجاز نیست (۲۳، ۲۷، ۴۲، ۴۸، ۵۳، ۵۹، ۶۴، ۶۶)؛ ممنوعیت شلوار جین به علت شست‌وشوی کمتر در طول سال و همچنین، شناخته‌شدن آن به عنوان شلوار کار است. شلوار کتان، کماندویی، کشی، ورزشی، بادگیر، دارای جیب‌های فراوان و شلوار با پایین تاخورده و سائیده‌شده نیز ممنوع است (۱۴، ۱۵،

۱۸، ۲۳، ۲۴، ۴۷، ۵۵، ۶۰). شلوار و دامن و بلوز و روپوش سفید تنگ ممنوع است (۴۴، ۵۵). در کل، اندازه‌ی لباس باید متناسب باشد و نباید جلوی حرکات آزادانه‌ی بدن را بگیرد (۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۴۴، ۴۷، ۶۰)؛ یعنی حداقل به میزان سه اینچ از محل سینه و باسن فاصله داشته باشد (۴۴) تا هم انجام کامل وظایف ممکن شود و هم ایمنی بیمار و گروه پزشکی به خطر نیفتد (۲۱). طول دامن نباید کوتاه‌تر از یک اینچ بالای زانو باشد (۴۲) و بهتر است سه اینچ زیر کت سفید قرار گیرد و اگر بدون جوراب پوشیده می‌شود حداقل سه اینچ زیر زانو باشد (۱۶، ۴۳). گشادی و بلندی شلوار نباید به گونه‌ای باشد که روی زمین کشیده شود و باید تا مچ پا باشد (۱۶، ۲۱، ۴۶، ۴۸، ۴۹، ۵۳). لباس‌های زیر نباید از زیر روپوش سفید نمایان باشند (۱۶، ۲۱، ۶۶) و لباس‌های محرک از آن جایی که توسط برخی افراد مجوزی برای دعوت به سخنان و اعمال نامناسب تلقی می‌شوند، ممنوع است (۱۹ و ۲۳). لباس‌ها باید تکرنگ و به رنگ‌های متعارف باشند و نباید حاوی پیام، علائم، نشانه‌ها، تصاویر و علائم تبلیغی باشد (۱۸ تا ۲۴، ۴۹، ۵۳، ۶۲، ۶۶). لباس‌های بدون آستین، ناف‌نما، توری و مدل ورزشی ممنوع است. این گونه لباس‌ها توهین به افراد تلقی می‌شود (۱۸) و باعث حواس‌پرتی دانشجو و دیگران می‌شود (۵۸). در برخی دانشگاه‌ها، استفاده از کراوات به عنوان لباس رسمی مجاز است (البته بیشتر در دوره‌ی علوم پایه مدنظر است) (۲۳، ۴۳، ۴۴، ۶۴)؛ ولی استفاده از کراوات در انگلستان، به دلیل فایده‌نداشتن در مراقبت از بیمار و احتمال آلودگی بیشتر آن به دلیل استفاده‌ی

روپوش سفید در این زمینه چندان مؤثر نیست؛ همچنین براساس نظرسنجی‌های انجام‌شده، تمایل بیماران بیشتر بر آن است که توسط پزشکان ملبس به لباس رسمی و با آستین‌های بلند تحت مراقبت و درمان قرار گیرند (۷۰).

در بعضی از کشورها مثل استرالیا لباس پزشکان می‌تواند غیررسمی‌تر از آمریکا و انگلیس باشد؛ آنان می‌توانند روپوش سفید نپوشند و از کراوات استفاده نکنند. این پزشکان در مناطق محروم می‌توانند جین و آستین کوتاه بپوشند؛ البته همین لباس غیررسمی باید مرتب و تمیز باشد (۷۱). در اسپانیا هم پزشکان می‌توانند روپوش سفید با شلوار جین بپوشند (۷۲).

در برخی کشورهای اسلامی، ضوابط پوشش گروه پزشکی براساس فرهنگ اسلامی تدوین شده است. در این کشورها آقایان ضمن الزام به داشتن موی کوتاه، نباید از جواهرات و شلوارک استفاده کنند؛ زنان نیز باید از لباس گشادی که پاها و دست‌ها را می‌پوشاند استفاده کنند (۶۵). روپوش سفید پزشکان در این کشورها باید آستین بلند و تا زیر زانو باشد (۵۹).

۴-۶. جوراب و کفش

پوشیدن کفش و جوراب (ترجیحاً به رنگ سفید) به دلیل ایمنی و رعایت سلامتی و ظاهر حرفه‌ای الزامی است (۱۶، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۴۷). همچنین کفش‌ها باید تمیز و مرتب و واکس زده باشند (۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۴۳، ۴۷، ۵۵). به منظور ایمنی، حفظ سکوت و آرامش بخش، راحتی بیمار و ایمنی خود کارکنان و دانشجویان از صدمات احتمالی ناشی از فرورفتن سوزن، پوشیدن کفش پاشنه‌بلند،

روزانه و شست‌وشوی کمتر در طول سال، ممنوع است (۵۱)؛ همچنین، مطالعه‌ای در بیمارستان‌های آمریکا نشان داده است که پنجاه درصد کراوات‌ها، حامل حداقل یکی از میکروارگانیسم‌های عفونت‌زا هستند (۶۷)؛ پزشکان مالزی نیز استفاده از کراوات را خطرناک توصیف کرده‌اند (۶۸).

در سایر بخش‌ها و محیط‌های بالینی پوشیدن روپوش سفید الزامی است (۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۷، ۴۳)؛ اما در بخش‌های کودکان و روان‌پزشکی در پوشیدن یا نپوشیدن روپوش سفید، باید ضابطه‌ی بخش رعایت شود. روپوش سفید باید همیشه پاکیزه تا زانو بلند و با دکمه‌های بسته باشد (۲۰، ۲۳، ۴۳، ۴۷، ۵۶). اتاق عمل، اتاق زایمان، اورژانس، ICU، اندوسکوپی و cath lab تنها مکان‌هایی هستند که پوشیدن اسکراب در آن‌ها مجاز است؛ خارج از این محیط‌ها نباید اسکراب بر تن داشت؛ در صورت پوشیدن اسکراب، پوشیدن روپوش سفید روی آن لازم است (۴۳، ۴۷).

پزشکان در انگلستان براساس ضوابط جدید پوشش و به منظور جلوگیری از انتقال عفونت، نباید روپوش سفید سنتی بپوشند؛ آستین لباس آن‌ها باید بالای آرنج بوده و کوتاه باشد و نباید از ساعت مچی استفاده کنند (۵۱). کوتاه بودن آستین و نداشتن ساعت مچی باعث می‌شود که پزشکان در شست‌وشوی مؤثر دست‌ها بهتر و راحت‌تر عمل کنند (۶۹)؛ ضمن اینکه احتمال آلوده شدن سرآستین‌های بلند و انتقال آلودگی نیز وجود نخواهد داشت (۵۱، ۶۹). البته پژوهش‌های میدانی انجام‌گرفته درباره‌ی این ضوابط نشان می‌دهد کنترل آلودگی باید بیشتر از طریق شست‌وشوی دست‌ها انجام شود و نپوشیدن

پیجر در کلاس درس ممنوع است (۴۳).

۵. سیاست کشورهای مختلف در اجرای ضوابط آراستگی در گروه پزشکی

هر دانشگاه و مرکز درمانی و انجمن پزشکی به منظور موفقیت در اجرای مقررات پوشش و آراستگی، ابتدا به تعریف و تبیین سیاست و خط‌مشی خود در این زمینه می‌پردازد؛ سپس ضوابط مذکور را به اطلاع مشمولان می‌رساند و آن‌ها را آموزش می‌دهد و در نهایت کاربرد این ضوابط، نحوه‌ی اجرا و مکانیسم اجبار و پیروی از آن‌ها را مشخص می‌کند (۴۸، ۷۳). همچنین برای ارزیابی رعایت این ضوابط توسط پزشکان و کارکنان و دانشجویان، سیستمی نظارتی را تدوین کرده‌اند که غالباً سوپروایزرهای بیمارستان‌ها این نظارت و ارزیابی را انجام می‌دهند (۲۱، ۴۹، ۵۰). در این خصوص مراکز مشاوره‌ای نیز وجود دارند که در صورت درخواست افراد درباره‌ی سیاست و نوع پوشش پزشکان خدمات مشاوره‌ای ارائه می‌کنند (۱۶، ۲۱، ۴۹).

هدف از آموزش و مشاوره‌ی این ضوابط، انتقال ارزش‌های حرفه‌ی پزشکی و جامعه‌ی علمی به کارکنان و دانشجویان است تا دانشجویان ابتدایی‌ترین مسئولیت‌ها و تعهدات خود را بپذیرند و پوشش آراسته و موقرانه را احترام نسبت به دانش، استادان، دانشجویان دیگر، بیماران، جامعه و تصویر یک فرد دانشگاهی بدانند (۱۸، ۲۰). در واقع، تلاش بر این است که دانشجویان با هر زمینه‌ی فرهنگی و ارزشی که وارد دانشگاه می‌شوند، در دستیابی به علم و مهارت پزشکی، هم‌زمان حرفه‌مندی، نوع‌دوستی، پاکدامنی و از خودگذشتگی را نیز باور کنند و احترام

پاشنه‌فلزی، پاشنه‌سوزنی، جلو باز و پشت باز در بخش‌های بیمارستان و دانشگاه ممنوع است (۱۵)، ۱۸، ۲۰ تا ۲۳، ۲۶، ۴۳، ۴۵، ۵۱، ۵۵، ۵۶، ۶۶. پاشنه‌ی کفش نباید از یک تا سه اینچ بلندتر باشد (۱۴، ۴۶، ۵۳، ۵۶). کفش تخت بدون صدا انتخابی ایده‌آل است (۱۸، ۲۷، ۶۶). کفش ورزشی، کتان، چوبی، پلاستیکی، صندل و دمپایی ممنوع است (۱۴، ۱۸، ۲۱ تا ۲۶، ۴۲، ۴۷، ۵۵). بند کفش‌ها باید تمیز باشند و روزانه تعویض شوند (۱۶). جوراب‌ها نباید هیچ طرح و نقشی داشته باشند؛ البته چکمه و بوتین در زمستان مجاز است (۴۳).

۴-۷. بهداشت فردی

بهداشت روزانه شامل نظافت بدن، موها، دندان‌ها و لباس‌ها و نیز استفاده از خوشبوکننده‌های ضدتعریق است (۱۴ و ۲۵). استفاده از عطر در بیشتر مواقع به دلیل حساسیت تنفسی بیماران ممنوع است (۱۵، ۱۶، ۲۷، ۵۰، ۵۵، ۵۶). عطر فقط هنگامی مجاز است که بوی ملایم داشته باشد و برای مخفی و پنهان کردن بوی بدن نباشد (۱۴، ۱۶، ۲۵). قبل و بعد از تماس با هر بیمار باید از محلول ضدعفونی‌کننده‌ی دست استفاده شود (۶۱).

۴-۸. سایر موارد

داشتن کارت شناسایی روی لباس الزامی است؛ چون افراد دوست دارند بدانند چه کسانی از آن‌ها مراقبت می‌کنند (۱۴، ۱۶، ۲۱، ۲۷، ۴۳، ۴۹، ۵۱، ۵۹). جویدن آدامس هنگام تماس با بیماران و عموم مردم و داشتن پوشش رسمی و روپوش سفید ممنوع است (۴۳، ۴۷). استفاده از سیگار، الکل و مواد مخدر نیز ممنوع است (۱۴). شیوه‌ی صحبت کردن باید محترمانه و حرفه‌مند و آرام باشد. تلفن همراه و

برخورد با متخلفان است. تنبیه دانشجوی خاطی در دانشگاه‌های مختلف، به عهده‌ی معاونت دانشجویی، معاونت آموزشی، استاد بالینی، سوپروایزر یا دفتر منابع انسانی است (۱۶، ۲۱، ۶۶).

دانشگاه‌ها و مراکز درمانی به منظور تسهیل اجرای کدهای پوشش و آراستگی تلاش می‌کنند تا این ضوابط با فرهنگ و شرایط جغرافیایی منطقه همخوانی داشته باشد و نیازهای مذهبی و نیز واقع‌گرایانه و مبتنی بر شواهد را رفع کنند. بر این اساس، دانشگاه‌ها به‌طور متناوب این ضوابط را بازبینی می‌کنند (۱۶، ۲۹، ۳۸).

۶. ضوابط پوشش و آراستگی در ایران

نظارت و کنترل حکومت بر حوزه‌ی پوشش به‌خودی‌خود پسندیده است؛ اما باید با توجه به ارزش و کرامت والای انسان صورت گیرد. رویکرد قانونگذار ایران به لباس مردم به‌ویژه در حوزه‌ی کیفی چه در دوره‌ی قبل از انقلاب و چه بعد از آن، نمونه‌ای از مدل‌های حکومتی است.

۶-۱. قبل از انقلاب

با روی کارآمدن حکومت پهلوی و شروع قانونگذاری در ایران، دو مصوبه در خصوص وضعیت لباس افراد به تصویب رسید که یکی از آن‌ها اساس‌نامه‌ی لباس رسمی مأموران کشوری بود که در سال ۱۳۰۷ هجری شمسی به منظور متحدالشکل کردن لباس رسمی مأموران دولتی، در هفده ماده به تصویب مجلس شورای ملی رسید؛ مصوبه‌ی دیگر، قانون متحدالشکل کردن البسه‌ی اتباع ایران در داخل مملکت بود که در همان سال ۱۳۰۷ به تصویب

به خویشتن و جامعه و انتخاب بهترین رفتار و سلوک و شیوه‌ی زندگی را فراگیرند. همچنین، تأثیر این ضوابط را بر ایمنی و سلامتی خود و بیماران، کنترل عفونت، کسب اعتماد بیمار و طبابت موفق احساس کنند.

بنابراین، در دانشگاه و مراکز درمانی تلاش می‌شود در آموزش کاربرد ضوابط آراستگی، علت و چرایی و تأثیر هر کدام از ضوابط تدوینی را برای کارکنان و پزشکان و دانشجویان شفاف و مشخص کنند و عقل سلیم را به‌عنوان بهترین معیار انتخاب لباس و آراستگی معرفی نمایند؛ افزون‌براین، برای پذیرش پیشنهادات و انتقادات و مشاوره برای رفع ابهامات و سؤالات در خصوص نحوه‌ی پوشش مورد نیاز هر بخش و هنگام بروز حوادث، مراکز ویژه‌ای را اعلام و به شیوه‌های مختلف به افراد اطلاع‌رسانی کنند. در بعضی دانشگاه‌ها به منظور تهیه‌ی لباس مورد قبول، مراکز خرید ویژه‌ای مشخص شده و خرید از بعضی کارخانه‌ها را به‌دلیل کم‌بودن هزینه‌ی شاغلان آن‌ها و استثمار کارگران ممنوع کرده‌اند.

در دانشگاه‌ها ضوابط و مقررات آراستگی و نحوه‌ی برخورد با تخلفات در بدو ورود به اطلاع دانشجویان و والدین آن‌ها رسانیده می‌شود و فرم‌های خاصی را مبنی بر آگاهی از شرایط مذکور به‌صورت امضاشده از آنان دریافت می‌کنند (۶۶). برای برخورد با متخلفان در دانشگاه‌ها روش‌های مختلفی وجود دارد؛ تذکر دادن، فرستادن فرد خاطی به منزل برای تعویض لباس، تماس با والدین، ثبت در پرونده، عدم اجازه‌ی حضور در کلاس، ترك کلاس و غیبت غیرموجه، بازداشت در دانشکده، ترك بخش‌های بالینی و دخالت در نمره‌ی کارآموزی بالینی و نمرات دانشجو و اخراج موقت و دائم برخی از روش‌های

رسید. تخلف از این قوانین، مجازات کیفری (جزای نقدی به میزان یک تا پنج تومان، حبس از یک تا یازده روز) و تنبیه انضباطی و انتظامی در پی داشت (۵). پس از آن، نظام‌نامه‌ی لباس مستخدمان توسط وزارت معارف در یازده ماده تصویب شد که در آن نوع پوشش مستخدمان به سه طبقه‌ی «اداری، تعلیماتی و جزء» تقسیم شده بود و به ترتیب شامل نیم‌تنه‌ی دو طرفه‌ی چهار تکه و شلوار، نیم‌تنه‌ی باز سه تکه و شلوار و نیم‌تنه‌ی یقه‌بسته معروف به یقه‌ی عربی با تکه‌های فلزی سفید ساده و شلوار بود (۷۴). به دنبال آن در تاریخ ۱۷ اردیبهشت ۱۳۱۵ نظام‌نامه‌ی لباس تمام‌رسمی دانشگاه در بیست‌وسومین جلسه‌ی شورای دانشگاه تهران به تصویب رسید که در این نظام‌نامه لباس رسمی دانشگاه به صورت لباده‌ی آستین‌گشاد بود که روی شانها و پشت آن چین‌دار بود و از جلو تا پایین دکمه می‌خورد و از پارچه‌ی ابریشمی مشکی به همراه پیش‌سینه‌ی سفید چین‌دار با یقه‌ی لب‌شکسته‌ی آهاری سفید و سرآستینی به رنگ مخصوص دانشگاه و کمربند ابریشمی موج‌دار به رنگ دانشکده و کلاه مشکی شش‌گوش (با منگوله‌ی طلایی برای استاد و سفید برای دانشیار) بود که رنگ این لباس‌ها در دانشکده‌ی طب و داروسازی و دندان‌سازی نارنجی بود (۷۵).

۲-۶. بعد از انقلاب اسلامی

اولین قانون در خصوص پوشش زنان، تحت ماده‌ی ۱۰۲ قانون تعزیرات در سال ۱۳۶۲ تصویب شد (در حال حاضر به صورت تبصره‌ای به ماده‌ی ۶۳۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵ الحاق شده است) و در ماده‌ی ۴ قانون، نحوه‌ی رسیدگی به تخلفات و مجازات فروشندگان لباس‌هایی که استفاده از آن‌ها در ملأ عام خلاف شرع است بیان شده است. طبق این ماده کسانی که وضع لباس پوشیدن و آرایش آنان در انظار عمومی خلاف شرع یا موجب ترویج فساد یا هتک عفت عمومی باشد قابل توقیف و محاکمه هستند و تخلف از این موارد برای کارمندان علاوه بر مجازات مقرر در قانون، انفصال موقت تا دو سال و اخراج و انفصال از خدمات دولتی و محرومیت استخدام به مدت پنج سال نیز دارد.

وزارت کشور طی دو بخش‌نامه^۱ مصادیق البسه و علائم غیرمجاز را اعلام کرده که شامل آرایش غیرمجاز، استفاده از انواع وسایل آرایشی از قبیل سایه‌ی چشم، رژ لب و رژ گونه، ریمل، روسری غیرمجاز (نازک، کوتاه که موها و گردن را نپوشاند)، شلوارهای کوتاه و انواع جوراب کوتاه، گیپور و عینک‌های نمایشی (گره‌ای، خرگوشی، چراغ‌دار)، کراوات و پاپیون است. نحوه‌ی مجازات متخلفان نیز در قانون به صراحت اعلام شده است (۵).

بدیهی است شرایط اعلامی پوشش در قوانین کشوری، در داخل دانشگاه و مراکز آموزشی درمانی نیز باید رعایت شود؛ اما آنچه اکنون مشاهده می‌شود

تخلف از این قوانین، مجازات کیفری (جزای نقدی به میزان یک تا پنج تومان، حبس از یک تا یازده روز) و تنبیه انضباطی و انتظامی در پی داشت (۵). پس از آن، نظام‌نامه‌ی لباس مستخدمان توسط وزارت معارف در یازده ماده تصویب شد که در آن نوع پوشش مستخدمان به سه طبقه‌ی «اداری، تعلیماتی و جزء» تقسیم شده بود و به ترتیب شامل نیم‌تنه‌ی دو طرفه‌ی چهار تکه و شلوار، نیم‌تنه‌ی باز سه تکه و شلوار و نیم‌تنه‌ی یقه‌بسته معروف به یقه‌ی عربی با تکه‌های فلزی سفید ساده و شلوار بود (۷۴). به دنبال آن در تاریخ ۱۷ اردیبهشت ۱۳۱۵ نظام‌نامه‌ی لباس تمام‌رسمی دانشگاه در بیست‌وسومین جلسه‌ی شورای دانشگاه تهران به تصویب رسید که در این نظام‌نامه لباس رسمی دانشگاه به صورت لباده‌ی آستین‌گشاد بود که روی شانها و پشت آن چین‌دار بود و از جلو تا پایین دکمه می‌خورد و از پارچه‌ی ابریشمی مشکی به همراه پیش‌سینه‌ی سفید چین‌دار با یقه‌ی لب‌شکسته‌ی آهاری سفید و سرآستینی به رنگ مخصوص دانشگاه و کمربند ابریشمی موج‌دار به رنگ دانشکده و کلاه مشکی شش‌گوش (با منگوله‌ی طلایی برای استاد و سفید برای دانشیار) بود که رنگ این لباس‌ها در دانشکده‌ی طب و داروسازی و دندان‌سازی نارنجی بود (۷۵).

در ماده‌ی ۲۹ مقررات مربوط به آموزش بالینی دانشگاه تهران، پوشیدن روپوش سفید برای دانشجویان الزامی اعلام شده و در فصل آیین‌نامه‌ی کیفر انتظامی، مجازات تخلف از مقررات و دستورات و انتظامات و نظامات بیمارستان به صورت توبیخ شفاهی، توبیخ کتبی، توبیخ کتبی با درج در پرونده،

۱. شماره‌ی ۶۸۷۷ مورخ ۷۱/۲/۱۹ و بخش‌نامه‌ی ۱/۴/۲۹/۲۰ مورخ ۷۶/۴/۲

به رعایت نکردن پوشش اسلامی و تخلفات سیاسی و اخلاقی طبق ماده‌ی ۴ این آیین‌نامه در حیطه‌ی اختیارات و وظایف کمیته‌ی انضباطی قرار گرفت.

در تاریخ ۶/۵/۶۶ در جلسه‌ی ۱۲۱ شورای عالی انقلاب فرهنگی آیین‌نامه‌ی حفظ حدود و آداب اسلامی در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی به تصویب رسید که در فصل اول آن در حفظ حدود اخلاق اسلامی آمده است: «دانشجویان زن و مرد لازم است در کلاس‌های درس در دو ردیف جداگانه بنشینند، در بیمارستان‌های آموزشی و آزمایشگاه‌ها و بخش‌های تزریقات، بخش‌های زن و مرد جدا شده و تا حد امکان بیماران زن و مرد توسط همجنس مراقبت شوند. دانشجویان زن و مرد از سالن‌های تشریح و اتاق کامپیوتر و غیره تا حد امکان در نوبت‌های خاص و جداگانه استفاده کنند و کارهای گروهی خود را در گروه‌های مجزا انجام دهند مگر اینکه مجزا کردن منجر به مختل شدن کار و تعطیلی آن شود. در محیط‌های اداری دانشگاه‌ها از اختلاط غیرضروری زن و مرد جلوگیری شود تا جایی که منجر به اختلال و تعطیلی کارها نشود؛ مسئولان مرد باید از منشیان مرد استفاده کنند، اماکن عمومی مثل کتابخانه، خوابگاه و غذاخوری برای زنان و مردان جدا باشد، روابط میان استادان و دانشجویان و کارمندان مطابق مقررات دانشگاهی و ضوابط اخلاق اسلامی باشد و در صورت مشاهده‌ی خلاف آن بر مبنای اصل نهی از منکر به متخلف تذکر داده می‌شود و اگر تذکر مؤثر واقع نشود مراتب به مقامات مسئول دانشگاه اطلاع داده می‌شود. زنان در محیط کار و تحصیل از پوشش اسلامی استفاده کرده، از پوشیدن لباس تنگ و زننده و آرایش و تبرج

به علت دخالت بیش از حد مقنن در اعمال سلیقه‌ی شخصی افراد جامعه و تعارض بین حقوق فرد و جامعه، امروزه، این قوانین در خصوص پوشش مردم، به قوانین متروکه‌ای تبدیل شده‌اند به گونه‌ای که دخالت دادن ضمانت‌های اجرایی کیفری در حوزه‌ی قواعد رفتاری را مورد سؤال قرار داده‌اند. به همین دلیل به نظر می‌رسد دخالت دولت و حکومت در امر پوشش مردم به شرطی موفق خواهد بود که اول، متناسب با ارزش و کرامت والای انسان، قلمرویی حداقلی از آزادی‌های شخصی او را محفوظ بدارد و متفاوت بودن را بپذیرد؛ دوم، بستر فرهنگی صحیح در کنار ضمانت‌های اجرایی قهرآمیز ایجاد شود و در واقع جرم‌زدایی و کیفرزدایی شود؛ سوم، وقتی قانونی در این باره تصویب شد اغماض مجریان در اجرای آن به گونه‌ای نباشد که اصل قانون به سخره گرفته شود.

۷. ضوابط آراستگی مراکز دانشگاهی ایران بعد از انقلاب اسلامی

پس از تعطیل شدن رسمی دانشگاه‌ها و تشکیل ستاد انقلاب فرهنگی در سال ۱۳۵۹، روند تربیت و گزینش استاد و دانشجو و اسلامی کردن جو دانشگاه‌ها در چند مرحله انجام شد. ابتدا در تاریخ ۶۴/۵/۱ در بیست‌ونهمین جلسه‌ی شورای عالی انقلاب فرهنگی، آیین‌نامه‌ی انضباطی دانشجویان دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی تصویب شد. در این آیین‌نامه، دانشجو مکلف شده در تمام مدت تحصیل، کارآموزی، کارورزی و دستیاری، آیین‌نامه‌ی انضباطی را رعایت کرده و عملی خلاف شئون و حیثیت دانشجویی انجام ندهد؛ ضمناً رسیدگی

شرعی به دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز درمانی سراسر کشور ابلاغ شد؛ سپس مجدداً در سال ۱۳۷۱ از طریق معاونت فرهنگی حقوقی و مجلس، بخش‌نامه‌ای با محتوای تأکید بر اجرای آن به دانشگاه‌های مذکور ابلاغ شد. آیین‌نامه‌ی انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرع مقدس به صورت مجلد در مهرماه سال ۱۳۷۲ توسط معاونت امور فرهنگی، حقوقی و مجلس وزارت بهداشت و درمان و آموزش چاپ شد که در بخش دوم این آیین‌نامه، توضیحاتی درباره‌ی پوشش کارکنان و بیماران در اتاق عمل ارائه شده است. طبق ماده‌ی ۴ پوشش کارکنان مرد، شلوار بلند تا مچ پا با گشادی مناسب (حداقل پانزده سانتی‌متر)، قد پیراهن تا روی باسن با گشادی مناسب، قد آستین تا ده سانتی‌متر بالاتر از آرنج، یقه‌ی گرد (کاملاً دور گردن) با شکافی به طول ده تا پانزده سانتی‌متر در جلو که با سجافی پنج سانتی‌متری روی هم قرار گیرد و کلاه مناسب که تمام موها و سر را بپوشاند و کفش مخصوص اتاق عمل (پوتین با رنگ سفید) اعلام شد. طبق ماده‌ی ۵ همین آیین‌نامه، پوشش خانم‌ها به صورت شلوار با همان مشخصات، مانتوی گشاد و بلند تا سر زانو، قد آستین تا مچ و سر مچ‌ها که باید به صورت کش‌باف جمع شود و یقه‌ی گردن همانند یقه‌ی آقایان، مقنعه به رنگ مناسب تا روی سینه که با دکمه‌های مانتو ثابت شود، جوراب سفید ضخیم و ساده و کفش مخصوص (مشابه کفش آقایان) است.

بنابر مواد ۲۱ تا ۳۰ بخش سوم این آیین‌نامه، رعایت پوشش کامل اسلامی برای کارکنان زن و مرد الزامی است و استفاده از هرگونه زینت‌آلات و لوازم آرایشی و مواد معطر و همچنین، داشتن ناخن بلند و استفاده

پرهیز کنند و مردان نیز نباید از لباس‌های زننده استفاده کنند و مسئول اجرای این آیین‌نامه رؤسای دانشگاه‌ها و مدارس عالی خواهند بود که می‌توانند به کمک کمیته‌های انضباطی یا هیئت‌های رسیدگی به تخلفات اداری به تخلفات رسیدگی کنند» (۷۷). در تاریخ ۷۴/۴/۲۰ در جلسه‌ی ۳۵۴ شورای عالی انقلاب فرهنگی آیین‌نامه‌ی انضباطی دانشجویان تصویب شد که در آن عدم رعایت پوشش اسلامی یا استفاده از پوشش یا آرایش مبتذل جزء تخلفات اخلاقی نام برده شده است و دانشجویان مکلف و موظف به خودداری از ارتکاب اعمال خلاف شئون دانشجویی کرده است و تنبیهات لازم را درباره‌ی تخلف در ماده‌ی ۷ همین آیین‌نامه از احضار و اخطار شفاهی تا اخراج از دانشگاه بیان کرده است (۷۸). همسو با این هدف، «کمیته‌ی اسلامی کردن دانشگاه‌ها» در ستاد انقلاب فرهنگی و براساس جلسه‌ی ۴۰۲ شورای عالی انقلاب فرهنگی، «شورای اسلامی شدن» تشکیل شد. در تاریخ ۷۶/۱۱/۱۴ اصول و مبانی و روش‌های اجرایی گسترش فرهنگ عفاف تصویب شد تا به احیاء و حفظ فرهنگ اصیل اسلامی در محیط‌های علمی و حفظ عفاف در مراکز آموزشی پرداخته شود (۷۷).

۸. ضوابط آراستگی در دانشگاه‌های علوم

پزشکی

به دنبال نامه‌ی مقام معظم رهبری به وزیر بهداشت وقت، جناب آقای دکتر مرنندی در ارتباط با نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات و آموزش‌های پزشکی در بخش‌های بیماری‌های زنان و زایمان، برای اولین بار در سال ۱۳۶۸، بخش‌نامه‌ی انطباق امور پزشکی با موازین

آیین‌نامه است و مفاد آن در خصوص نحوه‌ی پوشش و رفتار و زیورآلات مانند دانشگاه‌های معتبر دنیاست؛ البته آیین‌نامه‌ی این دو دانشگاه‌ها با دانشگاه‌های کشورهای دیگر تفاوت‌هایی دارند که عبارت‌اند از: استفاده از مانتو و مقنعه و رعایت شئونات و ضوابط شرعی در پوشش خانم‌ها و در درجه‌ی بعد آقایان، جویدن آدامس در حضور استادان، پرسنل، کلاس درس و آزمایشگاه‌های آموزشی و بیمار، در کشورهای دیگر علاوه بر این موارد، ممنوعیت جویدن آدامس در حضور بیماران و در تماس با عموم اهمیت بیشتری دارد. در هر دو دانشگاه مسئولیت نظارت به عهده‌ی رئیس و معاون آموزشی است؛ اما در دانشگاه مازندران کارشناسان آموزشی دانشجویی دانشکده نیز مسئولیت این کار را بر عهده دارند.

در دانشگاه‌های دیگر کشور فقط آیین‌نامه‌ی عفاف و حجاب وجود دارد که در آن پوشش شرعی متناسب با ضوابط الزامی است. اخیراً معاونت دانشجویی و فرهنگی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به تهیه و ابلاغ آیین‌نامه‌ی رفتار و پوشش حرفه‌ای دانشجویان اقدام کرده است.^۱

۹. لباس و نوع پوشش از منظر اسلام

قرآن مبحث پوشش را در ضمن آیات مربوط به آفرینش انسان اولیه، حضرت آدم، آورده است و آن را به‌عنوان نعمت الهی از طرف خدا معرفی می‌کند (۸۳): «يَا بَنِي آدَمَ قَدْ أَنْزَلْنَا عَلَيْكُمْ لِبَاسًا يُؤَارِي سَوْءَاتِكُمْ وَرِيشًا وَلِبَاسُ التَّقْوَىٰ ذَٰلِكَ خَيْرٌ ذَٰلِكَ مِنْ آيَاتِ اللَّهِ لَعَلَّهُمْ يَذْكُرُونَ»^۲: «هان ای فرزندان آدم!

از برق ناخن برای کارکنان زن اکیداً ممنوع است. همچنین در این بخش آمده است که رفتار و گفتار همکاران زن باید بسیار متین و موقر و در حدود انجام وظایف محوله باشد. رفتار و گفتار کارکنان زن و مرد در حین انجام دادن عمل جراحی نیز باید با رعایت شئونات اسلامی باشد (۷۹).

از سویی نیز در ماده‌ی ۳ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته چنین آمده است که «شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی و شرعی و قانونی و نظامات دولتی صنفی و حرفه‌ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند.» در ماده‌ی ۶ آیین‌نامه‌ی مذکور بیان می‌شود «انجام امور خلاف شئون پزشکی توسط شاغلان حرفه‌ای پزشکی ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه‌ی پزشکی می‌شود خودداری کنند» (۸۰).

از میان دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، فقط دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مازندران دارای کد آیین‌نامه‌ی اجرایی «پوشش مناسب و اخلاق حرفه‌ای» در محیط‌های آموزشی و بالینی هستند که آیین‌نامه‌ی مذکور در شیراز در تاریخ ۸۷/۶/۷ در هیئت رئیسه‌ی دانشگاه (۸۱) و در مازندران در اول مهرماه سال ۱۳۸۹ تصویب شده است (۸۲). مصوبه ششمین نشست دوره چهارم شورای دانشگاه علوم پزشکی تهران مورخ ۹۳/۳/۲۵ نیز راهنمای «راهنمای پوشش حرفه‌ای» است. این آیین‌نامه‌ها شامل کلیات، نحوه‌ی پوشش، موازین رفتاری و چگونگی نظارت بر اجرا و پیگیری موارد تخلف

۱. در تاریخ نگارش این درس‌نامه، آیین‌نامه‌ی پوشش ابلاغ نشده بود.
۲. قرآن کریم، سوره‌ی اعراف، آیه‌ی ۲۶.

استفاده‌ی نامناسب از لباس، انحراف از فلسفه‌ی وجودی آن است (۸۴). بر طبق روایات لباس، نماد و سمبل اعتقاد انسان است و زبان گویای اوست که از سرّ درون انسان پرده برمی‌دارد (۸۳) و به مثابه هویت اوست (۸۵). در واقع، لباس با نفس انسان ارتباط نزدیکی دارد، هم حجاب نفس است و هم مایه‌ی ظهور و انکشاف آن (۸۵)؛ بنابراین، در روایات حتی نسبت به جنس و رنگ و شکل لباس حساسیت نشان داده شده است (۸۳).

لباس پوشیدن نوعی قانون و دستور دینی است و انسان براساس دستورات دینی خود، به پوشیدن لباس متناسب اقدام می‌کند. لباس نشانگر ارزش‌ها و روش‌های زندگی فرد و اجتماع است و آینه‌ای از نگرش‌ها و بینش‌هاست و تجلی‌گاه روحیات حاکم بر آن قوم است (۸۳).

۹-۱. ویژگی‌های لباس از نظر روایات

در روایات برای رنگ و جنس و شکل لباس مناسب ویژگی‌هایی بیان شده است:

۹-۱-۱. رنگ لباس

رنگ‌ها علاوه بر شکوه و زیبایی که به لباس‌ها می‌دهند، در کاربرد اجتماعی نیز انعکاسی از ارزش‌های پذیرفته‌شده و فرهنگ مردم جامعه هستند (۸۵). اثر رنگ بر بینندگان، یک موضوع علمی ثابت‌شده است. تنوع رنگ‌ها، از حکمت خداوند حکایت می‌کند و ترکیب رنگ‌ها به زندگی تنوع می‌بخشد. رسول‌الله (ص) فرموده‌اند: «البسوا البیاض فانه اطیب و اطهر»؛ یعنی «لباس سفید بپوشید که آن طیب‌تر و پاک‌تر است» (۸۴). رنگ سفید دارای آثار مفرح و نشاط‌آور است و در روح و جسم انسان اثر سلامت‌بخشی دارد (۸۴)؛ زیرا رنگ

ما برای شما جامه‌ای فرو فرستادیم که اندام شما را پوشیده می‌دارد و [جامه‌ای که برایتان زیبایی و زینتی است، و جامه‌ی پرواپیشگی است که از هر جامه و پوششی] بهتر [و پرشکوه‌تر] است این از نشانه‌های [قدرت] خداست، باشد که به خود آیند [و پند گیرند].»

«وَاللّٰهُ جَعَلَ لَكُمْ مِمَّا خَلَقَ ظِلَالًا وَ جَعَلَ لَكُمْ مِنَ الْجِبَالِ أَكْنَانًا وَ جَعَلَ لَكُمْ سَرَابِيلَ تَقِيْكُمْ الْخَرَّ وَ سَرَابِيلَ تَقِيْكُمْ بَأْسَكُمْ كَذٰلِكَ يَتِمُّ نِعْمَتُهُ عَلَیْكُمْ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ»^۱: «خداوند آنچه را آفریده است برای شما سایه‌ای قرار داده و از کوه‌ها پناهگاهی برای شما ساخته و برایتان لباسی را آفریده که شما را از گرما و جنگ حفظ می‌کند و این چنین نعمتش را بر شما تمام می‌کند شاید که تسلیم شوید». بنابراین، قرآن لباس را به‌عنوان يك نعمت الهی معرفی کرده و برای آن ویژگی‌هایی را بیان داشته است (۸۳):

- لباس، پوشاننده‌ی عیوب و زشتی‌هاست: «یا بَنی آدَمَ قَدْ اَنْزَلْنَا عَلَیْكُمْ لِبَاسًا یَّوَارِیْ سَوْءَ اَتِکُمْ...»؛
- لباس مایه‌ی زیبایی، زینت انسان و آراستگی و موجب حفظ حیثیت وی است (۸۴): «یا بنی آدم قد انزلنا علیکم لباساً سَوْءاً اَتِکُمْ و ریشاً...»؛
- لباس موجب حفظ بدن در برابر سرما و گرما و سختی‌ها و عوارض طبیعی است (۸۴): «و جعل لکم سرابیل تقیکم الحر...».

بنابراین، پوشش انسان، به اندازه‌ی تاریخ آفرینش او قدمت دارد و استفاده‌ی صحیح و مناسب از این نعمت الهی، شکر نعمتی است که در قرآن کریم و روایات بر آن تأکید شده است تا زمینه‌ی رشد شخصیت فردی و اجتماعی انسان فراهم شود (۸۳).

۱. قرآن کریم، سوره‌ی نحل، آیه‌ی ۸۱

سه مورد کفش، عمامه، عبا یا قبا^۱.

۹- ۱- ۲. جنس لباس

جنس لباس اثرات گوناگونی بر سلامت جسم و روح انسان دارد. تماس مستقیم لباس با بدن می‌تواند در سلامت انسان، آثاری سریع و دائمی ایجاد کند که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود (۸۳):

الف. تولید و انتقال بار الکتریکی: برخی لباس‌ها همچون لباس‌های نایلونی ضخیم که در زمستان از آن‌ها استفاده می‌کنیم مولد و انتقال‌دهنده‌ی بار الکتریکی هستند. افزایش بار الکتریکی در بدن ممکن است موجب افزایش رفتار غیرارادی، عصبانیت و اضطراب شود؛ پس لباسی که بار الکتریکی کمتری تولید کند برای پوشش مناسب‌تر است. این نکته در ارتباط با پوشاندن سر، بیشتر اهمیت دارد و خانم‌ها باید برای روسری از جنسی استفاده کنند که دارای بار الکتریکی کمتری باشد (۸۳). بعضی لباس‌ها خودشان بار الکتریکی تولید نمی‌کنند ولی عامل انتقال آن به بدن هستند و بارهای الکتریکی موجود در طبیعت را به بدن منتقل می‌کنند. برخی لباس‌ها نیز رطوبت را جذب می‌کنند و موجب تخلیه‌ی بار الکتریکی در بدن می‌شوند و موجب سستی و بی‌حالی می‌شوند. کراهت مرطوب کردن لباس در ماه مبارک رمضان به همین دلیل است (۸۳).

در برخی روایات سفارش شده که لباس پنبه‌ای و کتان‌ی بپوشید. از امیرمؤمنان (ع) بازگو شده است: «الْبِسُوا ثِيَابَ الْقُطْنِ فَإِنَّهُ لِبَاسُ رَسُولِ اللَّهِ وَ هُوَ لِبَاسُنَا»: «لباس پنبه‌ای بپوشید که آن، لباس پیامبر

سفید کمتر از رنگ‌های دیگر نور جذب می‌کند (۸۳). همچنین، آلودگی و چرکی را به سرعت نمایان می‌کند و انسان را به تمیزکردن آن و رعایت نظافت وامی‌دارد.

در آیات قرآن و روایات به تأثیر رنگ‌های دیگر هم اشاره شده است:

- «إِنَّهَا بَقَرَةٌ صَفْوَاءُ فَاقِيعٌ لَوْهَهَا تَسْرُ النَّاضِرِينَ»^۱ «آن ماده گاوی است زرد یک‌دست و خالص، که رنگش بینندگان را شاد می‌کند.» رنگ زرد، زنده و فعال و محرک است و مایه‌ی سرور و شادمانی انسان می‌شود (۸۳).

- «وَلْيَبْسُوتِ ثِيَابًا خَضْرَاءَ مِنْ سُنْدُسٍ وَ اسْتَبْرَقٍ»^۲: «و لباس‌هایی سبزرنگ و زیبا از دیبای نازک و دیبای سبتر، در بر می‌کنند.» رنگ سبز، حد واسط بین رنگ‌هاست و اثری ملایم و آرام‌بخش دارد. سبز رنگ مناسب زندگی است و به عنوان لباس بهشتی‌ها نیز بیان شده است: «مَتَكَيِّبِينَ عَلَى رَفْرَفٍ خَضِرٍ وَ عَبَقَرِي حِسَانٍ»^۳: «بر بالش سبز و فرش نیکو تکیه زده‌اند» (۸۳).

البته استفاده از بعضی رنگ‌ها نیز به خاطر اثرات سوء آن‌ها، توصیه نشده است. رنگ سیاه یکی از رنگ‌هایی است که نباید در لباس‌ها به کار برود. امام علی (ع) می‌فرماید: «لَا تَلْبَسُوا السَّوَادَ فَإِنَّهُ لِبَاسُ فِرْعَوْنَ»: «لباس سیاه نپوشید که لباس فرعون است.» رنگ سیاه بر حالات روانی انسان آثار منفی دارد؛ زیرا سیاهی نماد فقدان و کمبود است و انسان را از حالت‌های نشاط و سرور باز می‌دارد (۸۳). البته در احادیث داریم که لباس سیاه مکروه است مگر در

۴. کلینی، فروع کافی، جلد ۶، کتاب الزی و التجمال، باب لبس السواد، روایت ۱، صفحه ۴۴۹.
۵. وسائل الشیعه، جلد ۳، اب کراه الصلاه، صفحه ۲۸۰.

۱. قرآن کریم، سوره ی بقره، آیه ۶۹.
۲. قرآن کریم، سوره ی کهف، آیه ۱۳.
۳. قرآن کریم، سوره ی الرحمن، آیه ۹۶.

۹- ۱- ۳. شکل لباس

شکل پوشاک در زندگی انسان آثار بهداشتی و اجتماعی و اخلاقی دارد؛ به‌ویژه در زمان ماکه پوشاک نماد و سمبل تفکر و اعتقاد پوشنده‌ی آن است. بلندپروازی انسان سبب تغییر و تحول در شکل پوشاک شده است. انسان استعداد کمال طلبی دارد و به دنبال پوشیدن مدل‌های جدید لباس است؛ اما این روحیه وقتی حالت انفعالی و تقلیدی به خود می‌گیرد به یک ابزار ویرانگر تبدیل می‌شود و انسان را به مدپرستی و تقلید از دیگران سوق می‌دهد. همانندسازی و «تشبه» در یک فرهنگ، وسیله‌ای برنده در دست فرهنگ مهاجم است و زمینه‌ی ازبین‌رفتن فرهنگ ملی را فراهم می‌کند. امام صادق (ع) در این باره می‌فرماید: «أُوْحَى إِلَيَّ نَبِيٍّ مِنَ الْأَنْبِيَاءِ أَنَّ قُلَّ لِقَوْمِكَ لَاتَلْبَسُوا لِبَاسَ أَغْدَائِي وَلَا تَطْعَمُوا مَطَاعِمَ أَغْدَائِي وَلَا تَشَاكِلُوا بِمَا شَاكَلَ أَغْدَائِي فَتَكُونُوا أَغْدَائِي كَمَا هُمْ أَغْدَائِي» (۸۳): «خداوند به یکی از پیامبران وحی فرمود که به قومت بگو لباس دشمنان مرا نپوشند و غذای دشمنان مرا نخورند و خود را به شکل دشمنان من در نیاورند (یعنی به شکل مشرکان و کفار)؛ چون اگر این کار را بکنند، آن‌ها هم دشمنان من هستند. همان‌طوری که آن کفار و مشرکان دشمن من هستند.» همچنین، ایشان روایتی از امام علی (ع) نقل می‌کنند که در آن فرموده‌اند: «لَا تَزَالُ هَذِهِ الْأَمَةُ بِخَيْرٍ مَا لَمْ يَلْبَسُوا لِبَاسَ الْعَجَمِ، وَيَطْعَمُوا أَطْعِمَةَ الْعَجَمِ، فَإِذَا فَعَلُوا ذَلِكَ ضَرَبَهُمُ اللَّهُ بِالذِّلِّ»؛ «این امت همیشه در نیک‌بختی به سر برند تا وقتی که لباس بیگانگان را نپوشند و غذای بیگانگان را نخورند؛ اما وقتی چنین کردند خداوند آنان را به خواری اندازد.» و بر این نکته

خدا و لباس ما [اهل بیت] است.» امام صادق (ع) می‌فرمایند: «الْكُنَانُ مِنَ لِبَاسِ الْأَنْبِيَاءِ وَ هُوَ يَنْبِتُ لِلْحِمِّ»؛ یعنی «لباس کتان از لباس‌های انبیاست و آن موجب [صحت و سلامت و] رویدن گوشت است» (۸۶).

ب. قابلیت نفوذ پوشاک: دومین خصوصیت جنس لباس مربوط به قابلیت نفوذپذیری آن است. پوست بدن علاوه بر اینکه اعضای درونی بدن را می‌پوشاند، سه وظیفه‌ی مهم جذب اکسیژن، دفع سموم و تعریق را برای بدن انجام می‌دهد. جذب اکسیژن از طریق پوست ویژگی انسان نیست؛ بلکه حیوانات و نباتات هم از این ویژگی برخوردارند. پوست نه فقط جذب اکسیژن، بلکه دافع بعضی از سموم یا مواد زاید شیمیایی موجود در بدن نیز است و با عمل تعریق مواد زاید بدن را خارج می‌کند. بعضی از لباس‌ها مانع رسیدن اکسیژن به پوست می‌شوند و تنفس پوستی کمتری انجام می‌شود (۸۳).

ج. بازتاب و دفع تشعشعات درونی و بیرونی: جنس لباس، در سلامتی و رفاه و تأمین آسایش و طول عمر انسان اثر مستقیم دارد. بدن انسان در اثر فعالیت‌های جسمی حرارت فراوانی را تولید می‌کند. اگر لباس بتواند این حرارت و انرژی مازاد بر نیاز بدن را به‌طور مناسب دفع کند، مایه‌ی سلامتی و رفاه است و اگر نتواند این انرژی را دفع کند به‌عنوان سم در بدن باقی می‌ماند و سلامتی انسان را به خطر می‌اندازد (۸۳). ائمه نیز بر مبنای این حکمت برای انتخاب لباس توصیه‌هایی کرده‌اند: «قال الصادق (ع): يلبس الرجل الحرير و الديباج الا في الحرب»؛ «انسان لباس ابریشم نازک و ضخیم جز در جنگ نمی‌پوشد.»

تأکید می‌کند که تقلید و همانندسازی، زمینه‌ی ازبین‌رفتن فرهنگ بومی را فراهم می‌سازد (۸۳).

۹-۲. آراستگی از دیدگاه معصومان (ع)

آراستگی در برقراری و استحکام روابط مؤثر است و پیشوایان ما به اهمیت آن اشاره داشته و خود پیش از هر شخص دیگری به آن مقید بوده و از محبوبیت آراستگی نزد خداوند خبر داده‌اند: «اللّٰهُ يَحِبُّ الْجَمَالَ وَ التَّجْمِيلَ وَ يَكْرَهُ الْبُؤْسَ وَ التَّبَاؤُسَ»: «خداوند زیبایی و آراستن را دوست دارد و از نپرداختن به خود و خود را ژولیده نشان دادن، کراهت دارد. پیامبر اکرم (ص) نیز می‌فرماید: «ان الله يحب من عبده اذا خرج الى اخوانه ان يتَّهياً لهم و يتَّجَمَلْ»: «خداوند دوست می‌دارد که چون بنده‌اش به سوی برادرانش بیرون می‌آید، خود را برای آن‌ها آماده و زیبا سازد» (۸۷)؛ بنابراین، اگرچه آراستگی از آداب فردی به شمار می‌رود، در بطن آن، توجه به اطرافیان نیز در نظر گرفته شده است؛ زیرا يك فرد مسلمان باید به احساسات و انتظارات اطرافیان خود توجه داشته باشد. در واقع، شاید بتوان گفت آراسته‌بودن در مقابل دیگران، یکی از حقوق اجتماعی طرف مقابل است (۸۸). آراستگی خود بر دو نوع است: روحی و ظاهری (۸۷). آراستگی روح یا باطن را می‌توان به سه بخش تقسیم کرد (۸۷):

الف. آراستگی اندیشه: این آراستگی را می‌توان به سه زینت اساسی خلاصه کرد: علم و حکمت و ادب (۸۷). امام علی (ع) می‌فرماید: «العلم زين الأغنياء و غني الفقراء»: «دانش زینت‌دهنده‌ی ثروتمندان و بی‌نیازکننده‌ی فقر است (منظور از ثروتمندان، عالمان و منظور از فقرا جاهلان هستند)» همچنین

ایشان در حدیثی دیگر فرموده‌اند: «العلم اشرف حلية و عطية»؛ یعنی «دانش والاترین زیور و هدیه است». درباره‌ی حکمت نیز آمده است: «علیک بالحكمة فانها الحلية الفاخرة»: «حکمت زیوری است گرانبها که بر تو لازم است آن را به دست آوری.» حکمت به معنای قوه‌ی تمییز بین زشت و زیبا و عنصر حرکت‌دهنده‌ی انسان به سوی نیکی‌ها و بازدارنده‌ی او از بدی‌هاست. همچنین امیرالمؤمنین (ع) درباره‌ی ادب می‌فرماید: «احسن الادب زينة العقل»: «ادب نیکو، زیور و زینت خرد و عقل است.»

ب. آراستگی گفتار: منظور از آراستگی در گفتار، دروغ‌نگفتن، ناسزاینگفتن، دشنام‌دادن، غیبت‌نکردن، تهمت‌نزدن، آبرورختن و مانند این‌هاست (۸۷).

ج. آراستگی رفتار: منظور از آراستگی در رفتار، انصاف، وفا و بردباری، سخاوت و... است. در این زمینه روایات فراوانی وجود دارد؛ برای مثال امام صادق (ع) می‌فرماید: «رأيت الوفاء يزین الرجال»: «چنین است که وفا، مردان را زینت می‌دهد.» امام علی (ع) می‌فرماید: «و زين المصاحبة الاحتمال»: یعنی «زینت دوستی، تحمل است.» ایشان همچنین فرموده‌اند: «السَّخَاءُ يَكْسِبُ الْمَحَبَّةَ وَ يَزِينُ الْاَخْلَاقَ»: «سخاوت محبت می‌آورد و اخلاق را زینت می‌بخشد» (۸۷).

اما در آراستگی ظاهری بیشتر به پاکیزگی، رسیدگی به ظاهر، اجتناب از ژولیدگی و نامرتب‌بودن اشاره شده است و هدف از آن منظم و مرتب‌بودن است (۸۸). تمیزی و پاکیزگی علاوه بر تأثیر بر سلامت شخصی و اجتماعی انسان، موجب دلپذیری و جلب

تلاش می‌کند تا ارزش‌های اصیل حرفه‌مندی را به دانشجویان با هر زمینه‌ی فرهنگی و اعتقادی منتقل کنند و در این میان پایبندی به رعایت ظاهر حرفه‌ای و متناسب با شأن اجتماعی و درک اهمیت آن را از مبانی تثبیت حرفه‌مندی دانسته، به آموزش آن همت می‌گمارند. از طرفی، با توجه به ماهیت ارتباطی در رشته‌ی پزشکی، با تدوین ضوابط پوشش و آراستگی مبتنی بر ارزش‌های حرفه‌ی پزشکی و شواهد علمی تلاش می‌کنند سطح سلامت جامعه را ارتقا دهند؛ بنابراین، هدف از کد پوشش محدودیت آزادی نیست، بلکه تأمین راحتی بیمار، ایجاد ارتباط مؤثر درمانی، افزایش اعتماد و اطمینان بیمار، احترام به دیگران، ایمنی بیمار و پزشکان و ارائه‌ی بهترین خدمات سلامتی به جامعه است.

در ایران از همان ابتدای انقلاب اسلامی به ایجاد ارزش‌های اصیل اسلامی در جامعه پرداخته شده است. با توجه به غنای مذهب اسلام در توجه ویژه به پوشش و آراستگی و شرافت علم پزشکی، باید برای حفظ این ارزش‌ها و تقویت آن‌ها در دانشگاه‌ها، تلاش کرد و به منظور سعادت جامعه، تربیت و تزکیه‌ی پزشکان را در کانون توجه قرار داد. تدوین و تبیین ضوابط آراستگی حرفه‌ای با ضمانت اجرایی و مطابق با فرهنگ و شرایط جغرافیایی منطقه، برای دستیابی به هدف پیش گفته راهگشا بوده و می‌تواند پاسخ‌گوی نیاز مذهبی و فرهنگی جامعه باشد؛ از دیگر سو، بازبینی متناوب این ضوابط نیز ضروری است.

توضیح نمونه

از آنجاکه ظاهر حرفه‌ای افراد در حقیقت تصویری از آن حرفه را ایجاد می‌کند و در حرفه‌ی پزشکی

نظر بیننده می‌شود. تمیزی یکی از خواسته‌های فطری انسان است و با سرشت انسان آمیخته شده است و در کلام معصومان (ع) پاکیزگی جزئی از ایمان است؛ چنان‌که پیامبر اکرم (ص) می‌فرماید: «النظافة من الایمان»؛ «پاکیزگی جزئی از ایمان است»؛ یعنی یکی از نشانه‌های مؤمن، پاکیزگی و آراستگی است. همچنین، امام رضا (ع) می‌فرماید: «مِنْ أَخْلَاقِ الْأَنْبِيَاءِ التَّنَظُّفُ»؛ «پاکیزگی از اخلاق انبیاست.» در حدیثی از قول پیامبر اکرم (ص) درباره‌ی شخصی آلوده چنین آمده است: «ان الله تعالى يَغْضُ الْوَسْخَ وَالشَّعِثَ»؛ «خداوند متعال شخص آلوده و زولیده را دشمن می‌دارد» (۸۷).

بدین ترتیب، در متون اسلامی ضمن سفارش به حفظ وقار و خوش‌خویی بر پوشش لباس تمیز و سفید تأکید شده و روایت شده است نه تنها سخن، نگاه، نشاط، انبساط، انقباض و دیگر حالات گوناگون طبیب در بیمار اثری بسزا دارد، بلکه لباس سفید طبیب نیز سبب شکفتگی بیمار می‌شود چنان‌که سیاه موجب گرفتگی او (۸۹).

۱۰. جمع‌بندی

دانشگاه محل تحصیل علم و دانش و معرفت است و برای تربیت دانشجویان و شکل‌گیری شخصیت انسانی در آنان، باید برنامه‌های مدون داشته باشد. این امر، دانشگاه‌های جهان را بر آن داشته است تا ضوابط و مقرراتی را برای پوشش و آراستگی تدوین کنند و بدین‌وسیله وقار و شأن و منزلت اجتماعی حرفه‌مندی را به نمایش بگذارند. از آنجاکه ضوابط پوشش در این کشورها آزادتر از جامعه‌ی ایران است، مراکز آموزشی دانشگاهی به‌ویژه در حرفه‌ی پزشکی

270.

۸. قاسم‌زاده، نازآفرین و همکاران. (۱۳۸۷). «مروری بر کدهای پوشش و آراستگی پزشکان و دانشجویان و نقش اخلاقی و اجتماعی این کدها در آسایش پزشکان و اعتماد بیماران»، در: خلاصه‌ی مقالات دومین کنگره‌ی کشوری اخلاق پزشکی قم. صص ۶۳ و ۶۴.

9. Hochberg, MS. (2007). "The Doctor's White Coat - an Historical Perspective". Virtual Mentor, 9 (4), P. 310-314.

۱۰. ویلیامز، جان رنلد. (۱۳۹۰). انجمن جهانی پزشکی: دست‌نامه‌ی اخلاق پزشکی. ترجمه‌ی نازآفرین قاسم‌زاده و نریمان سپهروند، رشت: گپ، ص ۲۷.

۱۱. بی‌نام. (بی‌تا). تعهد حرفه‌ای پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.

12. Bumgarner, Gary W. & et al. (2007). "Using the Humanities to Strengthen the Concept of Professionalism among First-Professional Year Pharmacy Students". Am J Pharm Educ, 15, 71 (2), P. 28.

13. Rowland, Pamela A. & et al. (2005). "Factors Affecting the Professional Image of Physicians". Curr Surg, 62 (2), P. 214-219.

14. The University of Texas Medical School at Houston. (ND). Demeanor and Dress Standards. Available at <http://med.uth.tmc.edu/students-current/policy-dress-code.html>. (accessed in 2010).

15. Arkansas State University. (ND). "Arkansas State University College of Nursing & Health Professions Clinical Laboratory Science Department". Student Handbook. Available at [http://www.astate.edu/college/conhp/departments/clinical-laboratory-sciences/files/CLS 20Student 20Handbook 202011-12.pdf](http://www.astate.edu/college/conhp/departments/clinical-laboratory-sciences/files/CLS%20Student%20Handbook%202011-12.pdf). (accessed in 2010).

16. The Ohio State University. (ND). Clinical Dress Code. Available at [http://studentweb.con.ohio-state.edu/sa/Graduate 20Entry 20Admit 20Packet/Clinical_Dress_Code.pdf](http://studentweb.con.ohio-state.edu/sa/Graduate%20Admit%20Packet/Clinical_Dress_Code.pdf). (accessed in 2010).

17. Nonyang Technological University. (ND). Dress Code for Staff and Students on Campus. Available at <http://www.ntu.edu.sg/SAO/Pages/DressCodeforStaffandStudentsonCampus.aspx>. (accessed in 2010).

18. University of Bristol. (ND). COMP2 UNIT MEDICINE FOR OLDER PEOPLE, DERMATOLOGY, PRIMARY CARE. Block 2, 2012-2013. Available at <http://www.bristol.ac.uk/primaryhealthcare/docs/teaching/>

باعث برقراری ارتباط مناسب با بیمار، اعتماد بیمار به پزشک، راحتی بیمار در برخورد با گروه پزشکی و افزایش پیروی او از دستورات پزشک می‌شود و در تأمین سلامت بیمار و گروه پزشکی نقش اساسی دارد؛ بنابراین، به عهده‌ی گروه پزشکی است که در تحقق این تصویر حرفه‌ای کوشا باشند. در این باره نیز انتظار و پیش‌فرض مردم از پزشک، تناسب ظاهری او با حرفه‌ی پزشکی است؛ اغلب افراد روپوش سفید را نماد پزشکی می‌دانند. پزشک مربوطه باید با روپوش سفید پزشکی، بدون عطر (به علت تداخل در وظایف و نیز احتمال ایجاد مشکلات تنفسی برای بیماران آسماتیک و غیره) و با ظاهر و موهای مناسبی که در شأن پزشکی و تجلی حرفه‌مندی است اقدام به معاینه‌ی بیماران کند.

منابع

۱. متین، پیمان. (۱۳۸۶). پوشاک ایرانیان. تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی، صص ۳۰ تا ۳۱.
۲. شایسته، نیلوفر. (۱۳۸۹). «چه بپوشیم؟ چگونه بپوشیم؟». دست‌یافتنی در پایگاه اطلاع‌رسانی هفته نامه‌ی سپید Available at <http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=41147&type=3> (accessed in 2010)
۳. غیبی، مهرآسا. (۱۳۸۷). هشت هزار سال تاریخ پوشاک اقوام ایرانی. تهران: هیرمند، صص ۱۴ تا ۱۸.
4. de la Garza-Villaseñor, Lorenzo. (2010). "Origin of Three Symbols in Medicine and Surgery". Cir Cir, 78 (4), P. 362-368.
۵. اسدی، لیلا. (۱۳۸۴). «بررسی قوانین کیفری ایران در امر پوشش مردم». ندای صادق، دوره‌ی ۱۰، ش ۴۰، صص ۴۸ تا ۷۳.
6. Brandt, Lawrence J. (2003). "On the Value of an Old Dress Code in the New Millennium". Arch Intern Med, 163 (11), P. 1277-1281.
7. Rothschild, Henry & et al. (1989). "Medical Conundrums: Dress Code: Are They Appropriate for Medical Education?". Am J Med Sci, 297 (4), P. 265-

28. University of Ottawa. (ND). *Appropriate Appearance at Clinical Encounters*. Available at <http://www.med.uottawa.ca/electives/assets/documents/1sr-2nd20درصدelective20درصد20درصدappropriate20درصدappearance>. Pdf. (accessed in 2010).
29. Rehman, Shakaib U. & et al. (2005). "What to Wear Today? Effect of Doctor's Attire on the Trust and Confidence of Patients". *Am J Med*, 118, P. 1279-1286.
30. McKenna, G. & et al. (2007). "Patient Preferences for Dental Clinical Attire: A Cross-Sectional Survey in a Dental Hospital". *Br Dent J*, 203 (12), P. 681-685.
۳۱. نفیسی، ابوتراب. (۱۳۷۱). *تاریخ اخلاق پزشکی*. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ معاونت پژوهشی، صص ۱۳ تا ۲۴ و ۱۸۹.
32. Garland, Joseph. (1949). *The Story of Medicine*. Boston: Houghton Mifflin Co, P. 10- 100.
۳۳. نجم‌آبادی، محمود. (۱۳۴۱). *تاریخ طب ایران*. ج ۱، تهران: هنربخش، صص ۱۱۷ و ۱۱۸.
34. Sigerist, HE. (1961). *A History of Medicine*. New York: Oxford University Press, vol 2, P. 304-310.
۳۵. روزنتال، فرانسیس. (۱۳۸۵). *میراث کلاسیک اسلام*. ترجمه‌ی علیرضا پلاسید. تهران: طهوری، صص ۲۱۹ تا ۲۲۱.
۳۶. معاونت فرهنگی. (۱۳۷۰). *اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی*. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ص ۳۰۷.
۳۷. منشی، نصرالله‌بن محمد بن عبدالحمید. (۱۳۷۴). *متن کامل کلیده و دمنه؛ براساس طبع استاد عبدالعظیم قریب*. با مقدمه و حواشی و تعلیقات منوچهر دانش‌پژوه. تهران: هیرمند، ص ۵۱.
۳۸. سهیلی‌پور، سعید. (۱۳۸۶). «سیری بر تاریخ اخلاق پزشکی در ایران»، در: *مجموعه مقالات همایش اخلاق پزشکی*. ارومیه، صص ۳۳ تا ۳۶.
۳۹. طباطبایی، سیدمحمود. (۱۳۸۷). «برخی معیارهای اخلاق پزشکی از دیدگاه محمد بن زکریای رازی». *اخلاق و تاریخ پزشکی*، س ۱، ش ۲، صص ۱ تا ۶.
۴۰. الگود، سیریل لود. (۱۳۸۶). *تاریخ پزشکی ایران و سرزمین‌های خلافت شرقی*. ترجمه‌ی باهر فرقانی. تهران: امیرکبیر، صص ۲۹۰ تا ۲۹۵.
41. Guthrie, Douglas . (1945). *A History of Medicine*. London: Thomas Nelson and Sons Ltd, P. 1482-1488.
42. Health science center Texas A&M. College of medicine center. (ND). *Dress Code Policy*. Available at <http://medicine.tamhsc.edu/dean/policies/dress-code.html> (accessed in 2010).
19. Woolwine, H. (ND). "Dress Code will Help Identify Health Care Role". *Medical Center Dress Code (MUSC) Medical University of South Carolina*. Available at <https://depthtml.musc.edu/catalyst/2005/co10-28dress>. Html. (accessed in 2010).
20. University of Bristol. (2011). *Rules, Policies & Procedures*. v. 2. Available at <http://www.bristol.ac.uk/medical-school/staffstudents/rulesandpolicies/rulesandpolicieshandbook11-12>. pdf. (accessed in 2010).
21. "Saint Elizabeth Regional Medical center". Lincoln Nebraska. *Personnel Policy Manual. Dress Code*. Available at www.saintelizabethonline.com/downloads/HR/1110_Dress_Code. Doc. (accessed in 2010).
22. Virginia Tech Carilion School of Medicine and Research Institute. (ND). *Virginia Tech Carilion School of Medicine, Student Handbook 2011-2012*. Available at www.vtc.vt.edu/education/.../2011-2012_Student_Handbook. pdf. (accessed in 2010).
23. University College Dublin. School of Medicine and Medical Science. (ND). *Dress Code for Clinical Areas*. Available at http://www.ucd.ie/t4cms/Clinical_Dress_Code_logo. pdf. (accessed in 2010).
24. Texas A&M. Health Science Center. College of Medicine Center. (ND). *Handbook for College of Medicine Students*. Available at http://www.tamhsc.edu/about/accreditation/sacs/docs/handbooks/COM_Student_Handbook. pdf. (accessed in 2010).
25. Loma Linda University. (ND). *Operating Procedure Category: Human Resource Management Subject: Administrative Directive for Dress and Appearance*. Available at http://www.llu.edu/pages/handbook/lluahsc_policies/I-HumanResourceManagement/I-07AAdminDirectiveforDressandAppearance. pdf. (accessed in 2010).
26. University of Adelaide. (ND). *Third Year Medicine Clinical Skills Program Student Handbook*. Available at https://future.ask.adelaide.edu.au/app/answers/detail/a_id/2671/~/medicine-program-structure-and-curriculum. (accessed in 2010).
27. "Stanford University. Stanford Hospital and Clinics. *Dress Code Guideline*". (ND). Available at <http://stanfordhospital.org/clinicsmedServices/medicalServices/rehabilitation/interns/dressCodeGuidelines>. Html. (accessed in 2010).

- Student Education. Available at <http://www.uvm.edu/medicine/mededucation/documents/studenthandbook.Pdf>. (accessed in 2010).
53. Medical University of South Carolina. (ND). Student Policies and Procedures manual. Available at http://academicdepartments.musc.edu/chp/pa/student_policy_manual_2013.Pdf. (accessed in 2010).
54. Hebert, K. (2005). "Cover up. Student", 13: 298–299. Available at <http://student.bmj.com/issues/05/07/life/298.php>. (accessed in 2010).
55. University Hospital, UMDNJ (University of Medicine and Dentistry of New Jersey). (ND). Dress Code. Available at http://www.uhnj.org/uhnetweb/customersvc/docs/UH-Dress_Code_4_10_2.PDF. (accessed in 2010).
56. "Texas A&M University-Corpus Christi (TAMU-CC. Student Dress Code". Available at http://www.conhs.tamucc.edu/shb/scr/Uniforms,_Patches,_Name_Tags.html. (accessed in 2010).
57. University of Washington, Medical Center, UW Medicine. (ND). Administrative Policies and Procedures - Professional Image Policy. Available at <http://depts.washington.edu/lend/trainees/registration/imagepolicy.Pdf>. (accessed in 2010).
58. Robert College. (ND). Dress Code. Available at <http://webportal.robcoll.k12.tr/Student-Life/Dress-Code/Pages/default.aspx>. (accessed in 2010).
59. Jabarti, Somayya. (2004). "No High-Heels for Saudi Nurses". Arab News, 2004/9/15. Available at <http://www.arabnews.com/node/255249>. (accessed in 2010).
60. Allen Academy. (ND). Dress Code and Uniforms. Available at <http://www.allenacademy.org/parent-information/uniform-policy>. (accessed in 2010).
61. University of Adelaide. (ND). Student Manual. Available at <http://health.adelaide.edu.au/rural/current/BrokenHill.Pdf>. (accessed in 2010).
62. The University of Sint Eustatius School Of Medicine. (ND). Student Handbook. Available at <http://dev.eustatiusmed.edu/wp-content/uploads/usesom-student-handbook.pdf> (accessed in 2010).
63. Nair, Balakrishnan R. & et al. (2002). "Evidence-Based Physicians' Dressing: A Crossover Trial". Medical J Aust, 177 (11), P. 681–682.
64. Sheikh Khalifah Medical Center. (ND). General Information, Dress Code. Available at http://www.ihrCanada.com/hospital/uae/sheikskhalifa_mc.Html. (accessed in 2010).
43. Columbia University. College of Physicians and Surgeons. (ND). Medical Student Dress Code. Available at <http://ps-handbook.com/2008/node/162>. (accessed in 2010).
44. Bob Jones University. Available at <http://www.bju.edu/prospective/expect/general.html>. Student Handbook 2012–13. www.bju.edu/student-life/student-handbook.Pdf. (accessed in 2010)
45. University of St Andrews. (ND). Medical School Handbook- School of Medicine Dress Code. Available at http://medicine.st-andrews.ac.uk/documents/handbooks/001_04_03_03.pdf http://www.sehd.scot.nhs.uk/mels/CEL2010_42.pdf dcm10 22/08/2011. <http://medicine.tamhsc.edu/dean/policies/dress-code.Html>. (accessed in 2010).
46. East Carolina University College of Nursing. Undergraduate Student Handbook. Available at http://www.nursing.ecu.edu/download/ug_handbook.pdf. (accessed in 2010).
47. Allen College.(ND). Allen College Academic Catalog & Handbook. Available at <http://www.allencollege.edu/images/pdf/Catalog-Handbook.pdf>. (accessed in 2010).
48. Idaho-Brigham Young University. (ND). Spiritual Environment Brigham Young University-Idaho 2011-2012. Principles of Personal Honor. Available at <http://www.byui.edu/Documents/catalog/2012-2013/University2012-2013Standards.pdf> and Honor Code Faculty Information. "Dress and Grooming Standards". Available at <http://facultycenter.byu.edu/honor-code-faculty-information?destination=node220>. (accessed in 2010).
49. Montana State Hospital Policy and Procedure. Dress Code Standards. Available at <http://www.dphhs.mt.gov/msh/volume1/humanresources/dresscodestandards.Pdf>.
50. University of Wisconsin School of Medicine and Public Health Department of Medicine. (ND). UW Health Dress Code and Appearance Policy. Available at <http://www.medicine.wisc.edu/hr/dresscode>. (accessed in 2010)
51. National Health Service. Department of Health. (ND). Uniforms and Workwear. An Evidence Base for Developing Local Policy 2007. Available at http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4069253(accessed in 2010).
52. University of Vermont College of Medicine. (ND). Medical Student Handbook 2012-2013 Office of Medical

۷۹. معاونت امور فرهنگی، حقوقی و مجلس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۷۲). آیین‌نامه‌ی انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرع مقدس. تهران: چاپخانه‌ی رستمخانی، صص ۲۰ تا ۲۰.
۸۰. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۹۰). آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی. در قوانین نظام پزشکی. تهران: پیشگامان توسعه. صص ۶۱ تا ۵۳.
۸۱. دانشگاه علوم پزشکی شیراز. (بی‌تا). آیین‌نامه‌ی اجرایی پوشش مناسب و اخلاق حرفه‌ای دانشجویان دانشگاه در محیط‌های آموزشی. دست‌یافتنی در: <http://education.sums.ac.ir/rules/dresscode.html> به تاریخ بازیابی ۱۳۹۲.
۸۲. دانشگاه علوم پزشکی مازندران. (بی‌تا). آیین‌نامه‌ی اجرایی پوشش و اخلاق حرفه‌ای دانشجویان در محیط‌های آموزشی. دست‌یافتنی در: <http://mazums.ac.ir/Dorsapax/userfiles/file/869.pdf> به تاریخ بازیابی ۱۳۹۲.
۸۳. کاملی، ابراهیم. (۱۳۸۶). «لباس از نگاه قرآن و عترت». روزنامه‌ی کیهان، ۱۹ دی.
۸۴. محدثی، جواد. (۱۳۸۱). «لباس و پوشش در سیره‌ی نبوی». فرهنگ کوثر، ش ۴۹، صص ۹۷ تا ۱۰۲.
۸۵. الهی، محبوبه. (۱۳۸۹). «لباس به مثابه هویت». مطالعات ملی، ش ۴۲، صص ۳ تا ۳۰.
۸۶. صانعی، سیدمهدی. (۱۳۹۰). پاکیزگی و بهداشت در اسلام. قم: مؤسسه‌ی بوستان کتاب، دست‌یافتنی در: <https://rasekhoon.net/article/show/665469>
- زیبایی‌های طبیعت-و-آثار-بهداشتی-آن
۸۷. بهرامی، ناصر. (۱۳۸۶). «آراستگی از دیدگاه معصومان علیهم السلام». فرهنگ کوثر، ش ۶۹، صص ۷۵.
۸۸. رضوان‌فر، احمد. (۱۳۸۲). فرهنگ اخلاقی تربیتی معصومین علیهم السلام (حرف «آ»). قم: مرکز پژوهش‌های اسلامی صداوسیما، دست‌یافتنی در: http://pajuhesh.irc.ir/Product/book/show/id/897/book_keyword/occasion/index/1/indexId/114240.
۸۹. حسن‌زاده آملی، حسن. (۱۳۸۳). طب و طبیب و تشریح. تهران: الف. لام. میم، صص ۲۲.
90. King Khalid National Group Hospital. (ND). General Information, Dress Code. Available at <http://www.ihrcanada.com/hospital/saudi/kkjeddah>. Html. (accessed in 2010).
91. Northern Nebraska Area Health Education Center. (ND). Health Careers Club. Available at <http://nnahec.org/HCC2013>. Pdf. (accessed in 2010).
92. Anonymous. (2007). "Fighting Hospital Infections by Changing the Dress Code". FierceHealthcare. 2007/9/18 Available at <http://www.fiercehealthcare.com/story/fighting-hospital-infections-changing-dress-code/2007-09-18>. (accessed in 2010).
93. Anonymous. (ND). "Dangerous Ties. Student BMJ". Available at <http://student.bmj.com/issues/07/06/news/219.php>. (accessed in 2010).
94. Barbieri, Robert L. (2008). "The Hospital has a New Dress Code for its Vectors – er, Doctors". OBG Management, 20 (11), P. 6-8.
95. Bond, L. & et al. (2010). "Patients' Perceptions of Doctors' Clothing: should we Really be 'Bare below the Elbow'?" J Laryngol Otol, 124 (9), P. 963-966.
96. Anonymous. (ND). "The Healthcare System". Available at <http://www.imrmedical.com/aboutaustraliahealthcare>. Html.(accessed in 2010).
97. "Cacha Medical Spanish Institute. What to Bring". Available at <http://www.cachamsi.com/checklist>. Html. (accessed in 2010).
98. "Image Resource Group. Dress Code Image Consulting in Healthcare". Available at <http://www.professionalimagedress.com/healthcare-consulting-dress-code>. Html.(accessed in 2010).
۷۴. بی‌نام. (۱۳۱۳). «قسمت رسمی: نظام‌نامه‌ی لباس مستخدمین». نشریه‌ی تعلیم و تربیت، دوره‌ی اول، ش ۹، صص ۵۶۱ و ۵۶۲.
۷۵. شورای دانشگاه. (۱۳۱۵). «نظام‌نامه‌ی لباس تمام‌رسمی دانشگاه». نشریه‌ی تعلیم و تربیت، دوره‌ی اول، ش ۷۵، صص ۲۲۸ و ۲۲۹.
۷۶. صالح، جهان‌شاه. (۱۳۳۲). راهنمای دانشکده‌ی پزشکی، دندان‌پزشکی، داروسازی، پرستاری. تهران: دانشگاه تهران، صص ۱۰۴ تا ۱۳۴.
۷۷. قوی، نیره. (۱۳۸۸). نیم‌نگاهی به ضوابط پوشش در دانشگاه‌های جهان. تهران: ساحل اندیشه، صص ۱۵۶ تا ۱۶۵.
۷۸. فلاحی‌گنزیق، نادر و همکاران. (۱۳۸۳). حقوق دانشجویی در آیین‌های قوانین و مقررات. تدوین نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها، معاونت فرهنگی-اداری مطالعات فرهنگی. تهران: نشر معارف، صص ۱۵۹ تا ۱۶۳.

فصل دهم

اتونومی و رضایت آگاهانه

دکتر علیرضا پارساپور

معرفی نمونه

آقای «د» ۵۵ ساله معلم بازنشسته‌ی آموزش و پرورش، با تشخیص سرطان مری با اندازه‌ی پانزده سانتی‌متر و تهاجم به خارج از عضله‌ی مری و شرایط مناسب قلبی‌ریوی بستری شده است. درمان‌های ذیل با نتایج نزدیک به هم برای او مطرح است: الف. ازوفاگوژوژنوستوم توراسیک^۱، ب. ازوفاگوگاسترکتومی^۲ + کولون اینترپوزیشن^۳؛ ج. کمورادیاسیون^۴

حال دو پرسش مطرح می‌شود: یک اینکه برای اقدام به درمان، چه اطلاعاتی، به چه میزان و چگونه باید در اختیار آقای «د» قرار گیرد؟ دیگر اینکه اگر آقای «د» با درمان‌های جراحی و شیمی‌درمانی موافقت نداشت و تنها خواهان رادیوتراپی بود وظیفه‌ی دکتر درمانگر چیست؟ پدر دکتر درمانگر بازنشسته‌ی آموزش و پرورش بوده و سیزده سال پیش در اثر ابتلای به کانسر معده و درمان دیر هنگام، در شرایط سختی فوت کرده است. دکتر درمانگر نگران است که آقای «د» تصمیم درستی درباره‌ی خود نگیرد؛ لذا با امیدوار کردن او به تأثیر فراوان درمان «ج» و ذکر عوارض و ریسک کمتر از واقع آن، او را برای درمان متقاعد می‌کند. اقدام دکتر درمانگر را چگونه تحلیل می‌کنید؟

1. Esophagogenostomy

2. Esophagogastrostomy

3. Colon Interposition

4. Colon Interposition

۱. مقدمه

معمولاً واژه‌ی «رضایت آگاهانه»^۱ در عرصه‌ی بهداشت و درمان یادآور فرم بلند و بالایی یا عریض و طویلی است که پشت در اتاق عمل در مقابل همراه مریض قرار می‌گیرد و انجام عمل را به امضای آن منوط می‌کنند. در تلقی دیگر، رضایت آگاهانه یادآور پزشک محتاطی است که برای سلب مسئولیت از خود و پیشگیری از دردسرهای قانونی، پیش از مداخلات پزشکی از بیمار به صورت کتبی رضایت اخذ می‌کند. از منظر پژوهشی این واژه می‌تواند تداعی‌کننده‌ی فرم رضایت‌نامه‌ای باشد که در پژوهش‌های مداخله‌ای با سوژه‌ی انسانی باید به همراه طرح‌نامه ارائه شود و در نهایت رضایت آگاهانه می‌تواند پزشک نوع‌دوستی را که برای آزادی و حق انتخاب بیمار احترام قائل است و به خود اجازه نمی‌دهد پیش از اطلاع او از ماهیت و اهداف اقدام درمانی، مداخله‌ای را انجام دهد به ذهن متبادر نماید.

«رضایت آگاهانه» یکی از کلیدی‌ترین مفاهیم مطرح در اخلاق پزشکی است. دیدگاه‌های مختلف به فراخور مبانی نظری خویش، مواضع متفاوتی در برابر موضوع اتخاذ کرده‌اند. این بخش با مروری بر نظرات ارائه‌شده، به بحث پیرامون این موضوع براساس مبانی کشور اسلامی ایران پرداخته است. مروری بر تاریخچه و مطالعات گذشته، عناصر رضایت آگاهانه و پیشنهاد رویکردی منطقی در برابر موضوع رضایت آگاهانه در روند درمان بیماران در این مبحث ارائه می‌شود.

۲. تاریخچه

در عموم اسناد و مدارکی که از پیشینیان (نوشته‌های بقراط در قرن چهار و پنج قبل از میلاد) تا اولین کدهای اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا^۲ (۱۸۴۶ و ۱۸۴۷) در دست است، پزشکان غالباً خود را متعهد به ارائه‌ی اطلاعات به بیماران و جلب مشارکت ایشان در تصمیم‌گیری ندانسته و با انگیزه‌ی جلوگیری از آسیب به بیماران، آن‌ها را از واقعیت بیماری مطلع نمی‌کردند. توماس پرسپوال^۳ وضعیت را در قرن نوزدهم بدین گونه ترسیم می‌کند: «در این زمان توجه خاصی به جلب رضایت بیماران و احترام به تصمیمات وی اعمال نمی‌شد.» پرسپوال خود مدافع حقیقت‌گویی بود؛ اما با وجود این معتقد بود که حقیقت‌گویی باید در چارچوب وظیفه‌ی پزشک در نفع‌رسانی به بیمار باشد و بر این اساس به پزشک اجازه نمی‌دادند که با بیان حقایق بیماری باعث نگرانی بیمار شود. این رویکرد تا نیمه‌ی قرن بیستم هم ادامه داشت.

طرح جدی اصطلاح رضایت آگاهانه در دهه‌ی پنجاه میلادی، خصوصاً به دنبال برملاشدن سوءاستفاده‌های به عمل آمده توسط پژوهشگران آلمانی در اثنای جنگ جهانی دوم و بیشتر در حوزه‌ی پژوهش‌های انسانی بود. تا دهه‌ی هفتاد رضایت آگاهانه غالباً در حوزه‌ی پژوهش‌های پزشکی مطرح بود؛ اما در دهه‌ی هفتاد به دنبال اقبال عمومی به مباحثی چون آزادی فردی و عدالت اجتماعی و حقوق بشر، این واژه وارد عرصه‌ی درمان نیز شد. نتایج این حرکت این بود که برای نخستین

۱. بخشی عمده از این مبحث برگرفته از مقاله‌ی «رضایت آگاهانه، مفهوم، شرایط و راهکارهای اجرایی»، منتشرشده در ویژه‌نامه‌ی مجله‌ی دیابت و لیپید ایران (۱۳۸۴)، دوره‌ی ۵، شماره‌ی ۱ است.

2. American Medical Association
3. Thomas percival

درصد ایشان از اطلاعاتی که درباره‌ی بیماری‌شان داده شده بود اظهار رضایت کردند (۵).

در مطالعه‌ی دیگری که به صورت مقایسه‌ای در خصوص نگرش بیماران و پزشکان و پرستاران درباره‌ی ضرورت رعایت مفاد منشور حقوق بیمار میان سه بیمارستان آموزشی و خصوصی و دولتی صورت گرفت مشخص شد که میزان مطالبات برآوردشده‌ی بیماران از دریافت اطلاعات و حق تصمیم‌گیری و انتخاب در سطح مطلوبی نبوده و برآورد گروه ارائه‌کننده‌ی خدمات از این میزان به مراتب از میزان واقعی آن کمتر بود (۶).

براداک^۱ و همکارانش به منظور ارزیابی میزان اخذ رضایت آگاهانه در تصمیم‌های بالینی سرپایی، به ضبط نوارهای صوتی از ویزیت‌هایی که به طور معمول در مطب و برای مراقبت‌های اولیه صورت می‌گرفت پرداخته و دریافتند که ارائه‌ی توضیح درباره‌ی روش‌های جایگزین در چهارده درصد تصمیم‌گیری‌ها، بحث درباره‌ی خطرات و مزایا در نه درصد، و ارزیابی میزان درک بیمار در دو درصد موارد انجام شده است. مطالعات متعدد دیگر نیز، نشان‌دهنده‌ی ناکافی بودن میزان اخذ رضایت آگاهانه در درمان‌های بالینی است (۵ تا ۸). این وضع، مایه‌ی تأسف است؛ زیرا مطالعات متعددی از برقراری نوعی ارتباط بین اخذ رضایت آگاهانه‌ی بیمار و حصول نتایج بالینی سودمندتر از قبیل همکاری بهتر بیمار در مصرف داروها و رضایتمندی او از درمان حکایت دارند (۹ تا ۱۱). براساس نتایج یک مطالعه، ۷۴ درصد استادان و رزیدنت‌های بیمارستان‌های آموزشی شیراز، تشخیص بیماری

بار در سال ۱۹۸۱ توسط انجمن پزشکی امریکا، ضرورت کسب رضایت آگاهانه به عنوان یک حق اجتماعی و ضروری برای توانمندکردن بیمار برای انتخاب، مطرح شد.

علی‌رغم اینکه از آن زمان تاکنون ضرورت توجه به اخذ رضایت آگاهانه در فرایندهای تشخیصی و درمانی مورد پذیرش و اتفاق نظر مجامع پزشکی است، در بسیاری از شرایط، پزشکان برای قضاوت درباره‌ی این امر، ضرورت و حدود آن با تردیدهای جدی روبه‌رو می‌شوند. از سوی دیگر، با وجود اینکه موضوع رضایت در مقام نظر مورد اتفاق مجامع است، در مرحله‌ی عمل با شرایط مطلوب فاصله‌ی زیادی دارد و بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند که مبانی رضایت آگاهانه ایجاب می‌کند که گستره‌ی رضایت آگاهانه بسیار وسیع‌تر از آن چیزی باشد که به طور معمول در تصمیم‌های معمول بالینی مدنظر قرار می‌گیرد (۱).

رضایت آگاهانه موضوعی مهم در تصمیم‌گیری بالینی است و تیم پزشکی به وفور در معرض آن قرار می‌گیرد. مطالعه‌ای که راجع به ویزیت‌های معمولی در مطب صورت گرفت نشان داد که به طور متوسط ۲/۳ از تصمیم‌های بالینی در هر ویزیت اتخاذ می‌شود که به طور شاخص، شامل تجویز دارو با آزمایش‌های تشخیصی است.

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بیماران تمایل دارند وضعیت طبی خود را بدانند و در تصمیمات مربوط به درمان خود شرکت کنند (۲ تا ۴)؛ اما این تمایل در عمل به نحو مطلوبی برآورده نمی‌شود. در مطالعه‌ای که روی دویست بیمار بستری در بیمارستان‌های آموزشی تهران انجام شد، تنها ۴۱

1. Braddock

که با رفتاری چون بالازدن لباس برای معاینه آن را ابراز می‌دارد) تقسیم می‌شود، آنچه شرط لازم برای نفوذ رضایت است آگاهانه‌بودن آن است. آگاهانه‌بودن جزء رضایت نیست؛ اما شرط اعتبار آن است؛ به این معنی که رضایت از روی آگاهی به امر درمان مشروعیت می‌بخشد.

ارکان رضایت آگاهانه شامل ظرفیت و آزادی و آگاهی است.

۳-۱. ظرفیت

ظرفیت توانایی دریافت اطلاعات، فهم و پردازش آن، تأمل و مشورت کردن و سرانجام بیان انتخاب اول از سوی بیمار است. این موضوع به‌طور جداگانه در فصل دیگری از کتاب بررسی شده است.

۳-۲. آزادی

دومین شرط برای اعتبار رضایت، آزادی رضایت‌دهنده است. بدون تردید، اخذ رضایت در شرایطی که آزادی فرد تأمین نشده است، معتبر نیست؛ همچنان که رضایت فرد فاقد ظرفیت، بی‌حاصل است. آزادی فرد تحت تأثیر دو دسته عوامل عمده‌ی داخلی و خارجی است:

الف. عوامل داخلی: عواملی را که وابسته به خود بیمار است و از جسم یا ذهنیت او سرچشمه می‌گیرد، عوامل داخلی گویند. مهم‌ترین این عوامل عبارت‌اند از:

- درد: معمولاً فردی که از درد شدید رنج می‌برد برای خلاصی از آن ممکن است به هر اقدامی رضایت دهد. رضایت در چنین هنگامی تنها در مواقعی معتبر است که موکول کردن اخذ آن به پس از کنترل درد ممکن نباشد؛ به‌عنوان مثال، به

مزمن لاعلاج را به هیچ‌وجه به بیمار خود نمی‌گویند و بیماران از پیش آگاهی بیماری و تصمیماتی که برای آن‌ها گرفته می‌شوند بی‌اطلاع هستند (۸).

۳. تعریف رضایت آگاهانه

رضایت در لغت به معنی خرسندی باطنی، خشنودی قلبی، پسندیدگی، میل و موافقت است (۲). «رضا» در اصطلاح «قصد انجام عملی بدون شائبه‌ی اکراه و اجبار» است (۴).

برخی دیگر در تعریف رضا گفته‌اند: «رضا در اصطلاح حقوقی، میل و اشتیاق شخص به انجام‌دادن عمل است هنگامی که سود و زیان آن و برتری سود و زیان آن سنجیده شود و سود بر زیان برتری داشته باشد، اشتیاق و تمایل به انجام آن عمل پدید می‌آید که به این اشتیاق، رضا گفته می‌شود (۱۰)». با این همه، رضایت به درمان، از رضایتی که شرط اعتبار قراردادهاست و حتی در قرارداد بیمار و پزشک نیز باید وجود داشته باشد، متفاوت است. منظور از رضایت به درمان، رضایتی است که دخالت پزشک را برای درمان بیماری مشروع می‌سازد.

در جامع‌ترین تعریف، رضایت آگاهانه عبارت است از موافقت آزادانه و ابطال‌پذیر فرد واجد ظرفیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی^۱ (یا تحقیقاتی) به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و پیامدهای آن، با اعتقاد بر تأثیر این مشارکت در انتخاب مؤثرترین و مفیدترین روش درمانی.

اگرچه رضایت به انواع مختلفی چون صریح (رضایتی که بیمار با گفتار یا نوشتار بدون هیچ‌گونه ابهامی ابراز می‌دارد)، ضمنی یا تلویحی (رضایتی

1. Shared Decision Making

رضایت شوهر خویش یا نگرانی از ناراحتی او، علی‌رغم میل باطنی به این امر تن در می‌دهد.

- حس احترام و قدرشناسی به پزشك: احساس قدرشناسی بیمار نسبت به پزشك به‌ویژه درباره‌ی بیمارانی مزم که دیرزمانی با پزشك خویش در ارتباط هستند، عاملی تعیین‌کننده برای احساس این بیمار به پزشك است. از مهم‌ترین مظاهر این احساس زمانی است که پزشك برای اقدامی که منافع مستقیم بیمار را در پی ندارد، مثل پژوهشی درباره‌ی آن بیماری نیاز به همکاری او دارد. در این شرایط بیمار به خاطر حس قدرشناسی، به هرگونه همکاری رضایت داده و خود را در اختیار پزشك قرار می‌دهد؛ علی‌رغم اینکه در ذهن خود، منافعی را برای خویش در این همکاری تصور نکرده و حتی ممکن است از زیان‌های محتمل نیز چشم‌پوشی کند. این احساس قدرشناسی می‌تواند از سوی يك دانشجو در برابر استاد یا حتی از سوی يك بیمار در برابر جامعه باشد. چنین رضایتی نیز مقبول نیست.

- ذهنیت نادرست درباره‌ی امکان مداخله در تصمیم‌گیری: بسیاری از بیماران متوجه ظرفیت خویش برای مشارکت و مداخله در تصمیم‌گیری درمانی نیستند. پیش‌فرض ذهنی این گروه، اطاعت محض از پزشك و تیم درمانی است. در واقع، ایشان به آزادی خویش در انتخاب درمان واقف نیستند. نکته‌ی ظریف این است که بسیاری از افراد معتقدند که مراجعه‌ی بیمار به پزشك از جنس مراجعه‌ی جاهل به عالم است و مصلحت بیمار در عمل کردن به توصیه‌های پزشك است. این گروه علی‌رغم علم به آزادی انتخاب خویش،

نظر می‌رسد اجازه‌ی اقدام جراحی برای بیماری که دچار حملات کولیکی شدید سنگ کلیه است، مقبولیت ندارد و چنین مجوزی پس از کنترل درد بیمار از اعتبار بیشتری برخوردار است.

- اضطراب: بسیاری از افراد به دلیل ناآگاهی نسبت به بیماری یا شکایت خود، دچار اضطراب نامتناسب با مشکل خویش می‌شوند. این بیماران نیز امکان دارد به هر مداخله‌ای پاسخ مثبت داده یا به دلیل نگرانی بیش از حد، متقاضی اقدامات غیرمعمول طبی باشند؛ به‌عنوان مثال، خانمی که دردهای زایمانی را در اولین زایمان تجربه می‌کند به دلیل اضطراب زیاد ممکن است به‌سرعت به پیشنهاد سزارین جواب مثبت دهد یا اصرار بر انجام‌دادن آن داشته باشد. به نظر نمی‌رسد چنین رضایتی مقبولیت داشته باشد؛ چراکه آزادی او در این تصمیم‌گیری مخدوش شده است.

- تمایل به مورد تقدیر یا توجه شدن: تیم درمانی با موارد بسیاری مواجه می‌شوند که بیمار به دلیل نگرانی از اینکه نپذیرفتن پیشنهاد درمانی باعث خشم پزشك یا اطرافیان او شود، علی‌رغم خواست باطنی، رضایت خویش را به اقدام پیشنهادی اعلام می‌کند. گاهی نیز بیمار تصور می‌کند اطاعت و تسلیم کامل او در برابر خواست اطرافیان و تیم درمانی، باعث تقدیر آنان از او می‌شود؛ از این‌رو، علاقه‌ی او به تحسین شدن سبب می‌شود به خواست تیم درمانی یا خویشاوندانش بیشتر از خواست خودش اهمیت بدهد؛ به‌عنوان مثال، مردی با چهار فرزند به‌واسطه‌ی نگرانی از شماتت اطرافیان نسبت به بستن لوله‌های رحمی همسر خویش رضایت داده و همسرش به‌واسطه‌ی جلب

B مشکلات زیادی به دنبال دارد، هر بیماری اجازه‌ی انتخاب داروی B را به خود نمی‌دهد. چنین عاملی وقتی بیشتر نمود می‌یابد که پزشک بیمار را تهدید می‌کند که در صورت موافقت نکردن با درمان پیشنهادی، او به رابطه‌اش با بیمار خاتمه خواهد داد (۱).

در پایان این قسمت ذکر این نکته ضروری است که براساس نگرش الهی، رضایت، زمانی معتبر است که انگیزه‌ی اصلی آن حفظ سلامت و منافع فرد باشد. به عبارت دیگر، همان‌طور که ولایت پدر بر فرزند صغیر تا زمانی معتبر است که ولی در تصمیم‌گیری خویش، منافع صغیر را مدنظر قرار داده و در صورت احراز اتخاذ تصمیم بر خلاف آن، ولایت او ساقط خواهد شد، در تصمیم‌گیری فرد درباره‌ی خویش نیز پیش‌فرض فوق وجود دارد. شرع مقدس، علاوه بر احترام ویژه به حق انتخاب و اختیار انسان درباره‌ی جسم خود، نه تنها در زمان حیات بلکه پس از مرگ او نیز حرمت ویژه‌ای برای جسمش قائل است (۷) و هیچ انسانی، حتی خود فرد اجازه‌ی آسیب‌زدن به آن را ندارد. بر این مبنا رضایت فرد با هدف آسیب به خود، علی‌رغم داشتن شرایط ظرفیت و آزادی، معتبر نیست.

۳-۳. آگاهی

رضایت به درمان باید از روی آگاهی باشد. این آگاهی محصول ارائه‌ی اطلاعات لازم و انتقال مناسب آن به بیمار است. به لحاظ اخلاقی رضایتی مقبول است که برپایه‌ی آگاهی مطلوب رضایت‌دهنده درباره‌ی مداخله‌ی پزشکی حاصل شده باشد. تفاوت ظریف و اساسی منظر حقوقی و اخلاقی به مقوله‌ی رضایت آگاهانه نیز در همین

خود را در اختیار درمانگر می‌گذارند. این گروه موضوع بحث نیستند، بلکه افرادی مدنظرند که با ذهنیت غلط خویش، خود را به اطاعت از خواسته‌های پزشک مجبور می‌دانند. رضایت این گروه نیز پذیرفتنی نیست.

برای حذف کردن عوامل داخلی سلب‌کننده‌ی آزادی، به فراخور عامل باید عمل کرد. عقب‌انداختن تصمیم‌گیری به زمان پس از کنترل درد و اضطراب، حمایت روانی از بیمار و رفع نگرانی‌های او از ناراحتی دیگران، اخذ رضایت توسط فردی که بیمار نسبت به او احساس دین ندارد و آگاه کردن بیمار درباره‌ی حیطه‌ی آزادی‌های فردی او از جمله راهکارهای حذف عوامل پیش‌گفته است.

ب. عوامل خارجی: عواملی هستند که سرچشمه‌ای غیر از بیمار دارند:

- زور و اجبار^۱: این امر می‌تواند تجلی فیزیکی داشته باشد؛ مانند بستن بیمار به تخت و گرفتن دست و پای بیمار؛ یا مثل فشار خانواده و عصبانیت پزشک، باری روانی باشد که اختیار را از بیمار سلب کرده است؛ برای مثال هنگامی که زنی به دلیل توصیه‌ی تحکم‌آمیز پزشک یا دستور همسرش، به بستن لوله‌ها رضایت می‌دهد، عامل خارجی ظهور می‌یابد.

- تهدید^۲: آسیب‌پذیری بیمار در مواجهه با بیماری و عدم توازن قدرتی که همواره بر روابط پزشک و بیمار حکم‌فرماست، جو اجبار و تهدید را ایجاد می‌کند؛ به عنوان مثال، اگر پزشک به بیمار بگوید که داروی A بسیار مؤثر و ایمن است، ولی داروی

1. Force and Coercion
2. Threat

حقیقت نمایان می‌شود. به لحاظ حقوقی، پزشکی که پیش از جراحی، فرم رضایت‌نامه و برائت را برای عمل مورد نظر از بیمار اخذ می‌کند، در برابر عوارض اقدام خویش منوط بر اینکه نتیجه‌ی سهل‌انگاری یا اشتباه او نباشد مسئول نیست؛ اما به لحاظ اخلاقی این سلب مسئولیت تنها زمانی حاصل می‌شود که پزشک آگاهی مناسب و متناسب را در اختیار بیمار گذاشته باشد.

به بیان دیگر، از نظر حقوقی، این بیمار است که باید پیش از امضای رضایت‌نامه، درباره‌ی مداخله‌ی مقرر اطلاع کافی کسب کرده و سپس آن را تأیید کند؛ در حالی که از نظر اخلاقی این پزشک است که باید پیش از انجام دادن کاری، نسبت به آگاهی کافی بیمار^۱ به مداخله اطمینان یابد. این نکته مسئولیت پزشک را مضاعف می‌کند. راهکارهای پیشنهادی برای احراز این اطمینان و اقناع اخلاقی پزشک نسبت به ارائه‌ی مناسب اطلاعات و کسب آگاهی کافی بیمار درباره‌ی مداخله به شرح ذیل است.

۴. نقش و اهمیت خواست بیمار در تصمیم‌گیری

فلسفه‌ی این شاخص، بی‌اطلاعی بسیاری از بیماران درباره‌ی حق خویش برای تصمیم‌گیری در خصوص روند مداخله‌ی پزشکی است. این موضوع به‌ویژه در جامعه‌ی ما برجسته است. نکته‌ی درخور توجه، تفکیک این امر از متابعت بیمار از پزشک است. بسیاری از بیماران با علم به اینکه حق انتخاب برای ایشان مفروض است به پزشک مراجعه می‌کنند؛ اما از آن جایی که مراجعه‌ی خود را به طبیب از سنخ مراجعه‌ی جاهل به عالم می‌دانند از دستورات

پزشک تبعیت می‌کنند. این امر با بیماری که اصولاً برای خود حق انتخاب قائل نیست، متفاوت است. در گروه اول، پزشک از نظر اخلاقی موظف است با کسب اطلاعات شخصیتی، به بهترین شکل از این اعتماد در تصمیم‌گیری خویش استفاده کند؛ به عنوان مثال، پزشک باید در انتخاب بین دو روش درمانی که از لحاظ کارایی تفاوت فاحشی با هم ندارند، تنها به علم خویش متکی نباشد و شرایط اقتصادی بیمار، باورهای فرهنگی و مذهبی او را نیز مدنظر قرار دهد. برای توضیح نقش بیمار در تصمیم‌گیری، عبارت‌های زیر پیشنهاد می‌شود:

- تمایل دارم با هم درباره‌ی درمان تصمیم‌گیری کنیم.

- خواست و تمایل شما در تصمیم‌گیری من مهم است.

بیان شفاف مسأله، گفت‌وگو در خصوص جنبه‌های بالینی و ماهیت تصمیمی^۲ که باید گرفته شود، به تصمیم‌گیری بیمار بسیار کمک می‌کند و پزشک را از نگرش بیمار به مسأله مطلع می‌سازد. عبارت‌های ذیل می‌تواند تأمین‌کننده‌ی نیاز فوق باشند:

- این چیزی است که باید راجع به آن تصمیم بگیریم.

- مسأله‌ی امروز، این است که...

۴-۱. بحث درباره‌ی راه‌های جایگزین^۳

عمده‌ی مشکلات طبیی راه‌حل‌های متفاوتی دارند؛ از ساده‌ترین مداخله گرفته که تجویز دارو به صورت قرص، شربت یا آمپول است تا پیچیده‌ترین آن‌ها مانند جراحی باز، بالون و... اغلب پزشک با

2. Nature of the Decision

3. Relevant Decision Alternatives

1. Adequate Information

۴-۴. ارزیابی میزان درک بیمار^۲

هدف نهایی از بیان اطلاعات با ویژگی‌های مذکور، آگاه کردن بیمار است. پزشک باید درباره‌ی میزان دریافت بیمار از مطالب ارائه‌شده و نقش خود در تصمیم‌گیری آگاه شود. تأکید بر درک بیمار به شکل بنیادین، ماهیت تصمیم‌گیری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر هدف از رضایت آگاهانه صرفاً مطلع کردن بیمار به اندازه‌ی کافی باشد، آگاه ممکن است مکالمه‌ای یک‌طرفه که در آن پزشک به شرح خطرات، منافع و گزینه‌های موجود می‌پردازد نیز کفایت کند؛ اما اگر درک بیمار مدنظر باشد، ملاک عمل، مکالمه‌ای خواهد بود که در آن پزشک میزان درک بیمار را می‌سنجد و ضمن پرسش از او، به تشریح و شفاف‌سازی آنچه گفته شده است می‌پردازد.

غالباً می‌توان میزان این نوع درک را با طرح پرسش‌هایی ساده نظیر «آیا متوجه معنی این می‌شوید؟» سنجید. سؤال‌های عمیق‌تر چون: «با کلام خود برایم توضیح بده که از آنچه گفتم چه فهمیدی؟» به‌طور دقیق‌تری میزان درک بیمار را مشخص می‌کند.

دومین سطح درک، مربوط به لزوم فهم بیماران از نقش خود در تصمیم‌گیری است. اگر تلاشی برای تفهیم صریح نقش بیماران انجام نگیرد، بسیاری از بیماران چنین تصور می‌کنند که نقش آن‌ها در تصمیم‌گیری نقشی منفعلانه است. در مراقبت‌های اولیه، پزشک قادر است در ابتدای رابطه‌ی خود با بیمار، دیدگاه خود را راجع به نقش بیمار در تصمیم‌گیری مطرح و بدین ترتیب الگویی برای

چند گزینه‌ی درمانی روبه‌روست. این حق بیمار است که از این گزینه‌ها مطلع شود و در انتخاب هر کدام با پزشک همفکری کند.

۴-۲. بحث درباره‌ی نظرات موافق و مخالف موجود درباره‌ی راه‌های جایگزین^۱

در بسیاری مواقع پزشکان روش‌های جایگزین را ذکر می‌کنند، اما در بیان منافع و کاستی‌های هر روش، سهل‌انگاری می‌کنند. آنان غالباً بنابر سلیقه‌ی خویش، روشی را انتخاب می‌کنند و بیشتر، درباره‌ی منافع آن روش و کاستی‌های سایر روش‌ها سخن می‌گویند. رعایت امانت و صداقت در بیان ضعف‌ها و قوت‌های هر روش، به بیمار امکان می‌دهد تصمیم آگاهانه‌تری بگیرد؛ به‌عنوان مثال، داروی جدید گران‌تر است اما باید یک بار در روز مصرف شود یا غربالگری سرطان روده‌ی بزرگ با استفاده از نوار مدفوع برای شما آسان‌تر است؛ اما انجام سیگموئیدوسکوپی^۲ از دقت بیشتری برخوردار است.

۴-۳. گفت‌وگو در خصوص ابهام‌های موجود^۳

با اینکه بیان ابهام‌ها و تردیدهای موجود درباره‌ی مداخله‌های درمانی دشوار است، به نحو مؤثری باعث افزایش اطمینان و ترغیب بیمار به متابعت از پزشک می‌شود. عبارت‌های زیر به همین نکته اشاره دارد:

«احتمال سودمند بودن این دارو بسیار زیاد است.»

«بیشتر بیمارانی که دچار چنین وضعی هستند به این دارو خوب جواب می‌دهند اما نه همه‌ی آن‌ها.»

1. Pros and Cons (Risk or Benefits)
2. Sigmoidoscopy
3. Proposed Intervention

تصمیم‌گیری‌های بعدی ایجاد کند.

۴-۵. پی‌بردن به تمایل بیمار^۱

پزشک نباید تصور کند که بیماران در صورت مخالفت با یک تصمیم، آشکارا نظر خود را بیان می‌کنند. غالباً باید نظر بیماران را جویا شد و به آن‌ها فهماند که مخالفت آنان یا درخواست زمان بیشتر برای تصمیم‌گیری نهایی، مشکلی در رابطه‌ی پزشک و بیمار ایجاد نمی‌کند؛ به‌عنوان مثال، «آیا به نظر شما این منطقی است؟» یا «شما چه فکر می‌کنید؟»

۵. تناسب آگاهی‌دادن با پیچیدگی تصمیم بالینی

وجود رضایت آگاهانه در هر مداخله‌ی طبیی ضروری است؛ ولی میزان آگاهی‌دادن به تناسب پیچیدگی مداخله متفاوت است. جدول شماره‌ی ۱، این رابطه را در اقدامات ساده و متوسط و پیچیده نشان می‌دهد (۶).

جدول شماره‌ی ۱- رابطه‌ی میزان آگاهی‌دادن با پیچیدگی مداخله‌ی پزشکی

پیچیده	متوسط	ساده	
+	+	+	توضیح نقش و اهمیت خواست بیمار در تصمیم‌گیری
+	+	+	گفت‌وگو در خصوص جنبه‌های بالینی و ماهیت تصمیمی که باید گرفته شود

پیچیده	متوسط	ساده	
+	+		بحث درباره‌ی راه‌های جایگزین
+	+		بحث درباره‌ی نظرات موافق و مخالف موجود درباره‌ی راه‌های جایگزین
+			گفت‌وگو در خصوص ابهامات خود
+	+		ارزیابی میزان درک بیمار
+	+	+	پی‌بردن به تمایل بیمار

۶. میزان اطلاع‌رسانی

ضروری است اطلاعات لازم برای مشارکت بیمار در اتخاذ تصمیم‌های درمانی به او ارائه شود.^۲ سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود، میزان و نوع این اطلاعات ضروری است. برای پاسخ به این سؤال، مدل‌های مختلفی ارائه شده است:

الف. جامعه‌ی متخصصان «معیار طبابت حرفه‌ای»^۳: در این مدل میزانی از اطلاعات که در عرف جامعه‌ی متخصصان در آن رشته توصیه می‌شود به‌عنوان ملاک معرفی می‌شود. مهم‌ترین نقد این مدل، بی‌توجهی به نیاز هر بیمار به مقتضای دانش و سطح اجتماعی اقتصادی اوست. از دیگر سو، ممکن است جامعه‌ی متخصصان ضرورت

2. Disclosure

3. Professional Practice Standard

1. Opportunity to Express a Preference

برودی^۴ این معیار را پیشنهاد کرد. مطابق این استاندارد، فراهم‌سازی اطلاعات هنگامی کافی تلقی می‌شود که تفکر پزشک برای بیمار شفاف شود، به نحوی که بیمار بتواند استدلال پزشک را در تصمیم‌گیری بفهمد و آن را دنبال کند. در عمل، پزشکان فرایند تصمیم‌گیری خود را با بیماران در میان می‌گذارند، آنان را از تصمیم‌های جایگزین و نیز برتری‌ها، کاستی‌ها و ابهام‌های موجود در هر یک باخبر می‌سازند و سپس توصیه‌ی حرفه‌ای خود را به بیمار ابراز می‌کنند. پزشک در این رویکرد از طریق «شفاف‌سازی» منطق و ملاحظات مربوط به تصمیم خویش، به تعهد اخلاقی خود در جلب رضایت بیمار عمل کرده است. تفاوت این رویکرد با رویکرد فردی در این است که در رویکرد فردی پزشک با ارائه‌ی اطلاعات متناسب، بیمار را در تصمیم‌گیری کمک می‌کند؛ در حالی که در رویکرد شفاف‌سازی، پزشک با ارائه‌ی توضیحات کافی و متناسب، استدلال و نحوه‌ی تفکر خویش را برای بیمار شفاف می‌سازد و بیمار را در موضع قضاوت و سرانجام رضایت قرار می‌دهد.

۷. مشارکت در تصمیم‌گیری، هدف نهایی رضایت آگاهانه^۵

انتخاب واژه‌ی رضایت^۶ که به مفهوم مشارکت آگاهانه اشاره دارد، به جای واژه‌ی موافقت^۷ که مفهوم اجازه‌دهی منفعلانه^۸ را می‌رساند، حاکی از این است که مشارکت فعال، هدف نهایی رضایت فعالانه

کمتری برای ارائه‌ی اطلاعات به بیمار احساس کنند و در واقع به‌شراکت گذاشتن اطلاعات ناکافی به ملاک عمل مبدل شود. این استاندارد در انگلستان و بیشتر ایالت‌های آمریکا مورد استفاده‌ی قانون قرار می‌گیرد.

ب. معیار فرد معقول^۱: این معیار که گاه به‌عنوان معیار فرد معقول یا معیار عموم بیماران به شمار می‌رود در کانادا و بعضی ایالت‌های آمریکا رسمیت قانونی دارد. بر این اساس، میزان اطلاعاتی که یک انسان معقول دانستن آن را ضروری می‌داند، به‌عنوان ملاک شناخته می‌شود. اشکال عمده‌ی وارد به این معیار این است که باورها و اولویت‌های اطلاعاتی مختلف افراد را در نظر نمی‌گیرد و برای بیمار به‌عنوان یک فرد، احترام قایل نمی‌شود؛ گرچه این معیار نسبت به معیار قبلی اطلاعات بیشتری را به شراکت می‌گذارد و همسو با منافع بیمار است.

ج. معیار فردی^۲: در این معیار بسته به ویژگی‌های فردی هر بیمار، اطلاعات لازم در اختیار او قرار می‌گیرد؛ به‌عنوان مثال، در فردی که احتیاط و حساسیت بیش از معمول دارد بیان اطلاعاتی مانند عوارض نادر دارو یا اقدامی که به‌طور معمول ضروری به نظر نمی‌رسد، مهم و ضروری است. این استاندارد، منطبق با تفسیر دقیق الگوی تصمیم‌گیری مشترک در رضایت آگاهانه است و چنین اقتضا می‌کند که نیازهای اطلاعاتی منحصر به فرد، مبنای شراکت‌گذاری اطلاعات قرار گیرد.

د. معیار شفاف‌سازی^۳: نخستین بار هاروارد

4. Haward Brody

5. Informed Participation

6. Consent

7. Assent

8. Passive Authorization

1. Reasonable Person Standard

2. Subjective Standard

3. Transparency Standard

يك فرم رضایت‌نامه از این لحاظ که می‌تواند مبنایی برای ازسرگرفتن گفت‌وگویی برای مشارکت در تصمیم‌گیری باشد ارزشمند است؛ اما قلمدادکردن آن به‌عنوان رضایت آگاهانه اشتباه است.

رویکرد اخلاقی به رضایت آگاهانه رویکرد رخدادی^۱ نیست بلکه رویکردی فرایندی^۲ است؛ به بیان دیگر، در این رویکرد، اخذ رضایت یکی از مراحل درمان نیست که در آن بیمار باید مطالبی از يك فرم رضایت‌نامه را بخواند یا اطلاعاتی را بشنود و در نهایت پایین فرم را امضا کند؛ بلکه پزشک موظف است در تمام فرایند درمان، سایه‌ی رضایت آگاهانه را بگستراند و این تعامل سازنده را در تمامی مراحل حفظ کند. فرم رضایت‌نامه عمده‌تاً برای مقاصد حقوقی کاربرد دارد و هرگز به‌عنوان جایگزینی برای رضایت آگاهانه معنی‌دار نیست.

۹. موارد استثنای کسب رضایت آگاهانه

اگر مرور مجددی بر تعریف رضایت آگاهانه داشته باشیم موارد استثنای کسب رضایت آگاهانه مشخص می‌شود:^۳

الف. اورژانس^۴: در موقعیت اورژانس فرد ظرفیت مشارکت در تصمیم‌گیری را ندارد و از سوی دیگر تأخیر در اقدام باعث آسیب به بیمار خواهد شد. براساس ماده‌ی ۵۹ قانون مجازات اسلامی، در مواقع اورژانس اخذ رضایت ضروری نیست.^۵ در

است. اگرچه اخذ موافقت بیمار در هر مداخله‌ای ضروری است، کافی نیست. هنگامی این ضرورت محقق می‌شود که این موافقت بر تعاملی عمیق و مشارکت در تصمیم‌گیری میان پزشک و بیمار استوار شده باشد؛ محصول این نوع موافقت، رضایت است. مشارکت در رضایت آگاهانه يك ارتباط متقابل است نه تشریفات، و تبادل اطلاعات و گفت‌وگوها در آن، زاییده‌ی تعهدی است که درمانگر برای تقویت حس مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمانی حس می‌کند. منشأ این تعهد، باور درمانگر به این حقیقت است که منافع بیمار در پرتو این امر به بهترین نحو محقق می‌شود.

این مشارکت به بیمار اجازه می‌دهد سود و ضرر هر مداخله‌ای را از دیدگاه خود ارزیابی کند و با همفکری پزشک درباره‌ی درمان خویش تصمیم بگیرد. بر این اساس، «رضایت آگاهانه» را می‌توان معادل عبارت «مشارکت در تصمیم‌گیری» دانست. تصمیم‌گیری مشترك علاوه بر اینکه به اصل خودمختاری و احترام به آزادی فردی توجهی ویژه دارد، به بیمار اجازه می‌دهد تا در تعیین مفهوم «سودمندبودن» و ماهیت انتفاع بالینی از يك مداخله‌ی پزشکی تصمیم‌گیری کند؛ برای مثال، اگرچه کنترل فشار خون، خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی را به‌طور چشمگیر کاهش می‌دهد، در برخی شرایط عوارض جانبی دارو آن چنان کیفیت زندگی بیمار را تغییر می‌دهد که بیمار، دیگر تلقی «سودمندی» از آن ندارد.

۸. نقدی بر فرم‌های رضایت‌نامه

باید بین رضایت آگاهانه و امضای صرفِ يك فرم رضایت‌نامه تمایز جدی قائل شد. مسلماً امضای

1. Event Model

2. Process Model

۳. نکته‌ی درخور توجه درباره‌ی بیمارانی است که اهلیت رضایت‌دادن ندارند؛ مانند کودکان. این موارد استثنای رضایت آگاهانه نیستند؛ زیرا در هر صورت از ولی یا قیم ایشان رضایت اخذ می‌شود.

۴. منظور از اورژانس مواردی است که علاوه بر فوریت، بیمار هشیاری و صلاحیت تصمیم‌گیری را ندارد.

۵. بنابر ماده‌ی ۵۹ قانون مجازات اسلامی، اعمال ذیل جرم محسوب نمی‌شود: هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا کنندگان قانونی آن‌ها و رعایت موازین علمی و فنی و نظامات

و بی‌علاقگی و دستپاچگی او نباشد. پزشک با وجود بی‌علاقگی بیمار برای مشارکت در تصمیم‌گیری یا پذیرش کامل توصیه‌های او، باید سعی کند در حد مقدور بیمار را به نحوی فعال در روند درمانی مشارکت دهد.

۱۰. دیدگاه‌های منفی درباره‌ی رضایت آگاهانه

منتقدان رضایت آگاهانه، به دلایل زیر ضرورت اخذ آن را زیر سؤال می‌برند:

از آنجایی که اکثر بیماران متوجه اطلاعات داده‌شده‌ی پزشکی نمی‌شوند، بیان مسائل به ایشان به جز سردرگمی بیشتر، نفعی برای آنان نخواهد داشت. بسیاری از بیماران تمایلی به مشارکت در تصمیم‌گیری ندارند؛ گاه نیز بیماران در صورت مشارکت در تصمیم‌گیری، تصمیماتی را می‌گیرند که به مصلحت ایشان نیست، برخی نیز می‌گویند مقوله‌ی رضایت آگاهانه جنبه‌ی تشریفاتی و شعاری دارد و در عمل اجراشدنی نیست. با تأمل در مطالب پیش گفته در این نوشتار، به نظر می‌رسد دیدگاه‌های منفی ارائه‌شده در خصوص رضایت آگاهانه مبنای منطقی ندارند. این درست است که غالب بیماران اطلاعات زیادی از مسائل پزشکی ندارند و به‌طور اولیه قادر به تصمیم‌گیری نیستند، اما این هنر و وظیفه‌ی پزشک است که مشکل و راه‌حل‌های ممکن را با زبانی ساده و همه‌فهم، بیان کند و او را در تصمیم‌گیری مشارکت دهد.

تمایل نداشتن بسیاری از بیماران برای مشارکت در تصمیم‌گیری، نتیجه‌ی بی‌اطلاعی ایشان از امکان این مشارکت است. از سوی دیگر، پزشک

این موقعیت، اصل سودرسانی، اصل احترام به خودمختاری را تحت‌الشعاع خویش قرار می‌دهد.

ب. مصونیت درمانی^۱ (رجحان درمانی): عبارت است از مواردی که ارائه‌ی اطلاعات به بیمار باعث آسیب و رنج جدی بیمار می‌شود (۹). استناد به مصونیت درمانی در توجیه ارائه‌نکردن اطلاعات به بیمار بسیار خطیر است. این استناد تنها در مواقعی توجیه‌پذیر است که احتمال آسیب فراوان و خطر جدی وجود داشته باشد. برای نمونه، نمی‌توان به بهانه‌ی اینکه بیمار به واسطه‌ی اطلاع از ابتلایش به سرطان، نگران و غمگین می‌شود این حقیقت را از او پنهان کرد. از نظر حقوقی، اخذ نظر کمیته‌های اخلاقی بیمارستان برای چنین مواردی معقول خواهد بود. ضمن اینکه هنر پزشک اقتضا می‌کند بنا به شدت استرس خبر و متناسب با ظرفیت بیمار، برای بیان موضوع از روشی مناسب بهره گیرد.

ج. انصراف: بسیاری از بیماران می‌خواهند پزشک نقش تصمیم‌گیرنده را داشته باشد. در مواردی نادر که بیمار آشکارا از حق خود برای شرکت در فرایند رضایت آگاهانه چشم‌پوشی می‌کند، پزشک می‌تواند نسبت به انجام مداخله‌ی پیشنهادی خود اقدام کند. در شرایط غیرمعمول و هنگامی که تردیدی وجود دارد، مشاوره با کمیته‌ی اخلاق یا وکیل توصیه می‌شود.

شایان ذکر است پزشک در چنین مواقعی باید ابتدا اطمینان حاصل کند که بیمار نسبت به حق خویش برای مشارکت در تصمیم‌گیری واقف است و امتناع بیمار از مشارکت به دلایلی چون: بی‌اطلاعی

دولتی انجام شود. در موارد فوری نیز اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.
1. Therapeutic Privilege

دیگر، پزشک در اقدام به هر روش درمانی تابع بیمار نیست؛ بلکه حوزه‌ی انتخاب بیمار محدود به روش‌های معتبر و پذیرفتنی است. در این باره چون آقای «د» از رادیوتراپی در قیاس با روش‌های پیشنهادی سود لازم را نمی‌برد، دکتر درمانگر در صورت شکست در متقاعد کردن بیمار برای انتخاب یکی از چهار روش مفید و مقبول، می‌تواند از ادامه‌ی رابطه‌ی درمانی انصراف دهد.

اقدام آقای درمانگر با نیتی خیرخواهانه صورت گرفته، ولی پذیرفتنی نیست؛ چراکه اصولاً نوعی فریبکاری است و نیز در نهایت باعث کاهش اعتماد عمومی جامعه به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی خواهد شد.

منابع

1. Sugarman, Jeremy. (2000). Ethics in Primary Care. Mc Grow Hill; 255-329.
۲. الجرجانی، علی بن محمد بن علی. (۱۴۱۳). التعریفات حقه و قدم له ابراهیم الایباری. بیروت: دارالکتب العربی، ص ۱۴۸.
۳. دهخدا، علی اکبر. (۱۳۲۵). لغت‌نامه. ج ۷، تهران: دانشگاه تهران، ص ۱۰۶۷۲.
۴. وزارة الاوقاف و الشئون الاسلامیه. (۱۴۱۲). الموسوعه الفقهیة. ج ۲۲، الکویت: ذات السلاسل، ص ۲۲۸.
۵. فلاحیان، معصومه و همکاران. (۱۳۷۹). «بررسی وضعیت موجود ارتباط پزشک با بیمار در بیمارستان‌های آموزشی تهران ۱۳۷۸». مجله‌ی پژوهش حکیم، ش ۳، صص ۱۹۹ تا ۲۰۵.
۶. پارساپور، علیرضا و همکاران. (۱۳۸۶). نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، آتیه و ضیائیان در خصوص رعایت مفاد منشور حقوق بیمار و میزان رعایت آن در سال ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶. پایان‌نامه‌ی دوره‌ی MPH، دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ص ۵۸۵.
۷. صفایی، سیدحسین و سیدمرتضی قاسم‌زاده. (۱۳۷۵). حقوق مدنی اشخاص و محجورین. تهران: سازمان مطالعه و تدوین مکتب علوم انسانی دانشگاه‌ها، ص ۱۷۴.
۸. موسوی‌نسب، سیدمسعود و مریم جلالی جهرمی.

موظف است با توضیحات خود و بیان منافعی که این مشارکت در پی دارد زمینه‌ی آن را مهیا سازد. از سوی دیگر، از دید پزشک، بیمار ممکن است تصمیمی را اتخاذ کند که به زیان اوست؛ اما در واقع این تصمیم براساس معیارهای سود و زیان بیمار، می‌تواند به نفع او باشد؛ البته پزشک می‌تواند با بیان ضعف‌ها و قوت‌های هر انتخاب از این امر پیشگیری کند.

در نهایت، ذکر این حقیقت ضروری است که انجام اصولی هر اقدامی در نظر اول ممکن است پیچیده‌تر و مشکل‌تر از روش‌های غیراصولی به نظر برسد؛ اما به واسطه‌ی مبنای قوی‌تر آن در درازمدت، ثبات بیشتر و عوارض سوء کمتری را متوجه فاعل آن خواهد کرد. مانند بنایی که زمان و هزینه‌ی زیادی را صرف ایجاد پایه‌های آن می‌کنند اما در عوض، در طول زمان دوام و بقای بیشتری دارد.

توضیح نمونه

به نظر می‌رسد آقای «د» توانایی کافی دریافت اطلاعات، فهم و تصمیم‌گیری در خصوص وضعیت خود را دارد؛ بنابراین، آقای دکتر موظف است ضمن بیان بیماری به ایشان، البته به روش صحیح که در مبحث «گفتن خبر بد» آمده، روش‌های معتبر درمانی را با او در میان بگذارد تا بیمار با توجه به شرایط خویش یکی را انتخاب کند. حداقل میزان ارائه‌ی اطلاعات، مطابق استاندارد فرد معقول است؛ اما بسته به علاقه و اهمیتی که آقای «د» در برابر دریافت اطلاعات از خود نشان می‌دهد باید اطلاعات تکمیلی در اختیار او گذاشته شود.

اگرچه رضایت آگاهانه‌ی بیمار شرط لازم برای اقدام به درمان است، شرط کافی نیست. به بیان

- (۱۳۸۱). «بررسی نگرش اساتید و دستیاران بالینی دانشکده‌ی پزشکی شیراز در رابطه با گفتن تشخیص به بیماران غیرقابل درمان». پزشکی قانونی، ش ۲۷، صص ۳۴ تا ۳۸.
۹. لاریجانی، باقر. (۱۳۸۳). پزشک و ملاحظات اخلاقی. تهران: برای فردا.
۱۰. قنواتی، جلیل و همکاران. (۱۳۷۹). حقوق قراردادهای پزشکی. تهران: نشر حقوق دان.
- در فقه امامیه. ج ۱، زیر نظر سیدمصطفی محقق داماد. تهران: سمت، ص ۲۳۱.
۱۱. جعفری‌تبار، حسن. (۱۳۷۷). «از آستین طبیبان؛ قولی در مسئولیت مدنی پزشکان». مجله‌ی دانشکده‌ی حقوق و علوم سیاسی، دوره‌ی ۴۱، شماره پیاپی ۱۰۵۴، ص ۶۲.

فصل یازدهم

تعیین ظرفیت و تصمیم‌گیری جایگزین

دکتر علیرضا پارساپور، دکتر علی اکبر نجاتی صفا

معرفی نمونه‌ی اول

آقای «ت»، هفتادساله، مبتلا به آلزایمر خفیف است و درباره‌ی آن با پزشک خانواده‌ی خود مشورت می‌کند. پزشک می‌گوید آلزایمر مثل سرطان درمان‌نشده‌ی است؛ ولی من هر کاری که لازم باشد برای کاهش سرعت پیشرفت آن انجام خواهم داد. آقای «ت» می‌پرسد: «چه کاری می‌توانید برای من انجام دهید؟» پزشک درمان با ویتامین E و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی¹ (NSAIDs) را مطرح می‌کند. آقای «ت» درباره‌ی مصرف داروی ضدالتهابی غیراستروئیدی که اثر آن در آلزایمر کاملاً ثابت نشده است، با توجه به خطر خونریزی گوارش توأم با مصرف آن مردد است؛ ولی با مصرف ویتامین E مخالفتی ندارد.

معرفی نمونه‌ی دوم

دکتر جراح در بخش اورژانس با پدیری روبه‌روست که با انتقال فرزند پنج‌ساله‌اش به اتاق عمل موافقت نمی‌کند؛ در حالی که کودک با تشخیص آپاندیسیت بستری شده است. معاینات بالینی و CBC بیمار، از ضرورت جراحی فوری بیمار حکایت دارد. تمام تلاش جراح برای متقاعدکردن پدر برای موافقت با جراحی کودک بی‌فایده است و همچنان وی بر درمان طبیبی فرزندش اصرار دارد.

1. Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs)

معرفی نمونه‌ی سوم

سارا دختر دوازده‌ساله با شکایت پرنوشتی و پرادراری و کاهش چشمگیر وزن همراه با معلم خود به مطب پزشک متخصص داخلی مراجعه کرده است. پزشک براساس شرح حال اولیه‌ی او با احتمال زیادی، به دیابت کنترل نشده مشکوک است. سارا اظهار می‌کند علی‌رغم پیگیری‌های مکرر صورت گرفته از سوی اولیای مدرسه مبنی بر ضرورت پیگیری درمان او از سوی والدین، ایشان اعتقادی به پزشکی نوین ندارند؛ همچنین به نظر نمی‌رسد پزشک یا دیگران بتوانند نظر ایشان را تغییر دهند. خانواده‌ی سارا معتقدند مشکل سارا با کمک جوشانده‌های محلی برطرف خواهد شد. معلم سارا با تقبل کلیه‌ی هزینه‌های درمانی از پزشک انتظار دارد درمان دارویی مناسب او را آغاز کند.

۱. مقدمه

شیوعی شایان توجه دیده می‌شود. از جمله‌ی این اختلالات می‌توان به افسردگی شدید، روان‌پریشی و اختلال دوقطبی اشاره کرد؛ بنابراین، تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری موضوعی نیست که فقط در کتب اخلاق پزشکی و پزشکی قانونی به آن پرداخته شود و جنبه‌ی نظری صرف داشته باشد؛ بلکه مسأله‌ای روزمره است که هر روز پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت با آن مواجه هستند.

مطالعات مختلفی درباره‌ی شیوع فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری و میزان شناسایی آن توسط کادر درمانی انجام شده است. هاوستی^۱ و ملدن^۲ در پژوهشی که در سال ۲۰۰۲ در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها انجام دادند متوجه شدند که سی درصد از بیماران فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری هستند و از این تعداد تنها سی درصد شناسایی می‌شوند (۱). هارود^۳ و همکاران در مطالعه‌ی دیگری نشان دادند که تنها ۵۴ درصد از افراد فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری شناسایی می‌شوند (۲).

بارتن^۴ و همکارانش نیز در بررسی خود دریافته‌اند

ظرفیت- کفایت یکی از ارکان اصلی رضایت آگاهانه‌ی معتبر است که لازمه‌ی اتخاذ تصمیمی صحیح و مبتنی بر منافع بیمار از سوی اوست. در اکثر موقعیت‌ها، پزشک در مشخص کردن ظرفیت بیمار در تصمیم‌گیری بالینی مشکلی ندارد؛ اما به‌رحال گاهی اوقات با موقعیت‌هایی مواجه می‌شود که ارزیابی ظرفیت و کفایت بیمار آسان نیست.

مفهوم ظرفیت تصمیم‌گیری با در نظر گرفتن برخی بیماری‌ها که در سطح جامعه و به‌ویژه مراکز درمانی شیوعی چشمگیر دارند، بیشتر اهمیت پیدا می‌کند؛ به‌عنوان مثال، بیماری دمانس در یک نفر از هر هشت نفر جمعیت بالای ۶۵ سال مشاهده می‌شود. این آمار در نگاه اول ناچیز به نظر می‌رسد؛ اما اگر این شاخص با در نظر گرفتن شیوع بالای بیماری‌ها در گروه سالمندان و افزایش مراجعات به مراکز درمانی در این سنین ارزیابی شود، بسیار تأمل‌برانگیز خواهد بود. همچنین، مشکلات روان‌پزشکی که در برخی شرایط با فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری همراه هستند، در مراجعان به مراکز درمانی با

1. Hustey
2. Meldon
3. Harwood
4. Barton

وظیفه‌ی مهمی در ابعاد درمانی، قانونی و اخلاقی به عهده می‌گیرد. نمود این امر در برگه‌ی رضایت آگاهانه‌ی بیمار بروز می‌یابد. این فرم به بیماران با ظرفیت تصمیم‌گیری مناسب اجازه می‌دهد درباره‌ی روند سلامتی و درمان خود انتخاب‌هایی داشته باشند. به بیان دیگر، برگ رضایت آگاهانه صرفاً برای بیمارانی است که از توانایی اتخاذ تصمیم مناسب برخوردارند. احراز ظرفیت بیمار این اطمینان را در پزشکان ایجاد می‌کند که توازن بین اتونومی بیمار و منافع درمانی حفظ شده است.

گرچه مفهوم ظرفیت تصمیم‌گیری، در علم اخلاق و حقوق ریشه دارد، وظیفه‌ی بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری مشابه روش‌های تشخیصی در پزشکی است. برای بررسی دقیق آن، پزشکان باید چگونگی تأثیر ناراحتی‌های طبی را در توانایی‌های شناختی^۲ و عاطفی^۳ درک کنند و از مهارت‌های قوی تشخیصی و ارتباطی و مصاحبه‌ای برخوردار باشند؛ بنابراین، پزشکان دقیقاً مثل مواقعی که افسردگی یا پنومونی را تشخیص می‌دهند، باید نحوه‌ی بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار را بدانند.

پزشکان در سطوح پایین‌تر ارجاع باید از محدوده‌ی دانش خود در این‌گونه بررسی‌ها آگاه باشند و همان‌طوری که بیمار مبتلا به افسردگی ماژور^۴ یا آمپیم^۵ را به یک متخصص ارجاع می‌دهند، در این موارد نیز از همکاری با مهارت کافی استفاده کنند. ظرفیت تصمیم‌گیری، نماد بالینی عملکرد شناختی و عاطفی بیمار است. این نماد دربرگیرنده‌ی

که معمولاً به فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری در سالمندان ساکن خانه‌ی سالمندان توجه نمی‌شود؛ درحالی که حدود ۴۵ درصد افراد بررسی‌شده در این مطالعه فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری بودند (۳).

ظرفیت تصمیم‌گیری^۱ (DMC) اصطلاحی درباره‌ی حوزه‌ی عملکرد فردی است. توانایی بیمار توصیف‌شده در نمونه‌ی اول، برای تصمیم‌گیری درباره‌ی نپذیرفتن درمان با داروی ضدالتهابی غیراستروئیدی با هدف کنترل بیماری آلزایمر مثالی از ظرفیت تصمیم‌گیری است. ظرفیت، توانایی دریافت اطلاعات، فهم و پردازش آن‌ها، تأمل بر آن‌ها، مشورت کردن و در نهایت بیان انتخاب اول از سوی بیمار است. عموماً اصل بر صلاحیت‌دار بودن افراد است مگر اینکه خلاف آن ثابت شود.

اساسی‌ترین اصل در موضوع ظرفیت، توجه به نسبی بودن ماهیت آن است. به بیان دیگر، هیچ فردی را نمی‌توان به‌طور مطلق دارای ظرفیت یا فاقد آن دانست. ظرفیت تصمیم‌گیری در کنار مداخله‌ی مورد نظر معنی پیدا می‌کند. افراد در قبال طیفی از مداخلات، ظرفیت لازم برای تصمیم‌گیری را دارند و در برابر طیفی دیگر، فاقد این ظرفیت هستند. در این فصل استانداردهای اتخاذ تصمیم، چگونگی بررسی آن و راهکارهای پیشنهادی که پزشکان بتوانند چالش‌های اخلاقی رایج را در مواجهه با چنین شرایطی مشخص سازند شرح داده خواهد شد.

۲. اصول کلیدی

پزشکی که توانایی تصمیم‌گیری را بررسی می‌کند

2. Cognitive
3. Affective
4. Major Depression
5. Empyema

1. Decision Making Capacity

مجموعه‌ای از توانایی‌ها مانند حافظه، قضاوت، توجه، بصیرت، زبان، محاسبه و برقراری ارتباط است.

این توانایی‌ها ممکن است به درجات مختلف تحت تأثیر قرار گیرند. در یک فرد بزرگسال انواع مختلف ناراحتی‌ها می‌تواند در توانایی او تأثیر گذاشته و

منجر به اختلالاتی در ظرفیت تصمیم‌گیری شود. این ناراحتی‌ها شامل دمانس، باورهای هذیانی، سوءمصرف مواد و اختلالات روان‌پزشکی مثل افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنی است. پزشک مسئول باید ابتدا درباره‌ی اینکه «آیا بیمار دچار یکی از این ناراحتی‌هاست؟» بررسی لازم را انجام دهد. فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری ممکن است عارضه‌ی یکی از این ناراحتی‌ها باشد. ناراحتی‌های مختل‌کننده‌ی ظرفیت، شیوع فراوانی دارند؛ به‌طوری‌که قطعاً پزشکان با این بیماران مواجه می‌شوند. در کشور ما به دلیل افزایش روبه‌رشد افراد مسن، دمانس رو به افزایش است. در آمریکای شمالی شیوع دمانس متوسط یا شدید در افراد بیش از ۶۵ سال ۵/۴ تا ۲/۱۰ درصد است.

در ایالات متحده تخمین زده می‌شود که چهار میلیون نفر دچار دمانس هستند و حدس زده می‌شود که تا سال ۲۰۵۰ به دوازده میلیون نفر برسند. اختلال تصمیم‌گیری در بیماران مبتلا به آلزایمر بسیار شیوع دارد و علت مهم آن دمانس است؛ چراکه در دمانس یک یا چند اختلال عملکردی در بُعد شناختی (مثل حافظه و زبان) رخ می‌دهد.

از سوی دیگر، اختلالات روان‌پزشکی به‌طور غیرمستقیم سبب اختلال در ظرفیت تصمیم‌گیری

می‌شوند؛ برای مثال، بیماری با افسردگی مازور ممکن است توجهی به پیامد تصمیم‌گیری نداشته باشد یا بیماری با اختلال اضطرابی ممکن است قادر نباشد به اطلاعات لازم برای انجام یک تصمیم‌گیری توجه کند. افسردگی و اسکیزوفرنی و اضطراب، از اختلالات شایع روان‌پزشکی هستند.

ارتباط بین بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی و بیماری‌های مزمن با بیماری‌های خلقی خصوصاً افسردگی بیانگر این حقیقت است که این بیماران نیز ممکن است اختلال در تصمیم‌گیری داشته باشند؛ برای مثال، افسردگی در ۲۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان گزارش شده است. تجربه‌ی بالینی و تحقیقات نشان داده است که این بیماری‌ها مثل دمانس می‌توانند در ظرفیت تصمیم‌گیری افراد، اختلالی شایان توجه ایجاد کنند. باوجوداین، باید توجه داشت که اگرچه بیماری‌هایی مثل دمانس یا اسکیزوفرنی احتمال اختلال ظرفیت تصمیم‌گیری را مطرح می‌سازد، در بسیاری از مواقع ممکن است ظرفیت تصمیم‌گیری بیماران را مختل نسازند؛ بنابراین، پزشکان نباید تصور کنند که هر بیماری که یک عامل خطر برای بروز اختلال دارد، قطعاً فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است؛ ازاین‌رو، افسردگی حتماً اختلالی در ظرفیت تصمیم‌گیری به وجود نمی‌آورد. دقیقاً مثل بیماری عروق محیطی که همواره توأم با بیماری شریان کرونر نیست.

۳. مبانی نظری

پزشکان باید ضمن اینکه سلامتی بیماران را ارتقا می‌دهند، به حق انتخاب بیماران دارای ظرفیت نیز احترام بگذارند. در نظام سلامت این اصل به‌خوبی

دهند؛ به عنوان مثال، زمانی که روش تشخیص یا درمان، خطرات کمتر و منافع بیشتری برای بیمار دارد، احراز کفایت بیمار بسیار راحت‌تر و سریع‌تر از وقتی است که روش تشخیصی یا درمانی پرعارضه یا منافع حاصل از آن کمتر است.

این مسأله درباره‌ی آقای «ت» که مبتلا به بیماری آلزایمر است صدق می‌کند. زمانی که بیمار ویتامین E را با خطر پایین و فوائد اثبات‌شده انتخاب می‌کند، در مقایسه با زمانی که درمان NSAIDs را با خطر بیشتر و فواید مشکوک انتخاب می‌کند، به بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری نیاز کمتری دارد؛ بنابراین، معیارها برای مشخص کردن ظرفیت تصمیم‌گیری در این دو انتخاب متفاوت خواهد بود.

۵. معیارهای بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری

بحث قبلی دو نکته را مطرح می‌کند: اول اینکه انتخاب معیار برای تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری اثری شایان ملاحظه در نتیجه‌ی آن خواهد داشت؛ دوم، دقت و جدیت در بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری، به خطرات و فواید آن تصمیم بستگی دارد؛ بنابراین، پزشکان باید نحوه‌ی به کارگیری انواع مختلف معیارها را بدانند. بسته به موقعیت، چهار تا پنج معیار پذیرفته‌شده برای تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری وجود دارد.

جدول شماره‌ی ۱ - معیارهایی برای بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری

توانایی انجام دادن يك انتخاب و بیان آن
توانایی اتخاذ يك انتخاب معقول درمانی
توانایی ارزیابی شرایط خود و پیامدهای تصمیم
توانایی استنتاج صحیح و منطقی و توضیح علل

در فرایند رضایت آگاهانه متجلی می‌شود. همچنین يك اصل اخلاقی است که براساس آن افراد باید از صدمه محافظت شوند و به سوی بهبودی سوق داده شوند. پزشکی که چنین اصولی را پیگیری می‌کند ممکن است با این تعارض روبه‌رو شود که آیا انتخاب بیمار را محترم شمارد یا اینکه بیمار را از انتخاب‌های خطرناک محافظت کند؟

به هر حال، بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری می‌تواند راه‌حلی برای این تعارضات باشد. به بیماران دارای قدرت تصمیم‌گیری باید اجازه‌ی انتخاب داد؛ حتی اگر براساس ذهنیت پزشک انتخاب آن‌ها بهترین نباشد. برعکس، درباره‌ی بیماران فاقد ظرفیت که انتخاب‌های خطرناکی را برمی‌گزینند نیازی به دادن چنین اجازه‌ای نیست؛ البته این امر بدین خاطر نیست که پزشک مخالفتی با انتخاب بیمار دارد، بلکه به این دلیل است که بیمار قادر به انتخاب صحیح نیست. به عبارت دیگر، بیمارانی که دارای ظرفیت تصمیم‌گیری هستند باید از تحمیل تصمیم‌های دیگران محافظت شوند و بیمارانی که فاقد قدرت تصمیم‌گیری هستند باید از صدمه‌ی ناخواسته محافظت شوند.

۴. ماهیت متغیر ظرفیت تصمیم‌گیری

پزشک باید سطح مناسب ظرفیت را بر مبنای خطرات احتمالی و فواید تصمیم‌گیری تعیین کند. براساس این مقیاس متغیر، پزشکان هنگامی که بیمار، مسیر خطرناکی را انتخاب کرده یا روش درمانی با خطر کمتر را رد می‌کند باید بررسی‌های نسبتاً جدی‌تری را برای احراز ظرفیت او انجام

انتخاب بر مبنای اهداف و ارزش‌های خود

جدول شماره‌ی ۲- مدل استاندارد برای بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری

موقعیت (S) (Situation): بیمار وضعیت خود را درک می‌کند.

درمان (T) (Treatment): بیمار درمان پیشنهادی را درک می‌کند.

انتخاب‌های درمانی دیگر (A) (Alternative): بیمار انتخاب‌های درمانی دیگر را درک می‌کند.

امتناع از درمان (No) (No-Treatment): بیمار پیامدهای امتناع از درمان را درک می‌کند.

تصمیم (رأی) (D) (Decision): بیمار می‌تواند تصمیمی را بیان کند.

ارزیابی (A) (Appreciate): بیمار می‌تواند تصمیم و پیامدهای آن را ارزیابی کند.

استدلال (R) (Rational): بیمار می‌تواند به‌طور معقول اطلاعات را پردازش و استدلال کند.

پایداری (D) (Durable): تصمیم بیمار برای مدت طولانی پایدار است.

۵-۱. توانایی انجام‌دادن یک انتخاب و بیان آن

در این معیار بیمار باید گزینه‌ای را از میان گزینه‌های موجود انتخاب و آن را بیان کند. در این سطح، نیازی به بررسی کیفیت تصمیم بیمار توسط پزشک نیست. برعکس، فقط باید بررسی شود که تصمیمی گرفته شده است یا خیر؟ این توانایی می‌تواند به وسیله‌ی ناراحتی‌های طبی مختل شود؛ مثلاً اضطراب شدید که می‌تواند منجر به تغییرات مکرر در یک تصمیم شود. بیماران همچنین، ممکن است گزینه‌ای را انتخاب کنند اما قادر به بیان آن انتخاب نباشند مثلاً دچار ناتوانی در تکلم باشند.

۵-۲. توانایی اتخاذ یک انتخاب معقول درمانی

این استاندارد نیازمند این است که بیماران قادر به گرفتن تصمیمی باشند که یک فرد معقول در همان شرایط آن را اتخاذ می‌کند. به عبارت دیگر، اگر بیماری از یک انتخاب معقول کم‌خطر که نفع زیادی دارد امتناع کند، او فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است. اختلالات قضاوت که توسط دمانس یا بیماری‌های خلقی (مثلاً افسردگی یا اضطراب) ایجاد می‌شود می‌تواند توانایی بیمار را برای دسترسی به این سطح مختل کند. برپایه‌ی این معیار، داوری کردن درباره‌ی بیمار نه براساس فرایندهای شناختی یا منطقی او در تصمیم‌گیری، بلکه صرفاً براساس انتخابی است که او انجام داده است و اینکه این انتخاب چقدر توسط افراد معقول پذیرفتنی است؛ بنابراین، مشکلی که در این معیار وجود دارد این است که شاید فردی که انتخابش مثل انتخاب افراد معقول بوده واقعاً دارای ظرفیت نباشد؛ اما دارای ظرفیت تلقی شود. برعکس، در مواقعی به دلیل ارزش‌های منحصر به فرد، ضریب بالای خطرپذیری یا اعتقادات مذهبی، افراد ممکن است از استانداردهای معمول افراد معقول پیروی نکنند و از روش‌های درمانی مفید امتناع کنند و براساس این معیار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری نباشند.

۵-۳. توانایی ارزیابی شرایط خود و پیامدهای تصمیم

در این معیار بیماران باید نسبت به بیماری خود آگاه باشند و بتوانند عوارض، خطرات و فواید انتخاب‌های درمانی‌شان را ارزیابی کنند. این معیار، فراتر از معیار دوم (توانایی انتخاب درمان معقول) است؛ زیرا مسیری را که بیماران با گذر از آن

تصمیمات خود را اتخاذ می‌کنند، مشخص می‌کند. این معیار مستلزم آن است که بیماران بتوانند شرایط موجود را تحلیل کنند.

پزشک می‌تواند سؤالات زیر را از بیمار بپرسد:

- بیماری شما چیست؟
- چه درمانی (یا تست تشخیصی) به شما توصیه شده است؟
- منافع و زیان‌های این درمان (یا تست تشخیصی) چیست؟
- چه روش‌های درمانی (یا تشخیصی) دیگری برای بیماری شما وجود دارد؟ منافع و زیان‌های این روش‌ها چیست؟
- اگر اصلاً درمان (یا تست تشخیصی) را انجام ندهید چه اتفاقی می‌افتد؟
- فرض کنیم که عارضه‌ی X در اثر درمان (تست تشخیصی) اتفاق بیفتد، شما این عارضه را چگونه می‌بینید؟

ناتوانی بیمار در ارزیابی بیماری خود یا تمرکز نداشتن روی مجموعه‌ی خاصی از ارزش‌ها می‌تواند این معیار را مختل سازد. این حالت در بیماری‌هایی که درک واقعیت را مختل می‌کند دیده می‌شود؛ مثل اختلالات هذیانی، اضطراب زیاد و دمانس با اختلال عملکرد لوب فرونتال.

۴-۵. توانایی استنتاج صحیح و منطقی و توضیح

علل انتخاب بر مبنای اهداف و ارزش‌های خود

این معیار نیازمند این است که بیماران مفهوم اساسی یک تصمیم را درک کنند. این معیار بالاترین معیاری است که در قانون به کار می‌رود و مبنای خودمختاری در تئوری رضایت آگاهانه است. همچنین، بالاترین پیچیدگی در این معیار نهفته

است؛ زیرا درک «مفهوم اساسی» وضعیتی است که عناصر شناختی و هنجاری^۱ را تلفیق می‌کند. پزشک می‌تواند با سؤالات زیر این توانایی را در بیمار بسنجد:

- چگونه به این نتیجه رسیدید که این درمان (یا تست تشخیصی) را انتخاب کنید؟
- چه عوامل مهمی در تصمیم‌گیری شما نقش داشتند؟
- شما چگونه بین این عوامل مختلف تعادل برقرار کردید و نهایتاً موفق به تصمیم‌گیری شدید؟
- واژه‌ی «درک» به معنی توانایی بیمار برای توجیه انتخاب خود با توجه به ارزش‌هایش است. وظیفه‌ی پزشک قضاوت یا دخالت درباره‌ی درستی یا نادرستی این ارزش‌ها نیست؛ بلکه مشخص کردن این است که آیا بیماران دلایل خود را به کار گرفته‌اند و این دلایل هماهنگ با باورها و منطق بیمار است؟

۶. کاربرد معیارها

پزشک می‌تواند ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار را بر حسب معیار با یکی از این دو روش بررسی کند: بررسی ساختاریافته یا مصاحبه‌ی بالینی

۶-۱. بررسی ساختاریافته

در بررسی ساختاریافته پزشک از یک فرم یا پرسش‌نامه برای تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار استفاده می‌کند. از جمله ابزارهای خاص ارزیابی ظرفیت بیمار می‌توان به «پرسش‌نامه‌ی کفایت»^۲ اشاره کرد. این نحوه‌ی بررسی برای ارزیابی ظرفیت بیمار، در زمان تکمیل فرم رضایت برای بستری

1. Normative

2. Competency Questionnaire

پیش‌فرض درست نیست که هر بیماری که هر يك از این تشخیص‌ها را دارد، ظرفیت تصمیم‌گیری ندارد؛ ولی این تشخیص‌ها باید شك درباره‌ی فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری را بیشتر کند. سایر موضوعاتی که ضرورت بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری را برای پزشك مطرح می‌سازد عبارت‌اند از: امتناع از درمان، استاندارد، تغییرات سریع در تصمیم‌گیری‌ها، رفتار سخت یا مخرب، تغییر در فعالیت شناختی یا عاطفی بیمار (به اصطلاح وضعیت ذهنی).

ب. چگونگی بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری همان‌طوری که يك پزشك در انجام معاینه‌ی فیزیکی مراحل را طی می‌کند، در انجام ظرفیت تصمیم‌گیری نیز باید مراحل را طی کند. هنگامی که پزشك با بیمارانی روبه‌رو می‌شود که فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری هستند باید قضاوت‌های تشخیصی را به کار گیرد. مثل مهارت‌های دیگر تشخیصی، ممارست و تجربه بسیار مهم است. يك پزشك برای اینکه مهارت پیدا کند باید بررسی‌های زیادی روی بیماران با بیماری‌های مختلف انجام داده باشد؛ همچنین بتواند این یافته‌ها را به همکارانش منتقل کند. این بخش توصیه‌ها و پیشنهاداتی عملی را برای ایجاد این مهارت‌ها در پزشكان ارائه می‌دهد.

چنان‌که در بالا توصیف شده است دورویکرد برای بررسی وجود دارد: بررسی ساختاریافته و مصاحبه‌ی بالینی. مراحل مصاحبه‌ی بالینی در جدول شماره‌ی ۳ درج شده است. پس از انجام دادن این بررسی، براساس مراحل فوق پزشك باید قضاوت کند. در این مرحله سؤال این است که آیا این بیمار با توجه به شرایطی که با آن روبه‌روست، برای اتخاذ تصمیم هدفمند توانایی کافی دارد؟ پاسخ به این

در بیمارستان و نیز سنجش ظرفیت تصمیم‌گیری افراد مورد مراقبت در يك مرکز نگهداری شبانه‌روزی می‌تواند مفید باشد.

ابزارهای فوق مفیدند؛ زیرا می‌توانند قضاوت را درباره‌ی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار معیارمند کنند. از سوی دیگر، از آنجاکه این بررسی‌ها مستند اخلاقی و درمانی خواهند بود، بسیار مهم است که پزشكان این‌گونه تصمیم‌گیری‌ها را صحیح و منصفانه انجام دهند. مزیت عمده‌ی این روش عینی‌بودن آن است؛ برعکس مصاحبه‌ی بالینی که ذهنی^۱ است.

علی‌رغم مزیت‌های پیش‌گفته، بیشتر صاحب‌نظران طرفدار ارزیابی ظرفیت بیمار خاص در شرایط خاص، توسط پزشك و به‌صورت ارزیابی ذهنی با مصاحبه‌ی بالینی هستند.

۶-۲. مصاحبه‌ی بالینی

پزشكان برای ارزیابی ظرفیت بیمار وسیله‌ای را به کار ببرند یا خیر، باید مصاحبه‌ی بالینی را انجام دهند. اینکه پزشك در این مصاحبه‌ها باید چه معیارهایی را به کار ببرد، پرسش مهمی است که با توجه به محدودیت زمانی اکثر پزشكان، پاسخ‌دادن به آن دشوار است.

۶-۲-۱. راهکارهای عملیاتی

الف. ضرورت بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری متغیرهای گوناگون تشخیصی و بالینی ضرورت بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری را برای يك پزشك مطرح می‌سازد. متغیرهای تشخیصی آن بیماری‌هایی است که بُعد عاطفی و شناختی بیمار را مختل می‌کنند؛ مثل دمانس، هذیان، افسردگی، اسکیزوفرنی، مانیک‌دپرسیو و سوء‌مصرف دارو. این

1. Subjective

- توجه و محاسبه (Attention and calculation):
از بیمار بخواهید مثلاً لغت دنیا (World) را به صورت
برعکس هجی کرده یا از عدد ۱۰۰ سه تا سه تا کم کند و
به‌طور معکوس بشمرد.

در نهایت می‌توانید بررسی را به‌صورت یک دیالوگ با
پرسش‌های باز تنظیم کنید (نک: جدول شماره ۵)

جدول شماره ۵- نمونه‌ای از پرسش‌ها برای انجام دادن مصاحبه‌ای بالینی از نظر ظرفیت تصمیم‌گیری

- توانایی تصمیم‌گیری و بیان یک انتخاب «تصمیم شما
چیست؟»

- توانایی اتخاذ یک انتخاب معقول درمانی

- «تصور می‌کنید یک شخص معقول در شرایط مشابه چه
کاری انجام می‌داد؟ اگر کسی اظهار کند انتخاب شما
معقول نیست، چگونه او را متقاعد می‌کنید؟»

- توانایی ارزیابی شرایط خود و پیامدهای تصمیم «برای
من بگویید چه مشکلی دارید و انتخاب‌های شما برای پیدا
کردن راه حل چیست؟»

- توانایی استنتاج صحیح و منطقی و توضیح علل انتخاب
بر مبنای اهداف و ارزش‌های خود: «می‌توانید بگویید چرا
این گزینه را انتخاب کرده‌اید؟» با کلمات خود کل مطلب و
نتیجه‌ی آن را بگویید.

پس از گذراندن مراحل پیش گفته، نوبت به تحلیل
پاسخ‌های بیمار به پرسش‌های مختلف معیارهای
ظرفیت تصمیم‌گیری می‌رسد تا ظرفیت بیمار
با جمع‌بندی پاسخ‌های او به سؤالات معیارهای
مختلف مشخص شود (نک: جدول شماره ۱).

آگاه کردن بیمار از نتایج بررسی و ثبت نتایج
گام‌های دوم و سوم است. در گام بعدی، به نحوی
برخورد با بیمار هنگامی که انتخابی غیرمعقول
دارد، پرداخته می‌شود. یکی از مهم‌ترین چالش‌ها
در بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری زمانی است که

پرسش مشخص‌کننده‌ی این است که او از ظرفیت
تصمیم‌گیری کافی برخوردار است یا خیر.

جدول شماره ۳- مراحل بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری

- داشتن یک دلیل روشن درباره‌ی ضرورت بررسی

- تأیید توانایی بیمار در برقراری ارتباط

- تصحیح هرگونه مسائل طبی یا وضعیتی (مثل اضطراب،
عیوب متابولیک یا علایم شدید) مختل‌کننده‌ی توانایی
تصمیم‌گیری بیمار

- آگاه کردن بیمار از هدف مصاحبه

- بررسی عاطفه و شناخت، توجه، محاسبه، زبان، قضاوت
و حافظه

- نتایج این بررسی پیشنهاددهنده‌ی دلایل احتمالی
اختلال خواهد بود (نک: جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴- آزمون‌های بالینی معیارمند ظرفیت تصمیم‌گیری

- حالات عاطفی (Affect): ارزیابی پاسخ‌ها به
پرسش‌های باز ساده (مثلاً آیا افسرده هستند؟ آیا مضطرب
هستند؟). در صورت لزوم از مقیاس افسردگی افراد مسن
استفاده کنید.

- حافظه (Memory): بیمار را طی پنج دقیقه با یادآوری
سه لغت تست کنید. از بیمار درباره‌ی تاریخ (منظور روز و
تاریخ) و آدرس و شماره تلفن پرسید.

- زبان (Language): از بیمار بخواهید چیزهایی را در
مدت یک دقیقه نام ببرد یا از او بخواهید درباره‌ی نام تمام
حیواناتی که می‌تواند تصور کند، بگوید.

- دیداری فضایی (Visuospatial): از بیمار
درخواست کنید که صفحه‌ی یک ساعت را کشیده و ساعت
۲:۳۰ را مشخص سازد (درخواست را در صورت لزوم تکرار
کنید. این یک تست حافظه نیست).

- قضاوت (Judgment): برای ارزیابی قضاوت بهتر است
بیمار را در یک موقعیت اجتماعی فرضی قرار دهید و
درباره‌ی قدم بعدی از او بپرسید؛ به‌عنوان مثال، «شما اگر
از خیابان عبور کنید و ببینید که کودکی در لبه‌ی پنجره‌ای
ایستاده و احتمال سقوط او می‌رود چه کار می‌کنید؟»

ثالث مثل خانواده یا سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت نیز جمع‌آوری کنند. پزشکان برای رسیدن به بهترین قضاوت از ظرفیت بیمار، اطلاعات مربوط به توانایی‌های تصمیم‌گیری بیمار را توأم با زمینه‌ی تصمیم (خطرات و فواید آن) بررسی می‌کنند؛ سپس بیمار را از این قضاوت و پیامدهای آن آگاه می‌سازند. بیمار را باید تشویق کرد تا این اطلاعات را با پزشک مطرح کند.

باید توجه داشت که بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری، حتی وقتی که بیمار به‌طور کامل همکاری دارد، کاری مشکل است. این وظیفه بدون کسب اطلاعات مهم از بیمار امکان‌پذیر نیست. از آنجایی که قضاوت درباره‌ی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار می‌تواند عواقب مهم طبی و قانونی داشته باشد، با امتناع از شرکت در این جریان، آنان ممکن است فرصت مهمی را از دست بدهند. در برخی مواقع، برای تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار، احتمالاً باید از یک روان‌پزشک حتی مشاور قانونی کمک گرفت.

گاهی نیز عضوی از خانواده‌ی بیمار با قضاوت انجام‌شده درباره‌ی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار توسط پزشک موافق نیست و این مسأله نیازمند برخورد مناسب و منطقی پزشک است. قضاوت درباره‌ی بیماری که فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است بر عهده‌ی پزشک معالج و مشاوران طبی دیگر است. ممکن است موقعیتی پیش بیاید که عضوی از خانواده با این قضاوت موافق نباشد؛ برای مثال، ممکن است یک خانواده مدعی شود که ما به علت ارتباط نزدیک با بیمار باید قضاوت کنیم که بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری است یا خیر. این مسأله‌ای جدی است که می‌تواند مانع از

بیمار انتخابی نامعقول انجام می‌دهد. خیلی سخت خواهد بود که انتخاب نامعقول را از انتخابی که انعکاس‌دهنده‌ی ارزش‌ها یا اعتقادات خاص فرد است تشخیص داد. باید توجه داشت که دومی معیاری برای فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری نیست. در اینکه انتخاب نامعقول علامتی از اختلال در تصمیم‌گیری است اختلاف نظر وجود دارد؛ اما مسلم است که انتخاب‌های نامعقول، برای قطعی دانستن فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار کافی نیست.

قاعده‌ی کلی این است که تصمیمات باید منطقی بوده و ارائه‌دهنده‌ی ارزش‌های بیمار باشند؛ حتی اگر از دید دیگران (با ارزش‌های متفاوت) این تصمیم منطقی به نظر نرسد؛ برای مثال، درباره‌ی فردی که صرفاً دعا کردن را برای درمان سرطان خود انتخاب کرده است پزشک باید بیشتر به پایه‌ی اعتقادی او در دعا کردن، طول مدت و تناسب ایمان او به دعا کردن با سایر اعتقادات او توجه نماید. نوع پاسخ‌ها ممکن است تصویر مردی را ارائه دهد که طبق ایمان خود زندگی کرده است؛ اما اگر پزشک دریابد که او اعتقادات تازه‌ای ارائه می‌دهد که قبلاً به آن‌ها معتقد نبوده است، زمینه‌ای برای تجدیدنظر و بررسی دقیق تمام معیارهای ظرفیت تصمیم‌گیری را به وجود می‌آورد. پیامدهای این بررسی ممکن است این باشد که پزشک و بیمار ارزش‌ها و اهداف یکدیگر را بیشتر درک کنند.

چالش دیگر این است که چگونه باید بیماری را که از بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری امتناع می‌کند مدیریت کرد. پزشکان نباید با این فرضیه که بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است، کار را شروع کنند. لازم است پزشکان اطلاعات را از اشخاص

يك پزشك همان‌طور كه بايد دانش و مهارت شناسایی و پیگیری علائم بیمار را داشته باشد، باید دانش و مهارت بررسی توانایی‌های بیمار برای دسترسی به هر يك از معیارهای ظرفیت تصمیم‌گیری را نیز داشته باشد. برای انجام دادن این کار ابزارهای مناسبی وجود دارد؛ ولی آن‌ها نمی‌توانند جانشین قضاوت حرفه‌ای در این رابطه شوند.

۷. موارد خاص در تعیین ظرفیت

۷-۱. بیماران روان‌پزشکی

نکته‌ی مهم درباره‌ی تعیین ظرفیت در بیماران روان‌پزشکی این است که صرف ابتلا به يك بیماری روان‌پزشکی به معنی نداشتن ظرفیت تصمیم‌گیری نیست. باوجوداین، اکثر پزشکان این‌گونه بیماران را فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌پندارند که این موضوع ناشی از نوعی سوگیری ذهنی است. این سوگیری به این علت است که شایع‌ترین علل عدم ظرفیت تصمیم‌گیری اختلالاتی مانند دلیربوم، دمانس و برخی اختلالات دیگر روان‌پزشکی است. بیماران روان‌پزشکی نیز باید مانند سایر بیماران از نظر ظرفیت تصمیم‌گیری دقیقاً ارزیابی شوند (۴).

۷-۲. عقاید و باورهای آیینی و مذهبی

گاه بیمار از دریافت درمان امتناع می‌کند و علت اصلی این امتناع اعتقادات خاص مذهبی یا قومی است؛ به‌عنوان مثال، در آمریکای شمالی اقوامی زندگی می‌کنند که تزریق خون در مذهب ایشان گناه محسوب می‌شود. در این حالت اگر دلیل امتناع از پذیرش تزریق خون، با وجود دانستن فواید درمان و مضرات پرهیز از درمان، همین اعتقاد مذهبی باشد باید نظر بیمار را پذیرفت و او را فاقد

مراقبت مناسب از بیمار شود. وظیفه‌ی پزشك است كه تعیین كند چه مقدار از عدم توافق با خانواده، مربوط به پیچیدگی‌های ارزیابی ظرفیت بیمار یا احتمالاً اشتباه او در ارزیابی ظرفیت است. مرحله‌ی بعدی یافتن راه حل است. شخص ثالث مثل كمیته‌ی اخلاق یا پزشك دیگر می‌تواند كمك كند كه این اختلاف نظر برطرف شود؛ البته هر دو گروه باید تابع نظر شخص ثالث باشند.

گاهی نیز مشاوره با متخصص ضرورت پیدا می‌کند. قضاوت درباره‌ی اینکه بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است می‌تواند برای بیمار پیامدهای واضح اخلاقی و درمانی داشته باشد. با توجه به اهمیت این تصمیم، يك پزشك ممكن است به دلایل گوناگون، با يك متخصص مشورت كند (نک: جدول شماره‌ی ۶).

جدول شماره‌ی ۶. دلایل كسب مشاوره در تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار

- كسب عقیده‌ی فرد دوم هنگامی كه نتیجه‌ی ارزیابی این‌گونه است كه بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است.
- كمك به تشخیص اختلال شناختی یا عاطفی كه از نظر تشخیص یا درمان مشكل باشد.
- روشن ساختن جنبه‌های مشكل‌تر ارزیابی؛ مثلاً يك متخصص گفتار می‌تواند اشكالات مربوط به بیان را مشخص سازد یا يك مشاور مذهبی می‌تواند نگرانی‌های معنوی را برطرف سازد.
- حل كردن موقعیت‌های چالش برانگیز مانند هنگامی كه اعضای خانواده موافق تصمیم‌گیری بیمار نیستند.

دانش و مهارت‌های يك پزشك كمك می‌کند كه ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار را در روند اقدامات درمانی، خوب بررسی كند. پزشكان نیاز دارند كه ظرفیت تصمیم‌گیری همه‌ی بیماران را بررسی كنند.

ظرفیت تصمیم‌گیری تلقی نکرد. به‌طور کلی، درباره‌ی ظرفیت تصمیم‌گیری بر مبنای باورهای خاص مذهبی یا آیینی می‌توان الگوی جدول زیر را مورد استفاده قرار داد (۵):

جدول شماره‌ی ۷- الگوی ظرفیت تصمیم‌گیری بر مبنای باورهای خاص مذهبی و آیینی

بیمار	درک مناسب شرایط بیماری	باور پذیرفتنی و مقبول	وجود ظرفیت تصمیم‌گیری
الف	بله	بله	بله
ب	بله	خیر	خیر
ج	خیر	خیر	خیر
د	خیر	بله	خیر

گرفته می‌شوند (۶).

۷-۴. سن و صلاحیت

از مهم‌ترین شاخص‌هایی که برای احراز صلاحیت افراد بیان می‌شود سن است. قانون پزشک را موظف کرده که اقدامات درمانی برای کودکان را با اذن ولی ایشان انجام دهد. رابطه‌ی سن و صلاحیت را می‌توان از دو منظر حقوقی و اخلاقی در کانون توجه قرار داد.

۷-۴-۱. ارتباط سن و صلاحیت از دیدگاه حقوق

«صغیر» در لغت به معنی خرد و کوچک است و در اصطلاح فقهی و حقوقی به کسی گفته می‌شود که به سن بلوغ نرسیده و کبیر نشده است. صغیر به دو نوع «ممیز» و «غیرممیز» تقسیم می‌شود. صغیر غیرممیز شخص نابالغی است که دارای قوه‌ی درک و تمیز نیست و زشت را از زیبا و سود را از زیان تشخیص نمی‌دهد؛ اما صغیر ممیز قوه‌ی درک و تمیز را به‌طور نسبی دارد. در فقه امامیه، هفت‌سالگی را سن تمیز ذکر کرده‌اند. در حقوق مصر، سوریه و عراق سن تمیز هفت سال، در مراکش دوازده و در تونس سیزده سال است. در حقوق ایران مانند فرانسه سن خاصی برای تمیز مشخص نشده و تشخیص آن با دادگاه است. بلوغ در لغت به معنی رسیدن است و بالغ کسی

منظور از درک مناسب از شرایط، آگاهی کامل از وضعیت بیماری و فواید و زیان‌های تصمیم‌گیری درمانی است. همچنین منظور از باور پذیرفتنی و مقبول، باوری است که براساس عقاید مذهبی یا قومی گروهی عظیم از افراد جامعه باشد و این باور به مدت کافی در جامعه وجود داشته باشد و با دیگر عقاید سنتی پذیرفته‌شده در آن جامعه سازگار باشد.

۷-۳. خودکشی

پزشک و بیمار یک هدف مشترک دارند و آن کمک به حفظ سلامتی و ادامه‌ی زندگی بیمار است؛ اما در زمان خودکشی بیمار به ادامه‌ی زندگی تمایل ندارد و این هدف مشترک از بین می‌رود؛ در واقع تضادی بین هدف پزشک و بیمار به وجود می‌آید. درباره‌ی تدابیر درمانی در خودکشی، اصل

شرط است. تعیین سن رشد به ولی یا قاضی واگذار شده است تا بر حسب مقتضیات زمان و اوضاع و احوال فردی و اجتماعی اقدام به احراز آن کنند. در حقوق رم، ابتدا سن چهارده سال برای پسر و دوازده سال برای دختر و سپس سن ۲۵ سال به عنوان رشد پذیرفته شده است. قانون قدیم مصر هجده سال و سپس ۲۱ سال را پذیرفت و در آخرین قانون مدنی مصر، مصوب ۱۳۵۲ این سن به هجده سال تقلیل یافت. ماده‌ی ۴۶ قانون مدنی سوریه، مصوب ۱۹۴۹ نیز هجده سال را پذیرفته است. این سن در بسیاری از کشورها از جمله فرانسه، اسکاتلند، انگلیس، کشورهای عضو جامعه‌ی مشترک المنافع و عراق نیز هجده سال است.

در حقوق ایران ماده‌ی ۱۲۰۹ قانون مدنی آمده است: «هر کس دارای هجده سال تمام نباشد، در حکم غیررشد است. باین حال، در صورتی که بعد از پانزده سال تمام رشد کسی در محکمه ثابت شود از تحت قیمومیت خارج می‌شود.» این ماده ابتدا به موجب قانون مصوب ۱۳۶۱/۱۰/۸ و سپس به موجب اصلاح موادی از قانون مدنی مصوب ۱۳۷۰/۸/۱۴ حذف شد. به هر حال، در حقوق کنونی ایران سن خاصی برای رشد وجود ندارد؛ هر چند که در عمل، هجده سال را مبنای رشد و خروج از حجر می‌دانند.

۷-۴-۲. ارتباط سن و صلاحیت از دیدگاه اخلاق

از دیدگاه اخلاقی کودک به فراخور درک و فهم خود باید در تصمیم‌گیری‌های پزشکی مشارکت یابد و پزشک باید به ظرفیت‌های اختصاصی کودک حساس باشد. از سوی دیگر، واجد سن قانونی شدن فرد، به

است که دوره‌ی صغر (کودکی) را پشت سر گذاشته و قوای جسمی و غریزه‌ی جنسی او نمو کافی یافته است. شافعیان و حنبلیان سن بلوغ را در دختر و پسر پانزده سال قمری، مالکیان هفده سال، حنفیان هفده سال در دختر و هجده سال در پسر می‌دانند. قانون مدنی ایران به پیروی از قول مشهور فقهای شیعه در تبصره‌ی ۱ ماده‌ی ۱۲۱۰ اصلاحی، سن بلوغ را در پسر پانزده سال تمام قمری و در دختر نه سال تمام قمری می‌داند؛ البته انتقادات جدی و متعددی به این تصمیم قانون‌گذار وارد شده است که مجال آن در این نوشتار نیست. بر این اساس، در نمونه‌ی سوم که در ابتدای مقاله به وضعیت آن اشاره شد، به نظر می‌رسد با توجه به احراز سن بلوغ در دختر مبتلا به دیابت کنترل نشده رضایت او برای شروع درمان نافذ خواهد بود (۷).

برای خروج صغیر از حجر، حصول بلوغ کافی نیست و رشد نیز شرط است. نویسنده کتاب جواهر الکلام در این زمینه می‌گوید «اما صغیر تا زمانی که دو صفت بلوغ و رشد برای او حاصل نشده محجور است و در آن اختلافی نیافته‌ام، بلکه اجماع به هر دو گونه‌اش (منقول و محصل) بر آن است و کتاب و سنت نیز بر آن دلالت دارند.» مقصود (۹) از رشد این است که شخص توانایی اداره‌ی اموالش را به نحو عقلایی داشته باشد.

در حقوق اسلام سن خاصی را به عنوان سن رشد معین نکرده‌اند و علت آن نیز تفاوت زمان رشد در افراد مختلف به فراخور وضع جسمی، روحی و اوضاع و احوال اجتماعی و اقتصادی و حتی تعلیم و تربیت است؛ البته در قرآن و احادیث، رشد قبل از بلوغ به هیچ عنوان پذیرفته نیست و برای احراز رشد، بلوغ

تربیتی و محیطی در این سنین کامل می‌شود. اگرچه قانونگذار سن مشخصی را به‌عنوان سن قانونی برگزیده است، بسیاری از نوجوانان پیش از این سن به صلاحیت تصمیم‌گیری می‌رسند و البته برخی دیگر با وجود رسیدن به سن قانونی فاقد این صلاحیت هستند. بی‌تردید، از نظر اخلاقی توجه به خواست نوجوان در این سنین متناسب با رشد درک او، از اهمیتی فوق‌العاده برخوردار است. اگرچه پزشک از نظر قانونی برای اقدامات پزشکی در این سنین، به رضایت والدین نیاز دارد، این امر به هیچ عنوان تعهد اخلاقی او در خصوص مشارکت دادن نوجوان در تصمیم‌گیری‌ها و جلب موافقت او را برای این اقدام سلب نمی‌کند. بهره‌گیری از کمک والدین، مربیان، روحانیان و سایر اقشار ذی‌نفوذ در نوجوان، تیم درمانگر را برای جلب نظر او یاری می‌دهد (۸).

۴-۵. زوجیت و صلاحیت

به نظر می‌رسد با عنایت به استقلال مالی زوج و نبودن دلیلی مبنی بر اینکه زن با عقد زوجیت از حق طبیعی خویش در محافظت از سلامتی‌اش صرف‌نظر کرده است، رضایت زن برای انجام دادن هر عملی از انواع معالجه کفایت می‌کند. دین مبین اسلام نیز قائل به تساوی حقوق برای زوجین است؛ گرچه برای زوج ریاست خانواده و حق تدبیر را در نظر گرفته است. اگر زوج نسبت به امر معالجه‌ی زوج مخالفت کند، از آنجایی که شوهر حق صدمه زدن به همسر را ندارد مخالفت او نافذ نیست (۱۰). در آیین اخلاق پزشکی ایران آمده است: «رضایت بر درمان حق بیمار است؛ مگر بر فرض حجر وی و درمان هیچ‌یک از زوجین، مشروط به اذن یا اجازه یا موافقت همسر نیست»؛ بنابراین، از نظر عقلی،

معنی جواز انجام هرگونه اقدام پزشکی پس از اخذ رضایت از او نیست؛ چراکه بسیاری از افراد با وجود داشتن سن قانونی صلاحیت تصمیم‌گیری برای طیفی از اقدامات را ندارند و بسیاری از اقدامات طبی، طیفی از افراد اعم از اطرافیان و حتی جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای تصمیم‌گیری مناسب برای افراد فاقد سن قانونی این افراد را به سه گروه تقسیم می‌کنند:

الف. نوزادان و خردسالان: در این سنین معمولاً والدین، نقش تصمیم‌گیرنده را بر عهده دارند؛ البته این امر به معنی مالکیت فرزند نیست. تصمیم‌گیری باید براساس ارزیابی منافع فرزند و نه منافع تصمیم‌گیرنده باشد. در صورت احراز خلاف این مهم، اختیار تصمیم‌گیری از ایشان سلب می‌شود.

ب. کودکان دبستانی: اگرچه تصمیم‌گیرنده‌ی نهایی در این گروه والدین هستند، ضروری است مشارکت کودکان نیز در این تصمیم‌گیری جلب شود. در این سنین ضروری است موافقت کودک حتی‌الامکان و با روش‌های گوناگون جلب و مخالفت‌های پایدار و شدید او جدی گرفته شود. جلب نظر کودک با دادن هدیه، مشارکت دادن او در انتخاب روش‌های موجود و معتبر درمانی (به‌عنوان مثال، داروی خوراکی و تزریقی) از جمله اقداماتی است که والدین و تیم درمانگر به لحاظ اخلاقی ملزم به انجام آن هستند.

ج. نوجوانان: در این سنین با پیچیده‌ترین تصمیم‌گیری‌ها روبه‌رو هستیم؛ صلاحیت نوجوان کاملاً به توانایی‌های فردی او در درک، تحلیل، تفکر، انتخاب و ارزیابی سود و زیان وابسته است. بلوغ و رشد عقلی نوجوان به فراخور زمینه‌های

می‌شوند که به‌طور مشخص با منافع عالی‌هی^۱ کودک همسو نیست. با تأملی بر دلایل انتخاب والدین به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین کودک می‌توان دریافت که مسئولیت‌پذیری و خیرخواهی والدین نسبت به کودک و تصمیم‌گیری ایشان بر مبنای بالاترین منافع کودک دو پیش‌فرض اساسی در چنین تفویض اختیاری است. بر این اساس، در شرایطی که پیش‌فرض‌های مذکور منتفی شود، به‌نظر می‌رسد صلاحیت والدین به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین برای کودک از نظر اخلاقی مردود خواهد بود (۱۱، ۱۲). هرچند اختلاف‌نظر در تعیین معیار دقیق بالاترین منافع کودک امری طبیعی است، معیار «ضرورت حفاظت از اطفال از آسیب جدی و رنج و مرگ» برای متخصصان اطفال راهنمای خوبی به‌نظر می‌رسد (۱۳، ۱۴). در ضوابط تعیین‌شده در متون اخلاق پزشکی هم علاوه بر محدودیت‌هایی که بر قلمرو اتونومی فرد بزرگ‌سال برای تصمیم‌گیری درمانی نسبت به خود وجود دارد (مثل بی‌اعتباری خواست فرد به‌خودکشی)، قلمرو اتونومی والدین درباره‌ی فرزند با محدودیت‌های مضاعفی روبه‌روست (۱۱)؛ به‌عنوان مثال، با وجود اینکه در بسیاری از کشورها افراد حق امتناع از درمان‌های حیاتی را دارند، چنین اختیاری را در خصوص تصمیم‌گیری برای فرزندان خود ندارند (۱۴). همین‌طور والدین نمی‌توانند به دلیل باورهای مذهبی خود، کودک خویش را از درمان‌های حیاتی محروم کنند (۱۵). پدر و مادر از نظر اخلاقی موظف هستند نه براساس میل و مصالح خود، بلکه براساس بهترین مصلحت سلامت کودک تصمیم‌گیری کنند و اگر پزشک

شرعی، اخلاقی و حقوقی اخذ چنین اجازه‌ای لازم نیست؛ اما در نظام درمانی ما متأسفانه به شکل عرفی همچنان این اخذ اجازه از شوهر بیمار انجام می‌شود.

گفتنی مهم دیگر این است که در مواقعی که بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است از روش تصمیم‌گیری جایگزین استفاده می‌شود. فرد جایگزین نه براساس ملاک‌ها و معیارهای خود، بلکه براساس ملاک‌ها و معیارهای بیمار باید تصمیم بگیرد. فرد جایگزین باید بداند که اگر بیمار در شرایط کنونی ظرفیت تصمیم‌گیری داشت چه تصمیمی می‌گرفت و در واقع از منظر بیمار تصمیم بگیرد؛ هرچند این تصمیم مخالف نظر خود او و حتی پزشک معالج باشد. کسی که به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین عمل می‌کند، باید خود دارای ظرفیت تصمیم‌گیری باشد (۵).

پرسشی که اکنون به ذهن می‌آید این است که چه کسانی می‌توانند به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین در کنار بیمار باشند؟ نخست کسی که خود بیمار قبلاً او را به‌عنوان صاحب اختیار در این شرایط معرفی کرده است؛ سپس، همسر، والدین، فرزندان، نوه یا نوادگان، دیگر اقوام، دوستان، افراد هم‌قبیله و هم‌عشیره می‌توانند تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین باشند (۸).

۸. حل اخلاقی تصمیم‌گیری نامناسب والدین برای کودکان

پزشکان حین ارائه‌ی خدمات درمانی با مواردی از تصمیم‌گیری والدین برای کودکان خود مواجه

1. Best Interest

قه‌ری طفل رعایت غبطه‌ی صغیر را نکند و مرتکب اقداماتی شود که موجب ضرر مولی علیه شود به تقاضای یکی از اقارب (نزدیکان) یا به درخواست رئیس حوزه‌ی قضایی پس از اثبات، دادگاه ولی مذکور را عزل و از تصرف در اموال صغیر منع و برای اداره‌ی امور مالی طفل فرد صالحی را به‌عنوان قیم تعیین می‌کند». شایان ذکر است که ظاهر ماده‌ی یادشده ناظر به امور مالی طفل است؛ ولی به طریق اولی می‌توان آن را در ارتباط با آن دسته از اموری که به‌طور قطع اهمیتی به مراتب بیشتر از امور مالی دارند تسری داد.

همچنین، براساس ماده‌ی ۱۱۷۳ قانون مدنی «هرگاه در اثر عدم مواظبت یا انحطاط اخلاقی پدر یا مادری که طفل تحت حضانت اوست، صحت جسمانی یا تربیت اخلاقی طفل در معرض خطر باشد، محکمه می‌تواند به تقاضای اقربای طفل یا به تقاضای قیم^۱ او یا به تقاضای رئیس حوزه‌ی قضایی هر تصمیمی را که برای حضانت طفل مقتضی بداند، اتخاذ کند.» چنین قوانینی لازمه‌ی تداوم ولایت ولی را رعایت غبطه‌ی طفل یا به تعبیری دیگر مصالح عالی‌هی کودک می‌داند. نکته‌ی درخور توجه آن است که در فقه امامیه در صورت ثبوت خیانت یا بی‌لیاقتی ولی قه‌ری، به قاضی اجازه‌ی عزل او داده شده است. نویسنده‌ی کتاب جواهر الکلام که از مراجع مهم فقهی امامیه است در این باره بر این باور است که «چنانچه برای حاکم حتی با قرائن و اوضاع و احوال معلوم شود که پدر یا جد پدری موجب ضرر طفل یا مجنون شده‌اند باید آنان را رأساً از تصرف در امور محجور منع کند» (۲۰). شایان ذکر است

تصمیم‌گیری والدین را بر خلاف مصالح کودک بدانند تشخیص مرجع صالح که یا دادگاه یا کمیته‌ی اخلاق است می‌تواند به شکل بی‌طرفانه‌ای به حفظ حقوق کودک کمک کند.

در شرایطی مانند نمونه‌ی دوم، که نظر والدین در خصوص درخواست یا امتناع از یک روش درمانی به‌وضوح با مصالح کودک در تعارض است پزشک موظف است با بیان توضیحات لازم، والدین را نسبت به پیامدهای تصمیم خود آگاه سازد و به یک توافق مشترک برسد (۱۶). در مواقعی که پزشک موفق به تغییر نظر ایشان نمی‌شود، ارجاع موضوع به کمیته‌ی اخلاق می‌تواند راهگشا باشد. به‌ندرت در مواردی چون شک به کودک‌آزاری و غفلت از کودک ممکن است ارجاع موضوع به دادگاه نیز ضرورت پیدا کند (۱۷).

موارد پیش‌گفته در شرایطی است که کودک در وضعیت اورژانس یا با شرایط تهدیدکننده‌ی حیات مواجه نباشد. در موارد اورژانس با وجود مخالفت والدین، پزشک می‌تواند تا حدی که شرایط تهدیدکننده را برطرف کند، مداخله‌ی فوری درمانی انجام دهد (۱۸).

به لحاظ فقهی نیز ولی یا قیم طفل باید در نگهداری از او، صرفاً مصلحت طفل را در نظر بگیرد و در حدود متعارف از هیچ‌گونه اقدامی که حیات طفل متوقف بر آن است دریغ نورزد. چه اصولاً ولایتی که به آن‌ها داده شده به همین منظور است (۴، ۱۹).

چنین برداشت اخلاقی در خصوص قلمرو حق تصمیم‌گیری والدین درباره‌ی فرزندان به نظر براساس نظام حقوقی ایران نیز پذیرفتنی است. مطابق ماده‌ی ۱۱۸۴ قانون مدنی «هرگاه ولی

1. Guardian

مبتلاست ظرفیت تصمیم‌گیری داشته باشد، اما همان بیمار برای تصمیم‌گیری درباره‌ی جراحی مغز خود ظرفیت نداشته باشد.

- اشتباه ۳: «اختلال شناختی مساوی است با

فقدان ظرفیت.»

در این باره قبلاً توضیح داده شد (نک: مثال بیمار مبتلا به دمانس).

- اشتباه ۴: «فقدان ظرفیت در يك بیمار پدیده‌ای

دائمی است.»

این عقیده نیز اشتباه است؛ به‌عنوان مثال، بیماری که در حالت دلیریوم است چون علائم او نوسان دارد ممکن است در يك زمان فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری و در زمان دیگر واجد آن باشد.

- اشتباه ۵: «بیماران حتی اگر هیچ اطلاعاتی

درباره‌ی بیماری دریافت نکرده باشند می‌توانند از

نظر ظرفیت ارزیابی شوند.»

از بیماری که درباره‌ی روش‌های درمانی اطلاعات کافی دریافت نکرده یا اطلاعات دریافتی او متناقض بوده نمی‌توان انتظار داشت که تصمیم‌گیری آگاهانه‌ای داشته باشد.

- اشتباه ۶: «تمام بیماران مبتلا به اختلالات

روان‌پزشکی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری هستند.»

در این باره نیز قبلاً توضیح داده شده است.

- اشتباه ۷: «بیمارانی که به اجبار دادگاه بستری

شده‌اند فاقد ظرفیت هستند.»

اگرچه این بیماران به دلیل ناتوانی در اداره‌ی امور خود یا خطراتی که برای خود یا دیگران دارند به دستور دادگاه بستری می‌شوند و احتمالاً خیلی از آن‌ها فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری هستند، این موضوع درباره‌ی همه‌ی آن‌ها صدق نمی‌کند و این

که در این گونه موارد که «امور حسبی» گفته می‌شود دادگاه‌ها باید رأساً و بدون اینکه منتظر اختلاف و شکایتی باشند به موضوع رسیدگی کنند و تصمیم بگیرند (۲۱).

در استفتای به‌عمل‌آمده در خصوص جواز انجام اقدام ضروری پزشکی (و البته نه فوری) بر کودک، از اقدام نسبتاً ساده‌ی تجویز آنتی‌بیوتیک گرفته تا جراحی، گرچه غالب نظرات به‌دست‌آمده (آیت‌الله صافی گلپایگانی، آیت‌الله مکارم شیرازی، آیت‌الله موسوی اردبیلی) از عدم جواز انجام اقدام پزشکی بدون اجازه‌ی ولی کودک حکایت داشت، به نظر ایشان در صورت حیاتی بودن اقدام (خطر جانی برای کودک)، جواز اقدام پزشک حتی با وجود مخالفت ولی کودک درست و تأییدشدنی است.

۹. اشتباهات رایج در مبحث تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری

- اشتباه ۱: «فقدان ظرفیت تنها در کسانی مطرح می‌شود که توصیه‌های پزشک را نپذیرند.»

نپذیرفتن توصیه‌های پزشکی به معنی نداشتن ظرفیت نیست و تمام کسانی نیز که توصیه‌های پزشکی را می‌پذیرند، لزوماً ظرفیت تصمیم‌گیری را ندارند.

- اشتباه ۲: «ظرفیت تصمیم‌گیری يك پدیده، همه یا هیچ است.»

نداشتن ظرفیت تصمیم‌گیری در يك موقعیت درمانی به معنی نداشتن ظرفیت درباره‌ی سایر موقعیت‌های درمانی نیست؛ به‌عنوان مثال، يك بیمار مبتلا به دمانس ممکن است درباره‌ی درمان آنتی‌بیوتیکی برای عفونت ادراری که به آن

اخلاقی. ج ۲، تهران: برای فردا، صص ۸۵ تا ۸۵.
 ۹. طباطبایی حکیم، سیدمحسن. (۱۴۱۰). منهج الصالحین. ج ۲، دارالتعارف للمطبوعات، بیروت - لبنان، ص ۱۲۵.

۱۰. شجاع‌پوریان، سیاوش. (۱۳۷۳). مسئولیت مدنی ناشی از خطای شغلی پزشک. تهران: انتشارات فردوسی، ص ۱۸۹.

11. Canadian Paediatric Society. (2004). "Treatment Decisions Regarding Infants, Children and Adolescents". Paediatr Child Health, 9 (2), P. 99-103.

12. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. (2000). "Guidelines on Forgoing Life Sustaining Medical Treatment". Pediatrics, 106, P. 1151-1153.

13. Woolley, Robert. (2005). "Children of Jehovah's Witnesses and Adolescent Jehovah's Witnesses: What are their Rights?". Arch Dis Child, 90, P. 715-719.

14. Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. (1997). "Religious Objections to Medical Care". Pediatrics, 99, P. 279-281.

15. Hickey, Kenneth & Lauri Lyckolm. (2004). "Child Welfare Versus Parental Autonomy: Medical Ethics, the Law, and Faith-Based Healing". Theor Med Bioeth, 25, P. 265-276.

16. Cummings, Christy & Mercurio, Mark. (2010). "Ethics for the Pediatrician: Autonomy, Beneficence, and rights". Pediatr Rev, 31, P. 252-255.

17. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. (1995). "Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice". Pediatrics, 95, P. 314-317.

18. Consent to Treatment-Children and Young People. Available at <http://www.nhs.uk/Conditions/Consent-to-treatment/Pages/Children-under-16.aspx>. Accessed May 18, 2018.

۱۹. علامه حلی. (۱۳۷۲). تذکره الفقهاء. ج ۲، مکتبه الرضویه لاحیاء الآثار الجعفریه، ص ۸۰.
 ۲۰. شهید ثانی. (۱۴۱۶). مسالک الافهام. ج ۸، قم: مؤسسه المعارف الاسلامیه، ص ۴۲۱.

۲۱. نجفی، شیخ محمدحسن. (۱۹۸۱). جواهر الکلام. ج ۲۶، بیروت: دار احیاء التراث العربی، ص ۱۰۲.
 ۲۲. جعفری لنگرودی، محمدجعفر (۱۳۷۲). ترمینولوژی حقوق. تهران: کتابخانه‌ی گنج دانش، ص ۸۳.

افراد نیز باید در تصمیم‌گیری درمانی مشارکت داده شوند.

- اشتباه ۸: «تنها افراد خبره در زمینه‌ی سلامت روان (روان‌پزشکان و روان‌شناسان) می‌توانند بیماران را از نظر ظرفیت تصمیم‌گیری ارزیابی کنند.»

با وجودی که افراد خبره در زمینه‌ی سلامت روان درباره‌ی تعیین ظرفیت مهارت بیشتری دارند، هر فردی که کار بالینی می‌کند می‌تواند این ارزیابی را انجام دهد و برای هر تصمیم‌گیری به مشاوره با افراد خبره در زمینه‌ی سلامت روان نیاز نیست (۲۲).

یادداشت

بخشی شایان توجه از این نوشتار برگرفته از فصل هجدهم کتاب Ethics in Primary Care است. Jeremy, sugarman. (2000). Ethics in primary Care. Mc Grow Hill.

منابع

1. Husty, Fredric & Stephen Meldon. (2002). "The Prevalence and Documentation of Impaired Mental Status in Elderly Emergency Department Patients". Ann Emerg Med, 39 (3), P. 248-253.
2. Harwood, Daniel & et al. (1997). "Cognitive Impairment in Medical Inpatients. II: Do Physician Miss Cognitive Impairment". Age Ageing, 25 (1), P. 37-39.
3. Barton, Dennis & et al. (1996). "Clinician's Judgement of Capacity of Nursing Home Patients to Give Informed Consent". Psychiatr Serv, 47 (9), P. 956-960.
4. Ganzini Linda & et al. (2004). "Ten Myths about Decision-Making Capacity". J Am Med Dir Assoc, 5 (4), P. 263-267.
5. Monagle, John & David Thomasma. (2005). Health Care Ethics: Critical Issues for The 21st Century. Toronto: Jones and Bartlett.
6. Miller, SS & DB Marin. (2000). "Assessing Capacity". Emerg Med Clin North Am, 18, P. 233-241.
7. Parsapoor, Alireza & et al. (2005). "Informed Consent, Contents, Conditions and Practical Methods". Iran J Diabet Lipid Dis, (Supp:1), P. 1-15.
۸. لاریجانی، باقر و همکاران. (۱۳۸۳). پزشک و ملاحظات

فصل دوازدهم

رازداری

دکتر امیراحمد شجاعی، دکتر پونه سالاری

معرفی نمونه

در شهری کوچک که تقریباً همه همدیگر را می‌شناسند، بیماری به دلیل عفونت مقاوم تنفسی در بیمارستان بستری شده و آزمایش‌ها، ابتلای او را به ایدز ثابت کرده است. بیمار به محض اطلاع یافتن از بیماری خود رضایت داده و تصمیم به خروج از بخش می‌گیرد. او همچنین تقاضای دریافت تمام آزمایش‌های انجام‌شده را نیز دارد و اصرار می‌ورزد که کسی موضوع بیماری او را فاش نکند. پرسنل بخش همه از بیماری او مطلع شده‌اند و او و خانواده‌اش را نیز می‌شناسند. برخی از پرسنل مصمم می‌شوند که به خانواده‌اش خبر دهند و برخی نیز می‌خواهند مراتب را به مرکز بهداشت گزارش کنند؛ اما سرپرستار معتقد است فقط به ریاست بیمارستان گزارش شود و بس.

۱. مقدمه

رازداری^۱ یکی از برجسته‌ترین اصول اخلاقی است که با کرامت و شخصیت انسانی عجین گشته و ریشه در احترام به انسان‌ها و استقلال آن‌ها دارد و یکی از مهم‌ترین عناصر ایجاد اعتماد بین پزشک و بیمار است. همان‌گونه که حرفه‌ی پزشکی با صداقت گره خورده است و بی‌آن بقا نمی‌یابد، بدون رازداری و سرپوشی بر اسرار بیماران نیز نمی‌توان به ارتباط مناسب پزشک و بیمار امیدوار بود (۱). رازداری از

ضرورت‌های حرفه‌ی پزشکی است که چهارصد سال قبل از میلاد مسیح، بخش مهمی از سوگندنامه‌ی بقراط را به خود اختصاص داده است و چونان قانونی برای پزشکان درآمده است. در این سوگندنامه چنین آمده است که: «آنچه در حین انجام‌دادن حرفه‌ی خود و حتی خارج از آن درباره‌ی زندگی مردم خواهیم دید یا خواهیم شنید و نباید فاش شود، به هیچ‌کس نخواهم گفت؛ زیرا این قبیل مطالب را باید به گنجینه‌ی اسرار سپرد.»

رازداری از مصادیق برجسته‌ی اخلاقی است که در

وجدان خویش را گواه می‌گیرد که همواره در پیشه‌ی خود راز بیماران را هیچ‌گاه فاش نسازد و آن‌ها را به گنجینه‌ی اسرار خود بسپرد (۶).

امروزه، رازداری به‌عنوان وظیفه‌ی پزشکان و درمانگران شناخته می‌شود. رازداری یک عمل ارزشمند اخلاقی است و در شکل‌گیری اعمال و صفات اخلاقی دیگر نیز نقشی مهم و پرتأثیر ایفا می‌کند؛ به‌عنوان مثال رازداری پزشک تضمینی است برای سودمندی و عدم اضرار که چنانچه رازداری از میان برود هرگز اصول فوق محقق نمی‌شوند. همچنین رازداری، احترام به اتونومی و حفظ حرمت فردی بوده و دلیلی است برای آنکه بیمار خود را صاحب کرامت و شأن انسانی بداند و بر آن مبنا و همسو با استقلال شخصی نسبت به کسب آگاهی و سپس مشارکت در تصمیم‌گیری، اقدام کند. رازداری موجب اعتماد متقابل بین پزشک و بیمار می‌شود و خود نقش بسزایی در افزایش اثربخشی درمان به‌عهده خواهد داشت. رازداری پزشک، اطمینان لازم را در بیمار ایجاد می‌کند تا تمام نکات و اسرار مربوط به بیماری‌اش را با او در میان بگذارد. این امر گامی مفید در تشخیص و درمان مؤثرتر است (۳)؛ به‌عنوان مثال، اگر بیمار اعتیاد خود به الکل یا مواد مخدر را پنهان کند و با پزشک در میان نگذارد، مسیر تشخیص و درمان ممکن است به انحراف برود (۷).

۲. تحلیل مفهوم راز

راز از جنس آگاهی و خبر است. مالکیت راز متعلق به صاحب راز است. در نظام سلامت، به‌همه‌ی اطلاعات بیمار که در جریان ارائه‌ی شرح حال، انجام اقدامات پاراکلینیک و تشخیص بیماری به

روایات اسلامی نیز تأکید بسیاری بر آن شده است؛ حضرت سجاد (ع) ضعف در رازداری را از صفات بد دانسته‌اند. حضرت صادق (ع) نیز تضییع رازداری را معادل با تضییع همه چیز دانسته‌اند و این نشانگر اهمیت و تأثیر رازداری بر همه‌ی تعاملات انسانی است. همچنین امیرالمؤمنین (ع) در روایات بسیاری بر رازداری تأکید کرده‌اند و از افشای اسرار دیگران نهی فرموده‌اند و رازداری را نشانه‌ی رأی و تدبیر به حساب آورده‌اند (۲).

در پندنامه‌ی اهوازی نیز که اولین آیین‌نامه‌ی جامع اخلاقی پزشکی پس از اسلام به شمار می‌رود، بر اهمیت رازداری تأکید شده و چنین آمده است: «طبيب باید راز بیماران را محفوظ دارد و از افشای سرّ آن‌ها به خودی و بیگانه و نزدیکان و دوران، دوری جوید؛ چراکه بسیاری از بیماران، بیماری خود را از پدر و مادر و کسان خود مستور می‌دارند ولی آن را به طبیب می‌گویند؛ پس طبیب باید از خود بیمار در کتمان بیماری دقت بیشتری کند.» (۳).

در سوگندنامه‌ی پزشکی ژنو که در سال ۱۹۴۸ به تصویب مجمع عمومی انجمن پزشکی جهانی رسیده، عبارت زیر دیده می‌شود: «من راز کسی را که مرا محرم اسرار خود دانسته همواره نگاه خواهم داشت» (۴). همچنین، در مصوبات سومین مجمع جهانی پزشکی که در اکتبر ۱۹۴۹ در لندن تشکیل شده بود، در ارتباط با اسرار پزشکی آمده است: «پزشک باید مطلقاً راز بیمار خویش را فاش نکند؛ خواه آن قسمت که بیمار مستقیماً در اختیار او گذاشته یا خود از راه‌های دیگر به‌دست آورده است» (۵). در حال حاضر، فارغ‌التحصیل رشته‌ی پزشکی به خداوند تبارک و تعالی سوگند یاد می‌کند و شرف و

دست می‌آید «راز بیمار» اطلاق می‌شود. افشای اسرار بیماران از نظر اخلاقی مجاز نیست؛ مگر آنکه بنا به مصلحت بیمار، مصلحت شخص ثالث یا جامعه یا به حکم قانون، پزشک مجبور به افشای اسرار بیمار شود؛ البته شرایط افشای راز بسیار خاص است و به راحتی امکان‌پذیر نیست.

در تحلیل رازداری پزشکی باید به این نکته‌ی مهم توجه داشت که در گذشته، پزشک تقریباً به تنهایی خدمات پزشکی را ارائه می‌کرد؛ بنابراین، در تمام سوگندنامه‌های پزشکی مسأله‌ی ضرورت رازداری پزشکان مطرح شده است. لیکن امروزه با توجه به اینکه افراد بسیاری در ارائه‌ی خدمات سلامت دخیل هستند و از طرف دیگر، سازمان‌دهی و نگهداری اسرار پزشکی به مسئولان مدارک پزشکی سپرده می‌شود، همه‌ی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید به تعهد خود بر حفظ اسرار بیماران پایبند باشند؛ لذا با توجه به اهمیت مسأله‌ی رازداری و حفظ اسرار بیمار، آشنایی و رعایت موازین اخلاقی و قانونی در این حیطه برای پزشکان و همه‌ی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ضروری است (۸).

۳. نگاه اخلاقی به رازداری پزشکی

از دیدگاه اخلاقی رازداری وظیفه‌ای مطلق شناخته می‌شود. اما درعین حال نظام اخلاقی در مواردی می‌پذیرد که برای حفظ مصلحت بیمار، مصلحت جامعه یا شخص ثالث و نیز به حکم قانون شاید بتوان اطلاعاتی از بیمار را افشا کرد. آنچه که در اینجا مصلحت بیمار، جامعه یا شخص ثالث نامیده می‌شود در واقع به معنی دفع خطر است؛ خطری که فوری، جدی و واقعی باشد و به هیچ

طریق دیگر نتوان آن خطر را از بیمار، جامعه یا شخص ثالث دفع کرد. در چنین شرایطی تنها کسی که می‌تواند اطلاعات بیمار را افشا کند شخص پزشک است و بقیه‌ی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت مجاز به افشای اطلاعات نیستند. علاوه بر این، فرد دریافت‌کننده‌ی اطلاعات و مقدار اطلاعاتی که می‌تواند فاش شود نیز باید تعریف شوند. در هر حال حداقل مقدار اطلاعات مورد نیاز باید فاش شود. در سایر مواقع، بیمار باید رضایت خود را درباره‌ی افشای اطلاعات به صورت مکتوب اعلام کند. اصول چهارگانه‌ی اخلاق زیستی نیز که شامل سودرسانی، عدم اضرار، اتونومی و عدالت هستند، از رازداری حمایت می‌کنند. بنا بر اصل سودرسانی، چنانچه رازداری موجب افزایش اطمینان و اعتماد بیماران به پزشک شود، پذیرش بیمار نسبت به درمان بهتر و بیشتر خواهد بود.

نقض رازداری موجب بروز آسیب‌های فراوان معنوی و گاه مادی در بیماران می‌شود؛ بنابراین اصل عدم اضرار نیز با ممانعت از آسیب‌رسانی به بیماران بر رازداری تأکید می‌کند. براساس اصل اتونومی، بیمار درباره‌ی کلیه‌ی اطلاعات و موضوعات مرتبط به خویش، می‌تواند آزادانه تصمیم بگیرد و فرد دیگری نباید به اسرار و اطلاعات بیمار دسترسی یابد (۹).

۴. نگاه فقهی به رازداری پزشکی

در روایات اسلامی حفظ اسرار سنتی است که انسان‌ها از پروردگار متعال آموخته‌اند؛^۱ از آنجا که

۱. امام رضا(ع) در حدیثی فرموده است: «مؤمن، مؤمن نخواهد بود مگر اینکه سه خصلت داشته باشد: سستی از پروردگار و سستی از پیامبر(ص) و سستی از امام؛ اما سنت پروردگار کتمان اسرار است، اما سنت پیامبر(ص) مدارا با مردم است و اما سنت امام شکیبایی در برابر ناراحتی‌ها و مشکلات است: «لَا يَكُونُ الْمُؤْمِنُ مُؤْمِنًا حَتَّى يَكُونَ فِيهِ ثَلَاثُ خِصَالٍ، سُبُتُهُ مِنْ رَبِّهِ وَ سُبُتُهُ مِنْ نَبِيِّهِ وَ سُبُتُهُ مِنْ وَلِيِّهِ فَأَمَّا السُّبُتُ مِنْ رَبِّهِ فَيَكْتِمَانِ سِرَّهُ وَ أَمَّا السُّبُتُ مِنْ نَبِيِّهِ فَمُدَارَاةُ النَّاسِ وَ

موظف به حفظ اسرار است و افشاگری او تخلف از سوگندی است که یاد کرده است و پیمان‌شکنی محسوب می‌شود که علاوه بر گناه، موجب کفاره نیز می‌شود. فاش کردن اسرار بیماران بر خلاف مضمون قراردادی است که پزشک با مریض یا سازمان دارد و متعهد به اجرای مقررات (که از قبیل حفظ اسرار است) شده است (۱۱). گاهی پزشکان بین وجوب و حرمت افشای اسرار دچار تردید می‌شوند. بدین معنا که افشای اسرار گرچه مصداق کار حرام است، برای جلوگیری از آسیب‌رسانی به جامعه یا شخص ثالث (در صورتی که خطر فوری، جدی و واقعی باشد) واجب است؛ یعنی هر دو طرف تصمیم، حکمی الزام‌آور قرار گرفته است. در اینجا به اصطلاح فقها، تراحم مطرح می‌شود و آن حکمی که ملاک در او قوی‌تر است، مقدم داشته می‌شود (۱۲)؛ بنابراین، کادر پزشکی باید بررسی کند که مصلحت و ملاک در کدامیک قوی‌تر است و بین اهم و مهم، اهم را برای اجرا انتخاب کند. و اگر اهم را کشف نکند، رازداری مقدم است و باید به آن عمل کند (۱۱).

۶. نگاه قانونی به رازداری پزشکی

در کشور بریتانیا نقض رازداری فقط زمانی مجاز است که یا رضایت بیمار باشد یا رأی صادره از سوی دادگاه حکم کند یا حفظ منفعت عمومی ایجاب کند. در کشور آمریکا مقرراتی تنظیم شده است که پزشکان و بیمارستان‌ها می‌توانند در صورتی که اطلاعات بیمار مربوط به ارائه‌ی خدمات سلامتی باشد، بدون اجازه‌ی کتبی بیمار، آن اطلاعات را در اختیار شرکت‌های بیمه، سازمان‌های مسئول و داروخانه‌ها قرار دهند. در کانادا و کشورهای اروپایی

خداوند متعال ستارالعیوب و پوشاننده‌ی اسرار است و اسرار بندگان را برای دیگران فاش نمی‌کند و آبروی آنان را حفظ می‌کند، بایسته است انسان مؤمن نیز این صفت پسندیده و ممدوح باری تعالی را سرلوحه‌ی خود قرار داده و اسرار بندگان خدا را حفظ کند و عیب‌های آنان را بر دیگران بیوشاند. در آموزه‌های دینی بر افشانکردن اسرار و عدم تجسس در زندگی و اسرار دیگران تأکید فراوان شده است. در شریعت مقدس اسلام آشکارکردن اسرار دیگران حرام است و پوشیده نگه‌داشتن اسرار از کرامت انسان به حساب می‌آید؛ اما در حیطه‌ی پزشکی و در ارتباط پزشک و بیمار، هم گفتن اسرار به پزشک لازم است و هم تجسس پزشک برای دستیابی به اطلاعات مفید؛ حتی به فرموده‌ی حضرت امیر(ع) هر کسی مریضی خود را از پزشک معالجش پنهان دارد به خودش خیانت کرده است (۱۰).

۵. دلایل وجوب حفاظت از اسرار پزشکی

حکم وجوب حفظ اسرار و حرام‌بودن غیبت پشت سر دیگران، شامل پزشک و همه‌ی کادر درمانی و حتی غیردرمانی مرتبط با اسرار بیماران می‌شود. خداوند متعال مؤمنان را به حفظ امانت‌ها و رعایت عهد توصیف کرده است؛^۱ بنابراین اطلاعات بیمار به پزشک به‌عنوان امانت سپرده شده و مریض هرچند موظف به گزارش بوده است، در عین آگاهی به رازداری پزشک و کادر درمانی آن اطلاعات را ارائه کرده است؛ لذا افشای آن اسرار خیانت در امانت است. پزشک براساس تقدس حرفه‌ای خویش

أَمَّا السُّنَّةُ مِنْ وَلِيَّةٍ فَالضَّبَرُ فِي الْبَاسَاءِ وَالضَّرَاءِ.

۱. «وَالَّذِينَ هُمْ لِأَمَانَاتِهِمْ وَعَهْدِهِمْ رَاعُونَ: و کسانی که به امانت‌ها و عهد خود پایبندند» (قرآن کریم، سوره‌ی مؤمنون، آیه ۸).

نیز قوانین حفاظت از اطلاعات شخص و رازداری وجود دارد (۱۳).

در کشور ما در ماده‌ی ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی به رازداری اشاره شده است. در این ماده مقرر شده است: «اطبا و جراحان و ماماها و داروفروشان و همه‌ی کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه‌ی خود محرم اسرار می‌شوند، هرگاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند، به سه ماه و یک روز تا یک سال یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی، محکوم می‌شوند» (۱۴). قانونگذار مرتکبان جرم افشای سرّ را همه‌ی کسانی می‌داند که به مناسبت شغل خود محرم اسرار مردم می‌شوند و مردم به خاطر اعتمادی که به آنان دارند، گاه اسرارشان را برای آنان بازگو می‌کنند یا اینکه آنان به‌طور طبیعی پی به رازهای مردم می‌برند و سپس آن‌ها را افشا می‌کنند و این افشای اسرار در نهایت متوجه جامعه می‌شود؛ زیرا مردم به واسطه‌ی بی‌اعتمادی، تا حد امکان، به پزشک یا روان‌شناس یا وکیل و... مراجعه نمی‌کنند و در نتیجه‌ی مراجعه‌نکردن به این افراد، سلامت و امنیت جامعه به خطر می‌افتد؛ لذا قانونگذار این موارد را جرم تلقی کرده است تا سلامت و امنیت جامعه حفظ شود. با توجه به همین ملاک، پاره‌ای حقوق دانان بر این باورند که این جرم دارای جنبه‌ی عمومی است و تعقیب آن منوط به شاکی خصوصی نیست (۱۵).

همچنین طبق ماده‌ی ۱۰۶ قانون تعزیرات، اگر اطبا و جراحان که به مناسبت شغل یا حرفه‌ی خود محرم اسرار می‌شوند، غیر از مواقعی که بر حسب قانون ملزم به افشای اسرار هستند، اسرار مردم را

آشکار کنند به ۷۴ ضربه شلاق محکوم می‌شوند؛ البته اخیراً به موجب تصویب شورای عالی قضایی حبس و جریمه‌ی نقدی هم به آن اضافه شده است (۱۶).

برخی امراض به علت اهمیتی که دارند می‌باید تحت کنترل قرار گیرند؛ از این رو همه‌ی اطبا مکلف هستند به محض مشاهده‌ی بیماری، مراتب را به مراکزی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌کند، گزارش کنند تا در آن مراکز درباره‌ی علل پیدایش بیماری و پیشگیری از سرایت آن به سایر افراد جامعه اقدام لازم صورت گیرد.

ماده‌ی ۴ آیین‌نامه‌ی انتظامی سازمان نظام پزشکی نیز مقرر کرده است که شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی را ندارند. براساس قانون مصوب مجلس شورای اسلامی امراضی که پزشکان مکلف هستند آن‌ها را گزارش کنند بر چند دسته تقسیم می‌شوند که عبارت‌اند از:

الف. بیماری‌های آمیزی

مقصود از بیماری‌های آمیزی در این بحث سوزاک، کوفت (سیفلیس)، آتشک (شانکرنرم) است، در هر نقطه از بدن که واقع باشند. به موجب ماده‌ی ۳ آیین‌نامه‌ی جلوگیری از بیماری‌های آمیزی و واگیردار مصوب سال ۱۳۲۰، همه‌ی پزشکانی که بیماری‌های آمیزی را درمان می‌کنند باید دفتر مخصوص داشته باشند و در آن اطلاعاتی را چون: نام بیمار، شماره‌ی شناسنامه، نشانی محل سکونت، تاریخ ابتلا به بیماری، امتحاناتی که از بیمار شده، نتیجه‌ی آزمایش، همچنین، درمان‌هایی

فوراً مراتب را به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع دهد.

علاوه بر بیماری‌های فوق‌الذکر، در صورتی که در مراکز پرجمعیت از قبیل مدارس، کارخانجات، زندان و... یکی از بیماری‌های سیاه‌سرفه، جذام، باد سرخ، ورم غده‌ی بناگوش، سل سینه، گریپ، ذات‌الریه، (پنومونی)، تراخم، تب راجعه (تیفوس دکورانت)، آبله مرغان، هپاتیت‌های ویروسی و مسمومیت غذایی دیده شود، پزشک مسئول آنجا می‌باید مراتب را به اداره‌ی بهداشت محل گزارش کند.

ج. سرطان

به موجب ماده‌ی واحده‌ی قانون، راجع به ثبت و گزارش اجباری بیماری‌های سرطانی مصوب سال ۱۳۶۳، به منظور بررسی و تحقیقات اپیدمیولوژیک و پیشگیری منطقه‌ای و تنظیم آمار بیماری‌های سرطانی، همه‌ی مؤسسات درمانی، آزمایشگاه‌های آسیب‌شناسی و تشخیص طبی اعم از دولتی و غیردولتی مکلف‌اند در مناطق معینی از کشور که امکانات لازم موجود است، هر بافت و نمونه‌ای را که به هر عنوان «تشخیص، درمان و تجسس» از بدن انسان زنده نمونه‌برداری می‌شود، آزمایش کنند و چنانچه به موارد سرطانی یا مشکوک به سرطان برخوردند، نتیجه‌ی آزمایش و اطلاعات لازم را محرمانه به مراکز که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معین می‌کند ارسال کنند.

چون اجرای قانون فوق‌الذکر مستلزم وجود آزمایشگاه‌ها و مراکز درمانی مجهز هر شهری است، اجرای آن در همه‌ی مناطق کشور فعلاً اجباری نیست و به موجب تبصره‌ی ۲ ماده‌ی مذکور،

که برای او انجام شده و موعدی را که برای درمان او معین شده است ثبت کنند؛ علاوه براین، باید ستون مخصوصی برای ثبت اخطارهای درمانی به بیمار یا ارجاعات و مشاوره‌های پزشکی داشته باشد و در صورت امکان در همان دفتر شیوه‌ی ابتلا و نام و نشان شخص مبتلاکننده را نیز ثبت کنند. این دفتر را پزشک باید همیشه مخفی نگاه دارد تا کسی بر محتویات آن آگاهی نیابد و سر بیمار افشا نشود. (این دفتر که شماره‌ی اوراق آن معین است از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پزشکانی که تقاضا کنند، داده خواهد شد).

همه‌ی پزشکان و مراکز درمانی (اعم از دولتی و خصوصی) علاوه بر اقداماتی که برای درمان بیماری انجام می‌دهند، لازم است حتی‌المقدور به کشف کانون ابتلا و عمل مبارزه با بیماری‌های آمیزشی، کمک و مساعدت کنند؛ افزون براین، آنان باید بکوشند به وسیله‌ی پرسش از بیمار، طرز ابتلای شخص مبتلاکننده را معین کنند و در صورت امکان نام و نشانی شخص بیمارکننده را با اطلاعاتی کافی به بخش بیماری‌های آمیزشی ارسال دارند.

ب. بیماری‌های واگیردار

به موجب ماده‌ی ۱۹ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مصوب سال ۱۳۲۰ و اصلاحیه‌ی آن مصوب سال ۱۳۴۷، هر پزشک معالج مکلف است هنگام مشاهده‌ی یکی از بیماری‌های واگیردار وبا و اسهال و بایی شکل، طاعون، تب زرد، مطبقه (تیفوئید)، محرقة (تیفوس اگزانتوماتیک)، آبله، مخملک، سرخچه، حناق، اسهال خونی، سرسام و اگیر (مننژیت سر برو اسپیتالل)، تب عرق گز (سوئت می‌لویر)، مالاریا، فلج اطفال و تب مالت،

- تشخیص و تعیین مناطقی که این قانون در آن‌ها اجرا خواهد شد بر عهده‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است (۱۷).
- اعلام ولادت و فوت؛
- شهادت نزد محاکم با حکم قانونی و درخواست قاضی؛

- تصمیم بیمار به ارتکاب جرم؛
- افشای اسرار در مقام دفاع از خود؛
- حفظ مصالح دیگران (۱۸).

توضیح نمونه

در موقعیت بیماری که در ابتدای مطلب وضعیت او معرفی شد، وظیفه‌ی اخلاقی پزشک و کلیه‌ی پرسنل بیمارستان حفظ رازداری است؛ بنابراین هیچ فردی حق افشای راز او را به سایرین ندارد. علاوه‌براین، باید تمهیداتی اندیشیده شود تا نتیجه‌ی آزمایش‌های حساس در صورت امکان به‌صورت محرمانه در دسترس بیمار قرار گیرد تا مانع از افشای راز او شود. از آنجاکه بیماری ایدز از مواردی است که به موجب قانون باید به مراجع ذی‌صلاح گزارش شود، پزشک موظف است ضمن اطلاع بیمار از لزوم گزارش اجباری، موارد را به مبادی ذی‌ربط اطلاع دهد. مصلحت همسر بیمار نیز به‌عنوان شخص ثالث ایجاب می‌کند که پزشک، ضمن ارائه‌ی اطلاعات کافی درباره‌ی بیماری و نحوه‌ی انتشار آن به بیمار، او را به افشای راز به همسر خود تشویق و ترغیب کند. علاوه‌برآن، در چنین مواقعی همسر او نیز باید تحت آزمایش غربالگری قرار گیرد. برای کمک به بیمار در خصوص افشای بیماری به همسر خود، شایسته است پزشک و تیم درمان موضوع را پیگیری و کمک کنند تا از همسر بیمار رفع خطر شود؛ خطری که جدی و واقعی است اما فوری نیست.

۷. بحث و نتیجه‌گیری

مصونیت از افشای اسرار بیماران به‌عنوان یک قاعده‌ی پذیرفته‌شده‌ی اخلاقی و یک اصل مسلم حقوقی در همه‌ی جوامع و سیستم‌های گوناگون حقوقی به رسمیت شناخته شده و بخشی از حقوق بیماران محسوب می‌شود؛ تنها استثنائی که می‌تواند بر این قاعده‌ی حقوقی تخصیص زند، اراده‌ی قانونگذار است و اهمیت موضوع تا بدان جاست که حتی در پاره‌ای از سیستم‌های حقوقی، با وجود تصریح قانونگذار، پزشک می‌تواند در قبال محکمه و قاضی سکوت کند و سخنی به زبان نیاورد.

رازداری در حرفه‌ی پزشکی هم تأمین‌کننده‌ی منافع فردی است و هم مصالح اجتماعی و البته استثنائاتی بر آن وارد است؛ برای مثال دامنه‌ی رازداری در کشورهای اسکاندیناوی بسیار محدود است، چون مصالح فرد بر مصالح جامعه ترجیح بیشتری دارد؛ درحالی‌که در کشورهای اروپای شرقی دایره‌ی استثنائات وارده بر این اصل بسیار وسیع و گسترده است. به عبارت دیگر، در این کشورها مصالح اجتماعی ارجح و اولی بر منافع افراد است.

به‌طور کلی استثنائات وارده بر اصل افشانکردن اسرار بیماران عبارت‌اند از:

- رضایت صاحب راز؛
- اعلام بیماری‌های واگیر به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی؛

منابع

۱۰. سیدرضی. (۱۳۸۵). نهج‌البلاغه. ترجمه‌ی عزیزالله جوینی، تهران: نشر دانشگاه تهران، حکمت ۲۲۲.
۱۱. مهدوی‌نژاد، غلامحسین. (۱۳۸۷). «رازداری و حدود آن در حرفه‌ی پزشکی». اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۱، ش ۴، صص ۱۳ تا ۲۰.
۱۲. محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۸۹). فقه پزشکی. تهران: انتشارات حقوقی. ص ۶۹.
۱۳. پارسا، مجتبی. (۱۳۸۸). «حریم خصوصی و رازداری در پزشکی و جنبه‌های مختلف آن». اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۲، ش ۴، صص ۱ تا ۱۴.
۱۴. ماده‌ی ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی. دست‌یافتنی در <http://rc.majlis.ir/fa/law>. به تاریخ بازبینی اردیبهشت ۱۳۹۷.
۱۵. قماش، سعید. (۱۳۸۵). «بررسی جرم افشای اسرار حرفه‌ای». دادرسی، ش ۵۸، صص ۳ تا ۶.
۱۶. مبحث چهارم در تعزیرات قانون مجازات اسلامی. دست‌یافتنی در <http://rc.majlis.ir/fa/law>. به تاریخ بازبینی اردیبهشت ۱۳۹۷.
۱۷. آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته. دست‌یافتنی در <http://rc.majlis.ir/fa/law/show> ۱۱۹۳۹۵. به تاریخ بازبینی اردیبهشت ۱۳۹۲.
۱۸. عباسی، محمود. (۱۳۸۳). حقوق پزشکی. ج ۳، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۵۳.
۱. جولیوس، سیم. (۱۳۸۶). تصمیم‌گیری اخلاقی در درمان. ترجمه‌ی زهرا حقیقی. تهران: مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی.
۲. کلینی، محمدبن‌یعقوب. (۱۳۸۷). اصول کافی. ج ۴، ترجمه‌ی محمد باقرکمره‌ای. تهران: نشر اسوه، صص ۶۵۵ تا ۶۶۷.
۳. لاریجانی، باقر و کیارش آرامش. (۱۳۹۲). پزشک و ملاحظات اخلاقی. ج ۱، تهران: برای فردا. ص ۱۳۷.
4. Rancich, Ana María & et al. (2005). "Beneficence, Justice, and Lifelong Learning Expressed in Medical Oaths". J Contin Educ Health Prof, 25, P. 211-220.
5. Sobal, J. & Stunkard AJ. (1989). "Socioeconomic Status and Obesity: A Review of the Literature". Psychol Bull, 105 (2), P. 260-275.
6. Kaji, Sritharan & et al. (2001). "Medical Oaths and Declarations a Declaration Marks an Explicit Commitment to Ethical Behavior". BMJ. 323 (7327), P. 1440-1441.
۷. لاریجانی، باقر و کیارش آرامش. (۱۳۹۲). پزشک و ملاحظات اخلاقی. ج ۲، تهران: برای فردا. ص ۱۴۶.
۸. آسمانی، امید و صدیقه ابراهیمی. (۱۳۹۲). «رازداری در علوم پزشکی». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ج ۶، ش ۶، صص ۶۴ تا ۷۶.
9. Beauchamp & Childress. (2001). Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, P. 454.

فصل سیزدهم

حریم خصوصی

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر نیکزاد عیسی‌زاده

معرفی نمونه‌ی اول

کودکانی که در یک حادثه‌ی آتش‌سوزی در دبستان محل تحصیل خود دچار سوختگی شده‌اند، برای مراقبت به بیمارستان آورده شده‌اند. این حادثه به‌عنوان بحران ملی محسوب می‌شود؛ بنابراین، چند تن از مسئولان کشوری و عده‌ای از خبرنگاران برای مصاحبه با آنان در بیمارستان حاضر می‌شوند. چه اقدامی خواهید کرد؟

معرفی نمونه‌ی دوم

خانمی برای سزارین به بیمارستان ارجاع شده است. او تقاضا دارد که گروه پزشکی اتاق عمل همه مؤنث باشند و نیز همسرش در اتاق عمل حضور یابد. چه اقدامی خواهید کرد؟

معرفی نمونه‌ی سوم

آقای «ب» شصت‌ساله از بخش اورژانس با تشخیص حمله‌ی قلبی در CCU بستری شده است و شما او را ویزیت می‌کنید. بیمار دچار سکته‌ی وسیع در ناحیه‌ی قدامی و تحتانی قلب است و پیش‌آگهی بدی دارد. بیمار هوشیار است و از شما می‌خواهد در این باره با همسرش صحبت نکنید و درباره‌ی شدت بیماری و پیش‌آگهی آن اطلاعی به همسرش ندهید؛ چون می‌داند همسرش طاقت شنیدن این خبر بد را ندارد. بعد از ویزیت، همسر آقای «ب» شما را در راهروی بیرون CCU می‌بیند و درباره‌ی بیماری همسرش می‌پرسد. چه می‌گویید؟

۱. مقدمه

از مرگ است.

امروزه، حریم خصوصی بیش از رازداری که سابقه‌ای دیرین در اخلاق پزشکی دارد، در کانون توجه قرار گرفته و به یکی از دغدغه‌های اصلی در درمان، مراقبت و پژوهش در عرصه‌ی سلامت تبدیل شده است (۳) و روزبه‌روز نیز بر اهمیت آن در مباحث مرتبط با سلامت افراد، خانواده و مؤسسات افزوده می‌شود (۲). در واقع، حریم خصوصی مفهومی غنی و پرمحتواست که در ارزیابی مراقبت‌های سلامت و قوانین و سیاست‌های نظام سلامت نقشی مهم دارد و کوتاهی‌های بخش‌های عمومی و خصوصی را در برآوردن تمایلات افراد نسبت به حفظ حریم خصوصی‌شان را نقد می‌کند (۲). این امر باعث شده است که حفظ حریم خصوصی بیماران، در سطح جهانی، در بیانیه‌های اخلاقی و منشور حقوق بیماران در کانون توجه قرار گیرد. کشور ایران نیز از این امر مستثنی نبوده و حفظ حریم خصوصی بیماران را در بند چهارم منشور حقوق بیماران کشور^۱ لحاظ کرده است.

۲. تعریف و چیستی مفهوم حریم خصوصی

از واژه‌ی حریم خصوصی در زبان محاوره‌ای، مباحث سیاسی و فلسفی و حقوقی، بسیار استفاده شده است؛ باوجوداین، هنوز تعریف واحد یا تحلیلی از معنای این واژه وجود ندارد (۴). اما این موضوع نیاز به ارائه‌ی تعریفی دقیق از حریم خصوصی در برخی شرایط ضروری را مرتفع نمی‌کند؛ خصوصاً در مواقعی که تدوین سیاست‌هایی به‌عنوان روش‌های

وقتی انسانی در ارتباط با دیگری قرار می‌گیرد، سه اصل احساس و گفتار و تعقل در شکل‌گیری این ارتباط مؤثر است. براساس اصل احساس، فرد در برابر درد و رنج دیگری عکس‌العمل نشان می‌دهد؛ براساس اصل دوم با او وارد گفت‌وگو می‌شود و می‌خواهد بداند که او کیست، از کجا آمده، چگونه می‌اندیشد و چه اهدافی دارد و چه مسائلی را مهم می‌انگارد، زیرا معتقد است دیگری منبعی از علایق، رویکرد و باور است و علاقه دارد به چگونگی آن‌ها پی برد؛ براساس اصل سوم، منافع، دانش و باورهای خود را در مقابل منافع و باورهای دیگری زیر سؤال می‌برد و ارزیابی می‌کند (۱).

در این فضای ارتباطی است که حریم خصوصی تجلی می‌یابد، حدود این سه اصل را مشخص می‌کند و محدوده‌ی ارتباط را شکل می‌دهد. این اصول در ارتباط پزشک و بیمار و به تبع آن در ارتباط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و گیرندگان خدمات نیز وجود دارد؛ اما با توجه به اینکه ماهیت این ارتباط، درمانی و مبتنی بر اعتماد است، بیماران از حریم خصوصی خود به منظور دستیابی به نفعی بالاتر دست برداشته، آن را قربانی می‌کنند (۲) و دیگری را (پزشک یا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت) وارد منطقه‌ی امن خود می‌کنند و محدوده‌ی ارتباط را به او می‌سپارند. لذا بایسته است ارائه‌دهندگان خدمات بتوانند اصول ارتباطی را براساس محدوده‌ی مجاز ورود به حریم خصوصی بیمار به کار برند. اگرچه اهمیت حریم خصوصی در سیستم سلامت بیشتر در ارتباط پزشک و بیمار نمود عینی دارد، گستره‌ی واقعی آن از زمان قبل از تولد تا پس

۱. ارائه‌ی خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

و مطلوب است، گرفته شده است (۷). در کتب مرجع و فرهنگ‌هایی چون: آکسفورد^۱ و وبستر^۲ با واژگان گوناگون، تعاریف نسبتاً یکسانی از حریم خصوصی ارائه شده و بیشتر به موقعیتی اطلاق شده که در آن فرد در خلوت خود، تنها و به دور از انظار بوده و از هرگونه نگاه و مداخله‌ی بدون اجازه‌ی دیگران در امور شخصی خود رها و آزاد است (۸ و ۹). در فرهنگ‌های پزشکی مانند چرچیل^۳ و موزبی^۴ از آن به ترتیب به معنی حق بیمار در کنترل میزان بیان اطلاعات و انتشار آن‌ها (۱۰) و همچنین، مفهومی فرهنگی برای تنظیم رفتارهای مداخله‌گرایانه (۱۱) یاد شده است.

اما اصطلاح «حریم خصوصی» واژه‌ای مرکب و اصطلاحی جدید است که در هیچ‌یک از کتاب‌های لغت عربی-فارسی معنایی برای آن ذکر نشده است (۱۲)؛ بنابراین، باید به تعریف اجزای آن پرداخت. واژه‌ی «حریم» واژه‌ای ترکی، برگرفته از کلمه‌ی عربی «حَرَم» به معنی منطقه‌ی ممنوعه و امن، بسیار مقدس، خلوتگاه، مکان مقدس تعرض‌ناپذیر و محل نگهداری زنان، متعه‌ها و کنیزان با ریشه‌ی «ح ر م» است (۱۳، ۱۴). در فرهنگ معین نیز به معنای پیرامون، گرداگرد خانه و مکانی است که حمایت و دفاع از آن واجب است (۱۵). واژه‌ی حریم همچنین، از نظر لغت‌شناسان عرب به معنای آنچه حرام شده و نباید به آن نزدیک شد یا دست زد یا هر آنچه احترام به آن واجب است، آمده است.^۵ واژه‌ی

جلوگیری از تجاوز به حریم خصوصی ضروری می‌نماید. در واقع، با دستیابی به این تعریف تدقیقی است که سیاستمداران می‌توانند شرایطی را که به‌عنوان تجاوز به حریم خصوصی یا ازدست‌دادن آن تلقی می‌شوند، به‌دقت برشمارند و براساس آن سیاست‌های خود را در جهت حمایت و حفظ حریم خصوصی اتخاذ و انشا کنند (۳). نظام سلامت نیز از این امر مستثنی نیست و به تعریفی جامع و فراگیر از حریم خصوصی نیاز دارد تا بتواند حفظ حریم خصوصی را در سیستم خدمات سلامت تضمین کند.

منطق‌دانان بر این باورند که برای دستیابی به تعریفی فراگیر ضروری است به مباحث واژه‌شناسی، مفهوم‌شناسی و مصداق‌شناسی موضوع پرداخته شود تا از ابهام لفظ و ابهام ذهن رها شده و بتوان آن شیء را از اغیارش در عالم واقع بازشناخت (۵). بر این اساس، شایسته است که ما نیز در تعریف حریم خصوصی از این منطق سود جویم.

۲-۱. واژه‌شناسی

واژه‌ی Privacy در اواخر قرن چهاردهم میلادی از کلمه‌ی لاتین «privatus» مشتق شده است. privatus خود به معنی مجزا کردن، متعلق به خود، عدم تعلق به دولت است و با واژه‌های publicus و communis تضاد دارد. ریشه‌ی واژه‌ی privatus در کلمه‌ی privare و به معنی محروم کردن، بی‌نصیب و بی‌بهره کردن است. این واژه برگرفته از کلمه‌ی privus به معنی مال خود و فرد، برگرفته از ریشه‌ی لاتین pri با همان معناست (۶). همچنین، واژه‌ی Privacy از ریشه‌ی priv که همان Privilege به معنی امتیاز ویژه یا فرصتی دلخواه

1. Oxford
2. Webster
3. Churchill
4. Mosby

۵. «الحریم الَّذی حَرَّمَ مَسَّهُ فَلَای دَنی مِنْهُ: حریم چیزی است که مسّ (تماس با) آن حرام است و به آن نزدیک نمی‌شوند» (لسان‌العرب، ج ۱۲، ص ۱۲۰).

«خصوصی» در لغت، مقابل واژه‌ی عمومی و به معنای ویژه و اختصاصی است (۱۲). به‌طور کلی، شاید بتوان معنای لغوی حریم خصوصی را چنین تعریف کرد: «منطقه‌ای امن، مقدس، محترم، به دور از اغیار و انظار و صرفاً متعلق به خود فرد که ورود دیگران به آن ممنوع است و دفاع از آن واجب است.»

۲-۲. مفهوم حریم خصوصی

مفهوم حریم خصوصی، ریشه‌های تاریخی عمیقی در مباحث انسان‌شناختی و جامعه‌شناختی دارد و نشان می‌دهد که چگونه در فرهنگ‌های مختلف برای حریم خصوصی ارزش قائل شده و به حفاظت از آن پرداخته‌اند. بااین حال، استفاده‌ی تاریخی از این واژه یکسان نبوده است؛ به‌گونه‌ای که باعث نوعی سرگشتگی در معنا، ارزش و گستره‌ی مفهوم آن شده است (۴). همین امر موجب شده نظریه‌پردازان معاصر درباره‌ی چگونگی تعریف، ارزش‌گذاری و حمایت از حریم خصوصی اختلاف نظر داشته باشند (۲) و از نظر فلسفی دو رویکرد مختلف را درباره‌ی استقلال هویت حریم خصوصی بیان کنند:

الف. گروه تحول‌گرایان: نظریه‌پردازانی که برای حریم خصوصی، هویت مستقل قائل نشده و به حق حریم خصوصی، نظری شکاکانه و انتقادی دارند. این گروه معتقدند از هر نوع نفعی که به‌عنوان نفع حاصل از حریم خصوصی ملحوظ شود، در قالب سایر حقوق یا منافع دیگر به‌ویژه مثل حق مالکیت و حق امنیت جسمانی حمایت شده است؛ در نتیجه حریم خصوصی فاقد هرگونه مطلب و مفاد تازه و اختصاصی است و از آن نمی‌توان به‌عنوان حقی مستقل یاد کرد. این گروه تحت عنوان تحویل‌گرایان مشهورند (۴).

ب. گروه انسجام‌گرایان: نظریه‌پردازان این گروه که به انسجام‌گرایان معروف‌اند، برای حریم خصوصی هویتی مستقل قائل هستند و معتقدند حریم خصوصی به‌تنهایی مفهومی معنادار و باارزش است. در این دیدگاه عده‌ای بر این باورند که بین مباحث و مطالب مرتبط با حریم خصوصی ارتباط، پیوستگی و همگونی وجود دارد (نظریه پیوستگی) و عده‌ای نیز توجیه اخلاقی ادعای حریم خصوصی را منوط به حصول اصولی مستقل از حریم خصوصی می‌دانند (نظریه‌ی تمایز) (۴).

در این میان نظریه‌پردازان رشته‌های فلسفه، اخلاق زیستی و حقوق نیز به توصیف معنا و ارزش حریم خصوصی پرداخته‌اند (۲)؛ اما به نظریه‌ای واحد که دارای مقبولیت جهانی باشد دست نیافته‌اند (۴). اگرچه بسیاری از آنان بر استفاده از حریم خصوصی در مفاهیم جسمانی، اطلاعاتی، مالکیتی و تصمیماتی اتفاق نظر دارند، در این مفاهیم نیز به یک تعریف مورد اجماع و توافق نرسیده‌اند؛ البته باید اشاره کرد برخی از این توصیف‌ها بیشتر به منظور شفاف‌سازی جزئیات، اهداف، قوانین و سیاست‌های عمومی مرتبط با سلامت به منصفی ظهور رسیده‌اند (۲).

رهیافت دستیابی به تعریف حریم خصوصی در میان دانشمندان گوناگون است:

- برخی معتقدند حریم خصوصی باید به‌عنوان یک ارزش و ادعای اخلاقی تعریف شود (Innes)؛ از این‌رو توصیفی هنجاری مبتنی بر ارزش حریم خصوصی و حدودی که باید از آن‌ها حمایت شود، ارائه می‌دهند (۴).

- عده‌ای دیگر حریم خصوصی را به‌عنوان یک

را در بر می گیرد و هر یک از این مفاهیم به نوعی نشانگر دسترسی محدود به دیگران است. گرچه درباره ی ترکیب فهرست اجزای تشکیل دهنده ی خانواده ی حریم خصوصی اختلاف نظر وجود دارد، بر سر حضور مفاهیم انزوا، تنهایی، گمنامی، محرمانگی، عفت، صمیمیت، رازداری و حفظ در این فهرست توافق کرده اند (۲). به منظور آشنایی با عناصر تعاریف حریم خصوصی به چند تعریف اشاره خواهیم کرد.

توماس کولی^۵ اولین شخصی است که حریم خصوصی را با تعبیر «حق نسبت به تنهاماندن» تعریف می کند (۱۶). هلن نیس بام^۶ به جای حریم خصوصی حق خلوت را به کار برده و می گوید حق خلوت آدمیان متضمن یک پناهگاه امن یا منطقه ی حفاظت شده برای آدمیان است که مردم در آن می توانند از بازرسی دقیق و موشکافانه و احتمالاً نكوهش درباره ی امور شخصی خود رها و آزاد باشند (۱۷). ادوارد بلوشتاین^۷، حریم خصوصی را علاقه به شخصیت انسانی می داند. به باور او حریم خصوصی از شخصیت محترم شمرده شده، استقلال فردی، منزلت و استحکام شخصیت حمایت می کند (۱۸). در کنفرانس نروژ (۱۹۶۷) بیان شده که حریم خصوصی حقی است نسبت به تنهاماندن، زندگی کردن با سلیقه ی خود و با حداقل مداخله ی دیگران. همچنین، شورای اروپا (۱۹۷۰) در قطعنامه ی حریم خصوصی، آن را داشتن زندگی با سلیقه ی خود و با حداقل مداخله ی دیگران می داند. حریم خصوصی در کمیته ی یانگر انگلستان

حقیقت یا حق قانونی تعریف می کنند (Gavison) و به توصیف مواردی که در واقع و در عمل باید به عنوان امور خصوصی شناخته شوند، می پردازند (۴).

- برخی نیز معتقدند تعاریف حریم خصوصی باید کاربردهای واقعی آن را مشخص سازد (Allen).

- گروهی دیگر بر این باورند که تعریف حریم خصوصی باید کاربردهای آرمانی آن را نمایان سازد (Gavison) (۴).

بدین ترتیب، تعاریف متعددی از حریم خصوصی ارائه شده و گستره ی آن بسیار وسیع است؛ تعریف «حریم خصوصی» از تعریف بسیار کلی ساموئل وارن^۱ و لوئیس برانديس^۲ به معنای «تنها گذاشتن» گرفته تا تعریف جزئی تر آلن وستین^۳ تحت عنوان «حق افراد، گروه ها یا مؤسسات برای تعیین این موضوع که چه زمانی، چگونه و تا چه حد اطلاعات مرتبط با آن ها با دیگران مرادده شود» متغیر است (۲).

بسیاری از تعاریف حریم خصوصی در ارتباط با مفاهیم اطلاعاتی و جسمانی حریم خصوصی بوده و بر حالتی دلالت دارند که در آن دسترسی به جسم و ذهن و اطلاعات فرد محدود شده است. تا جایی که طبق نظر روت گاوایسون^۴ «در حریم خصوصی کامل، هیچ کس اطلاعاتی درباره ی فرد X ندارد، به X توجه نمی کند و دسترسی فیزیکی به X ندارد» (۲). براساس این تعابیر، حریم خصوصی به یک مفهوم اصلی و مادر تبدیل شده که خانواده ای از مفاهیم

5. Judge Thomas Cooley
6. Helen Nissenbaum
7. Edward Bloustein

1. Samuel Warren
2. Louis Brandeis
3. Alan Westin
4. Ruth Gavison

(۱۹۷۲) نیز، آزادی از تعرض به جسم، مسکن، خانواده و ارتباطات افراد قلمداد شده؛ همچنین، حق تصمیم‌گیری درباره‌ی اطلاعات شخصی را که چگونه و تا چه اندازه به دیگران ارائه شود، حریم خصوصی دانسته است (۱۷). کنفرانس حقوق بشر در تعریف خود برای حریم خصوصی، احترام به زندگی خصوصی افراد در رابطه با تکنیک‌های ضبط و حفظ شخصیت و اصالت بدنی و ذهنی انسان در رابطه با پیشرفت‌های بیولوژی و پزشکی و بیوشیمی را آورده است (۱۹).

به‌طور کلی، تعاریف مختلف مربوط به حریم خصوصی را می‌توان در شش دسته طبقه‌بندی کرد:

۱. حق تهماماندن؛
۲. محدود کردن دسترسی به خود و توانایی ایجاد مانع در برابر دسترسی ناخواسته به انسان؛
۳. محرمانگی و پنهان‌سازی برخی امور از سایرین؛
۴. حمایت از شخصیت و کرامت؛
۵. کنترل داشتن بر اطلاعات شخصی؛
۶. صمیمیت و نزدیکی (۲۰ و ۲۱).

پیر واضح است که بین این تلقی‌ها هم‌پوشانی وجود دارد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود برخی از این تعاریف برای دستیابی به مفهوم حریم خصوصی به وسیله و برخی دیگر به هدف متوسل شده‌اند (۱۷). بعضی تعاریف، حریم خصوصی را به‌عنوان «حق اخلاقی» و برخی به‌عنوان «نفع» معرفی کرده‌اند (۴). علاوه بر آن، برخی تعاریف، در تعیین ماهیت حریم خصوصی مضیق عمل کرده‌اند؛ به‌گونه‌ای که پاره‌ای از جنبه‌های زندگی را که نوعاً خصوصی شناخته می‌شوند، از دایره‌ی تعریف خارج کرده‌اند و برخی دیگر به تعریف حداکثری پرداخته

و جنبه‌هایی از زندگی را که نوعاً خصوصی نیستند،

مشمول تعریف کرده‌اند (۱۷).

از طرفی، می‌توان گفت برخی تعاریف، بیشتر بر

کنترل عامل^۱ نسبت به دسترسی بر خود متمرکز

شده‌اند. این امر باعث شده که در تعریف حریم

خصوصی سردرگمی ایجاد شود؛ بدین معنی که

منظور از حریم خصوصی حالت یا شرایطی است

که در آن دسترسی به فرد با کنترل عامل بر حریم

خصوصی خود محدود شده است یا اینکه حق بر

حریم خصوصی، متضمن حق عامل در کنترل بر

دسترسی است. در حقیقت، این تعاریف به جای

آنکه به خود حریم خصوصی پردازد، بیشتر بر قدرت

یا حقوق فرد متمرکز شده‌اند؛ در حالی که یک شخص

می‌تواند دارای حریم خصوصی باشد بدون اینکه

روی دسترسی دیگران بر خود کنترلی داشته باشد،

مانند بیماران خارج از بیمارستانی که از تسهیلات

مراقبت‌های طولانی مدت بهره‌مند می‌شوند (۳).

کودکان، افراد فاقد هوشیاری و اجساد نیز دارای

حریم خصوصی هستند؛ با وجود اینکه به‌عنوان

«عامل» شناخته نمی‌شوند.

در کشور ما نیز حریم خصوصی غالباً مترادف با

«حق خلوت» در نظر گرفته شده که به نظر ناشی

از برداشت حقوقی واژه‌ی حریم خصوصی است؛

اما همان‌گونه که بحث شد و در مصادیق خواهد

آمد حق خلوت فقط یکی از ابعاد حریم خصوصی

است و دربردارنده‌ی جامعیت و فراگیری مفهوم

حریم خصوصی نیست. در ادبیات نظام سلامت

نیز ماهیت، مفهوم و مصادیق حریم خصوصی

مشخص نشده است؛ لذا بایسته است که در ابتدا

1. Agent

ب. حریم خصوصی اطلاعاتی که غالباً در اخلاق زیست پزشکی بر آن تاکید شده است؛

ج. حریم خصوصی تصمیم‌گیری که مرتبط با انتخاب‌های شخصی است؛

د. حریم خصوصی مالکیتی که دارایی‌ها و منافع مالکیتی شخص انسان در آن مهم است.

بیچامپ و چیلدرس^۲ نیز شکل پنجمی از حریم خصوصی را با عنوان «حریم خصوصی ارتباطی یا معاشرتی» پیشنهاد کرده‌اند. این شکل از حریم خصوصی شامل خانواده و روابط صمیمانه‌ی مشابه است که در آن افراد تصمیم‌های خود را در پیوند با دیگران اتخاذ می‌کنند (۳). لاینوکلیپی^۳ و همکاران نیز حریم خصوصی را به ابعاد جسمانی، روحی و روانی، اجتماعی و اطلاعاتی تقسیم کرده‌اند (۷).

در نظام سلامت ما، براساس بند چهارم منشور حقوق بیماران وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی که بیان داشته «ارائه‌ی خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد» (۳۳)، حق خلوت و رازداری از ابعاد حریم خصوصی است.

۳-۱. حریم خصوصی جسمانی^۴

مشهورترین کاربرد حریم خصوصی و معنای نخست آن، همین حریم جسمانی است. بدین معنی که فرد از تماس با دیگران آزاد و دسترسی دیگران به او محدود شده باشد؛ همچنین برای او امکان خلوت و تنهایی وجود داشته باشد و در نتیجه او به آرامش ذهنی و خصوصی دست یابد (۲). در واقع، درجه‌ای از حریم خصوصی است که فرد را از نظر فیزیکی

سیستم سلامت، دیدگاه خود را در برابر انواع و ابعاد و مصادیق حریم خصوصی توصیف و تبیین کند تا بتواند تعریفی جامع از حریم خصوصی ارائه دهد؛ چراکه در بیان مفهوم تدقیقی حریم خصوصی نه تنها باید نوع و وسعت دسترسی مشخص شود، بلکه باید بیان شود چه کسی، از چه طریقی و به کدام جنبه‌ی شخصی دسترسی یابد، مصداق کاهش حریم خصوصی محسوب می‌شود (۳). بنابراین، تعریفی که شاید مناسب به نظر می‌رسد عبارت است از: «حالت یا شرایطی از دسترسی محدود یا عدم دسترسی دیگران که نوعاً، عرفاً و شرعاً مورد انتظار است». در واقع در این تعریف کوشش شده، ارزش بیش از آنکه بر کنترل عامل یا کنترل دسترسی بنا شود، بر «حالت» استوار شود. بدیهی است که این تعریف، باید براساس محدوده‌ی دقیق حریم خصوصی در نظام سلامت تکمیل شود.

۳. مصادیق و ابعاد حریم خصوصی در پزشکی

در حوزه‌ی پزشکی حریم خصوصی از مصادیق بنیادین اصل اتونومی (استقلال و اختیار) بیمار است و برآوردن انتظاراتی همچون تمامیت جسمانی، حفظ عفت، تسلط بر خود و رعایت اصل رازداری را می‌طلبد (۴).

آنی‌تا آلن^۱ چهار شکل از حریم خصوصی را که به‌نوعی دسترسی به فرد را محدود می‌کنند، شناسایی کرده که عبارت‌اند از:

الف. حریم خصوصی جسمانی که بر اشخاص و سپهر شخصی آن‌ها تمرکز دارد؛

2. Beauchamp and Childress

3. Leino-Kilpi

4. Physical Privacy

1. Anita Allen

در دسترس دیگران قرار می‌دهد. این بُعد از حریم خصوصی با مفهوم فضای شخصی و قلمروگرایی^۱ ارتباط نزدیکی دارد؛ به گونه‌ای که در بسیاری از مطالعات، فضای شخصی را لازمه‌ی شکوفایی مفهوم حریم خصوصی دانسته و آن را شرط لازم برای حفظ حریم خصوصی مطرح کرده‌اند (۷).

منظور از فضای شخصی، فضای رؤیت‌ناپذیری است که اطراف بدن انسان‌ها وجود دارد و با جدا کردن آن‌ها از دیگران، نوعی منطقه‌ی ایمن و امن برای آن‌ها ایجاد می‌کند. این فضا به خود فرد متصل است و با فرد به هر جایی منتقل می‌شود؛ درحالی‌که قلمروگرایی مالکیت یک منطقه است و از نظر جغرافیایی یک چیز کاملاً ثابت و غیرمتحرک است (۷). تنظیم فضای شخصی امری پویاست که طی آن فرد اجازه‌ی دسترسی به «خود» را در شرایط متفاوت می‌دهد. بدیهی است که این فضا برای شخص بسیار خصوصی و متعلق به خود اوست و اگر کسی مرز آن را بدون اجازه زیر پا بگذارد، باعث استرس و نگرانی و پرخاشگری صاحب آن می‌شود (۷).

در تنظیم محدوده‌ی فضای شخصی عواملی همچون: سن، جنس، مراحل رشد و بلوغ، اختلالات شخصیتی (اختلالات اجتماعی‌روانی مثل بیماران روانی، عصبی، وابسته به دارو)، شخصیت (برون‌گرا، درون‌گرا و مضطرب)، عوامل فرهنگی و روابط شخصی (دوستان و خویشاوندان) و عوامل موقعیتی (موقعیت رسمی، غیررسمی، آشنا یا بیگانه و مکان‌های مختلف) مؤثر هستند؛ به عنوان مثال، اصولاً مردها در مقایسه با زنان، فضای شخصی

گسترده‌تری دارند (۷).

اگرچه بعد جسمانی حریم خصوصی نسبت به بعد اطلاعاتی آن کمتر در کانون توجه فلاسفه قرار گرفته، در بخش‌های ارائه‌ی خدمات سلامت، مطب پزشکان و بیمارستان‌ها این بُعد از حریم خصوصی برای گروه بیماران بسیار مهم است و آن را نیازی اساسی برای آرامش و کرامت و امنیت خود می‌دانند (۲۳). همین امر موجب شده در بیمارستان‌ها برای برآوردن نیازهای روحی‌روانی و جسمانی بیماران و دستیابی آنان به آرامش ذهنی و تنهایی، قوانین خاصی ایجاد شود (۲). حریم خصوصی جسمانی در پزشکی خود دارای اشکال گوناگون است:

الف. خلوت و تنهایی^۲

بیماران نمی‌خواهند تنها و رها شده باشند؛ اما دوست دارند فضای شخصی و زمانی را برای تنها بودن داشته باشند. این تنهایی زمانی را برای آن‌ها ایجاد می‌کند تا درباره‌ی اهمیت بیماری، آسیب خود و گزینه‌های درمانی پیش روی خود تفکر کنند. البته افرادی که بیماری وخیمی دارند ممکن است هم اشتیاق به تنهایی و خلوت داشته و هم از خلوت و تنهایی بهراسند؛ زیرا در خلوت با واقعیت بی‌رحم وقوع مرگ روبرو می‌شوند. با این حال، ممکن است وقتی در جمع قرار می‌گیرند، احساس گناه یا سرباری برای خانواده و دوستانشان نیز به سراغشان آید (۲۳). بیماران وقتی با درد ناشی از زایمان، جراحی، آسیب و مرگ دست‌وپنجه نرم می‌کنند احساس می‌کنند لازم نیست دیگران را در چنین شرایطی بپذیرند. به این گونه تمایلات بیماران، مبنی بر تنهایی و خلوت در هنگام بیماری یا

2. Solitude

1. Territoriality

درخواست برهنه شدن حتی به دلایل منطقی مانند معاینات ضروری، زیرپا گذاشتن این عقیده و فضیلت اخلاقی به شمار می‌رود و برای بیمار نامطلوب است. بیماران نیز به دلیل تمایل خود به حفظ این حریم ترجیح می‌دهند در اتاق‌های خصوصی و توسط پرسنل همگن مراقبت شوند (۲۳). اصولاً تدابیر مختلفی برای حفظ «عفت جسمانی» انجام می‌شود؛ مثلاً لباس‌ها و ملحفه‌های مخصوصی برای جلوگیری از برهنگی بیش از حد تهیه شده است و فقط آن قسمتی از بدن که باید معاینه شود، تنها برای زمانی کوتاه برهنه می‌شود. همچنین، اگر تأمین اتاق شخصی برای هر بیمار امکان‌پذیر نباشد، از پرده‌هایی برای جدا کردن تخت‌ها استفاده می‌شود. افزون‌براین، برای معاینات و بیماری‌هایی خاص مثل بیماری‌های زنان، پزشکان و متخصصان همجنس با بیمار در نظر گرفته می‌شود (۲۳).

ج. تمامیت جسمانی^۲

آزمون‌های ارزیابی سلامت و آزمایش‌های اجباری، تمامیت جسمانی افراد را نقض کرده و آن‌ها را مجبور می‌کند که بدن خود را در برابر مشاهدات و لمس‌های ناخواسته تسلیم کنند (۲۳). آزمایش‌های اجباری نمونه‌های ادرار دانش‌آموزان و شاغلان، غربالگری مصرف الکل در رانندگان، تست‌های دروغ‌سنجی (۲۳)، تفتیش حفرات بدن (۲) که به منظور سلامت، ایمنی و امنیت جامعه و کنترل بزهکاری در جامعه انجام می‌شوند، به‌عنوان تجاوز به تمامیت جسمانی افراد مطرح می‌شوند. این موضوع از نظر فلسفی این سؤال را مطرح می‌کند که آیا می‌توان این حق دولت را که به‌نوعی تداخل با تمایلات افراد برای کنترل

رویارویی با مرگ، براساس هنجارهای اجتماعی باید احترام گذاشت. این در حالی است که سیستم‌های نظارتی و پایشی موجود در بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها و مراکز نگهداری و زندان‌ها مانع از تحقق این خواسته‌ی بیماران می‌شود. این شکل از حریم خصوصی در اخلاق پزشکی بیشتر در کانون توجه قرار گرفته است (۲۳).

ب. عفت تن^۱

این شکل از حریم جسمانی در اخلاق مسیحیت و اخلاق فضیلت‌گرا، یک فضیلت اخلاقی به شمار می‌رود و در اخلاق پزشکی نیز از اهمیتی خاص برخوردار است. در خدمات سلامتی مدرن فرض بر این است که بیماران و گروه پزشکی، برهنه‌بودن، مشاهده و لمس شدن را به‌عنوان جزء لاینفک درمان، آزمایش‌ها، جراحی و بستری شدن پذیرفته‌اند. در واقع، بیماران اگر خواستار مراقبت‌ها و درمان‌های خوب هستند، باید به گروه پزشکی اجازه دهند که بدن آن‌ها را برهنه و معاینه کنند. در اورژانس‌های شلوغ، درمانگاه‌های نزدیک و مجاور هم و بیمارستان‌های آموزشی که دانشجویان و محققان در درمان بیماران مشارکت می‌کنند، احترام به عفت تن کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. از طرفی نیز پزشکان خسته، گاهی آداب معاینه را فراموش کرده و از رعایت عفت تن غفلت می‌کنند؛ اما باید دقت کرد که عفت جسمانی برای بسیاری از افراد به‌عنوان یک فضیلت اخلاقی مهم است و مطابق با آن عمل می‌کنند.

همچنین، در میان برخی ادیان مانند مسلمانان و یهودیان ارتودکس، عفت تن لازمه‌ی ایمان است و

2. Bodily Integrity

1. Bodily Modesty

در حال حاضر، فراتر از صرف محرمانگی اطلاعات است و اشکال زیر را نیز در بر می‌گیرد:

الف. محرمانگی^۲

محرمانگی به معنی محدود کردن دستیابی به اطلاعات، با اجازه‌ی مالک اطلاعات است که به سکوت حرفه‌مندان و امنیت مدیریت داده‌ها نیاز دارد. پزشکان و متخصصان اخلاق پزشکی و اخلاق زیستی بر این اعتقادند که این محرمانگی موجب ارتقای سطح سلامت افراد و جامعه می‌شود؛ زیرا تا زمانی که تعهد به محرمانگی در میان افراد مسئول وجود داشته باشد، بیماران با خیال آسوده‌تر، به‌طور کامل و بدون احساس شرم، مشکلات جسمی و ذهنی خود را با گروه پزشکی در میان می‌گذارند (۲)، (۲۳). همین امر موجب موفقیت در درمان، تشخیص زودرس بیماری و در نهایت ارتقای طب پیشگیری و سلامت جامعه خواهد شد و از طرفی نیز حافظ جان و مال انسان‌هاست. در واقع، اگر در ارتباط گروه سلامت با بیماران تعهد به محرمانگی وجود نداشته باشد، بیماران برای آزمایش‌ها و معاینات معمول و منظم مراجعه نمی‌کنند و این موضوع در نهایت منجر به افزایش شدید هزینه‌های مراقبت سلامت و بیمه‌ها خواهد شد (۲۳).

همین تعهد به محرمانه‌ماندن اطلاعات است که استقلال و کرامت فرد را ارتقا داده و باعث می‌شود که مردم در تحقیقات پزشکی و ارتقای علوم پزشکی شرکت کنند. مجموعه‌ای از عوامل مانند الزامات اداری، مراقبت‌های مدیریت‌شده در سیستم سلامت، ورود اشخاص و سازمان‌های ثالث در تصمیم‌گیری‌های پزشک، از این محرمانگی

جسم، نمونه‌های بافتی و مایعات مترشح بدنشان است، محدود کرد؟ قطعاً در این رابطه اضطراب‌های قانونی وجود دارد؛ اما این اجبارها باید مبتنی بر اصول و محدودیت‌های اخلاقی دیگر باشند (۲۳).

حفظ تمامیت جسمانی در اجساد نیز مطرح است. برداشتن عضو قبل از مرگ مغزی یا مرگ قلبی به‌نوعی تجاوز به این حریم است. همچنین، استحصال اسپرم از جسد فرد، به تمامیت جسمانی فرد خدشه وارد می‌کند (۲۳). بیماران بستری در بیمارستان نیز درمان‌های بدون اجازه، حضور غیرضروری گروه پزشکی، ناظران و وجود دوربین‌ها را تعرض به حریم جسمانی خود می‌دانند (۲).

۳-۲. حریم خصوصی اطلاعاتی^۱

این عبارت، نخست محرمانه‌بودن اطلاعات بیمار را تداعی می‌کند؛ درحالی‌که این بعد از حریم خصوصی علاوه بر محرمانگی اطلاعات، موضوعاتی چون رازداری، بی‌نام‌بودن و مواردی از این دست را نیز در بر می‌گیرد. گاه حریم خصوصی اطلاعاتی شانه‌به‌شانه‌ی اتونومی فرد گام برمی‌دارد و نقض یکی، گویی نادیده‌انگاشتن دیگری نیز است (۲۳). به‌هرحال، حریم خصوصی اطلاعاتی، کاربرد دوم حریم خصوصی است و مترادف با رازداری، محرمانگی، گمنامی و حفاظت از داده‌ها قرار می‌گیرد (۲).

در حریم خصوصی اطلاعاتی دسترسی دیگران به اطلاعات شخصی فرد محدود می‌شود. اگرچه این نوع حریم خصوصی، در ارتباط پزشک و بیمار بیشتر بر محرمانه‌ماندن این ارتباط و محدودیت دسترسی به سوابق پزشکی و بیمه‌ی بیماران تأکید دارد (۲)،

2. Confidentiality

1. Informational Privacy

عمدی تعریف کرده است. بسیاری از افراد مسائل و ناراحتی‌های سلامتی خود را حتی با افراد بسیار نزدیک خود مثل خانواده و دوستان صمیمی در میان نمی‌گذارند. آن‌ها ممکن است از علائم و بیماری خود مدت‌ها قبل از افراد فامیل یا مراجعه به پزشک آگاهی داشته باشند، ولی به خاطر ترس از ناتوانی و مرگ، مشکلات مالی و بیمه، شغل و تحصیل یا ترس از انگ اجتماعی، خجالت یا طردشدگی آن‌ها را پنهان کرده باشند. در این گونه مواقع، خصوصاً در پیوند با بیماری‌هایی مثل ایدز یا مسائل ناباروری، سؤالات فراوانی درباره‌ی رازداری یا افشای راز پزشکان و دندان‌پزشکان مطرح است.

در رازداری قیم‌مآبانه بیان می‌شود که می‌توان کل حقایق را در اختیار خانواده‌ی بیمار قرار داد بدون اینکه خود بیمار چیزی درباره‌ی آن بداند؛ زیرا گاهی والدین کودک بیمار یا فرزندان یک فرد مسن، صلاح بیمارشان را در ندانستن حقایق می‌بینند؛ البته گاهی حقیقت از خود این افراد هم پنهان می‌ماند. همچنین، هیچ تضمینی وجود ندارد که شنونده‌ی اخبار، آن‌ها را باور کند و بپذیرد؛ زیرا بعضی افراد باور دارند که فکر نکردن به بدی و بیماری و داشتن افکار مثبت، آن‌ها را از گزند بیماری مصون می‌دارد. با این حال، فریب بیماران غیراخلاقی است. برخی اعمال پزشکی مانند جراحی‌های زیبایی (که سعی می‌شود اسکار جراحی در نواحی خاصی مثل پشت گوش مخفی شوند)، تغییر جنسیت، سقط جنین، عقیم‌سازی و درمان‌های باروری نیز در محدوده‌ی این رازداری یا پنهان‌کاری عمدی قرار دارند (۲۳).

می‌کاهد. از طرفی نیز آزمایش‌های اجباری دولت و نهادها، گزارش‌های اجباری تعیین هویت (۲)، آزمایش‌های HIV همراه با مشخصات، کارت‌های اجباری هویتی بیمه‌ی سلامت نیز بر مخاطرات کاهش حریم خصوصی اطلاعاتی می‌افزاید.

حفظ حریم خصوصی اطلاعاتی در زمینه‌ی مراقبت‌های سلامت افراد، گاهی در زمینه‌ی آزمایش‌های ژنتیکی از خود فرد فراتر رفته و شامل حفظ حریم اطلاعات ژنتیک خانواده‌ی او در زمینه‌ی سلامتی و استعدادهای آن‌ها می‌شود؛ به خصوص که ترسیم ژنوم افراد از مباحث مطرح در سیستم سلامت جهان است (۲)؛ بنابراین، تدوین برنامه‌های مشخص امنیتی و حفاظت محرمانگی اطلاعات سلامت افراد از ضرورت‌ها و دغدغه‌های نظام سلامت هر کشوری است. دولت‌ها هم با تصویب قوانین مربوط، با توجه به انتظارات مردم از دولت، در آسودگی خاطر مردم نقشی بارز ایفا می‌کنند؛ البته حفظ محرمانگی همیشه در سیستم درمانی مطلوب نیست و پزشکان استثنائاتی را برای این امر در نظر گرفته‌اند: گزارش موارد سوءاستفاده و غفلت از کودکان (مثل شکستگی‌های وسیع توجیه‌ناپذیر و سوءتغذیه)، مواردی که عموم مردم حق دانستن آن و رسانه‌ها حق اعلام آن‌ها را دارند (مثل تصادفات اتومبیل) و آگاه کردن پلیس و قربانی‌های احتمالی اقدامات خطرناک و خشن بیماران روانی نمونه‌هایی از این استثنائات هستند (۲۳).

ب. رازداری^۱

سیسلا بک^۲ این مورد را به‌عنوان پنهان کردن

1. Secrecy
2. Sissela Bok

ج. حفاظت و امنیت داده‌ها^۱

حریم خصوصی افراد را حفظ کند یا نه، هنوز بحث است. گمنامی از حقوق افرادی دفاع می‌کند که از فاش‌شدن اسرار خود نگران هستند؛ البته نباید چنین برداشتی کرد که برپایه‌ی گمنامی، می‌توان بیماری فرد را پنهان کرد و شرایط خطرناک را به وجود آورد؛ مثلاً فردی که ایدز دارد نباید به بهانه‌ی پیروی از گمنامی، بیماری خود را از شریک جنسی خود پنهان کند (۲۳).

ه. پاسخ‌گویی^۲

محرمانگی به‌عنوان وظیفه‌ای قانونی و عمل حقوقی و قضایی در حال پیشرفت است؛ باین‌حال، گرایش‌های داوطلبانه‌ای به سمت بازگویی و بیان اطلاعات پزشکی دیده می‌شود. رفته‌رفته اطلاعات و اقدامات پزشکی به‌عنوان موضوعات پذیرفتنی در بحث‌های روزانه‌ی افراد مطرح می‌شود. جامعه کم‌کم مردم را به سمت صحبت کردن درباره‌ی بیماری AIDS یا اختلالات جنسی، دمانس و بزرگی پروستات و سرطان سینه سوق می‌دهد. این فاش‌شدن‌ها که سی سال پیش به‌عنوان انگ و بی‌زاکتی به‌شمار می‌رفت، امروزه خیلی آزادانه با آن برخورد می‌شود. در واقع، پاسخ‌گویی یک ویژگی زندگی مدرن است. طرز تفکر مردم درباره‌ی بیماری‌های مسری خفیف و جدی به‌عنوان شرایطی که پاسخ‌گویی اجتماعی را ارتقا می‌دهد، تغییر یافته است؛ مثلاً در ژاپن افرادی که آنفلانزا یا سرماخوردگی دارند از ماسک استفاده می‌کنند تا از گسترش بیماری بین سایر مردم جلوگیری شود (۲۳).

بازتاب اهمیت اخلاقی حریم خصوصی را می‌توان در قوانین حفاظت و امنیت داده‌ها در سطح جهانی مشاهده کرد. این قوانین درباره‌ی نحوه‌ی جمع‌آوری، ذخیره، کیفیت و درمیان‌گذاشتن داده‌های مربوط به سلامتی مثل پرونده‌ی الکترونیکی سلامت، الزاماتی را بیان کرده‌اند. براساس این قوانین، در صورت راضی‌نبودن بیماران، افشای اسرار آنان درست نیست؛ البته در مواقعی که افشای اسرار به صلاح و سلامت جامعه است، اسرار بازگو می‌شوند. الکترونیکی کردن اطلاعات سلامتی افراد، کمک بزرگی به جامعه‌ی پزشکی کرده است؛ به‌گونه‌ای که می‌توان اطلاعات مربوط به بیماران را در کامپیوترها ذخیره کرد. البته افرادی که مسئول محافظت از این اطلاعات هستند، باید در قبال فاش‌شدن آن‌ها مسئول و جواب‌گو باشند. از طرفی، این مخاطره وجود دارد که اطلاعات ذخیره‌شده در کامپیوتر در اثر دزدیده‌شدن یا غفلت مسئولان فاش شده یا از بین برود. اینکه در این مواقع چگونه باید آسیب و خسارت حاصله را جبران کرد، موضوعی است که از نظر اخلاقی مهم است (۲۳).

د. گمنامی

این موضوع در انواع تحقیقات پزشکی و حوزه‌های سلامت عمومی از اهمیت خاصی برخوردار است. اگرچه بعضی افراد به‌راحتی ژنوم خود را در اختیار عموم قرار می‌دهند، سفارش شده است که از بیان مشخصات کامل افراد مورد پژوهش خودداری شود؛ اما درباره‌ی اینکه آیا گمنامی^۳ می‌تواند

1. Data Protection and Security

2. Anonymity

3. Accountability

و. هنجارهای حرفه‌ای^۱

وظیفه‌ی محرمانگی به عنوان يك هنجار مهم مورد اجماع در مراقبت‌های بهداشتی است. از طرفی، همگان بر این موضوع توافق دارند که کارهای اداری باید طوری طراحی شوند که اطلاعات شخصی ارباب رجوع محفوظ بماند؛ مثلاً پزشکان و مسئولان مربوطه نباید اطلاعات بیماران را در پست الکترونیک قرار دهند یا نباید درباره‌ی آن‌ها، در مکان‌های عمومی تلفنی صحبت کنند.

امروز فیلم‌برداری از رویه‌های درمانی، توسط خانواده‌ی بیمار، امری شایع است که يك حرکت غیراخلاقی به شمار نمی‌رود. بعضی پزشکان بر این باورند این حرکت، اثرات درمانی مثبتی در روند بهبود حال بیمار دارد. همچنین، این عمل پزشک را تشویق می‌کند که در نگهداری و درمان بیمارش بیشتر دقت کند؛ زیرا این فیلم مانند سندی از تمام خطاهای پزشکی و حالت‌های بیمار است؛ البته، این کار معایبی از قبیل تجاوز به حریم خصوصی بیمار و عدم بیان احساسات او خواهد داشت و همچنین، پزشکان در ارائه‌ی خدمات احساس راحتی نخواهند کرد (۲۳).

۳-۳. حریم خصوصی مالکیتی^۲

این حریم، کاربرد سوم حریم خصوصی است که با لحاظ کردن این حق، بافت‌ها و اعضای بدن، زن‌ها و ساختار ژنومی فرد بخشی از حریم فرد محسوب می‌شود و حق مالکیت فرد را بر اعضا، بافت‌ها و اطلاعات ژنتیکی خود بدیهي می‌کند (۲۳). نظریه‌پردازان اخلاق و حقوق بین «حریم خصوصی»

و «مالکیت» و به تبع آن «حق حریم خصوصی» و «حق مالکیت» ارتباط قائل هستند. فلاسفه از آن به صورت حق مالکیت بر خود که شامل خود جسمانی (ذهن و جان) است، یاد می‌کنند. در واقع، شخص با مالکیت بر خود می‌تواند احساس وجود داشته باشد و خویشتن را شایسته‌ی حب ذات بداند. برخی فلاسفه، شخص را مالک جسم خود و برخی دیگر شخص را به عنوان متولی و کارگزار جسم و نه مالک آن می‌دانند (۲).

مفهوم مالکیتی حریم خصوصی در زمینه‌ی پزشکی بدین معنی است که افراد مالک اعضا و اجزای بدن خود مانند زن‌ها، زنوم، بافت‌های ذخیره و DNA خود هستند؛ اما نباید اجزای بدن خرید و فروش شوند و جنبه‌ی تجاری به خود بگیرند (۲). در تکنیک‌های نوین کمک‌باروری نیز اینکه آیا گامت، زیگوت و رویان‌های منجمد در تصاحب انسان هستند و حق تعیین سرنوشت آن‌ها را دارند از مباحث مطرح شده در حریم خصوصی مالکیتی است؛ در حالی که اکثر دادگاه‌ها، رویان منجمد را در شمار اموال نمی‌دانند و پیشنهاد می‌کنند که سرنوشت رویان‌ها باید در وقایعی مانند طلاق، مرگ، جدایی، جابه‌جایی و تغییر عقیده‌ی افراد مشخص شوند (۲).

همچنین، استفاده از اسم، تصویر یا هویت هر فردی، تجاوز به حریم خصوصی مالکیتی او محسوب می‌شود. بر این اساس، استفاده از فیلم‌ها و عکس بیماران بدون رضایت آن‌ها، نوعی تجاوز به حریم خصوصی آن‌هاست. علاوه بر آن، از آنجایی که زن‌های يك فرد کلید بیولوژیک هویت شخصی اوست و حاوی اطلاعات سلامتی فرد است، باید به طور صحیحی

1. Professional Norms
2. Proprietary Privacy

براساس آن تصمیمات، فارغ از دخالت دولت و سایر دخالت‌های ناخواسته؛ ازاین‌رو، به نظر می‌رسد که این نوع از حریم خصوصی، با اتونومی و اختیار فرد در تصمیمات مربوط به سلامتی خود هم‌پوشانی و یکسانی دارد (۲۳). این نوع حریم در حوزه‌ی سلامت، به مسئولیت‌پذیری برای اخذ تصمیمات مهم درباره‌ی درمان، ختم درمان، تخصیص منابع نادر و علوم پزشکی مربوط است. عدم توافقات اخلاقی و قانونی در همین حوزه، درباره‌ی اینکه «چه کسی حق تصمیم‌گیری دارد؟» و «چه کسی حق انتخاب دارد؟» گاهی منجر به این شده است که بیماران، پزشکان، پرستاران، بیمارستان‌ها، خانواده‌ها، محققان و قانونگذاران تبدیل به رقبای همدیگر و طرفین دعوا شوند (۲).

حق تصمیم‌گیری در حریم خصوصی تصمیماتی، در مواردی مانند سقط جنین، درمان بیماران بسیار ناتوان، یا در مراحل پایانی حیات یا در وضعیت نباتی پایدار، چالش‌ها و مناقشاتی را ایجاد کرده است. این نوع حریم در تصمیم‌های خانوادگی مانند تشکیل خانواده، درخواست والدین درباره‌ی تصمیم‌گیری آزاد در خصوص نحوه‌ی تربیت، آموزش و مراقبت‌های پزشکی فرزندشان نیز جاری است. در این نوع حریم، تصمیم‌هایی از قبیل آزادبودن درمان‌های روان‌درمانی، فروش و پیوند اعضا، رفتارهای باروری و اعتصاب غذا جای بحث و تأمل دارد. برخی از مصادیق مهم‌تر این نوع حریم را می‌توان در موارد زیر مطرح کرد:

الف. تنظیم خانواده^۲

کنترل تولد و سقط، اقدامات رایجی است که در

توسط فرد کنترل شوند؛ لذا تصاحب DNA افراد بدون رضایت آن‌ها به‌نوعی تجاوز به حریم خصوصی مالکیتی است. بنابراین، آزمایش‌های ژنتیکی اجباری برای تشکیل سیستم بانکی اطلاعات DNA یا سایر بیماری‌های ژنتیکی، تجاوز به این حریم است و افراد می‌توانند در برابر این آزمایش‌ها تقاضای جبران خسارت کنند (۲).

۳-۴. حریم خصوصی تصمیماتی^۱

گرچه در بیشتر مواقع این مبحث ذیل اصل اتونومی و اختیار بیمار مطرح می‌شود، حق تصمیم‌گیری فرد در مسائل مرتبط با بیماری و درمان، جزء جدایی‌ناپذیر حریم خصوصی اوست. هر فردی حق دارد درباره‌ی مسائلی چون: تنظیم خانواده، روش‌های کمک‌باروری، رحم جایگزین (۲۳) یا امتناع از پذیرش برخی شیوه‌های درمانی مانند احیای قلبی‌ریوی، درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات، جراحی و انتخاب یک شیوه‌ی درمانی خاص، از بین موارد مطرح و معقول، آزادانه تصمیم بگیرند و تصمیم خویش را اعمال کنند (۲۳).

افراد، خانواده‌ها و اعضای خانواده بعضی از تصمیمات شخصی و رفتارهای خاص را تصمیمات خصوصی و رفتارهای صمیمانه و خودمانی توصیف می‌کنند. تحت این شرایط، کاربرد چهارم حریم خصوصی تجلی می‌یابد و نشانگر انتخاب‌های مستقل و اتونومی مربوط به امور شخصی یا محرمانه‌ای است که زندگی خصوصی افراد را تشکیل می‌دهد.

در واقع، حریم خصوصی تصمیماتی عبارت است از: توانایی یک فرد در اخذ تصمیمات خود و عمل

2 Birth Control

1. Decisional Privacy

ب. سقط جنین^۲

پزشکان درباره‌ی پرسش‌های مربوط به اخلاقی بودن سقط اختلاف نظر دارند. جودیت تامسون^۳ مفهوم حق بر کنترل استفاده از بدن هر فرد را در دفاع بلندآوازه از حق سقط به کار برد. گرایش به سقط، در سیاست جامعه‌ی آمریکا به سال ۱۹۷۰ برمی گردد و به نظر می رسد در اکثر کشورهای اروپایی به توافق اخلاقی تبدیل شده است. قانون در آمریکا به زن‌ها، اجازه‌ی سقط آزادانه در سه ماهه‌ی اول را می دهد؛ اما آن را در سه ماهه‌ی دوم و سوم محدود می کند. الگوهای مقرراتی که براساس افکار اجتماعی و اخلاقیات، درباره‌ی سقط در سطح جهان وجود دارد به چهار شکل است:

- مدل ممنوعیت که سقط جنین‌ها در کل یا غالباً توسط قوانین کیفری ممنوع شده اند؛
- مدل کسب مجوز که در آن براساس معیارهای مشخص، مجوز سقط داده می شود؛
- مدل تجویزی که در آن سقط جنین نه تنها مجاز است، بلکه مورد تشویق نیز قرار می گیرد؛
- مدل حریم شخصی یا آزاد که در آن زنان، برای انجام دادن سقط آزاد هستند و به داشتن معیار و شرایط خاص نیازی ندارند (۲۳). در واقع، طیف مقررات موجود (از ممنوعیت مطلق تا جواز مطلق) براساس نگاه حداقلی و حداکثری به حریم خصوصی شکل گرفته اند. در ایران انجام دادن سقط جنین زمانی امکان پذیر است که سقط درمانی باشد. ماده واحده‌ی آن نیز در روز سه شنبه مورخ دهم خردادماه ۱۳۸۴ در مجلس شورای

کل دنیا صورت می گیرد. در گذشته، این اقدامات در زمینه‌ی پزشکی و اخلاقی، جنایت کارانه تلقی می شد؛ اما امروزه به طور عمومی (تحت شرایط خاص) در دسترس هستند. فلاسفه‌ی فمینیست درباره‌ی اهمیت استفاده از مفهوم حریم خصوصی و حق بر آن، برای به دست آوردن ظرفیت کنترل زنان بر باروری شان بحث و مناظره‌ای گسترده دارند. مفهوم حریم خصوصی، در محدودیت زن‌ها در نقش رایج خود به عنوان همسر و مادر تحت اختیار و قدرت مرد در خانواده، نقشی بزرگ ایفا می کند؛ حال آنکه کاترین مک کینون^۱ استدلال می کند که حقوق حریم خصوصی، شأن و منزلت زنان را با درخواست و تلاش بیشتر برای تساوی جنسی ارتقا می دهد. فمینیست‌های دیگر درباره‌ی نقش پررنگ و مؤثر حقوق حریم خصوصی، در به دست آوردن اتونومی جنسی و هموار کردن راه برای تساوی شغلی و تحصیلی، استدلال می کنند.

بعضی افراد تحت تأثیر اعتقادات مذهبی، بر این باورند که استفاده از هرگونه دارو، وسیله و اقدام برای پیشگیری از بارداری یا ختم حاملگی از نظر اخلاقی نادرست است. یکی از استدلال‌های آنان این است که زندگی بشر از همان لحظه‌ی لقاح تخمک و اسپرم آغاز می شود؛ بنابراین، انواع کنترل تولد که ممکن است از تکامل تخمک لقاح یافته و تبدیل شدن آن به نوزاد جلوگیری کند، مثل قرص‌های ضد بارداری اورژانسی پس از روابط جنسی ناخواسته یا تجاوزات جنسی، سقط تلقی می شود، حتی اگر حاملگی تأیید نشده باشد (۲۳).

2. Abortion

3. Judith Thomson

1. Catherine Mackinnon

اسلامی تصویب و در تاریخ بیست‌وپنجم همین ماه به تأیید شورای نگهبان رسید.^۱ براساس این ماده «سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین، به علت عقب افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است، یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز است و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود.»

ج. بند قانونی ملاحظات مذهبی یا عقیدتی^۲
در بسیاری از کشورها، جامعه برای اقدامات پزشکی به جواز کار پزشکان و بیمارستان‌ها متکی است. در آمریکا قوانین ایالتی و فدرال، برای رهنابیدن پزشکان از انجام وظیفه و ارائه‌ی آن دسته از خدمات پزشکی که از باورها و عقاید مذهبی و اخلاقی طبابت آن‌ها تخطی می‌کند، تصویب شده است. مدافعان این قوانین، از عدم پذیرش بیمار توسط پزشکان و داروسازان به منظور حفظ حریم خصوصی وابسته به آزادی تفکرات و اعتقادات مذهبی‌شان دفاع می‌کنند؛ اما آیا پزشک حق پذیرفتن بیمار را دارد؟ اکثر متخصصان اخلاق زیستی موافق این هستند که در شرایط اورژانس پزشکی، پزشک حق پذیرفتن بیمار را ندارد؛ برای مثال می‌توان به ختم حاملگی لوله‌ای تهدیدکننده‌ی حیات مادر اشاره کرد (۲۳).

د. تکنیک‌های نوین کمک‌باروری^۳
بعضی از مفسران قانونی و پزشکان نظر به این دارند که زنان و مردان نابارور از حق حریم خصوصی

باروری برخوردارند. استفاده از تکنولوژی‌ها برای بچه‌دارشدن، انتخاب ART مثل انتخاب عقیم‌سازی، سقط و کنترل تولد به‌عنوان حق حریم خصوصی مطرح است؛ اما از نظر اخلاقی نگرانی‌هایی را به وجود آورده است. یکی از آن‌ها امیدواری‌های کاذب است که ART در جهانی ایجاد می‌کند که تکنولوژی گران‌قیمت و شانس موفقیت آن کم است. این برنامه‌ها در خانواده‌ها کشمکش‌هایی را به وجود آورده‌اند. گزارش‌های زیادی از زنانی در دسترس است که از سوی خانواده‌شان تحت فشار قرار گرفته‌اند تا موقعیت‌های آزاردهنده‌ای را برای بارداری تحمل کنند. امروزه، تعیین جنسیت فرزندان نیز ممکن است غیراخلاقی باشد. طرفداران انتخاب جنسیت، اعتقاد دارند که تعیین جنسیت فرزند توسط والدینش حق اخلاقی و قانونی والدین است. بعضی خانواده‌ها جنسیت خاصی را مدنظر دارند یا گاهی جنسیت فرزندان‌شان را براساس جنسیت فرزند دیگر خانواده، تعیین می‌کنند. در واقع، انتخاب جنسیت بچه، به‌نوعی تبعیض جنسیتی شمرده می‌شود و می‌تواند اثرات زیان‌بار تبعیض را افزایش دهد. با آزادگذاشتن انتخاب جنسیت جنین، توازن جامعه یا حتی جهان از نظر جنسیتی به هم می‌خورد. همچنین، والدین می‌توانند اهداکننده‌های تخمک و اسپرم را از نظر نژاد، ضریب هوشی و خصوصیات خاص انتخاب کنند (۲۳).

ه. سبک زندگی ناسالم^۴
در مواردی که مردم زندگی خود را با استفاده از روش‌های ناسالم مانند مصرف زیاد مواد قندی و

۱. قانون سقط درمانی، دست‌یافتنی در <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/97756>

۲. بند قانون که برخی را به خاطر ملاحظات مذهبی یا عقیدتی یا قید وجدان معاف می‌کند (Conscience Clauses)

3. Assisted Reproductive Technology (ART)

4. Medically Unhealthy Life-Styles

آسیب وارد می‌کند، احترام گذاشت، اما باید توجه کرد در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد این حق پذیرفته‌شده نیست (۲۲)؛ چراکه در دین مبین اسلام حیات موهبتی الهی است که به انسان امانت داده شده است و تنها با خواست و اراده‌ی خداوند قادر و متعال خاتمه می‌یابد؛ از این رو، حفظ حیات واجب است و دخالت در مرگ نفس محترمه به هر نحوی که باشد جایز نیست.

۳-۵. حریم خصوصی معاشرتی^۲

احترام به خواسته‌های بیمار و فراهم کردن فضایی صمیمی و درخور برای او در موقعیت‌های خاص همچون: به دنیا آوردن نوزاد، دوره‌ی نقاقت یا زمان احتضار، در این بُعد از حریم خصوصی مطرح و بررسی می‌شود. بیماران در تقابل با درد و رنج و لحظات بحرانی مثبت و منفی مانند تولد و مرگ تمایل دارند تا افراد خاصی را در کنار خود داشته باشند. ممکن است بیمار هنگام به دنیا آوردن نوزاد یا ساعات انتهایی حیات بخواهد افراد خاصی، بدون مزاحمت کادر درمان در کنارش باشند. فراهم کردن چنین تسهیلاتی بر عهده‌ی کادر درمان و مسئولان مراکز درمانی است (۲۳).

۴. حریم خصوصی و محرمانگی

اگرچه محرمانگی و حریم خصوصی^۳ دو طرف یک سکه هستند، با هم تفاوت‌هایی دارند (۲۴). حریم خصوصی که قلمرویی از زندگی انسان و مصون از مداخله‌ی دیگران است، جزء اخلاقیات شخصی است و نفعی است که اکثر مردم به آن

پرچرب، کشیدن سیگار، استفاده نکردن از کلاه ایمنی و... به خطر می‌اندازند، باید چگونه با آنان مواجه شد؟ آیا باید قوانینی در جامعه ایجاد و این اعمال را ممنوع کرد؟ یا اینکه تا کجا به حق انتخاب آن‌ها باید احترام گذاشت؟ اگر چه در بادی امر به نظر می‌رسد این انتخاب‌های آنان بیشتر برای خودشان مضر است، با کمی دقت مشخص می‌شود که این سبک‌های زندگی باعث کاهش نیروی مولد، تحمیل هزینه‌های درمان بر جامعه، تأثیر بر روند تکامل و سلامت جنین و کودکان می‌شود؛ لذا می‌توان آزادی افراد را برای انتخاب‌های ناسالم زیستی محدود کرد؛ البته در اینجا باید به این سؤال هم پاسخ داده شود که آیا سلامتی حق است یا تکلیف (۲۳)؟

و. حق امتناع از درمان^۱

بیمارانی که مشکلات روحی‌روانی دارند برای دستیابی به یک زندگی عادی، نیاز دارند داروهایی مصرف کنند؛ اما مسأله این است که این درمان‌ها چگونه باید ادامه یابند و حق انتخاب این بیماران تا کجاست؟ بعضی از این بیماران که اختلالات شدید روانی دارند قابلیت تصمیم‌گیری و ادامه‌ی درمانشان را ندارند؛ اما برخی دیگر که اختلالات جزئی دارند ممکن است برای مصرف نکردن دارو استدلال‌های خوبی داشته باشند. موضوع دیگر درباره‌ی حق مردن و حق تعیین مرگ و زندگی توسط انسان است و اینکه آیا این مسأله نقش خدا را بازی کردن است؟ (۲۳). اگرچه می‌توان به حق امتناع از درمان بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری که در شرایط غیر اورژانس، پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد درمان، با امتناع از درمان فقط به خود

2. Associational Privacy

3. Privacy and Confidentiality

1. The Right to Refuse Care

۵. حریم خصوصی: حق مثبت یا منفی

یکی از تعابیر مهم و مؤثر از حقوق اخلاقی برپایه‌ی گفته‌های امانوئل کانت^۱، فیلسوف قرن هجدهم، شکل گرفته است. از نظر کانت، همه‌ی انسان‌ها محترم و مستحق کرامت‌اند و همین امر دیگران را از رفتارهای سودجویانه یا برخلاف میل افراد بر حذر می‌دارد. اصولی که کانت ذکر کرد غالباً هم برای توجیه و تبیین شق بنیادی حق، یعنی حق آزادی انتخاب و عمل و هم حقوق مرتبط با این حق بنیادی به کار می‌رود. این حقوق مرتبط در دو دسته جای می‌گیرند: حقوق مثبت و منفی.

حقوق منفی مثل حق داشتن حریم خصوصی، حق مصونیت از کشته‌شدن، یا حق مالکیت، حقوقی هستند که از برخی اشکال آزادی و اختیار فردی حمایت می‌کنند و از این‌رو حقوق منفی نامیده می‌شوند که خواستار انجام‌دادن یک وظیفه‌ی «منفی» یا به دیگر سخن، انجام‌نشدن عمل توسط دیگران است. حقوق منفی از دیگران می‌خواهد تا در فعالیت‌های یک شخص در یک حوزه‌ی خاص دخالت نکنند؛ به‌عنوان مثال، حق داشتن حریم خصوصی ما را موظف می‌کند مزاحم فعالیت‌ها و عملکردهای افراد در سپهر خصوصی‌شان نشویم. در مقابل حقوق منفی که به موجب تأکید آن بر عدم انجام فعل، بار منفی به ذهن متبادر می‌کند، حقوق مثبت یا به دیگر سخن حقوق رفاهی با بار «مثبت»، بر کمک‌های مثبت دیگران در تحقق اساسی‌ترین نیازهای آسایش و رفاه انسانی مانند بهداشت و آموزش و پرورش تأکید دارد؛ بنابراین، حقوق مثبت حقوقی است که آسایش و رفاه حداقلی مردم را در

ارج می‌نهند و در میثاق‌های اجتماعی و قانونی از آن حمایت می‌کنند؛ درحالی‌که محرمانگی که در اصطلاح عرف پزشکی ما به «رازداری» معروف است، وظیفه‌ای است که طی رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد مانند رابطه‌ی پزشک و بیمار، وکیل و موکل و کشیش و معترف، بر طرف مورد اعتماد گذاشته شده و قانون نیز بر آن تأکید دارد. می‌توان گفت محرمانگی وظیفه‌ی اخلاقی ویژه‌ی بعضی از حرفه‌ها مانند وکلا، حسابداران، کتابداران و پزشکان براساس ماهیت حرفه‌ای آن‌هاست و در جامعه اطلاع عمومی ندارد.

در حقیقت، محرمانگی مانع افشای مجدد اطلاعاتی می‌شود که بیمار یک‌بار طی چشم‌پوشی از حریم خصوصی اطلاعاتی خود، آن‌ها را به منظور دستیابی به نفعی بالاتر برای پزشک یا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت افشا کرده است (۲۴، ۲۵) و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز متعهدند این اطلاعات را در جهت خدمت‌رسانی به صاحبان آن‌ها استفاده کنند (۲۴)؛ بنابراین، در نظام سلامت، محرمانگی وظیفه‌ای گروهی است و نیازمند فضایی امن و امکانات ویژه برای حفاظت از اطلاعات خصوصی افراد است (۲۴). حریم خصوصی اصولاً مورد تعرض و تجاوز قرار می‌گیرد، درحالی‌که محرمانگی نقض می‌شود (۲۵)؛ به‌عنوان مثال، وقتی فردی وارد سیستم کامپیوتری اطلاعات بیماران در بیمارستان می‌شود به حریم خصوصی اطلاعاتی بیماران تجاوز کرده است، ولی مرتکب نقض محرمانگی نشده است.

1. Immanuel Kant

فرهنگی در ملاً عام؛ به عنوان مثال، اروپاییان غربی و آمریکاییان شمالی اطلاعات مربوط به سلامت، محکومیت‌های جنایی، اقدامات انتظامی، عقاید مذهبی، عقاید سیاسی، اصالت نژادی، عضویت در اتحادیه‌های تجاری و مسائل جنسی زندگی خود را شخصی تلقی می‌کنند و آن را جزء حریم خصوصی خود می‌دانند (۲).

همچنین، در برخی جوامع مثل انگلیس سؤال از زندگی شخصی را گستاخانه می‌دانند و برای گستره‌ی حریم خصوصی، دامنه‌ای فراخ قائل هستند؛ لیکن در برخی جوامع مانند آمریکا که به زندگی شفاف و روراست اعتقاد دارند، دامنه‌ی این حریم تنگ است و پند و اندرز را در این دامنه‌ی محدود بر نمی‌تابند (۲۷). از طرفی نیز در جامعه‌ی امروزی بنیان روابط حرفه‌ای، شخصی، تجاری به میزانی چشمگیر به خودافشایی و دسترسی جسمانی وابسته شده که در جوامع مختلف میزان آن متفاوت است.

نسبیت فرهنگی در حریم خصوصی اطلاعاتی نیز مؤثر است؛ به گونه‌ای که در جوامع گوناگون، در ارائه‌ی اطلاعات مربوط به بیماران به خانواده‌های آن‌ها، تصمیم‌های متفاوتی اتخاذ می‌شود. برخی حریم خصوصی را برای شکوفایی روابط بین آدمیان ضروری می‌دانند و آن را به عنوان ارزشی برای کنترل روابط انسانی و دسترسی دیگران به خود مطرح می‌کنند. از دیگر سو، برخی مفهوم حریم خصوصی را با نگاهی حداکثری تا پیشینیان و مردگان و مومیایی‌ها می‌گسترانند و تحقیق درباره‌ی آن‌ها را چندان اخلاقی نمی‌دانند. سورن هلم^۱

جوامع کنونی تأمین کند؛ همچون حق آموزش، حق غذا، حق مراقبت‌های پزشکی، حق مسکن یا حق داشتن شغل. حقوق مثبت و وظیفه‌ی مثبتی را بر ما تحمیل می‌کند تا فعالانه در داشتن چیزی یا انجام دادن عملی به افراد کمک کنیم (۲۶). به نظر نگارنده چنین می‌آید که حق حریم خصوصی در جامعه بیشتر به صورت حقی منفی قلمداد می‌شود؛ اما در سیستم سلامت که بیمار خود به اجبار تا حدودی از حریم خصوصی خود دست برمی‌دارد، نگاه منفی به این حق، نوعی کوتاهی در حق بیمار است.

همچنین، با مذاقه در بند ۴-۲ منشور حقوق بیمار که بیان داشته «در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم شود.» چنین مستفاد می‌شود که حفظ حریم خصوصی به عنوان حق مثبت دانسته شده است.

۶. نسبیت بودن حریم خصوصی

در بعضی جوامع تأکید بر حریم خصوصی نشده است؛ بالین حال، می‌توان رفتارهای مرتبط با آن را در فرهنگ هر جامعه‌ای یافت. تمایل به داشتن حریم خصوصی و میزان توانایی جامعه در برآوردن این تمایل در جوامع گوناگون انسانی متفاوت است. آنچه در یک جامعه خصوصی تلقی می‌شود ممکن است در جامعه‌ی دیگر خصوصی نباشد. در یک فرهنگ ممکن است آداب مذهبی، شیردادن به کودک و روابط جنسی در خفا انجام شود و در

1. Soren Holm

سردبیر مجله‌ی اخلاق پزشکی در لندن می‌گوید: «افراد معروف هنوز به‌نوعی حیات دارند.» به باور او زندگی این افراد به پایان نرسیده است و چنین مطالعاتی می‌تواند بر شهرت آن‌ها اثرگذار باشد (۲۸)؛ بنابراین، قلمرو حریم خصوصی نسبی است و دامنه‌ی آن در هر فرهنگ و نظام اجتماعی و موقعیت، متفاوت و متأثر از هنجارها و عرف و مذهب آن جامعه است (۲۷).

از اخلاق حسنه، از محدود کردن حریم خصوصی گریزی نیست. باین حال، ایجاد محدودیت در حریم خصوصی باید به قدر ضرورت و مطابق با قانون و با هدف مشروع باشد؛ بنابراین، بر خلاف حفظ کرامت و احترام انسان که مشروط نیست، رعایت حریم خصوصی مشروط به قوانین، مقررات و مسئولیت‌های اخلاقی است؛ البته ارائه‌ی ملاک برای نقض کردن آن در نظام سلامت نیز مهم است (۱۷).

۷. حریم خصوصی: مشروط یا نامشروط

در تعریف حفظ حریم خصوصی، برخی به تعاریف حداقلی مانند حق اجتناب از ورود به حریم خصوصی و برخی با نگاه حداکثری همچون ایجاد زمینه و ابزار مناسب برای حفظ حریم خصوصی مثل تقویت فرهنگ پرداخته‌اند (۲۷). این موضوع نیز براساس نگرش جامعه در خصوص منفی یا مثبت‌پنداشتن حق بر حریم خصوصی به وجود آمده است. گفتنی است با وجود تعریف‌های متعدد و ارزش ذاتی حریم خصوصی، حریم شخص مطلق نیست و باید با نیازهای درمانی و قابلیت دسترسی به منابع متناسب باشد (۲۹)؛ از این رو، می‌توان برای حریم خصوصی شروطی در نظر گرفت.

مرز حریم خصوصی، نداشتن تعارض با حریم عمومی یا به دیگر سخن نبود تعارض بین کیان فرد و کیان جمع است. حفظ حریم فرد منوط به توازن میان نهاد حق و نهاد مصلحت است. از دیگر سو، گاه مداخله در حریم خصوصی اجتناب‌ناپذیر است. در مواردی همچون امنیت ملی، سلامت عمومی، رفاه اقتصادی کشور، جلوگیری از بی‌نظمی و پیشگیری از جرم، حمایت از سلامتی و حمایت روان‌شناسان معتقدند اگر افراد از داشتن حریم خصوصی اجتماعی محروم شوند، سلامتی آن‌ها نیز در معرض تهدید قرار خواهد گرفت؛ لذا حریم خصوصی باعث بهبود سلامت روانی جامعه نیز می‌شود. فیلسوفان بر این باورند که احترام گذاشتن به حریم خصوصی جسمانی و اطلاعاتی و تصمیماتی، برترین اعتبار برای احترام به کرامت، شخصیت انسانی، استقلال اخلاقی و زندگی

۸. ارزش‌های اخلاقی حریم خصوصی

احترام به حریم خصوصی به افراد اجازه می‌دهد تا در یک فضا و مکان امن روانی، افکار و احساسات خود را بدون ترس از کج‌فهمی یا قضاوت‌های نادرست بیان کنند. این موضوع به اندازه‌ی بنیادی‌ترین مسائل فرد همچون مذهب و باورها دارای اهمیت است؛ چراکه در ارتباط مستقیم با تصمیمات درمانی پزشک و در پی آن تصمیمات درمانی بیمار است (۳۰). پایبندی به حفظ حریم خصوصی، نظارت‌ها و افشاگری‌هایی را که برای سلامتی انسان مضر است، محدود می‌کند و در نتیجه سلامتی را ارتقا می‌بخشد.

اجتماعی کارآمد است. حقوق دانان نیز معتقدند که ارزش اخلاقی حریم خصوصی، مبنا و اساس حقوق اخلاقی و شایسته‌ی حمایت قانونی است (۲).

دانشمندان درباره‌ی بهترین شیوه‌ی مشخص کردن ارزش‌های اخلاقی حریم خصوصی اختلاف نظر دارند. یک محور اختلاف آن‌ها درباره‌ی این است که آیا حریم خصوصی نشانگر یک ارزش است یا یک حالت از امور؟ محور دوم اختلاف مربوط به این است که حریم خصوصی، مفروض به یک حالت از امور، مشروعیت اخلاقی الزامی دارد یا مشروعیت اخلاقی صرفاً مشروط؟ محور سوم اختلاف درباره‌ی این است که آیا ارزش حریم خصوصی، مفروض به معنای یک حالت از امور با مشروعیت اخلاقی صرفاً مشروط، باید براساس معیارهای نتیجه‌گرایان مانند ارتقای سعادت جمعی یا کارآمدی یا براساس معیارهای وظیفه‌گرایی مانند احترام به شخصیت، هویت شخصی یا انسانیت سنجیده شود؟

از نظر پیامدگرایان، حریم خصوصی تا زمانی ارزشمند است که باعث سلامت همگانی یا ارتقای منافع متنوع افراد، گروه‌ها یا دولت شود. از طرفی دانشمندان بر این باورند که حریم خصوصی از آنجایی که به انسان هویت می‌بخشد و باعث ایجاد و ارتقای شخصیت انسانی در نهادهای لیبرال اجتماعی و سیاسی می‌شود، ارزشمند است. از طرفی، حفظ حریم خصوصی باعث تعالی فردانیت و در نهایت خودشناسی می‌شود که در جوامع دموکراتیک پیش فرض خودحکمرانی است. همچنین، حفظ حریم خصوصی باعث مهار قدرت دولت در فضایی می‌شود که جان استوارت میل آن را با نام «مربوط به خود» معرفی می‌کند.

حریم خصوصی در ایجاد و ارتقای ارتباطات ارزش ایزاری دارد. استدلال سنتی بر این است که تنها در حالت انزوا از دیگران، فرم مطلوب صمیمیت و دوستی می‌تواند شکوفا شود. افراد یا خانواده‌ها اگر تنها بتوانند خود را از دیگران جدا کنند، می‌توانند نیازهای سرکش اجتماعی و عاطفی خود را رفع کنند؛ البته در پاسخ به این استدلال بیان شده که شیوه‌های حفظ حریم خصوصی می‌توانند باعث بیشتر شدن آزار و اذیت زنان و کودکان شوند و با مخالفت با مسئولیت‌های فردی، در برابر آرمان‌های جمعی (مصلح) بی‌اعتنایی پیشه کنند. چالش‌های اخلاقی مطرح شده در این انتقاد عبارت است از اینکه ترتیبات اجتماعی به شدت از حریم خصوصی اطلاعاتی، جسمانی تحت عناوین فردیت، خلایق، خانواده و ارتباط آزاد حمایت می‌کنند، ولی به مباحث تحت سلطه قرار گرفتن (فرمانبرداری)، بیگانگی از خود و دیگران نپرداخته‌اند. دانشمندان گاهی اوقات در توجیه حریم خصوصی به اهمیت شخصیت و کرامت انسانی می‌پردازند.

این استدلال باعث می‌شود بین دسترسی محدود اطلاعاتی و جسمانی یا توانایی تصمیم‌گیری مهم برای خود با ایده‌ی استقلال اخلاقی عقلانی^۱ ارتباط ایجاد شود؛ به عنوان مثال، اصل احترام برای اشخاص، یک دلیل اخلاقی برای عدم دخالت در حریم خصوصی اشخاص را فراهم می‌کند (۲).

همچنین، در عین حمایت از قراردادهای اجتماعی

1. Rational Moral Autonomy

استقلال اخلاقی عقلانی بدین معنی است که تصمیم‌گیری آزاد و انتخاب‌های مستقل فرد به عنوان یک عامل اخلاقی بر مبنای اصول عقلی و دلایل معقولانه‌ی وی به دست می‌آید. ایده‌ی استقلال اخلاقی برخاسته از آرای کانت است؛ او معتقد بود که انسان براساس عقل و اراده‌ی آزاد توانایی خودفرمانی و تعیین ارزش‌های زندگی خود را دارد؛ از این رو، قابلیت وضع قوانین اخلاقی را دارد. به عبارت دیگر انسان واجد استقلال اخلاقی کسی است که اراده‌ی عقلانی او همه‌ی قوانین زندگی‌اش را وضع کند.

حامی حریم خصوصی، باید بر این موضوع تأکید کرد که تحمل و مدارا کردن دولت با سلاطین و انتخاب‌های افراد در خصوص تولید مثل، روابط جنسی و مذهب از ارزش‌های بنیادین هر جامعه است (۲).

۹. حریم خصوصی در اسلام

در متون دینی واژه‌های حریم خصوصی و رازداری به‌صراحت ذکر نشده‌اند؛ با این حال از جمله مقوله‌هایی که در متون روایی و حقوقی ارتباط تنگاتنگی با مفاهیم فوق دارند، لغات عرض، کتمان

السِّر، شَیْن و عَفْتُ است که به بیان آن‌ها می‌پردازیم: عرض: عرض به معنی ناموس و آبرو است (۳۱). امام زین‌العابدین (ع) در روایتی می‌فرماید: «کسی که خودداری کند از عرض مسلمانان، خدا در روز قیامت لغزش‌های او را می‌پوشاند»^۱ (۳۲).

همچنین پیامبر اکرم (ص) در روایتی فرموده‌اند: «کسی که از حیثیت برادرش دفاع کند، این عمل حجابی برای او از آتش جهنم است»^۲ (۳۲). ایشان در روایت دیگری می‌فرمایند: «کسی که عرض برادر مسلمانش را حفظ کند، قطعاً بهشت برای او واجب است»^۳ (۳۲).

- کتمان السِّر: امام علی (ع) در روایتی می‌فرماید: «سکوت داوری است و سکوت سلامتی و کتمان بخشی از سعادت است»^۴ (۳۲). و امام رضا (ع) نیز می‌فرماید: «لا یكون المؤمن مومنًا حتى یكون فیه

ثلاث خصال: سَنَّةٌ مِنْ رَبِّهِ وَ سَنَّةٌ مِنْ نَبِيِّهِ وَ سَنَّةٌ مِنْ وَلِيِّهِ فَالسَّيِّئَةُ مِنْ رَبِّهِ كِتْمَانُ سِرِّهِ»: «مؤمن، مؤمن نمی‌شود مگر اینکه سه خصلت در او باشد: سنتی

۱. «مَنْ كَفَّ عَنْ أَعْرَاضِ الْمُسْلِمِينَ أَقَالَ اللَّهُ عَثْرَتَهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ».

۲. «مَنْ رَدَّ عَنْ عَرَضِ أَخِيهِ كَانَ لَهُ حِجَابٌ مِنَ النَّارِ».

۳. «مَنْ رَدَّ عَنْ عَرَضِ أَخِيهِ الْمُسْلِمِ وَجَبَتْ لَهُ الْجَنَّةُ الْبَتَّةَ».

۴. «الصَّمْتُ حَكْمٌ وَ السَّكُوتُ سَلَامَةٌ وَ الْكِتْمَانُ طَرَفٌ مِنَ السَّعَادَةِ».

۵. «سِرُّكَ أَسِيرُكَ فَإِنْ أَفْشَيْتَهُ صِرْتُ أَسِيرَةً».

۶. «إِفْشَاءُ السِّرِّ سَقُوطَةٌ».

از طریق نگاه غیرمستقیم مانند استفاده از آینه برای مشاهده‌ی بدن نامحرم به‌ویژه مناطق خصوصی بدن و لمس غیرمستقیم مانند استفاده از دستکش برای معاینه‌ی بدن بیمار نامحرم ممکن نباشد، لمس و نگاه اشکال ندارد؛ البته در این مواقع، باید به مقدار ضرورت بسنده کرد؛ یعنی پزشک باید در نگاه یا لمس نیز به بخشی محدود از بدن بیمار که برای تشخیص و درمان ضرورت دارد، اکتفا کند و زیاده‌تر از آن جایز نیست.

۱۰. حریم خصوصی در آیات و احادیث

حریم خصوصی در ایران در گذشته بیشتر جنبه‌ی عرفی داشته و افراد در مناسبات اجتماعی مقید به حفظ آن بودند. با نظر به قدمت دین اسلام در ایران و به‌ویژه مذهب شیعه از زمان صفویه و آثار و نتایج آن بر فرهنگ مردم، مذهب نیز نقشی پررنگ در این میان داشته و در مواقع مبتلا به استنادات بسیاری به آیات و روایات شده است. در آیاتی متعدد از قرآن کریم و نیز سیره‌ی پیامبر و اولیا، بر لزوم رعایت حریم خصوصی انسان‌ها و پرهیز از نقض مصادیق آن تأکید فراوان شده است.

بسیاری از این آیات و روایات، در قالب احکام تکلیفی هستند تا وضعی؛ دستوراتی چون: ممنوعیت تجسس و تفتیش، ممنوعیت ورود به منازل بدون اجازه و رضایت فرد، ممنوعیت استراق سمع و بصر، ممنوعیت سب، هجو و قذف و نیز ممنوعیت خیانت در امانت همه مصادیقی از حریم خصوصی هستند. در این میان اصل برائت و اصل مالکیت نیز اهمیت این موضوع را در اسلام بیشتر آشکار می‌کند (۱۷).

ستر عورت شما کند و جامه‌های (زیبا و نرم) برای شما فرستادیم.» لباس چیزی است که انسان از آن برای پوشاندن خود استفاده می‌کند. «یواری سواءتکم» وصفی برای لباس است و نشان می‌دهد لباس پوششی واجب و لازم است و آن را برای پوشاندن عضو که برهنه‌بودنش ناپسند و مایه‌ی رسوایی است، به کار می‌برند (۳۶).

عفت، حالتی نفسانی است که از غلبه‌ی شهوت جلوگیری می‌کند. در روایات، از پاکدامنی به‌عنوان برترین عبادت یاد شده است: «أَفْضَلُ الْعِبَادَةِ عِفَّةُ الْبُطْنِ وَالْفَرْجِ». امام علی (ع) می‌فرماید: «مَا الْمَجَاهِدُ الشَّهِيدُ عِنْدَ اللَّهِ بِأَعْظَمَ أَجْرًا مِمَّنْ قَدَرَ فَعَفَ لَكَادَ الْعَفِيفُ أَنْ يَكُونَ مَلَكًا مِنَ الْمَلَائِكَةِ»: «پاداش مجاهد شهید در راه خدا بیشتر از کسی نیست که می‌تواند گناه کند، ولی بر اثر پاکدامنی از آن پرهیز می‌کند. نزدیک است که انسان پاکدامن فرشته‌ای از فرشتگان خدا باشد» (۳۷).

در شرع مقدس اسلام رعایت عفت و حفظ حریم و حدود حتی در نگاه کردن نیز در کانون توجه قرار گرفته است و تجاوز از آن حدود، جز در مواقع اضطرار و به اندازه‌ی رفع ضرورت جایز نیست. یکی از مصادیق مهم تقوای پزشکی، عفت است. پزشک باتقوا، نه تنها به خود اجازه‌ی سوءاستفاده‌ی جنسی از بیمار را نمی‌دهد، بلکه حتی در نگاه کردن برای معاینه، حدود اسلامی را رعایت می‌کند و هنگام نیاز به نگاه کردن به بیمار برای تشخیص بیماری، به اندازه‌ی ضرورت اکتفا می‌کند (۳۷)؛ بنابراین اگر پزشک برای معالجه یا اقدامات تشخیصی از قبیل لمس نبض و... ناچار شود بدن بیمار را نگاه یا لمس کند، در صورتی که امکان تشخیص و معالجه

بَدَتِ الْبَغْضَاءُ مِنْ أَفْوَاهِهِمْ وَمَا تُخْفِي صُدُورُهُمْ أَكْبَرُ قَدْ يَبَيِّنُ لَكُمْ الْآيَاتِ إِنْ كُنْتُمْ تُعْقِلُونَ: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید از غیر خودتان دوست و همراه نگیرید آنان از هیچ نابکاری در حق شما کوتاهی نمی‌ورزند. آرزو دارند که در رنج بیفتید و دشمنی از لحن و سخنشان آشکار است و آنچه سینه‌هایشان پنهان می‌دارد بزرگ‌تر است. در حقیقت ما نشانه‌های دشمنی آنان را برای شما بیان کردیم اگر تعقل کنید.» در این آیه‌ی شریفه به جای «ولیکه»^۳ از «بطانة»^۴ استفاده شده (هر دو به معنی محرم اسرار است)؛ زیرا، چنین شخصی به باطن آدمی مطلع و از رازهای درونی او باخبر است و خداوند خطاب به مؤمنان می‌فرماید: «غیر مؤمنان را محرم سر خود قرار ندهید» که اشاره به لزوم حفظ اسرار و نکوهش افشای سر دارد (۳۸).

در آیات سوم و چهارم سوره‌ی تحریم نیز خداوند، برخی همسران پیامبر (ص) را که در رازداری کوتاهی کرده‌اند سرزنش نموده است.^۵ آیات فوق بر پایبندی به رازداری و فضیلت حفظ اسرار دلالت دارد. همچنین در آیات هشت تا یازده سوره‌ی مؤمنون به فضیلت رازداری اشاره شده و می‌فرماید: «وَالَّذِينَ هُمْ لِأَمَانَاتِهِمْ وَعَهْدِهِمْ رَاعُونَ... اولئک هم الوارثون الذین یرثون الفردوس هُم فیها خالدون: «و کسانی که به امانت‌ها و عهد خود پایبندند... اینان میراث‌بران هستند که بهشت را که همواره در آن جاویدان هستند به میراث می‌برند». در آیه‌ی ۲۷ سوره‌ی انفال نیز چنین آمده است: «ای کسانی که

برای مثال درباره‌ی ممنوعیت تجسس و تفتیش در قرآن کریم آمده است: «یا ایها الذین آمنوا اجتنبوا کثیراً من الظن ان بعض الظن انکم ولا تجسسوا ولا یغتب بعضکم بعضاً اوجب احدکم ان یاکل لحم أخیه میتاً فکفرهتموه و اتقوا الله ان الله تواب رحیم: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید! از بسیاری از گمان‌ها دوری کنید؛ زیرا بعضی گمان‌ها گناه است. (و در کار دیگران) تجسس نکنید و بعضی از شما دیگری را غیبت نکنند، آیا هیچ‌یک از شما دوست دارد که گوشت برادر مرده‌ی خود را بخورد! پس آن را ناپسند می‌دانید و از خداوند پروا کنید، همانا خداوند توبه‌پذیر مهربان است.»^۱

همچنین خداوند درباره‌ی ممنوعیت ورود به منازل بدون اجازه و رضایت فرد نیز در قرآن می‌فرماید: «یا ایها الذین آمنوا لاتدخلوا بیوتاً غیر بیوتکم حتی تستأنسوا و تسلموا علی اهلها ذلکم خیر لکم لعلکم تذکرون. فان لم تجدوا فیها احدا فلا تدخلوها حتی یؤذن لکم و ان قیل لکم ارجعوا فارجعوا هو اذکی لکم و الله بما تعملون علیم: «شما که ایمان دارید به خانه‌ی هیچ‌کس غیر از خانه‌های خود داخل نشوید تا آنکه آشنایی دهید و بر اهلش سلام کنید این برای شما بهتر است امید است که پند گیرید. و اگر کسی را در خانه نیافتید داخل نشوید تا شما را اجازه دهند، و اگر گفتند برگردید برگردید که این برای شما پاکیزه‌تر است و خدا به اعمالی که می‌کنید داناست.»^۲

خداوند در قرآن کریم در آیه‌ی ۱۱۸ سوره‌ی آل عمران می‌فرماید: «یا ایها الذین آمنوا لاتتخذوا بطانة من دُونکم لا یألوکم خبالاً و دؤاً ما عنکم قد

۳. شخصی که مورد اعتماد و اطمینان انسان است اگر از اهل بیت او نبود.

۴. پراهن چسبیده به بدن
۵. إِذْ أَسْرَ النَّبِيُّ إِلَىٰ بَعْضِ أَزْوَاجِهِ حَدِيثًا فَلَمَّا نَبَأَتْ بِهِ وَأَظْهَرَهُ اللَّهُ عَلَيْهِ عَرَفَ بَعْضُهُ وَأَعْرَضَ عَنْ بَعْضٍ فَلَمَّا نَبَأَهَا بِهِ قَالَتْ مَنْ أَنْبَاكَ هَذَا قَالَ نَبَأَنِي الْعَلِيمُ الْخَبِيرُ، إِنْ تَوَلَّوْنَا إِلَى اللَّهِ...

۱. قرآن کریم، سوره‌ی حجرات، آیه‌ی ۱۲.

۲. قرآن کریم، سوره‌ی نور، آیات ۲۷ و ۲۸.

ایمان آورده اید به خدا و رسول و امانت هایتان خیانت نکنید؛ درحالی که می دانید این کار شما نادرست است» (۳۹).

همچنین حضرت یعقوب خطاب به فرزندش می فرماید: «قَالَ يَا بُنَيَّ لَا تَقْصُصْ رُؤْيَاكَ عَلَى إِخْوَتِكَ فَيَكِيدُوا لَكَ كَيْدًا إِنَّ الشَّيْطَانَ لِلْإِنْسَانِ عَدُوٌّ مُبِينٌ»^۱: «فرزندم! خواب خود را برای برادرانت بازگو مکن که برای تو نقشه‌ی خطرناک می کشند؛ چرا که شیطان دشمن آشکار انسان است». این آیه نیز درس حفظ اسرار را به ما می آموزد. علاوه بر این، در آیه‌ی ۱۴۸ سوره‌ی نساء، خداوند انسان‌ها را از بازگرفتن بدی‌های دیگران منع نموده و می فرماید: «لَا يَحِبُّ اللَّهُ الْجَهْرَ بِالسُّوءِ مِنَ الْقَوْلِ إِلَّا مَنْ ظَلَمَ وَكَانَ اللَّهُ سَمِيعًا عَلِيمًا»؛ یعنی «خداوند دوست ندارد کسی با سخنان خود، بدی‌های دیگران را اظهار کند، مگر آن کس که به او ستم شده باشد و همانا خداوند شنونده‌ی داناست.»

این مهم در روایات دیگری نیز در کانون توجه قرار گرفته است که در ادامه به بعضی از آن‌ها اشاره می‌شود؛ امام رضا(ع) در حدیثی می‌فرماید: «مؤمن، مؤمن نخواهد بود مگر اینکه سه خصلت داشته باشد: سنتی از پروردگار و سنتی از پیامبر(ص) و سنتی از امام؛ اما سنت پروردگار کتمان اسرار است، سنت پیامبر(ص) مدارا با مردم و سنت امام شکیبایی در برابر ناراحتی‌ها و مشکلات است»^۲ (۳۲). در حدیث دیگر از امام صادق(ع) می‌خوانیم: «سِرٌّ مِنْ دَمَكٍ فَلَا يَجْرِي مِنْ غَيْرِ أَوْ دَاجِكِ»؛

«اسرار تو همچون خونت است که باید تنها در رگ‌های خودت جریان یابد» (۳۲). امام علی(ع) نیز فرموده‌اند: «جَمَعَ الدُّنْيَا وَالْآخِرَةَ فِي كِتْمَانِ السِّرِّ وَ مُضَادَّةِ الْإِخْيَارِ، وَ جَمَعَ الشَّرُّ فِي الْإِذَاعَةِ وَ مُوَاخَاةِ الْإِشْرَارِ»؛ یعنی «تمام خیر دنیا و آخرت در دو چیز نهفته شده: کتمان اسرار و دوستی با نیکان و تمام شر در این دو چیز نهفته شده: افشای اسرار و دوستی با اشرار» (۳۲). «لَا تُخْنِ مَنْ ائْتَمَكَ وَ إِنْ خَانَكَ وَلَا تَدْعُ سِرَّهُ وَ إِنْ أَدَاعَ سِرَّكَ»؛ «به کسی که تو را امین قرار داده است خیانت مکن؛ هر چند او به تو خیانت کرده باشد و راز او را فاش مساز اگر چه او راز تو را فاش ساخته باشد» (۴۰).

و امام علی(ع) می‌فرماید: «لَيْكُنْ أَبْعَدَ رَعِيَّتِكَ مِنْكَ، وَ أَشْنَاهُمْ عِنْدَكَ، أَطْلُبُهُمْ لِمَعَائِبِ النَّاسِ؛ فَإِنَّ فِي النَّاسِ غُيُوبًا، الْوَالِي أَحَقُّ مَنْ سَتَرَهَا، فَلَا تَكْشِفَنَّ عَمَّا غَابَ عَنْكَ مِنْهَا فَإِنَّمَا عَلَيْكَ تَطَهُّيرُ مَا ظَهَرَ لَكَ، وَ اللَّهُ يَحْكُمُ عَلَى مَا غَابَ عَنْكَ، فَاسْتِرِ الْعَوْرَةَ مَا اسْتَطَعْتَ يَسْتِرِ اللَّهُ مِنْكَ مَا تُحِبُّ سَتْرَهُ مِنْ رَعِيَّتِكَ، أَطْلِقْ عَنِ النَّاسِ عُقْدَةَ كُلِّ حَقْدٍ، وَ اقْطَعْ عَنْكَ سَبَبَ كُلِّ وَتَرٍ، وَ تَغَابَ عَنِ كُلِّ مَا لَا يَضِخُّ لَكَ، وَ لَا تَعْجَلَنَّ تَصْدِيقَ سَاعٍ، فَإِنَّ السَّاعِيَ عَاشٍ، وَ إِنْ تَشَبَّهَ بِالنَّاصِحِينَ»؛ «از رعیت، آنان را که عیب‌جو ترند از خود دور کن؛ زیرا مردم عیوبی دارند که رهبر امت در پنهان داشتن آن از همه سزاوارتر است؛ پس مبدا آنچه بر تو پنهان است آشکار گردانی و آنچه که هویداست بیوشانی، که دآوری در آنچه از تو پنهان است با خدای جهان است. پس چندان که می‌توانی زشتی‌ها را بیوشان تا آن را که دوست داری بر رعیت پوشیده ماند، خدا بر تو بیوشاند. گره هر کینه‌ای را در مردم بگشای، و رشته‌ی هر نوع دشمنی را قطع

۱. قرآن کریم، سوره‌ی یوسف، آیه‌ی ۵.
۲. لَا يَكُونُ الْمُؤْمِنُ مُؤْمِنًا حَتَّى تَكُونَ فِيهِ ثَلَاثُ خِصَالٍ سُنَّةٌ مِنْ رَبِّهِ وَ سُنَّةٌ مِنْ نَبِيِّهِ وَ سُنَّةٌ مِنْ وَلِيِّهِ (عليه السلام) فَمَا السُّنَّةُ مِنْ رَبِّهِ فَكِتْمَانُ السِّرِّ وَ أَمَّا السُّنَّةُ مِنْ نَبِيِّهِ فَمُذَارَاةُ النَّاسِ مَنْ وَلِيهِ فَالضَّبَرُ فِي الْبَاسَاءِ وَ الضَّرَاءُ.

کن، و از آنچه که در نظر روشن نیست کناره گیر، در تصدیق سخن چین شتاب مکن؛ زیرا سخن چین گرچه در لباس اندرزدهنده ظاهر می‌شود، اما خیانت‌کار است» (۴۱).

۱۱. جایگاه حریم خصوصی در فقه

از جمله ادله‌ی مستند در مباحث فقهی قرآن، سنت و اجماع و عقل است. با توجه به اینکه در رأس این ادله قرآن قرار دارد، در قسمت قبل آیاتی از قرآن که به نحوی به حریم خصوصی توجه کرده‌اند، بیان شدند؛ البته در فقه، تعریفی از حریم خصوصی وجود ندارد. بنابراین برای استنباط احکام در این‌گونه مواقع، یکی از راه‌ها نگاه به مصادیق آن است؛ برای مثال به نظر می‌رسد مناسب‌ترین قاعده‌ای که می‌توان در این باب به آن استناد کرد، قاعده‌ی معروف فقهی «لا ضرر و لا ضرار فی الاسلام» است که یکی از مشهورترین قواعد فقهی است که خود مستند بسیاری از مسایل فقهی است؛ بنابراین هر عملی که مستلزم زیان‌رساندن به دیگران باشد، اجراکردنی نخواهد بود، خواه این زیان جانی باشد یا مالی یا معنوی و روحی. با توجه به اینکه واژه‌ی ضرر به صورت عام به کار برده شده است می‌توان استدلال کرد که حریم خصوصی افراد نیز مشمول این قاعده خواهد بود. از طرفی براساس قاعده‌ی فقهی «تسلیط» و مطابق با جمله‌ی «الناس مسلطون علی انفسهم»، مردم مسلط به نفس خود هستند و مفهوم مخالف آن این است که مسلط بر نفس دیگران نیستند.

۱۲. دیدگاه قانونی

از دیدگاه حقوقی یکی از بنیادی‌ترین و اساسی‌ترین حقوق بشری که با شخصیت انسان ارتباط تنگاتنگ دارد، حریم خصوصی است. تنها بودن انسان، با خود بودن او، دوری از نگاه کنترل‌کننده‌ی دیگران و رهایی از تجسس و تفتیش سایرین حقی است که لازمه‌ی یک شخصیت مستقل است (۲۱). در ماده‌ی ۲۱ اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر مصوب ۱۹۴۸ اعلام شده است که «حریم خصوصی، خانواده، مکاتبات، آبرو، حیثیت افراد نباید مورد تعرض و مزاحمت واقع شود». همچنین مصادیق ده‌گانه‌ی تعرض به حریم خصوصی نیز

از جمله ادله‌ی مستند در مباحث فقهی قرآن، سنت و اجماع و عقل است. با توجه به اینکه در رأس این ادله قرآن قرار دارد، در قسمت قبل آیاتی از قرآن که به نحوی به حریم خصوصی توجه کرده‌اند، بیان شدند؛ البته در فقه، تعریفی از حریم خصوصی وجود ندارد. بنابراین برای استنباط احکام در این‌گونه مواقع، یکی از راه‌ها نگاه به مصادیق آن است؛ برای مثال به نظر می‌رسد مناسب‌ترین قاعده‌ای که می‌توان در این باب به آن استناد کرد، قاعده‌ی معروف فقهی «لا ضرر و لا ضرار فی الاسلام» است که یکی از مشهورترین قواعد فقهی است که خود مستند بسیاری از مسایل فقهی است؛ بنابراین هر عملی که مستلزم زیان‌رساندن به دیگران باشد، اجراکردنی نخواهد بود، خواه این زیان جانی باشد یا مالی یا معنوی و روحی. با توجه به اینکه واژه‌ی ضرر به صورت عام به کار برده شده است می‌توان استدلال کرد که حریم خصوصی افراد نیز مشمول این قاعده خواهد بود. از طرفی براساس قاعده‌ی فقهی «تسلیط» و مطابق با جمله‌ی «الناس مسلطون علی انفسهم»، مردم مسلط به نفس خود هستند و مفهوم مخالف آن این است که مسلط بر نفس دیگران نیستند.

مستند فقهی بعدی «قیاس اولویت» است؛ قیاس اولویت بدین شرح است که اگر دلیلی که موجب

با وجود اینکه در حقوق ایران چه در قانون اساسی و چه در قوانین عادی اشاره‌ی صریحی به مفهوم حریم خصوصی نشده، در بسیاری از مواد قانونی به مصادیق حریم خصوصی پرداخته شده است که البته بیشتر آن‌ها جزء موضوعات پزشکی بوده و بر بالین بیمار مصداق می‌یابند. از آن جمله می‌توان به تمامیت جسمانی افراد اشاره کرد. اسرار مربوط به تمامیت جسمی بیشتر جنبه‌ی پزشکی دارد. ممکن است فردی مبتلا به نوعی بیماری باشد که در فرهنگ حاکم آن جامعه این بیماری نوعی انگ اجتماعی محسوب می‌شود و فرد نمی‌خواهد کسی از بیماری او مطلع شود یا فرد به صرف حفظ اعتماد به نفس و تظاهر به سلامت چنین خواسته‌ای دارد.

اصل ۲۲ قانون اساسی کشور ما نیز اشعار می‌دارد: «حیثیت، جان، مال، مسکن و شغل اشخاص از تعرض مصون است مگر در مواردی که قانون تجویز کند.» دو مقوله‌ی حیثیت و جان در این اصل به‌طور ضمنی حریم خصوصی جسمانی افراد را مد نظر قرار داده و به حمایت از آن پرداخته است. جنبه‌های مرتبط با سلامت جسمی و روحی و نیز مشخصات و خصوصیات محرمانه‌ی بدنی افراد را می‌توان در پرتو این اصل قرار داد.

از این قانون می‌توان چنین نتیجه گرفت که معاینه و لمس بدون اجازه‌ی بیمار به‌نوعی تعرض به تمامیت جسمانی فرد تلقی می‌شود و به موجب قانون ممنوع است. از دیگر سو، انسان دارای حیات دوگانه‌ی مادی و معنوی است. اگر حیات مادی او را در جسمش خلاصه کنیم حیات معنوی او نیز در مبانی فکری و عاطفی و در ابعاد فردی و اجتماعی اش

در قطعنامه‌ی کنگره‌ی بین‌المللی حقوق دانان در استکهلم (۱۹۶۷) بدین ترتیب بیان شده است:

الف. مداخله در زندگی خصوصی و داخلی افراد؛
ب. تعرض به تمامیت جسمانی و روانی و ایجاد محدودیت اخلاقی و معنوی؛

ج. تعرض به حیثیت و شرافت و شهرت افراد؛
د. تفسیر نابجا از گفته‌ها و اعمال اشخاص؛
ه. استفاده از اسم، هویت و عکس افراد برای مقاصد تجاری تبلیغاتی؛

و. افشای امور ناراحت‌کننده‌ی مربوط به زندگی خصوصی افراد؛

ز. اقدام به جاسوسی و تحت نظر گرفتن افراد؛
ح. توقیف یا بازرسی مکاتبات فرد؛
ط. سوءاستفاده از مکاتبات کتبی یا شفاهی؛
ی. افشای اطلاعات شغلی و حرفه‌ای (۴۰).

مطابق قانون، همه‌ی افراد بشر صرف‌نظر از تابعیت، سن یا اهلیت مدنی یا توانایی ذهنی از حق حریم خصوصی برخوردارند. تمام افراد حقیقی چه شهروندان و چه اتباع خارجی این حق هستند. حق انسان بر حریم خصوصی یک حق اساسی مدنی است و از سن فرد اثر نمی‌پذیرد؛ انسان به صرف انسان بودن و بلافاصله پس از تولد، مشروط به تولد زنده، دارای این حق می‌شود. طبق قانون ۹۵۷ قانون مدنی حتی مشروع و نامشروع بودن طفل نیز به‌عنوان شرط دارا بودن این حق لحاظ نشده است و هیچ‌کس حق دخالت در شیوه‌ی انعقاد نطفه‌ی نوزاد و افشای اسرار او را ندارد.

گستره‌ی این حق به‌قدری گسترده است که اشخاص حقوقی را نیز به اعتبار اینکه در جامعه مانند افراد حقیقی فعالیت دارند، در بر می‌گیرد.

بروز دهند. با استفاده از پاراوان یا وسایل مشابه حتی در اتاق‌های چندنفره و نیز پوشاندن قسمت‌هایی از بدن بیمار با ملحفه و لباس، هنگامی که به برهنگی نیازی نیست، می‌توان حریم بیمار را حفظ کرد.

اجازه‌گرفتن برای واردشدن به اتاق بیمار، احترام‌گذاشتن به عقاید مذهبی و فرهنگی او (باورهای مذهبی، ملی، قومی، فرهنگی و اخلاقی)، حفظ و مراقبت از حریم شرعی بیمار، خطاب‌کردن محترمانه‌ی او، معرفی‌کردن خود و ارائه‌ی مشخصات حرفه‌ای و نام و مشخصات افراد تیم مراقبتی، گرفتن رضایت از بیمار برای معاینه، مشاهده و درمان و مراقبت، حفاظت از اطلاعات بیمار و دادن اطلاعات لازم به او، گوش‌کردن به نگرانی‌های او، ارائه‌ی اطلاعات کافی درباره‌ی بیماری و پیش‌آگهی به زبان ساده، احترام به استقلال بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی، اطمینان‌دادن به بیمار درباره‌ی محرمانه‌بودن اطلاعاتش و موارد احتمال نقض رازداری، اجتناب از صحبت‌کردن‌های بی‌جا و نامطلوب بالای سر بیمار، اجتناب از لمس غیرضروری بدن او، بازنگذاشتن در اتاق بیمار و همراهی معتمد بیمار در هنگام معاینه، نمونه‌هایی است که شاید بیش از امکانات، به حساسیت اخلاقی پزشک و نگاه محترمانه به بیمار به‌عنوان یک انسان نیاز دارد. به این نمونه‌ها، می‌توان مثال‌های متعدد دیگری مانند برهم‌زدن استراحت و خواب بیمار، جابه‌جاکردن وسایل او، ننشستن روی تخت بیمار، نپرسیدن سؤالات بسیار خصوصی، نگاه آمین و پاک در مراحل معاینه و درمان و پوشش مناسب بیمار و پرسنل را نیز افزود. تا حد امکان می‌توان تلاش کرد، مصاحبه و معاینه‌ی

گسترده است و گاه برای فرد بسیار مهم‌تر از تمامیت جسمی او جلوه می‌کند. قانون نیز این مهم را از نظر دور نداشته و در ماده‌ی ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی به آن پرداخته است: «اطبا، جراحان، ماماها، داروفروشان و کلیه‌ی کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه‌ی خود محرم اسرار می‌شوند هرگاه در غیر از موارد قانونی اسرار مردم را افشا کنند به مدت سه ماه و یک روز تا یک سال حبس یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند.» البته همان‌گونه که در قوانین موصوف مشاهده می‌شود، مقنن استثنائاتی قانونی در حفظ حریم خصوصی و اسرار را بیان داشته است که در واقع مربوط به همان مشروط‌بودن حفظ حریم خصوصی افراد و ایجاد مصلحت عمومی است. قانون مدنی ایران نیز تصرف در حریم را به منظور جلوگیری از ضرر به صاحب حریم، منع کرده و میزان حریم را نیز به اندازه‌ای معین کرده است که برای دفع ضرر کافی باشد.

۱۳. مصادیق حفظ حریم خصوصی

حفظ حریم خصوصی بخشی از سیاست، عملکرد و قانون سلامت هر کشور است (۲). در حال حاضر، به دلیل کثرت بیماران و کمبود امکانات کافی به‌ویژه نبود زمان و مکان مناسب برای معاینه، حفظ حریم افراد به شکل ایده‌آل و مطلوب، بسیار دشوار و چه بسا غیرممکن است. بااین حال، می‌توان با بالابردن حساسیت اخلاقی و مددگرفتن از خلاقیت خود با شیوه‌هایی ساده و کم‌هزینه، بیشتر به حریم افراد احترام گذاشت. برای این منظور می‌توان فضایی برای بیماران تأمین کرد که بتوانند احساسات خود را

به تقاضای او احترام گذاشت. در صورت وجود شرایطی که احتمال اجابت درخواست بیمار به علت کمبود پرسنل همجنس و عدم امکان جایگزین کردن پرسنل کشیک مونث خصوصاً در موارد اورژانس ممکن نباشد، موارد باید با ذکر دلایل به بیمار اعلام شود.

توضیح نمونه‌ی سوم

وظیفه‌ی حفظ محرمانگی و رازداری در این باره بسیار قوی جلوه کرده است. در این نمونه افشانکردن اطلاعات به‌طور مستقیم در تقابل با سلامت، ایمنی یا رفاه دیگران نیست و مشکلی برای دیگران ایجاد نمی‌کند. هیچ خطر قریب‌الوقوعی هم مطرح نیست. درعین حال نمی‌توان این موضوع را نادیده گرفت که همسر بیمار قطعاً از سلامت و پیش‌آگهی بیمار اثر می‌پذیرد؛ بنابراین، بهتر است پزشک تمام تلاش خود را برای بازشدن باب صحبت بین آن دو به کار گیرد. بدیهی است این مهم، خود جزء مسئولیت‌های یک پزشک متعهد است.

منابع

۱. محمودیان، محمدرفعی. (۱۳۹۰). «جهانی آرمانی: وضعیت آرمانی رابطه‌ی خود با دیگری»، در: فلسفه‌ی اخلاق، ارغنون، ش ۱۶، تهران: سازمان چاپ و انتشارات، صص ۲۹۱ تا ۲۹۸.
2. Post, Stephen Garrard. (2004). Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan Reference USA, P. 2120-2130, 494-496, 2633-2716.
3. Beauchamp, Tom L. & James F Childress. (2009). Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, P. 296-311.
4. DeCew, Judith. (2006). "Privacy". Stanford Encyclopedia of Philosophy, Available at <http://plato.stanford.edu/entries/privacy/> (accessed in 2012)
۵. قراملکی، احدفرامرز. (۱۳۸۸). روش‌شناسی مطالعات

بیمار در مقابل دیگران انجام نشود و برای بیمارانی که با کارکنان و پرستاران غیرهمجنس معذب هستند از همکاری پرسنل همگن بهره گرفت.

۱۴. جمع‌بندی

براساس آنچه گفته شد مکاتب و نظریات مختلف، گستره‌ی متفاوتی برای حریم خصوصی قائل هستند؛ بااین حال همه بر بدیهی بودن و الزام رعایت آن اتفاق نظر دارند. ضمن اینکه حریم خصوصی و لزوم رعایت و احترام به آن نه تنها مغایر با آموزه‌های دینی و مذهبی ما به عنوان قائلان به اسلام نیست، بلکه بر این اصل، تقید ما را به رعایت آن، بیش از پیش می‌طلبد. در حیطه‌ی پزشکی که اعتماد به پزشک، بنیان و خشت اول بنای رابطه‌ی پزشک و بیمار است رعایت این اصل مستلزم حساسیتی دوچندان است.

توضیح نمونه‌ی اول

با توجه به اینکه این افراد به صورت غیراختیاری معروف شده‌اند، نباید از حریم خصوصی آنان چشم پوشید. در این گونه مواقع ممکن است افراد از لحاظ روحی و روانی برای مصاحبه آماده نباشند و مطالبی را بیان کنند که بعدها از ذکر آن‌ها پشیمان شوند؛ لذا اجازه‌ی ملاقات و مصاحبه حتماً باید با صلاحدید پزشک معالج و مسئولان بیمارستان و رضایت بیماران و اولیای آنان و ترجیحاً با فاصله‌ی زمانی مناسب داده شود.

توضیح نمونه‌ی دوم

درخواست بیمار با توجه به حفظ حریم خصوصی نوع جسمانی و معاشرتی جزء حقوق او بوده و باید

- دینی. مشهد: انتشارات دانشگاه علوم اسلامی رضوی، ص ۱۶۱.
۶. Harper, Douglas. (2001). Online Etymology Dictionary. Available at http://www.etymonline.com/index.php?term=private&allowed_in_frame=0 (accessed in 2012).
7. Leino-Kilpi, Helena & et al. (2000). Patient's Autonomy, Privacy and Informed Consent. Amsterdam: Washington, D. C. : IOS Press, P. 79-109.
8. Stevenson, Angus. (2010). Oxford Dictionary of English, Oxford University Pres, P.1413.
9. Gove, Philip B. (1984). Merriam-Webster's Dictionary of Synonyms: A Dictionary of Discriminated Synonyms with Antonyms and Analogous and Contrasted Words. Merriam-Webster, P. 639-675.
10. Churchill. (1991). Churchill Livingstone's Medical Word Guide. Elsevier-Health Sciences Division.
11. O'Toole, Marie T. (2012). Mosby's Medical Dictionary. Elsevier Mosby, P. 1457.
۱۲. اسکندری، م. (۱۳۸۹). «ماهیت و اهمیت حریم خصوصی». حکومت اسلامی، س ۱۵، ش ۴، صص ۷۶ تا ۱۴۷.
13. Harper, Douglas. (2007). Online Etymology Dictionary. Available at http://www.etymonline.com/index.php?term=harem&allowed_in_frame=0 (accessed in 2012).
14. Wikipedia. Harem. Available at <http://en.wikipedia.org/wiki/Harem>. (accessed in 2012).
۱۵. معین، محمد. (۱۳۸۱). فرهنگ معین. ج ۱، تهران: آدنا: کتاب راه نو، ذیل حرف ح، ص ۱۶۸.
16. Schafer, Arthur. (1980). "Privacy: A Philosophical Overview", In: Sharp JML, Gibson D: Aspects of Privacy Law: Essays in Honor of John M. Sharp. Toronto: Butterworth, P. 1-20.
۱۷. انصاری، باقر. (۱۳۸۶). حقوق حریم خصوصی. تهران: انتشارات سمت، صص ۳ تا ۳۰۳.
۱۸. نمک‌دوست، حسن. (۱۳۸۵). «اخلاق حرفه‌ای، حریم خصوصی و حق دسترسی به اطلاعات». مجله‌ی رسانه، س ۱۷، ش ۲، صص ۱۹۷ تا ۲۳۲.
19. Final Act of the International Conference on Human Rights. (1968). Tehran, 22 April to 13 May 1968. Available at http://legal.un.org/avl/pdf/ha/fatchr/Final_Act_of_TehranConf.Pdf. (accessed in 2012).
20. Beauchamp, Tom L. (2000). "The Right to Privacy and the Right to Die". Social Philosophy and Policy, 17 (02), P. 276.
۲۱. انصاری، باقر. (۱۳۸۳). «حریم خصوصی و حمایت از آن در حقوق اسلام، تطبیقی و ایران». مجله‌ی دانشکده حقوق و علوم سیاسی، ش ۶۶، صص ۵۴ تا ۵۴.
۲۲. دفتر امور حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. منشور حقوق بیمار. دست‌یافتنی در <http://lowoffice.mohme.gov.ir> (accessed in ۲۰۱۲).
23. Allen, Anita. (2009). "Privacy and Medicine". Stanford Encyclopedia of Philosophy, Available at <http://plato.stanford.edu/entries/privacy-medicine/> (accessed in 2006).
24. Paola, Frederick & et al. (2010). "Medical Ethics and Humanities". Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, p. 145-160.
25. Kipnis, Kenneth. (2007). "Medical Confidentiality", In: Rhodes, Rosamond & et al: The Blackwell Guide to Medical Ethics. Oxford, Basil Blackwell, P. 104-127.
26. Guyer, Paul & Immanuel Kant. (2004). Routledge Encyclopedia of philosophy. Taylor and Francis, Available at <http://www.rep.routledge.com/article/DB047>.
۲۷. قراملکی، احد فرامرز. (۱۳۸۸). اخلاق سازمانی. تهران: انتشارات سرآمد، صص ۲۰۴ تا ۲۰۴.
28. Strickland, Eliza. (2010). Mummy Rights: Do Ancient Dead People Deserve Medical Privacy? Available at <http://blogs.discovermagazine.com/discoblog/2010/09/13/mummy-rights-do-ancient-dead-people-deserve-medical-privacy> (accessed in 2011).
29. American Medical Association. (2005). AMA's Code of Medical Ethics. Opinion 5. 059 - Privacy in the Context of Health Care. Available at <https://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion5059.page>? (accessed in 2006).
30. English, Veronica & et al. (2004). Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law. London: BMJ Publishing Group, P. 23-40.
۳۱. دهخدا، علی‌اکبر. (۱۳۴۱). لغت‌نامه‌ی دهخدا. ج ۳۸، انتشارات مهر، ذیل حرف ع، ص ۱۶۸.
۳۲. مجلسی، محمدباقر. (بی‌تا). بحارالانوار. بیروت: مؤسسه الوفا، ج ۷۲، صص ۲۵۶، ۲۵۳، ۲۵۴؛ ج ۷۵، ص ۶۸؛ ج ۷۲، ص ۶۸؛ ج ۷۵، ص ۲۲۹؛ ج ۶۸، ص ۳۱۰؛ ج ۷۲، ص ۷۱.
۳۳. تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد. (۱۳۶۶). غررالحکم و دررالکلم. قم: ناشر دفتر تبلیغات اسلامی، ص ۳۲۰.
۳۴. سیدرضی. (۱۴۱۴). نهج البلاغه. قم، حکمت ۵، ص ۴۷۰.
۳۵. طبرسی، علی بن حسن. (۱۳۸۵). مشکاة الانوار فی

- غزراخبار. نجف: نشر حیدریه، ص ۶۷.
۳۶. طباطبایی، سید محمد حسین. (بی تا). تفسیر المیزان. ترجمه‌ی سید محمد باقر موسوی همدانی. قم: دفتر انتشارات اسلامی، ج ۸، ص ۸۶.
۳۷. یوسفیان، نعمت‌الله. (۱۳۹۰). اخلاق پزشکی. قم: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، نمایندگی ولی فقیه، پژوهشکده‌ی تحقیقات اسلامی؛ انتشارات زمزم هدایت، ص ۲۸ تا ۳۲.
۳۸. طباطبایی، سید محمد حسین. (۱۳۷۰). تفسیر المیزان. ج ۳، ترجمه‌ی عبدالکریم نیری بروجردی. مرکز نشر فرهنگی رجاء، ص ۶۲۸.
۳۹. طباطبایی، سید محمد حسین. (۱۳۶۶). تفسیر المیزان. ج ۱۸، ترجمه‌ی محمد باقر موسوی همدانی، مرکز نشر فرهنگی رجاء، ص ۵۱۲.
۴۰. محدث نوری، میرزا حسین. (بی تا). مستدرک الوسائل و مستنبط المسایل. ج ۹، بیروت: ناشر آل‌البیت، حدیث ۱۰۴۷۶، ص ۱۳۶.
۴۱. سید رضی. (۱۳۷۹). نهج‌البلاغه. ترجمه‌ی محمد دشتی. قم: انتشارات مشرقین، ص ۵۶۸ و ۵۶۹.
۴۲. ناصرزاده، هوشنگ. (۱۳۷۲). اعلامیه‌های حقوق بشر. تهران: جهاد دانشگاهی، ص ۴۱۰.

فصل چهاردهم

حقیقت گویی در ارتباط پزشک و بیمار

دکتر امیراحمد شجاعی، دکتر احد فرامرز قراملکی

معرفی نمونه

جوان ۲۵ ساله‌ای از يك هفته قبل متوجه بروز برخی ضایعات تیره‌رنگ پوستی روی ساق پای راست خود می‌شود. همراه مادرش به پزشك عمومی مراجعه می‌کند و آزمایش‌هایی انجام می‌دهد. پزشك عمومی پس از دیدن آزمایش‌ها، او را به يك فوق تخصص خون و سرطان معرفی می‌کند؛ اما از ارائه توضیحات کافی به آن‌ها خودداری می‌کند و دلیل ارجاع را بررسی بیشتر عنوان می‌کند. آن فوق تخصص هم بیماران بسیاری با نوبت‌های طولانی دارد؛ از این رو، پس از چندی بیمار را ویزیت می‌کند و تشخیص سرطان بدخیم خون را مطرح می‌کند و از درمان بسیار ضعیف و ناممکن آن خبر می‌دهد. پزشك عوارض شیمی درمانی و احتمال عود را نیز صریحاً عنوان می‌کند. بیمار بستری می‌شود و خانواده‌ی بیمار از همان روز عزادار می‌شوند. بیمارشان اولین دوره‌ی شیمی درمانی را دریافت می‌کند و مرخص می‌شود. ده روز بعد عود می‌کند و پزشك از پیش‌آگهی بسیار بد بیمار خبر می‌دهد. آن‌ها نیز از دوره‌های بعدی شیمی درمانی سر باز می‌زنند و يك ماه بعد فرزندشان را از دست می‌دهند.

۱. مقدمه: حقیقت‌گویی چیست؟

۱-۱. تعاریف

شخصی را که سخن غیر مطابق با واقع گفته است دروغ‌گو نامید؛ زیرا اگر کسی سخن خلاف واقع را به دلایلی مطابق با واقع بداند و براساس باور خود سخنی را به زبان بیاورد که گمان می‌کند مطابق با واقع است، دروغ‌گودانستن او در مفهوم اخلاقی جای تردید دارد.

با توجه به تمایز صدق و کذب منطقی و اخلاقی و تعریف آن‌ها می‌توان گفت صداقت و حقیقت‌گویی متفاوت‌اند؛ زیرا صادق ممکن است حرفی بزند که خود فکر می‌کند مطابق با واقع است، درحالی‌که حقیقت را نگفته است؛ زیرا حقیقت‌گویی یعنی مطابقت با واقع.... لذا برخی صداقت و حقیقت‌گویی را بر مبنای دروغ تعریف می‌کنند و در عوض بیان مؤلفه‌های حقیقت‌گویی، به بیان دروغ و مبنای آن می‌پردازند. از دروغ چهار تعریف گوناگون می‌توان ارائه کرد که عبارت‌اند از:

- الف. خبر غیرمطابق با واقع؛
- ب. خبر غیرمطابق با واقع همراه با علم و آگاهی به آن و نه سهوی؛
- ج. خبر غیرمطابق با باور گوینده؛
- د. خبر غیرمطابق با باور گوینده که موجب فریب شود (۲).

۲. مصادیق حقیقت‌گویی در ارتباط پزشک و بیمار

در پزشکی نیز حقیقت‌گویی به طرق مختلف تبیین شده است؛ برای مثال حقیقت‌گویی، دادن اطلاعات صحیح به بیمار است؛ همچنین حقیقت‌گویی عبارت است از دادن اطلاعات لازم به بیمار برای ایجاد توانایی اخذ تصمیم‌های آگاهانه.

صدق در لغت، راست‌گفتن و راست‌کردن وعده است و در این موضوع (اخلاق) مراد راستی است؛ هم در گفتن و هم در نیت و عزم و هم در وفای به آنچه زبان وعده کرده باشد و هم در تمامی حال‌ها که پیش‌آید (۱).

گروهی صداقت را به معنای بیان و درمیان‌گذاشتن همه‌ی حقایق بدون هیچ کم‌وکاست و پنهان‌کاری می‌دانند؛ عده‌ای نیز آن را در معنای حفظ قول از دروغ و غیبت و بعضی دیگر در معنای موافقت سرّ با سخن به کار می‌گیرند؛ همچنین برخی صداقت را شفافیت در عین پوشاندن و منتشر نکردن همه‌ی جزئیات [هر راست نباید گفت] و عده‌ای وفاداری و راستی وعده در روابط به شمار می‌آورند.

۱-۲. مفاهیم

صدق به دو معنا به کار رفته است: ۱. مطابقت خبر با اعتقاد مخبر؛ ۲. مطابقت خبر با واقع؛ یعنی صدق و کذب اخلاقی (مخبری) و صدق و کذب منطقی (خبری). لذا در منطق از صدق^۱ صدر اخلاق از صداقت^۲ سخن می‌گوییم. به عبارت دیگر در کاربرد منطقی کلمه هر سخن خلاف واقع کاذب است و هر گفتار مطابق با واقع صادق است. صدق اخلاقی وصف گوینده است؛ بدین معنا که گوینده، قضیه‌ای را بر زبان جاری می‌کند که خود به صدق آن و مطابقت آن با واقع و نفس‌الامر اعتقاد دارد. در علم اخلاق و به مفهوم اخلاقی کلمه نمی‌توان شخصی را که سخن مطابق با واقع گفته است راست‌گو و

1. Truth
2. Honesty

آگاه‌ساختن بیمار از وضعیتی که در آن قرار دارد نیز حقیقت‌گویی محسوب می‌شود.

در اینجا دو سؤال مطرح می‌شود: یک اینکه چگونه ممکن است حقیقت‌گویی در ارتباط پزشک و بیمار محقق نشود؟ در پاسخ به این سؤال چهار احتمال را دخیل می‌دانیم که عبارت‌اند از:

الف. به بیمار اطلاعات ندهیم و او را از دریافت اطلاعات محروم کنیم؛

ب. پاره‌ای از اطلاعات را به بیمار بدهیم و پاره‌ای را پنهان کنیم؛

ج. به بیمار اطلاعات دروغ و مغایر با واقعیت بدهیم؛

د. همه یا پاره‌ای از اطلاعات را به گونه‌ای به بیمار بدهیم که موجب کج‌فهمی او شود.

و سؤال دوم اینکه آیا همه‌ی احتمالات بالا، از نظر اخلاقی مشابه هم هستند؟ البته پاسخ منفی است؛ چون حالت سوم و ارائه‌ی اطلاعات دروغ و غیرواقع هیچ‌گونه توجیهی نمی‌تواند داشته باشد و کاملاً مذموم است و رابطه‌ی پزشک و بیمار را تخریب می‌کند. از سویی حالت چهارم نیز مصداق فریب است و هرچند که صراحتاً دروغی عنوان نشده، فریب بیمار را به دنبال داشته و چندان توجیه‌پذیر نیست (۳)؛ اما دو حالت اول و دوم که برخی پزشکان به این دو گونه عمل می‌کنند و عمل خود را نیز توجیه می‌نمایند، به بحث بیشتر نیاز دارد که به مرور آن می‌پردازیم.

۳. دلایل حقیقت‌گویی در رابطه‌ی پزشک و بیمار

حقیقت‌گویی و راست‌گویی از صفات پسندیده‌ی

انسانی هستند که به دلیل آن‌ها نیازی نیست؛ اما پاره‌ای توضیحات به درک اهمیت آن‌ها کمک می‌کند. حقیقت‌گویی در وهله‌ی اول، احترام به کرامت و شأن انسانی بیمار است و در غیر این صورت، بی‌احترامی به او و همه‌ی انسان‌ها تلقی می‌شود. راست‌گویی و حقیقت‌گویی از صفات برجسته‌ی انسان‌هاست که در همه‌ی تعاملات مبتنی بر صلح و دوستی و شفقت نمودار می‌شود و خلاف آن را نمی‌توان انتظار داشت؛ مگر آنکه ارتباطات انسانی را مخدوش و اعتمادناپذیر کند.

حقیقت‌گویی احترام به استقلال و اتونومی بیمار است تا او بتواند با دریافت اطلاعات لازم، قابلیت تصمیم‌گیری آگاهانه پیدا کند. حقیقت‌گویی جزئی ضروری از رابطه‌ی پزشک و بیمار است و از ماهیت خاص رابطه‌ی آن‌ها نشأت می‌گیرد. حقیقت‌گویی اگر نقض شود، دیر یا زود آشکار شده و تبعاتی جبران‌ناپذیر به دنبال می‌آورد. حقیقت‌گویی موجب افزایش اعتماد بیماران به پزشک و جامعه‌ی پزشکی می‌شود. گفتن حقیقت به تحقق هدف درمان کمک کرده و موجبات تسریع و تسهیل شدن آن را فراهم می‌کند (۴).

۴. تقریر حقیقت یا تقلیل مراتب؟

یکی از مهم‌ترین مراتب مرتبط با حقیقت‌گویی در ارتباط پزشک و بیمار، گفتن خبر بد است که همواره موجب جدال و محل اختلاف بوده است. برخی معتقدند که همه‌ی حقایق از جمله خبر بد را باید به بیمار گفت و دلایل خود را نیز به این شرح عنوان می‌کنند:

- این حق بیمار است که حقیقت را بداند.

- بدون دانستن حقایق، بیمار ممکن است اقدامات درمانی را به‌طور مناسب پیگیری نکند.
- بدون دانستن حقایق، بیمار قادر نخواهد بود تصمیم‌های مناسب بگیرد.
- در صورت بیان‌نشدن حقایق، بیمار و جامعه اعتماد خود را به پزشک و تیم پزشکی از دست می‌دهند.
- برخی دیگر که معتقدند حقیقت را نباید به‌صورت مستقیم به بیمار گفت، دلایل خود را چنین می‌دانند:
- تیم پزشکی مهارت لازم را در انتقال اطلاعات و خبر بد ندارند.
- آن‌ها دوست ندارند امید بیمار را از بین ببرند و او را افسرده کنند.
- هیچ‌کس دوست ندارد اولین کسی باشد که خبر بد را به بیمار می‌دهد.
- خود بیمار به شنیدن خبر بد تمایل ندارد.
- اعتقادات فرهنگی یا دینی مانع از بیان حقایق به بیمار می‌شود.
- خانواده‌ی بیمار ترجیح می‌دهند که بیمارشان از بیماری خود مطلع نشود.
- بنابراین دیدگاه‌های متفاوتی درباره‌ی حقیقت‌گویی و انتقال خبر بد به بیمار، در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف وجود دارد. به نظر می‌رسد که تفوق اصل اختیار فردی در غرب، الزام بیان حقیقت به بیمار را در جوامع غربی پذیرفتنی نموده است؛ اما در بسیاری از جوامع شرقی، به علت محوریت خانواده و اولویت اصل ضرررساندن نسبت به اصل اختیار فردی، کتمان حقیقت بیماری امری رایج است. در این چالش مطرح‌شده، گفتن حقیقت چنانچه منجر
- به نگرانی و کاهش امید بیمار شود جایز نیست؛ اما حرکت جوامع به سوی تصمیم‌گیری آگاهانه مبتنی بر توانمندی‌های فردی است. آموزه‌های دین اسلام ضمن تأکید بر حق بیمار مبنی بر دانستن حقیقت و لزوم فراهم‌آوردن شرایط برای بهره‌گیری از روزهای پایان حیات، ملاحظات اخلاقی را در خصوص ایجاد نکردن ترس و نگرانی بی‌جا در بیماران در کانون توجه جدی قرار می‌دهد؛ به‌خصوص وقتی بیمار در شرایط روحی‌روانی مناسبی نباشد.
- کاهش امید در بیمار و ایجاد نگرانی و اضطراب، از عوامل اصلی خودداری از بیان حقیقت به بیمار هستند؛ در مقابل، دادن حق انتخاب و تصمیم‌گیری آگاهانه و تقویت اعتماد بین پزشک و بیمار، مهم‌ترین دلایل حمایت از حقیقت‌گویی هستند. مهم‌ترین مسائل دخیل در تصمیم پزشک مبنی بر بیان کردن یا کتمان کردن حقیقت عبارت‌اند از: شخصیت، فرهنگ، اعتقادات مذهبی و سنت‌های قومی.
- از آنجاکه تشخیص آنکه فرد آمادگی لازم را برای شنیدن حقیقت دارد یا نه مشکل است، برخی عقیده دارند مشورت با خانواده بهترین راه حل مشکل خواهد بود (۵).
- در واقع هنوز نمی‌توان برای کادر پزشکی ایده‌ای یکسان و رویه‌ای ثابت را در خصوص گفتن یا نگفتن خبر بد مطرح کرد. عده‌ای معتقدند که اتونومی و کرامت انسانی حکم می‌کند که بیماران از همه‌ی آنچه مرتبط با خودشان است مطلع باشند و آنان را مستحق دانستن اطلاعات آن هم به‌طور کامل می‌دانند؛ اما برخی دیگر بر این حق مطلق تخصیص زده و برخی شرایط را استثنا می‌کنند. این عده علاوه بر آنکه از حق دانستن بیماران حمایت

ب. صدق در کردار: تطابق زبان گفتاری با کرداری از نمونه‌های صدق در کردار است: «یا ایها الذین آمنوا لم تقولون ما لا تفعلون کبر مقتا عندا... إن تقولوا ما لا تفعلون»: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید، چرا سخنی می‌گویید که به آن عمل نمی‌کنید. نزد خدا بسیار خشم است که سخنی بگویید که عمل نکنید.»^۱

ج. صدق در پندار: تطابق نیت و فکر آدمی با اعمال و رفتار انسان از دیگر اقسام صداقت است: «قَدَرُ الرَّجُلِ عَلَى قَدَرِ هِمَّتِهِ وَعَمَلِهِ عَلَى قَدَرِ نِيَّتِهِ»: «ارزش آدمی به اندازه‌ی همت اوست و عملش به مقدار نیتش.»^۲ «كَمَا لَا يَقُومُ الْجَسَدُ إِلَّا بِالنَّفْسِ الْحَيَّةِ كَذَلِكَ لَا يَقُومُ الَّذِينَ إِلَّا بِالنِّيَّةِ الصَّادِقَةِ وَلَا تَثْبُتُ النِّيَّةُ الصَّادِقَةُ إِلَّا بِالْعَقْلِ (۱۰)».

حضرت رسول (ص) می‌فرمایند: «چه خیانت بزرگی است که به برادرت چیزی بگویی که او تو را تصدیق کند و تو به او دروغ گفته باشی» (۱۱). شیخ کلینی نیز در الکافی از امام صادق (ع) روایت کرده است که «هرکس زبانش راست‌گوست، عملش پاکیزه و مقبول است»^۳ (۱۲).

در الامالی و المجالس شیخ صدوق و کتاب جعفریات مروی نیز از رسول خدا (ص) نقل شده است که فرموده‌اند: «نزدیک‌ترین شما نزد من روز قیامت و آن که واجب‌تر است شفاعتش بر من از شماها، راست‌گوترین شماهاست در حدیث.»^۴ (۱۳). همچنین حضرت صادق (ع) می‌فرمایند:

می‌کنند، همزمان حق ندانستن را نیز برای آن‌ها محترم می‌شمارند؛ برخی نیز حقوق را از آن دسته می‌دانند که بیمار حق ندانستن آن‌ها را دارد و به عبارت دیگر بیمار نباید از آن‌ها آگاه شود (۶). حساسیت این موضوع در بیماری‌های ژنتیک و آن دسته از بیماری‌هایی که تشخیص داده می‌شوند، اما مشخص نیست که در این شخص معین چگونه بروزی خواهند داشت، بیشتر می‌شود (۷).

برخی بررسی‌ها نیز نشان داده است که دانستن همه‌ی اطلاعات، حق مطلق بیماران نیست و عوامل بسیاری در این زمینه دخیل هستند که ما آن‌ها را به دو دسته تقسیم می‌کنیم: عوامل اجتماعی و عوامل فردی.

عوامل اجتماعی از قبیل شرایط فرهنگی، مذهبی، عرفی و اجتماعی؛ عوامل فردی چون: تعلقات مذهبی، علایق عاطفی، ارتباطات خانوادگی، شرایط بیماری، شرایط روانی و... (۸).

۵. حقیقت‌گویی در آینه‌ی روایات

در آیات قرآن و کلام معصومان به کرات به حقیقت‌گویی اشاره شده است. خداوند متعال در قرآن کریم صدق را در سه ساحت آورده است:

الف. صدق در گفتار: صدق در هر آنچه که در مقام مخاطب به دیگران القا می‌کند؛ مثل نوشته‌ها و گفته‌ها که بر حسب طرف گفت‌وگو متفاوت می‌شود. خواه طرف گفت‌وگو انسان دیگر باشد، خواه خداوند باشد و در مقام عبادت و مخاطب با خداوند قرار گرفته باشد و خواه خودش مخاطب خود باشد: «مَنْ صَدَقَ فِي أَقْوَالِهِ جَلَّ قَدْرُهُ» (۹)، «مَنْ صَدَقَ مَقَالُهُ زَادَ جَلَالُهُ» (۹).

۱. قرآن کریم، سوره‌ی صف، آیات ۲ و ۳.

۲. غرر الحکم، ج ۴، ص ۵۰۰.

۳. عن ابوعبدالله علیه‌السلام قال: «من صدق لسانه زکی عمله»؛ همچنین نک:

همان، ص ۱۰۵، حدیث ۱۱

۴. حدیث کامل آن چنین است: «قال رسول الله صلى الله عليه و آله و سلم: ان اقربکم منی غذا و اوجبکم علی شفاعة اصدقکم لسانا و اداکم للامانة و احسنکم خلقا و اقربکم من الناس».

«محبوب‌ترین مردم نزد خداوند تبارک و تعالی، به غایت راست‌گوست در سخنش، و نگاه‌دارنده‌ی نمازش و آنچه خداوند بر او واجب نموده با پس‌دادن امانت»^۱ (۱۳) و نیز از آن جناب روایت شده که در ضمن خطبه‌ای طولانی فرموده‌اند: «ای مردم آگاه باشید، راست گوئید که خداوند با راست‌گویان است و کناره‌کنید از دروغ‌گویی که آن دور است از ایمان. آگاه باشید که راست‌گو در محل نجات و کرامت است و آگاه باشید که دروغ‌گو در کناره‌ی تباهی و هلاکت است» (۱۴).

۶. جمع‌بندی

بنابر مطالب پیش‌گفته، آنچه با واقع یا قول یا فعل یا اعتقاد گوینده و فاعل مطابقت دارد، معیار راستی و درستی نیست؛ بلکه آنچه خداوند قرار دهد و بپسندد، معیار راستی و درستی است. حال اگر فعل یا قولی بر مبنای قرارداد الهی انجام شد و مطابق با واقع یا مبتنی بر باور گوینده بود چه بهتر؛ اما اگر هم نبود اشکالی ندارد و فعل یا قول شخص دروغ نخواهد بود. در تحلیلی منطقی درمی‌یابیم که برخی بیماران از شنیدن خبر بد گریزان‌اند؛ برخی بیماران با شنیدن خبر بد و آگاهی از حقیقت ناگوار ناامید و افسرده می‌شوند و زودتر از پا در می‌آیند و دست از مقاومت می‌کشند؛ اما این‌ها همه‌ی بیماران نیستند. از سویی پزشک موظف است همه‌ی تلاش خود را برای بهبود بیمار به کار گیرد و در این میان لازم است که از همه‌ی توان و مقاومت بیمار بهره‌برد. پس گویی پزشک برای هر بیمار يك دستورالعمل به‌خصوص دارد و تصمیم خود مبنی بر افشا یا کتمان حقیقت را، براساس تجربه و دانش خود، کمک همکاران، همکاری بیمار، خانواده یا همراهان بیمار خواهد گرفت. در مجموع به نظر می‌رسد اگر صداقت پزشک با مریض به‌صورت قاعده‌ی ثابت در نیاید و فرآیند تصمیم‌گیری در این باره به عهده‌ی پزشک گذاشته شود، فایده‌ی آن بیشتر خواهد بود؛ چون عکس‌العمل بیماران مختلف متفاوت

از این دست احادیث، در باب اهمیت صداقت و مذمت کذب، بسیار است؛ اما برای پی‌بردن به وظیفه‌ی پزشک ناچاریم به برخی احادیث مرتبط دیگر نیز مراجعه کنیم. بعضی احادیث به رفق و مدارای پزشک با بیمار و اهمیت امید و دلگرمی می‌پردازند و برخی به معیار صدق و کذب، که در زیر مختصری به آن‌ها پرداخته خواهد شد.

از حضرت پیامبر (ص) روایت شده که به طبیبی فرمودند: «الله الطیب، بل انت رجل رفیق، طبیبها الذی خلقها»: «خداوند طبیب است و تو رفیق و ملایمت‌کننده به مریض هستی» (۱۵). همچنین از امیرالمؤمنین (ع) روایت شده است: «قتل القنوط صاحبه»؛ یعنی «ناامیدی کشنده است». و همچنین آمده است که «اعظم البلاء انقطاع الرجاء»: «بزرگ‌ترین بلا، قطع امید است» (۱۶). آری امید موجب تلاش و ناامیدی سبب آفت‌هاست. در کتاب غررالحکم و دررالکلم از امیرالمؤمنین (ع) روایت شده است که «الصدق مطابقة المنطق للواقع»

۱. حسین‌بن‌ابی‌علاء عن الصادق جعفر بن محمد علیه‌السلام قال سمعته يقول: «أحب العباد إلى الله عزوجل رجل صدوق في حديثه، محافظ على صلاته و ما افترض الله عليه مع أداء الأمانة...»

6. Beauchamp, Tom & James Childress. (2009). Principles of Biomedical Ethics. new york: oxford university press, P. 347.

7. wilson, Jane. (2005). "To Know or Not to Know? Genetic Ignorance, Autonomy and Paternalism". Journal of Bioethics. 19 (5), P. 404-492.

۸. کاظمی، عبدالحسن و همکاران. (۱۳۸۹). «بررسی جوانب حقیقت‌گویی از دیدگاه مجموعه‌ی کادر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز». مجله‌ی اخلاق و تاریخ پزشکی، ۳، ش ۲، ص ۵۴ تا ۶۳.

۹. تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد. (۱۳۷۳). غررالحکم و دررالکلم. با مقدمه و تعلیق میرجلال‌الدین حسینی ارموی، تهران: دانشگاه تهران، ج ۴، ص ۲۹۶؛ ج ۵، ص ۲۷۸.

۱۰. علامه مجلسی. (۱۴۰۳). بحارالانوار، ج ۷۰، بیروت: مؤسسه الوفاء، ص ۲۴۸.

۱۱. شبیر، سیدعبدالله. (۱۳۸۹). اخلاق. ترجمه‌ی محمد جباران، قم: مؤسسه‌ی انتشارات هجرت، ص ۲۳۳.

۱۲. کلینی، محمد بن یعقوب. (۱۳۷۵). اصول کافی. ج ۲، تحقیق علی‌اکبر غفاری، تهران: دارالکتب الاسلامیه، ص ۱۰۴، باب الصدق و اداء الامانة، حدیث ۳.

۱۳. شیخ صدوق. (۱۲۸۵). الامالی و المجالس. قدم له شیخ حسین اعلمی، ص ۴۱۱، مجلس ۷۶، حدیث ۵؛ ص ۲۴۳، مجلس ۴۹، حدیث ۸.

۱۴. طبرسی، علی بن حسن. (۱۳۹۴). مشکاة الانوار فی غرر الاخبار. ترجمه‌ی مهدی هوشمند، قم: مؤسسه‌ی علمی فرهنگی دارالحدیث؛ سازمان چاپ و نشر، فصل ۱۹، ص ۱۲۷. ۱۵. مجلسی، محمدباقر. (۱۳۶۴). بحار الأنوار، ج ۱، ترجمه‌ی موسوی همدانی، ترجمه‌ی ج ۶۷ و ۶۸، کتابخانه‌ی مسجد ولی عصر، ص ۷۹.

۱۶. محمدی ری‌شهری، محمد. (۱۳۶۲). میزان الحکمة. ج ۳، مکتب الاعلام، ص ۱۷۳.

۱۷. تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد. (۱۳۸۳). غررالحکم و دررالکلم. ج ۱، قم: دارالحدیث، ص ۳۹۵.

است و قاعده بر نمی‌دارد و پزشک اگر عاقل باشد می‌تواند تصمیمی بهتر بگیرد. این انعطاف‌پذیری در تصمیم‌گیری بسیار بهتر از این است که قانونی خشک و بی‌روح حاکم شود. ان‌شاءالله

در این مورد بالینی، پزشک متخصص بدون در نظر گرفتن شرایط خانواده و زمان و مکان مناسب، اقدام به حقیقت‌گوئی می‌کند و با بیان خبر ناگوار، موجب ناامیدی و ناراحتی شدید خانواده را در همان جلسه اول فراهم می‌کند. در حالی که می‌توانست این حقیقت را با تأمل و درنگ بیشتر و در نظر گرفتن شرایط روحی و روانی خانواده و طی گذر زمان مطرح نماید.

منابع

۱. راغب اصفهانی، حسین بن محمد. (۱۴۱۲). المفردات فی غریب القرآن. دمشق: دارالعلم دارالشامیه، ص ۶۲۶، ماده‌ی «صدق»

۲. اسلامی، سیدحسن. (۱۳۸۵). دروغ مصلحت‌آمیز. قم: مؤسسه‌ی بوستان کتاب، ص ۱۱۳۸.

۳. سیم، جولیس. (۱۳۸۶). تصمیم‌گیری اخلاقی در درمان. ترجمه‌ی زهره حقیقی، تهران: مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، ص ۱۳۷.

۴. اشرفی، منصور. (۱۳۸۴). اخلاق پزشکی و سوءرفتار حرفه‌ای. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، ص ۹۴.

۵. زاهدی، فرزانه و باقر لاریجانی. (۱۳۸۹). «گفتن حقیقت به بیمار در فرهنگ‌های مختلف و بیان دیدگاه‌های اسلام». مجله‌ی اخلاق و تاریخ پزشکی؛ ویژه‌نامه‌ی حقوق بیمار. دوره‌ی ۳، شماره‌ی ۱۵، ج ۳، صص ۱ تا ۱۱.

فصل پانزدهم

گفتن خبر بد به بیماران

دکتر مجتبی پارسا، دکتر کپارش آرامش

معرفی نمونه

خانم «الف» زن ۵۶ ساله‌ای است که به علت یرقان و آنمی در بیمارستان بستری شده است. بررسی‌ها نشان‌دهنده‌ی ابتلای او به کلانژیوکارسینوما^۱ پیشرفته است. خانواده‌ی او اصرار دارند که نباید موضوع به خود بیمار گفته شود. آن‌ها معتقدند چنانچه بیمار از این موضوع اطلاع پیدا کند، امیدش را از دست می‌دهد و دچار مشکلات روحی‌روانی می‌شود؛ بنابراین، به کادر پزشکی می‌گویند اینکه بیمار نیاز دارد چه چیزی را بداند، به ما واگذار کنید. افزون‌براین، یکی از اعضای کادر پزشکی شنیده که یکی از بستگان بیمار به او می‌گفته است به زودی خوب خواهد شد و به منزل برمی‌گردد.

۱. مقدمه

پزشکان یونانی با وجود نگرش غالب پدرمآبانه‌ی^۲ آن روزگار به بیماران اطلاعات نمی‌دادند یا اینکه اطلاعات غلط می‌دادند تا بیماران وادار به قبول درمان شوند، شواهد زیادی وجود ندارد؛ اما مسلم است که پزشکان یونان قدیم به جای آشکارکردن تشخیص، پیش‌آگهی بیماری را برای بیمار و خویشاوندان او آشکار می‌کرده‌اند. بخشی از دلیل کار آن‌ها این بود که آنان فاقد علم پاتوفیزیولوژی و ابزارهای تشخیصی بودند که بتوانند بیماری را تشخیص دهند و از طرف دیگر اعتقاد پزشکان یونان قدیم بر این بوده است که آشکارکردن آینده‌ی بیمار برای جلب همکاری و اعتماد او ضروری است (۳).

روزگاری نه‌چندان دور، اغلب پزشکان معتقد بودند در صورتی که بیمار درباره‌ی وضعیت خود کمتر بداند شانس بهبودی او بیشتر خواهد بود؛ لذا بسیاری از آن‌ها اطلاعات مربوط به مرگ‌های قریب‌الوقوع را از ترس اینکه آگاه‌شدن بیمار موجب ناامیدی و یأس او می‌شود، از بیمار پنهان می‌کردند. در بسیاری از مناطق دنیا هنوز همچنین رویه‌ای وجود دارد (۴)؛ به‌عنوان مثال، مروری بر متون دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ نشان می‌دهد که اکثر پزشکان تشخیص سرطان را به اطلاع بیماران نمی‌رسانده‌اند؛ به‌عنوان نمونه، در سال ۱۹۵۳، فیتس^۳ و راودین^۴ مطالعه‌ای بر ۴۴۲ پزشک در فیلادلفیا انجام دادند. در این مطالعه ۵۷ درصد از پاسخ‌دهندگان گفتند که معمولاً تشخیص سرطان را به بیماران نمی‌گویند و ۱۲ درصد هم گفتند که هرگز تشخیص سرطان را به بیماران نمی‌گویند. در مطالعه‌ی اوکن^۵ نیز که در سال

همه‌ی پزشکان در طول عمر حرفه‌ای خود ناگزیر می‌شوند که اخبار نگران‌کننده‌ای را درباره‌ی وضع سلامتی بیماران خود بازگو کنند که ممکن است موجب نگرانی و ناراحتی بیماران شود. این‌گونه اخبار را اصطلاحاً اخبار بد^۱ می‌نامند؛ مثلاً شنیدن خبر ابتلا به سرطان یا یک بیماری صعب‌العلاج یا لاعلاج برای بیماران، خبری سخت و ناخوشایند است و می‌تواند واکنش‌های روانی نامطلوبی در آن‌ها ایجاد کند (۱). خبر بد فقط در حوادث رخ داده و شرایط محقق‌شده‌ی نامطبوع خلاصه نمی‌شود. گاهی روی‌ندادن امری هم ممکن است ناخوشایند تلقی شود؛ به‌طور مثال برای زوجی که پس از گذشت سال‌ها از زندگی زناشویی و با وجود تمایل خانوادگی، صاحب فرزند نشده‌اند، اعلام سقط جنین مجدد یا شکست یک روند باروری مصنوعی، خبر بد تلقی می‌شود. در کنار این موضوع، تلقی و ارزیابی افراد مختلف از موقعیت سلامتی‌شان، متناسب با انتظارات و توقعات قبلی آنان و همچنین استنباط آن‌ها از آن خبر خاص نیز ممکن است خبری خوب یا بد یا طبیعی قلمداد شود؛ برای مثال گفتن خبر ابتلا به بیماری دیابت به فردی که فاقد اطلاعات پزشکی کافی است و چندی قبل هم شاهد کوری یا قطع پای یکی از بستگان نزدیک خود به علت این بیماری بوده، ممکن است خبر بسیار ناخوشایندی باشد؛ در حالی که همین خبر برای فردی که دارای اطلاعات پزشکی کافی است ممکن است خبر چندان بدی نباشد (۲).

در تاریخچه‌ی طب یونانی، در خصوص اینکه

2. Paternalistic

3. Fitts

4. Ravdin

5. Oken

1. Bad News

۱۹۶۱ انجام شد، ۸۸ درصد پزشکان مصاحبه شده گفتند که به طور کلی تشخیص سرطان را به بیماران نخواهند گفت؛ ولی در مطالعه‌ی نواک^۱ در سال ۱۹۷۹ (تقریباً هجده سال بعد از مطالعه‌ی اوکن) ۹۸ درصد پزشکان مصاحبه شده بیان کرده بودند که تشخیص سرطان را به بیماران خواهند گفت (۵). سال ۱۹۵۱ در انگلیس، ۹۰ درصد از پزشکان حقیقت را برای بیماران سرطانی آشکار نمی کردند؛ در حالی که در سال ۱۹۷۷، همین درصد از پزشکان، حقیقت را برای بیماران آشکار می کردند (۶) که این نشان دهنده‌ی چرخش عمده در رفتار حرفه‌ای در زمینه‌ی حقیقت‌گویی در تشخیص سرطان است. از موارد چالشی و بحث‌برانگیز همیشگی این بوده است که وقتی فردی دچار بیماری صعب‌العلاج یا لاعلاجی می‌شود آیا این موضوع باید به اطلاع خود او هم رسانده شود؟ نظرات پزشکان و بیماران و بستگان آن‌ها در این باب چیست؟ و اگر قرار است اطلاعاتی به بیماران داده شود میزان آن چقدر باید باشد؟ در ارائه‌ی این اطلاعات چه نکاتی را باید مدنظر داشت؟ یا جنبه‌های حقوقی و فقهی آن چیست؟

در این نوشتار سعی خواهد شد تا حدودی به این سؤالات پاسخ داده شود. لازم به ذکر است که بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه‌ی خبر بد درباره‌ی انواع سرطان‌ها انجام شده است و این مقاله هم از این حیث مستثنی نیست.

۲. دیدگاه اخلاقی

۲-۱. تأثیر فرهنگ در دادن خبر بد

فرهنگ جوامع در دادن اطلاعات به بیماران

سرطانی بسیار اثرگذار است. در کشورهای اروپای شمالی و ایالات متحده، رویه‌ی معمول اکثر پزشکان این است که تشخیص بیماری را به خود بیمار می‌گویند؛ اما در کشورهای اروپای جنوبی و شرقی معمولاً چنین اطلاعاتی به بیمار داده نمی‌شود. البته در همان کشورهایی که امروزه رویه‌ی معمولشان، دادن چنین اطلاعاتی است تا چند دهه‌ی پیش، عکس این موضوع وجود داشته است و این نشان می‌دهد که این مسأله در طول زمان می‌تواند تغییر کند (۷). در ایران در مطالعه‌ی که دکتر کاظمیان و همکاران با عنوان بررسی نظر پزشکان درباره‌ی بیان حقایق مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج انجام داده‌اند، ۳۵ درصد از پاسخ‌دهندگان معتقد بودند که بیماران حق دارند که راجع به بیماری خود بدانند و از آن اطلاع داشته باشند؛ در مقابل، ۶ درصد هیچ حقی در این زمینه برای بیماران قائل نبودند و ۵۹ درصد حق بیمار را منوط به موارد خاص و احراز شرایط خاص می‌دانستند. در این مطالعه سطح فرهنگی بیمار یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری پزشک ذکر شده است (۸). فرهنگ غالب در جامعه‌ی ایرانی به این صورت است که پزشکان ترجیح می‌دهند تا اطلاعات مربوط به بیماران را، به جای خود بیمار با خانواده‌ی آن‌ها در میان بگذارند (۹)؛ به عنوان مثال، در مطالعه‌ای که طاوولی و همکاران در سال ۱۳۸۶ روی ۱۴۲ بیمار ایرانی در تهران انجام داده‌اند فقط ۴۸ درصد از بیماران دچار سرطان گوارشی، از تشخیص بیماری خود مطلع بودند (۱۰).

در مطالعه‌ی دیگری از شرکت‌کنندگان درباره‌ی

1. Novack

۱۹۶۳ روی شهروندان ژاپنی انجام شد، ۹۰ درصد از آنان گفته بودند در صورتی که به سرطان مبتلا شوند، می‌خواهند از تشخیص بیماری‌شان مطلع شوند (۱۲). چندین مطالعه‌ی دیگر در ژاپن نشان داده است که اکثر مردم اگر سرطان داشته باشند می‌خواهند تشخیص سرطان به آن‌ها گفته شود (۱۳). امروزه، عموماً پذیرفته شده است که چنانچه بیماران مبتلا به سرطان باشند، باید تشخیص به خود آن‌ها گفته شود؛ از این رو، دستورالعمل‌های کنونی برای انکولوژیست‌ها در بیان اخبار بد، صرفاً درباره‌ی نحوه‌ی گفتن این نوع از اخبار است (۱۴).

در دهه‌های اخیر تصمیم‌گیری در رابطه‌ی پزشک و بیمار، به‌طور مشترک انجام می‌شود و درباره‌ی اینکه چه چیزی به نفع بیمار است باید ارزش‌ها و انتخاب بیمار هم لحاظ شود و باید مقوله‌ی نفع بیمار را از نفع پزشکی متمایز کرد. بنابراین، پزشک نباید فرض را بر این بگذارد که زندگی طولانی بهترین گزینه برای همه‌ی بیماران است و ممکن است برای بیماری، زندگی کوتاه اما بدون درد و رنج بهترین گزینه باشد؛ لذا بیمار برای اتخاذ تصمیم نیاز دارد که از تشخیص، پیش‌آگهی و انتخاب‌های درمانی آگاه شود و بدون چنین اطلاعاتی نمی‌تواند در روند تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشد؛ از این رو، امروزه سؤال این نیست که آیا بگویم یا نه، بلکه سؤال این است که چقدر بگویم (۱۵).

۲-۳. میزان اطلاعاتی که باید به بیماران ارائه شود

مطالعات نشان داده‌اند که در میزان اطلاعاتی که بیماران می‌خواهند بدانند، اختلاف وجود دارد. میزان و محتوای اطلاعاتی که پزشک باید ارائه دهد، براساس شرایط هر بیمار متفاوت است.

آشکارسازی سرطان توسط پزشکان پرسیده شده است. شرکت‌کنندگان در این مطالعه ژاپنی‌هایی بودند که در ژاپن و در ایالت هاوایی آمریکا زندگی می‌کردند. در این مطالعه تقریباً تمام کسانی که در آمریکا زندگی می‌کردند موافق آشکارکردن تشخیص سرطان توسط پزشکان بودند؛ در صورتی که تعداد کمی از افراد ساکن در ژاپن، از این کار حمایت می‌کردند. این نتیجه نشان‌دهنده‌ی تأثیر فرهنگ بر این موضوع است (۱۱).

۲-۲. اختلاف نظر بین پزشکان و بیماران درباره‌ی

دادن خبر بد

در تقابل با نظر بسیاری از پزشکان، مبنی بر نگفتن تشخیص سرطان، تعدادی از مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که بیماران، حتی در زمان بیماری با دیدگاه پزشکان موافق نیستند. در سه مطالعه‌ی جداگانه‌ای که روی بیماران سرطانی یا خانواده‌ی آن‌ها صورت گرفت و بین سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۵۷ به چاپ رسید، حداقل ۸۱ درصد بیماران می‌خواستند که تشخیص سرطان را بدانند که این موضوع بر خلاف رویه‌ی معمول پزشکان در آن زمان بوده است (۵). این اختلاف نظر بین پزشکان و بیماران فقط در ایالات متحده دیده نشده است؛ بلکه در مطالعه‌ی دیگری در سال ۱۹۶۴، از پزشکان ژاپنی مسیحی سؤال شد که هنگام ابتلای بیماران به سرطان چه خواهند گفت. فقط ۱۶ درصد از آن‌ها گفتند که تشخیص را به بیمار خواهند گفت؛ در حالی که ۷۶ درصد از آنان گفته‌اند که تشخیص را فقط به خانواده‌ی بیمار خواهند گفت و مستقیماً به بیمار نخواهند گفت.

در مقایسه، در مطالعه‌ی دیگری که در سال

همچنین یافته‌های مطالعه‌ای دیگر نشان می‌دهد بیمارانی که در کره متولد شده بودند، نسبت به بیمارانی که در آمریکا متولد شده‌اند، ترجیح می‌دادند اطلاعات کمتری به آن‌ها داده شود (۱۹). در یک مطالعه‌ی ملی که در سال ۱۹۸۲، در ایالات متحده انجام شد ۸۵ درصد از آمریکایی‌ها گفته بودند چنانچه سرطانی داشته باشند که در مدتی کمتر از یک سال موجب مرگشان شود، می‌خواهند تخمینی واقع‌گرایانه از امید به زندگی^۲ داشته باشند؛ ولی در همین سال، در یک نظرسنجی از پزشکان درباره‌ی نوع مواجهه‌شان با بیماری که مبتلا به سرطان پیشرفته‌ی ریه است، فقط ۱۳ درصد از پزشکان اعلام کرده بودند که صراحتاً پیش‌آگهی آماری^۳ را به بیمار خواهند گفت. ۲۸ درصد از آنان نیز گفته بودند که به بیمار فقط خواهند گفت که پیش‌آگهی نامشخص است ولی در بیشتر نمونه‌ها بیماران بیشتر از یک سال زنده نمی‌مانند (۱۵)؛ لذا درباره‌ی اینکه چه میزان از اطلاعات باید به بیماران ارائه شود، همیشه به راهنمایی خود آنان نیاز است و باید همیشه بیمار را به دریافت اطلاعات به فراخور نیازهایش ترغیب کرد تا او قادر باشد در فرایند تصمیم‌گیری مشارکت کند (۱۶).

در اعلامیه‌ی حقوق بیمار^۴ مربوط به انجمن بیمارستانی آمریکا^۵، در این زمینه آمده است: «بیمار حق دارد که اطلاعات کاملی درباره‌ی تشخیص، درمان و پیش‌آگهی را که به‌طور معقول برای او قابل فهم باشد از پزشک دریافت کند.» به‌طور مشخص

عواملی مانند پیچیدگی درمان، خطراتی که همراه با درمان‌های طبی و جراحی وجود دارد و خواسته‌های شخصی بیمار در این موضوع تأثیرگذار هستند (۶). در مطالعه‌ی لوب^۱ و همکاران درباره‌ی پیش‌آگهی سرطان پستان، نظر افراد مورد مطالعه در اینکه می‌خواهند چه نوع اطلاعاتی را بدانند و اینکه ترجیح می‌دهند به چه طریقی به آن‌ها ارائه شود، به‌طور تأمل‌برانگیزی با هم متفاوت بودند (۱۶).

البته معمولاً کادر پزشکی میزان اطلاعات مورد نیاز بیماران را کمتر از حد واقعی در نظر می‌گیرند؛ برای مثال، در مطالعه‌ای که روی بیماران، پزشکان و پرستاران بیمارستانی در نیویورک انجام شد، ۷۲ درصد از بیماران گفته بودند که می‌خواهند تمام جزئیات وضعیت آن‌ها برایشان گفته شود؛ درحالی‌که پزشکان گفته بودند فقط ۴۲ درصد از بیماران به دانستن تمام جزئیات وضعیتشان تمایل دارند؛ همچنین پرستاران هم گفته بودند که ۴۰ درصد از بیماران خواهان دانستن تمام جزئیات بیماری‌شان هستند (۱۷).

در مطالعه‌ی دیگری که رفتار بیماران را در کانادا و اسپانیا مقایسه کرده، نشان داده شده که اکثر بیماران کانادایی ترجیح می‌دهند اطلاعات کاملی به آن‌ها داده شود؛ درحالی‌که بیماران اسپانیایی ارزش کمتری برای برخورداری از اطلاعات کامل قائل بودند. در همین مطالعه اعضای خانواده‌های بیماران در کانادا، موافق دادن اطلاعات تفصیلی به بیماران بودند؛ درحالی‌که در اسپانیا ۸۹ درصد از اعضای خانواده‌های بیماران ذکر کرده بودند که آشکارسازی کامل برای بیمار اهمیت ندارد (۱۸).

2. Life Expectancy

3. Statistical Prognosis

4. Patient's Bill of Rights

5 AHA (American Hospital Association)

1. Lobb

ج. نگفتن حقیقت ممکن است باعث زیان دیدن بیمار شود (۲۲)؛ مثلاً ممکن است بی‌اطلاعی بیمار از حقایق، باعث بی‌توجهی او به مراقبت‌های پزشکی مورد نیازش شود. دیگر اینکه شاید بیماران با اطلاع یافتن از این اطلاعات، بتوانند تصمیم‌های مهمی در زندگی خود اتخاذ کنند که حالا به دلیل بی‌اطلاعی، از گرفتن چنین تصمیم‌هایی محروم خواهند بود (۲۱).

د. حقیقت‌گویی موجب افزایش رضایت بیماران می‌شود. بیمارانی که اطلاعات کافی به آن‌ها داده شده، نسبت به کسانی که این اطلاعات به حد کافی به آن‌ها داده نشده است، از مراقبت‌های انجام‌شده راضی‌تر هستند و احتمال کمتری وجود دارد که پزشک خود را تغییر دهند و به پزشک دیگری مراجعه کنند (۲۳).

به دلیل اهمیت حقیقت‌گویی کدهای اخلاقی در بسیاری از مواقع، بر این امر تأکید کرده‌اند؛ به عنوان مثال، کدهای اخلاقی انجمن پزشکی کانادا^{۱۱} به پزشکان توصیه کرده است که هرگونه اطلاعاتی را که بیماران برای اتخاذ تصمیم درخواست می‌کنند، به نحوی که برای آن‌ها درک‌کردنی باشد در اختیارشان قرار دهند (۲۴).

۳. استثنائات در گفتن خبر بد

۳-۱. ایجاد آسیب روانی جدی در بیمار

بسیاری از پزشکان امکان ایجاد اختلالات روانی در بیماران را علت مخالفت خود با دادن خبر بد بیان می‌کنند. در مطالعه‌ای در پرتغال، ۷۱ درصد از پزشکان بیان کرده بودند که آن‌ها همیشه براساس

حتی اگر بیمار اطلاعات مربوط به بیماری‌های وخیم و مرگ‌های قریب‌الوقوع را نیز درخواست نکرده باشد، باید اطلاعاتی درباره‌ی آن‌ها تهیه شود. رویه‌های قانونی و دغدغه‌های اخلاقی نیز بر این موضوع تأکید دارند؛ لذا پزشکان و سایر کادر پزشکی نباید از عدم انتقال اطلاعات به بیمار با این توجیه که بیمار نمی‌خواهد بداند یا اینکه نپرسیده است دفاع کنند (۴).

۲-۴. دلایل حقیقت‌گویی (حتی گفتن خبر بد)

به دلایل متعدد، دادن اطلاعات به بیمار، حتی بازگویی خبر بد یکی از مهم‌ترین وظایف هر پزشک است؛ برای مثال می‌توان به دلایل زیر اشاره کرد:

الف. حفظ و تقویت اعتمادی که بین پزشک و بیمار وجود دارد، مهم‌ترین موضوع در حرفه‌ی پزشکی است (۲۰)؛ بنابراین، آشکارسازی و دادن اطلاعات نه‌تنها به بیماران کمک می‌کند تا با مسائلی که با آن‌ها دست به گریبان هستند، مواجهه‌ای صحیح داشته باشد، بلکه به حفظ و ارتقای رابطه‌ی پزشک و بیمار هم‌یاری می‌رساند (۲۱). در واقع نگفتن حقیقت به بیماران می‌تواند به معنی فریب‌دادن آن‌ها باشد و این فریب‌کاری می‌تواند زیربنای رابطه‌ی پزشک و بیمار و اعتماد عمومی به حرفه‌ی پزشکی را تخریب کند (۲۲).

ب. اینکه ما بتوانیم پیشگویی کنیم که چه اطلاعاتی باعث اضطراب و آشفتگی بیماران می‌شود، بسیار مشکل است و در این خصوص فقط می‌توانیم حدس بزنیم؛ لذا استناد به این احتمال که دادن اطلاعات می‌تواند باعث عوارض روحی و روانی در بیمار شود، در بسیاری از موارد ممکن است درست نباشد (۲۲).

^{۱۱}. Canadian Medical Association (CMA)

دلیل داشتن عوارض مخرب بر سلامتی بیمار به او منتقل نکند، نظر او با ذکر دلایل، باید در پرونده‌ی بیمار ثبت شود و در هر حال پزشک باید آمادگی توجیه تصمیم خود را داشته باشد (۱۶).

۳-۲. امتناع خود بیمار از گرفتن اطلاعات

در این موارد بیمار باید به صراحت امتناع خود را بیان کند و پزشک هم باید مطمئن شود که بیمار از صلاحیت لازم برخوردار است و گفته‌های خود را می‌فهمد. پزشک باید در این موارد امتناع بیمار را مستند کند (۲۱)؛ البته پزشک باید اهمیت دانستن اطلاعات را برای بیمار تشریح کند. بنابر توصیه‌ی انجمن پزشکان عمومی و انجمن پزشکی بریتانیا^۳، چنانچه بیمار باز هم امتناع کرد، باید مجموعه‌ای از اطلاعات پایه^۴ را به طریق مناسب به او ارائه کرد؛ زیرا بیماران بدون اطلاعات پایه نمی‌توانند مسئولیت یک انتخاب درست را به پزشک محول کنند. میزان اطلاعات پایه بستگی به شرایط فردی، شدت بیماری و خطرات همراه با درمان دارد. دیده شده وقتی بیماری به‌طور واضح و آشکار و داوطلبانه می‌گوید آمادگی دریافت اطلاعات را ندارد، چنانچه از او حمایت شود با وجود اضطرابی که دارد قادر است انتخاب‌های مشکل را انجام دهد. باید به این بیماران گفته شود که ممکن است درباره‌ی میزان اطلاعات دریافتی تغییر عقیده بدهند. همچنین ممکن است بیمار در مرحله‌ای اطلاعات تفصیلی را نخواهد، ولی در مرحله‌ی دیگری آن را خواهد (۱۶). سن و میزان افسردگی از عواملی هستند که در میزان اطلاعات دریافتی بیماران محدودیت

تقاضای بیمار تشخیص سرطان را آشکار می‌کنند؛ اکثر پزشکانی که کمتر تشخیص سرطان را آشکار می‌کردند یا اصلاً آشکار نمی‌کردند علت کار خود را احتمال وقوع اختلالات روانی در بیمار ذکر کرده بودند (۲۵). اما کندی و گراب^۱ در مطالعه‌ای نشان دادند با وجود تمامی حرف و حدیث‌های موجود، اینکه آگاه کردن بیماران خطرناک‌تر از آگاه نکردن آنان است به نظر درست نمی‌رسد؛ زیرا مستندات زیادی در این باره وجود ندارد که نشان دهد بیمارانی که دست به خودکشی زده‌اند یا دچار حملات قلبی شده‌اند یا دچار افسردگی‌های طولانی مدت شده‌اند، خبر بد به آن‌ها داده شده است. به‌خصوص اگر این آگاه‌سازی با ظرافت و با آداب آن انجام شود (۱۶). بر عکس، نشان داده شده است وقتی به بیماران اطلاعات خواسته‌شده‌ی آن‌ها داده نمی‌شود از نظر روانی، بیشتر دچار مشکل می‌شوند (۲۶). همچنین در مطالعه‌ی دیگری روی بیماران ژاپنی نشان داده شد کسانی که از تشخیص سرطان خود آگاه نبوده‌اند، در مقایسه با کسانی که از سرطان خود آگاه شده بودند اضطراب بیشتری داشتند (۲۷).

بنابراین، اولین وظیفه‌ی پزشک آگاه کردن کامل بیمار درباره‌ی وضعیت سلامتی اوست؛ مگر اینکه شواهدی محکم از امکان آسیب روانی جدی به بیمار وجود داشته باشد. یکی از این موارد، بیماری است که در صورت شنیدن اخبار ناگوار دست به خودکشی خواهد زد (۲۸). در این خصوص انجمن پزشکان عمومی^۲ بریتانیا توصیه می‌کند در مواقع خاص که پزشک تصمیم می‌گیرد اطلاعات لازم را به

3. British Medical Council (BMC)

4. Basic

1. Kennedy and Grubb

2. GMC (General Medical Council)

تشخیص بیماری، اتخاذ تصمیم‌های درمانی بهتر، کاهش کنکاش‌های غیرضروری، کاهش درمان‌های نامناسب، رضایت پزشک، کاهش اضطراب بیماران و نیز اطمینان و رضایت آن‌ها خواهد شد (۳۲).

در مطالعه‌ای که روی ۱۱۵ فلوی انکولوژی صورت گرفت، مهارت‌های ارتباطی آن‌ها در دادن خبر بد، قبل و بعد از یک کارگاه آموزشی روی بیمار استاندارد سنجیده شد. نتایج حاصل، موفقیت آموزش مهارت‌های ارتباطی را در این زمینه نشان داد (۳۳)؛ اما به نظر می‌رسد در برنامه‌های آموزش پزشکی، به اندازه‌ی کافی به نحوه‌ی بیان اخبار بد به بیماران توجه نشده است و با وجود آنکه تقریباً همه‌ی پزشکان در طول عمر حرفه‌ای خود ناگزیر از انجام‌دادن چنین کاری هستند، دانش لازم آن را ندارند. براساس نتایج یک مطالعه‌ی نظرسنجی روی دانشجویان پزشکی کانادا، ۸۲ درصد از افراد مورد مطالعه، برقراری دوره‌ی آموزشی را برای اطلاع‌رسانی اخبار بد لازم و مفید دانستند (۳۴). در مطالعه‌ی دیگری ۴۲ درصد از پزشکان پاسخ‌دهنده بیان کردند که هیچ‌گونه آموزش رسمی برای ارائه‌ی اخبار بد ندیده‌اند. در این مطالعه ۵۳ درصد از پزشکان توانایی خود در ارائه‌ی اخبار ناگوار را خوب و خیلی خوب ارزیابی کردند؛ درحالی‌که ۴۷ درصد از آنان توانایی خود را متوسط تا ضعیف ارزیابی کردند (۳۵). از جنبه‌ی دیگر، فقدان آموزش کافی پزشکان و پرستاران در انتقال اطلاعات به بیماران سرطانی می‌تواند منجر به بروز عوارض سایکولوژیک در بیماران شود. وقتی که نگرانی‌های بیمار رفع نشده یا بیمار احساس می‌کند اطلاعات کافی درباره‌ی بیماری به او داده نشده است، احتمال ابتلای او به

ایجاد می‌کنند. بیماران مسن‌تر اطلاعات کمتری طلب می‌کنند و کمتر در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت می‌کنند (۲۹).

۳-۳. عدم کفایت (اهلیت)^۱ بیمار

برای مثال ممکن است بیماری اصلاً به لحاظ ذهنی کفایت گرفتن اطلاعات را نداشته باشد؛ ازاین‌رو پزشک نتواند اطلاعات لازم را در اختیار او بگذارد.

۳-۴. اورژانس‌ها

چنانچه بیمار وضعیت اورژانسی دارد و زمان به دلیل ارائه‌ی اطلاعات از دست می‌رود، ندادن اطلاعات توجیه‌پذیر است؛ البته بعد از اینکه بیمار وضعیت پایدار پیدا کرد باید اطلاعات لازم به او ارائه شود (۲۲).

۴. چگونگی بیان کردن اخبار بد و مهارت‌های لازم برای این کار

اگر دادن خبر به طریق نامناسبی انجام شود، بیماران و خانواده‌های آن‌ها هرگز پزشکان را نخواهند بخشید و اگر این کار به طریق درست انجام شود هرگز آنان را فراموش نخواهند کرد (۳۰)؛ لذا نحوه‌ی بیان خبر بد یکی از دغدغه‌های مهم پزشکان است. بنابر نتایج یک مطالعه‌ی انجام‌گرفته روی پزشکان، همه‌ی آن‌ها از اینکه باید خبرهای بد را به بیمار برسانند ناراضی بودند و علت عمده‌ی ناراضیتی آن‌ها این بود که نمی‌دانستند چگونه باید این اخبار را منتقل کنند تا پیامدهای منفی این خبررسانی در بیماران به حداقل برسد (۳۱). برقراری ارتباط خوب بین پزشک و بیمار موجب بالا رفتن دقت

1. Incompetence

اضطراب و افسردگی بیشتر است (۲۶، ۳۶).

به‌طور کلی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و به‌خصوص تکنیک‌های دادن خبر بد در برنامه‌های آموزش پزشکی مطالب جدیدی هستند (۳۷). درباره‌ی چگونگی گفتن خبر بد، دو روش فرضی گفتن تشخیص بیماری را در یک بیمار قرار گرفته در مراحل پایان عمر در نظر بگیرید:

- روش اول: شما یک نوع سرطان مغز به نام «گلیوبلاستوما»^۱ دارید که درمان آن مشکل است؛

- روش دوم: شما یک نوع سرطان مغز به نام «گلیوبلاستوما» دارید که درمان آن مشکل است و شانس زنده ماندن در یک سال ۵۰ درصد و شانس مردن در دو سال ۷۵ درصد است. این جمله‌ی متأخر به بیمار اطلاعاتی می‌دهد که بتواند برای زندگی خود برنامه‌ریزی کند؛ اما بسیاری از پزشکان آن را کاری سخت و اضطراب‌آور می‌دانند و معمولاً به سؤالات بیمارهای این‌چنینی، جواب‌های مبهم یا جواب‌های دروغ و خوش‌بینانه می‌دهند (۳۸). در سرطان‌شناسی بالینی، دستورالعمل‌ها و توصیه‌های متعددی برای دادن خبر بد پیشنهاد شده است؛ مثل حضور سایر افراد کادر پزشکی در موقع دادن خبر بد، آگاه کردن صادقانه و بدون مقدمه‌چینی بیمار از تشخیص و پیش‌آگهی، نشستن نزدیک بیمار برای تسهیل شدن تماس فیزیکی و به‌کاربردن زبان ساده بدون استفاده از کلمات تخصصی؛ اما بیشتر این دستورالعمل‌ها بر مبنای نظرات پزشکان و تجربیات آنان

است؛ برای مثال اکامورا^۲ و همکاران در ژاپن دستورالعمل‌هایی را برای حقیقت‌گویی به بیماران سرطانی براساس نظرات متخصصان مطرح کردند. این دستورالعمل‌ها عمدتاً با رویکرد به اعضای خانواده و دستورالعمل‌های غربی مطرح شده‌اند.

مطالعات قبلی نشان داده بخشی از موضوعاتی که در این دستورالعمل‌ها ذکر شده، مانند حضور یک خویشاوند نزدیک یا یکی از افراد کادر پزشکی در هنگام مشاوره از سوی بیماران پذیرفته نمی‌شود (۳۹ و ۴۰)؛ بنابراین، محققان توصیه می‌کنند که دستورالعمل‌ها باید بر مبنای نظر بیماران^۳ شکل بگیرد و نه براساس نظرات پزشکان؛ همچنین باید بر چیزهایی که ترجیح بیمار است تأکید شود. لازم به ذکر است که مهارت‌های ارتباطی تا حدودی وابسته به فرهنگ است و توجه به ویژگی‌های فرهنگی در طریقه‌ی گفتن حقایق در بیماران سرطانی مؤثر است؛ مثلاً در ژاپن به تصمیمات خانواده بیشتر از افراد احترام گذاشته می‌شود، در نتیجه، ممکن است بسیاری از مطالعات انجام‌شده در کشورهای غربی در ژاپن کارایی لازم را نداشته باشد (۳۹).

در دهه‌ی گذشته، مؤلفان متعددی توصیه‌ها و دستورالعمل‌هایی برای دادن اخبار بد منتشر کرده‌اند ولی نمی‌توان گفت که بهترین دستورالعمل چیست؛ چون اکثر آن‌ها براساس نظرات افراد است؛ ولی به‌عنوان نمونه می‌توان به دستورالعمل زیر اشاره کرد که دارای سه مرحله است:

الف. مرحله‌ی اول: مهیاسازی

2. Okamura
3. Patient-Based

1. Glioblastoma

- یک پزشک باتجربه (باتجربه‌ترین) باید هدایت گفت‌وگو را به عهده بگیرد؛
- پیشنهاد می‌شود یکی از اعضای خانواده‌ی بیمار حضور داشته باشد؛
- پزشک نباید اجازه دهد زمان منقطع شود؛
- اگر مشکل ارتباط زبانی وجود دارد، از یک مترجم پزشکی آموزش‌دیده کمک بگیرند؛
- یک مکان آرام و خلوت را برای گفت‌وگو انتخاب کنند؛
- اطلاعات پزشکی کلیدی را از لیست مرور کنند.

۵. دیدگاه اسلامی

از منظر اسلام، هر فرد این حق را دارد که حقایق شخصی و مربوط به خود را بداند و مطابق بر ارزش‌های الهی، درباره‌ی آینده‌ی خود آزادانه و بدون اجبار و با آگاهی کامل تصمیم‌گیری کند. از سوی دیگر، اسلام تأکید ویژه‌ای بر آمادگی قبل از مرگ دارد؛ زیرا روزهای واپسین حیات برای مؤمنان می‌تواند فرصت مناسبی برای جبران مافات، رد امانات، رفع کدورت‌ها و حلالیت‌طلبی باشد. از دیدگاه قرآن، سختی و بلایای دنیوی، امتحان الهی است که پاداش اخروی در پی خواهد داشت^۱ و درک مقام رضا و تسلیم در مقابل خواست الهی، فرد را به مقامات والای معنوی خواهد رساند. از دیدگاه اسلام، مرگ پایان حیات انسانی نیست، بلکه شروع حیات واقعی و جاوید است؛ لذا تمهید مقدمات و بهره‌گیری بهینه از حیات دنیوی برای تأمین حیات معنوی و اخروی انسان بسیار کمک‌کننده است. به همین دلیل، بیمار می‌تواند روزها و هفته‌های پایانی حیات خود را بسیار غنیمت شمارد (۹).

همان‌طور که ذکر شد چنانچه بیماران از اطلاعات بیماری خود آگاه باشند، شاید تصمیم‌های مهمی در زندگی خود اتخاذ کنند که حالا به دلیل بی‌اطلاعی،

- اطلاعات پزشکی کلیدی را از لیست مرور کنند.
- **ب. مرحله‌ی دوم: گفت‌وگو**
- پزشک نزدیک بیمار بنشیند؛
- بررسی کند که بیمار و خانواده‌ی او به چه میزان اطلاعات نیاز دارند؛
- آهسته، سنجیده و شفاف صحبت کند؛
- اطلاعات را با زبان ساده و صادقانه ارائه دهد؛
- درباره‌ی محورهای گفت‌وگو، آگاهی‌های منصفانه بدهد؛
- اطلاعات را در مقادیر کم ارائه بدهد؛
- درک بیمار را بسنجد؛
- با نوع نگاه و حرکات بدنی صمیمیت، همدردی، حمایت و اطمینان‌بخشی را به بیمار نشان دهد؛
- بیمار را تشویق کند تا احساسات خود را بیان کند؛
- هیجان‌های بیمار را با تصدیق آن‌ها تأیید کنند؛
- با ابراز همدردی به احساسات بیمار پاسخ دهند؛
- درباره‌ی انتخاب‌های درمانی با بیمار بحث کنند.

ج. مرحله‌ی سوم: جمع‌بندی

- پزشک باید از تصور اینکه هیچ کاری نمی‌تواند انجام دهد پرهیز کند؛
- به بیمار امیدواری بدهد؛

۱. نک: قرآن کریم، سوره‌ی بقره، آیات ۱۵۵ تا ۱۵۷.

گلویشان رسد. "حضرت عرض کرد: "ای پروردگار من، مرا بس است". در حدیث دیگری امام محمد باقر(ع) از رسول خدا(ص) نقل کرده اند که ایشان فرمودند: «کسی که یک سال پیش از مردنش توبه کند خداوند توبه اش را می پذیرد؛ سپس فرموده اند: همانا یک سال زیاد است، کسی که يك ماه به مرگش مانده توبه کند خدا توبه اش را می پذیرد؛ سپس فرمودند: يك ماه هم زیاد است، کسی که یک روز پیش از مرگش توبه کند خداوند توبه اش را می پذیرد؛ سپس فرمودند: يك روز هم زیاد است، کسی که ساعتی پیش از مرگ توبه کند توبه اش پذیرفته می شود؛ در نهایت فرمودند: يك ساعت هم زیاد است، کسی که توبه کند در حالی که جانش به اینجا رسیده باشد، و با دست مبارکش به گلویش اشاره فرمود، خداوند توبه اش را می پذیرد» (۴۳).

از امام صادق(ع) درباره ی گفتار خدای عزوجل پرسیده شد که «خداوند می فرماید: "برای آن کسانی که گناهان را مرتکب می شوند تا هنگامی که مرگ یکی از آنان فرا می رسد می گوید: اکنون توبه کردم، توبه ای در کار نیست (توبه ی آنان پذیرفته نیست)".» حضرت فرمود: "این پذیرفته نشدن توبه مربوط به آن هنگامی است که شخص امر آخرت را به چشم خود می بیند"» (۴۳).

البته باید توجه کرد که همه ی افراد دارای ایمان مستحکمی نیستند تا پذیرش مرگ برایشان آسان باشد؛ از این رو، رعایت وضعیت روحی روانی بیمار و میزان آمادگی او برای شنیدن خبر بد اهمیت فراوانی دارد. این موضوع بر سیاست های جاری کشورهای اسلامی که دارای زمینه های فرهنگی متفاوتی

چنین تصمیم هایی را اتخاذ نخواهند کرد. نمونه ی بارز این موضوع، وصیت کردن است که در تعالیم اسلامی نیز بدان توصیه ی فراوان شده است. خداوند در آیه ی ۱۸۰ سوره ی بقره می فرماید: «بر شما نوشته شده هنگامی که یکی از شما را مرگ فرا رسد اگر چیز خوبی (مالی) از خود به جای گذارده، برای پدر و مادر و نزدیکان به طور شایسته وصیت کند.» این حقی است بر پرهیزگاران. در آیه ی ۱۰۶ سوره ی مائده نیز می فرماید: «ای کسانی که ایمان آورده اید هنگامی که یکی از شما را (نشانه های) مرگ در رسید باید از میان خود دو عادل را در موقع وصیت به شهادت میان خود فرا خوانید...» در متون روایی در حدیثی از پیامبر اکرم(ص) نقل شده است که «وصیت نکردن، ننگ دنیا و آتش آخرت را می آورد» (۴۲)؛ لذا چنانچه بیماری بدانند که در مراحل نهایی حیات به سر می برد، ممکن است وصایایی داشته باشد و مثلاً بخواهد عمل خیری انجام دهد یا اینکه حق الناس بر گردن او باشد و بخواهد به صاحبش برگرداند یا اینکه فرائضی از او فوت شده باشد و بخواهد بعد از مرگش کسی آن را انجام دهد یا حتی توبه کند که همه ی این ها به دلیل بی اطلاعی بیمار از مرگ قریب الوقوع ممکن است رخ ندهد. از امام صادق(ع) یا از امام باقر(ع) در حدیثی آمده است: «همانا خداوند عزوجل به حضرت آدم(ع) فرمود: "این مزیت را برای تو قرار دادم که هر کس از فرزندان مرتکب گناهی شود سپس استغفار کند او را می بخشایم." حضرت آدم(ع) عرض کرد: "ای پروردگار من، مرا بیش از این ده." خداوند فرمود: "برای فرزندان توبه را قرار دادم یا برای آنان باب توبه را گشودم و گستراندم تا آن هنگام که جان به

۱. قرآن کریم، سوره ی نسا، آیه ی ۱۸.

هستند، تأثیرگذار بوده است؛ به شکلی که نحوه‌ی برخورد و تصمیم‌گیری درباره‌ی گفتن حقیقت به بیمار بیشتر تابع شرایط فرهنگی است تا دستورات دینی (۹).

۶. دیدگاه قانونی

گفتن حقیقت می‌تواند باعث کاهش اقدامات قانونی علیه پزشکان از جانب بیماران شود (۴۴).

بیماران ممکن است در بسیاری از مواقع از اینکه اطلاعات کافی به آن‌ها داده نشده است، به‌خصوص وقتی که خسارتی نیز متوجه آن‌ها شده باشد، پزشکان را تحت پیگرد قانونی قرار دهند؛ مثلاً در موردی در ایالات متحده بیمار ۴۳ ساله‌ای که مبتلا به کانسر پانکراس شده بود، به دلیل اینکه پزشک به او نگفته بود که ۹۵ درصد از کسانی که به این نوع سرطان مبتلا می‌شوند در طی پنج سال می‌میرند و از بیمار برای درمان تجربی رضایت گرفته بود از سوی دادگاه محکوم شد و دادگاه حکم کرد که پزشک باید اطلاعات آماری امید به زندگی و اینکه بیمار در مراحل انتهایی حیات به سر می‌برده را به بیمار منتقل می‌کرده است (۲۲)؛ بنابراین، در بسیاری از کشورها رویه‌های قانونی بر لزوم دادن اطلاعات به بیماران استوار است؛ مثلاً در ایالات متحده قانون به‌طور مشخص پزشکان را به ارائه‌ی اطلاعات به بیماران، به هر میزانی که آن‌ها درباره‌ی سیر یا درمان بیماری درخواست کنند ملزم کرده است (۳۵).

در کشور ما در ماده‌ی ۷ آیین‌نامه‌ی انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۴۸/۲/۲۴ کمیسیون‌های مشترک دادگستری و بهداری نوشته شده بود: «... ایجاد رعب و هراس در بیمار از راه نشان دادن وخامت بیماری به منظور استفاده‌ی مادی ممنوع است و پزشک فقط می‌تواند در صورت وجود عواقب وخیم یا خطر مرگ با احتیاط لازم و در نظر گرفتن وضع روانی و عصبی بیمار تا حدودی که ضروری بداند به او گوشزد کند ولی به‌طور کلی پزشک باید نزدیکان بیمار را در جریان پیش‌بینی خطرات و وخامت بیماری بگذارد» (۴۵).

همان‌طور که از ادبیات این ماده مشخص است در آن زمان، دادن اطلاعات به خانواده‌ی بیمار ضروری بوده است و در این خصوص خانواده اولویت داشته‌اند و دادن اطلاعات به خود بیمار تا حدودی آن هم با صلاحدید پزشک مطرح بوده است؛ اما در ماده‌ی ۸ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌ای پزشکی و وابسته مصوب ۷۸/۴/۳۰ هیئت وزیران آمده است: «ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیرواقعی وخامت بیماری یا وخیم جلوه دادن بیماری ممنوع است و پزشک می‌تواند به نحو مقتضی بیمار و بستگان را در جریان خطرات، وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار بدهد» (۴۶).

آن چیزی که از محتوای این ماده به ذهن متبادر می‌شود این است که حداقل بستگان بیمار در برخورداری از اطلاعات، تقدمی به بیمار ندارند هر چند پزشک در دادن اطلاعات به بیمار مختار است و در صورت صلاحدید می‌تواند این کار را انجام دهد. در هر حال، به نظر می‌رسد در ایران هم نیاز باشد تحقیقاتی گسترده به منظور آگاهی از خواست بیماران در هنگام ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج یا لاعلاج و نیز تبعات احتمالی دادن این اطلاعات

را توصیه می‌کند؛ از این‌رو، پزشکان ترجیح می‌دهند تا اطلاعات مربوط به بیماران را با خانواده‌ی آن‌ها در میان بگذارند. از منظر اسلام، هر فرد این حق را دارد که حقایق شخصی مربوط به خود را بداند و مطابق بر ارزش‌های الهی، درباره‌ی آینده‌ی خود آزادانه و بدون اجبار و با آگاهی کامل تصمیم‌گیری کند.

حقیقت‌گویی و دادن خبر ابتلای بیمار به بیماری‌های وخیم می‌تواند فوایدی گوناگونی دارد که از آن میان می‌توان به حفظ و تقویت اعتماد بین پزشک و بیمار، جلوگیری از ضرر رسیدن به بیمار، افزایش رضایت بیماران و کاهش اقدامات قانونی علیه پزشکان اشاره کرد. افزون‌براین، میزان و محتوای اطلاعاتی که پزشک باید به بیمار ارائه دهد، براساس شرایط هر بیمار متفاوت است و در این باره همیشه به راهنمایی بیمار نیاز است. از جمله مهم‌ترین موارد استثنا در دادن خبر بد به بیماران، ایجاد آسیب روانی جدی در بیمار مانند خودکشی و نیز امتناع خود بیمار از دریافت اطلاعات است. البته دادن خبر بد به بیمار، مهارت‌های ارتباطی خاصی نیاز دارد که کادر پزشکی باید آن‌ها را آموزش ببینند.

دستورالعمل‌هایی که درباره‌ی نحوه‌ی بیان اخبار بد به بیماران وجود دارد، بیشتر بر مبنای نظرات پزشکان و تجربیات آنان است؛ ولی محققان توصیه می‌کنند که این دستورالعمل‌ها باید بر مبنای نظرات بیماران شکل بگیرد. با توجه به اینکه ایران اختلافات فرهنگی عمده‌ای با بسیاری از کشورها، به‌خصوص کشورهای

صورت پذیرد و قوانین و مقرراتی جامع‌تر در این زمینه وضع شود تا پزشکان بتوانند در این مواقع تصمیمات مناسب را اتخاذ کنند.

۷. جمع‌بندی

براساس مطالب پیش‌گفته، این تفکر که باید اخبار بد را به اطلاع بیماران رساند، حتی در کشورهایی که رویه‌ی معمول چنین است سابقه‌ی طولانی ندارد؛ اما امروزه، نظر غالب در بسیاری از کشورها این است که باید اخبار بد را به اطلاع بیماران رساند. همچنین در انتقال اخبار بد، بین بیماران و پزشکان اختلافاتی وجود دارد. بسیاری از پزشکان تمایلی به انجام دادن این کار ندارند که این موضوع، در اکثر مواقع بر خلاف تمایل بیماران است.

اختلافات فرهنگی در دیدگاه پزشکان در انتقال اخبار بد مؤثر است؛ مثلاً در کشورهای شمالی اروپا و ایالات متحده اکثر پزشکان به‌عنوان یک رویه‌ی معمول تشخیص را به بیمار می‌گویند، اما در کشورهای جنوبی و شرقی اروپا یا بسیاری از کشورهای آسیایی، چنین اطلاعاتی اغلب به بیماران داده نمی‌شود. به دلایل فرهنگی، در دیدگاه مردم نیز در اینکه پزشکان باید اخبار بد را برای بیماران آشکار کنند یا خیر تفاوت‌هایی وجود دارد. اکثر مردم در کشورهای غربی موافق این کار هستند؛ ولی در کشورهای دیگر همیشه دیدگاه مردم این نیست.

فرهنگ غالب در جامعه‌ی ایرانی، حمایت جدی از یک بیمار لاعلاج و شدیداً ناخوش

(2004). Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law. UK: BMJ Publishing Group, P. 78-82, 368-380.

7. Goncalves, Ferraz & et al. (2005). "Breaking Bad News: Experiences and Preferences of Advanced Cancer Patients at a Portuguese Oncology Centre". Palliative Medicine, 19, P. 526-531.

۸. کاظمیان، علی و علیرضا پارساپور. (۱۳۸۵). «بررسی نظر پزشکان درباره‌ی بیان حقایق مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج». فصلنامه‌ی اخلاق در علوم و فناوری؛ ویژه‌نامه‌ی اخلاق پزشکی، پیوست شماره‌ی ۱، صص ۶۷ تا ۶۹.

۹. زاهدی، فرزانه و باقر لاریجانی. (۱۳۸۹). «گفتن حقیقت به بیماران در فرهنگ‌های مختلف و بیان دیدگاه‌های اسلام». مجله‌ی اخلاق و تاریخ پزشکی؛ ویژه‌نامه‌ی حقوق بیمار، دوره‌ی سوم، صص ۱۱ تا ۱۱.

۱۰. آزاده طاولی و همکاران. (۱۳۸۶). «نقش اطلاع از تشخیص سرطان در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش». فصلنامه‌ی پایش، ش ۳، صص ۲۵۷ تا ۲۶۴.

11. Gotay, CC. & et al. (2004). "Cancer-Related Attitudes: A Comparative Study in Japan and the US". Psycho- Oncology, 13, P. 665-672.

12. Akabayashi, Akira & et al. (1999). "Family Consent, Communication, and Advance Directives for Cancer Disclosure: A Japanese Case and Discussion". J Med Ethics, 25, P. 296-301.

13. Seo, Mitsuru & et al. (2000). "Telling the Diagnosis to Cancer Patients in Japan: Attitude and Perception of Patients, Physicians and Nurses". Palliat Med, 14, P. 105-110.

14. Audrey, Suzanne & et al. (2008). "What Oncologist Tell Patients about Survival Benefits of Palliative Chemotherapy and Implications for Informed Consent: Qualitative Study". BMJ, 337, P. a725.

15. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1982). Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship.

Available at http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/past_commissions/making_health_care_decisions.pdf. (accessed in 2011).

16. Lobb, Elizabeth A. & et al. (1999). "Communicating Prognosis in Early Breast Cancer: Do Women Understand the Language Used?". Med J Aust, 171, P. 290-294.

غربی دارد باید مطالعاتی مستقل در زمینه‌ی کسب نظر بیماران و خانواده‌ی آن‌ها و نیز پزشکان انجام شود. مجموعه‌ای از این مطالعات می‌تواند درباره‌ی نحوه‌ی بیان اخبار ناگوار به بیماران، اطلاعات مناسبی را در اختیار پزشکان قرار دهد.

توضیح نمونه

در این باره باید با خانم «الف» صحبت کرد که نظرش درباره‌ی اطلاع از نتیجه‌ی ارزیابی‌ها چیست؟ آیا می‌خواهد از تمامی جزئیات بیماری‌اش اطلاع پیدا کند یا اینکه ترجیح می‌دهد پزشکان ابتدا با خانواده‌اش صحبت کنند. در هر حال باید به خواسته‌های بجای بیمار احترام گذاشت. وقتی این خواسته‌ها با دیدگاه بستگان یکی نیست، باید با خانواده‌ی بیمار درباره‌ی ضرورت اطلاع بیمار از این اطلاعات صحبت کرده و کمک کنند که حتی المقدور نظر خانواده با خواست بیمار منطبق شود.

منابع

1. Molleman, Eric & et al. (1984). "The Significance of the Doctor-Patient Relationship in Coping with Cancer". Soc Sci Med, 18, P. 475-480.

۲. کاظمی، عبدالحسین. (۱۳۸۶). «محیط پزشکی، بیمار و خبر بد». مجله‌ی گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، دوره‌ی چهارم، ش ۲، صص ۱۳۳ تا ۱۳۹.

3. Miles, Steven H. (2004). The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine. Oxford University Press, P. 126-135.

4. Ashely, Benedict M. & et al. (1997). Health Care Ethics: A Theological Analysis. Washington DC: Georgetown University Press, P. 405-407.

5. Angelos, Peter. (2008). Ethical Issues in Cancer Patient Care. New York: Springer Science, P. 15-17.

6. British Medical Association Ethics Department.

33. Back, Anthony L. & et al. (2007). "Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad News and Discussing Transition to Palliative Care". *Arch Intern Med*, 167 (5), P. 453-460.
34. Garg, Amit & et al. (1997). "Teaching Medical Student How to Break Bad News". *CMAJ*, 156 (8), P. 1159-1164.
35. Bail, Walter F. & et al. (2002). "Oncologists' Attitudes toward and Practices in Giving Bad News: An Exploratory Study". *J Clin Oncol*, 20, P. 2189-2196.
36. Fallowfield, L.J. & et al. (1990). "Psychological Outcomes of Different Treatment Policies in Women with Early Breast Cancer Outside a Clinical Trial". *BMJ*, 301, P. 575-580.
37. Buckman, Robert. (1994). *How to Break Bad News a Guide for Health Care Professionals*. London: Papermac.
38. Christakis, Nicholas A. & Theodor J. Iwashyna. (1998). "Attitude and Self-Reported Practice Regarding Prognostication in a National Sample of Internists". *Arch Intern Med*, 58, P. 2389-2395.
39. Fujimori, Maiko & et al. (2005). "Good Communication with Patients Receiving Bad News about Cancer in Japan". *Psycho-Oncology*, 14, P. 1043-1051.
40. Girgis, Afaf & Robert W. Sanson-Fisher. (1995). "Breaking Bad News: Consensus Guidelines for Medical Practitioners". *J Clin Oncol*, 13, 2449-2456.
41. Kirshblum, Steven & Joyce Fichtenbaum. (2008). "Breaking the News in Spinal Cord Injury". *J Spinal Cord Med*, 13 (1): P. 7-12.
۴۲. احمدیان، ابراهیم. (۱۳۸۵). راه‌گشای انسانیت: نهج الفصاحه. قم: گلستان ادب، ص ۹۹.
۴۳. افراسیابی، علی. (۱۳۸۰). جهاد النفس وسائل الشیعه. قم: نه‌اوند، ص ۳۴۱ تا ۳۴۵.
44. Ritchie, Jean H. & Sally C. Davies. (1995). "Professional Negligence: A Duty of Candid Disclosure?". *BMJ*, 310: 888-9.
۴۵. کریمی، عباس. (بی‌تا). بهارستان: نرم‌افزار جامع تنقیح قوانین و مقررات ایران. بنیاد حقوقی دکتر عباس کریمی با شماره ثبت ۱۶۹۳۶.
۴۶. هیئت وزیران. (۱۳۷۸). آئین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته. مصوب سال ۱۳۷۸، دست‌یافتنی در <http://tarh.majlis.ir/?ShowRule&Rid=509B6090-D73E-4E3E-B48F-BEBFD939D9ED> (accessed in 2011).
17. Sullivan, Robert J. & et al. (2001). "Truth-Telling and Patient Diagnoses". *J Med Ethics*, 27, P. 192-197.
18. Fainsinger, Robin L. & et al. (2003). "The Cultural Differences in Perceived Value of Disclosure and Cognition: Spain and Canada". *J Palliat Med*, 19, P. 43-48.
19. Blackhall, Leslie J. & et al. (1995). "Ethnicity and Attitudes toward Patients Autonomy". *JAMA*, 274, P. 820-825.
20. Cassel, Christine K. (1996). "The Patient-Physician Covenant: An Affirmation of Asklepios". *Ann Intern Med*, 124, P. 604-606.
21. Herbert, Philip C. & et al. (1997). "Bioethics for Clinicians: Truth Telling". *Can Med Assoc J*, 156 (2), P. 225-228.
22. Hebert, PC. (1994). "Truth-Telling in Clinical Practice". *Can Fam Physician*, 40, P. 2105-2113.
23. Kaplan, Sherrie H. & et al. (1996). "Characteristics of Physicians with Participatory Decision-Making Styles". *Ann Intern Med*, 124, P. 497-504.
24. Canadian Medical Association. (1996). *Code of Ethics*. *Can Med Assoc J*, 155, 1176A-B.
25. Goncalves, J Ferraz & S Castro. (2001). "Diagnosis Disclosure in a Portuguese Oncological Centre". *Palliat Med*, 15, P. 35-41.
26. Parle, Michel & et al. (1996). "Maladaptive Coping and Affective Disorder in Cancer Patients". *Psychol Med*, 26, P. 735-744.
27. Horikawa, Naoshi & et al. (1999). "The Disclosure of Information to Cancer Patients and its Relationship to their Mental State in a Consultation-Liaison Psychiatry Setting in Japan". *Gen Hosp Psychiat*, 21, P. 368-373.
28. Fischer, Conrad & Caterina Oneto. (2006). *USMLE Medical Ethics: The 100 Cases you are most Likely to See on the Exam*. New York: Kaplan, P. 131.
29. Cassileth, Barrie R. & et al. (1980). "Information and Participation Preferences among Cancer Patients". *Ann Intern Med*, 92, P. 832-836.
30. Kirby, RS. (1998). "Breaking Bad News". *Prostate Cancer Prostatic Dis*, 1, P. 177-178.
31. Ptacek, John & et al. (1999). "Breaking Bad News to Patients: Physicians Perception of the Process". *Support Care Cancer*, 7 (3), P. 113-120.
32. Fallowfield, Lesley J. & et al. (1986). "Effects of Breast Conservation on Psychological Morbidity Associated with Diagnosis and Treatment of Early Breast Cancer". *Br Med J (Clin Res Ed)*, 293, P. 1331-1334.

فصل شانزدهم

درمان اجباری در روان پزشکی

علی صابر، سید محمود طباطبائی

معرفی نمونه

شما به عنوان پزشک عمومی در اورژانس (اسکرین) بیمارستان سرگرم ویزیت بیماران هستید. خانم بیست ساله‌ای به علت مصرف تعدادی قرص متنوع به قصد خودکشی (نیم ساعت پیش از مراجعه)، به همراه والدین پریشان و مضطربش، به شما ارجاع می‌شود. بیمار هوشیار و حال عمومی او خوب است و در معاینه به جز خُلق افسرده علامت آشکار دیگری ندارد. او اظهار می‌کند بیست عدد قرص متنوع ضد افسردگی را مصرف کرده است. به گفته‌ی والدین بیمار، او از ده سال قبل سابقه‌ی افسردگی شدید داشته است. شما دستور شست و شوی معده و گرفتن رگ وریدی و اعزام (یا بستری) به بیمارستان را صادر می‌کنید. والدین بیمار هم به بستری شدن و درمان فرزند خود اصرار دارند؛ علی‌رغم اصرار آنان برای بستری، بیمار حاضر به درمان و بستری شدن نیست. آیا علی‌رغم نارضایتی بیمار می‌توانید او را به اجبار درمان و بستری کنید؟

۱. مقدمه

معمولاً این اقدام و قضاوت پزشک را قبول دارد. در

این موقعیت، به تأیید دادگاه نیازی نیست (۱).
- بستری کردن اجباری^۲: در این موقعیت، بستری شدن بیمار بر خلاف میل و خواسته‌ی اوست؛ از این رو، این کار با درخواست بستگان، افراد دیگر یا دستور مقام قضائی انجام می‌گیرد. این اقدام برای بیمار روان‌پزشکی به منظور جلوگیری از آسیب‌رساندن به خود و دیگران است.

- مهار فیزیکی^۴: استفاده از وسیله‌هایی شبیه کمر بند (تسمه)، دستبند و ابزارهای مشابه که حرکات بیمار را محدود می‌کند و از هرگونه اقدام آسیب‌رسان به خود یا دیگران ممانعت به عمل می‌آورد، مهار فیزیکی قلمداد می‌شود. گاهی هم این اصطلاح برای استفاده از داروها یا درمان‌هایی است که حرکات و رفتار بیمار را در حد لازم کنترل می‌کند.

۱-۲. اهمیت موضوع

محمد والی‌پور و همکارانش در یک مطالعه‌ی توصیفی درباره‌ی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد روان‌پزشکان درباره‌ی بستری اجباری بیماران روانی و قوانین آن در سال ۱۳۸۵ در بین روان‌پزشکان ایرانی به این نتیجه رسیده‌اند که درصدی چشمگیر (بیش از ۷۵ درصد) از روان‌پزشکان درباره‌ی قوانین بستری اجباری بیماران روانی، آگاهی ضعیف تا متوسطی دارند. نظر اکثر آن‌ها این بود که در تصمیم‌گیری برای بستری اجباری بیماران روانی، روان‌پزشک یا ترکیبی از روان‌پزشک و پزشک قانونی باید دخالت داشته باشد. حدود هفتاد درصد از

در اکثر کشورهای پیشرفته برای حمایت از اشخاص مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و حمایت از جامعه در مقابل رفتارهای ناهنجار آن‌ها، قوانینی مشخص وجود دارد. این قوانین با عنوان «قانون بهداشت روان یا سلامت روان»^۱ نام‌گذاری شده است. در این قوانین درباره‌ی شرایط و ملاک‌های درمان و بستری کردن اجباری بحث شده است. روان‌پزشک باید مزایا و خطرات بستری شدن یا نشدن را برای گرفتن رضایت آگاهانه از بیمار برای او تشریح کند. در صورتی که بیمار متقاعد نشود، پزشک می‌تواند از بستگان او کمک بگیرد؛ همچنین در صورتی که باز هم موفق نشود، مداخله‌ی قانونی ضرورت دارد (۱). گروه زیادی از بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، دارای قدرت استقلال برای امور شخصی نیستند و ظرفیت تصمیم‌گیری و صلاحیت برای اظهار رضایت آگاهانه را برای اقدامات گوناگون پزشکی اعم از تشخیصی و درمانی و پژوهشی ندارند. با توجه به اینکه این بیماران غالباً به مداخلات متنوعی از قبیل محدود کردن فعالیت و رفتار نیاز دارند و به بستری اجباری نیازمند می‌شوند، لازم است هرگونه اقدام را در چارچوب ملاحظات اخلاقی به عمل آورد. در اینجا نخست به تعریف برخی واژه‌ها و اصطلاحات اصلی و مهم می‌پردازیم:

۱-۱. تعاریف

- بستری کردن غیرارادی^۲: این اصطلاح در موافقی به کار می‌رود که فردی غیر از بیمار، برای بستری کردن او اقدام می‌کند؛ البته خود بیمار

3. Compulsory Admission

4. Physical Restraint or Mechanical Restraint

1. Mental Health Act

2. Involuntary Admission

در بسیاری از کشورها هم بستری اجباری چنین بیمارانی در چارچوب قوانین سلامت روان، پذیرفته شده است (۱). برخی از بیماران روان‌پزشکی به علت ازدست‌دادن ظرفیت تصمیم‌گیری، می‌توانند به خود یا اطرافیان‌شان آسیب برسانند و ممکن است رفتارهایی را انجام دهند که خودشان بعدها از آن پشیمان شوند؛ برای مثال می‌توان به بی‌مبالاتی جنسی در بیمار مانیا یا اقدام به خودکشی در بیمار با افسردگی اساسی (پس از درمان) اشاره کرد؛ از این‌رو، باید در جست‌وجوی بهترین رویکرد در مواجهه با این افراد آسیب‌پذیر باشیم (۴).

۲. معیارهای لازم برای بستری اجباری از چند دیدگاه معتبر

۲-۱. سازمان بهداشت جهانی (WHO)

سازمان بهداشت جهانی، بستری کردن اجباری را در چند حالت ضروری می‌داند:

الف. اگر و فقط اگر یک روان‌پزشک واجد شرایط، تشخیص بدهد که احتمال دارد بیمار به خودش یا دیگران آسیب بزند یا اینکه بیماری روانی فرد جدی باشد و قضاوت بیمار را مختل کرده باشد و در صورت بستری نشدن وضعیت فرد بدتر می‌شود؛ پس روان‌پزشک به قصد انجام نوعی درمان که فقط به وسیله‌ی بستری کردن ممکن است، او را بستری می‌کند.

ب. اگر بستری کردن بیمار براساس جدی بودن بیماری روانی او و اختلال در قضاوت او صورت می‌گیرد، در صورت دسترسی به روان‌پزشک واجد شرایط دیگر (مستقل از روان‌پزشک اول) باید مشاوره انجام شود و انجام بستری توسط

روان‌پزشکان قوانین موجود را برطرف‌کننده‌ی نیازهای فعلی نمی‌دانستند و حدود نود درصد از آن‌ها گزارش کرده‌اند که بیماران روانی را بدون اخذ رضایت از آن‌ها بستری می‌کنند. بسیاری از آنان نیز چندان به اخذ رضایت از قییم قانونی برای بستری اجباری بیمار پایبند نبودند؛ افزون‌براین، اغلب آنان قوانین موجود را راهگشای مشکلات فعلی نمی‌دانستند و معتقد بودند کشور به تدوین قوانینی جدید در خصوص بستری اجباری بیماران روانی نیاز دارد. اکثر آن‌ها پاسخ دادند که در بستری اجباری بیماران روانی نظرات خودشان را بر سایر مراجع مرتبط با بیمار ترجیح می‌دهند (۲).

۱-۳. اهمیت اخلاقی موضوع

درمان اجباری موضوعی اساسی در اخلاق مراقبت‌های سلامت است و به‌طور کلی، یک «استثنای ناخواسته» در برابر «درمان استاندارد» است (۳). بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی از افراد آسیب‌پذیر جامعه به شمار می‌آیند و علاوه بر رنج ناشی از اختلال روانی، با انگ‌ناشی از آن و طردشدن از جامعه، ازدست‌دادن موقعیت‌های اجتماعی، حرفه‌ای و درمانی مواجه هستند. اگرچه برای این بیماران، درمان بدون رضایت با اصل اتونومی، تناقض دارد، این افراد به دلیل نوع بیماری خود اصولاً قادر به دفاع از حقوق خودشان نیستند. در بسیاری از کشورها برای بستری اجباری بیماران، قوانین سلامت روان وجود دارد. در همه‌ی ایالات آمریکا، انتقال اجباری بیماری که ممکن است به خود یا دیگران آسیب برساند و قادر به مراقبت از خویش‌ن نیست، مجاز شمرده شده و

پزشک دوم نیز تأیید شود.

ج. در صورت امکان، یک مرکز روان‌پزشکی صلاحیت‌دار محلی بستری اجباری بیمار را تأیید کند (۵).

۲-۲. آمریکا

در تمام ایالات آمریکا، نوعی بستری کردن اجباری پیش‌بینی شده است. چنین اقدامی معمولاً زمانی صورت می‌گیرد که شخص مبتلا به اختلال روان‌پزشکی، نسبت به خود یا افراد دیگر منبع خطر به شمار آید و میزان خطر به حدی باشد که درمان فوری در یک محیط بسته را ایجاب کند. به‌طور کلی چهار نوع پذیرش و بستری در مؤسسات روان‌پزشکی وجود دارد:

الف. بستری غیررسمی: در این مدل، بیمار طبق الگوی بیمارستان عمومی در واحد روان‌پزشکی بستری می‌شود. (با بیماران داخلی یا جراحی تفاوتی ندارد) و بیمار برای بستری یا ترخیص حتی بر خلاف توصیه‌ی پزشک، مختار است.

ب. بستری داوطلبانه: بیمار یا بستگان او تقاضای پذیرش در بیمارستان روان‌پزشکی را، به‌صورت کتبی ارائه می‌کنند. بیمار مختار است بیمارستان را ترک کند.

ج. بستری موقت: این نوع بستری درباره‌ی بیمارانی صورت می‌گیرد که به علت سن بالا یا سردرگمی^۱ نیازمند بستری شدن هستند؛ اما خودشان قادر به تصمیم‌گیری نیستند یا بیمارانی که به علت آشفتگی حاد روانی به بستری شدن در بیمارستان روانی نیاز فوری

دارند؛ بنابراین، براساس دستور مکتوب پزشک، بیمار بستری می‌شود. پس از پذیرش، تأیید روان‌پزشک مقیم بیمارستان نیز لازم است. موقت‌نامیدن این روش به این علت است که نمی‌توان بیمار را بر خلاف میل خود بیش از پانزده روز بستری کرد.

د. بستری کردن اجباری: این نوع بستری بر مبنای این سؤال صورت می‌گیرد که آیا بیمار در معرض خطر خودکشی یا دیگرکشی قرار دارد و در نتیجه برای خود یا دیگران خطرناک است یا خیر؟ درخواست پذیرش در بیمارستان را باید یکی از بستگان یا دوستان بیمار امضاء کنند. ضمناً تأیید دو نفر پزشک لازم است؛ البته پس از بستری، اطلاع کتبی به یکی از نزدیک‌ترین بستگان فرد و نیز دسترسی او به مشاوران قانونی الزامی است. هرگاه قاضی در صورت اعتراض بیمار نیاز به بستری شدن را لازم نداند، می‌تواند دستور ترخیص را صادر نماید. با این روش می‌شود بیمار را به‌مدت شصت روز نگاه داشت و هرگاه نیاز به تمدید باشد، وضعیت او باید به هیئتی از روان‌پزشکان، حقوق‌دانان، سایر پزشکان و افراد وابسته به مؤسسات روانی گزارش شود تا تحت بررسی قرار گیرد. درایالت نیویورک این هیئت «سرویس اطلاعات بهداشت روانی» نامیده می‌شود (۶).

در برخی ایالات آمریکا نوعی روش بستری نمودن مجرمان روانی تحت عنوان «بستری کردن به منظور مشاهده و بررسی»^۲ پیش‌بینی شده و آن زمانی است که فرد متهم به انجام جرم، برای مدتی

2. Observational Commitment

1. Confusion

محدود در بیمارستان پذیرفته می‌شود و پس از پایان معاینه‌ها و بررسی‌ها، بیمارستان نتیجه را به دادگاه ارائه می‌دهد. تأکید این بررسی‌ها بر تشخیص حالت جنون، توانایی دفاع از خود و مشاوره با وکیل است. در اغلب ایالات، این حق به پلیس داده شده تا در صورت لزوم به منظور حفظ سلامت جامعه برای بستری کردن افراد برای درمان اقدام کند.

در حال حاضر در ایالات متحده آمریکا، مسائل حقوقی مانند ترخیص اجباری، قطع اجباری درمان، واگذاری درمان یا حق درمان در روان‌پزشکی قانونی مطرح است و در هر حوزه استانداردهایی ارائه شده است که می‌تواند توسط هر یک از طرفین به‌ویژه بیماران موضوع درخواست حقوقی واقع گردد. در بین این موارد حفظ استاندارد کیفیت مراقبت درمانی از حقوق اساسی شمرده می‌شود.

در قوانین جدید که مفصل‌تر از قوانین قدیمی است، حق معاف‌بودن از مصرف زیاد یا غیرضروری دارو، حتی تنه‌بودن و حفظ شأن، حق برخورداری از محیط با حداقل محدودیت، حق نامحدودبودن ملاقات با بستگان، پزشکان خصوصی یا وکلا، حق معاف‌بودن از جراحی روانی و ترک درمان بدون رضایت آگاهانه مطرح است. همچنین حق رد درمان، مگر در موارد فوریت‌های پزشکی از حقوق بیماران شمرده می‌شود. نکته دیگری که امروزه موضوع دادخواست‌های حقوقی بیماران روان‌پزشکی را علیه پزشکان و مؤسسات درمانی تشکیل می‌دهد مسأله رضایت آگاهانه است. درباره‌ی همه‌ی حقوق مدنی بیماران در قوانین ایالات متحده پیش‌بینی به عمل آمده است. به‌طور مثال هر دو فرآیند اعلام بی‌کفایتی یا داشتن کفایت

مجدد (اعلام حجر و رفع حجر) باید در جلسه‌ی دادگاه تعیین و اعلان شود. در این باره بستری‌بودن یا داشتن سابقه‌ی بستری‌شدن، خودبه‌خود و به‌تنهایی دلیلی بر بی‌کفایتی فرد برای قضاوت درست و اینکه بیماری روان‌پزشکی تا چه حد باعث اختلال قوه‌ی قضاوت در موضوع مربوط شده باشد، محسوب می‌شود (۱).

۲-۳. انگلستان

انگلستان از نظر ایجاد سهولت بستری بیماران روان‌پزشکی یکی از پیشروترین کشورهای جهان است. با این هدف، قانون بهداشت روانی که تنظیم‌کننده‌ی نحوه‌ی مراقبت از بیماران روان‌پزشکی است در سال ۱۹۸۳ به تصویب رسید. این قانون پیونددهنده‌ی قانون بهداشت روانی ۱۹۵۹ و اصلاحیه‌ی آن در سال ۱۹۸۳ است. قانون مزبور، کمیته‌ی قانون بهداشت روانی را پیش‌بینی کرده است که اعضای آن به وسیله‌ی وزیر انتخاب می‌شوند و وظایف آن کمیته، محافظت از منافع و حقوق بیماران بستری از طریق بازدیدهای مکرر، تحقیق درباره‌ی شکایت‌ها، دریافت گزارش از نحوه‌ی درمان آنان و انتخاب پزشکان یا افراد دیگر برای اظهارنظر درباره‌ی درمان و سایر وسائل مربوط است. در انگلستان و ویلز، پیش‌بینی‌های لازم برای پذیرش و درمان اجباری در قانون بهداشت روانی ۱۹۸۳ انجام شده است. در ادامه به بخشی از این پیش‌بینی‌ها اشاره می‌شود.

۱. پذیرش به منظور ارزیابی به چند طریق است:
- بند ۲. درخواست پذیرش برای ارزیابی به مدت ۲۸ روز:
- الف. بیمار مبتلا به اختلال روان‌پزشکی باشد؛

- ب. پذیرش در جهت تأمین سلامتی بیمار و ایمنی یا محافظت افراد دیگر باشد.
- این نوع مستلزم:
- الف. ارائه‌ی درخواست به وسیله‌ی نزدیک‌ترین فرد از وابستگان بیمار؛ همچنین باید یک مددکار اجتماعی مجاز بیمار را در طول دو هفته قبل دیده باشد.
- ب. توصیه‌ی پزشکی به وسیله‌ی دو نفر پزشک که یکی از آنان باید طبق بند ۱۲ قانون مجاز باشد.
- بند ۴. حکم ارزیابی فوری (۷۲ ساعته):
- این بند اختیار نگهداری بیمار را در شرایط فوری تفویض می‌نماید. فرم مربوط معمولاً توسط پزشک خانواده و در خانه تکمیل شده و گاه این امر در بخش فوریت بیمارستان انجام می‌شود. این روش زمانی به کار می‌رود که وقت کافی برای یافتن پزشک مجاز قیدشده در بند ۲ نباشد؛ ولی بهتر است در اولین فرصت به دستور بند ۲ تبدیل شود.
- بند ۵. تبدیل نگهداری اجباری (۷۲ ساعته):
- این دستور برای نگهداری فوری بیماری که قبلاً به‌صورت داوطلب پذیرفته شده است و قصد ترک بیمارستان را دارد، صادر می‌شود. انجام‌دادن آن مستلزم توصیه از سوی پزشک بخش یا پزشک دیگری از همان بیمارستان است.
- هرگاه دستور بند ۵ به‌فوریت دست‌یافتنی نباشد، یک نفر روان‌پرستار مجاز می‌تواند دستور نگهداری شش‌ساعته را درخواست نماید؛ ولی باید بلافاصله پس از آن پزشک دستور بند ۵ را امضاء کرده و دستور قبلی لغو شود.
- بند ۱۳۶. درباره‌ی اشخاص مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی که در اماکن عمومی پیدا شده‌اند:
- طبق این بند اگر یک افسر پلیس کسی را در اماکن عمومی بیابد که به نظر برسد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی است و نیاز به مراقبت فوری دارد، می‌تواند او را به محلی امن که معمولاً مرکز پلیس یا بیمارستان است منتقل نماید. اختیارات این بند پس از انجام معاینه و درمان توسط پزشک و اجرای بندهای ۵۴ یا ۲ و حداکثر پس از ۷۲ ساعت لغو شود.
- بند ۱۳۵. هر مددکار اجتماعی مجاز که معتقد است یک بیمار روان‌پزشکی قادر به انجام‌دادن و اداره‌ی امور خود نیست یا با او بدرفتاری می‌شود، می‌تواند بنا به دستور این بند حکم خارج‌ساختن بیمار را گرفته و او را به محل امن منتقل کند.
۲. پذیرش به منظور درمان (به مدت شش ماه):
- اساس این حکم درازمدت این است که بیمار مبتلا به اختلال روان‌پزشکی، نقیصه‌ی عقلی شدید یا اختلال سیکوپاتیک به کیفیت و درجه‌ای است که درمان طبی را برای او مناسب می‌سازد یا درمان برای سلامت و ایمنی خود او یا اطرافیان او لازم است. انجام بند فوق و شرایط آن شبیه بند ۲ است.
- تجدید حکم فوق، بار اول پس از شش ماه و در دفعات بعد هر یک‌سال یک‌بار امکان‌پذیر است.
۳. پذیرش بیماران درگیر اقدامات جنائی:
- این بندهای قانون بهداشت روان به دادگاه‌ها اختیار می‌دهد که حکم مراقبت روان‌پزشکی را برای متهمان یا محکومانی که ممکن است مجازات زندان در انتظارشان باشد، صادر نمایند.
- الف. حکم بستری‌شدن موقت و حفاظت موقت در بیمارستان:

برای آشنایی و نقدهای احتمالی، بخشی از پیش‌نویس قانون بهداشت روان جمهوری اسلامی ایران، در پیوست شماره‌ی ۱ این دست‌نوشته (در انتها) درج شده است (پیوست شماره‌ی ۱). براساس منشور اخلاق حرفه‌ای روان‌پزشکی در ایران (ویراست اول: ۱۳۹۴)، روان‌پزشک در صورتی درمان اجباری را برای یک فرد توصیه می‌کند که او را خود، شخصاً، معاینه کرده و بیماری او را واجد ملاک‌های بستری و درمان اجباری تشخیص داده باشد (۸). براساس ماده‌ی ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی، هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب، مجنون باشد یا در جرائم موجب تعزیر پس از وقوع جرم به جنون مبتلا شود، چنانچه جنون و حالت خطرناک مجنون با جلب نظر متخصص، ثابت و آزادبودن او محل نظم و امنیت عمومی باشد به دستور دادستان تا رفع حالت خطرناک در محل مناسب نگهداری می‌شود. شخص نگهداری شده یا خویشاوندان او می‌توانند در دادگاه به این دستور اعتراض کنند که در این صورت، دادگاه موضوع را با حضور معترض و با جلب نظر کارشناس در جلسه‌ای اداری رسیدگی می‌کند و با تشخیص رفع حالت خطرناک درباره‌ی خاتمه‌ی اقدام تأمینی و در غیر این صورت در تأیید دستور دادستان، حکم صادر می‌کند. این حکم قطعی است ولی شخص نگهداری شده یا خویشاوندانش، هرگاه علائم بهبود را مشاهده کردند حق اعتراض به این حکم را دارند. این امر مانع از آن نیست که هرگاه بنا به تشخیص متخصص بیماری‌های روانی، مرتکب، درمان شده باشد برحسب پیشنهاد مدیر محل نگهداری او دادستان دستور خاتمه‌ی اقدام تأمینی را صادر کند.

قانون بهداشت روان به دادگاه‌ها اختیار می‌دهد که شخص متهم را برای تهیه‌ی گزارش طبی، به طور موقت در بیمارستان نگه دارند و حکم بستری موقت را برای او صادر کنند تا در صورت لزوم بستری شدن رسمی ارزیابی شود.

ب. بند ۳۷. حکم بیمارستان:

دادگاه می‌تواند برای بستری شدن اجباری یک مجرم بر پایه‌ی مشابه پذیرش، برای درمان طبق پیش‌بینی‌های بند ۳ قانون، حکم بیمارستان صادر نماید که طول مدت آن شش ماه است و برای این منظور توصیه‌ی پزشکی دو نفر پزشک که یکی از آن‌ها باید مجاز باشد، لازم است.

ج. بند ۴۱. حکم محدودیت:

وقتی دادگاه جزائی حکم بیمارستان صادر می‌کند، درعین حال می‌تواند با حکم مجدد ترخیص را ممنوع سازد. این محدودیت ممکن است برای مدتی مشخص یا نامحدود باشد. هرگاه مدت مشخص باشد پس از انقضای آن بیمار همچنان تحت حکم بیمارستان، ولی بدون محدودیت باقی خواهد ماند (۱).

۲-۴. ایران

در حال حاضر براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در جمهوری اسلامی ایران، قانون مدون و رسمی درباره‌ی بهداشت روان تصویب نشده است و صدور دستور بستری اجباری توسط قاضی دادگاه امکان‌پذیر است (۷، ۸)؛ البته پیش‌نویس قانون بهداشت روان در تیرماه ۱۳۸۸ توسط گروهی از اندیشمندان در مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه شد و در دسترس است (۷).

آن را در قوانین و بیانیه‌های حقوقی مشخص سازند. نوع اختلال، شرایط لازم برای محدود کردن فیزیکی در کنار درمان، مدت محدودیت فیزیکی و روش‌های درمانی جایگزین از موضوعاتی است که باید بررسی شوند (۱۰).

استفاده از روش‌های فیزیکی اجباری مانند بستن بیمار یا تزریق اجباری برای درمان، در بعضی مواقع از نظر پزشکان و پرستاران ضروری بود؛ در حالی که بیماران آن را ضروری نمی‌دانستند. بیماران که بستری اجباری در بیمارستان را پذیرفته و حتی آن را در شرایط ذکر شده در این پژوهش ضروری می‌دانستند، با بستری شدن در اتاق‌های انفرادی و محدودیت فعالیت فیزیکی و همچنین استفاده از روش‌های فیزیکی اجباری موافق نبودند. این امر نشانگر آن است که بیماران خواهان درمان توأم با احترام هستند. این امر اهمیت رضایت بیمار از نوع درمان را برای ما آشکار می‌سازد (۱۰).

همچنین بنا بر یافته‌های پژوهش یداللهی و همکاران، با عنوان «دیدگاه روان‌پزشکان شهر تهران در مورد قوانین بهداشت روان در ایران»، بیست درصد از روان‌پزشکان، از قوانین موجود پیرامون بهداشت روان آگاهی ندارند و ۷۸ درصدشان بر این باورند که استانداردهایی برای مراقبت از بیمار روانی وجود ندارد؛ ۶۲ درصد از آنان نیز قوانین موجود را در زمینه‌ی بستری و ترخیص بیماران روانی نارسا می‌دانند. نتیجه آنکه قوانین مربوط به بیماران روانی در کشور، از دیدگاه روان‌پزشکان نارساست (۱۱). با توجه به مطالعات پیش گفته، تغییر نگرش پزشکان و پرستاران نسبت به جنبه‌های اخلاقی و حقوقی درمان و بستری اجباری ضروری است.

تبصره‌ی ۱. هرگاه مرتکب یکی از جرائم موجب حد، پس از صدور حکم قطعی دچار جنون شود حد ساقط نمی‌شود. در صورت عارض شدن جنون قبل از صدور حکم قطعی، در حدودی که جنبه‌ی حق الله دارد تعقیب و محاکمه تا زمان افاقه به تأخیر می‌افتد. نسبت به مجازات‌هایی که جنبه‌ی حق الناس دارند مانند قصاص و دیه و همچنین ضرر و زیان ناشی از جرم، جنون مانع از تعقیب و رسیدگی نیست.

تبصره‌ی ۲. قوه‌ی قضائیه موظف است مراکز اقدام تأمینی را در هر حوزه‌ی قضائی برای نگهداری افراد موضوع این ماده تدارک ببیند. تا زمان شروع به کار این اماکن، قسمتی از مراکز روان‌درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود به این افراد اختصاص داده می‌شود (۹).

۳. نمونه‌های مطالعات انجام‌شده در ایران

مهرنوش عباسی و همکاران در مطالعه‌ای، نگرش پزشکان و پرستاران و بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب روان‌پزشکی شهر تهران را درباره‌ی حقوق بیماران روانی بررسی کرده‌اند. براساس این مطالعه، نود درصد از پزشکان و پرستاران، با بستری کردن بیمار روانی در اتاق‌های انفرادی و محدود کردن فعالیت‌های فیزیکی او برای درمان موافق بودند؛ در حالی که بیماران آن را ضروری نمی‌دانستند. ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشت روان با حداقل محدودیت از اصول مطرح‌شده در اصول بهداشت روان تصویب‌شده در وزارت بهداشت است. یافته‌های این پژوهش بر لزوم بررسی بیشتر این امر توسط مسئولان اشاره دارد تا حدود و شرایط

پیوست ۱ بخشی از پیش‌نویس قانون بهداشت روان جمهوری اسلامی ایران

تعاریف

ماده‌ی ۵-۱) آشفتگی روانی وضعیتی است که با اجتماع شرایط ذیل مشخص می‌شود: ابتلا به بیماری شدید روانی، خطر آسیب جدی رساندن به خود یا دیگران، وجود حداقل یکی از عوامل مؤثر در استمرار و وخامت بیماری فرد.

ماده‌ی ۹-۱) بحران روانی وضعیتی است که با اجتماع شرایط زیر مشخص می‌شود: رفتار غیرمنطقی، خطر آسیب‌رساندن جسمی جدی به خود یا دیگران.

ماده‌ی ۱۰-۱) هیچ‌یک از موارد زیر به‌تنهایی آشفتگی روانی یا بحران روانی تلقی نمی‌گردد: الف. مصرف مواد مخدر یا روان‌گردان و الکل یا هر نوع دارو یا ماده‌ی شیمیایی دیگر، ب. انحرافات و بی‌بندوباری جنسی، پ. رفتار غیراخلاقی یا غیرقانونی یا ضداجتماعی جامعه‌سستیز، ت. ترجیح جنسیتی یا سوگیری جنسی خاص، ث. نظر و عقیده یا فعالیت مذهبی، سیاسی، علمی یا فلسفی خاص.

ماده‌ی ۱۴-۱) بستری اجباری نوعی از بستری است که بر خلاف میل فرد و اراده‌ی او صورت می‌گیرد. این بستری به دو صورت کوتاه‌مدت و بلندمدت است. بستری اجباری کوتاه‌مدت، حداکثر دو ماه و بستری اجباری بلندمدت حداکثر شش ماه است.

ماده‌ی ۱۷-۱) مهار حرکتی عبارت است از محدودنمودن اجباری تحرک فرد با استفاده از

از طرفی افزایش آگاهی بیماران و مردم درباره‌ی حقوق خویش موجب افزایش مطالبات آن‌ها از نظام سلامت خواهد گردید. امیدواریم با تسریع روند تصویب و ابلاغ قانون بهداشت روان جمهوری اسلامی ایران، حقوق بیماران روانی هرچه بیشتر تأمین گردد.

توضیح نمونه

پزشک وظیفه دارد به اختیار فرد (اتونومی) احترام بگذارد و پس از اخذ رضایت آگاهانه برای درمان او اقدام کند؛ اما از طرف دیگر براساس اصل عدم ضرررسانی، موظف به حفظ حیات بیمار و پیشگیری از خطر (خودکشی) است. از آنجاکه بستری‌نشدن و درمان‌نکردن بیمار عواقب وخیمی را برای او به دنبال خواهد داشت، جلوگیری از ضرر به بیمار افسرده‌ای که اقدام به خودکشی کرده است، بر احترام به اختیار فردی او ترجیح دارد (۴)؛ زیرا درمان‌نشدن حیات بیمار را به خطر می‌اندازد؛ بنابراین پزشک می‌تواند به اجبار بیمار را درمان و بستری کند. در واقع بیمار به علت اقدام به خودکشی ظرفیت تصمیم‌گیری خویش را برای رضایت آگاهانه از دست داده است. پیروان مکتب آزادی‌خواهی^۱ اعتقاد دارند که هر فردی باید این حق را داشته باشد که به زندگی خود پایان دهد؛ ولی برخی دیگر در مقابل برای حق آزادی فردی استثنا قائل می‌شوند و می‌گویند زمانی که شخص، عقل انتقادی خود را از دست می‌دهد، (برای مثال در اقدام به خودکشی) حق آزادی فردی را از دست خواهد داد (۴).

1. Libertarian

- نیروی انسانی آموزش‌دیده و امکانات و تجهیزات لازم بر طبق ضوابط مصوبه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- بستری اجباری
- ماده‌ی ۱-۳) اشخاص زیر، با رعایت شرایط مندرج در موارد آتی این فصل، می‌توانند دستور بستری اجباری صادر نمایند:
- الف. روان‌پزشک یا پزشک آموزش‌دیده‌ی بهداشت روان بر طبق ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
- ب. مرجع قضایی تبصره. هیچ‌یک از اشخاص مذکور در این ماده نباید از وراثت بالقوه‌ی فرد باشند. دیگر موارد رد دادرسی به موجب سایر قوانین، در این ماده نیز لازم‌الاجراست.
- ماده‌ی ۲-۳) با اجتماع شرایط ذیل، دستور بستری توسط افراد مذکور در بند الف ماده‌ی ۱-۳ صادر می‌گردد: الف. شخصاً او را بلافاصله یا با فاصله‌ی کوتاهی قبل از تکمیل فرم بستری اجباری، معاینه کرده یا رفتارهای غیرعادی او را مشاهده نموده باشند؛ ب. «آشفته‌گی روانی» یا «بحران روانی» توسط پزشک تشخیص داده شده باشد؛ پ. راه مناسب دیگری برای درمان شخص وجود نداشته باشد.
- ماده‌ی ۳-۳) در صورت ممانعت شخص ثالث یا عدم همکاری فرد برای بستری اجباری، به درخواست پزشک، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور و در صورت لزوم، نیروی انتظامی موظف به همکاری در این زمینه هستند.
- ماده‌ی ۴-۳) در هر یک از موارد ذیل نیروی انتظامی موظف به همکاری برای بستری اجباری فرد است: الف. مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور موفق به کنترل بیمار نشود؛ ب. به تشخیص و تقاضای پزشک این دخالت ضروری باشد. تبصره. نیروی انتظامی موظف است به درخواست پزشک فقط در حد ضروری و نیز تا حدی که موجب صدمه به فرد نشود دخالت نماید.
- ماده‌ی ۶-۳) صدور دستور بستری اجباری توسط مرجع قضایی، با جلب نظر پزشک قانونی انجام می‌گیرد. مرجع قضایی باید در دستور بستری مشخص نماید که فرد در صورت ترخیص به چه شخص یا مرجعی تحویل داده شود.
- ماده‌ی ۷-۳) در مواردی که شواهدی وجود دارد که حاکمی از ضرورت ارزیابی برای بستری اجباری است، ولی فرد از حضور در محل مرجع قضایی استنکاف می‌ورزد یا قادر به حضور در آن مکان نیست، مرجع یادشده نسبت به صدور دستور به پزشکی قانونی جهت اعزام پزشک برای معاینه‌ی فرد در محل، به همراه نیروی انتظامی اقدام می‌نماید. در صورت لزوم، پزشک مذکور پس از معاینه، دستور بستری اجباری وی را می‌دهد و فرد بلافاصله به بیمارستان منتقل می‌گردد. پزشک موظف است نتیجه‌ی اقدامات را فوراً به اطلاع مرجع قضایی برساند.
- ماده‌ی ۸-۳) اشخاص زیر می‌توانند درخواست بستری اجباری فرد را به اشخاص مذکور در ماده‌ی ۱-۳ و تحت شرایط مندرج در مواد ۸-۳ تا ۱۰-۳ تقدیم نمایند: نیروی انتظامی؛ هر یک از سرپرستان قانونی، کسانی که با فرد در یک محل سکنی دارند

یا همکارند و بستگان نزدیک وی؛ سایر پزشکان و کارکنان آموزش‌دیده‌ی بهداشت روان.

ماده‌ی ۹-۳) نیروی انتظامی موظف است فردی را که در حال اقدام به خودکشی یا رساندن آسیب جدی به خود باشد توقیف کرده، به کلانتری انتقال دهد تا رئیس کلانتری یا جانشین وی پس از تکمیل برگه‌ی مخصوص، فرد را به نزدیک‌ترین بیمارستان منتقل نماید.

ماده‌ی ۱۰-۳) هر یک از سرپرستان قانونی، کسانی که با افراد در یک محل سکنی دارند یا همکار هستند و بستگان نزدیک وی می‌توانند فرد را به بیمارستان منتقل و بستری اجباری وی را درخواست نمایند. همچنین می‌توانند از مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی یا نیروی انتظامی برای انتقال فرد به بیمارستان درخواست کمک کنند. نیروی انتظامی در صورت وجود شرایط مندرج در ماده‌ی ۸-۳ فرد را با درخواست انتقال فوق‌الذکر همراه با برگه‌ی مخصوص، مستقیماً به بیمارستان منتقل می‌کند.

ماده‌ی ۱۱-۳) پزشکان و کارکنان آموزش‌دیده‌ی بهداشت روان شاغل در محل سکونت فرد در صورت تشخیص لزوم بستری اجباری باید درخواست کتبی مربوطه را به بیمارستان یا نیروی انتظامی ارائه نمایند. در این صورت نیروی انتظامی طبق شرایط مندرج در ماده‌ی ۹-۳ اقدام می‌کند.

ماده‌ی ۱۲-۳) برای بستری اجباری، پس از انتقال فرد به بیمارستان، وی باید توسط پزشک مقیم بیمارستان در حداقل زمان ممکن در همان شیفت کاری معاینه شود. اگر در معاینه، آشفتگی روانی یا بحران روانی تشخیص داده نشود، فرد

بلافاصله ترخیص می‌گردد؛ اما اگر آشفتگی روانی یا بحران روانی تشخیص داده شود، فرد به‌طور موقت بستری می‌شود و ظرف حداکثر ۲۴ ساعت از زمان پذیرش باید توسط پزشک دوم معاینه شود. تبصره‌ی ۱. پزشک دوم باید روان‌پزشک و در صورت عدم دسترسی به روان‌پزشک، پزشک آموزش‌دیده‌ی بهداشت روان باشد.

تبصره‌ی ۲. معاینه‌ها باید به‌طور جداگانه صورت گیرد و نمی‌تواند به‌طور هم‌زمان انجام شود. تبصره‌ی ۳. در صورتی که ارجاع‌دهنده‌ی فرد به بیمارستان، روان‌پزشک یا پزشک آموزش‌دیده‌ی بهداشت روان یا پزشک قانونی یا مرجع قضائی باشد، پزشک مقیم بیمارستان به‌عنوان پزشک دوم محسوب خواهد شد.

ماده‌ی ۱۳-۳) در صورتی که پزشک دوم تشخیص دهد که فرد دچار آشفتگی روانی یا بحران روانی نیست، حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از زمان پذیرش، فرد باید توسط پزشک سوم که باید روان‌پزشک باشد معاینه شود. نظر پزشک سوم قطعی و لازم‌الرعایت است.

ماده‌ی ۱۴-۳) در صورتی که پس از طی مراحل مذکور در مواد ۱۱-۳ و ۱۲-۳ بحران روانی تشخیص داده شد، فرد باید بستری شود. مدت این بستری حداکثر پنج روز است. این پنج روز از اولین معاینه‌ی پزشک مقیم بیمارستان آغاز می‌شود.

ماده‌ی ۱۵-۳) در صورتی که بعد از طی مراحل مذکور در مواد ۱۱-۳ و ۱۲-۳ آشفتگی روانی تشخیص داده شده، فرد باید بستری شود و در اسرع وقت، مراتب به مراجع قضایی اطلاع داده شود.

ماده‌ی ۱۶-۳) در صورت لزوم، جابه‌جایی فرد

تحت ارزیابی یا معاینه، بین بیمارستان‌ها یا بخش‌ها بلامانع است.

ماده‌ی ۱۷-۳) پس از بستری اجباری فرد اقدامات ذیل باید اجرا شوند:

الف. فرد باید حداقل هر ۲۴ ساعت یک‌بار توسط روان‌پزشک معاینه شود و در صورتی که روان‌پزشک تشخیص دهد که فرد دیگر دچار بحران یا آشفتنگی روانی نیست و از حمایت کافی برای بازگشت به جامعه برخوردار است، باید بلافاصله وی را ترخیص کند؛

ب. در صورت بستری اجباری فرد برای دوره‌های متوالی یا متناوب، باید تمامی معاینات و تشریفات مذکور در این قانون برای هر دوره تکرار شود.

تبصره. در صورت لزوم و با موافقت فرد، ادامه‌ی بستری وی به صورت اختیاری بلامانع است.

ماده‌ی ۱۸-۳) در مورد ماده‌ی ۱۴-۳ پزشک قانونی می‌تواند بر حسب شرایط فرد، هر یک از تصمیمات ذیل را اتخاذ نماید: ترخیص فرد با همراهی سرپرست قانونی و در صورت نبود وی، یکی از بستگان فرد؛ ترخیص فرد و صدور دستور درمان اجباری جامعه‌نگر؛ صدور دستور بستری اجباری کوتاه‌مدت.

ماده‌ی ۱۹-۳) فرد، سرپرست قانونی و در صورت نبود سرپرست قانونی، بستگان یا آشنایان فرد حق دارند، در صورت تأیید ادامه‌ی بستری اجباری توسط پزشک قانونی، از روان‌پزشک معتمد بیمارستان ترخیص فرد را تقاضا نمایند. در صورت مخالفت روان‌پزشک معتمد بیمارستان با این درخواست، ادامه‌ی بستری فرد قطعی است.

در صورتی که روان‌پزشک معتمد با درخواست لغو

بستری اجباری موافقت کند، موضوع برای اخذ تصمیم قطعی در مورد تأیید یا لغو دستور بستری اجباری یا صدور دستور درمان اجباری جامعه‌نگر (موضوع فصل چهارم همین قانون) به کمیسیون پزشکی بیمارستان ارجاع شود.

ماده‌ی ۲۰-۳) در صورتی که در پایان مدت بستری اجباری کوتاه‌مدت، پزشک معالج بستری اجباری بلندمدت را لازم بداند، مجوز کمیسیون پزشکی بیمارستان لازم است. در صورت تجویز بستری اجباری بلندمدت، تمدید آن نیز بر عهده‌ی همین کمیسیون است.

ماده‌ی ۲۱-۳) پس از پذیرش فرد در بیمارستان، باید کلیه‌ی حقوق وی و تکالیف کادر درمانی در قبال او که در این قانون مندرج است در کوتاه‌ترین زمان ممکن و به صورتی که برایش قابل فهم باشد کتباً به وی اعلام گردد. اگر فرد در زمان پذیرش به دلیل شرایط خود، توانایی درک توضیحات مذکور را نداشته باشد، حقوق وی باید حداکثر تا ۲۴ ساعت قبل از معاینه‌ی پزشک قانونی به او و سرپرست قانونی‌اش و در صورت عدم حضور وی به بستگان یا آشنایان وی اطلاع داده شود.

ماده‌ی ۲۲-۳) ترخیص فردی که به دستور مرجع قضایی بستری اجباری شده است، اما اکنون ملاک بستری اجباری را ندارد، باید با اطلاع مقام قضایی باشد و به شخص یا مرجع مشخص شده طبق ماده‌ی ۵-۳ تحویل داده شود. در صورتی که شخصی برای تحویل فرد از سوی مرجع قضایی معین نشده باشد، فرد پس از ترخیص به سرپرست قانونی‌اش تحویل داده می‌شود.

مهار حرکتی و جداسازی

تبصره‌ی ۳. مهار حرکتی یا جداسازی برای تنبیه فرد یا به علت کمبود امکانات یا کارکنان ممنوع است.

ماده‌ی ۴-۶ در استفاده از مهار حرکتی یا جداسازی رعایت موارد زیر ضروری است: الف. در اولین فرصت ممکن باید علت اعمال این اقدامات را به فرد توضیح داد؛ ب. بلافاصله پس از آرامش فرد و توانایی کنترل بر خود، باید این اقدامات پایان پذیرند.

منابع

1. Mousavi Nasab, Seyed Masoud & Aliasghar Panahi Matin. (1993). Forensic Psychiatry. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences.
۲. پورضرغامی، مهران و همکاران. (۲۰۰۷). «بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد روان‌پزشکان در مورد بستری اجباری بیماران روانی و قوانین آن در سال ۱۳۸۵ در ایران». مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره‌ی ۱۷، ش ۶۱، صص ۱۴۸ تا ۱۶۰.
3. Sjöstrand, Manne & et al. (2015). "Ethical Deliberations about Involuntary Treatment: Interviews with Swedish Psychiatrists". BMC Medical Ethics, 16 (1), P. 37.
4. Larjani, Bagher. (2013). Physician and Ethical Considerations. Tehran: Baray Farda, P. 552.
5. Pathare, Soumitra & Melvyn Freeman. (2005). WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. World Health Organization.
6. Sadok, J & et al. (2015). Summary Kaplan Psychiatry Behavioral Sciences: Clinical Psychiatry. Tehran: Arjmand, P. 165-172.
7. Aramesh, Kiarash. (2009). "Research projects drafting of the Mental Health Act", In: Tehran: Medical Ethics and History of Medicine Research Center.
8. Iranian Psychiatrists Association. (2015). "Charter of Professional Ethics of Psychiatry in Iran". Tehran: Iranian Psychiatrists Association, P. 24.
9. Jahangir, Mansour. (2016). Islamic panel Code of Iran. Tehran: Didar.
۱۰. عباسی، مهرنوش و همکاران. (۲۰۱۰). «نگرش

ماده‌ی ۱-۶) صدور و تمدید دستور مهار حرکتی یا جداسازی فقط بر عهده‌ی روان‌پزشک معالج فرد یا پزشک مقیم است. کارکنان آموزش دیده نیز می‌توانند صرفاً در موارد اورژانس اقدام به مهار حرکتی یا جداسازی کنند. در این صورت باید این اقدام را بلافاصله به روان‌پزشک معالج یا پزشک مقیم اطلاع دهند. روان‌پزشک معالج یا پزشک مقیم موظف است بلافاصله فرد را معاینه کند و نظر خود را کتباً اعلام نماید.

تبصره. مهار حرکتی یا جداسازی را می‌توان با درخواست فرد و تأیید روان‌پزشک معالج یا پزشک مقیم نیز انجام داد.

ماده‌ی ۲-۶) مهار حرکتی یا جداسازی صرفاً باید در بیمارستان یا مرکز توانبخشی بیماران مزمن روانی به انجام برسد.

ماده‌ی ۳-۶) مهار حرکتی یا جداسازی منحصرأً برای هر یک از مقاصد ذیل انجام گیرد: الف. پیشگیری از رفتار آسیب‌زننده‌ی قریب‌الوقوع فرد به خود یا دیگران یا متوقف کردن این رفتار؛ ب. متوقف کردن اختلال فرد در برنامه‌ی درمانی خودش یا سایر بیماران؛ پ. متوقف کردن تخریب اموال توسط فرد؛ ت. کمک به درمان فرد به‌عنوان بخشی از برنامه‌ی «رفتار درمانی»؛ ث. کاهش تأثیر عوامل محیطی تحریک‌کننده‌ی فردی.

تبصره‌ی ۱. مهار حرکتی یا جداسازی تنها در صورتی اعمال می‌گردد که اقدامات دیگری که آزادی فرد را کمتر محدود می‌کنند اثربخش یا قابل اجرا نباشند.

تبصره‌ی ۲. درمورد بندهای ت و ث صرفاً می‌توان از جداسازی استفاده نمود.

- پزشکان، پرستاران و بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب روان‌پزشکی شهر تهران در مورد حقوق بیماران روانی». مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره‌ی ۱۶، ش ۳، صص ۱۷۲ تا ۱۸۰.
۱۱. یداللهی، زهرا و همکاران. (۲۰۰۴). «دیدگاه‌های روان‌پزشکان شهر تهران درباره‌ی قوانین بهداشت روان در ایران». مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره‌ی ۱۰، ش ۱ و ۲، صص ۴۴ تا ۴۹.

فصل هفدهم

ملاحظات اخلاقی در درمان‌های کمک‌باروری

دکتر رضا عمانی سامانی، حجت‌الاسلام دکتر محمد رضا رضایا معلم

۱. مقدمه

یا ننگ^۱ است و فشار عاطفی و روانی دارد (۵) و حتی در برخی اخبار از آن به عنوان سومین عامل طلاق نام برده شده است (۶)، درمان این بیماری بسیار مهم و ضروری به نظر می‌رسد. علل آن معمولاً چهار درصد از جانب زن، چهار درصد از جانب مرد، ده درصد از طرف هر دو است؛ البته در ده درصد نمونه‌ها نیز هیچ علت مشخصی یافت نمی‌شود که به آن «ناباروری غیرقابل توضیح»^۲ می‌گویند. از آنجایی که در این روش‌ها، مسائل اخلاقی و حقوقی و مذهبی وجود دارد، در این نوشتار سعی شده پس از معرفی، این مسائل به صورت گروه‌بندی شده و ارائه شود.

۲. معرفی روش‌های پیشرفته‌ی کمک‌باروری

در برخورد با زوج نابارور، تمامی سعی پزشک در تصحیح اختلال موجود از طرق طبی و جراحی

پس از به دنیا آمدن اولین نوزاد حاصل از باروری آزمایشگاهی در سال ۱۹۷۸ (۱)، امید فرزندداشتن به میان زوج‌های نابارور آمد. تعریف ناباروری، شکست در فرزندآوری پس از یک سال نزدیکی منظم و بدون استفاده از وسایل جلوگیری است (۲) که در جهان در حدود نه درصد شیوع دارد؛ ولی در ایران آمار دقیقی از شیوع آن در دست نیست. وحیدی و همکاران طی پژوهشی در سال‌های ۸۳ و ۸۴، شیوع ناباروری اولیه را چهار درصد و شیوع برخورد با ناباروری در طول عمر را ۲۴/۹ درصد گزارش کرده‌اند (۳). این بدین معناست که یک چهارم زوج‌های ایرانی در طول عمر خود با ناباروری درگیر می‌شوند. حسینی و همکاران در پژوهشی که در سال ۸۹ و در چهار استان منتخب ایران انجام گرفته بود، شیوع ناباروری طول عمر را ۲۶ درصد گزارش داده‌اند (۴). از آنجایی که ناباروری دارای داغ

1. Stigma

2. Unexplained Infertility

تمامی مراحل (تحریک تخمک‌گذاری، تخمک‌گیری و تهیه‌ی اسپرم) همانند لقاح آزمایشگاهی صورت می‌گیرد؛ مگر قسمت لقاح آن، که از طریق تزریق یک اسپرم به داخل یک تخمک انجام می‌پذیرد. میزان ایجاد جنین در این روش بسیار بالاتر از IVF است و معمولاً برای ناباروری با عامل مردانه‌ی شدید تنها راه تلقی می‌شود.

د. انتقال جنین: پس از تشکیل جنین‌ها از میان آن‌ها، دو الی چهار جنین برحسب وضعیت رحم، سن مادر، سابقه‌ی شکست درمانی و کیفیت جنین، به رحم مادر انتقال داده می‌شود. دو هفته بعد از انتقال، آزمایش حاملگی داده می‌شود.

ه. انجماد جنین: جنین‌هایی که انتقال داده نمی‌شوند، منجمد شده و برای استفاده‌ی بعدی والدین آن نگهداری می‌شوند. طول مدت نگهداری از جنین‌های منجمد تعیین‌شدنی نیست؛ کما اینکه نوزادی از جنینی پس از بیست سال انجماد به دنیا آمده است (۷) و نیز در مقام مقایسه، جنین منجمد، مساوی و حتی بهتر از جنین تازه دانسته شده است (۸).

و. کمک‌باروری با به‌کارگیری شخص سوم^۴: در شرایطی که یکی یا هر دو زوج توانایی ایجاد سلول جنسی را ندارند، کمک‌باروری با به‌کارگیری شخص سوم انجام می‌شود؛ بدین‌شکل که شخصی به جز زوجین نابارور در روند فرزندآوری درگیر می‌شود که می‌تواند به‌صورت اهدای تخمک، اهدای اسپرم، اهدای جنین یا رحم جایگزین باشد. اهدای تخمک در مواقعی که زن امکان ایجاد تخمک ندارد انجام می‌شود. این کار اولین بار در سال ۱۹۸۴ گزارش شد (۹).

است. در صورت ناممکن بودن تصحیح عیب موجود و باروری از راه طبیعی، به‌ناچار باید از درمان‌های کمک‌باروری استفاده کرد. این درمان‌ها مانند تزریق داخل رحمی اسپرم می‌تواند از نوع غیرتهاجمی باشد یا مانند بقیه‌ی روش‌های پیشرفته‌ی کمک‌باروری که به دریافت بیهوشی و پانکچر تخمدان نیاز دارد، تهاجمی باشد.

الف. تزریق داخل رحمی اسپرم^۱: این روش بیشتر برای ناباروری غیرقابل توضیح و/یا با علت مردانه‌ی خفیف کاربرد دارد. در این روش اسپرم شوهر گرفته شده و پس از شست‌وشو و جداسازی اسپرم‌های زنده، در زمان تخمک‌گذاری به رحم همسرش تزریق می‌شود.

ب. باروری آزمایشگاهی^۲: در این روش که به IVF معروف است لقاح در آزمایشگاه صورت می‌گیرد و جنین پس از تشکیل به رحم مادر انتقال داده می‌شود. از آنجایی که زن در هر سیکل باروری معمولاً یک تخمک آزاد می‌کند و برای بالابردن شانس حاملگی به تعداد زیاد جنین نیاز است، ابتدا زن را تحت تحریک تخمک‌گذاری با داروهای هورمونی قرار داده و زیر بیهوشی تخمک‌های او برداشت و به آزمایشگاه فرستاده می‌شود. از طرف دیگر، اسپرم از شوهر او تهیه و شسته می‌شود. اسپرم و تخمک در محیط آزمایشگاه مخلوط شده و در انکوباتور دمای بدن نگهداری می‌شود و پس از ۴۸ الی ۷۲ ساعت، جنین‌های چهار تا هشت سلولی آماده‌ی انتقال به رحم مادر است.

ج. تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم^۳: در این روش

1. Intra Uterine Insemination (IUI)

2. In-Vitro Fertilization (IVF)

3. Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI)

4. Third Party Assisted Reproduction

۳. چالش‌های اخلاقی

تولید مثل جزء خصوصی‌ترین وجوه زندگی انسان است که با نسل بعدی در ارتباط است. حضور دو پایه‌ی اصلی مسائل جنسی و نیز تولید نسل چالش‌های مذهبی و حقوقی و اخلاقی را به میان این درمان‌ها می‌آورد. این چالش‌ها، از پذیرش بیماران نابارور تا مشروعیت این درمان‌ها گسترش دارد. در بسیاری از مواقع، نمی‌توان یک رأی قطعی صادر کرد؛ اما می‌توان چالش‌ها را به میان آورده و رأی را که بیشتر طرفدار دارد، ارائه کرد.

۳-۱. پذیرش بیماران

زوجین نابارور بسیاری به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند؛ سؤال این است که آیا تمامی این زوج‌ها را باید پذیرفت یا می‌توان برای پذیرش زوج‌های نابارور شرایطی قائل شد. پیش از پرداختن به موضوع باید دو موضوع اساسی را مطرح کرد:

الف. آیا فرزندآوری یک حق است؟

ب. آیا بهزیوی^۲ و رفاه کودک مسئولیت پزشک معالج است؟

۳-۱-۱. حق باروری

برخی معتقدند که فرزندآوری یک حق است (۱۲) و برخی با این عقیده مخالف‌اند (۱۳). به نظر می‌رسد اشخاصی که فرزندآوری را حق می‌دانند آن را از جنس حق منفی قرار می‌دهند (۱۴). حق منفی حقی است که در مقابل آن تکلیفی وجود ندارد و تنها نمی‌توان این حق را از افراد گرفت. از این نوع حق با نام حق آزادی نیز یاد شده است (۱۴ و ۱۵).

ز. در این روش اهداکننده تحت تحریک تخمک‌گذاری قرار گرفته و تخمک‌ها از او گرفته می‌شود، اما با اسپرم زوج نابارور مخلوط شده و جنین حاصل به رحم زوج‌هی نابارور انتقال می‌یابد؛ بنابراین، اهدای تخمک فرزند حاصل از لحاظ ژنتیکی، به خانمی اهداکننده وابسته است؛ ولی در رحم زوج‌هی نابارور پرورش یافته و زوجین نابارور فرزند را بزرگ خواهند کرد. اما اهدای جنین یعنی انتقال جنین‌های زوجی به زوج نابارور دیگر برای ایجاد حاملگی (۱۰) است که اولین بار در سال ۱۹۸۳ در استرالیا انجام شده است (۱۱). در این حالت فرزند از نظر ژنتیکی به زوجین اهداکننده وابسته است و زوج گیرنده، حاملگی و زایمان و نگهداری از فرزند را عهده‌دار هستند. در اهدای اسپرم که حدوداً از صد سال پیش رواج پیدا کرده است، اسپرم از مرد دیگری (معمولاً از بانک اسپرم) گرفته می‌شود. در رحم جایگزین، حاملگی و زایمان را زنی غیر از زوج‌هی نابارور به عهده می‌گیرد و پس از زایمان فرزند را تحویل می‌دهد.

ح. تشخیص ژنتیکی پیش از لانه‌گزینی جنین^۱: وقتی که جنین حدود هشت سلول دارد این امکان وجود دارد که یکی از سلول‌ها جدا شده و بقیه‌ی جنین زنده نگه داشته شود. آزمایش‌های ژنتیکی یا کروموزومی بر تک‌سلول گرفته‌شده انجام شده و براساس آن درباره‌ی سرنوشت جنین تصمیم گرفته می‌شود. از آنجایی که تشخیص کروموزوم X و Y نیز ممکن است، تعیین جنسیت جنین امکان‌پذیر است و متعاقب آن امکان انتخاب جنسیت وجود دارد.

۲. برای کلمه‌ی Welfare ترجمه‌هایی مثل رفاه، آسایش، آسودگی و زندگی بهتر ارائه شده است؛ ولی هیچ‌کدام دربرگیرنده‌ی معنی آن نیست. کلمه‌ی بهزیوی توسط دکتر زنتاب پیشنهاد شده که داشتن یک زندگی خوب را بیان می‌کند که تقریباً به‌تمامی Welfare را توضیح می‌دهد. تنها اشکال این کلمه مصطلح نبودن آن است.

1. Preimplantation Genetic Diagnosis

این مطلب پذیرش عمومی دارد که هر حقی که وجود دارد در کنار آن شرایطی برای درخواست آن حق نیز تعیین شده است که این شرایط معمولاً براساس مصلحت و توسط جامعه تعیین می‌شود؛ برای مثال، مالکیت خانه حق شناخته شده است اما برای مالکیت خانه فرد باید سفیه یا مجنون نباشد و هجده سال تمام داشته باشد. با اینکه در رابطه با حق بودن تولید مثل اجماع وجود ندارد، طرفداران حق بودن آن بیشتر است و اکثر آن‌ها این حق را از نوع حق منفی می‌دانند.

۲-۱-۲. بهزیوی^۱ کودک

رفاه، آسایش، بهزیستی یا بهتر از همه بهزیوی کودک، مطلبی است که همیشه بحث‌برانگیز بوده است (۱۶ و ۱۷). مسأله‌ی چالش‌برانگیز اول آن است

که برای فردی که هنوز به وجود نیامده آیا می‌توان حقوقی در نظر گرفت یا خیر؟ دوم اینکه مسئولیت در نظر گرفتن بهزیوی یا رفاه فرد به وجود نیامده آیا با

پزشک است یا خیر؟ در نهایت اینکه چگونه می‌توان بهزیوی کودک را تخمین زد؟ (۱۸) بزرگ‌ترین بحث

مخالف در مقابل رعایت بهزیوی کودک «آزادی تولید مثل»^۲ است. آزادی یا اختیار در تولید مثل بدین معنی است که آزادی و حریم شخصی فرد باید در مسائل مربوط به تولید مثل محترم شمرده شود.

تمامی تصمیم‌گیری‌ها در این زمینه تنها به خود افراد نابارور منحصر شده است؛ مانند افراد بارور که بدون رعایت هیچ مصلحت مملکتی یا قانون

خاصی فرزندآوری می‌کنند. در مقابل این نظر گفته می‌شود که دخالت پزشک صرفاً منحصر به افراد

نابارور است و بدون این دخالت، فرزندى به وجود نمی‌آید؛ بنابراین، این دخالت برای او مسئولیتی در مقابل فرزند حاصل می‌آورد. همچنین، گفته شده که پزشک باید در فعالیت خود نتیجه‌ی عمل را که به دنیا آمدن یک انسان است، در نظر داشته باشد و به آن انسانی که به دنیا می‌آید به اندازه‌ی زوج نابارور اهمیت بدهد. هرگز نباید فراموش کرد که نپذیرفتن یک زوج برای درمان ناباروری چه آثار روانی منفی روی آن‌ها دارد (۱۹). دو دیدگاه حداقلی و حداکثری برای معیارهای والدین تصویر شده است که در دیدگاه حداقلی، حداقل معیارهایی دیده می‌شود که فرزند نیاز دارد و در دیدگاه حداکثری، یک زندگی نسبتاً ایده‌آل برای فرزند در نظر گرفته می‌شود (۱۸).

حال با دو معیار حق تولید مثل و بهزیوی کودک، می‌توان درباره‌ی معیارهای پذیرش بیماران برای ارائه‌ی خدمات کمک‌باروری صحبت کرد:

الف. ازدواج و زوجیت: مسأله‌ی استحکام خانواده و پذیرش زوج‌های شرعی و قانونی هم‌اکنون سرلوحه‌ی کار مراکز درمانی ناباروری قرار دارد. تقریباً در همه‌ی مراکز درمانی ناباروری، فقط زوج‌های شرعی و قانونی با عقد دائم پذیرفته می‌شوند؛ اما از آنجایی که عقد موقت از نظر شرع مقدس پذیرفته است و مدارک قانونی نیز برای آن صادر می‌شود، مراجعان زیادی از این دست وجود دارند و قانونی برای نپذیرفتن این افراد وجود ندارد. در دنیا نیز هجوم افراد مجرد برای برخورداری از این خدمات وجود دارد (۲۰). بسیاری از کشورها، برای پذیرش افراد مجرد منعی ندارند و حتی انجمن‌های بین‌المللی برای پذیرش این افراد دستورالعمل‌هایی

1. Welfare of Child

2. Reproductive Autonomy

است: یکی سلامت حاملگی و دیگری بهزیوی کودک (۲۵). ثابت شده است که عوارض بارداری و زایمان در سنین بالاتر شایع‌تر و نیز شیوع بیماری‌ها در سنین بالا بیشتر است (۲۶). از طرف دیگر، فرزندی که مادرش سنی در حد مادر بزرگ دارد، به علت توان کمتر مادر، احتمال بیماری و ناتوانی و امید به زندگی کمتر مادرش رفاه و آسایشی در حد نرم جامعه نخواهد داشت (۲۳). تخصیص منابع ملی برای فرزندآوری افراد مسن نیز جای سؤال دارد؛ زیرا موفقیت آن پایین و عوارض آن بسیار است (۲۷)؛ اما در حال حاضر دستورالعمل کشوری برای محدودیت سنی در پذیرش مراکز ناباروری وجود ندارد.

د. سلامت: رابطه‌ی سلامتی والدین با بهزیوی یا رفاه فرزند هرچند به نظر محرز است، اما اثبات این چنین رابطه‌ای بسیار مشکل است. اینکه سلامتی در والدین چگونه باشد تا ایشان را والدین «خوب» یا «مناسب» بدانیم، مطلبی است که به راحتی درباره‌ی آن نمی‌توان تصمیم‌گیری کرد (۲۸). درباره‌ی بیماری‌های واگیردار مثل ایدز بسیار بحث شده است و با در نظر گرفتن امکان داشتن فرزند سالم، در شرایط ابتلای تنها پدر به HIV از طریق شست‌وشوی اسپرم، پذیرش این بیماران منطقی به نظر می‌رسد (۲۹)؛ البته در صورت ابتلای پدر و مادر، راه‌های دیگری مثل اهدای جنین و فرزندخواندگی موجود است که متأسفانه بر سر راه آن موانع قانونی وجود دارد (۳۰). بیماری‌های مزمن و معلولیت‌ها، به عنوان معیار نپذیرفتن زوجها، در دیدگاه حداکثری بهزیوی فرزند دیده می‌شود (۱۸)؛ اما حداقل بهره‌ی هوشی، بیماری‌های خطرناک روانی، سوءمصرف دارویی و اعتیاد و

تدوین کرده‌اند (۲۱). هرچند مادر مجرد در ایران پذیرفته است و براساس دستورالعمل سازمان ثبت احوال برای فرزند زنی که زایمان کرده ولی پدر بچه مشخص نیست، شناسنامه به نام مادر صادر می‌شود، مراکز ناباروری فرد مجرد را نمی‌پذیرند. به نظر می‌رسد در هر دوی این برخوردها، بهزیوی کودک مدنظر است؛ چه فرزند به دنیا آمده که نیاز به شناسنامه و حقوق اجتماعی دارد و چه فرزند به وجود نیامده که به خانواده‌ی مستحکم نیاز دارد.

ب. ناهنجاری‌های جنسی: از آنجایی که همجنس‌گرایی در ایران جرم است^۱ به آن نمی‌پردازیم؛ اما مسأله‌ی روز دنیا است (۲۲)؛ اما موضوع در رابطه با تغییر جنسیت متفاوت است. اولین فتوا درباره‌ی تغییر جنسیت را امام خمینی (ره) در سال ۱۳۶۱ صادر کردند و پس از آن افراد توانستند به طور رسمی برای تغییر جنسیت مراجعه کنند. هم‌اکنون سالانه بیش از صد عمل جراحی تغییر جنسیت در ایران انجام می‌گیرد و پس از آن شخص می‌تواند تمامی مدارک خود را با نام و هویت جدید تغییر دهد. به نظر می‌رسد از آنجایی که ایشان می‌توانند کاملاً قانونی ازدواج کنند، منعی برای پذیرش ایشان و ارائه‌ی خدمات باروری وجود ندارد.

ج. سن: مسأله‌ی روش‌های کمک‌باروری در سن بالا بسیار مطرح است؛ زیرا با به عرصه آمدن باروری آزمایشگاهی به خصوص با اضافه شدن روش‌های اهدا، محدودیت سنی باروری برای زنان از بین رفته است (۲۳) و حتی زایمان زن هفتادساله نیز گزارش شده است (۲۴)؛ اما آیا در هر سنی مراجع را باید پذیرفت؟ این مسأله در دنیا از دو جنبه بررسی شده

۱. قانون مجازات اسلامی، ماده‌ی ۲۳۴ و ۲۳۹.

سوابق جرمی و جنایی مانند کودک‌آزاری، قتل و... به نظر جزء معیارهای حداقلی می‌آید.

۳-۲. مشاوره، رضایت و ارائه‌ی آمار

مشاوره، اولین برخورد بیمار با سیستم درمانی است. در مشاوره‌های اولیه است که اطلاعات لازم درباره‌ی بیماری و سیر درمان در اختیار بیمار قرار می‌گیرد و از او رضایت گرفته می‌شود. نکته‌ی مهم، ارائه‌ی اطلاعات کافی و درست و بدون جهت‌گیری است. باید درباره‌ی سیر بیماری، نوع درمان، انواع دیگر درمان، مسائل و مشکلات احتمالی، طول مدت و مخارج احتمالی و نیز میزان موفقیت و شکست درمانی اطلاعات داده شود. مسأله‌ی مهم، ارائه‌ی آماری میزان موفقیت است که در صورتی که دقت نشود کاملاً ممکن است بیمار را به اشتباه بیندازد؛ به‌عنوان مثال، کافی است که مرکزی آمار خود را منحصرراً در زنان زیر ۳۵ سال ارائه کند، در این صورت، موفقیت آمار چندین برابر است و بیمار معمولاً به لفظ زیر ۳۵ سال چندان دقت نمی‌کند. موفقیت را می‌توان به ازای انتقال جنین، تخمک‌گیری، هر بیمار و... ارائه کرد؛ البته در حال حاضر توصیه می‌شود مراکز آمارشان را به ازای انتقال جنین^۱ ارائه کنند که هم اخلاقی باشد و هم بیمار به اشتباه نیفتد. هر ساله انجمن اروپایی و آمریکایی آمار را به‌صورت مقاله‌هایی ارائه می‌کنند (۳۱ تا ۳۳)؛ همچنین، آنان محدودیت پذیرش و ارائه‌ی آمار، براساس سن زیر ۳۵ یا ۳۷ را اخلاقی نمی‌دانند.

۳-۳. معاینات و اجرای درمان

از آنجاکه معاینات و درمان ناباروری وارد

خصوصی‌ترین ابعاد زندگی می‌شود، رعایت اصول اخلاقی در این درمان ضروری است. توصیه می‌شود حتی‌المقدور درمانگر و پرستار همجنس برای بیماران قرار داده شود و اگر امکان‌پذیر نیست قبل از معاینه و درمان، مراتب به بیمار توضیح داده شود و رضایت او جلب شود. از نظر شرعی نیز نگاه و لمس در حد ضرورت پذیرفته شده است. همچنین، توصیه می‌شود در هنگام معاینه، غیر از پزشک و بیمار حتماً کس دیگری مثل همراه بیمار یا یک پرستار حضور داشته باشد؛ اما این مطلب در هنگام گرفتن شرح حال توصیه نمی‌شود، به این دلیل که راز بیمار باید محفوظ بماند. به نظر می‌رسد که درمان کمک‌باروری تنها درمانی است که باید از هر دو (زوج و زوجه) رضایت آگاهانه‌ی آن گرفته شود و حد رازداری نیز در حد زوجین حفظ شود (۳۴). علت این امر شراکت دو نفر در امر فرزندآوری بوده و آگاهی از علل و روند درمانی چون بین دو نفر مشترک است حق هر دو نفر است. اطلاع‌رسانی در این باره، باید در ابتدای مراجعه‌ی زوجین انجام شود تا از سوی هر یک از طرفین، درباره‌ی رازپوشی از طرف مقابل مطالباتی صورت نگیرد.

۳-۴. انجماد گامت و جنین

درمان ناباروری مستلزم تولید تعداد زیاد جنین برای هر زوج است (۱۰) و از این تعداد معمولاً بین یک و حداکثر چهار جنین منتقل می‌شود (۳۵)؛ بنابراین، انجماد و نگهداری جنین‌های اضافی امری اجتناب‌ناپذیر است. این جنین‌ها را می‌توان تا مدت نامحدودی نگهداری کرد؛ اما نگهداری این جنین‌ها هزینه‌بر است و به صرف امکانات و منابع نیاز دارد.

1. Per Transfer

استفاده در پژوهش یا آموزش پزشکی و دورریختن آن‌ها مطرح است. مسائلی هم ممکن است پیش بیاید که باید از قبل برای آن‌ها برنامه‌ریزی کرد. درباره‌ی مسائلی مثل اختلاف بین زوجین، پرداخت نکردن حق الزحمه، تقاضای تحویل جنین توسط زوجین، به ارث رسیدن جنین، فسخ قرارداد، طلاق و مرگ یکی از زوجین باید پیش‌بینی‌های لازم صورت بگیرد تا در صورت بروز، تصمیم‌گیری صحیح انجام شود (۴۰). انجام گامت معمولاً وقتی درخواست می‌شود که بیمار معمولاً به دلیل ابتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی و رادیوتراپی قرار می‌گیرد و احتمال از دست دادن قدرت باروری او وجود دارد (۴۱). انجام اسپرم سال‌های سال است که انجام می‌شده، اما انجام تخمک نسبتاً جدید است (۴۲). بسیاری از نکات انجام گامت و جنین شبیه به هم است؛ از این رو، تنظیم قراردادی دقیق را طلب می‌کند. اخیراً مراجعه‌ی زنان میان‌سال به مراکز ناباروری برای انجام تخمک افزایش یافته است؛ زیرا سن ازدواج بیشتر شده و با در نظر گرفتن خطرات ناهنجاری‌های کروموزومی در تخمک خانم‌های بالاتر از ۳۵ سال و کاهش قدرت باروری با افزایش سن، تمایل خانم‌ها به حفظ باروری به وجود آمده است که در بحث حفظ باروری به بحث گذاشته می‌شود (۴۳). مسئولیت مرکز درمانی در حفاظت از گامت‌ها و جنین‌های منجمد و امکان بروز بلایای طبیعی و حوادث، مسأله‌ی بیمه و جبران خسارت را به میان می‌آورد که در حال حاضر تعریف نشده است.

۳-۵. حفظ باروری

همان‌طور که گفته شد سن ازدواج در تمام دنیا

بنابراین، والدین جنین با عقد قراردادی، هزینه‌ی نگهداری را تقبل کرده و جنین‌ها را نگهداری می‌کنند تا اگر حاملگی رخ نداد در سیکل‌های بعدی درمان از آن‌ها استفاده کنند (۳۶).

مسائل اخلاقی از آنجا آغاز می‌شود که بدانیم جنین چیست؟ آیا مال است؟ برخی حقوق دانان جنین را مال می‌دانند؛ زیرا تمامی خصوصیات مال را داراست و برخی حقوق دانان آن را مال نمی‌دانند (۳۷). مالک جنین و/یا تصمیم‌گیرنده برای این جنین‌ها نیز جای سؤال دارد. عده‌ای از حقوق دانان پدر را صاحب اختیار جنین می‌دانند و عده‌ای مادر را؛ اما اکثر مراکز درمانی هر دو را صاحب اختیار جنین می‌دانند و قرارداد انجام جنین را با هر دو می‌بندند. طول مدت نگهداری از جنین نامعلوم است. ریگس^۱ و همکاران در پژوهشی روی ۱۱۷۶۸ جنین نشان دادند که طول مدت نگهداری از جنین تأثیری در کیفیت و قابلیت زنده‌مانی آن ندارد (۳۸). همان‌طور که قبلاً اشاره شد، در سال ۲۰۱۱ گزارش شده که جنینی پس از بیست سال نگهداری به حالت انجماد، منجر به تولد نوزاد زنده شده است (۷)؛ بنابراین، طول مدت نگهداری جنین منجمد محل قانونگذاری است و در حال حاضر هیچ قانونی در این رابطه وجود ندارد و هر یک از مراکز برای خود دستورالعملی دارند. شایع‌ترین زمان‌بندی این قرارداد پنج سال است که در اکثر کشورها و نیز بیشتر مراکز ملاک قرار داده می‌شود (۳۹).

در هنگام عقد قرارداد، باید والدین جنین سرنوشت آن را پس از فسخ یا اتمام قرارداد انجماد تعیین کنند که سه سرنوشت اهدای جنین به زوج نابارور،

1. Riggs

تخمک باکیفیت و تازه نیز میزان موفقیت درمان‌های کمک‌باروری زیاد نیست؛ بنابراین، در ابتدا باید تمامی احتمالات و میزان موفقیت و نیز خطرات داروها و درمان ناباروری، برای درخواست‌کننده‌ی این روش‌ها کاملاً توضیح داده شود.

۳-۶. باروری پس از مرگ

همان‌طور که گفته شد یکی از مسائلی که در انجماد ممکن است پیش آید مرگ یکی از زوجین با داشتن جنین منجمد است. در بسیاری از این‌گونه مواقع همسر که زنده است مراجعه می‌کند و تقاضای فرزنددارشدن با جنین باقی‌مانده را مطرح می‌کند (۴۷). ممکن است سناریوی مشابه با گامت منجمد اتفاق بیفتد. از طرف دیگر، امکان گرفتن اسپرم تا ۳۶ ساعت پس از مرگ و نیز امکان گرفتن گامت در حالت مرگ مغزی و وضعیت نباتی سناریوهای بفرنج‌تری ایجاد می‌کند (۴۸). از نظر شرعی، با فتوای رهبر معظم انقلاب که همه‌ی صور باروری را پس از مرگ جایز دانسته‌اند، مشکلی وجود ندارد. در سؤال ۱۲۷۷ جواب الاستفتائات پرسیده شده است: «آیا در صورت‌های زیر تلقیح زن با نطفه‌ی شوهرش که از دنیا رفته، جایز است؟

الف. بعد از وفات شوهر ولی قبل از انقضای عده؛
ب. بعد از وفات او و بعد از انقضای عده؛

ج. اگر آن زن بعد از فوت شوهرش با مرد دیگری ازدواج کند، آیا جایز است خود را با نطفه‌ی شوهر اولش تلقیح کند؟ و آیا در صورت فوت شوهر دوم، جایز است خود را با نطفه‌ی شوهر اولش بارور کند؟
جواب: این عمل فی‌نفسه اشکال ندارد و فرقی نمی‌کند که قبل از انقضای عده باشد یا بعد از آن و همچنین فرقی نیست بین اینکه ازدواج کرده باشد یا

افزایش یافته و حتی پس از ازدواج هم بسیاری از خانم‌ها به دلایل تحصیل یا شغل خاص، فرزندآوری خود را به تأخیر می‌اندازند (۴۴). از آنجایی که قدرت باروری با افزایش سن افت می‌کند و این افت در سنین بالاتر سریع‌تر رخ می‌دهد (۴۵) و از طرف دیگر خطر ناهنجاری‌های کروموزومی تخمک با بیشترشدن سن افزایش می‌یابد (۴۶)، دختران تمایل پیدا کرده‌اند تا توانایی باروری خود را از طریق نگهداری تخمک‌های منجمد تا سنین بالاتر حفظ کنند.

خود این عمل، از نظر اخلاقی صرفاً امکانی را برای زنان ایجاد می‌کند و به نظر ایرادی ندارد؛ اما توجه به دو نکته در این خصوص لازم است: الف. معمولاً زنان در سنین بالاتر که از ناباروری خود می‌ترسند به فکر این کار می‌افتند که متأسفانه در این سنین معمولاً نمی‌توان برای انجماد تخمک خوبی از ایشان به‌دست آورد؛ ب. برای اینکه خانم‌ها در سن مناسب (تا ۳۵ سالگی) به این عمل اقدام کنند، می‌توان در رابطه با این امکان اطلاع‌رسانی کرد. تبلیغات و اطلاع‌رسانی به نوبه‌ی خود ممکن است باعث تغییر رویه‌ی اجتماعی شود. در این باره ممکن است سن ازدواج و فرزندآوری باز هم بالاتر رود؛ زیرا دیگر دغدغه‌ی ازدست‌دادن باروری در سنین بالاتر از بین می‌رود (۴۴). از طرفی در ارائه‌ی اطلاعات باید دقت شود؛ زیرا ممکن است تعارض منافع مراکز درمانی باعث اطلاع‌رسانی نادرست شود؛ کما اینکه در برخی سایت‌های مراکز درمانی اصطلاحاتی مانند «باروری خود را بیمه کنید» یا «تأمین باروری» دیده می‌شود که به تمامی درست نیستند. انجماد تخمک به‌هیچ‌وجه ضامن ایجاد فرزند نیست. حتی با

گرگانی نیز استفاده‌ی جنین منجمد را پس از فوت جایز می‌دانند؛ اما از نظر اخلاقی به آن اشکال وارد می‌کنند.

از دیدگاه اخلاق، مسأله‌ی مهم به‌وجود آمدن فرزند بدون یکی از والدین است؛ زیرا احتمالاً فرزند بی‌پدر یا بی‌مادر نه‌تنها تحت داغ^۱ و ننگ اجتماعی قرار می‌گیرد، بلکه در جامعه‌ی ایرانی نمی‌توان زندگی کاملاً خوبی برای او پیش‌بینی کرد. همین موضوع در کشورهایی در کانون توجه جدی قرار گرفته است که حتی شرط ازدواج برای پذیرش بیمار نابارور نداشته و زنان مجرد را می‌پذیرند (۴۹).

مورد اخلاقی دیگر، مالکیت گامت پس از مرگ است که حتی به نظر با ارائه‌ی رضایت یا وصیت در زمان حیات حل‌شدنی نیست (۵۰)؛ در صورتی که در بسیاری از کشورها رضایت آگاهانه‌ی فرد در زمان زندگی، برای گرفتن گامت او برای باروری پس از مرگ کافی است (۵۱). در کنار رضایت آگاهانه، مسأله‌ی مشاوره‌ی جامع و کامل پیش از انجام و نیز دادن وقت کافی (بیش از یک‌سال) برای تصمیم‌گیری صحیح به درخواست‌کننده‌ی باروری پس از مرگ مطرح شده است (۴۰). از نظر حقوقی، باروری پس از مرگ جایگاهی در حقوق ایران ندارد و حتی اگر در صورت گذشت بیش از ده ماه از فوت پدر، فرزندى به دنیا بیاید نمی‌توان او را به پدر نسبت داد (نک: قانون مدنی ماده‌ی ۱۱۵۹)؛ در صورتی که جنین منجمد را می‌توان تا مدتی نامحدود نگهداری کرد. علت این امر احتمالاً این است که قانون به باروری طبیعی نظر داشته است و تاکنون قانون جامعی درباره‌ی باروری آزمایشگاهی تدوین نشده است.

خیر؛ در صورت ازدواج هم فرقی نمی‌کند که لقاح با نطفه‌ی شوهر اولش بعد از وفات شوهر دومش باشد یا در حال حیات او؛ ولی اگر شوهر دوم او زنده باشد باید این کار با اجازه و اذن او صورت بگیرد.»

البته برخی دیگر از مراجع ایده‌های متفاوتی دارند. دیدگاه حضرت آیت‌الله‌العظمی مکارم شیرازی، مبنی بر جایز نبودن تولید مثل پس از مرگ است و ایشان فرزند حاصل را فرزند فرد متوفی نمی‌دانند و بنابراین، حقوق والد-فرزندى را از جمله ارث برقرار نمی‌شمارند. حضرت آیت‌الله خامنه‌ای نیز علی‌رغم پذیرش تولید مثل پس از مرگ، ارث را با متوفی برقرار نمی‌دانند.

در سؤال ۱۲۷۴ کتاب جواب الاستفتائات پرسیده شده است: «اگر نطفه از شوهر گرفته شود و بعد از وفات او با تخمک همسرش لقاح شده و سپس به رحم او منتقل شود، اولاً آیا این عمل شرعاً جایز است؟ ثانیاً آیا کودکی که متولد می‌شود فرزند آن مرد است و از نظر شرعی به او ملحق می‌شود؟ و ثالثاً آیا فرزندى که به دنیا می‌آید از صاحب نطفه ارث می‌برد؟» که ایشان در پاسخ فرموده‌اند: «عمل مذکور فی‌نفسه اشکال ندارد و کودک به صاحب تخمک و رحم ملحق می‌شود و الحاق آن به صاحب نطفه هم بعید نیست ولی از او ارث نمی‌برد.» البته دیدگاه‌های مثبتی درباره‌ی استفاده از جنین منجمد نیز وجود دارد؛ برای مثال، حضرت آیت‌الله‌العظمی مظاهری استفاده‌ی جنین منجمد زوج را پس از فوت یکی از زوجین برای دیگری به شرط اجازه از وراثت صحیح می‌دانند و در طی زمان یا خارج از عده‌ی وفات‌بودن را در این عمل مؤثر نمی‌شمارند. حضرت آیت‌الله‌العظمی علوی

1. Stigma

۳-۷. تشخیص و غربالگری پیش از لانه‌گزینی^۱ جنین

بنابر مطالب پیش گفته، این امکان وجود دارد که در مرحله‌ی جنین چندسلولی، یک سلول آن را جدا کرد (Embryo Biopsy) و بقیه‌ی جنین را زنده نگهداری کرد. آن سلول به آزمایشگاه برده می‌شود و با روش‌هایی کروموزوم‌ها و ژن‌های آن را بررسی و آزمایش می‌کنند؛ سپس درباره‌ی انتقال جنین مذکور براساس نتیجه‌ی آزمایش تصمیم‌گیری می‌شود. اگر جنین‌ها با این روش مورد غربالگری قرار گیرند به آن Pre-Implantation Genetic Screening یا به اختصار (PGS) و اگر به قصد آزمایش یک بیماری یا ناهنجاری خاص و تشخیص آن آزمایش انجام شود به آن Pre-Implantation Genetic Diagnosis یا به اختصار (PGD) گفته می‌شود. ساده‌ترین آزمایش انجام‌شدنی روی سلول به‌دست‌آمده روش Fluorescence In Situ Hybridization یا به اختصار (FISH) است (۵۲).

در این روش کروموزوم‌های مورد نظر با استفاده از پروب‌های مخصوص آن کروموزوم‌ها پدیدار شده و در صورت وجود ناهنجاری کروموزومی مشخص می‌شود. از آنجاکه در تکنیک FISH تنها چند کروموزوم را می‌توان بررسی کرد و نیز انجام PGS و PGD میزان تولد زنده را در باروری آزمایشگاهی به‌طور چشمگیری کاهش می‌دهد (۵۳)، استفاده از این روش برای غربالگری توصیه نمی‌شود؛ اما برای تشخیص ناهنجاری کروموزوم خاص هنوز جایگاه دارد. روش‌های پیشرفته‌ی دیگر مثل Macro Array و نیز Whole Genome Sequencing وجود دارند که متأسفانه در ایران به‌آسانی در دسترس نیستند.

علاوه‌براین، تفسیر نتایج این روش‌ها بسیار پیچیده است و به تجهیزات پیچیده و افراد باتجربه نیاز دارد و در بسیاری از موارد تفسیر نتایج حتی امکان‌پذیر نیست. کارایی این روش‌ها هرچند ثابت شده است، به دلیل گرانی و دیگر ضعف‌های این روش‌ها، هنوز به‌طور قطع نمی‌توان آن‌ها را برای غربالگری توصیه کرد؛ اما باید دانست که این روش‌ها در حال حاضر بهترین روش‌های غربالگری هستند (۵۴).

روش PCR تک‌سلولی نیز برای تشخیص بیماری ژنتیکی تک‌ژنی به کار می‌رود و کارایی PGD در تشخیص بیماری‌های تک‌ژنی و کروموزومی باعث شد که انجمن آمریکایی تولید مثل انسانی در سال ۲۰۰۸ این روش را از تشخیص پیش از تولد و سقط متعاقب آن برتر بداند (۵۵). علی‌الاصول فعلاً برای PGS جایگاه محکمی به وجود نیامده است؛ اما از آنجاکه احترام به اتونومی و آزادی بیمار جزء اصول اخلاق پزشکی است، در صورت رضایت بیمار در شرایط آگاهی کامل نسبت به مزایا و معایب روش، این کار انجام می‌پذیرد. البته ترجیح با تشخیص ژنتیکی است و نه غربالگری ژنتیکی، مخصوصاً اگر ناهنجاری یا بیماری محتمل، وخیم باشد (۵۶).

۳-۸. جایگاه اخلاقی جنین انسان

سؤالات اصلی عبارت است از: ماهیت جنین انسان چیست؟ زندگی انسانی از کی آغاز می‌شود و از چه زمانی می‌توان به جنین انسان، «انسان کامل» گفت؟ در این باره رویکردهای مختلفی وجود دارد که اصلی‌ترین آن‌ها رویکرد الهیاتی است. این رویکرد مبنای زندگی انسانی را ولوج روح می‌داند. مسأله‌ی محل اختلاف بین ادیان ابراهیمی در این باره زمان ولوج روح است. مسیحیان کاتولیک

1. Implantation

هشت هزار دیده می‌شود (۶۵). ایجاد چندقلویی در روش‌های کمک‌باروری به میزان بیست برابر حالت عادی در دوقلویی و چهارصد برابر در چندقلویی بیشتر است (۶۶). حاملگی چندقلویی عوارض زیادی برای نوزاد و مادر دارد (۶۷ و ۶۸). برای جلوگیری از این عوارض که در برخی موارد (مانند سقط) باعث از بین رفتن جنین‌ها می‌شود، گاهی لازم است یک یا چند جنین از بین برده شود و تعداد جنین‌ها به دو عدد کاهش یابد؛ به این عمل کاهش جنینی^۳ گفته می‌شود (۲). این روند توسط سوزن و با راهنمایی سونوگرافی انجام می‌شود و با تزریق کلور پتاسیم در قلب جنین، از بین می‌رود. چون در طی روند، جنینی از بین می‌رود، عده‌ای آن را مشابه سقط جنین می‌دانند؛ اما چون هدف از کاهش جنینی، حفظ بارداری و به‌ثمر رساندن آن است، به‌نوعی با سقط جنین متفاوت است. از نظر اسلامی فتوایی مبنی بر اباحه‌ی^۴ آن صادر شده است (۶۹) که به نظر می‌رسد براساس اصل ضرورت^۵ باشد؛ اما نکته‌ی اصلی این است که این ضرورت ممکن است قبلاً توسط پزشک دیگری با تحریک تخمک‌گذاری یا انتقال تعدادی جنین ایجاد شده باشد. از نظر اخلاقی، شایسته است بیش از پرداختن به ضرورت کنونی، به پیشگیری از ایجاد این ضرورت پرداخت. به نظر می‌رسد که انتقال جنین کمتر (حتی تک‌جنین) بهترین راه موجود است و پزشک‌انی که خارج از قاعده، جنین را منتقل می‌کنند مسئول

جنین را از همان سلول اول (زیگوت) دارای روح و در نتیجه انسان می‌دانند (۵۷). پروتستان‌ها در این باب ایده‌های متفاوتی ارائه می‌کنند؛ اما همه‌ی آن‌ها با انسان دانستن سلول تخم مخالف‌اند (۵۸). یهودی‌ها نیز جنین را تا چهل‌روزگی دارای زندگی انسانی نمی‌دانند (۵۹). آن‌ها جنین را شروع زندگی انسانی و صاحب احترام دانسته، اما انسان کامل نمی‌دانند. در متون اسلامی جنین به معنای «پوشیده» آمده که منظور جنین موجود در فضای رحمی است (۶۰). اسلام مرز شروع زندگی انسانی را لانه‌گزینی جنین در رحم می‌داند (۶۱)؛ به همین دلیل در ماده‌ی ۷۱۶ قانون مجازات اسلامی، اولین دیه را برای از بین بردن و سقط جنین، نطفه‌ی مستقر در رحم در نظر گرفته است (۶۲)؛ اما ولوج روح را معیار انسان کامل شدن می‌دانند. در بین مذاهب اسلامی درباره‌ی زمان ولوج روح اختلافاتی وجود دارد. بیشتر علمای شیعه و برخی علمای اهل سنت ۱۲۰ روزگی را زمان ولوج روح می‌دانند. براساس آخرین پیرود خانم، این زمان برابر با نوزده هفته حاملگی می‌شود (۶۳). اخیراً دادگاه حقوق بشر آمریکا رأیی را صادر کرده است که براساس آن لانه‌گزینی^۱ را معادل باروری^۲ و مرز انسان شدن جنین اعلام کرده است (۶۴). به نظر می‌رسد که رسیدن به توافق در این زمینه محتمل‌تر شده است. هم‌اکنون اجماع نسبی در مساوی نبودن جنین آزمایشگاهی با انسان بسیار محتمل است.

۳-۹. چندقلویی و کاهش جنین

دوقلویی حدوداً یک در هشتاد و سه‌قلویی یک در

3. Fetal Reduction

۴. افعال اختیاری انسان در فقه به پنج حکم واجب، حرام، مباح، مستحب و مکروه تقسیم می‌شود. مسائل جدید که حکم حرام ندارند، معمولاً حکم اباحه دارند؛ یعنی مباح است و فرد می‌تواند آن عمل را انجام دهد.
۵. اصل ضرورت جزء اصول عملیه‌ی فقه است و مبنای آن این است که در حالت ضرورت برخی احکام ثانویه صادر می‌شود که حکم اولیه را نقض و عمل را مباح می‌کند.

1. Implantation
2. Conception

خواهند بود.

۳-۱۰. تشخیص و غربالگری پیش از لانه‌گزینی

جنین

همان‌طور که ذکر شد این امکان وجود دارد که یک سلول از جنین هشت‌سلولی موجود در آزمایشگاه جدا شده و روی آن آزمایش کروموزومی یا ژنتیکی انجام شود. اولین نکته‌ی اخلاقی این است که این آزمایشات را به چه کسی پیشنهاد کنیم؟ همان‌طور که می‌دانیم، میزان بروز ناهنجاری‌های کروموزومی در تخمک زنان از ۳۵ سالگی به بعد بیشتر می‌شود (۴۶)؛ بنابراین، از این سن به بالا می‌توان آزمایش کروموزوم‌هایی را که به‌طور شایع دچار اختلال می‌شوند توصیه کرد. همچنین، ناهنجاری‌های ساختمانی کروموزومی در والدین می‌تواند به جنین سرایت کند و وجود این نقایص نیز اندیکاسیونی اخلاقی برای PGD از طریق روش FISH است؛ اما هم‌اکنون استفاده از این روش برای غربالگری محل تردید و سؤال است و به نظر می‌رسد که تمایل به تشخیص‌های قبل از تولد، با استقبال بیشتری همراه است (به‌عنوان مثال، در رابطه با سندرم داون) و از نظر اخلاقی این تشخیص‌ها مقبول‌تر است. آزمایش‌های تک‌ژنی^۱ نیز برای تشخیص بیماری تک‌ژنی کاربرد دارد و در غربالگری کلی جایی ندارد. اگر به بیماری خاصی مثل فیبروز کیستیک شک وجود داشت، این روش وجود این بیماری را در جنین تشخیص می‌دهد.

بیماری‌های اتوزومال غالب و اتوزومال مغلوب در این گروه هستند و نیز کسانی که جابه‌جایی

کروموزومی^۲ از نوع متقارن دارند (۵۵). هر چند روش‌های پیشرفته‌تر به دید غربالگری بیماری‌های ژنتیک دیده می‌شد، اما به دلیل دشواری تفسیر نتایج، آن‌ها نیز چندان موفق نبوده‌اند و در حال حاضر نمی‌توان آن‌ها را به‌عنوان وسیله‌ی احراز سلامت جنین معرفی کرد (۷۰)؛ از این‌رو، از نظر اخلاقی توصیه‌کردنی نیستند. هم‌اکنون این سؤال مطرح شده که آیا زمان آن رسیده است که این روش‌ها در اختیار زوج‌های بارور نیز قرار گیرد؟ به نظر می‌رسد فعلاً در دنیا، استفاده‌ی غربالگری پیش از لانه‌گزینی (PGS) چه در نابارورها و چه در بارورها از نظر اخلاقی محل بحث است و تأیید نمی‌شود؛ اما تشخیص ژنتیکی (PGD) در زمانی که شک به ژن معیوب وجود دارد در نابارورها تأیید شده است. در پیوند با بارورها اگر احتمال ابتلا شایان توجه باشد ممکن است به تشخیص پیش از تولد و سقط متعاقب آن ترجیح داشته باشد (۵۵)؛ اما در رابطه با ژن‌هایی که محتمل است در بزرگ‌سالی ایجاد بیماری کنند مطلب فرق می‌کند. اگر این بیماری بسیار محتمل باشد، راهی برای مدیریت و درمان آن موجود نباشد و شدت بیماری زیاد باشد، غربالگری آن به وسیله‌ی PGD اخلاقی دانسته می‌شود. در غیر از حالت‌های گفته‌شده، هر چند آن را ممنوع نمی‌کنند، تأیید هم نمی‌شود (۵۶).

مورد اخلاقی دیگر فرزند نجات‌بخش^۳ یا خواهر و برادر نجات‌بخش است. در شرایطی که زوجی فرزندی دارند که مبتلا به بیماری مهلکی است که با پیوند مغز استخوان بهبود می‌یابد، می‌توان از

2. Translocation
3. Savior Child

1. Single Cell PCR

استخوان فردی با وزن بیش از بیست کیلو بشود و روش‌های کشت سلولی کنونی در این گونه موارد کارآمد نیست. در شرایط مؤثر به نظر می‌رسد که پزشک انکولوژیست موظف به پیشنهاد این روش به بیمار و خانواده‌ی بیمار است (۷۳).

۳-۱۱. انتخاب جنسیت جنین

هم‌اکنون این امکان وجود دارد که از طریق PGD و روش FISH جنین‌های دختر و پسر را تشخیص داده و جنسیت دلخواه را برای انتقال انتخاب کرد (۷۴). این کار یا به دلایل پزشکی انجام می‌شود که ویژه‌ی بیماری‌های وابسته به جنس است و فقط در یک جنس بروز می‌کند، یا به دلایل غیرپزشکی یا اجتماعی انجام می‌شود. نوع پزشکی آن از نظر اخلاقی پذیرفته شده است؛ زیرا در مسیر سلامت نوزاد قدم بر می‌دارد. در نوع پزشکی، یک معضل اخلاقی همواره مطرح است: اینکه پزشک معالج وظیفه دارد والدین را از وجود این روش آگاه کند. بدون این آگاه‌سازی احتمالاً زوجین از وجود و کارایی این روش‌ها خبردار نمی‌شوند. بر خلاف نوع پزشکی، نوع غیرپزشکی یا اجتماعی آن مخالفان و موافقانی دارد. مخالفان به برهم خوردن تعادل جمعیتی و توازن جنسیتی جامعه، رواج تبعیض میان مردان و زنان و دخالت در مشیت الهی اشاره می‌کنند و اعتقاد دارند چنین پدیده‌ای اخلاق و ارزش‌های انسانی را به بازی می‌گیرد و «انسان» را تابعی از «جنسیت» او می‌سازد. همچنین، معتقدند پذیرفتن چنین درخواستی، آغازی است برای به میان آمدن دیگر خواسته‌های بی‌پایان والدین خودخواه؛ خواسته‌هایی چون: تعیین رنگ چشم و مو، فیزیک بدنی و قد، میزان بهره‌ی هوشی و...

طریق باروری آزمایشگاهی تعدادی جنین برای این زوج تشکیل داد و از طریق PGD از بین آن‌ها جنین سالمی را انتخاب کرد که سالم و از نظر آنتی‌ژن HLA به فرزند بیمار شبیه باشد. آنگاه با انتقال این جنین به مادر در صورتی که حاملگی صورت گیرد، پس از زایمان، خون بند ناف نوزاد جانشینی ایده‌آل برای مغز استخوان فرزند بیمار خواهد بود (۷۱)؛ البته در این روش، مسائل اخلاقی چندی وجود دارد. بزرگ‌ترین مسأله مشکلات احتمالی روانی در این فرزندان است. بر این مطلب همواره تأکید شده است که فرزندان بیمار همواره به این فرزندان به دید ناجی نگاه می‌کنند و در برابر آنان همیشه احساس دین دارند؛ اما در کنار این دین، می‌دانند که آنان دلیل به دنیا آمدن این خواهر یا برادر بوده‌اند و شاید منتی هم داشته باشند. منت‌گذاری در فرزند نجات‌بخش به مراتب بیشتر است. برخی از اخلاق‌دانان، ابزارانگاری تولید مثل و انسان را در این باره مطرح کرده‌اند. بنابر دیدگاه آنان، پدر و مادر به فرزند نجات‌بخش، تنها به عنوان وسیله‌ای برای نجات فرزند دیگر نگاه می‌کنند و با این رویکرد از قدر و ارزش انسانی او می‌کاهند. عده‌ای هم بر این عقیده‌اند که والدین بین این دو فرزند فرق می‌گذارند و یکی از آنان را بر دیگری ترجیح می‌دهند (۷۲). بحث مهم اخلاق پزشکی این است که آیا می‌توان این پیشنهاد را برای کسانی که فرزندشان مبتلا به بیماری خونی است مطرح کرد؟ در پاسخ به این سؤال باید گفت، نخست مهلک بودن بیماری مهم است، دیگر اینکه وزن بیمار باید زیر بیست کیلوگرم باشد؛ زیرا در حال حاضر میزان سلول‌های دریافتی از خون بند ناف به اندازه‌ای نیست که جایگزین مغز

جنسیت فرزندان‌شان، نامتوازن هستند می‌توانند از آن استفاده کنند (۷۶). تعدیل خانوادگی دارای شرایطی است که اصول آن به شرح زیر خلاصه می‌شود:

الف. انتخاب جنسیت تنها برای خانواده‌هایی مجاز است که فقط از یک جنس فرزند دارند و از جنس دیگر هیچ فرزندی ندارند.

ب. تنها باید برای انتخاب جنسیت فرزند سوم و بعد از آن به کار رود؛ مگر درباره‌ی افراد نابارور که استثنائاً برای فرزند دوم خویش نیز مجاز به انتخاب جنسیت هستند.

ج. تنها برای یک مرتبه‌ی موفقیت‌آمیز مجاز است. منتها اگر فرزند حاصل از عمل انتخاب جنسیت فوت کند، اقدام مجدد مجاز است.

۳-۱۲. روش‌های پیشرفته‌ی کمک‌باروری با به‌کارگیری شخص سوم^۲

زمانی که یکی از زوجین یا هر دو توانایی تولید سلول زایا را ندارند، باید سلول زایا از شخص دیگر گرفته شود یا وقتی که مادر توانایی حاملگی ندارد شخص دیگری می‌باید حاملگی را به عهده بگیرد. به این روش‌ها به دلیل درگیرشدن فردی به غیر از زوج نابارور «روش‌های کمک‌باروری با به‌کارگیری شخص سوم» گفته می‌شود. این روش‌ها چهار شکل اصلی دارد: الف. اهدای تخمک؛ ۲. اهدای اسپرم؛ ۳. اهدای جنین و ۴. حمل جایگزین (یا حاملگی جانشین).

در سه روش اول اهداء، قسمتی از ژنوم فرزند حاصل یا تمامی آن به اهداکننده (ها) مربوط می‌شود؛ اما در روش حمل جایگزین، فرزند از نظر

؛ بنابراین، ممنوع‌ساختن انتخاب جنسیت افزون بر اینکه اخلاق را نجات می‌دهد، پیشگیری نیز به شمار می‌آید (۷۵).

اما انتخاب جنسیت موافقانی نیز دارد که از آن دفاع می‌کنند. اینان به آزادی اراده و انتخاب والدین ارج می‌نهند و اعتقاد دارند پدر و مادر حق دارند فرزندی را به دنیا آورند و تربیت کنند که دوست دارند. همچنین، آنان معتقدند انتخاب جنسیت، به‌خودی‌خود خطری را متوجه جامعه نمی‌کند، بلکه به گرایش‌های مردم جهت می‌بخشد؛ به‌عنوان مثال، اگر بپذیریم گرایش مردم به سوی فرزندان پسر است، فراهم‌آمدن امکان انتخاب جنسیت آن را تشدید نمی‌کند، بلکه برای آن ساختاری کم‌هزینه‌تر و انسانی‌تر می‌آفریند: یعنی به جای اینکه فرزند ناخواسته‌ی خود را سقط کنند، از آغاز جنسیت آن را برمی‌گزینند. کاهش تعداد فرزندان ناخواسته‌ای که به دنیا می‌آیند اما هیچ‌گاه مطلوب نیستند، از دیگر دلایل موافقت برخی با این روش است. این گروه به دخالت در مشیت الهی و تحریک خواست سیری‌ناپذیر والدین و ضدارزشی‌بودن انتخاب جنسیت نیز معتقد نیستند (۷۶).

در میان این دو طیف مقابل، گزینه‌ی سومی هم وجود دارد: «تعدیل خانوادگی»^۱ راهی است برای جمع میان این دو گرایش. در تعدیل خانوادگی، انتخاب جنسیت از حالت سلیقه‌ای درمی‌آید و معیاری اخلاقی و اجتماعی می‌یابد؛ از این‌رو ممنوع نیست. این معیار، بر نهاد خانواده تأکید دارد و تلاش می‌کند هدف از انتخاب جنسیت را به تعادل رسیدن خانواده قرار دهد. پس تنها خانواده‌هایی که از نظر

2. Third Party Assisted Reproduction

1. Family Balancing

ژنتیکی به مادر حامل ارتباط پیدا نمی‌کند. در موارد خاص دیگر مثل حامل ژن معیوب بودن هم این روش‌ها کاربرد دارد. براساس قانون اهدای جنین مصوب ۱۳۸۲ و آیین‌نامه‌ی اجرایی آن که در سال ۱۳۸۴ ابلاغ شده است، اهدای جنین در ایران قانونی شد و براساس آن زوج‌های شرعی و قانونی می‌توانند جنین‌های اضافی خود را به زوج‌های نابارور اهدا کنند؛ البته قانون، زوج‌های بارور را استثنا نکرده است و هر زوج باروری هم می‌تواند در روال کمک‌باروری شرکت کرده و جنین خود را اهدا کند که خود مسائل اخلاقی خاصی به دنبال دارد (۳۹). برخی نام اهدای جنین را به اهدای هر دو گامت تغییر داده تا مجوز اخلاقی انجام روش را به صورت تجاری داشته باشند؛ اما اهدای هر دو گامت نیز دارای مشکلات اخلاقی خود است که نمی‌تواند اهدای جنین حاصل را توجیه نماید (۷۷).

۴. قانون اهدای جنین

ماده‌ی ۱) به موجب این قانون کلیه‌ی مراکز تخصصی درمان ناباروری ذی صلاح مجاز خواهند بود با رعایت ضوابط شرعی شرایط مندرج در این قانون، نسبت به انتقال جنین‌های حاصله از تلقیح خارج از رحم زوج‌های قانونی و شرعی پس از موافقت کتبی زوجین صاحب جنین به رحم زنانی که پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشکی ناباروری آن‌ها (هر یک به تنهایی یا هر دو) به اثبات رسیده است اقدام کنند.

ماده‌ی ۲) تقاضای دریافت جنین اهدایی باید به‌طور مشترک از طرف زن و شوهر تنظیم و تسلیم دادگاه شود و دادگاه در صورت احراز شرایط ذیل

مجاز دریافت جنین را صادر می‌کند:
الف. زوجین بنا به گواهی معتبر پزشکی، امکان بچه‌دارشدن نداشته باشند و زوجه استعداد دریافت جنین را داشته باشد.

ب. زوجین دارای صلاحیت اخلاقی باشند.

ج. هیچ‌یک از زوجین محجور نباشند.

د. هیچ‌یک از زوجین مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج نباشند.

و. هیچ‌یک از زوجین معتاد به مواد مخدر نباشند.

ز. زوجین باید تابعیت جمهوری اسلامی ایران را داشته باشند.

ماده‌ی ۳) وظایف و تکالیف زوجین گیرنده‌ی جنین و طفل متولدشده، از لحاظ نگهداری و تربیت و نفقه و احترام، نظیر وظایف و تکالیف اولاد و پدر و مادر است.

ماده‌ی ۴) بررسی صلاحیت زوجین متقاضی در محاکم خانواده، خارج از نوبت و بدون رعایت تشریفات آئین دادرسی مدنی صورت خواهد گرفت و عدم تأیید صلاحیت زوجین قابل تجدیدنظر است.
ماده‌ی ۵) آیین‌نامه‌ی اجرایی این قانون ظرف مدت سه‌ماه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارت دادگستری تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید (۷۸).

۵. آیین‌نامه‌ی اجرایی قانون اهدای جنین

۵-۱. فصل اول: تعاریف و کلیات

ماده‌ی ۱) در این آیین‌نامه، واژه‌ها و اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌رود:
الف. قانون: منظور قانون نحوه‌ی اهدای جنین به زوجین نابارور (مصوب ۱۳۸۲) است.

صدور حکم به رد درخواست و عدم تأیید صلاحیت زوجین قابل تجدیدنظر است.

۵-۳. فصل سوم: تکالیف و وظایف مراکز مجاز

درمان ناباروری

ماده‌ی ۶) مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری مکلف‌اند نسبت به موارد زیر اقدام کنند:

الف. نگهداری جنین‌های اهدایی از سوی اهداکنندگان مسلمان و غیرمسلمان به‌طور جداگانه و رعایت تناسب دینی و مذهبی زوج‌های متقاضی با جنین اهدایی در زمان انتقال؛

ب. دریافت و نگهداری رأی قطعی مرجع قضایی از متقاضی؛

پ. صدور گواهی و معرفی‌نامه‌ی لازم مبنی بر تأیید سلامت جسمی و روانی برای متقاضیان دریافت جنین طبق مقررات قانون و این آیین‌نامه؛

ت. دریافت، نگهداری و انتقال جنین‌های اهدایی در شرایط کاملاً محرمانه؛

تبصره. اطلاعات مربوط به جنین‌های اهدایی، جزء اطلاعات به کلی سری طبقه‌بندی می‌شوند.

ماده‌ی ۷) صدور گواهی عدم توانایی باروری و همچنین، توانایی زوجه در زمینه‌ی دریافت و نگهداری جنین، پس از انجام تست‌ها و آزمایش‌های دقیق پزشکی در صلاحیت مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری است.

۵-۴. فصل چهارم: شرایط لازم جهت دریافت،

نگهداری و انتقال جنین

ماده‌ی ۸) هر یک از مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری می‌توانند طبق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بانک جنین دایر کنند. این بانک مسئول دریافت و نگهداری جنین و

ب. جنین: نطفه‌ی حاصل از تلقیح خارج از رحمی زوج‌های قانونی و شرعی است که از مرحله‌ی باروری تا حداکثر پنج روز خواهد بود. این جنین می‌تواند به دو صورت تازه و منجمد باشد.

پ. اهدای جنین: واگذاری داوطلبانه و رایگان یک یا چند جنین از زوج‌های واجد شرایط مقرر در قانون و این آیین‌نامه به مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری برای انتقال به زوج‌های متقاضی دارای شرایط مندرج در قانون.

۵-۲. فصل دوم: شرایط اهدا و دریافت جنین

ماده‌ی ۲) زوج‌های اهداکننده باید دارای شرایط زیر باشند:

الف. علقه و رابطه‌ی زوجیت قانونی و شرعی؛
ب. سلامت متعارف جسمی و روانی و ضریب هوشی مناسب؛

پ. نداشتن اعتیاد به مواد اعتیادآور و روان‌گردان؛
ت. مبتلانی بودن به بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر ایدز، هپاتیت و....

تبصره. مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری مکلف‌اند قبل از دریافت جنین از اهداکنندگان، وجود شرایط مذکور در این ماده را احراز کنند.

ماده‌ی ۳) اهدای جنین باید با موافقت و رضایت کتبی زوج‌های اهداکننده و در مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری، با احراز هویت آنان و به‌صورت کاملاً محرمانه انجام گیرد.

ماده‌ی ۴) زوج‌های متقاضی جنین اهدایی باید واجد شرایط مقرر در ماده‌ی ۲ قانون باشند.

ماده‌ی ۵) رسیدگی به درخواست دریافت جنین اهدایی، در دادگاه صالح و خارج از نوبت و بدون رعایت تشریفات آیین دادرسی مدنی به عمل می‌آید.

متون اسلامی برای آن مابه‌ازای بیولوژیک در نظر گرفته‌اند (۷۹).

در برخی متون اسلامی نسب را حاصل از رابطه‌ی فامیلی یا خونی (که احتمالاً اشاره به ژن دارد) فرض کرده است؛ بنابراین، ارتباط ژنتیکی فرد می‌تواند ملاک نسب قرار گیرد؛ از این رو، احتمالاً نسب پدری به صاحب اسپرم برمی‌گردد (۸۰ و ۸۱). از طرف دیگر، در اشارات متعددی که در قرآن کریم و احادیث به رحم شده، مادر را به‌نوعی صاحب رحم می‌داند. با در نظر گرفتن مطالب گفته‌شده نسب مادری این فرزندان جای بحث دارد (۸۲). برخی صاحب تخمک، برخی صاحب رحم و عده‌ای هر دو را مادر واقعی می‌دانند. از آنجاکه حقوق والد فرزندی مانند حضانت، ولایت، نفقه، حریمیت و ارث نیز به نسب وابسته است، این حقوق نیز مورد چالش قرار می‌گیرد. این موضوع در پیوند با ارث بسیار برجسته‌تر است (۷۹).

۲. مسأله‌ی محرمانگی و ناشناسی: از آنجاکه نسب محل اختلاف است، احتمال ایجاد مشکلات حقوقی برای خانواده‌ی گیرنده از طرف اهداکننده (ها) وجود دارد؛ مثلاً ادعای فرزند خود را داشته باشند و بخواهند فرزند را پس بگیرند یا ادعاها و بدعهدی‌های مالی و.... از آنجاکه این مسائل در صورتی ایجاد می‌شود که اهداکننده و گیرنده یکدیگر را بشناسند، برخی از مراکز این روش‌ها را به‌طور ناشناس انجام می‌دهند؛ یعنی هویت اهداکننده از گیرنده مخفی می‌شود. این مطلب به‌عنوان محرمانگی نیز ذکر می‌شود (۸۳). در دنیا نیز با این موضوع برخوردهای

انتقال آن‌ها به زوجین نابارور طبق مقررات مندرج در قانون و این آیین‌نامه است.

ماده‌ی ۹) مرکز مدیریت پیوند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است طبق دستورالعمل‌های وزارت یادشده نسبت به دریافت، نگهداری و انتقال جنین نظارت دقیق اعمال کند. ماده‌ی ۱۰) ارائه‌ی مدارک و اطلاعات مربوط به اهداکنندگان و دریافت‌کنندگان جنین اهدایی تنها با رعایت قوانین مربوط به حفظ و نگهداری اسرار دولتی و به مراجع قضایی صلاحیت‌دار مجاز است. بر خلاف اهدای جنین، درباره‌ی اهدای تخمک، اسپرم و حمل جایگزین، قانونی موجود نیست و مراکز درمانی این روش‌ها را براساس فتاوی مراجع تقلید به کار می‌گیرند؛ البته اصل ۱۶۷ قانون اساسی به قضات این اجازه را می‌دهد که در موارد سکوت قانون از فتاوی مراجع به‌عنوان قانون استفاده کنند؛ اما باید در نظر داشت که در برخی موارد فتاوی مراجع با هم متفاوت است و هر فتوایی برای مقلدان آن مرجع حجیت دارد. حال، قاضی می‌باید به کدام فتوا به‌عنوان قانون بنگرد؟ این روش‌ها مسائل اخلاقی، حقوقی، فقهی و اجتماعی زیادی دارند که در ذیل مختصراً به آن‌ها اشاره می‌شود:

۱. نسب، پدری و مادری و حقوق والدفرزندی: وقتی روند تولید مثل شامل شخصی به غیر از خانواده‌ی بزرگ‌کننده‌ی فرزند می‌شود، مسأله‌ی مهم نسب است. این که پدر فرد کیست؟ مادر فرد کیست؟ و اهداکننده چه نسبتی با فرزند دارد؟ از نظر اسلامی نسب امری عرفی^۱ است اما در کلیه‌ی

۱. «نسب از جمله مفاهیمی است که فاقد حقیقت شرعیه است. قبل از شریعت مقدس اسلام نیز تکنون انسان در اثر ترکیب نطفه مرد و زن منشأ نسب تلقی شده است. رابطه‌ای که بین کودک و صاحبان نطفه یعنی مرد و

زن به‌صورت عرفی و اعتباری وجود دارد، نسب نام گرفته است.» (نک: منبع ۷۹) «از نسب در فقه شیعه تعریفی ارائه نشده است» (نک: منبع ۸۲).

متفاوتی شده است: برخی مانند فرانسه و دانمارک هنوز به ناشناسی کامل معتقدند و برخی کشورها مثل انگلستان کاملاً باز عمل می‌کنند و بعضی کشورها مثل بلژیک براساس خواست مراجع هر دو نوع عملکرد را ارائه می‌دهد (۸۴).

این موضوع در آیین‌نامه‌ی اجرایی قانون اهدای جنین به‌عنوان محرمانگی آمده است و حتی از پرونده‌های اهدای جنین به‌عنوان اسناد به‌کلی سری یاد شده است که در حد اسناد امنیت ملی است؛ اما برای سایر اهداها یا حمل جایگزین قانونی وجود ندارد و مراکز براساس دستورالعمل‌های داخلی خود عمل می‌کنند. از طرف دیگر، حقی به نام حق شناخت والد ژنتیکی در دنیا مطرح شده است که دانستن هویت اهداکننده را حق فرزند حاصل می‌داند (۸۵). براساس این نظریه، فرزند حاصل باید در جریان اطلاعات هویتی والد ژنتیکی خود قرار گیرد. هم‌اکنون کشورها بدین سو پیش می‌روند که ناشناسی بین اهداکننده و فرزند حاصل را بردارند؛

اما به نظر می‌رسد که از میان برداشتن ناشناسی، برای خانواده‌های ایرانی مشکلات حقوقی ایجاد کند و حتی به‌نوعی به حریم خصوصی خانواده تجاوز کند (۸۶). همچنین، به محض شناخت والد ژنتیکی کلیه‌ی حقوق والد فرزند بین ایشان برقرار می‌شود (۸۷). این مطلب برای اهداکننده و خانواده‌ی گیرنده مطلوب نیست؛ زیرا تقریباً تمامی گیرندگان و اکثر اهداکنندگان برای اهداکننده هویت والدی قائل نیستند.

۳. روابط پولی: روش‌های کمک‌باروری با به‌کارگیری شخص سوم به دو شکل «دگر دوستانه»^۱

و «تجاری»^۲ انجام می‌پذیرد. برخورد کشورهای مختلف با این دو نوع متفاوت است. در بسیاری از ایالات آمریکا نوع تجاری آزادانه انجام می‌شود؛ اما در کشورهایی مثل استرالیا فقط نوع دگر دوستانه‌ی آن انجام می‌شود. مخالفان نوع تجاری مسائلی مثل بهره‌کشی، برده‌داری نوین و مخالفت با کرامت انسانی را مطرح می‌کنند (۸۸). در ایران معمولاً در روش‌های کمک‌باروری با سوم شخص، در مقابل خدمتی که انجام می‌گیرد پولی به اهداکننده یا حامل جایگزین داده می‌شود که به عقیده‌ی عده‌ای باید در آن تجدیدنظر صورت گیرد (۸۹). هر جایی که پولی ردوبدل می‌شود مشکلات و مسائل حقوقی و اخلاقی آن افزون می‌شود. در پیوند با اهدای جنین لفظ رایگان در آیین‌نامه‌ی اجرایی آمده است؛ اما در پیوند با اهدای گامت و حمل جایگزین قانونی وجود ندارد و نیز این روندها به‌صورت تجاری انجام می‌شود؛ از این‌رو، مشکلاتی از قبیل آنچه در ذیل آمده است پدید می‌آید:

- قیمت و قیمت‌گذاری: چون هیچ قیمتی برای این روندها تعیین نشده است و تعیین قیمت به عهده‌ی اهداکننده و گیرنده گذارده شده است، قیمت براساس «آنچه بشود!» گذارده می‌شود؛ یعنی اهداکننده‌ها و حاملان جایگزین هر چه که بتوانند قیمت را بالا می‌برند. به نظر می‌رسد که محرمانگی و ناشناسی در روندهای اهدا بتواند تا حد زیادی از این‌گونه مسائل جلوگیری کند؛ زیرا تماسی بین دو طرف نیست و امکان چانه‌زنی بر سر قیمت وجود ندارد.

- دعوای مالی: در سیستمی که اهداکننده

2. Commercial

1. Altruistic

می‌شود هزینه‌ی جبرانی^۱ نامیده می‌شود. در چنین شرایطی حضور واسطه‌ها مطلوب نیست؛ اما آیا می‌توان از نظر قانونی و عملی جلوی آن‌ها را گرفت؟ از طرف دیگر، در نوع تجاری این روش‌ها رفته‌رفته اعلام نیازمندی و نیز تبلیغات شروع می‌شود مانند آنچه در اهدای کلیه دیده می‌شود. رفته‌رفته اهداکنندگان درباره‌ی سلامت، نیرو، زیبایی و هوش خود تبلیغاتی می‌گذارند و نیازمندی به گامت و حامل جایگزین به صورت نوشتار در دیوارها یا حتی در جراید ممکن است گذارده شود؛ البته از نظر قانونی منعی برای این کار وجود ندارد؛ اما به نظر می‌رسد مانند واسطه‌گری، از نظر کرامت انسانی بی‌اشکال نیست و نباید انجام شود. نمونه‌ی این گونه تبلیغات در ایالات متحده وجود دارد.

۴. اهدای مکرر: از آنجاکه در اهدای گامت نفع مالی وجود دارد، اهداکننده ممکن است به قصد افزودن به این منفعت، مکرراً در روند اهدا شرکت کند. این مسأله از دو جنبه بررسی کردنی است: یکی تعداد فرزندهای به وجود آمده از یک اهداکننده است که از نظر ژنتیکی خواهر و برادر هستند و ممکن است با هم ازدواج کنند. به این خاطر انجمن‌ها و مراکز متفاوت در این زمینه قوانین و دستورالعمل‌هایی مصوب کرده‌اند؛ به عنوان مثال، انجمن آمریکایی تولید مثل انسان^۲ (ASRM)

اجازه‌ی ۲۵ فرزند به ازای هشتصد هزار جمعیت از یک اهداکننده را مجاز می‌داند (۹۱). چین اجازه‌ی حاملگی شش زن را توسط یک اهداکننده‌ی اسپرم می‌پذیرد؛ انگلستان بیشترین تولد را از یک

و گیرنده یکدیگر را بشناسند، احتمال بحث‌ها و دعوای مالی وجود دارد. در برخی مراکز، قراردادی بین اهداکننده و گیرنده بسته می‌شود؛ اما از آنجاکه مسأله‌ی سلامت و اعضای بدن فرد است و این روندها شامل درمان و دارو و عوارض هستند، این نوع قراردادها شامل تضمین قانونی نمی‌شوند؛ بنابراین، برای اجرای تعهدات نمی‌توان فشاری آورد و فقط شرایط فسخ قرارداد را می‌توان در نظر گرفت. اقامه‌ی دعوای مالی هم در این روش‌ها بسیار پیچیده است، برای اینکه اجرای تعهدها چندان قابل اثبات و نفی نیست و نیز بدون ضمان اجرایی، اقامه‌ی دعوای معنی به نظر می‌رسد؛ از این رو، اجرای محرمانگی و ناشناسی به جلوگیری از این گونه دعوای کمک می‌کند؛ زیرا در سیستم ناشناس، اهداکننده تنها با مرکز ناباروری برخورد دارد و تعهدات بین فرد و مرکز است. گیرنده نیز با مرکز برخورد دارد و بدین ترتیب جلوی بسیاری از دعوای گرفته می‌شود.

- واسطه‌ها و تبلیغات: هر جا که پولی ردوبدل می‌شود یا قرارداد مالی بسته می‌شود، واسطه‌ها و دلال‌ها به عرصه می‌آیند. واسطه‌ها برای ناباروران، اهداکننده یا حامل جایگزین پیدا می‌کنند و در مقابل، درصدی از حق و حقوق اهداکننده را دریافت می‌کنند (۹۰).

اصولاً تسهیل معامله‌ای که مشروع است، بدون اشکال به نظر می‌رسد؛ اما از نظر اخلاقی تبدیل این گونه روش‌ها به یک معامله‌ی اقتصادی به نظر صحیح نیست. به همین دلیل است که در دنیا اصرار دارند که نام این روش‌ها به خرید و فروش و تجارت نزدیک نشود؛ برای همین هزینه‌ای که پرداخت

1. Compensation

2. American Society of Reproductive Medicine (ASRM)

مجاز و هرگونه کمک‌باروری با استفاده از شخص سوم (اهدا و رحم جایگزین) ممنوع دانسته شده است (۶۱). در این باره فقهای شیعه نظرات نسبتاً متفاوت و بلکه متضادی دارند و نظر هر مرجعی برای مقلدان او حجت است. نظر فقهای شیعه را می‌توان در شش گروه طبقه‌بندی کرد (۹۴):

الف. معتقدان به جواز مطلق اصل باروری‌های پزشکی در همه‌ی انواع و اقسام آن: خلاصه‌ی استدلال آن‌ها، نبود دلیل شرعی بر منع باروری‌های پزشکی است؛ البته پرهیز از محرّمات را واجب و در صورت ترتب عنوان خاص حرام، اصل باروری را نیز ممنوع می‌دانند. در این گروه، از فقهای شیعه می‌توان به مقام معظم رهبری آیت‌الله خامنه‌ای، آیت‌الله سیدحسن طباطبایی قمی، آیت‌الله محمد یزدی، آیت‌الله سیدمحمد موسوی بجنوردی اشاره کرد. از فقهای اهل سنت کسی که به این نظر معتقد باشد، یافت نشده است.

ب. معتقدان به ممنوعیت مطلق اصل باروری‌های پزشکی حتی اگر ضروری باشد. خلاصه‌ی استدلال آن‌ها، انحصار تولید نسل از راه معاشرت طبیعی زوجین طبق آیات «نَسَاؤُكُمْ حَرْتُ لَكُمْ فَأَتُوا حُرَّتْكُمْ أُنَى شِئْتُمْ»^۱؛ «خُلِقَ مِنْ مَاءٍ دَافِقٍ، يَخْرُجُ مِنْ بَيْنِ الصُّلْبِ وَالتَّرَائِبِ»^۲ و برخی قواعد فقهی حاصل از روایات مانند: «درءُ المفاسد مقدم علی جلب المصالح» (۹۵) و «ما غلب ضرره فهو ضرر محض» (۹۶) است.

از میان فقهای شیعه آیت‌الله میلانی در این گروه قرار دارند که فرموده‌اند: «...از لحن الخطاب و ذوق

اهداکننده، ده تولد قرار داده و در غرب استرالیا این تعداد به پنج می‌رسد (۹۲).

جنبه‌ی تأمل‌برانگیز دیگر اهدای مکرر، در اهدای تخمک مطرح است؛ زیرا اهدای تخمک مستلزم مصرف داروهای هورمونی با دوزهای بالا و نیز بیهوشی و جراحی کوچک است و این روندها دارای خطرات کوتاه و درازمدت هستند. از این جهت، به‌خطرانداختن اهداکنندگان با اهدای مکرر خطرناک تلقی می‌شود و سعی می‌شود که برای اهداکننده محدودیتی در تعداد اهدا در نظر گرفته شود؛ به‌عنوان مثال، انجمن آمریکایی تولید مثل انسانی (ASRM) حداکثر تعداد مجاز اهدای تخمک را شش بار تصویب کرده است (۹۳). به نظر می‌رسد برای جلوگیری از اهدای مکرر در کشور عزیزمان به سیستم دقیق ثبت و ضبط اهدا نیاز داریم.

۶. مشروعیت این روش‌ها

دین اسلام دارای فقه پویایی است و برای مسائل جدید (مستحدثه) راهکارهای فقهی می‌یابد. در فقه شیعه اصل اباحه وجود دارد که هر عملی مباح است مگر ادله‌ی قوی در فقه بر ضد آن یافت گردد. فقها موضع‌گیری‌های متفاوتی نسبت به روش‌های کمک‌باروری دارند. اهل سنت در مجمع الفقه الاسلامی که وابسته به سازمان کنفرانس اسلامی است و ایران نیز به‌عنوان عضوی از آن، نماینده‌ای در این مجمع دارد، در نشست سالانه‌ی خود در سال ۱۹۸۶، در اردن، روش‌های کمک‌باروری را از دید فقه اسلامی بررسی می‌کنند. در آن جلسه مشروعیت روش‌های کمک‌باروری تنها بین زن و شوهر شرعی

۱. قرآن کریم، سوره بقره، آیه ۲۲۳.
۲. قرآن کریم، سوره طارق، آیات ۷۶.

آن را حرام می‌دانند و شیوه‌ی به‌کارگیری شده (IUI یا IVF) را در جواز یا حرمت اصل موضوع دخالت نمی‌دهند. از فقهای شیعه امام خمینی (ره)، آیت‌الله خوئی، آیت‌الله منتظری و از فقهای اهل سنت شیخ‌المصطفی زرقا، شیخ‌عبدالله بسام، شیخ‌عبدالله آل‌محمود، شیخ‌عبدالسلام عبادی در این گروه جای دارند؛ البته بنابر مطالب پیش گفته اجماع حاصل شده در اردن در سال ۱۹۸۶ نیز پشتیبانی رأی و نظر اهل سنت است.

ه. معتقدان به حرمت مطلق همه‌ی اقسام باروری‌های پزشکی حتی بین زوجین مگر در شرایط خیلی خاص. خلاصه‌ی استدلال آن‌ها، همان دلایل گروه دوم است، با این تفاوت که بین زوجین به جهت وجود قواعدی مانند «الضرورات تبیح المحظورات» باروری پزشکی بین زوجین تحت شرایطی مجاز می‌شود. از این گروه شاید بتوان میان فقهای شیعه از آیت‌الله بروجردی نام برد که تلقیح مصنوعی منی مرد اجنبی بر مرثیه‌ی اجنبیه را حرام دانسته و در بعضی صور آن، احکام ولد زنا را برای آن ثابت می‌داند؛ اما تلقیح منی زوج به زوجه را محل تأمل و اشکال می‌داند. از فقهای اهل سنت، لجنه (هیئت) فتوای مصر و اردن و تعدادی از فقهای اهل سنت در این گروه هستند.

و. معتقدان به مسأله‌ی توقف در صدور فتوا در خصوص جواز یا حرمت اصل باروری آزمایشگاهی. خلاصه‌ی استدلال آن‌ها، وجود آثار مثبت و منفی و ناشناخته‌بودن همه‌ی ابعاد موضوع است. از فقهای شیعه کسی که به این نظریه معتقد باشد، یافت نشده است؛ ولی از فقهای اهل سنت شیخ‌عبدالعزیز بن عبدالحسن باز رئیس مجلس مجمع

فقهی می‌توان گفت که یقیناً جایز نیست. «و از فقهای اهل سنت این گروه نیز می‌توان از شیخ‌رجب تمیمی، شیخ‌ابراهیم شقره، شیخ‌عبدالله بن زید آل‌محمود نام برد.

ج. معتقدان به جواز مطلق باروری‌های پزشکی بین زوجین و جواز مشروط بین بیگانگان. خلاصه‌ی استدلال آن‌ها، وجود رابطه‌ی زوجیت بین زوجین و نبود دلیل بر منع شیوه‌ی خاصی بین زوجین است و نسبت به دو بیگانه نیز باروری به شیوه‌ی IUI را مشمول روایات حرام مانند «قراردادن نطفه‌ی بیگانه در رحم زن بیگانه بالاترین گناه نزد پروردگار است» می‌دانند؛ اما درباره‌ی ترکیب اسپرم و تخمک دو بیگانه در خارج رحم با قطع نظر از ترتب حرام^۱ آن را جایز دانسته و هیچ دلیلی برای منع آن اعلام نکرده‌اند. بنابراین از نظر ایشان انتقال جنین مباح، اما انتقال اسپرم حرام است و نیز پرهیز از محرمت را واجب و در صورت ترتب عنوان خاص حرام، اصل باروری را حتی میان زوجین ممنوع می‌دانند. آیت‌الله محمد مؤمن قمی، آیت‌الله محسن حرم پناهی از فقهای شیعه‌ی این گروه هستند. فقهای اهل سنت همان‌طور که بیان شد بر حرمت باروری بین بیگانگان اجماع کرده‌اند نه جواز مشروط آن.

د. معتقدان به جواز مطلق کمک‌باروری بین زوجین و منع مطلق آن بین بیگانگان. خلاصه‌ی استدلال آن‌ها، وجود معیار رابطه‌ی زوجیت و عدم آن است، یعنی باروری با تخمک و اسپرم زوجین را مجاز و غیر

۱. به این معنی است که این عمل به‌خودی‌خود محل بحث است و اینکه ممکن است مقدماتی داشته باشد که آن مقدمات خود ممکن است حرام باشد به این مقدمات پرداخته نمی‌شود و آن مقدمات و اعمال در جای خود به بحث گذارده می‌شود؛ مثلاً اگر لمس دستگاه ژنیتال زن و نظر به آن، از نظر اسلام حرام است مگر در ضرورت، در اینجا به این کار که مقدمه‌ی باروری آزمایشگاهی است پرداخته نمی‌شود و به اصل باروری پرداخته می‌شود. در این گونه موقعیت‌ها اصطلاح صرف‌نظر از ترتب حرام آورده می‌شود.

منابع

1. Steptoe, Patrick Christopher & Robert G Edwards. (1978). "Birth after the Reimplantation of a Human Embryo". *Lancet*, 2 (8085), P. 366.
2. Zegers-Hochschild, Fernando & et al. (2009). "International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary of ART Terminology, 2009". *Fertil Steril*, 92 (5), P. 1520-1524.
3. وحیدی، سراج‌الدین و همکاران. (۱۳۸۵). «بررسی شیوع ناباروری اولیه در جمهوری اسلامی ایران در سال‌های ۱۳۸۳ و ۸۴». *مجله‌ی باروری و ناباروری*، دوره‌ی ۷، ش ۳، صص ۲۴۳ تا ۲۵۱.
4. حسینی، سیدجلیل و همکاران. (۱۳۹۱). «شیوع ناباروری اولیه و ثانویه در چهار استان منتخب کشور ۱۳۸۹». *مجله‌ی زنان مامایی و نازایی ایران*، دوره‌ی ۱۵، ش ۲۹، صص ۷ تا ۱۷.
5. یونسی، سیدجلال. (۱۳۸۱). «استیگما و ناباروری در ایران؛ راهکارهایی برای مقابله». *مجله‌ی باروری و ناباروری*، دوره‌ی ۳، ش ۴، صص ۷۱ تا ۷۴.
6. آخوندی، محمدمهدی. (۱۳۸۶). «رحم جایگزین منحصر به زوجین نابارور نیست». *روزنامه‌ی همشهری*، پنجشنبه سوم آبان.
7. Dowling-Lacey, Donna & et al. (2011). "Live Birth from a Frozen-Thawed Pronuclear Stage Embryo almost 20 Years after its Cryopreservation". *Fertil Steril*, 95 (3), P. 1120 e1-3.
8. Roque, Matheus & et al. (2013). "Fresh Embryo Transfer Versus Frozen Embryo Transfer in Vitro Fertilization Cycles: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Fertil Steril*, 99 (1), P. 156-162.
9. Bustillo, Maria & et al. (1984). "Delivery of a Healthy Infant Following Nonsurgical Ovum Transfer". *JAMA*, 251 (7), P. 889.
10. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2013). "Defining Embryo Donation: A Committee Opinion". *Fertil Steril*, 99 (7), P. 1846-1847.
11. Trounson, Alan & et al. (1983). "Pregnancy Established in an Infertile Patient after Transfer of a Donated Embryo Fertilised in Vitro". *Br Med J (Clin Res Ed)*, 286, P. 835-838.
12. Boivin, Jacky & Guido Pennings. (2005). "Parenthood should be Regarded as a Right". *Arch Dis Child*, 90 (8), P. 784-785.

فقهی اسلامی در دوره‌ی هشتم (۱۴۰۵ق) و شیخ‌ابوبکر ابوزید از معتقدان این گروه هستند. همان‌طور که گفته شد در رابطه با کاهش جنین فتوای اباحه وجود دارد (۶۹) و همچنین، اهل سنت نیز در شرایط ضروری آن را مجاز دانسته‌اند (۶۱). انتخاب جنسیت و آزمایش‌های ژنتیکی قبل از لانه‌گزینی نیز مشروع به نظر می‌رسد و در پیوند با انتخاب جنسیت، غیر پزشکی نظر قطعی وجود ندارد؛ ولی به نظر می‌رسد بر ضد آن نیز دلیلی نباشد، هرچند برخی از اهل سنت، آن را مجاز نمی‌دانند (۶۱). درباره‌ی باروری پس از مرگ از دیدگاه فقهی پیش از این صحبت شد و فتاوی‌ارائه شد.

۷. جمع‌بندی

روش‌های کمک‌باروری دارای چالش‌های اخلاقی و حقوقی و مذهبی متعددی است که در دوازده گروه ارائه شد. به نظر می‌رسد که از نظر شرعی این روش‌ها پذیرفته شده‌اند؛ اما در پیوند با احکام وضعی آن‌ها، و نیز چارچوب‌های اخلاقی و قانونی آن‌ها در کشور، باید قوانین و دستورالعمل‌هایی تدوین شود. این قوانین و دستورالعمل‌ها می‌تواند اختلاف‌های بین فتاوی‌را در استفاده از آن‌ها به‌عنوان قانون حل کند. به نظر می‌رسد که انجمن یا اتحادیه‌ی صنفی در این زمینه باید شکل گیرد تا عهده‌دار تدوین و تنظیم این دستورالعمل‌ها، پیشنهاد تصویب و تغییر قوانین و نیز نظارت بر اجرای صحیح آن‌ها در مراکز دارای مجوز باشد. همین انجمن‌های صنفی می‌توانند با رسیدگی به تخلفات، مجوز مراکز متخلف را باطل کنند.

27. Carter, Drew & et al. (2013). "Should there be a Female Age Limit on Public Funding for Assisted Reproductive Technology?". *J Bioeth Inq*, 10 (1), P. 79-91.
28. Lee, Ellie & et al. (2014). "Assessing Child Welfare under the Human Fertilisation and Embryology Act 2008: A Case Study in Medicalisation?". *Sociol Health Illn*, 36 (4), P. 500-515.
۲۹. عودی، مونا و همکاران. (۱۳۹۰). «به‌کارگیری روش‌های کمک‌باروری در زوج‌های مبتلا به HIV از نظر اخلاقی و پزشکی». *مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، دوره‌ی ۴، ش ۴، صص ۱۱ تا ۲۰.
۳۰. شریعتی‌نسب، صادق. (۱۳۸۹). *فرزندخواندگی*. تهران: انتشارات نشر دانش. صص ۱۱۶ و ۱۱۷.
31. Zegers-Hochschild, Fernando & et al. (2014). "International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology: World Report on Assisted Reproductive Technology, 2005". *Fertil Steril*, 101 (2), P. 366-378.
32. Sunderam, Saswati & et al. (2013). "Assisted Reproductive Technology Surveillance - United States, 2010". *MMWR Surveill Summ*, 62 (9), P. 1-24.
33. Kupka, Markus S. & et al. (2014). "Assisted Reproductive Technology in Europe, 2010: Results Generated from European Registers by ESHREDagger". *Hum Reprod*, 29 (10), P. 2099-2113.
34. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. (2006). "Elements to be Considered in Obtaining Informed Consent for ART". *Fertil Steril*, 86 (5 Suppl 1), S272-3.
35. Hammarberg, Karin & Leesa Tinney. (2006). "Deciding the Fate of Supernumerary Frozen Embryos: A Survey of Couples' Decisions and the Factors Influencing their Choice". *Fertil Steril*, 86 (1), P. 86-91.
۳۶. آخوندی، محمدمهدی و همکاران. (۱۳۸۶). «آشنایی با لقاح طبیعی، لقاح خارج رحمی و ضرورت استفاده از گامت جایگزین در درمان ناباروری». *مجله‌ی پایش، دوره‌ی ۶، ش ۴، صص ۳۰۷ تا ۳۲۱*.
۳۷. قاسم‌زاده، سیدمرتضی. (۱۳۸۶). «شرایط اساسی صحت قراردادهای درمان ناباروری با استفاده از گامت جنین». *مجله‌ی پایش، دوره‌ی ۶، ش ۴، صص ۴۱۹ تا ۴۲۷*.
38. Riggs, Ryan & et al. (2011). "Does Storage Time Influence Postthaw Survival and Pregnancy Outcome? An Analysis of 11,768 Cryopreserved Human Embryos".
13. Maclean, Mavis. (2005). "Parenthood Should Not be Regarded as a Right". *Arch Dis Child*, 90 (8), P. 782-783.
۱۴. راسخ، محمد و امیرحسین خدایپرست. (۱۳۹۳). «حق بر باروری». *مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۷، ش ۲، صص ۲۷ تا ۳۵*.
۱۵. راسخ، محمد. (۱۳۸۸). «نظریه‌ی حق». *مجله‌ی باروری و ناباروری، دوره‌ی ۱۰، ش ۴، صص ۲۹۹ تا ۳۱۶*.
16. Pennings, Guido & et al. (2007). "ESHRE Task Force on Ethics and Law 13: The Welfare of the Child in Medically Assisted Reproduction". *Hum Reprod*, 22 (10), P. 2585-2588.
17. Blyth, Eric & Chris Cameron. (1998). "The Welfare of the Child. An Emerging Issue in the Regulation of Assisted Conception". *Hum Reprod*, 13 (9), P. 2339-2342.
18. Pennings, Guido. (1999). "Measuring the Welfare of the Child: In Search of the Appropriate Evaluation Principle". *Hum Reprod*, 14 (5), P. 1146-1150.
19. Pennings, Guido & Heidi Mertes. (2012). "Ethical Issues in Infertility Treatment". *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 26 (6), P. 853-863.
20. Omani Samani, Reza & et al. (2007). "Access to Fertility Treatments for Homosexual and Unmarried Persons, Through Iranian Law and Islamic Perspective". *IJFS*, 1 (3), P. 127-130.
21. Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. (2009). "Access to Fertility Treatment by Gays, Lesbians, and Unmarried Persons". *Fertil Steril*, 92 (4), P. 1190-1193.
22. Penning, Guido. (2011). "Evaluating the Welfare of the Child in Same-Sex Families". *Hum Reprod*, 26 (7), P. 1609-1615.
23. Bray, Isabelle & et al. (2006). "Advanced Paternal Age: How Old is too Old?". *J Epidemiol Community Health*, 60 (10), P. 851-853.
24. Billari, Francesco C. & et al. (2011). "Social Age Deadlines for the Childbearing of Women and Men". *Hum Reprod*, 26 (3), P. 616-622.
25. Salihu, Hamisu M. & et al. (2003). "Childbearing beyond Maternal Age 50 and Fetal Outcomes in the United States". *Obstet Gynecol*, 102 (5 Pt 1), P. 1006-1014.
26. Sauer, Mark V. & et al. (1996). "Oocyte Donation to Women of Advanced Reproductive Age: Pregnancy Results and Obstetrical Outcomes in Patients 45 Years and Older". *Hum Reprod*, 11 (11), P. 2540-2543.

Fertil Steril, 93 (1), P. 109-115.

39. Alizadeh, Leila & Reza Omani Samani. (2014). "Using Fertile Couples as Embryo Donors: An Ethical Dilemma". Iran J Reprod Med, 12 (3), 169-174.

40. ESHRE Task Force on Ethics and Law. (2004). "Taskforce 7: Ethical Considerations for the Cryopreservation of Gametes and Reproductive Tissues for Self Use". Hum Reprod, 19 (2), P. 460-462.

41. Adams, Erin J. & et al. (2013). "Fertility Preservation in Cancer Survivors: A National Survey of Oncologists' Current Knowledge, Practice and Attitudes". Br J Cancer, 108 (8), P. 1602-1615.

42. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine & Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology. (2008). "Ovarian Tissue and Oocyte Cryopreservation". Fertil Steril, 90 (5 Suppl), S241-6.

43. Blyth, Eric & et al. (2013). "Freezing the Biological Clock: A Viable Fertility Preservation Option for Young

"Preimplantation Genetic Screening: A Systematic Review and Meta-Analysis of RCTs". Hum Reprod Update, 17 (4). P. 454-466.

54. Harper Joyce C. & et al. (2013). "Current Issues in Medically Assisted Reproduction and Genetics in Europe: Research, Clinical Practice, Ethics, Legal Issues and Policy. European Society of Human Genetics and European Society of Human Reproduction and Embryology". Eur J Hum Genet, 21 Suppl 2, S1-21.

55. The Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology & Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2008). Preimplantation Genetic Testing: A Practice Committee Opinion. Fertil Steril, 90 (5 Suppl): S136-43.

56. Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. (2013). "Use of Preimplantation Genetic Diagnosis for Serious Adult Onset Conditions: A Committee Opinion". Fertil Steril, 100 (1), P. 54-57.

57. George, Robert P. & Patrick Lee. (2009). "Embryonic Human Persons. Talking Point on Morality and Human Embryo Research". EMBO Rep, 10 (4), P. 301-306.

58. Birkhauser, Martin. (2013). "Ethical Issues in Human Reproduction: Protestant Perspectives in the Light of European Protestant and Reformed Churches". Gynecol Endocrinol, 29 (11), P. 955-959.

59. Schenker, Joseph G. (2005). "Assisted Reproductive Practice: Religious Perspectives". Reprod Biomed Online, 10 (3), P. 310-319.

۶۰. مشکینی، علی. (۱۳۷۹). مصطلحات الفقه. قم، دفتر نشر الهادی، ص ۱۹۰.

61. Serour, Gamal I. (2008). "Islamic Perspectives in Human Reproduction". Reprod Biomed Online, 17 Suppl 3, P. 34-38.

۶۲. قوه‌ی قضائیه. (۱۳۹۲). روزنامه‌ی رسمی جمهوری اسلامی ایران: قانون مجازات اسلامی، ماده‌ی

Singapore Women?". Ann Acad Med Singapore. 42 (9), P. 472-477.

44. Mertes, Heidi & Guido Pennings. (2011). "Social Egg Freezing: for Better, Not for Worse". Reprod Biomed Online, 23 (7), P. 824-829.

45. American College of Obstetricians & Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. (2014). "Female Age-Related Fertility Decline. Committee Opinion No. 589". Fertil Steril, 101 (3), P. 633-634.

46. Pellestor, Franck & et al. (2003). "Maternal Aging and Chromosomal Abnormalities: New Data Drawn from in Vitro Unfertilized Human Oocytes". Hum Genet, 112 (2), P. 195-203.

47. Omani Samani, Reza & et al. (2008). "Posthumous Assisted Reproduction from Islamic Perspective". Int J Fertil Stril, 2 (2), P. 96-100.

48. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2013). "Posthumous Collection and Use of Reproductive Tissue: A Committee Opinion". Fertil Steril, 99 (7). P. 1842-1845.

49. Ahuja, Kamal. (2008). "The Need for a Father: Mixed Messages in the UK's New Legislation on Gamete Donors?". Reprod Biomed Online, 17 (1), P. 7.

50. Alizadeh, Leila & et al. (2012). "Posthumous Assisted Reproduction: Patients' Rights and Islamic View". Iran J Med Ethics Hist Med, 5 (4), P. 25-35.

51. Middleton, Sara L. & Michael D Buist. (2009). "Sperm Removal and Dead or Dying Patients: A Dilemma for Emergency Departments and Intensive Care Units". Med J Aust, 190 (5), P. 244-246.

52. Scriven, Paul N. & Caroline Mackie Ogilvie. (2007). "Fluorescence in Situ Hybridization on Single Cells. (Sex Determination and Chromosome Rearrangements)". Methods Mol Med, 132, P. 19-30.

53. Mastenbroek, Sebastiaan & et al. (2011).

Arguments for and Against Sperm Sorting for Non-Medical Sex Selection: A Review". *Reprod Biomed Online*, 26 (3), P. 231-239.

76. Dondorp, Wybo & et al. (2013). "ESHRE Task Force on Ethics and Law 20: Sex Selection for Non-Medical Reasons". *Hum Reprod*, 28 (6), P. 1448-1454.

77. Omani Samani, Reza & et al. (2009). "Debate in Embryo Donation: Embryo Donation or Both-Gamete Donation?". *Reprod Biomed Online*, 19 Suppl 1, P. 29-33.

۷۸. قوهی قضائیه. (۱۳۸۲). روزنامه‌ی رسمی جمهوری اسلامی ایران: قانون اهدای جنین به زوج نابارور. قابل دسترسی در: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/۹۳۹۴۳>.
۷۹. صادقی مقدم، محمدحسن. (۱۳۹۲). «نسب وارث جنین آزمایشگاهی». حقوق پزشکی، دوره‌ی ۷، ش ۲۴، صص ۶۵ تا ۸۲.

۸۰. نظری، اعظم. (۱۳۸۹). «بررسی فقهی نسب کودک پدیدآمده از تلقیح مصنوعی». مجله‌ی فقه و تاریخ تمدن، دوره‌ی ۲۳، ش ۶، صص ۱۴۹ تا ۱۷۸.

۸۱. طباطبایی حساری، نسرين. (۱۳۸۷). «نسب ناشی از تلقیح مصنوعی». مجله‌ی تحقیقات زنان، دوره‌ی ۲، ش ۲، صص ۵۷ تا ۷۹.

۸۲. مرقاتی، سیدطه. (۱۳۸۳). «نسب ناشی از لقاح مصنوعی با دخالت عامل بیگانه». مقالات و بررسی‌ها، دوره‌ی ۷۳، ش ۳، صص ۱۲۵ تا ۱۴۸.

۸۳. برهانی، نسیم و همکاران. (۱۳۸۸). «اصل بی‌نام‌بودن و محرمانگی در اهدای گامت و جنین، چالش هزاره‌ی سوم». مجله‌ی اخلاق پزشکی، دوره‌ی ۳، ش ۸، صص ۱۷۵ تا ۱۷۸.

84. Frith, Lucy. (2001). "Gamete Donation and Anonymity: The Ethical and Legal Debate". *Hum Reprod*, 16 (5), P. 818-824.

85. Ravelingien, An & Guido Pennings. (2013). "The Right to Know Your Genetic Parents: From Open-Identity Gamete Donation to Routine Paternity Testing". *Am J Bioeth*, 13 (5), P. 33-41.

۸۶. عبدالله‌زاده، آزاده و همکاران. (۱۳۸۶). «محرمانگی در درمان ناباروری». مجله‌ی پایش، دوره‌ی ۶، ش ۴، صص ۳۵۵ تا ۳۶۳.

۸۷. پوربخش، سیدمحمدعلی. (۱۳۸۸). «درمان ناباروری و رازداری در اهدای گامت». مجله‌ی اخلاق پزشکی، دوره‌ی ۳، ش ۷، صص ۱۶۵ تا ۱۶۸.

88. Ramskold, Louise Anna Helena & Marcus Paul Posner. (2013). "Commercial Surrogacy: How Provisions of Monetary Remuneration and Powers

۶۱۷، دست‌یافتنی در سایت روزنامه‌ی رسمی: www.rooznamehrasmi.ir

63. Shaw, Alison. (2014). "Rituals of Infant Death: Defining Life and Islamic Personhood". *Bioethics*, 28 (2), P. 84-95.

64. Crockin, Susan L. & et al. (2013). "Costa Rica's Absolute Ban on in Vitro Fertilization Deemed a Human Rights Violation: Implications for U. S. Assisted Reproductive Technology Policy and "Personhood" Initiatives". *Fertil Steril*, 100 (2), P. 330-333.

65. Cheong, May Anne & Catherine Swee Kian Tay. (2014). "Application of Legal Principles and Medical Ethics: Multifetal Pregnancy and Fetal Reduction". *Singapore Med J*, 55 (6), P. 298-301.

66. Dickens, Bernard M & Rebecca J. Cook. (2008). "Multiple Pregnancy: Legal and Ethical Issues. *Int J Gynaecol Obstet*", 103 (3), P. 270-274.

67. Devine, Patricia C. & Fergal D. Malone. (2004). "Maternal Complications Associated with Multiple Pregnancy". *Clin Obstet Gynecol*, 47 (1), P. 227-236.

68. Campbell, Doris. (2001). "A Review of Maternal Complications of Multiple Pregnancy". *Twin Res*, 3 (4), P. 146-149.

۶۹. احمدی، سیدمهدی و همکاران. (۱۳۸۴). «کاهش جنین در حاملگی چندقلویی». مجله‌ی باروری و ناباروری، دوره‌ی ۶، ش ۴، صص ۴۴۱ تا ۴۴۹.

70. Hens, Kristien & et al. (2013). "Comprehensive Embryo Testing. Experts' Opinions Regarding Future Directions: An Expert Panel Study on Comprehensive Embryo Testing". *Hum Reprod*, 28 (5), P. 1418-1425.

71. Dickens, Bernard M. (2005). "Preimplantation Genetic Diagnosis and 'Savior Siblings'". *Int J Gynaecol Obstet*, 88 (1), P. 91-96.

72. Strode, Ann Elaine & Sheetal Soni. (2011). "Preimplantation Diagnosis to Create "Saviour Siblings": A Critical Discussion of the Current and Future Legal Frameworks in South Africa". *S Afr Med J*, 1, P. 21-24.

73. Strong, Kimberly A. (2009). "Informing Patients about Emerging Treatment Options: Creating "Saviour Siblings" for Haemopoietic Stem Cell Transplant". *Med J Aust*, 190 (9), P. 506-507.

74. Sills, Eric Scott & Gianpiero D Palermo. (2002). "Preimplantation Genetic Diagnosis for Elective Sex Selection, the IVF Market Economy, and the Child-aAnother Long Day's Journey into Night?". *J Assist Reprod Genet*, 19 (9), P. 433-7.

75. Kalfoglou, Andrea L. & et al. (2013). "Ethical

92. Gong, Dan & et al. (2009). "An Overview on Ethical Issues about Sperm Donation". *Asian J Androl*, 11 (6), P. 645-652.
93. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. (2014). "Repetitive Oocyte Donation: A Committee Opinion". *Fertil Steril*, 102 (4), P. 964-966.
۹۴. رضانیامعلم، محمدرضا. (۱۳۸۳). باروری‌های پزشکی از دیدگاه فقه و حقوق. قم: بوستان کتاب، ص ۱۲۰.
۹۵. خالد منصور، محمد. (۱۹۹۹). الأحكام الطبية المتعلقة بالنساء فی الفقه الاسلامی. اردن: دارالنفاس.
۹۶. عبدالنبی سلامه، زیاد احمد. (۱۹۹۶). الاطفال الانابيب بین الشریعه و العلم. عمان: دارالعربیه للعلوم.
- of International Law can Prevent Exploitation of Gestational Surrogates". *J Med Ethics*, 39 (6), P. 397-402.
89. Aramesh, Kiarash. (2009). "Iran's Experience with Surrogate Motherhood: An Islamic View and Ethical Concerns". *J Med Ethics*, 35 (5), P. 320-322.
90. Heng, Boon Chin. (2006). "Advances in Oocyte Cryopreservation Technology will Eventually Blur the Ethical and Moral Boundaries between Compensated Egg Sharing and Commercialized Oocyte Donation". *Reprod Biomed Online*, 12 (3), P. 280-281.
91. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. (2013). "Recommendations for Gamete and Embryo Donation: A Committee Opinion". *Fertil Steril*, 99 (1), P. 47-62.

فصل هجدهم

ملاحظات اخلاقی در مراقبت‌های پایان حیات

دکتر مینا مبشر، دکتر علیرضا باقری

۱. مقدمه

پزشک یا بستگان بیمار، برای ادامه و ختم حیات او تصمیم‌هایی گرفته می‌شود.

از طرف دیگر، پزشک نیز مطمئن نیست که این درمان‌ها تا چه حد موفقیت‌آمیزند؛ با وجود تمام فناوری‌های پیشرفته‌ی پزشکی، امکان پیش‌بینی وضعیت بیمار در اکثر مواقع وجود ندارد. در واقع، انسان در حال حاضر به واسطه‌ی دانش و فناوری‌های مدرن، گام‌هایی را به سوی طولانی‌تر کردن حیات دنیوی برداشته است؛ اما استفاده از آن‌ها گاه نجات‌بخش بیمار نیست و صرفاً طولانی‌کننده‌ی فرایند مرگ است. بدین ترتیب، بیماران در حال مرگ با چالش‌هایی پیچیده و منحصر به فرد روبه‌رو هستند که وضعیت جسمانی، روحی، روانی و معنوی آن‌ها را تهدید می‌کند. بسیاری بیماران مرگ‌های طولانی و دردناکی را تجربه می‌کنند و مراقبت‌های ناخواسته، گران‌قیمت و تهاجمی دریافت می‌کنند. بسیاری از

یکی از پرچالش‌ترین موضوعات اخلاق پزشکی در دنیای کنونی، مسائل مربوط به پایان حیات و مراقبت‌های آن است. با افزایش میانگین سنی در جوامع مختلف و از طرف دیگر پیشرفت فناوری‌های پزشکی و دستیابی درمانگران به امکانات متنوع درمانی و مراقبتی، مراقبت‌ها و تصمیم‌های خاتمه‌ی حیات شکلی جدید به خود گرفته، با چالش‌های جدیدی روبه‌رو شده است. افرادی که گاهی حتی بدون تشخیص قطعی در خانه‌ی خود جان می‌بازند، حالا مورد انواع آزمایش‌های تشخیصی قرار گرفته، درمان‌های پیشرفته و تهاجمی دریافت می‌کنند؛ البته این نوع اقدامات، الزاماً نمی‌توانند بیمار را به یک زندگی طبیعی و فعال برگردانند. در بسیاری مواقع، در این فرایند به خواسته‌ی خود بیمار نیز توجه نمی‌شود و تنها با صلاح‌دید

افراد گرفتار این‌گونه بیماری‌ها، طی مرحله‌ای از بیماری و حیات خود در وضعیتی قرار می‌گیرند که دانش گسترده و قدرتمند پزشکی تنها می‌تواند آنان را زنده نگه‌دارد؛ ولی بیمار به زندگی فعال و طبیعی خود بر نمی‌گردد. گاهی مدت‌ها در این وضعیت باقی می‌ماند.

در مواقعی بیمار به مراقبت‌های پیشرفته‌ی مراکز مراقبت‌های ویژه وابسته است؛ اما قلب می‌تپد و تنفس برقرار است. این‌گونه افراد، «بیماران در مراحل پایانی زندگی (انتهاپی)» و مراقبت‌های آنان «مراقبت‌های پایان حیات» نامیده می‌شوند. مطابق تعریف استاندارد، بیمار انتهای بیماری است که دچار یک بیماری پیشرفته‌ی ناعلاج است که به اقدامات فعال درمانی پاسخ نمی‌دهد و بیماری به مرحله‌ای رسیده است که درمان‌شدنی و شفاپذیر نیست و نتیجه‌ی آن مرگ بیمار طی مدت‌زمان کوتاهی است؛ البته می‌توان با اقدامات حمایتی، شرایط بهتر را برای زندگی بیمار تا هنگام مرگ فراهم کرد (۱).

تعریف انتهای‌بودن بیماری در انواع بیماری‌ها، خاص همان بیماری است؛ ولی وجه مشترک همه‌ی آن‌ها، نبود درمان اساسی برای بیماری زمینه‌ای است. در این مواقع، اگر بیماری سیر طبیعی خود را طی کند عمر بیمار شش ماه یا کمتر است؛ البته تعیین این مدت تنها برپایه‌ی داوری‌های فردی است؛ لذا کاملاً مستند نیست. به همین علت پزشکان محتاطانه و در موارد محدودی طول عمر بیمار را تخمین می‌زنند.

درمان‌های پزشکی به سه شکل «معالجه‌کننده»، «طولانی‌کننده‌ی حیات» و «تسکینی»

انجام می‌شوند. گاهی، عوارض درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات بیشتر از منافع آن است و به نظر نمی‌رسد اقدامات درمانی با موفقیت همراه باشند و قطع آن‌ها لازم است. امروزه، سیستم مراقبت سلامت با دوره‌های اخلاقی فراوانی درباره‌ی تصمیم‌های مراحل انتهای حیات روبه‌روست و بحث‌های زیادی در زمینه‌ی انتقال درمان‌ها و مراقبت‌ها از شکل طولانی‌کننده‌ی حیات به شکل تسکینی وجود دارد؛ از این‌رو، طبق اصول اخلاق پزشکی، اتونومی، سودرسانی، ضررنرساندن و عدالت مباحث اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های خاتمه‌ی حیات بسیار گسترده بوده و در پیوند با آن بحث‌هایی چون بی‌فایده‌گی (بی‌نتیجه) درمان‌های پزشکی، کیفیت حیات، عدالت، ظرفیت، رضایت آگاهانه، خودمختاری بیمار، تصمیم‌گیری جایگزین، بهترین منافع بیمار و پدرسالاری مطرح می‌شوند. در مواقع زیادی اقدامات طولانی‌کننده‌ی حیات، نقش مراقبت‌ها و امکانات پیشرفته‌ی پزشکی را در بخش‌های مراقبت ویژه دچار ابهام کرده است؛ زیرا این مراقبت‌ها تنها فرایند مرگ را طولانی می‌کنند و مرگ را از روند طبیعی خارج ساخته و به پدیده‌ای مصیبت‌بار و ضد کرامت انسانی مبدل می‌سازند.

در تمام دنیا یکی از مهم‌ترین و اثرگذارترین عوامل در تصمیم‌های اخلاقی مراحل انتهای زندگی، ارزش‌های دینی است. تمامی ادیان نیز به مباحثی در مقوله‌ی مرگ و حرمت حیات انسان پرداخته‌اند. رویکرد غالب اخلاق پزشکی نوین در این زمینه، توجه به آزادی انتخاب به‌عنوان عامل اصلی اتخاذ تصمیم در پایان حیات است؛ اما در دیدگاه اسلامی، انسان مختار به هرگونه تصمیم برای خاتمه‌ی حیات

بیمار می‌داند که احتمال ایست قلبی تنفسی بیمار وجود دارد و با توجه به وضعیت بیمار می‌داند احیای قلبی ریوی برای او نجات‌بخش نیست. پزشک در ضمن می‌داند که فرزند بیمار از این موضوع آگاه نیست و همواره اصرار دارد که هر کاری ممکن است برای مادرش انجام شود. در همین حال، علی‌رغم انجام دادن اقدامات لازم، وضعیت تنفسی بیمار بدتر می‌شود و بیمار بعد از گذشت چند ساعت از بستری، دچار ایست قلبی تنفسی می‌شود. اگر شما پزشک معالج باشید چه تصمیمی می‌گیرید؟

معرفی نمونه‌ی دوم

در نمونه‌ی پیشین، فرزند و وابستگان نزدیک، با توجه به روند بیماری و بستری‌های مکرر بیمار، بعد از گذشت مدت کوتاهی از بستری، هنگامی که حال بیمار علی‌رغم اقدامات انجام‌شده روبه وخامت می‌گذارد تقاضای ترخیص او را دارند و از پزشک می‌خواهند در صورت ایست قلبی تنفسی، عملیات احیا انجام نشود. اگر شما پزشک معالج باشید چه تصمیمی می‌گیرید؟

۱. دیدگاه اخلاقی

تصمیم درباره‌ی قطع، آغاز نکردن یا ادامه‌ی درمان نگه‌دارنده‌ی حیات، مثل جنبه‌های دیگر پزشکی به بررسی اخلاقی نیاز دارد. وقتی از پزشکان درخواست می‌شود برای انجام و ادامه‌ی مداخلاتی که می‌دانند سودی ندارند یا سود اندکی دارند اقدام کنند، احساس می‌کنند قادر به رعایت اصول تعهدات حرفه‌ای همچون: ضرر نرساندن نیستند.

خود نیست. گو اینکه در شرایطی که به بهره‌مندی بیمار از درمان‌ها امیدی نیست، پزشک ملزم به ادامه درمان‌های بیهوده (بی‌نتیجه) نیست. از طرف دیگر، محدودیت منابع، همواره ما را در تنگنای انتخاب و اولویت‌بندی بیماران نیازمند قرار می‌دهد؛ بنابراین، بررسی و مطالعه‌ی چالش‌ها و تعارضات اخلاقی در مراقبت‌های پایان حیات حائز اهمیت است؛ چراکه پزشکان نجات‌بخش جان انسان‌ها و درمانگر بیماری‌ها و دردها و آلام آنان هستند و همواره با بیمارانی روبه‌رو می‌شوند که نجات جانشان غیرممکن است و ادامه یا قطع درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات در آن‌ها مبهم و سؤال‌برانگیز است.

بخش اول: مراقبت‌های پایان حیات (۱)

معرفی نمونه‌ی اول

خانم «الف» بیماری ۸۲ ساله است که دچار دمانس متوسط تا شدید، نارسایی قلبی پیشرفته، آمفیزم^۱ و دیابت قندی است. به علت عوارض دیابت بیمار در حال حاضر دچار نوروپاتی^۲ و نفروپاتی^۳ است. دو روز بعد از ترخیص از بیمارستان، او به علت مشکل تنفسی، باید دوباره در بیمارستان بستری شود. دفعه‌ی قبل نیز او به همین علت بستری شده و در بخش مراقبت‌های ویژه با استفاده از لوله‌گذاری، آنتی‌بیوتیک و دیورتیک درمان شده است. این دفعه بعد از پذیرش، درمان برای بیمار آغاز شده است. پزشک

1. Emphysema
2. Neuropathy
3. Nephropathy

ببرد و این باعث کاهش اعتماد به پزشک می‌شود. البته یکی از عوامل مؤثر بر حقیقت‌گویی پزشک شرایط فرهنگی و اجتماعی است. در جوامعی که پزشکی بیشتر بر دیدگاه بیمارمحور استوار است و اطلاع بیمار از وضعیت بیماری به‌عنوان حق او تلقی می‌شود، پزشکان بیشتر در این امر آموزش می‌بینند و برای افشای حقایق می‌کوشد؛ اما در جوامعی که دیدگاه پدرسالارانه در رابطه‌ی پزشک و بیمار حاکم است، تمایل و آموزش پزشکان در بیان حقایق کمتر است و افشای بخش‌های مهمی از اطلاعات و چگونگی افشای آن نیز با صلاحدید آن‌ها انجام می‌شود. به‌گونه‌ای که حتی بدون آگاهی بیمار، اطلاعات لازم تنها در اختیار وابستگان نزدیک او قرار می‌گیرد (۲، ۳، ۴).

۳. تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین

در نظام‌های ارائه‌ی مراقبت‌های سلامت بیمارمحور، براساس تفکر احترام به استقلال فردی، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی بسیار مهم است. چنانچه بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، بعد از دریافت اطلاعات و پیشنهادهای پزشک، خواسته و نظر خود را بیان می‌کند. در مواقعی که بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است، وجود تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین می‌تواند کمک‌کننده باشد؛ زیرا برخی مواقع ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت با شرایطی روبه‌رو می‌شوند که خواست بیمار مشخص نیست و کسی نیز برای تصمیم‌گیری به جای بیمار فاقد ظرفیت وجود ندارد، مخصوصاً در مواردی که ادامه‌ی حیات بیمار مطرح است اتخاذ تصمیم برای آنان بسیار مشکل

اختلاف‌نظر بین افراد در این خصوص، موجب ایجاد تعارضاتی می‌شود. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت هر روز با چنین تعارضاتی روبه‌رو می‌شوند. یکی از مشکل‌ترین تعارض‌ها، رویارویی پزشکان با موقعیت‌های مربوط به درمان‌های غیرمؤثر بر حفظ حیات بیمار و تعارض با اعضای خانواده هنگام قطع یا آغاز نکردن این درمان‌هاست.

۲. حقیقت‌گویی

یکی از مسائل و چالش‌های اخلاقی در مراقبت بیماران انتهایی، گفتن حقیقت به بیمار و وابستگان است. حقیقت‌گویی عبارت است از ارائه‌ی اطلاعات لازم به بیمار که می‌تواند برای اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه در خصوص اقدامات درمانی و پزشکی و سایر جنبه‌های زندگی به بیمار کمک کرده و او را از وضعیت موجود آگاه سازد. اگرچه حقیقت‌گویی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر ایجاد اعتماد در رابطه‌ی پزشک و بیمار مطرح است، بعضی معتقدند که در بیان حقایق مربوط به بیماری‌های صعب‌العلاج یا مرگ‌بار به بیماران باید احتیاط کرد و در مواقعی که احتمال آسیب روحی برای بیمار وجود دارد از انتقال کامل اطلاعات خودداری کرد؛ اما بعضی دیگر بر این باورند به دلیل اینکه حقیقت‌گویی امری پسندیده است و منافع آن از کتمان حقیقت بیشتر است باید حقایق مربوط به بیماری و وضعیت بیمار به اطلاع او رسانده شود. از طرف دیگر، قاعده‌تاً بیمار برای اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه به دریافت اطلاعات نیاز دارد. در ضمن، در جریان بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج، بیمار ممکن است از طریق افراد دیگری غیر از پزشک خود به حقایق بیماری پی

تصمیم‌گیری توسط فرد جایگزین به این معنی نیست که اگر آن‌ها جای بیمار بودند، می‌خواستند چگونه درمان شوند، بلکه به این معنی است که جایگزین تعیین کند اگر بیمار در این شرایط قادر به تصمیم‌گیری و اظهارنظر بود، احتمالاً چه روش درمانی را انتخاب می‌کرد (۶). این مسأله بسیار مهم است و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باید اطمینان داشته باشند که جایگزین نقش خود را درک می‌کند. تصمیم باید براساس عوامل زیر گرفته شود:

الف. خواسته‌های خاص بیمار که قبلاً توسط او بیان شده‌اند.
ب. اگر خواسته‌های بیمار شناخته‌شده نیست، ارزش‌ها و باورهای بیمار مشخص شود.
ج. اگر خواسته‌های خاص بیمار و ارزش‌ها و باورهای او شناخته‌شده نیست، منافع او مشخص شود (البته از منظر معارف اسلامی، مصالح بیمار ارجحیت دارد).

حرفه‌مندان خدمات سلامت باید تصمیم‌گیرندگان جایگزین را درباره‌ی بررسی منافع بیمار یا خواسته و باورهای او راهنمایی کنند. اگر آن‌ها تشخیص دهند که تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین، انتخابی مشخصاً متفاوت با بیمار دارد، با موقعیتی دشوار روبه‌رو هستند و باید در جست‌وجوی نظر همکاران، مشاوران اخلاق یا دیدگاه قانونی موجود باشند (۷، ۸، ۹).

۴. درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات و درمان‌های بهبوده (بی‌فایده یا بی‌نتیجه)

افزایش دستیابی به فناوری‌های حمایت‌کننده و حفظ‌کننده‌ی حیات (مثل تهویه‌ی مکانیکی) به

است و منجر به نگرانی شدید آن‌ها از لحاظ اخلاقی می‌شود. در بسیاری مواقع، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند بیمارانی را که در معرض خطر کاهش ظرفیت تصمیم‌گیری هستند، بشناسند. همچنین، آن‌ها قادر هستند بیمارانی را که در تضاد با خانواده بوده و احتمالاً در تصمیم‌گیری‌های آینده دچار مشکل خواهند شد، تشخیص دهند.

تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین، می‌تواند نماینده‌ی قانونی فرد، عامل ارائه‌ی خدمات سلامت، همسر، فرزندان بالغ، خواهران یا برادران بالغ بیمار باشند. تصمیم‌گیرندگان جایگزین معمولاً سعی می‌کنند به آنچه بیمار می‌خواهد توجه کنند؛ درحالی‌که واقعاً تمایلات خود را در نظر می‌گیرند. پژوهش‌ها ثابت کرده است که اعضای خانواده به‌سختی می‌توانند به ترجیحات افراد مورد علاقه‌ی خود را نسبت به درمان‌های حفظ‌کننده‌ی حیات توجه کنند (۵ و ۶).

تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین باید فرد یا افرادی باشند که بیشترین آگاهی را از خواسته‌های بیمار یا ارزش‌ها و باورهای او در موقعیت جدید داشته باشند. به‌طور کلی، وابستگان بیمار به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین ترجیح داده می‌شوند؛ چراکه آن‌ها به اندازه‌ی کافی بیمار را می‌شناسند؛ البته گاهی ممکن است بیمار از همسر، والدین، فرزندان یا خواهر و برادرها دور باشد؛ ولی یک دوست تمایلات و علایق بیمار را بهتر بشناسد. گاهی تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین در دسترس نیست یا به نظر می‌رسد تصمیم گرفته‌شده با ترجیحات بیان‌شده‌ی قبلی بیمار یا منافع او در تعارض است؛ در این مواقع، باید تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین توسط یک مرجع قانونی تعیین شود.

این معنی است که علم پزشکی می‌تواند مرگ را

برای مدت کوتاهی به تأخیر اندازد؛ اما قادر نیست بیمار را علاج کند یا فرایند فیزیولوژیک مرگ را برگرداند. بنابراین، یکی از چالش‌های مهمی که پزشکان با آن روبه‌رو هستند تصمیم‌گیری درباره‌ی روند ادامه‌ی درمان‌های بیماران انتهایی و بیمارانی است که به مراحل صعب‌العلاج یا لاعلاج بیماری خود رسیده‌اند؛ از این‌رو، اغلب بیهودگی درمان در زمانی مطرح می‌شود که درمان به‌صورت ارائه‌ی درمان‌هایی است که پیش‌آگهی بیماری را بهبود نمی‌دهند یا بقای بیمار را افزایش نمی‌دهند (۱۰). درمان بیهوده از گذشته‌های دور در علم طب مطرح بوده است. بقراط یکی از اهداف درمانی را تخفیف رنج و درد فردی که بیماری بر او غلبه کرده است می‌داند و یکی از وظایف پزشکان را پرهیز از درمان بیماران مغلوب بیماری ذکر می‌کند (۱۱)؛ البته تعریف دقیق بیهودگی درمان مشکل است.

درمان بیهوده همواره باید براساس یک مداخله‌ی خاص و نتیجه‌ی حاصل از آن بررسی شود. در سال ۱۹۹۰، اشنایدرمن^۱ و همکارانش، لزوم بررسی مداخلات پزشکی و منافع آن را مطرح کرده‌اند. آن‌ها معتقد بودند که هدف درمان پزشکی اثرگذاری بر قسمتی از آناتومی، فیزیولوژی یا شیمی بدن بیمار نیست؛ بلکه هدف منافع بیمار به‌عنوان یک کل است (۱۲). همچنین درمان بیهوده باید در زمینه‌ی استانداردهای مراقبتی تعریف شود و حتی تأمین کمترین منافع کیفی و کمی ممکن برای بیمار، می‌تواند در دایره‌ی اهداف فعالیت‌های پزشکی قرار

گیرد (۱۳).

بدین لحاظ دو نوع بیهودگی کمی و کیفی را مطرح کردند. بیهودگی کمی به این معنی است که از نظر آماری، شانس دستیابی به هدف (پاسخ به درمان) وجود دارد، ولی چنین نتیجه‌ای بسیار غیرمحتمل است و از نظر کلی حاصل نخواهد شد. پزشکان درباره‌ی آستانه‌ی بیهودگی کمی اتفاق نظر ندارند (۱۴). مقاله‌های انتشاریافته در این زمینه کم هستند و متغیرهایی مانند شدت بیماری یا دیگر مشکلات پزشکی همراه را نمی‌توان مدنظر قرار داد. بیهودگی کیفی، طبق نظر اشنایدرمن و همکارانش، شامل مداخله‌ای است که ممکن است شانس خوبی برای ایجاد اثری خاص داشته باشد، اما اثر آن نفعی برای بیمار ندارد؛ البته در این باب، مشکل این است که منفعت بیمار، مفهومی با بار ارزشی است و ممکن است ارزش‌های بیماران با ارزش‌های پزشکان یکسان نباشد (۱۵)؛ به عنوان مثال اشنایدرمن و همکارانش، با درنظرگرفتن بیمارانی که به مانیتور مداوم، حمایت تنفسی و مراقبت ویژه‌ی پرستاری نیاز دارند، درمی‌یابند که گاهی هدف ارزشمند این بیماران، ادامه‌ی زندگی برای خداحافظی با یکی از بستگان است و قضاوت درباره‌ی اعتبار این هدف به شفقت پزشک برمی‌گردد. بسیاری این دیدگاه را نوعی از دیدگاه‌های نپذیرفتنی پدرسالاری می‌دانند. از سوی دیگر اقدام به درمان بیهوده و انجام دادن درمان‌های دارای عوارض فراوان برای بیمار در پایان زندگی‌اش نگران‌کننده است؛ اما تعریف دقیق آن، همچنان مشکل است.

1. Schneiderman

۵. عوامل بروز تعارض در برخورد با درمان‌های بیهوده (بی‌فایده یا بی‌نتیجه)

۵-۱. بیماران و بستگان

بروز تعارضات در برخورد با درمان‌های بیهوده نتیجه‌ی ارتباط ضعیف بین بیماران و بستگان آن‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و شرایطی است که در مراکز ارائه‌ی خدمات مراقبت اورژانسی وجود دارد؛ برای مثال، گاهی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اهداف درمانی مدنظر بیمار یا همراهان او را نمی‌شناسند و بنابراین در بحث‌هایی که با بیماران و خانواده‌ی آن‌ها دارند بیشتر بر مداخلات درمانی خاص تأکید دارند تا اهداف این مداخلات که ممکن است به آن دست پیدا نکنند.

پزشکان باید به روشن‌شدن اهداف بیماران کمک کنند و سپس درمان‌هایی را انتخاب کنند که آنان را در دستیابی به این اهداف یاری رسانند. به عبارت دیگر، اگر هدف بیمار افزایش طول عمر بدون توجه به کیفیت زندگی است، مداخله‌ی تهاجمی ممکن است اصلاً بیهوده نباشد. گاهی مشکل‌ترین وظیفه‌ی پزشک این است که به بیمار و خانواده‌اش کمک کند تا هدف درمانی را مشخص کنند؛ اما ممکن است تعیین هدف درمانی امکان نداشته باشد. گاهی بیماران یا خانواده‌ی آنان به‌طور غیرمعقولی متقاضی انجام مراقبتی خاص برای بیمار هستند؛ زیرا آن‌ها واقعیت‌های بالینی را نمی‌دانند. سردرگمی، یکی دیگر از دلایلی است که باعث می‌شود بیماران و خانواده‌های آنان درمان‌هایی را درخواست کنند که به نظر پزشکان بیهوده هستند. طبق شواهد موجود، پزشکان درباره‌ی درمان‌های بیهوده توافقی ندارند؛ بنابراین،

بیمار یا خانواده‌ی او بعد از اینکه با پزشکان مختلف صحبت می‌کنند کاملاً سردرگم می‌شوند؛ زیرا هر یک از پزشکان درباره‌ی درمان بیهوده تفکر خاصی دارند. در مراکز پزشکی بزرگ، بیماران اغلب توسط مشاوران متخصص متعدد ویزیت می‌شوند که هر یک در زمینه‌ای مشخص تخصص دارند و ممکن است اطلاعاتی بدهند که در آن به پیش‌آگهی کلی بیمار خوب توجه نکرده باشند. مهم‌ترین راهکار حل تعارضات ایجادشده در مراقبت‌های پایان حیات این است که به همه‌ی افرادی که درگیر مراقبت بیمار هستند کمک شود تا با درک مشترکی از پیش‌آگهی واقعی بیماری عمل کنند و اهداف بیمار و خانواده را که دست‌یافتنی است در کانون توجه قرار دهند (۱۵). در مواقعی هم درخواست درمان‌های بیهوده ناشی از بی‌اعتمادی است؛ البته ممکن است در این زمینه عوامل فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی نیز بر برداشتها و نگرش‌ها تأثیر بگذارد.

۵-۲. پزشکان

پیشرفت‌های تکنولوژی پزشکی باعث شده است که تقریباً برای هر نوع نارسایی در ارگان‌ها بتوان مداخله‌ای مؤثر اعمال کرد؛ اما تقاضاهای بیماران و خانواده‌ی آنان و ترس از شکایت، منجر به بی‌توجهی دوباره به مفهوم درمان بیهوده در دهه‌های اخیر شده است و این در حالی است که پزشکان، بیماران، متخصصان اخلاق و اعضای خانواده‌ی بیماران متوجه می‌شوند که مداخلات انجام‌شده وضعیت بیماری و روند مرگ را تغییر نمی‌دهند؛ از این رو، تدوین دستورالعمل در حوزه‌ی درمان بیهوده، برای تغییر اهداف مراقبتی لازم است. با توجه به نبود منافع درمانی و حتی ایجاد ضرر، توجه به

شروع درمان‌های تسکینی یا مواردی که قطع درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات منجر به نجات جان فرد دیگری می‌شود، تأییدی بر تفاوت اخلاقی میان این انواع اتانازی است. به نظر می‌رسد در این حوزه به کاری جدی‌تر و تدوین راهنماهای عملی روشن و شفاف نیازمند هستیم تا جامعه‌ی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از سردرگمی در این باره رهایی یابند؛ زیرا از منظر اخلاقی، قطع کردن یا ادامه‌ندادن درمان‌های حمایتی زندگی، با خودکشی به کمک پزشک و اتانازی تفاوت‌هایی دارند.

۶. اتانازی

در حال حاضر، چارچوبی اخلاقی که بتواند به‌سادگی و بدون ابهام در جهت تصمیم‌گیری برای ادامه‌نیافتن درمان‌های حفظ‌کننده‌ی حیات به کار گرفته شود وجود ندارد. حتی در مواردی، بهترین تلاش‌ها و عاقلانه‌ترین تصمیم‌ها از نظر اخلاقی، مشکل‌ساز و از نظر احساسی غیرانسانی به نظر می‌رسند. تصمیماتی که در زمینه‌ی حفظ یا کوتاه کردن زندگی بیمار باید اتخاذ شوند، موضوعات اخلاقی بسیار زیادی را به دنبال دارند؛ از جمله مهم‌ترین آن‌ها، موضوع اتانازی^۱ است. در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، تشخیص بین اتانازی فعال^۲ و غیرفعال^۳ مطرح بود؛ استفاده نکردن از درمان‌های نگاه‌دارنده‌ی حیات، به‌صورت توقف آن‌ها یا شروع نکردن این درمان‌ها، به‌عنوان اتانازی غیرفعال شناخته می‌شد. با توجه به اینکه با استفاده از اصطلاح اتانازی، به‌سرعت اتانازی فعال به ذهن

اصل احترام به اختیار بیمار یا نظرتصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین، می‌توانند راهکارهای مناسبی در توجیه اخلاقی عدم به‌کارگیری درمان‌های بیهوده باشند. برخی مواقع، به اتونومی پزشک برای تجویز مداخلاتی که بیهوده تلقی می‌شوند، توجه نمی‌شود. از طرف دیگر، عدالت توزیعی نیز از نظر اخلاقی مهم است. منابع محدود باید در اختیار کسانی قرار بگیرد که از آن سود می‌برند و پزشکان نباید مداخلاتی را به کار گیرند یا ادامه دهند که منفعتی برای بیمار ندارد (۱۶).

همه‌ی مطالعات یافته‌هایی را نشان می‌دهند که طبیعت پیچیده و وابسته به زمینه‌های اجتماعی در این تصمیمات را به ما یادآوری می‌کند و بر این امر تأکید می‌کند که در مراقبت‌های پایان حیات، صلاحیت، تعاون و همکاری، جامعیت و تعهد مراکز ارائه‌ی خدمات، تعهد ارائه‌دهندگان خدمات و خانواده‌ی بیمار ضروری هستند. آموزش همه‌ی افراد دخیل و ارتباط بین آن‌ها در مراقبت، از مهم‌ترین موضوعاتی هستند که باید بهبود یابند. راحتی جسمانی بیمار، توجه به عقاید مذهبی و سلامت روانی او، دسترسی بیمار و خانواده‌اش به اطلاعات، کنترل تصمیم‌های درمانی، سلامت روانی و معنوی و اجتماعی خانواده‌ی بیمار، ادامه‌ی مراقبت‌ها توسط ارائه‌دهندگان خدمات و مراکز مربوط و تعدیل احساسات خانواده پس از مرگ بیمار از عوامل کلیدی بهبود اثربخشی مراقبت‌ها هستند. مطالعات متعدد در باب قطع درمان‌های بیهوده نشان می‌دهد که نظرات ارائه‌دهندگان این خدمات بسیار متفاوت است. موافقت بیشتر پاسخ‌دهندگان با قطع درمان‌های نگاه‌دارنده و

1. Euthansia

2. Active Euthanasia

3. Passive Euthanasia

متبادر می‌شود، بهتر است درباره‌ی ادامه‌نیافتن درمان‌های نگه‌دارنده‌ی حیات، اصطلاح اتانازی غیرفعال به کار نرود (۱۶).

اتانازی از دو واژه‌ی یونانی، eu به معنای خوب و Thanatos به معنای مرگ تشکیل شده است؛ بنابراین، اتانازی به معنای «به‌مرگی» و «مرگ راحت» ترجمه می‌شود. لغت‌نامه‌ی اکسفورد اتانازی را مرگی آرام و آسان ترجمه کرده است (۱۷).

انجمن جهانی پزشکی^۱ اتانازی یا قتل با رضایت مقتول را چنین تعریف کرده است: «اتانازی اجرای آگاهانه و عمدی عملی است که به‌طور آشکار قصد خاتمه‌دادن به زندگی فرد دیگری را دارد و دربرگیرنده‌ی عناصر زیر است: فرد، بیمار صلاحیت‌دار و مطلع از بیماری لاعلاج خود است که به‌صورت داوطلبانه خواستار خاتمه‌ی زندگی خود شده و عامل قتل کاملاً به شرایط و تمایل فرد بیمار به مرگ، آگاه است و پزشک عمل کشتن یا تسریع مرگ او را با هدف اولیه‌ی خاتمه‌ی زندگی او انجام می‌دهد. این عمل با دلسوزی و بدون نفع شخصی بر عهده گرفته می‌شود» (۱۸). در اینجا به یکی از تعاریف جامع اتانازی که در منابع به آن توجه شده است، اشاره می‌شود (۱۹):

اتانازی فعال تزریق عمدی دارو یا انجام‌دادن عمدی اقداماتی است که منجر به مرگ بیمار شود. در صورتی که این اقدامات با درخواست صریح و رضایت آگاهانه و آزادانه‌ی بیمار انجام شود، اتانازی فعال داوطلبانه^۲ و در صورت عدم صلاحیت و ظرفیت بیمار و عدم رضایت بیمار، اتانازی فعال

غیرداوطلبانه^۳ نامیده می‌شود. مسلماً در حالت داوطلبانه، بیمار و پزشک هر دو قصد خاتمه‌دادن به زندگی را دارند و در حالت غیرداوطلبانه پزشک یا تیم پزشکی، کمیت‌های اخلاق پزشکی و خانواده‌ی بیمار یا قاضی برای انجام این اقدامات تصمیم‌گیری می‌کنند. اگر با وجود صلاحیت بیمار برای تصمیم‌گیری، بدون درخواست او تزریق عمدی دارو یا اقدامات عمدی منجر به مرگ بیمار صورت گیرد، اتانازی فعال اجباری^۴ نامیده می‌شود. تمام متخصصان اخلاق این نوع اتانازی را معادل قتل محسوب می‌کنند و آن را مجاز نمی‌دانند.

اتانازی غیرفعال، شروع نکردن درمان یا درمان‌های لازم برای ادامه‌ی زندگی بیمار است. چنانچه بیمار خود از این درمان‌ها امتناع کند «اتانازی غیرفعال داوطلبانه» نامیده می‌شود. در صورتی که بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری را ندارد و شروع نکردن درمان‌ها یا قطع درمان‌های طولانی‌کننده و حفظ‌کننده‌ی حیات بر طبق مستندات پزشکی، با صلاحیت پزشک یا درخواست خانواده‌ی بیمار انجام شود، «اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه» نام دارد.

طبق تعاریف اتانازی، باید چند عامل وجود داشته باشد که بتوان عمل انجام‌شده را اتانازی دانست: یکی شخص انجام‌دهنده‌ی عمل اتانازی، دوم درخواست و رضایت فرد، سوم وجود درد کشنده و بیماری درمان‌ناپذیر و چهارم خیرخواهی و شفقت نسبت به درخواست‌کننده از عوامل شکل‌گیری اتانازی هستند. از نظر برخی فلاسفه‌ی اخلاق،

3. Non-Voluntary
4. Involuntary Active Euthanasia

1. World Medical Association (WMA)
2. Voluntary Euthanasia

اتانازی فعال و غیرفعال متفاوت هستند. نوع غیرفعال اتانازی پذیرفته شده است؛ زیرا بین کشتن یک فرد و انجام ندادن اقدامات زنده نگه‌دارنده‌ی او تفاوت وجود دارد. در واقع، کسی حق ندارد دیگری را بکشد ولی زنده نگه داشتن افراد تکلیف نیست (۲۰).

۷. وصیت پزشکی

در بعضی جوامع، در صورت عدم صلاحیت بیمار، ابزارهایی برای تصمیم‌گیری در نظر گرفته شده است که منجر به حفظ و احترام به استقلال فردی بیمار می‌شود. یکی از این ابزارها (خواست‌های قبلی) وصایای پزشکی نام دارد. راهکارهای قانونی مانند «خواست‌های قبلی بیمار»^۱ روند تصمیم‌گیری را تسهیل می‌کند. واژه‌ی خواسته‌ی قبلی به معنای وصایای شفاهی یا کتبی فرد، درباره‌ی خواسته‌ها و آرزوهایش برای اقدامات طبی در آینده است و زمانی به کار می‌رود که دیگر فرد قادر به تصمیم‌گیری یا ابراز آن نیست. در این معنا در برخی کشورها، سه شیوه وجود دارد:

- اول، «وصیت زمان حیات»^۲ که شامل وصیتی کتبی است که طی آن فرد نظر ترجیحی‌اش را برای استفاده از خدمات حمایت‌کننده از حیات، در زمانی که مراحل انتهایی بیماری را می‌گذراند، بیان می‌کند؛ مثلاً وصیت فرد مبنی بر عدم احیای قلبی‌ریوی در صورت توقف قلبی تنفسی.

- دوم، «وکالت مراقبت‌های سلامت»^۳ که به معنای دادن وکالت قانونی و معتبر به فردی دیگر برای

تصمیم‌گیری در امور مرتبط با سلامت است. - سوم، «وکالت‌نامه‌ی دائمی»^۴ که از دو نوع قبلی وسیع‌تر است و وکیل فرد حتی امور مالی و بانکی او را در دورانی که ظرفیت تصمیم‌گیری را از دست داده است به عهده می‌گیرد (۲۱)؛ البته با وجود حرکتی که در دنیای پزشکی به سوی توجه به خواست بیمار صورت گرفته است، هنوز حوزه‌ی مراقبت‌های پایان حیات و تصمیم‌گیری درباره‌ی آن بیشتر متعلق به پزشکان یا اعضای خانواده است.

در جوامع کنونی براساس فرهنگ، رسوم و مذاهب مختلف، مسأله‌ی استفاده از وصیت‌نامه‌ی پزشکی موضوعی بحث‌برانگیز است. افراد مورد علاقه‌ی بیمار ممکن است با محتوای توصیه‌نامه مخالفت کنند و معتقد باشند که نظر بیمار تغییر کرده است یا معتقد باشند که او اشتباه کرده است. امکان دارد عدم توافق‌ها به علت تفسیرهای متفاوت مستندات درمانی بیمار باشد. در این موقعیت، تأکید تصمیم‌گیرندگان بر آنچه بیمار می‌خواسته و اینکه چرا توصیه‌نامه نوشته شده است، کمک‌کننده است؛ اگرچه بهترین راه، همفکری در همه‌ی مسائل مخصوصاً درباره‌ی درمان‌های حفظ حیات است.

۸. دیدگاه حقوقی

اکثر نظام‌های قانونی، بین کارهایی که از روی قصد منجر به مرگ می‌شوند و اجازه‌دادن غیرفعال رخداد فرایند طبیعی مرگ، تفاوت قائل هستند. معمولاً قتل غیرعمد وقتی است که وظیفه‌ی قانونی بر حفظ حیات وجود داشته باشد. به هر حال،

1. Advance Directive

2. Living will

3. Health Care Proxy

4. Durable Power of Attorney

و تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین باید از سوی دادگاه تعیین شود. در ضمن، بیمار نمی‌تواند از قبل، برای مواقعی که اهلیت خود را از دست خواهد داد، فردی را به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین تعیین کند؛ زیرا با از بین رفتن اهلیت، طبق قانون ایران، وکالت او نیز فسخ خواهد شد و امکان وکالت دائمی وجود ندارد (۲۲).

۹. دیدگاه فقهی

از منظر اسلامی حیات ارزش و قداست ویژه‌ای دارد؛ چراکه موهبتی الهی است که تنها با خواست و قدرت لایزال او به انسان عطا شده است و تنها با خواست و اراده‌ی او خاتمه می‌یابد؛ از این رو، انسان مجاز به خاتمه‌ی حیات با اراده‌ی خود یا با درخواست از دیگری نیست. بنابراین، هم بیمار و هم پزشک برای حفظ زندگی مسئول هستند و باید تمام تلاش خود را برای حفظ حیات بیمار به کار بندند. در آیه‌ی ۱۴۵ سوره‌ی آل عمران می‌خوانیم: «هیچ نفسی جز به فرمان خدا نمی‌میرد و خداوند مرگ را به‌عنوان سرنوشتی معین مقرر کرده است و هر که پاداش این دنیا را بخواهد به او می‌دهیم و به‌زودی سپاسگزاران را پاداش خواهیم داد.» برخی علمای مسلمان معتقدند که برای تصمیم‌گیری درباره‌ی ادامه‌ی درمان‌هایی که زندگی بیمار را طولانی می‌سازد، می‌توان نظر پزشک و خانواده را در قانون توجه قرار داد (۱۹، ۲۱).

با استناد به قاعده‌ی لاضرر و لاضرار، منافع درمانی برای بیماری که در مراحل انتهایی زندگی است و با درمان‌های موردنظر شفایافتنی نیست، در مقابل مضاری که این درمان‌ها برای جامعه، خانواده و

اگرچه پزشکان باید مراقبت‌های لازم را برای ادامه‌ی حیات بیمارشان ارائه دهند، معمولاً ملزم نیستند درمان‌هایی انجام دهند که برای حفظ سلامت بیماران یا هوشیاری آن‌ها بیهوده یا غیرمؤثر تلقی می‌شوند.

تعداد کمی از مجامع قضایی به پزشکان اجازه داده‌اند که با درخواست‌های بیماران دارای ظرفیت، برای تخفیف درد تحمل‌ناپذیر از طریق خاتمه‌ی زندگی اقدام کنند. هلند از نظر پزشکی پیشرو القای مرگ است که البته محدود به بیماران انتهایی نیست (۱۳). این اقدامات از طریق مجموعه‌ای از قواعد دادگاهی در دهه‌ی ۱۹۶۰ و قوانین مصوب در سال ۲۰۰۰ انجام شده است. در ایالت اورگون آمریکا و بلژیک برای ایجاد شرایطی که پزشکان بتوانند درخواست‌های بیماران دارای ظرفیت را برای انجام مداخلات القای مرگ بپذیرند، قوانین بازنگری شده‌اند. مشاوره برای خودکشی و کمک به آن، در اکثر مجامع قضایی، جرم محسوب می‌شود. از نظر قانونی در بسیاری از کشورها، اتانازی و کمک به خودکشی غیرقانونی است و در بسیاری محاکم محکومیت زندان دارد (۱۳).

طبق قانون مجازات اسلامی در کشور ما، برای انجام اقدامات درمانی یا جراحی، رضایت بیمار یا نمایندگان قانونی او لازم است. برای افراد نابالغ، پدر یا پدر بزرگ به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین در نظر گرفته می‌شوند؛ اما در قانون ما درباره‌ی فرد فاقد اهلیت توضیحی وجود ندارد. طبق رویه‌ی قضایی ایران، اگر فرد فاقد اهلیت کودک باشد پدر یا جد پدری، تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین او می‌شوند و اگر فرد فاقد اهلیت بالغ باشد، قیم

موارد در حوزه‌ی تصمیم‌سازی‌های پزشکی است. در آموزه‌های دینی، بر در نظر گرفتن مصالح عالیه‌ی بیمار و منافع سلامتی او توسط تصمیم‌گیرندگان جایگزین تأکید شده است؛ اما در موارد عدم قطعیت و ثمربخشی درمان، تأمین منافع سلامتی مشکل و مبهم است؛ بنابراین، توجه به خواسته‌ی بیمار می‌تواند کمکی شایان توجه به حل تعارضات و دوراهه‌های اخلاقی درباره‌ی درمان‌های حفظ حیات بکند.

۱۰. جمع‌بندی

موضوعات اخلاقی مطرح در تصمیمات مربوط به مراقبت‌های پایان حیات، به این جهت که در رابطه با شرط حیات فرد هستند، بسیار غامض و درخور توجه هستند. یکی از مشکل‌ترین موقعیت‌های تصمیم‌گیری، رویارویی پزشکان با موقعیت‌های مربوط به درمان‌های مؤثر بر حفظ حیات بیمار و تعارض با اعضای خانواده هنگام قطع یا آغاز نکردن این درمان‌هاست. از مهم‌ترین مسائلی که در اتخاذ تصمیمات اخلاقی در این مراقبت‌ها مطرح هستند، می‌توان به ارائه‌ی اطلاعات کافی و مناسب درباره‌ی بیماری فرد به خود بیمار و وابستگانش اشاره کرد؛ علاوه‌براین، چگونگی تصمیم‌سازی با توجه به نظرات بیمار، خانواده یا تصمیم‌گیرندگان جایگزین، انتخاب و به‌کارگیری امکانات درمانی پیشرفته توسط گروه درمانی از اهمیتی بسزا برخوردار است. ارتباط صحیح و صادقانه با بیمار می‌تواند زمینه‌ساز برخورداری بیمار و خانواده‌ی او از مراقبت‌های خوب و مؤثر باشد؛ بنابراین، گفتن حقیقت به بیمار در مراحل پایانی زندگی، رضایت گروه درمانی را از

بعضاً برای خود بیمار دارد قابل سنجش و بررسی است. مسلماً شروع نکردن مداخلات درمانی، هنگام پیشرفت سیر طبیعی مرگ با اتانازی فعال و کمک به خودکشی متفاوت است. چون هنگامی که سیر بیماری به گونه‌ای است که بیمار در مراحل پیشرفت طبیعی روند مرگ قرار می‌گیرد، پذیرش مرگ که آن نیز مشیت و خواست پروردگار است اجتناب‌ناپذیر است؛ لذا انجام‌ندادن اقداماتی که به لحاظ دانسته‌های پزشکی بیهوده تلقی می‌شود و نجات‌دهنده‌ی بیمار نیستند و نمی‌توانند روند مرگ را متوقف کنند (و فقط روند مرگ را طولانی‌تر می‌کنند)، مجاز شمرده می‌شود (۱۹، ۲۱).

از طرف دیگر، از منظر اسلامی طولانی‌شدن دوره‌ی احتضار نیز پذیرفته نیست و پزشک نباید تنها با ادامه‌ی درمان‌های حمایتی احتضار بیمار را طولانی کند و روند مرگ طبیعی را متوقف سازد؛ درحالی‌که هیچ امیدی به بهبودی نیست و بیمار و خانواده‌ی او نیز در رنج و عذاب به سر می‌برند (۲۰)؛ اما افتراق موارد و تشخیص بیهودگی درمان بسیار مشکل است و به بررسی توسط یک گروه تخصصی نیاز دارد؛ چراکه تمام لحظات حیات انسان باارزش هستند و چه‌بسا که در تحول و کمال انسان تأثیری شگرف داشته باشند. بنابراین، در مواردی که بیمار در مراحل انتهایی حیات است ولی انتظار می‌رود که با انجام احیاء قلبی‌ریوی مثلاً یک ماه به زندگی ادامه دهد، نمی‌توان به صرف پیشرفته‌بودن بیماری و بی‌فایده‌ی درمان، اقدامات حمایتی و ادامه‌ی حیات را قطع کرد.

تصمیم‌گیری درباره‌ی چگونگی ادامه‌ی درمان‌های حفظ‌کننده‌ی حیات یکی از مشکل‌ترین

اقدامات خود بهبود می‌بخشد. تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین باید با راهنمایی افراد دخیل در امر مراقبت بیمار، بتواند همسو با منافع و خواسته‌های بیمار اظهار نظر کند. از منظر اسلامی توجه به خواسته‌ی بیمار، دال بر طولانی‌نشدن احتضار اهمیتی ویژه دارد.

بررسی منافع و سود و زیان درمان‌های ارائه‌شده توسط گروه درمانی، خصوصاً در مراحل پایانی زندگی می‌تواند در امر تصمیم‌گیری برای ادامه یا قطع درمان‌های حافظ حیات بیمار، تسکین مناسب دردها و آلام او و خانواده‌اش، به پزشکان و مراقبان بیمار کمکی شایان توجه کند. دستیابی به این هدف با در کانون توجه قراردادن خواسته‌های بیمار تسهیل می‌شود.

توضیح نمونه‌ها

هر دو نمونه، مواردی از تعارضاتی است که درمانگران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روزانه با آن روبه‌رو هستند. این تعارض ناشی از اختلاف نظر بین افراد در زمینه‌ی تصمیم‌گیری برای بیمار است. یکی از استرس‌آورترین این موقعیت‌ها هم برای خانواده و هم برای کادر درمانی، در زمینه‌ی اتخاذ تصمیمات لازم برای ادامه یا قطع درمان‌های حفظ‌کننده‌ی حیات است. در چنین مواقعی، اغلب بیمار فاقد ظرفیت است؛ بنابراین، نزدیکان بیمار خود را در موقعیت تصمیم‌گیری می‌بینند. از طرفی، اعضای خانواده در موقعیت احساسی و ویژه‌ای در رابطه با فرد نزدیک و عزیزان خود قرار می‌گیرند و می‌خواهند که پزشکان هر کاری برای بیمارشان انجام دهند؛ زیرا هم اطلاعات کاملی

از روند و پیش‌آگهی بیماری دریافت نمی‌کنند و هم گاهی نمی‌توانند آن را بپذیرند و فکر می‌کنند اگر کاری برای بیمار انجام نشود، بعداً احساس گناه خواهند کرد. از طرف دیگر، پزشکان و کادر درمانی تحت فشار و اضطراب ازدست‌رفتن بیمار، از اقدامات درمانی و کمک‌های خود ناامید هستند و از شکایت و درگیری با قانون و اینکه برای انجام‌دادن اقدامات موجود متهم شوند، واهمه دارند؛ از این‌رو، تشخیص جنبه‌های اخلاقی شامل تعهدات حرفه‌ای، همدردی، احترام به ارزش‌ها و عقاید بیماران و خانواده‌ها (که ممکن است حتی با پزشک متفاوت باشند)، ظرفیت، صداقت و تواضع در وهله‌ی اول حائز اهمیت است. تواضع و نقطه‌ی مقابل آن تکبر، هنگامی که خانواده در زمینه‌ی بیان پیش‌آگهی و توصیه‌ها، به اعتماد به پزشک نیاز دارند، اهمیتی خاص دارد. مسلماً از منظر اسلامی، تلاش برای حفظ حیات بیمار حائز اهمیت است؛ اما توجه به طولانی‌نشدن احتضار و مصائب خانواده‌ی بیمار باید مدنظر قرار گیرد. در هر دو نمونه‌ی ذکرشده، علی‌رغم آگاهی پزشک مبنی بر مؤثر واقع‌نشدن درمان، لوله‌گذاری تراشه برای بیمار انجام شد و بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه انتقال یافت؛ ولی بیمار ظرف مدت کمتر از یک هفته به علت نارسایی چندارگانی و عدم تأثیر درمان‌ها درگذشت.

منابع

۱. کاظمیان، علیرضا. (۱۳۸۷). «بررسی نگرش پزشکان در مورد بیماران ترمینال». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، س ۱، ش ۲، صص ۶۸ تا ۸۶.
2. Hebert, Philip C. & et al. (1997). "Bioethics for Clinicians: 7. Truth Telling". CMAJ, 156 (2), P. 225-228.

Dictionary. Oxford: Clarendon Press.

18. William, John Reynold. (2005). Medical Ethics Manual. France: World Medical Association, P: 58.

۱۹. پارساپور، علیرضا و همکاران. (۱۳۸۷). «اتانازی؛ تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۱، ش ۴، صص ۱ تا ۱۲.

۲۰. اسلامی، حسن. (۱۳۸۵). «حق به‌مرگی از دیدگاه مسیحیت و اسلام». فصلنامه‌ی علمی پژوهشی دانشگاه قم، دوره‌ی ۸، ش ۱، صص ۵۲ تا ۳۱.

۲۱. زاهدی، فرزانه و همکاران. (۱۳۸۶). «تحلیلی مبتنی بر دیدگاه اسلام در مباحث اخلاقی خاتمه‌ی حیات: مطالعه‌ی موارد بالینی». مجله‌ی دیابت و لیپید؛ ویژه‌نامه‌ی اخلاق پزشکی، دوره‌ی ۷، ش ۲۴، صص ۲۵ تا ۳۵.

۲۲. میرزایی، کمیل و همکاران. (۱۳۹۰). «دیدگاه بیماران ایرانی در مورد فرد تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین: چه کسی بهتر تصمیم می‌گیرد؟». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۴، ش ۲، صص ۷۳ تا ۸۱.

بخش دوم: مراقبت‌های پایان حیات (۲)

معرفی نمونه‌ی اول

آقای «ب» ۷۲ ساله به علت سرطان پیشرفته و متاستاتیک ریه در بیمارستان بستری است. از چند روز قبل دچار دردهای شدیدی است. بعد از ویزیت پزشک معالج، پسر بیمار به پزشک مراجعه می‌کند و اظهار می‌دارد که از دردکشیدن پدرش بسیار عذاب می‌کشد و از پزشک می‌خواهد به هر طریق ممکن درمانی برای این وضعیت بیابد. اگر پزشک معالج باشید چه اقداماتی انجام می‌دهید؟

معرفی نمونه‌ی دوم

خانم «ج» ۳۵ ساله دچار سرطان پیشرفته‌ی معده است. از چندی قبل دچار درد شدید و گاهی استفراغ‌های کنترل‌ناپذیر است.

۳. کاظمیان، علیرضا و علیرضا پارساپور. (۱۳۸۵). «بررسی نظر پزشکان درباره‌ی بیان حقایق مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج». فصلنامه‌ی اخلاق در علوم و فناوری؛ ویژه‌نامه‌ی اخلاق پزشکی، پیوست شماره‌ی ۱، صص ۶۷ تا ۶۷.

4. Mobasher, Mina & et al. (2013). "Ethical Issues in the End of Life Care for Cancer Patients In Iran". Iranian Journal Public Health, 42 (2), P. 188-196.

5. Uhlmann, Richard F. & et al. (1988). "Physicians' and Spouses' Predictions of Elderly Patients' Resuscitation Preferences". J Gerontol, 43, P. 115-121.

6. Pearlman, Robert A. & et al. (2005). "Improvements in Advance Care Planning in the VA: Results of a Multifaceted Intervention". Arch Intern Med, 165, P. 667-674.

7. Lazar, Neil M. & et al. (1996). "Bioethics for Clinicians: 5. Substitute Decision Making". CMAJ, 155 (10), P. 1435-1437.

8. Pearlman, Robert A. (2008). "Substitute Decision Making", In: The Cambridge Textbook of Bioethics. Cambridge University Press, P 58-65.

9. Mobasher, Mina & et al. (2012). "Key Ethical Issues in Pediatric Research: Islamic Perspective, Iranian Experiences". Iranian Journal of Pediatrics, 22 (4), P. 435-444.

10. Mohammed Shan & Peter Elizabeth. (2009). "Rituals, Death and the Moral Practice of Medical Futility". Nurse Ethics, 16 (3), P. 292-302.

11. Lawson, Devon A. (2004). "The Elderly Futility". Curr Anaes Crit Care, 15, P. 219-223.

12. Schneiderman Lawrence J. & et al. (1990). "Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications". Ann Int Med, 112 (12), P. 949-954.

13. Brock Dan W. (2004). "Life Sustaining Treatment and Euthanasia", In: Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan Reference USA, Gale Group, vol. 2, P. 1410-1420.

14. McCrary, S. Van & et al. (1994). "Physician's Quantitative Assessments of Medical Futility". J Clin Ethics, 5, P. 100-105.

15. Youngner Stuart J. (1994). "Applying Futility: Saying No Is Not Enough". J Am Geriat Soc, 42, P. 887-889.

16. Joseph, Roy. (2011). "Hospital Policy on Medical Futility- Does it Help in Conflict Resolution and Ensuring Good End of Life Care?". Ann Acad Med Singapore, 40, P. 19-25.

17. Onions CUT. (1998). The Shorter Oxford English

بیمار معتقد است با انجام شیمی درمانی بدتر می‌شود؛ از این رو، حاضر به انجام دادن مرحله‌ی بعدی شیمی درمانی نیست. او از پزشک معالج می‌خواهد که چون تا پایان حیات زمان چندانی ندارد، شیمی درمانی را قطع کند و فقط درد و علائم او را به هر قیمت و روش ممکن، کنترل کند. اگر پزشک معالج باشید چه اقداماتی انجام می‌دهید؟

۱. دیدگاه اخلاقی

چارچوب اخلاقی تصمیمات درمانی در مراحل انتهایی زندگی، باید برای همه‌ی اشکال این تصمیمات و برای بیماران دارای ظرفیت یا فاقد آن کلیت داشته و بر امر قضاوت درباره‌ی کیفیت زندگی بیمار تأکید داشته باشد. در واقع، طبق این چارچوب باید مشخص شود کیفیت زندگی بیمار از آنچه بوده یا از زندگی اکثر مردم یا براساس هر ارزیابی ارزشی اجتماعی، تنزل یافته است. نگاه کلی این چارچوب اخلاقی این است که بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین را باید در سنجش منافع و مضار درمان‌های ممکن، عدم درمان طبق اهداف و ارزش‌های بیمار، انتخاب درمان‌های در دسترس یا امتناع از هر درمانی، محق بدانیم. بدین لحاظ اصل احترام به استقلال فردی بیمار (اتونومی) و مشارکت او در تصمیمات درمانی در نظام‌های مراقبت سلامت در کانون توجه قرار می‌گیرد.

۲. اتونومی بیمار

مفهوم اتونومی در فلسفه و اخلاق زیستی به‌عنوان ظرفیت انسان برای خودمختاری (خودآیینی)

پذیرفته شده است و به دنبال آن، اصلی مطرح می‌شود که در آن باید به اتونومی افراد احترام گذاشت. اتونومی به‌عنوان ظرفیت اشخاص، باید از اتونومی به‌عنوان یک خصوصیت عملکردی و تصمیم‌گیری افتراق داده شود. یک فرد با ظرفیت اتونومی، ممکن است غیراتونوم عمل کند؛ مثل فردی که تحت فشاری است و به اجبار کاری را انجام می‌دهد. براساس مفهوم کلی اتونومی، عوامل خارجی بر آن تأثیر گذاشته و اتونومی را مختل می‌کنند. در گذشته اجبار و فریب از عوامل اثرگذار بر اتونومی بودند؛ اما در دوره‌های جدیدتر، باورها و عقاید مذهبی و محدودیت‌های طبیعی محیط‌های فیزیکی و اجتماعی با اثرگذاری بر اتونومی، آن را مختل می‌کنند. حداقل لازم برای احترام به اتونومی این است که فرد مستقل باشد و لازمی آن آزادی از هر فشار و اجبار و مداخلات مشابه دیگر است (۱). طبق نظر دو نویسنده‌ی مشهور آمریکایی که نظریه‌ی چهار اصل اخلاق زیستی را مطرح کرده‌اند، براساس اهمیت آزادی و انتخاب فردی، خودمختاری و اتونومی انسان براساس آزادی از کنترل عوامل خارجی، وجود ظرفیت ذهنی و درک و فهم، قصد و اراده و ظرفیت تصمیم‌گیری تعریف می‌شود (۲). پزشک ممکن است معتقد باشد که یک جراحی درمانی برای کاهش درد ناشی از زخم مؤثر است، اما بیمار به جراحی بی‌میل باشد و درمان دارویی و محدودیت غذایی را ترجیح دهد؛ بدین ترتیب، چنانچه هر دوره روش درمانی نتیجه‌ی یکسانی نداشته باشد، در نظر گرفتن ترجیحات بیمار، احترام گذاشتن به اتونومی او نیست.

در مراکز ارائه‌ی خدمات بالینی، اغلب تعیین

پدرسالاری توجیه‌شده، زمانی است که پزشک با امتناع بیمار از درمان‌های اورژانس موافقت نمی‌کند؛ به این دلیل که معتقد است بیمار در صورت درمان نشدن به‌طور قطع می‌میرد.

بعضی نویسندگان از مرکزیت و اولویت اتونومی در تصمیم‌گیری پزشکی انتقاد کرده‌اند. آن‌ها معتقدند که تعهد اولیه‌ی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، حفظ و برگرداندن سلامتی است. این ادعا دو جنبه دارد: اول اینکه اگر اتونومی بیمار بر تعهدات حرفه‌مندان پزشکی اولویت داشته باشد، پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات، تعهدشان را مبنی بر حفظ و برگرداندن سلامت بیماران نقض کرده‌اند؛ مثلاً بیماری که ممکن است از درمانی امتناع کند، زندگی‌اش حفظ نمی‌شود یا از شدت بیماری او جلوگیری نمی‌شود. این تعارضات بین اتونومی و منافع بیمار اغلب توسط مجامع قضایی بررسی می‌شود. دوم اینکه چگونگی به‌کارگیری اصل اتونومی، به ارزش‌ها و ساختار جامعه بستگی دارد. وقتی موضوع تخصیص منابع و مسائل اجتماعی مدنظر قرار می‌گیرد به نظر می‌رسد اتونومی نسبت به مفاهیم اخلاقی دیگر مثل عدالت، انصاف، مساوات و هزینه‌ی اثربخشی، کمتر در کانون توجه متون اخلاق پزشکی قرار گرفته است. این تغییر دید، نشانگر ازدست‌رفتن اهمیت اتونومی در اخلاق زیستی نیست (۱).

۳. کیفیت زندگی و درمان تسکینی

چارچوب اخلاقی تصمیمات درمانی در مراحل انتهایی زندگی، این است که بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین برای سنجش منافع و

اینکه آیا تصمیم بیمار یا تصمیم نماینده‌ی یک بیمار فاقد ظرفیت درباره‌ی درمان خودمختارانه است، بسیار اهمیت دارد. تعیین اینکه آیا عمل یا تصمیم خاصی خودمختارانه است مربوط به این موضوع است که چگونه سه جزء ظرفیت اتونومی (عمل، استدلال و مستقل بودن) در فرایند تصمیم‌گیری دخیل می‌شوند. اتونومی دارای درجاتی است؛ زیرا استدلال و منطقی بودن دارای درجاتی هستند.

هنوز برای بسیاری افراد، این اصل، ارزش اساسی نیست؛ مثلاً مطالعه‌ای درباره‌ی نگرش مردم چینی تبار به تصمیمات پایان حیات نشان داد که آن‌ها به برنامه‌ی مراقبت‌های پیشرفته در مراحل انتهایی زندگی نگرشی متفاوت دارند؛ بنابراین، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باید با درنظرگرفتن رویکرد بیمارمحور، درباره‌ی اهداف بیمار در تصمیمات پایان حیات بحث کنند. اینکه آیا تصمیم بیمار با رضایت است یا امتناع او خودمختارانه است، بیشتر به توصیف بیمار از تصمیم و دلایل او بستگی دارد (۱). در مطالعه‌ی دیگری در مالزی نشان داده شد، اکثر افراد با اهمیت برنامه‌ریزی در زمینه‌ی مراقبت‌های پزشکی آتی خود موافق هستند؛ اما هنوز احساس می‌کنند که به وجود توصیه‌نامه‌ی کتبی و رسمی پزشکی نیازی ندارند. این وضعیت بیشتر با عقاید مذهبی توضیح داده می‌شود (۳).

پدرسالاری در حوزه‌ی خدمات سلامت، عبارت از این است که درمان بیمار خلاف خواسته‌هایش و براساس آنچه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت متعهدند، انجام شود تا منافع بیماران تأمین شود. بر این اساس است که ارائه‌دهندگان خدمات بهتر می‌دانند چه چیزی برای بیمار خوب است.

به این هدف است که کیفیت زندگی بیمار در طی مراحل بیماری تا مرگ بهتر باشد؛ افزون‌براین، مراقبت تسکینی به دنبال کاهش رنج بیمار تا حد ممکن و توجه به جنبه‌های اجتماعی و معنوی و مذهبی بر طبق خواسته‌ی بیمار است. کیفیت بالای مراقبت تسکینی به دانش و فرایندهای عملی در مراقبت بیمار بستگی دارد. تا حدی که امکان دارد این مراقبت در جایی که بیمار می‌خواهد انجام شود. سازمان جهانی بهداشت، درمان تسکینی را چنین تعریف می‌کند: «مراقبت تسکینی اقدامی است که کیفیت زندگی بیمار و خانواده‌ی وی را در رویارویی با مشکلات همراه با بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی، با تشخیص زودرس، ارزیابی کامل و درمان درد و مشکلات دیگر در ابعاد جسمانی، روانی و معنوی از طریق جلوگیری یا کاهش رنج بهبود می‌بخشد» (۵). درمان تسکینی، مراقبت از خود ارائه‌دهندگان خدمات را نیز در بر می‌گیرد (۶). مراقبت تسکینی یک برخورد تکمیلی برای درمان‌های طولانی‌کننده‌ی زندگی است و هدف، ارائه‌ی خدمات لازم هم به بیمار و هم به خانواده‌ی بیمار است. بهترین شیوه‌ی مراقبت، ارائه‌ی خدمات توسط تیم مراقبت تسکینی بین‌رشته‌ای است که طی آن هر فرد می‌تواند تخصص خود را در جنبه‌های مختلف رنج و ناراحتی بیمار و معنی‌بخشیدن به کنترل آن‌ها به کار گیرد. مهم‌ترین زمان مراقبت تسکینی، زمانی است که بیمار مرگ را اجتناب‌ناپذیر می‌بیند؛ ولیکن در مراحل اولیه، تقریباً به موازات سایر اقدامات درمانی باید ارائه شود. اقدامات درمانی و مراقبت تسکینی، اغلب یکدیگر را تکمیل می‌کنند و با هم یک کل را تشکیل می‌دهند؛ بنابراین، اغلب خط مرز واضحی

مضار درمان‌های ممکن، عدم درمان طبق اهداف و ارزش‌های بیمار، انتخاب درمان‌های در دسترس، یا امتناع از هر درمانی حق دارند؛ لذا، چارچوب تصمیم‌سازی که اکنون به میزان زیادی پذیرفته شده است، وجه افتراق بین درمان‌های متداول و غیرمعمول است. چگونگی انجام‌دادن و به‌کارگیری این جداسازی واضح و مشخص نیست و ممکن است براساس تفاوت آماری و میزان استفاده، تهاجمی و غیرتهاجمی بودن، فناوری پیشرفته یا غیرپیشرفته صورت گیرد. در ضمن، ارزیابی اثربخشی و سودمندی اقدامات درمانی نیز در روند تصمیم‌سازی نقشی بسزا خواهد داشت.

درمانی که از نظر آماری متداول است یا با به‌کارگیری فناوری پایین استفاده می‌شود، ممکن است برای بیماری در شرایط خاص سودمند باشد، اما برای بیمار دیگر در شرایط دیگر نه‌تنها سودی نداشته باشد که مضر هم باشد؛ ازاین‌رو، اساساً نمی‌توان فهرستی از درمان‌های متداول یا غیرمعمول، تهیه کرد. هر درمانی در شرایطی ممکن است سودمند باشد و در شرایطی نباشد؛ لذا ارزیابی سود و زیان، کاری اساسی در ارزیابی درمان‌هاست که در واقع کیفیت زندگی بیمار را در مراحل پیشرفته‌ی بیماری تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ البته کیفیت زندگی نیز تنها یک مفهوم پزشکی نیست و باید در زمینه‌ی زندگی هر بیمار تعریف و درک شود. این بدین معنی است که کیفیت زندگی باید از نقطه‌نظر بیماری که تصمیم می‌گیرد، تعیین شود (۴).

مراقبت تسکینی که به معنای درمان و مراقبت کامل بیماران با بیماری درمان‌نشده‌ی، تهدیدکننده‌ی حیات یا پیش‌رونده‌ی مزمن است، در پی دستیابی

کار گرفته می‌شود و ممکن است فرایند مرگ را به پدیده‌ای طولانی، مصیبت‌بار و ضد کرامت انسانی تبدیل کند؛ بنابراین، نه زندگی را حفظ می‌کند و نه کیفیت مراقبت را بهبود می‌بخشد (۹). برای رویارویی با این چالش‌ها، اصول فلسفی اخلاق با اصول جامعه‌شناختی ارائه‌ی خدمات سلامت انسانی باید تلفیق شود (۸).

۴. کنترل درد، اثر دوگانه و کمک به خودکشی

درد تجربه‌ای ناخوشایند، ناشی از آسیب‌های بافتی واقعی یا بالقوه، شایع‌ترین عامل مراجعه به مراکز درمانی است. طبیعت درد به گونه‌ای است که می‌تواند با تداخل در عملکرد بیمار، کیفیت زندگی او را تنزل دهد. کنترل درد به عنوان یکی از مهم‌ترین وظایف پزشکان و پرستاران در مراکز درمانی مطرح است؛ اما مطالعات گوناگون، نارسایی‌هایی را در این زمینه نشان داده است. به گونه‌ای که در بسیاری موارد بیماران دچار دردهای شدید و طولانی‌مدت، به علل مختلف به شیوه‌ی صحیح درمان نمی‌شوند و به همین علت چنین بیمارانی زندگی را با کیفیتی پایین سپری می‌کنند. ناآگاهی و بی‌اطلاعی پزشکان و پرستاران از شیوه‌های علمی و صحیح کنترل درد یا استفاده نکردن آنان از این شیوه‌ها، از مهم‌ترین علل مسأله‌ی پیش گفته است (۱۰). از مهم‌ترین عوامل استفاده‌ی نادرست از درمان‌های کنترل درد، ترس از ایجاد مشکلات تنفسی در بیماران است؛ بنابراین، یک مشکل منحصر به فرد در مراقبت‌های پایان حیات وقتی است که بهترین تلاش‌های درمانی تیم درمان، به این علت، اتانازی

بین مراقبت درمانی و تسکینی وجود ندارد. ارزش‌ها و نگرش‌هایی که برای مراقبت تسکینی در کانون توجه هستند، حفظ کرامت و احترام به اتونومی بیمار هستند (۴).

مفهوم مراقبت تسکینی طبق فرهنگ‌ها و رسوم، متفاوت است. تعاریف مراقبت تسکینی، واحد نیستند؛ اما تسهیل مرگ از مراقبت تسکینی متفاوت است و اهمیت آن در عملکرد پزشکی محل بحث است (۴). وقتی اقدامات درمانی موفقیت‌آمیز نباشند، اغلب انتقال به مراقبت‌های متمرکز با هدف ایجاد راحتی برای بیمار و قطع بعضی درمان‌های رنج‌آور و غیرمؤثر لازم است. اگرچه دستورالعمل‌ها و استراتژی‌هایی برای درمان ضددرد طی قطع مداخلات ابقای حیات توسعه یافته‌اند، هنوز درباره‌ی چگونگی این انتقال درمانی بحث‌هایی وجود دارد. بیماران و خانواده‌هایشان انتظار دارند که کنترل درد به عنوان بخشی از مراقبت‌های پایان حیات، طی قطع درمان‌های ابقای حیات، به طور مؤثر و قطعی انجام شود (۷).

مراقبت تسکینی به سوی دانشی حرکت می‌کند که مکمل مراقبت‌های پزشکی ویژه است و مظهر شکست درمان‌ها نیست. امروزه، هر کاری انجام داده‌ایم تا فرایند مرگ را طولانی کنیم. در این مسیر وقتی از تکنولوژی پیشرفته‌ای مثل بخش‌های مراقبت ویژه (۸) به صورت نامناسبی استفاده می‌شود، هدف اصلی دچار ابهام شده است؛ زیرا در واقع با استفاده از این تکنولوژی، باید حمایتی کوتاه‌مدت با تکنولوژی بالا را فراهم سازند تا بهبودی بیمار به سطح عملکردی معقول بازگردد.

اما این تکنولوژی پیشرفته به صورت نامناسبی به

درمان و پیامد آن است (مانند استفاده از دوز بالای داروهای ضددرد مخدر که به مهار سیستم تنفسی می‌انجامد). این وضعیت که «اتانازی غیرفعال» نام دارد، عمدی انجام نمی‌شود؛ اما تسریع مرگ بیمار را به دنبال دارد. آنچه «اتانازی فعال داوطلبانه» را از نوع غیرفعال آن افتراق می‌دهد نیت پزشک است. در حالت اول نیت پزشک خاتمه‌دادن به زندگی بیمار است؛ اما در نوع دوم نیت پزشک کاهش درد بیمار است (۱۲).

واضح است که در ضمن درمان درد یک بیمار دچار سرطان، نیت اولیه و مستقیم پزشک درمان درد است؛ مرگ زودرس بیمار در اثر تجویز مرفین، ثانویه و غیرمستقیم محسوب می‌شود و به‌وضوح پیش‌بینی‌شدنی است؛ اما نتیجه مورد توجه و نیت پزشک نیست. جدایی بین آنچه نیت پزشک است با آنچه پیش‌بینی می‌شود ولی قصد پزشک نیست، همیشه واضح نیست. مثالی غیرمتعارف که این عدم وضوح را به تصویر می‌کشد این است که فرض کنید یک جراح، قلب و کبد فردی سالم را برای پیوند به دو بیمار دچار نارسایی قلب و کبد که بدون پیوند خواهند مرد بردارد. کشتن یک فرد حتی برای حفظ حیات تعداد بیشتری از افراد، درست نیست؛ اما تصور کنید که جراح ادعا کند که مرگ فرد اول نیت او نبوده و تنها پیش‌بینی‌شدنی بوده است. بنابراین، بعضی معتقدند طرفداران این جداسازی، راهی را که بتواند از این سوءتعبیرها و سوءاستفاده‌ها جلوگیری کند مطرح نکرده‌اند (۱۱).

نکته‌ی مهم در افتراق اتانازی فعال داوطلبانه از خودکشی با همکاری پزشک، در رفتار پزشک نهفته است. در خودکشی به کمک پزشک، درعین حال که

یا خودکشی به کمک پزشک به نظر می‌رسند. در واقع، نمونه‌ی کلاسیک آن، تسریع مرگ با دوز بالای مرفین است.

ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در زمان مراقبت از بیماران در حال مرگ، اقداماتی انجام می‌دهند که ممکن است زندگی فرد را کوتاه کند؛ به‌طور مثال، تجویز دوز بالاتر مرفین درد بیمار را کاهش می‌دهد؛ درحالی‌که این اقدام با خطر مهار تنفسی همراه است (دکترین اثر دوگانه). وقتی این اقدامات با آگاهی بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین و رضایت انجام می‌شوند، از نظر اخلاقی توجیه‌شدنی هستند. در دیدگاه اخلاقی حق‌مدار، رضایت برای خطر، دشوار است. در دیدگاه وظیفه‌مدار، رضایت قربانی، عمل سلب حیات را توجیه نمی‌کند؛ اما خط مرزی بین قصد داشتن و نداشتن، کشیده شده است (۱۱). توجه به جدایی و تمایز قصد انجام‌دادن عمل و پیش‌بینی مرگ، سابقه‌ای طولانی دارد.

در قرن سیزدهم فیلسوف و دین‌شناس ایتالیایی، توماس اکویناس^۱، توجیه کشتن را در دفاع از خود، مطرح می‌کند؛ این جداسازی براساس «دکترین اثر دوگانه» در دیدگاه کاتولیک است و در بسیاری مواقع، در تفکر سکولار درباره‌ی اخلاقیات سلب حیات به‌طور معمول طرح می‌شود. اکنون دو سؤال اساسی مطرح است: آیا این جداسازی، واقعاً می‌تواند و باید در تشخیص اجازه‌ی اخلاقی سلب حیات به کار گرفته شود؟ دوم اینکه چرا این تفاوت از نظر اخلاقی مهم است؟ ضددردهای مخدر یا داروهای دیگر برای تسکین درد بیمار تجویز می‌شود؛ اما کاهش طول عمر بیمار و مرگ او از عوارض

1. Tomas Aquinas

قانون باعث نوعی مشقت و زحمت به نام «تکلیف» می‌شود. انسان آنگاه قادر است تکلیفی را انجام دهد که از وجود آن آگاه باشد. به علاوه، انسان در صورت آزادی و داشتن اختیار مکلف به انجام کاری است. انسان قادر است عملی را که صددرصد با غریزه‌ی طبیعی و حیوانی او موافق است و مانع خارجی وجود ندارد، به حکم تشخیص و مصلحت‌اندیشی ترک کند؛ همچنین قادر است کاری را که صددرصد مخالف طبیعت اوست و هیچ‌گونه عامل اجبار خارجی هم وجود ندارد، به حکم مصلحت‌اندیشی و نیروی خرد، انجام دهد؛ اما اختیار انسان در حدی نیست که بتواند درباره‌ی مرگ و زندگی خود تصمیم بگیرد (۱۳).

۶. دیدگاه فقهی

در آموزه‌های اسلامی بر تلاش برای حفظ حیات تأکید شده است. در آموزه‌های قرآنی، درد و رنج وسیله‌ای برای امتحان الهی و ارتقای روحی انسان معرفی شده است. از طرفی تسکین درد و علائم ناخوشایند بیماری خصوصاً در مراحل پایانی زندگی، از وظایف مهم پزشکان و از دستورات اسلامی است (۱۳)؛ اما نباید به‌گونه‌ای انجام شود که حیات بیمار را به‌خطر اندازد. بنابراین، گاهی پزشکانی از ترس دخیل شدن در مرگ بیمار، دوز مناسب داروی مؤثر بر کنترل درد بیمار را به کار نمی‌برند؛ در واقع آنان به نوعی تعارض منافع دچار هستند؛ زیرا از ساختارهای قانونی مسئولیت پزشکی در هراس‌اند. درحالی‌که با به‌کارگیری اصول صحیح درمان و کنترل درد و داروهای ضددرد، عوارض آن مانند هر نوع درمان و داروی دیگر در حداقل خواهد بود.

پزشک می‌داند قصد بیمار خودکشی است، داروها یا اقدامات لازم جهت خاتمه‌دادن حیات را برای بیمار فراهم می‌کند. در حالت اول پزشک به‌طور مستقیم اقدام به خاتمه‌ی زندگی بیمار می‌کند؛ درحالی‌که در حالت دوم پزشک مبادرت به اقدام مستقیم نمی‌کند. بنابراین در موضوع کنترل درد، توجه به هدف درمانگران برای کاهش رنج بیمار به‌عنوان بخشی از اهداف مهم درمانی حائز اهمیت است. از طرف دیگر همواره درمانگران با عوارض داروها و درمان‌های انجام‌شده روبه‌رو هستند. درباره‌ی کنترل درد نیز عارضه‌ی استفاده از داروهای ضددرد وجود خواهد داشت که مسلماً با استفاده از شیوه‌های صحیح و علمی به حداقل ممکن می‌رسد.

۵. دیدگاه حقوقی

حیات انسان ودیعه‌ای الهی است که هیچ بهانه‌ای برای خاتمه‌دادن به آن پذیرفته نیست. خودکشی و قتل نفس جایز نیست و گناه شمرده می‌شود؛ ازاین‌رو، نپذیرفتن درمانی که بتواند ضرری به بیمار و زندگی‌اش وارد سازد پذیرفته نیست؛ گرچه در صورت عدم پذیرش و همکاری بیمار نمی‌توان او را به انجام‌دادن اقدامات درمانی مجبور کرد (۱۳). بنابراین، گروه درمانی باید برای جلب نظر بیمار به انجام اقدامات مؤثر درمانی بکوشند؛ علاوه‌براین، طبق آموزه‌های دین مبین اسلام، انسان یگانه موجود ممتازی است که این امکان و توانایی شگفت را دارد که در چارچوب یک سلسله قوانین قراردادی رفتار کند. قوانین قراردادی که از طرف یک مقام صلاحیت‌دار وضع شده و به انسان تحمیل می‌شود. تحمل

۷. جمع‌بندی

اثر بخشی شیمی درمانی را در این مرحله مشخص کرد و توضیح داد که شیمی درمانی می‌تواند در تخفیف بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن مؤثر باشد. در ضمن، او برای بیمار مشخص کرد که باید شکیباً باشد؛ زیرا او و گروه درمانی تمام تلاش خود را خواهند کرد و سایر اقدامات لازم را برای تسکین دردها و عوارض شیمی درمانی انجام خواهند داد و بیمار به راحتی مرحله‌ی شیمی درمانی را پشت سر خواهد گذاشت.

منابع

1. Miller, Bruss L. (2004). "Autonomy", In: Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan Reference USA, vol. 1, P. 246-251.
2. Beauchamp Tom L & Childress James F. (2001). Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, P. 104-105.
3. Besirevic Violeta. (2010). "End of life Care in the 21st Century: Advance Directives on Universal Rights Discourse". Bioethics, 24 (3), P. 105-112.
4. Kunz Ronald & Et al. (2006). Medical-Ethical Guidelines and Recommendations. Approved by the Senate of the SAMS, Center for the Study of Ethics in the Professions at IIT; Hermann Hall, Rm. 204 3241 S Federal Street Chicago [Internet]. 2012. Available at <http://ethics.iit.edu/ecodes/node/4222>.
5. Verkerk, Marian & et al. (2007). "A National Guideline for Palliative Sedation in the Netherlands". J Pain Symptom Manage, 34, P. 666-670.
6. Sheldon, Tony. (2003). "Terminal Sedation Different from Euthanasia, Dutch Ministers Agree". Bmj, 327, P. 465.
7. Steinhauser, Karen E. & et al. (2000). "Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers". JAMA, 284, P. 2476-2482.
8. Garvin, Jonathan R. (2007). "Ethical Consideration at the End of Life in the Intensive Care Unit". Crit Care Med, 35 (2 Suppl). S. 85-94.
9. Wood, Kelly A. & Paul E Marik. (2004). "ICU Care at the End of Life". Chest, 126, P. 1403-1406.

بیماران در حال مرگ ممکن است محدوده‌ای وسیع از هیجانات را نشان دهند و پزشک باید قادر باشد به طرز مناسبی به آن‌ها پاسخ دهد؛ به بیمار گوش فرادهد و برنامه‌های مراقبتی را طوری طراحی کند که به نیازها و خواسته‌های هر بیمار پاسخ دهد. اصولی مثل احترام به اتونومی و رازداری در مراقبت بیماران در حال مرگ حائز اهمیت هستند؛ اما نیاز است که با حساسیت، همدردی و همدلی به منظور ایجاد محیطی حمایتی برای بیمار جهت آمادگی برای مرگ همراه شوند. هر تلاشی باید انجام شود تا به بیمار اجازه داده شود حریم خصوصی خود را داشته باشد یا برای بحث با خانواده یا پزشکان امکانات لازم و تسهیلات فراهم شود. بخش اساسی کیفیت خوب مراقبت بیماران در حال مرگ، تسکین کافی و مناسب درد و علائم است.

توضیح نمونه‌ی اول

در نمونه‌ی اول پس از تقاضای فرزند بیمار، پزشک وضعیت بیمار را مجدد بررسی و پس از مشاوره با متخصصان طب تسکینی و روان‌پزشک داروهای لازم را برای بیمار تجویز کرد. به این ترتیب، درد بیمار کاهشی چشمگیر یافت و فرزند بیمار از نگرانی و ناراحتی تا حدی رهایی پیدا کرد.

توضیح نمونه‌ی دوم

در نمونه‌ی دوم، پزشک با بیمار ملاقات کرد و ضمن معاینه و بررسی دقیق وضعیت بیمار و مشاوره با متخصص طب تسکینی، وضعیت پیشرفت بیماری را برای بیمار و خانواده‌اش توضیح داد. پزشک میزان

۱۰. ممیشی، نینا و همکاران. (۱۳۸۵). «بررسی دانش و نگرش پرستاران در زمینه‌ی تسکین درد در بیماران سرطانی». مجله‌ی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره‌ی ۲، ش ۱۲، صص ۳۲ تا ۳۲.
۱۱. Brock, Dan W. (2004). "Life Sustaining Treatment and Euthanasia", In: Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan Reference USA, vol. 2, P. 1410-1420.
۱۲. پارساپور، علیرضا و همکاران. (۱۳۸۷). «اتانازی؛ تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۱، ش ۴، صص ۱ تا ۱۲.
13. Mobasher, Mina & et al. (2014). "End of Life Care Ethical Decision Making: Shiite Scholars' Views". Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 7 (2), P.

فصل نوزدهم

عدالت در تخصیص منابع حوزهی سلامت

دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر فاطمه خانساری

معرفی نمونه ی اول

در یک شب شلوغ در اورژانس یکی از اعضای هیئت مدیره ی بیمارستان با کودک بیمار خود وارد اورژانس می شود و از شما می خواهد خارج از نوبت و همان لحظه، کودک او را معاینه کنید. کودک گلودرد و قرمزی چشم دارد و آرام به نظر می رسد و هوشیار است. اتاق انتظار اورژانس پر از مریض است و تخت خالی وجود ندارد.

معرفی نمونه ی دوم

مرد جوان ۳۲ ساله ی تصادفی و مرد ۶۴ ساله ی بیهوشی با آمبولانس به اورژانس آورده شده اند. مرد ۳۲ ساله در سانحه ی تصادف دچار ترومای سر، شکستگی استخوان مندیبول و فمور شده است، GCS بیمار در حد هشت ارزیابی شده است. تنفس بیمار سطحی است و لوله گذاری بیمار به علت شکستگی مندیبول مشکل است. سطح هوشیاری بیمار رو به کاهش است.

بیمار ۶۴ ساله، توسط فردی ناشناس که با ۱۱۵ تماس گرفته و تنها گفته است که او به دیالیز فوری نیاز دارد به اورژانس آورده شده است. هیچ کدام از اعضای خانواده ی بیمار حضور ندارند و پرونده ی بیمار از بیمارستانی که در همان نزدیکی بود، بازایی شد. تاریخچه ی بیمار شامل دیابت نوع دو به مدت طولانی و عوارض متعدد ناشی از دیابت از جمله نارسایی پیشرفته ی کلیه (مرحله ی پنج بیماری مزمن کلیوی)،

وابستگی به همودیالیز، آمپوتاسیون دو طرفه‌ی بالای زانو (AKA)، سابقه‌ی ایست قلبی با هیپوکسی مغزی پس از انجام احیا، سابقه‌ی چندین سکته و بیماری‌های قلبی با پذیرش متعدد به دلیل نارسایی قلبی در بیمارستان است. بیمار نزدیک به یک ماه است که دیالیز نشده است؛ اما در تماس با واحد دیالیز دوره‌های درمان قلبی وی در این واحد تأیید شد. ظاهراً بیمار در دوره‌های دیالیز خود به دلیل سوءرفتار کلامی و فیزیکی با سایر بیماران، خانواده‌ی آن‌ها و نیز کارکنان بخش دیالیز مشکلاتی داشته است. در ارزیابی اولیه‌ی اورژانس، بیمار دچار افزایش بحرانی سطح پتاسیم است. به دلیل خالی بودن یک ونتیلاتور، پزشک معالج باید یکی از این دو بیمار را برای لوله‌گذاری انتخاب کند.

۱. مقدمه

چالش‌ها و استلزامات تخصیص منابع در حوزه‌ی سلامت است.

بحث در باب امکان و امتناع تحقق عدالت، به اندازه‌ی مناسبات اجتماعی قدمت دارد. دو تلقی عمده در میان متألهان همواره رواج داشته است. گروهی بر این باور بوده‌اند که عدالت، مفهومی درون‌دینی است و برای تعریف آن باید به سراغ متون دینی رفت و گروهی دیگر نیز معتقد بوده‌اند که عدالت مفهومی برون‌دینی است و برای تعریف آن باید ژرفنای عقل را کاوید؛ برای مثال، گروه دوم بر این باورند که «عدل حاکم بر احکام است نه تابع احکام. عدل اسلامی نیست بلکه اسلام عادلانه است» (۱).

۲. تاریخ و مسائل عدالت‌شناسی

یکی از مسائل مهم در فلسفه‌ی کنش^۱ و فلسفه‌ی علوم اجتماعی شأن وصفی عدالت است. به دیگر سخن، عدالت در شمار اوصاف اخلاقی است؛ ازاین‌رو باید از افعال اخلاقی متمایز شود. عدالت از آنجاکه وصف است همواره مورد قبول همگان است و استثنای پذیر به شمار می‌رود. شاید کسی را نتوان یافت که با عدالت سازگاری نداشته باشد یا آن را مذموم بداند؛ اما مشکل اوصاف اخلاقی آن است که مصادیق مشخص ندارند. در مقابل آن، افعال اخلاقی (راست‌گفتن، امانت‌داری، غیبت‌نکردن، پرهیز از سخن‌چینی و...) مصادیق مشخص دارند و عالم اخلاق در کشف آن‌ها با مانعی مواجه نیست؛ اما همان چیزی که قوت اوصاف اخلاقی به شمار می‌رود، ضعف افعال اخلاقی است؛ چراکه افعال اخلاقی استثنای پذیرند و نمی‌توان همه‌جا از حسن آن‌ها سخن گفت.

از سوی دیگر، در موضوع پزشکی و سلامت، عدالت در چگونگی تخصیص امکانات موجود بین افراد نیازمند نیز مطرح می‌شود و گاهی تعارضات پیش‌آمده پزشک را در تنگنای اخلاقی قرار می‌دهد. در مفاهیم ارسطویی عدالت در تخصیص منابع «اختصاص نامساوی منابع نادر» است که با لحاظ کردن اصل اخلاقی سودرسانی مؤثر و توجه هم‌زمان به اصل عدم اضرار، محقق می‌شود. باری، آنچه در پی می‌آید گشتی در نظریات رایج جهان جدید در باب عدالت و سپس بحثی راجع به

نکته‌ی دیگر این است که عدالت به‌عنوان صفتی

1. Philosophy of Action

۳. نظریات معطوف به عدالت در جهان جدید

همان گونه که آمد ارسطو نظریه‌ی خود را بر اصل تعادل و تناسب طبیعی استوار کرد. او دو شکل از عدالت را در روابط اجتماعی انسان‌ها قایل شد: یکی «عدالت توزیعی» و دیگری «عدالت تعویضی». عدالت توزیعی به توزیع منابع و سرمایه‌ها میان افراد جامعه اشاره می‌کند و عدالت تعویضی دادوستد میان دو طرف مبادله را لحاظ می‌کند (۳). این نظرات زمینه‌ای شد تا با تحولات جهان جدید در نیمه‌ی دوم قرن نوزدهم، زمره‌های عدالت اجتماعی به گوش برسد. زمره‌هایی که در قرن بیستم به سخن بلند همه‌ی متفکران علوم اجتماعی بدل شد.

از نظر فایده‌گرایان، انسان‌ها همواره به دنبال آن هستند تا لذت خویش را به حداکثر و رنج خود را به حداقل برسانند. از نظر فردی، عدالت به عنوان مهارى برای کنترل لذت‌گرایی و زیاده‌طلبی شخص در برخورد با دیگران اهمیت پیدا می‌کند و از جهت اجتماعی نیز عدالت به اصلاح نظام توزیع خیرات و مضرات اجتماعی یاری می‌رساند (۴).

مندویل^۱، پزشک انگلیسی، معتقد بود ردایل فردی، فضایل جمعی‌اند (۵). آدام اسمیت^۲ نیز گرچه با رویکرد مندویل موافق نبود، به نوعی سخن او را تکرار کرد و گفت: «از سرخیرخواهی قصاب یا نانوا نیست که شام می‌خوریم بلکه به خاطر منفعت خود آنان است» (۶). در نظر اسمیت «دست نامربی» هنگامی که مردم در پی منابع خودخواهانه می‌روند اوضاع را تنظیم می‌کند. به تعبیر دیگر، خیر

اخلاقی، موصوف‌های مختلف می‌پذیرد. گاهی معطوف به شخصیت حقیقی (انسان عادل) و گاه معطوف به شخصیت حقوقی می‌شود (نهاد یا نظام عادلانه). عدل به معنای انصاف نیز به کار رفته است. انصاف یعنی آنچه برای خود می‌پسندی برای دیگران هم بپسند. این تلقی از عدالت تقریباً در همه‌ی مکاتب دینی و معنوی بشر تکرار شده است. در تاریخ فلسفه، سقراط اولین بار انسان کامل را کسی دانست که حکیم، شجاع، عقیف و عادل باشد. نزد افلاطون این سخن سقراط تقریر دیگری پیدا کرد. در نظر افلاطون، فضیلت حکمت و شجاعت و عفت، با هدایت فضیلت عدالت است که در جای خود می‌نشیند و منسجم عمل می‌کند (۱). به بیان دیگر، عدالت همچون رهبر ارکستری است که موجب توازن و هارمونی بقیه‌ی فضایل (حکمت و شجاعت و عفت) می‌شود و هر چیز را در جای خود می‌نشاند.

نظر سقراط، در نزد ارسطو نیز بروز پیدا می‌کند. عدالت به معنای خاص کلمه از منظر ارسطو برابرداشتن اشخاص و اشیاست؛ اما این به معنی تساوی ساده‌انگارانه‌ی ریاضی نیست، بلکه «فضیلتی است که به موجب آن باید به هرکس آنچه را که حق اوست داد» (۲). ارسطو در کتاب اخلاق خود، عدالت را به «طبیعی» و «قانونی» تقسیم می‌کند. مراد او از عدالت طبیعی قواعدی است که از طبیعت و سرشت جهان ناشی می‌شود؛ اما عدالت قانونی بسته به امر و نهی‌های قانون است (۲).

1 Mandeville

2 Adam Smith

توصیه می‌کند و نابرابری را تنها در صورتی می‌پذیرد که به مصلحت همگان باشد و البته از رنج افشار فرو دست بکاهد (۷).

نازیک^۳ با طرح نظریه‌ی «عدالت استحقاقی» به مصاف نظریه‌ی عدالت توزیعی رالز می‌رود. در نظر نازیک توزیع مرکزی امکانات نباید در کار باشد؛ یعنی شخص یا گروهی وجود ندارد که حق داشته باشد منابع را ضبط و مهار و تدبیر و اداره کند و یک‌باره تصمیم بگیرد که چگونه توزیعشان کند. آنچه هر شخصی به دست می‌آورد از اشخاص دیگری دریافت می‌کند که یا در ازای چیز دیگر یا بلاعوض به او می‌دهند.

در یک جامعه‌ی آزاد، اشخاص مختلف ضبط و مهار و تدبیر و اداره‌ی منابع مختلف را در اختیار دارند و دارایی‌های جدید از مبادلات و اعمال اختیاری افراد پدید می‌آیند. نازیک از طرفی معتقد است اوضاع و احوال یا اعمال گذشته‌ی مردم و پدران و مادرانشان می‌توانند نسبت به چیزها، استحقاق یا شایستگی‌های متفاوت ایجاد کنند. او این نگرش را جایگزین کردن اصول تاریخی به جای اصول ناظر به اکنون رالز می‌نامد. به بیان خلاصه، بر خلاف رالز که به مداخله‌ی دولت و نقش آن در تنظیم عدالت، نگاه مثبت دارد، نازیک با دولت حداکثری مخالف است و حتی مالیات را نفی می‌کند (۸). در نظر هایک^۴ عدالت اجتماعی نتیجه‌ی خطایی آنتروپومورفیک^۵ است که جامعه را موجودی صاحب اراده، تصمیم و مسئولیت می‌داند؛ غافل از آنکه جامعه نظم خودجوشی است که دست‌کاری در

عمومی محصول ناخواسته‌ی تلاش خودخواهانه‌ی افراد است و تنها در این صورت، نظم خودانگیخته در جامعه ایجاد می‌شود. عدالت در نظر فایده‌گرایان باید در خدمت جامعه‌ی تجاری باشد و نیازهای افشار فرو دست را باید توسط انواع مختلف نهادهای خیریه جبران کرد و نه از سر عدالت توزیعی (۶)!

رالز^۱ در پی آن است تا ما را به وضعیت گزینشی ایده‌آل برساند. وضع گزینشی ایده‌آل وضع مفروضی است که در آن می‌توان به اصول کلی عدالت رسید. مشابه این وضع را هنگام حصول اراده‌ی عمومی در فرد می‌توان دید. در اینجا نیز آدمی اراده‌ی خصوصی معطوف به منافع خویش را کنار می‌گذارد و نسبت به منفعت مشخص جاهل می‌شود؛ ولی از وضع کل بشر و منافع و علایق او اطلاع دارد. تو گویی که در وضعیت گزینشی ایده‌آل همگان حضور دارند. در اینجا است که افراد دو اصل را منصفانه بر می‌گزینند؛ اصل اول: «هر شخص قرار است از حق یکسانی نسبت به جامع‌ترین آزادی‌های اساسی هماهنگ با آزادی مشابه دیگران برخوردار باشد» (۷). با ملاحظه‌ی اصل اول که صبغه‌ای هنجاری^۲ دارد، نابرابری‌های موجود لاجرم به ذهن آدمی متصور می‌شود؛ از این‌رو رالز اصل دوم را این‌گونه تقریر می‌کند: «نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی صرفاً در صورتی عادلانه‌اند که به سود جبرانی برای آن دسته از اعضای جامعه که از کمترین مزایا برخوردارند منجر شود.» نظریه‌ی رالز، ناظر به یک رویکرد کلی به عنوان شیوه‌ی تصمیم‌گیری عقلانی و نیز دو اصل مشخص است که عدالت توزیعی را

3 Nazik

4 Hayek

5 anthropomorphic

1 Rawls

2. Normative

تأثیر و تأثر گفتمان سلامت بر سایر گفتمان‌های جامعه چیست و چه نقشی در نحوه‌ی تخصیص منابع ایفا می‌کند؟ آنچه در ادامه می‌آید پاسخ به این پرسش‌ها و سؤال‌هایی از این دست است که در پرتو نظریات ارائه‌شده در باب عدالت به ذهن می‌آید.

۵. تعریف سلامت در فلسفه‌ی پزشکی

گرچه در فلسفه‌ی پزشکی سلامتی حق اساسی انسان به شمار می‌رود، مصادیق آن بر حسب تلقیات مختلف فرهنگی و اجتماعی متفاوت است. تمایز میان مفاهیم کسالت، بیماری، ناخوشی و سلامت موجب نوعی قراردادگرایی در رویکرد به بیماری شده است (۱۰)؛ به‌عنوان مثال، اعمال جراحی زیبایی همچون رینوپلاستی تحت پوشش بیمه‌ی خدمات درمانی قرار نمی‌گیرند. پیش‌فرض این رویکرد آن است که کسانی که (از نظر ظاهری) بینی نابهنجاری دارند در صورت طبیعی بودن سیستم عملکرد فیزیولوژیک آن به عمل جراحی نیاز ندارند. با وجود طبیعی بودن این عملکرد، برخی انسان‌ها از وضع موجود طبیعی ناراضی‌اند و احساس می‌کنند به تغییر نیاز دارند. پدیده‌ای که به‌طور روزافزونی رو به گسترش است. مارکس^۲ بر این باور بود که تمایز میان جهان جدید و قدیم آن است که در جهان قدیم آدمیان در پی تفسیر طبیعت بودند، اما در جهان جدید در پی تغییر طبیعت‌اند. این رویکرد، به‌تدریج بر مفهوم سلامت و بیماری نیز اثر گذاشته و این مفاهیم را سیال و نامتعین کرده است. عدالت در تخصیص منابع باید مبتنی بر تعاریف هنجاری و توصیفی از سلامت و بیماری در جوامع باشد.

آن موجب قربانی‌شدن بسیاری از ارزش‌های دیگر می‌شود. هایک البته مخالفتی با دخالت حکومت در امر حمایت از افراد تهیدست ندارد، اما معتقد است که چنین کاری حتماً باید در خارج از چارچوب نظم اقتصادی و سازمانی و در قالب مؤسسات خیریه انجام گیرد (۹). مراد نگارنده آن است که نشان دهد میان تئوری‌های نظری و تلقیات اخلاق کاربردی ارتباطی گسترده است و راهنماهای عملی^۱ بدون نظر به این مبانی به ناسازگاری و ناسازواری خواهد انجامید.

۴. نگاهی نو به عدالت در تخصیص منابع یا رویکرد مسئله‌محور

تخصیص منابع عبارت است از تقسیم و توزیع خدمات و امکانات میان گروه‌های هدف. این تعریف گرچه مشخص و واضح است، بسیار بیشتر از آنکه در بادی امر به نظر می‌آید مسئله می‌آفریند. اولین پرسشی که طرح می‌شود این است که سلامت در فلسفه‌ی پزشکی چه حدود و ثغوری دارد؟ پرسش دوم آن است که سطوح مختلف تخصیص منابع در مراقبت‌های بهداشتی چیست و عدم تفکیک این سطوح چه مشکلاتی را می‌آفریند؟ پرسش سوم آن است که در صورت محدودیت منابع کدامیک از متقاضیان را باید اولویت داد؟ پرسش چهارم آنکه دولت تا چه حد مجاز است در حوزه‌ی خصوصی بهداشت و درمان و در جهت تأمین عدالت عمومی دخالت کند؟ پرسش پنجم آنکه در فرایند تخصیص منابع چه اصول اخلاقی را باید رعایت کرد تا عدالت را در حوزه‌ی عمومی ایجاد کند؟ پرسش ششم اینکه

2 Marx

1. Guideline

این تعاریف گاه می‌تواند تشخیص نیازهای واقعی^۱ بیماران را از امیال^۲ ایشان دچار مشکل کند. جدی گرفتن این مهم را، راه برون‌رفت از مشکل دخالت / عدم دخالت دولت در منابع اقتصادی و اجتماعی می‌داند (۹).

۶. سطوح مختلف تخصیص منابع در مراقبت‌های بهداشتی

سه سطح متمایز را در تخصیص منابع بر شمرده‌اند: ۶-۱. سطح کلان

در این سطح، رویکرد استراتژیک لحاظ می‌شود و عدالت بسته به منظری که اتخاذ می‌شود در سطح جامعه اجرا می‌شود. در نظر فایده‌گرایان، استراتژی برای کاهش فاصله‌ی درآمد میان شاغلان حوزه‌ی سلامت (به‌طور مثال پزشک و بهیار) نظم خودانگیخته را از میان می‌برد و امکان نیل به پیشرفت‌های فردی را کم می‌کند؛ اما از منظر رالز امری ستودنی است (۱۱). هایک و نازیک دخالت دولت در تعرفه‌های سلامت را عامل افول نظام سلامت می‌دانند؛ اما رالز آن را به شرطی که به مصلحت عمومی باشد بر می‌تابد.

اتخاذ استراتژی مناسب برای ارتباط و تعامل معنادار همه‌ی دست‌اندرکاران حوزه‌ی سلامت، اتخاذ استراتژی مناسب در روند بیمه‌شدن امکانات بهداشتی به‌طوری که به حداکثر سود برای گروه‌های هدف یا تنظیم هزینه‌ی میزان فایده^۳ منجر شود و نیز اتخاذ استراتژی «حفظ سلامت» به‌جای «رفع بیماری» از ویژگی‌های این سطح است. یکی از مسائلی که در این خصوص مغفول مانده است، اولویت تخصیص عادلانه‌ی معرفت (آگاهی‌رسانی) بر تقسیم و تخصیص منابع فیزیکی است. هایک

اما درباره‌ی بیمارستان‌های خصوصی سطح نظارت دولت باید غیرمستقیم، انگیزشی و استراتژیک باشد. وظیفه‌ی اخلاقی بیمارستان‌های خصوصی ایجاب می‌کند که بخشی از امکانات مالی خود را در جهت ارتقای دانش سلامت و استفاده از تکنیک‌های نوین احیاناً گران‌قیمت که در آینده رایج و ارزان می‌شود به کار گیرند تا زمینه‌ی رشد علمی فراهم شود. تبدیل شدن بیمارستان‌های خصوصی به بنگاه‌های کسب‌وکار و استفاده‌ی نابجا از سلامت‌محوری^۴ مردم با رواج رویکردهایی همچون چکاب سلامت (که در بسیاری موارد ضروری به نظر نمی‌رسد) موجب اخلال در سلامت عدالت‌محور و رواج رویکرد بازارپاانه خواهد بود.

۶-۳. سطح خرد

در سطح خرد، تخصیص منابع در حد یک بیمار

1. Need
2. Desire
3. Cost-Effectiveness

4. Health Orientation

۸. مسأله‌ی معیار

تعارضاتی که مسأله‌ی اولویت‌بندی منابع ایجاد می‌کند ناشی از قرارگرفتن در موقعیت‌هایی است که بیمار از نظر سن، جنس، مذهب، سطح تحصیلات، موقعیت خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی و نیز مواردی همچون ناتوانی و بدحالی از دید پزشک در وضعیت متمایزی از دیگران قرار دارد و در اینجا ما با مسأله‌ی معیار مواجهیم. معیار ما برای اولویت‌دادن افراد در این موقعیت‌ها چیست؟ معیار ما برای جایگزین کردن نسبت منفعت بیشتر / تعداد کمتر به جای منفعت کمتر / تعداد بیشتر چیست؟ معیار ما برای زمانی که معیاری برای اولویت‌بندی پیدا نمی‌کنیم چیست؟ همه‌ی این پرسش‌ها طرح و بحث درباره‌ی راه‌های روشن برون‌رفت را ضروری می‌نماید.

۹. مسأله‌ی ترکیب^۳

اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی در نظر بیچامپ و چیلدرس (عدالت، عدم اضرار، استقلال و سودرسانی) برگرفته از اصول اخلاقی دیوید راس است. با این تفاوت که راس برای حل مسأله‌ی تعارضات اخلاقی وظایف را به دو دسته در نگاه نخستین^۴ و در مقام عمل^۵ تقسیم می‌کند. اگر وظیفه در نگاه نخست با هیچ وظیفه‌ای تعارض پیدا نکند باید همان وظیفه انجام شود و اگر متعارض بود باید آن وظیفه‌ای که مهم‌تر و سنگین‌تر است برگزیده و وظیفه‌ی دیگر وانهاده شود. چنین شیوه‌ای را می‌توان در خصوص اصول اخلاق پزشکی نیز پی

صورت می‌گیرد. در اینجا مسأله‌ی معیار^۱ پررنگ‌تر است؛ چراکه در بسیاری از موارد دچار تعارض منافع میان بیماران مختلف و حتی درباره‌ی یک بیمار خاص می‌شویم. رویکردهای ذوقی و دلبخواهانه در این میانه، آفتی است که بی‌عدالتی را تداعی می‌کند. آنچه در پی می‌آید راهکارهایی است که برای حل خلاقانه‌ی این تعارض ارائه می‌شود.

۷. تحویلی‌نگری، آفتی در تخصیص منابع

تحویلی‌نگری یا تقلیل‌انگاری^۲ یکی از آفتی است که گاه در حوزه‌ی سلامت رخ می‌دهد. فروکاستن نگاه استراتژیک و جامع‌نگرانه به نگاهی که صرفاً تخصیص منابع را در سطح خرد می‌بیند (تعارضات مربوط به اولویت‌بندی منابع برای بیمار) آفتی است که مانع تحقق عدالت در تخصیص منابع می‌شود. تحلیل گفتمانی، فراتر رفتن از پارادایم پزشکی و لحاظ کردن آنچه در سطح کلان موجب آگاهی و معرفت آدمیان و ارتقای حساسیت و توجه بهداشتی سلامت‌محور می‌شود، بر سایر سطوح حوزه‌ی سلامت اولویت استراتژیک دارد (۱۲). تحویلی‌نگری در سطح خرد نیز می‌تواند رخ دهد. فروکاستن گروه هدف به بیمارانی که در اوضاع و احوال مرزی (ابتلا به بیماری‌های سخت و وضعیت بحرانی) قرار دارند منجر به عدم سیاست‌گذاری منسجم برای سایر بیماران (همچون مبتلایان به بیماری‌های دهان و دندان) می‌شود و عدالت‌محوری را صرفاً به حوزه‌ی اورژانس (آن هم نه همه‌ی نمونه‌ها) تقلیل می‌دهد.

3. Problem of Combination
4. Prima Fascia Duties
5. Actual Duty

1. Problem of Criteria
2. Reductionism

این تلقی تخصیص و تقسیم منابع سلامت را همان بازاریابی آن می‌داند.

۱۰-۲. رویکرد فرایندی^۶

ویلیام لاندمن الگوی RAFT را برای رویکرد فرایندی پیشنهاد می‌کند:

- مسئولیت‌پذیری^۷؛

- پاسخ‌گویی^۸؛

- انصاف^۹؛

- شفافیت و گشودگی^{۱۰}.

در این رویکرد، تخصیص منابع فرایندی است که در سطح خرد و میانی پیش از نیاز بیمار شروع می‌شود و تا پس از رفع نیاز همچنان ادامه می‌یابد. در سطح کلان نیز استراتژی‌ها مبتنی بر اصول فوق می‌شود تا گفتمان عدالت‌محور را در حوزه‌ی سلامت پایدار کند و موجب قوام و دوام آن شود (۱۵).

۱۱. سخن پایانی

هدف غایی پزشکان و کادر درمانی، ارائه‌ی مناسب‌ترین و بهترین مراقبت و درمان به تک‌تک مراجعان و بیماران فارغ از موقعیت و شرایط است. با لحاظ امکانات محدود و حجم مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی، نیل به این هدف نه‌تنها ساده نیست، بلکه دشوار و گاه بسیار بغرنج است. عدالت در تخصیص منابع حتماً باید مبتنی بر نظریه‌ای مشخص در باب عدالت باشد. نکته‌ی مهمی که در اینجا مطرح می‌شود اهمیت نگاه استراتژیک در سطح کلان به تخصیص منابع و پرهیز

گرفت (۱۳). راه‌حلی که برای گذر از تعارضات اخلاقی و حل مسأله‌ی ترکیب پیشنهاد شده است، بناکردن قضاوت‌های اخلاقی بر شهودهای بین‌الذهانی^۱ است. اگر مدیران استراتژیک در بیمارستان‌ها، مؤسسات و سطوح کلان به تعبیر رالز، فارغ‌دلانه (در پس پرده‌ی جهل) و با احتراز از سهم خواری^۲ به این مهم بپردازند با پدیدآوردن حوزه‌ی عمومی انتقادی به تعبیر هابرماس^۳ به قضاوت بهتر و باز هم بهتر برسند (۱۴).

۱۰. دو رویکرد به تخصیص منابع با نظر بر حوزه‌ی عمومی

دو تلقی از تخصیص منابع می‌توان داشت: تلقی اول، منابع و امکانات بهداشتی را همچون کالا و فراورده فرض می‌کند و تلقی دوم، امکانات پزشکی را همچون فرایندی مستمر می‌انگارد. نگارنده بر این باور است که می‌توان با تمیزکردن این دو رویکرد از ابزارانگاری^۴ در حوزه‌ی سلامت کاست و به روی آورد عدالت‌محور نزدیک شد.

۱۰-۱. رویکرد فرآورده‌ای^۵

در این رویکرد امکانات پزشکی کالا تلقی می‌شوند و شأنی هم‌طراز با سایر کالاهای موجود در بازار می‌یابد. آنچه در آغاز سخن درباره‌ی نظریات مختلف در باب عدالت آمد، میان عدالت در بازار و عدالت در حوزه‌ی سلامت تفکیکی ضمنی لحاظ می‌کرد. این رویکرد در نهایت به تلقی ابزارانگارانه از گروه‌های هدف یعنی بیماران خواهد انجامید.

6. Processive
7. Responsibility
8. Accountability
9. Fair
10. Transparency

1. Intersubjectivity
2. Free Splitting
3. Habermas
4. Instrumentalism
5. Productive

بخواهند بهترین کار را برای او انجام دهند؛ اما سایر افراد حاضر در اورژانس انتظار دارند معیارهای تریاژ براساس نیازهای پزشکی باشد. چشم‌پوشی از این معیارها به دلیل موقعیت اجتماعی افراد غیرعادلانه خواهد بود. باوجوداینکه ممکن است غیرواقعی به نظر برسد، شاید کسی عواقب بعدی منتظرماندن طولانی و خسته‌کننده‌ی عضو هیئت‌مدیره را در اتاق انتظار و همراه با افراد عادی در نظر بگیرد. به‌هرحال، شکایت ابرازشده توسط این شخص قدرتمند ممکن است در موقعیت شغلی فرد مؤثرتر از شکایت تعدادی از بیماران باشد. برای عملکرد بهتر باید احساس آسودگی خیال و آرامش داشته باشیم که البته به احتمال زیاد بخشی از تجربه‌های روزمره‌ی اورژانس نیست.

توضیح نمونه‌ی دوم

وضعیت هر دو بیمار بحرانی است؛ اما درمان این دو یکسان نیست. به‌رغم مشکل بودن لوله‌گذاری در شکستگی فک تحتانی پزشک باید هرچه سریع‌تر به لوله‌گذاری بیمار تصادفی اقدام کند. بیمار دیالیزی به لوله‌گذاری اورژانس نیاز ندارد و چه‌بسا با انجام دیالیز اورژانس سطح هوشیاری بیمار بهبود یابد. ضمن اینکه در بسیاری مواقع، در حالات گذرای افت سطح هوشیاری می‌توان برای بیمار بدون اتصال به دستگاه ونتیلاتور، لوله‌ی تراشه تعبیه کرد و تا زمان بازگشت هوشیاری با آمبوبگ به بیمار تنفس داد، مانند نمونه‌ی بیمار دیالیزی که به احتمال زیاد بعد از انجام دیالیز هوشیاری‌اش بر می‌گردد. توجه به نیاز واقعی بیمار، رفتار و تصمیم‌گیری صحیح برپایه‌ی اصول علمی

از تحویلی‌نگری است. تحویلی‌نگری به معنای آن است که سیاست‌گذاری، صرفاً معطوف به بیمار (آن هم بیمار در اوضاع و احوال مرزی) شود و تحلیل گفتمانی و رویکرد جامع‌نگر فراموش شود. عدالت در تقسیم معرفت و آگاهی‌دادن از جنبه‌های مغفول‌مانده در تقلیل‌انگاری است. جایگزینی رویکرد فرایندی به تخصیص منابع به‌جای نگاه فرآورده‌ای نیز مسأله‌ی درخور توجهی است. این مهم عدالت را در حوزه‌ی عمومی بنیان می‌نهد و موجب قوام و دوام سلامت عدالت‌محور خواهد شد. در این میان انتخاب روش‌های درمانی صحیح و استانداردشده و در نتیجه کاهش در خواست‌های پاراکلینیک و درمان‌های غیرسودمند و بیهوده، یافتن راه‌حل‌های عادلانه و عادلانه در شرایط تعارض در تخصیص منابع نادر برپایه‌ی اصول اخلاقی و آشکارسازی محدودیت‌ها و منابع پزشکی و آگاه‌ساختن بیمار و همراهان او درباره‌ی شرایط موجود می‌تواند شیوه‌ی مناسبی برای پرهیز از بسیاری موارد تعارض در سطح خرد برای پزشکان باشد.

توضیح نمونه‌ی اول

نمونه‌هایی که در آن افراد مشهور یا با نفوذ از ما درمان خاصی را درخواست می‌کنند، باید معیارهای اخلاقی‌مان را درباره‌ی تخصیص منابع مرور کنیم. آیا برخی از مردم برای درمان خاصی «سزاوارتر» از دیگران‌اند؟ چه چیزی این ادعا را توجیه می‌کند؟ در این نمونه، شاید کارکنان اورژانس به دلیل جایگاه و موقعیت قدرتمند عضو هیئت‌مدیره و تحت تأثیر قراردادن او و نیز برای حفظ موقعیت کاری خودشان

7. Rawls, John. (1971). A Theory of Justice. Oxford University Press, p. 150-156.

۸. نازیک، رابرت. (۱۳۷۶). «عدالت و استحقاق». مجله‌ی نقد و نظر، ترجمه‌ی مصطفی ملکیان، س ۳، ش ۲ و ۳، صص ۹۴ تا ۱۰۸.

۹. غنی‌نژاد، موسی. (۱۳۸۱). درباره‌ی هایک. ج ۱، تهران: نشر نگاه معاصر، ص ۱۱۷.

10. Evans, Martyn. & et al. (2004). Philosophy for Medicine: Applications in a Clinical Content. Radcliff Medical Press, p. 15.

۱۱. بری، نورمن پی. (۱۳۸۷). نظم خودانگیخته. ترجمه‌ی خشایار دیهیمی، تهران: نشر نی.

۱۲. آرامش، کیارش. (۱۳۸۶). «بحثی پیرامون اصل عدالت در اخلاق پزشکی». اخلاق در علوم و فناوری، س ۲، ش ۳ و ۴، صص ۵ تا ۱۰.

13. Ross, David. (1927). "The Basis of Objective Judgment in Ethics". Int J Ethics, 37, p. 113-127.

۱۴. هولاب رابرت و یورگن هابرماس. (۱۳۸۶). نقد در حوزه‌ی عمومی. ترجمه‌ی حسین بشیریه، تهران: نشر نی.

15. Landman, William A. (2003). Ethics – Equitable Resource Allocation. PPT, Aug.

و اخلاقی و شانه‌خالی نکردن از مسئولیت خطیر سودرسانی و عدم اضرار به بیمار به بهانه‌ی کمبود امکانات، مهم‌ترین نکته‌ی شایان توجه در مواجهه با هر بیمار است.

منابع

۱. افلاطون. (۱۳۶۰). جمهور. ترجمه‌ی فؤاد روحانی، تهران: بنگاه ترجمه و نشر کتاب، ص ۳۸.
۲. اوکانر، دانیل جان. (۱۳۷۷). ارسطو. ج ۱، ترجمه‌ی خشایار دیهیمی، تهران: نشر کوچک، ص ۲۶.
۳. نوسباوم، مارتا. (۱۳۸۸). ارسطو. ج ۲، ترجمه‌ی عزت‌الله فولادوند، تهران: طرح نو.
۴. استوارت میل، جان. (۱۳۸۸). فایده‌گرایی. ج ۱، ترجمه‌ی مرتضی مردیها، تهران: نشر نی، ص ۱۰.
5. Mandeville, Bernard. (1970). The Fable of The Bees. Oxford University Press, P. 83.
۶. کاتوزیان، محمدعلی. (۱۳۵۷). آدام اسمیت و ثروت ملل. تهران: کتاب‌های جیبی، ص ۳۳؛ ص ۵۱.

فصل بیستم

راه حل تعارض منافع و مصادیق آن در آموزش و پژوهش و درمان

دکتر مجتبی پارسا

معرفی نمونه‌ی اول

آقای دکتر « الف » یک پزشک خانواده است که بیشتر در حوزه‌ی درمان بیماری‌های مزمن انسدادی ریه (COPD) کار می‌کند. او نامه‌ای از مدیر اجرایی یک طرح پژوهشی دریافت می‌کند که در آن نوشته شده آن‌ها در حال ارزیابی یک روش جدید نویدبخش در درمان این بیماری‌ها هستند و از آقای دکتر « الف » درخواست شده است که نام بیماران واجد شرایط را در اختیار آنان بگذارد و به ازای آن برای هر نفر بیست هزار تومان دریافت کند.

معرفی نمونه‌ی دوم

دکتر « ب » که یک روان‌پزشک و دارای مطب خصوصی است از سوی یک شرکت دارویی دعوت شده است که در یک کارآزمایی بالینی که به منظور بررسی کارایی یک داروی جدید در درمان سایکوز حاد طراحی شده است با آن‌ها همکاری کند. در این مطالعه بیماران که دارای سایکوز حاد هستند و هیچ سابقه‌ی قبلی از سایکوز (یا درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک) نداشته‌اند از طریق مطب پزشکان یا بخش‌های اورژانس وارد مطالعه می‌شوند. بیماران که وارد مطالعه می‌شوند به صورت تصادفی (رندوم) به دو گروه دریافت‌کننده‌ی داروی جدید و دارو نما (پلاسبو) تقسیم می‌شوند و باید به مدت هشت هفته در بیمارستان بستری شوند. در این مدت بیماران نباید هیچ داروی آنتی‌سایکوتیک دیگری به غیر از داروهای مورد مطالعه در یافت کنند. افزون‌براین، هم از شرکت‌کنندگان در مطالعه یا تصمیم‌گیرنده‌های جایگزین آنان رضایت آگاهانه اخذ شده است؛ همچنین بیماران مورد مطالعه در صورتی که وضعیت بالینی آن‌ها بدتر شود ممکن است از مطالعه خارج شوند.

۱. مقدمه

منافع بیماران، عمل کردن برپایه‌ی موازین علمی و نداشتن سوگیری در تصمیمات پزشکی، مرتباً آن‌ها را در مقابل تعارض منافع مالی قرار می‌دهد که پرچالش‌ترین و بیشترین آن‌ها از ارتباط بین پزشکان با شرکت‌های سازنده‌ی دارو یا تجهیزات پزشکی ناشی می‌شود. این شرکت‌ها از طریق ارتقای محصولات خود در بالابردن آسایش و رفاه بیماران سهمی عمده دارند. سرمایه‌گذاری آن‌ها در کشف، توسعه و توزیع محصولات دارویی و تجهیزات پزشکی جدید برای بیماران فواید فراوانی دارد و بسیاری از شرکت‌ها هم از برنامه‌های آموزش پزشکی مداوم^۳ حمایت می‌کنند؛ اما در هر حال آنان مسئولیت‌هایی هم در قبال سهام‌داران خود دارند و باید سود معقولی هم نصیب آن‌ها کنند (۳).

اهداف اولیه‌ی پزشکی، ارتقای سلامت جامعه از طریق ارائه‌ی مراقبت‌های پزشکی مؤثر به بیماران، هدایت پژوهش‌های پزشکی معتبر و ارائه‌ی آموزش پزشکی در حد عالی است. برای دستیابی به این اهداف فرد فرد شاغلان حرفه‌ی پزشکی، مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات پزشکی و مراکز پژوهشی وظیفه دارند که در وهله‌ی اول و قبل از هر چیزی منافع بیماران را در اولویت قرار دهند، در پژوهش‌ها سوگیری نداشته باشند و به لحاظ رفتار حرفه‌ای الگویی مناسب برای دانشجویان باشند؛ اما به دلیل اینکه در پزشکی امروزی در بعضی مواقع این اهداف و وظایف تحت‌الشعاع منافع مالی یا سایر منافع فرعی و ثانوی قرار می‌گیرد مشکل تعارض منافع رخ می‌دهد (۴)؛ لذا، به‌طور کلی می‌توان گفت تعارض منافع در حرفه‌ی سلامت غالباً وقتی رخ می‌دهد که

در معاملات تجاری معمول مانند خرید و فروش یک کالا یا یک خدمت، دو طرف معامله بدون اعتماد به یکدیگر مراقب هستند که در معامله مغبون نشوند؛ اما بعضی از معاملات یا ارتباطات مانند آنچه در رابطه‌ی پزشک و بیمار وجود دارد از لحاظ قانون، از تجارت معمول و رایج متفاوت است. در واقع، بیماران در پی حفظ حیات یا سلامتی خود هستند که قابل چشم‌پوشی و صرف‌نظر کردن نیست و این خدمات را فقط پزشکانی که دارای صلاحیت و مجوز لازم هستند ارائه می‌کنند؛ لذا ارائه‌ی چنین خدماتی، انحصاری و در دست پزشکان است. در تجارت معمول، خریدار می‌تواند کالا را ارزیابی کند و پس از ارزیابی، آن را بخرد؛ ولی در رابطه‌ی پزشک و بیمار به دلیل اینکه بیمار برای ارزیابی خدمتی که قرار است به او ارائه شود اطلاعات کافی ندارد، امکان این ارزیابی را ندارد. از این‌رو، نه تشخیص و پیش‌آگهی را می‌داند و نه می‌داند که چه دارو یا روش‌های درمانی برای او مناسب است (۱).

به همین دلیل است که فعالیت پزشکان کسب و کار قلمداد نمی‌شود بلکه آن را حرفه^۱ می‌نامند؛ ولی تجارت و کسب و کار را حرفه نمی‌دانند؛ از این‌رو، یکی از شاخص‌های مهم حرفه، خدمت‌محوری، مفیدبودن یا مطلوبیت اجتماعی است (۲).

از طرف دیگر، تأثیرات کنونی مشوق‌های تجاری چالش‌های فراوانی را برای اصول حرفه‌مندی (پروفشنالیسم)^۲ در پزشکی ایجاد کرده است. تعهد پزشکان به نوع‌دوستی، در اولویت قرار دادن

1. Profession

2. Professionalism

3. CME (Continuing Medical Education)

تعارض منافع از جمله موضوعات مهمی است که پزشکان و مؤسسات پزشکی به طرق مختلف با آن درگیر هستند و گاهی ممکن است به عنوان یک امر عادی نیز تلقی شود که قبحی بر آن مترتب نیست، این نوشتار بر آن است که با توضیح موضوع و ذکر برخی مصادیق، راه حل هایی را برای اجتناب از تعارض منافع ارائه دهد.

۲. دیدگاه اخلاقی و قانونی

۲-۱. تعارض منافع چیست؟

۲-۱-۱. تعریف

طبق تعریفی که تامپسون^۱ ارائه داده است تعارض منافع شامل مجموعه ای از حالاتی می شود که در آن قضاوت حرفه ای، راجع به یک منفعت اولیه یا اصلی (مانند رفاه بیمار یا اعتبار یک تحقیق) بی جهت و ناروا تحت تأثیر یک منفعت ثانویه یا فرعی (مانند بهره ای مالی) قرار می گیرد. منفعت اصلی با توجه به وظایف حرفه ای یک پزشک، محقق یا استاد تعیین می شود. اگرچه در تعیین خود این وظایف اختلاف وجود دارد، این وظایف هر چه که باشند باید ملاحظات اصلی و درجه ای اول در تصمیم گیری های حرفه ای یک پزشک یا محقق یا استاد باشد (۴).

۲-۱-۲. اجزای تعارض منافع

این تعریف دارای سه عنصر اصلی است: منفعت اولیه (اصلی): منافع اولیه می تواند صیانت از درستی یک پژوهش، افزایش رفاه بیمار و ارتقای کیفیت آموزش پزشکی باشد. در واقع، پزشکان، محققان و استادان پزشکی تقدم این منافع را در حرفه ای پزشکی پذیرفته اند. این منافع اولیه بعضی

منافع شخصی (که ممکن است مالی یا غیرمالی باشد) با مسئولیت حرفه ای شخص تعارض دارد (۵). به بیان دیگر، تعارض منافع بیانگر موقعیتی است که در آن فردی انگیزه ی کاری را در حیطه ی حرفه ی خود پیدا می کند که با وظایف بدیهی شغلی او مغایرت دارد (۶).

در بیشتر متون و تفاسیر، در خصوص تعارض منافع، بر ملاحظات مالی تأکید شده است (و بحث این نوشتار هم تعارض منافع مالی است)؛ اما این ها تنها منافع نیستند که بر رفتار پزشک اثر می گذارند؛ بلکه بسیاری از چیزهای دیگر از جمله تمایل به پیشرفت حرفه ای یا حتی علم آموزی هم می تواند اثرگذار باشند. به نظر می رسد این تصور که مشوق های مالی و سایر مشوق ها تأثیری شایان توجه بر رفتار انسان دارند و گاهی می توانند بر قضاوت حرفه ای پزشک غلبه کنند، انکارناشدنی باشد. مطالعات متعدد نشان داده اند که دادن مشوق های مالی و هدایا از طرف بخش صنعت بر رفتار پزشکان تأثیری چشمگیر دارد. پزشکی که در معرض چنین مشوق هایی هستند به میزان بیشتری بیماران را برای تست های آزمایشگاهی، رادیوگرافی، جراحی و بستری در بیمارستان ارجاع می دهند (۷).

در حرفه ی پزشکی تعارض منافع می تواند در حوزه ی پژوهش، درمان و آموزش رخ دهد. از نظر تاریخی، نگرانی ها درباره ی تأثیر بالقوه ی مخرب صنایع خصوصی بر پژوهش، آموزش و درمان پس از دهه ی ۱۹۷۰ در آمریکا رو به تزاید گذاشت و در آن موقع کنگره ی ایالات متحده قوانینی را وضع کرد که توجه ها را به تعارض منافع در پزشکی جلب کند (۸). با توجه به اینکه در کشور ما نیز موضوع

1. Thompson

اوقات با عناوین غایت یا اهداف^۱ (مثل افزایش رفاه بیمار) یا وظایف (مانند وظیفه‌ی پزشک در افزایش رفاه بیمار) یا حقوق (مانند حق بیمار برای اینکه پزشک بر رفاه او بیفزاید) نیز بیان می‌شوند.

۲-۱-۳. تفاوت میان تعارض منافع و سایر تعارضات

تعارض منافع را باید از سایر تعارضات تشخیص داد. چون تمام تعارضات، تعارض بین یک منفعت اولیه و ثانویه نیستند.

تعارض وظیفه: در تعارض وظیفه^۲ یک فرد یا یک مؤسسه وظایفی دارد که با یکدیگر همسو نیستند و در شرایط موجود فقط امکان انجام یکی از آن‌ها وجود دارد؛ دوراهاها (دیلما)^۴ در اخلاق پزشکی به این صورت هستند؛ یعنی انتخابی مشکل بین دو ارزش که هیچ‌یک بر دیگری تفوق ندارد. مثال بارز آن حفظ راز بیمار مبتلا به یک بیماری مسری است که حفظ راز او در تعارض با جلوگیری از ضرر رساندن به فرد دیگر است. در این مثال در واقع تعارض منافع نداریم؛ چون هم حفظ راز یک بیمار و هم ضرر نرسیدن به دیگری هر دو منافع اولیه هستند و در واقع می‌توان گفت که دوراها، تعارض بین منفعت‌های اولیه‌ی متفاوت است.

تعارض تعهدات: تعارض تعهدات^۵ به موضوع تعارض منافع نزدیک‌تر است. این حالت تعارض بین مسئولیت‌های اولیه‌ی افراد یک سازمان در برابر تعهدات خارج از سازمان آن‌ها مانند خدمات اجتماعی داوطلبانه یا فعالیت در یک گروه سیاسی یا آموزش یا هدایت یک پژوهش در یک سازمان دیگر

منفعت ثانویه: این منفعت می‌تواند مالی یا از نوع منفعتی مانند تمایل به پیشرفت حرفه‌ای، شناساندن موفقیت‌های فردی به دیگران یا توجه به دوستان، خانواده، دانشجویان یا همکاران باشد؛ اما در هر حال تأکید بیشتر بر منافع و روابط مالی است. ولی دلیل این تأکید این نیست که منافع مالی مخرب‌تر از سایر منافع است، بلکه دلیل آن عینی و ملموس‌تر بودن و کمیت‌پذیری منافع مالی است؛ بنابراین، کنترل منافع مالی نیز مؤثرتر و آسان‌تر است. منفعت فرعی و ثانویه به‌طور ذاتی ممکن است نامشروع نباشد و حتی در عمل حرفه‌ای امری مطلوب و حتی یک ضرورت باشد؛ اما باید دید وزن نسبی این منفعت در تصمیمات حرفه‌ای کجاست؛ لذا هدف این نیست که منفعت‌های مالی یا سایر منافع فرعی (مانند ترجیح خانواده و دوستان یا به دنبال پرستیز بودن و...) حذف شود یا به حداقل رسانده شود، بلکه هدف این است که در تصمیمات حرفه‌ای این منافع فرعی غالب نشوند و منافع اصلی را تحت الشعاع خود قرار ندهند.

تعارض^۳: تعارض به این معنی نیست که منفعت اولیه حتماً در معرض خطر است، بلکه مجموعه‌ای از شرایط یا روابط ممکن است باعث شود که به منفعت ثانویه بیش از حد معمول، توجه معطوف شود و در نتیجه منفعت اولیه به فراموشی سپرده شود؛ لذا

3. Conflict of Obligation
4. Dilemmas
5. Conflict of Commitment

1. Ends or Goals
2. Conflict

آن را جبران کنند. در این خصوص، محققان به طور خاص هدایای صنعت به پزشکان را بررسی و مطالعه کرده اند و نشان داده اند که قبول هدیه سبب ساز رفتار مثبت پزشکان با نمایندگان شرکت های دارویی می شود (۳)؛ به عنوان مثال، نتایج مطالعه ای که بین سال های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۰ از استادان تمام وقت بیمارستان های آموزشی کیلوند^۱ در آمریکا به عمل آمد، نشان داد پزشکانی که با نمایندگان شرکت های دارویی خاصی ملاقات کرده بودند یا برای شرکت یا سخنرانی در سمپوزیوم یا انجام تحقیقات از آن شرکت دارویی پول دریافت کرده بودند، داروهای ساخت آن شرکت را بیشتر نسخه می کنند (۱۱).

از طرف دیگر، با وجود اینکه بسیاری از پزشکان، هر ساله هدایای متعددی را از شرکت های دارویی دریافت می کنند، اغلب آن ها با وجود شواهد زیادی که خلاف آن را نشان می دهد، تأثیر این هدایا را بر خود انکار می کنند (۱۲). اکثر پزشکان معتقدند هدایا تأثیری در تجویزهای طبی خود آن ها ندارد؛ ولی همین پزشکان معتقدند که هدایا در همکارانشان تأثیرگذار است (۱۳)؛ به عنوان مثال، بنابر یافته های مطالعه ای که بر نگرش استادان و رزیدنت های داخلی صورت گرفت، اکثر آن ها موافق این بودند که قبول هدایای گران قیمت ممکن است قضاوت پزشک را در معرض خطر قرار دهد؛ البته اقلیتی از آن ها معتقد بودند که اطلاعاتی که توسط نمایندگان فروش شرکت های دارویی ارائه می شود بر روند تصمیم گیری خود آن ها مؤثر بوده است (۱۴). مسأله ای مهم دیگر این است که ممکن است در اثر قبول هدایای شرکت های دارویی، نگرش بیماران

است. در این مورد، مانند تعارض بین دو منفعت اولیه (تعارض وظیفه)، بین دو فعالیت که کاملاً محترم و موجه هستند تعارض داریم؛ ولی مانند تعارض منافع یک فعالیت بر دیگری تفوق دارد (۴).

۲-۱-۴. اهمیت تعارض منافع

از نظر اخلاقی اهمیت تعارض منافع از این جهت است که قضاوت بالینی پزشک را تحت تأثیر قرار می دهد؛ بنابراین، خطر آسیب زدن به اعتماد بین پزشک و بیمار و حتی عموم جامعه در آن وجود دارد. در واقع، بیماران انتظار دارند که پزشکان به دنبال هیچ گونه انگیزه ای به غیر از بهبودی بیماران خود نباشند. اگر بیماری احساس کند که پزشک او در موقعیت تعارض منافع قرار دارد، اعتماد او به پزشک و به طور کلی به حرفه ی پزشکی سست خواهد شد. بعضی اوقات منافع ثانویه آن قدر چشمگیر هستند که می توانیم پیش بینی کنیم که پزشک حتماً تحت تأثیر آن قرار خواهد گرفت (۱۰).

روان پزشکان، جامعه شناسان و اقتصاددانان معتقدند که رفتار انسان طوری است که روش های تجربی نو و ابتکاری را به کار می گیرد. تحقیقات آن ها نشان داده است که رفتار آدمی همیشه این طور نیست که کاملاً بر پایه ی عقل و انگیزه استوار باشد؛ بنابراین، افراد همیشه از انگیزه های خود باخبر نیستند و بدون اینکه درباره ی چیزی فکر کنند ممکن است رفتاری از آنان سر بزند. از طرفی، تحقیقات علوم اجتماعی نشان داده است که تمایل به عمل متقابل حتی در قبول هدایای کوچک در رفتار مردم خیلی زیاد است؛ مثلاً افرادی که هدیه ای دریافت می کنند اغلب نمی توانند بی تفاوت باقی بمانند و غالباً می خواهند طوری

1. Cleveland

پژوهش و درمان نیاز به سرمایه‌گذاری صنعت دارویی و تجهیزات پزشکی دارد و شیوه‌های کسب درآمد پزشکان نیز دچار تغییرات ساختاری و بعضاً پیچیده‌ای شده است، برای حفظ شأن و جایگاه پزشکان و از همه مهم‌تر حفظ جایگاه حرفه‌ی پزشکی در نظر عموم مردم، اتخاذ روش‌ها و رویکردهایی که بتواند تا حدودی معضل تعارض منافع را حل کند ضروری به نظر می‌رسد.

۳. رویکرد ما به تعارض منافع باید چگونه باشد؟

ارتباط بین پزشکان و صنعت به‌طور ذاتی غیراخلاقی نیست و بخش صنعت با حمایت از تحقیق و آموزش می‌تواند حامی خوبی برای بیماران باشد. تعارض منافع در هر قلمرویی از جمله دانش و پزشکی می‌تواند وجود داشته باشد. ولی قرارگرفتن در جایگاهی هم که در آن تعارض منافع وجود دارد به‌خودی‌خود غیراخلاقی نیست؛ اما مسأله‌ی جدی وقتی رخ می‌دهد که کسی از فهم این تعارض عاجز باشد و آن را یک وضعیت مطلوب قلمداد کند؛ لذا قدم اول در مواجهه با تعارض منافع آگاهی و شناخت آن است. پزشکان باید درک کنند که ممکن است تحت تأثیر تعارض منافع قرار بگیرند. تأییدکردن وجود تعارض منافع، اعتراف به یک نقص اخلاقی نیست بلکه ارزیابی واقعی از تأثیر احتمالی و بالقوه‌ی یک منفعت ثانویه است؛ بنابراین، اتکا به درست‌کاری فردی ضروری است اما کافی نیست؛ لذا باید دانشجویان و پزشکان را با روش‌هایی که شرکت‌های دارویی برای بازاریابی و ترویج محصولات خود به کار می‌برند آشنا کرد. این آموزش برای

نسبت به پزشکان تغییر کند؛ به‌عنوان نمونه، در مطالعه‌ای ۲۴ درصد از بیماران گزارش کردند که بعد از اینکه متوجه شدند که شرکت‌های دارویی به پزشکان هدیه می‌دهند احساس آن‌ها نسبت به پزشکان تغییر کرد (۱۳).

لذا اهمیت تعارض منافع به قدری است که در بسیاری از موارد، قانون برای اتونومی و آزادی افرادی که در یک رابطه‌ی مبتنی بر امانت^۱ قرار گرفته‌اند، محدودیت‌هایی را وضع می‌کند. در این رابطه که بین یک فرد قوی‌تر یعنی پزشک و یک فرد ضعیف‌تر یعنی بیمار وجود دارد مقررات تعارض منافع خیلی جدی هستند؛ ازاین‌رو، در حوزه‌های قضایی بعضی از جوامع، از رابطه‌ی بین پزشک و بیمار تحت عنوان وظایف مبتنی بر امانت^۲ نام برده می‌شود که پزشک را ملزم به حفظ اعتماد بیمار و اطمینان‌بخشیدن به عموم مردم می‌کند. در حوزه‌های قضایی که فاقد وظایف مبتنی بر امانت است، این کار توسط کدهای حرفه‌ای که شاید قدرت قانون را داشته باشد انجام می‌شود. کدهای حرفه‌ای پزشکان یا کدهایی که در بعضی صنایع وجود دارد، پزشکان یا صنایع را از فعالیت‌هایی که ممکن است موجب تخریب اعتماد بیماران یا عموم مردم به شاغلان حرفه‌ی سلامت شود منع می‌کند؛ برای مثال در قانون کنترل حرفه‌ی سلامت انتاریو^۳ مصوب سال ۱۹۹۱ شاغلان این حرفه از عمل در جایی که در معرض تعارض منافع باشند منع شده‌اند (۱۵ و ۱۰).

با توجه به اینکه امروزه دانش پزشکی برای پیشرفت در عرصه‌های مختلف اعم از آموزش و

1. Fiduciary Relationship

2. Fiduciary Duties

3. Regulated Health Professions Act of Ontario

۳-۲. انتخاب راه سوم

آموزه‌های سنتی، تعارضات اخلاقی را به وسیله‌ی اصل دفع افسد به فاسد حل می‌کنند. در نتیجه، فاسد و بد را انتخاب می‌کنیم تا از افسد و بدتر مصون باشیم؛ اما به دلایلی این اصل مردود است:

- اول اینکه غالباً نمی‌توانیم بین اهم و مهم یا افسد و فاسد تفکیک قائل شویم. گاهی یکی از تعهدها آن قدر مهم‌تر از تعهدات دیگر است که به آسانی می‌توان دانست چه باید کرد؛ اما نباید فراموش کرد که همیشه این طور نیست و چه‌بسا آنچه کم‌خطرتر انگاشته شده است، در درازمدت پرخطرتر باشد.

- دوم اینکه در مواردی تعارض بین دو امر هم‌آورد (و نه فاسد و افسد) به میان می‌آید؛ به گونه‌ای که ترجیحی وجود ندارد که یکی را رها کنیم و دیگری را انتخاب کنیم. اگر بر سر دوره‌ای قرار بگیریم که انتخاب هر یک و برنگرفتن دیگری به اندازه‌ی یکسانی فسادانگیز باشد باید چه کار کرد؟

- و سوم اینکه توسل به روش دفع افسد به فاسد، غالباً چشم فرد را از جستن راه سوم باز می‌دارد. به عبارت دیگر، ما خیال می‌کنیم که راه سومی وجود ندارد و ممکن است راه‌های متعدد دیگری وجود داشته باشد؛ لذا یک روش پیشنهادی مؤثر در حل تعارضات اخلاقی، جست‌وجو از راه سوم است (۱۷).

۳-۳. سلب صلاحیت

در سلب صلاحیت کسانی که در موقعیت تعارض منافع قرار می‌گیرند باید از تصمیم‌گیری در آن موقعیت اجتناب کنند و کس دیگری این کار را انجام دهد؛ به عنوان مثال، اگر یک قاضی در پرونده‌ای،

کارکنان شرکت‌های دارویی نیز لازم است تا آن‌ها هم با محدوده‌ی تعاملات خود با پزشکان آشنا باشند (۱۰). بسته به نوع تعارض و احتمال آسیب وارده روش‌های متعددی برای برخورد با تعارض منافع در دسترس است که به آن‌ها اشاره می‌شود:

۳-۱. تبدیل مشکل به مسأله

یکی از راه‌های برون‌رفت از تعارض اخلاقی تبدیل مشکل به مسأله است. گاه تعارض در میان مشکلات رخ می‌دهد و همین که از دل مشکل مسأله‌ای استخراج می‌کنیم، یا تعارض رخت برمی‌بندد یا شیوه‌ای ساده و آسان برای حل تعارض یافت می‌شود. مشکل، سطحی، کلی و عام، قابل رؤیت توسط عوام، ذهنی، مرکب، مبهم، فاقد روش بررسی و معمولاً حل‌نشدنی است؛ اما مسأله، ژرف، معین و مشخص، قابل رصد توسط متخصص، عینی، واحد، روشن، روشمند و حل‌شدنی است. اگر برای حل تعارض منافع در حد مشکل توقف کنیم و به ژرفای مسأله نرویم به راه حل ممتاز و متمایزی نخواهیم رسید (۱۶).

در اینجا برای تقریب ذهن، مثالی آورده می‌شود. فرض کنید در یک کارخانه عده‌ای از کارکنان اعتصاب کرده‌اند و سر کار خود حاضر نشده‌اند. آن چیزی که از ظاهر امر برمی‌آید و در واقع مشکل، اعتصاب کارکنان و وقفه در تولید کارخانه است. حال اگر موضوع ریشه‌یابی شود و مثلاً مشخص شود که علت این اعتصاب توهین یکی از مدیران به یکی از کارکنان بوده است، در واقع مشکل ما به مسأله تبدیل شده که حل‌شدنی است؛ مثلاً ممکن است با یک عذرخواهی ساده‌ی آن مدیر، موضوع فیصله یابد و مشکل حل شود.

۳-۷. آشکارسازی^۲

آشکارسازی قاعده‌ای تلاشی در تعارض منافع است؛ به‌عنوان مثال، ذکر شده است که سخنران‌ها در کنفرانس‌ها و نویسندگان مقالات در موقع ارائه‌ی مطالب خود باید هرگونه منافع یا ارتباطاتی را که با صنعت دارند آشکار کنند. در انتشار مجلات پزشکی هم باید آشکارسازی منافع حرفه‌ای و مالی صورت بگیرد. همچنین، درباره‌ی هدایا و مانند این‌ها نیز آشکارسازی لازم است؛ به‌عنوان نمونه انجمن پزشکان کانادایی (CMA) بیان می‌کند: «پزشک باید آماده‌ی آشکارسازی ماهیت روابط خود با صنعت به بیماران، برگزارکنندگان و حضار یک آموزش مداوم پزشکی در موقع سخنرانی یا موقعیت‌های مشابه باشد. برای اینکه کسی بخواهد بداند در موقعیت تعارض منافع قرار دارد یا خیر باید این سؤال را از خود بپرسد: اگر بیمار یا سایر افراد از منفعت من در این موضوع مطلع شوند آیا من دغدغه‌ی خاطری ندارم و راحت خواهم بود؟ اگر جواب به این سؤال خیر باشد پس آشکارسازی لازم است. بدیهی است اگر بیماران بفهمند که پزشکان منافع را مخفی کرده‌اند اعتماد آن‌ها به پزشکان کمتر خواهد شد و بالعکس در صورتی که بفهمند که پزشک درباره‌ی این منافع شفاف است ممکن است حتی اعتماد آنان به پزشک افزایش هم پیدا کند» (۱۰، ۱۵، ۱۹).

تعارض منافع می‌تواند در حیطه‌های درمان، آموزش یا پژوهش وجود داشته باشد و برای حل آن هم می‌توان از شیوه‌های ذکرشده استفاده کرد؛ اما عمده راه‌حلی که معمولاً برای رهایی از تعارض منافع استفاده می‌شود آشکارسازی و نیز

خود دارای منفعی است باید درباره‌ی آن پرونده‌ی خاص از خود سلب صلاحیت کند و کس دیگری این کار را انجام دهد.

۳-۴. ارزیابی شخص ثالث^۱

حالتی را در نظر بگیرید که در آن سهام‌دار عمده‌ی یک شرکت سهامی بخواهد سهم مابقی سهام‌داران آن شرکت را که در اقلیت هستند بخرد. چه قیمتی عادلانه است؟ بدیهی است که این کار درستی نیست (و معمولاً غیرقانونی است) که سهام‌دار عمده قیمتی را پیشنهاد بدهد و هیئت مدیره (که معمولاً در کنترل سهام‌دار عمده هستند) این قیمت را تأیید کنند. چیزی که مرسوم است این است که شخص سومی را به کار بگیرند تا شرایط را ارزیابی کند و یک قیمت منصفانه پیشنهاد بدهد و بعد سهام‌دارانی که در اقلیت هستند به آن رأی بدهند.

۳-۵. کدهای اخلاقی^۲

معمولاً کدهای اخلاقی تعارض منافع را ممنوع کرده‌اند؛ اما به‌هرحال در مواردی ممکن است اختلاف‌نظر وجود داشته باشد. کدهای اخلاقی با بیان میزان تعارضی که باید از آن اجتناب شود کمک می‌کنند که مشکلات تعارض منافع را به حداقل برسانیم (۱۸).

۳-۶. ممنوعیت^۳

ممکن است دامنه‌ی تأثیرات مخرب بعضی از تعارض منافع‌ها خیلی زیاد باشد و بر اعتماد عموم مردم و بیماران به حرفه‌ی پزشکی اثراتی سوء داشته باشد یا اینکه برای بیمار منفعتی درخور توجه نداشته باشد؛ ازاین‌رو، باید ممنوع شوند.

1. Third-Party Evaluations
2. Codes of Ethics
3. Prohibition

4. Disclosure

اجتناب کردن است.

۴. تعارض منافع در آموزش پزشکی

محیط‌های آموزشی در آموزش پزشکی در تمامی مقاطع و آموزش پزشکی مداوم هدف اصلی تأثیر صنعت است. محیط‌های آموزشی در پزشکی، شامل سالن‌های کنفرانس و سخنرانی، محل‌های مراقبت از بیمار (مانند بخش‌های سرپایی یا بستری)، آزمایشگاه‌ها و... تنوع بسیاری دارد. بعضی از برنامه‌های آموزش مداوم هم در رستوران‌ها، هتل‌ها یا مراکز تفریحی و سرگرمی برگزار می‌شود. در بیشتر طول مدت قرن بیستم شرکت‌های تولید محصولات پزشکی، در آموزش پزشکی مشارکت عمده‌ای نداشتند؛ تنها استثنا در این حوزه نمایندگان فروش این شرکت‌ها بودند که اطلاعاتی را درباره‌ی محصولات خود به رزیدنت‌ها، اساتید و پزشکان غیردانشگاهی ارائه می‌کردند؛ ولی در دهه‌های آخر قرن بیستم شرکت‌های تجهیزات پزشکی به‌طور فزاینده‌ای در اسپانسر کردن آموزش مداوم پزشکی درگیر شدند و دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی، به حمایت صنعت از برنامه‌های آموزشی خود وابسته شدند (۴)؛ به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای ملی که در سال ۲۰۰۶ از ۱۲۵ دانشکده‌ی پزشکی و پانزده بیمارستان آموزشی در ایالات متحده به عمل آمد، مشخص شد که ۶۷ درصد از دپارتمان‌های دانشگاهی با صنعت، ارتباط داشتند (۲۰).

درباره‌ی برنامه‌های رزیدنتی هم، چنین وضعیتی وجود دارد؛ برای مثال، بنابر یافته‌های مطالعه‌ای که در میان مدیران برنامه‌های رزیدنتی طب اورژانس

آمریکا انجام شد، چهل درصد از مدیران اجازه داده بودند که صنعت در برنامه‌های آنان سرمایه‌گذاری کند و همین درصد هم اجازه داده بودند که نمایندگان شرکت‌های دارویی به رزیدنت‌ها آموزش بدهند (۲۱).

در بریتانیا هم هزینه‌های بیش از نیمی از کل آموزش پزشکی فوق لیسانس^۱ و بسیاری از آموزش‌های پرستاران از بودجه‌ی بازاریابی شرکت‌های دارویی است که البته به‌تنهایی خاص بریتانیا نیست و عمومیت دارد (۱۵).

روش‌های ارتباط صنعت با پزشکان یا دانشجویان به طرق مختلفی است که یکی از آن‌ها دادن هدیه به دانشجویان یا رزیدنت‌هاست که این هدیه می‌تواند دادن یک وعده‌ی غذایی یا نمونه‌های دارویی یا اقلام آموزشی و... باشد؛ برای نمونه، از نتایج مطالعه‌ای که از دانشجویان پزشکی سال سوم در هشت دانشکده‌ی پزشکی مهم در آمریکا به دست آمد، می‌توان دریافت تقریباً همه‌ی دانشجویان یک وعده‌ی غذایی یا یک هدیه‌ی دیگر از شرکت‌های صنعتی دریافت کرده‌اند و بیش از یک‌سوم آن‌ها در رخدادی که میزبان آن یک شرکت دارویی بوده حضور یافته بودند (۲۲).

در این زمینه در مطالعه‌ی دیگری که بین رزیدنت‌های کالج پزشکی ویرجینیا در سال ۲۰۰۰ انجام شد، مشخص شد ۹۸ درصد از آن‌ها در طول سال گذشته یک وعده خوراک با هزینه‌ی یک شرکت دارویی خورده بودند. در همین مطالعه وقتی که از رزیدنت‌ها خواسته شد که محتوای جیب روپوش‌های پزشکی خود را خالی کنند معلوم شد که

1. Postgraduate

با یک فرد خاص از دانشجویان یا کارآموزان ارتباط داشته باشد (۲۶). درباره‌ی پذیرش هدایا کدهای اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا بیان می‌کند: «هدایایی که ارزش کمی دارند و مربوط به کار پزشک می‌شوند مانند یک قلم یا دفتر یادداشت یا هدایایی که نفع آن به بیمار می‌رسد و ارزشی درخور توجه ندارند قابل قبول هستند؛ اما یارانه‌های مستقیم از شرکت دارویی برای مسافرت یا اقامت برای حضور در کنفرانس‌ها یا گردهمایی‌ها قابل قبول نیستند.» نکته‌ی جالب اینکه هم کدهای اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا هم انجمن اعتبارگذاری آموزش پزشکی مداوم^۲ برای این استانداردهای خود یک استثنا قائل شده‌اند به این صورت که «کمک‌هزینه یا سایر اعتبارات مالی برای شرکت دانشجویان پزشکی، رزیدنت‌ها و فلوها در کنفرانس‌های آموزشی که با دقت انتخاب شده باشند، ممکن است اجازه داده شود، به شرطی که انتخاب کارآموز برای این برنامه‌ها توسط مؤسسه‌ی علمی یا اسپانسر معتبر که موافق کامل برنامه‌های آموزشی باشد صورت گرفته باشد.»

کالج پزشکان آمریکایی^۳ نیز پذیرش بعضی از چیزها مانند قبول هدایای جزئی را از قبیل قلم یا کتاب، جبران هزینه‌های حضور یا صرف وقت برای شرکت در مطالعات یا حضور در نشست ارائه‌ی مقاله و نیز ضیافت‌های معمولی که همراه با رویدادهای آموزشی است، بدون مشکل دانسته است. در بریتانیا پزشکان فقط اجازه دارند هدایایی ارزان قیمت را که به پزشکی یا داروسازی مربوط هستند بپذیرند (۲۷).

۹۷ درصد از آنان حداقل یک قلم جنس (قلم، قلم نوری و...) که علامت تجاری یک شرکت دارویی روی آن حک شده بود در جیب خود دارند. درباره‌ی تأثیر این هدایا هم ۹۱ درصد از این رزیدنت‌ها اقرار کردند که ارتباطشان با شرکت‌های دارویی، بر نسخه‌نویسی آن‌ها اثرگذار است (۲۳).

نتایج مطالعه‌ی دیگری بر رزیدنت‌های پزشکی، که در سال ۱۹۷۷ انجام شد، نشان داد که ۳۲ درصد از داروهای موجود در کمدهای نمونه‌های دارویی که مورد استفاده قرار می‌گیرند، به‌طور مستقیم از نمایندگان شرکت‌های دارویی به دست آمده است (۲۴).

نکته‌ی مهم، تأثیر این هدایا بر روند آموزش است؛ به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای که به منظور تعیین نظر رزیدنت‌ها و اساتید درباره‌ی تأثیر صنعت دارویی بر آموزش پزشکی انجام شد، اکثر رزیدنت‌های طب داخلی و استادان آن‌ها معتقد بودند که صنعت در مراحل مختلف آموزش پزشکی اثرگذار است و این امر موجب تعارض منافع می‌شود؛ از این‌رو خواسته‌ی آن‌ها این بود که آموزش‌دهندگان، تمامی ارتباطات مالی خود را با صنعت آشکار کنند (۲۵).

در این خصوص توصیه‌ی انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا^۱ این است که مراکز علمی پزشکی، سیاست‌ها و خط‌مشی‌هایی الزام‌کننده طراحی کنند تا سرمایه‌گذاری صنعت در اعطای کمک هزینه‌های تحصیلی یا سایر چیزها به خود مرکز آموزشی واگذار شود و صنعت در انتخاب دریافت‌کنندگان آن دخالتی نداشته باشد و به‌هیچ‌وجه مستلزم مابه‌ازایی هم نباشد. در این توصیه ذکر شده که صنعت نباید

2. ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education)
3. ACP (American College of Physician)

1. AAMC (The Association of American Medical Colleges)

مهارت‌ها و دانش خود به‌طور دائم آموزش ببینند؛ لذا بسیاری از انجمن‌های پزشکی برای تمدید پروانه‌ی اعضای خود آن‌ها را ملزم به طی کردن دوره‌های آموزش مداوم می‌کنند که از این جمله می‌توان به انجمن پزشکی آمریکا^۱ اشاره کرد (۲۸).

ارائه‌دهندگان آموزش مداوم پزشکی معتبر، نسبت به آموزش پزشکی در دوره‌ی عمومی یا مقاطع لیسانس و فوق لیسانس بسیار متنوع‌تر و بیشتر هستند؛ به‌عنوان مثال، در تمام ایالت‌های آمریکا، به غیر از کلرادو، ایندیانا، مونتانا، نیویورک، داکوتای جنوبی و ورمونت برای کسانی که می‌خواهند اعتبار پروانه‌ی خود را تمدید کنند، گذراندن دوره‌های آموزش پزشکی مداوم معتبر الزامی است.

در آمریکا انجمن اعتباربخشی آموزش پزشکی مداوم^۲ در مدیریت تعارض منافع برای سازمان‌های تحت پوشش خود از جمله انجمن نفرولوژی آمریکا یکی از راه‌ها را آشکارسازی می‌داند و درباره‌ی اینکه سخنران چه چیزی را باید آشکار کند توافق کلی وجود دارد؛ سخنران باید تمام ارتباطات مالی خود را با مؤسسات تجاری در ابتدای سخنرانی آشکار کند (۲۹).

اطلاعات به‌دست‌آمده از انجمن اعتباربخشی آموزش پزشکی مداوم در آمریکا حاکی از آن است که سرمایه‌گذاری صنعت در آموزش پزشکی معتبر بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷ بیش از ۳۰۰ درصد رشد داشته است. انجمن اعتباربخشی آموزش پزشکی مداوم، در پاسخ به این نگرانی‌ها، استانداردهای جدید و سخت‌گیرانه‌ای را منتشر کرده است که

موضوع مهم دیگر، این است که در بسیاری از مواقع ارتباط صنعت با محیط‌های علمی از طریق نمایندگان آن‌ها صورت می‌گیرد. توصیه‌ی انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا در خصوص دسترسی نمایندگان فروش این شرکت‌ها به شرح زیر است:

برای حفاظت از بیماران، دسترسی نمایندگان شرکت‌های دارویی به پزشکان باید به محل‌هایی که مربوط به مراقبت از بیمار نیست محدود باشد و فقط براساس قرار ملاقات و دعوت پزشک باشد و مراکز علمی اعتبارنامه‌ی این نمایندگان را تأیید کرده باشد.

درگیرشدن دانشجویان و کسانی که در حال آموزش هستند در چنین نشست‌هایی فقط می‌تواند برای اهداف آموزشی و تحت نظارت یکی از اعضای دانشکده اتفاق بیفتد.

مراکز علمی پزشکی باید مکانیسم‌هایی را طراحی کنند که به موجب آن نمایندگان صنعت که می‌خواهند درباره‌ی محصولات خود اطلاعات آموزشی ارائه بدهند، بتوانند با نظارت دانشکده فرصت این کار را داشته باشند. بهتر است نمایندگان از صنعت که دارای مدارج دکترای پزشکی یا داروسازی یا Ph.D هستند عهده‌دار این کار باشند.

نمایندگان این شرکت‌ها نباید در هنگام مراقبت از بیمار، حضور داشته باشند؛ مگر اینکه با اطلاع قبلی بیمار باشد و از او رضایت اخذ شده باشد و فقط هم در جهت آموزش یا کمک به استفاده از وسایل و تجهیزات باشد (۲۷).

درباره‌ی آموزش پزشکی مداوم نیز تأثیر صنعت مشهود است. پزشکان متعهد هستند که برای حفظ

1. AMA (American Medical Association)

2. ACCME (Accredited Council for Countinuing Medical Education)

محققان در دانشگاه ملی علوم^۱ در آمریکا دارای وابستگی^۲ دوگانه هم با دانشگاه‌ها و هم شرکت‌های صنعتی هستند (۳۳).

اما با وجود فواید ارتباط صنعت با تحقیقات زیست‌پزشکی، این ارتباط می‌تواند تعارض منافع ایجاد کند و در بسیاری از مواقع می‌تواند تحقیقات پزشکی را از اهداف اولیه‌ی خود دور کند؛ مثلاً طراحی مطالعه یا اهداف و نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، مفاد قراردادهای بسیاری از مراکز دانشگاهی با صنعت حاوی نکاتی است که به صنعت اجازه می‌دهد که بر انتشار و گزارش نتایج تحقیق کنترل داشته باشند (۴)؛ به عنوان مثال، در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ در مراکز دانشگاهی پزشکی آمریکا انجام شده، هفت درصد از پاسخ‌دهندگان گزارش کرده بودند که مؤسسات آن‌ها به اسپانسرهای صنعتی این اجازه را داده‌اند که نتایج مطالعه را بررسی کنند و بعد تصمیم بگیرند که مطالعه منتشر بشود یا نه (۳۴).

۶. انواع منافع مالی پزشکان پژوهشگر

پزشکان پژوهشگر می‌توانند در پژوهش‌های انجام‌شده، منافع مالی متعددی داشته باشند. بعضی از آن‌ها سهام‌دار شرکت‌هایی هستند که با اهداف تجاری، پژوهش می‌کنند. بسیاری دیگر ممکن است به‌عنوان مشاور در این‌گونه شرکت‌ها فعالیت کنند و بسیاری هم ممکن است در ازای دریافت مبالغی درخور توجه به‌عنوان سخنران در مجامع آموزشی و دانشگاهی حضور یابند و

براساس آن تعارض منافع طراحان و سخنرانان این نشست‌ها باید آشکارسازی شود. همچنین در این استانداردها، پزشکان را به بررسی محتوای آموزشی از لحاظ تورش (بایاس)‌های احتمالی و وجود تعارض منافع ملزم کرده است تا در صورت وجود مثلاً سخنران جایگزین پیدا کرد یا اینکه تورش پدیدآمده را حذف کرد (۴).

مجمع عمومی سالیانه‌ی انجمن پزشکی جهانی هم در سال ۲۰۰۴ در توکیو، اولین دستورالعمل خود را در زمینه‌ی نحوه‌ی ارتباط پزشکان با مؤسسات تجاری منتشر کرد. در یکی از جملات این دستورالعمل آمده است وقتی که ملاحظات تجاری بر واقع‌بینی پزشک تأثیر بگذارد، تعارض منافع رخ می‌دهد. هدف کنفرانس‌ها باید تبادل اطلاعات علمی و حرفه‌ای باشد و ضیافت‌های جنبی باید موضوعی فرعی تلقی شود (۳۰).

۵. تعارض منافع در پژوهش

سرمایه‌گذاری صنعت در تحقیقات زیست‌پزشکی در دهه‌های اخیر رشدی چشمگیر داشته است و در حال حاضر صنعت، بزرگ‌ترین منبع سرمایه‌گذاری در ایالات متحده برای چنین تحقیقاتی است. بین سال‌های ۱۹۷۷ تا ۱۹۸۹ کل سرمایه‌گذاری در تحقیقات بالینی و غیربالینی که توسط صنعت انجام شده، از ۲۹ درصد به ۴۵ درصد افزایش یافته است (۳۱ و ۳۲).

تقریباً یک‌سوم محققان مؤسسات علمی، با اسپانسرهای صنعتی ارتباطات مالی شخصی دارند. مطالعات اخیر نشان داده است که ۳۷ درصد از

1. National Academy of Sciences

2. Affiliation

طول یک کارآزمایی بالینی تأثیرگذار باشد؛ زیرا وقتی که برای به کارگیری بیشتر یا سریع تر سوژه های پژوهش، مبالغی چشمگیر هزینه می شود، ممکن است که پژوهشگر درباره ی لحاظ کردن معیارهای ورود افراد در پژوهش اغماض کند و در این زمینه سخت گیری نکند؛ افزون براین، ممکن است در زمانی که منافع شرکت کنندگان پژوهش در این است که آن ها از مطالعه خارج شوند یا اینکه مطالعه متوقف شود پژوهشگر اقدام لازم را انجام ندهد.

ب. درستی و اعتبار یک تحقیق: منافع تجاری از دو طریق می تواند درستی یک تحقیق را تهدید کند: - اول اینکه منافع مالی می تواند بر طراحی مطالعه، نحوه ی اجرای مطالعه، تفسیر داده ها و ارائه و چاپ نتایج پژوهش اثرگذار باشد. مطالعات تجربی، یک ارتباط آماری معنی دار بین منابع سرمایه گذاری پژوهش و نتایج حاصل از آن را نشان داده است. پژوهشی که اسپانسر آن یک شرکت صنعتی است، نسبت به پژوهشی که اسپانسر آن یک منبع غیرتجاری است احتمال اینکه نتایج حاصله این باشد که داروی جدید نسبت به داروی استاندارد بهتر است بیشتر است (۱۵)؛ به عنوان مثال، در مطالعه ای که با مقایسه ی ۱۰۷ کارآزمایی بالینی انجام شد، معلوم شد که کارآزمایی هایی که با سرمایه گذاری یک شرکت دارویی انجام شده بود احتمال اینکه نتیجه گرفته شود که داروی جدید نسبت به داروی قدیمی بهتر است بیشتر بود (۱۰). مفسران می گویند احتمال چاپ شدن نتایج مثبت یک پژوهش، بیشتر از چاپ شدن نتایج منفی آن است و در پژوهش هایی که توسط صنعت درباره ی یک داروی جدید انجام می شود، معمولاً عوارض

به تبلیغ محصولات شرکت های دارویی بپردازند. بعضی اوقات هم به ازای معرفی افراد برای شرکت در پژوهش به پژوهشگر مبالغی پرداخت می شود که ممکن است به صورت فایندرز فی^۱ باشد که به معنی پرداخت سرانه به ازای هر نفری است که در تحقیق شرکت داده می شود؛ همچنین ممکن است به صورت پاداش هایی برای سرعت بخشیدن در به کارگیری شرکت کنندگان یا حفظ آن ها در یک مطالعه باشد.

حتی در مواقعی که پزشک پژوهشگر شخصاً از شرکت در یک پروژه ی پژوهشی بهره ی مالی مستقیم نمی برد، مؤسساتی که آن ها به آن وابسته هستند می توانند با اسپانسرهای تجاری ارتباط تنگاتنگی داشته باشند که در این صورت می تواند تعارض منافع سازمانی ایجاد کند که به نوبه ی خود می تواند روی سیاست های سازمان اثرگذار باشد و پژوهشگر از این طریق تحت فشار باشد؛ بنابراین، منافع مالی اشخاصی که در مقام تصمیم گیری در سازمان هستند (مانند رؤسای دپارتمان ها یا مدیر یک طرح پژوهشی) می تواند تعارض منافع فردی را به تعارض منافع سازمانی تبدیل کند.

۷. اهمیت توجه به تعارض منافع در پژوهش

توجه به تعارض منافع در پژوهش از چند جنبه حائز اهمیت است:

۷-۱. جنبه ی اخلاقی

الف. ایمنی و رفاه شرکت کنندگان در پژوهش: منافع مالی در پژوهش می تواند بر چگونگی به کارگیری و درمان شرکت کنندگان در پژوهش در

1. Finder's Fee

جانبی آن گزارش نمی‌شود.

درگیر شوند (۱۵).

- دوم اینکه بررسی‌های اخیر نشان داده است که اسپانسرهای دارویی و پژوهشگران دانشگاهی آگاهانه در کنترل و حتی دست‌کاری سؤالات پژوهش و انتشار نتایج آن دخالت داشته‌اند.

ج. انحراف از بعضی برنامه‌های تحقیقاتی مورد نیاز جامعه: وقتی که منافع مالی و تجاری در تحقیقات غالب شود و اسپانسرها بتوانند مشوق‌های بیشتری را برای شرکت‌دادن افراد و محققان به کار بگیرند کار سختی خواهد بود که بتوان مطالعات دیگر را انجام داد؛ مثلاً مطالعه روی بیماری‌هایی که افراد کمی از جامعه را در بر می‌گیرد مثل افراد فقیر یا افراد یتیم.

۲-۲. جنبه‌ی قانونی

واضح است که منافع مالی یک تحقیق نمی‌تواند توجیه‌کننده‌ی در معرض خطر قراردادن مستقیم شرکت‌کنندگان در یک پژوهش باشد؛ بنابراین، محققانی که سوژه‌هایی را که واجد شرایط ورود به مطالعه نیستند، صرفاً به دلیل پاداش‌های مالی وارد یک کارآزمایی بالینی می‌کنند در واقع هنجارهای

اخلاقی یک پژوهش را نقض کرده‌اند. از طرف دیگر، کسانی که در پژوهش‌های دروغین شرکت می‌کنند یا اینکه یافته‌ی تحقیق را غیرواقعی ارائه می‌دهند در این خصوص گناهکار هستند؛ از این‌رو، در بسیاری مواقع در این خصوص مقرراتی وضع شده است و مؤسسات علمی یا مجلات یا مؤسسات سرمایه‌گذار که در معرض تعارض منافع هستند ملزم به آشکارسازی یا اجتناب از موقعیت‌های تعارض منافع شده‌اند؛ به‌عنوان مثال، انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا توصیه می‌کند پژوهشگرانی که منفعت مالی

شایان توجهی در پژوهش دارند، نباید در آن پژوهش

1. PHS (Public Health Services)

2. AAMC (Association of American Medical College)

3. Rebuttable Presumption

بنابراین، در توصیه‌های کالج پزشکان آمریکایی آمده است: «پزشکان نباید هدایا، ضیافت‌ها و سوبسیدهایی را که توسط صنعت داروسازی پیشنهاد می‌شود در صورتی که قضاوت بالینی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد قبول کنند» (۳۷).

در بعضی از ایالت‌های آمریکا مانند کالیفرنیا قوانینی وجود دارد که پزشکان را ملزم به آشکارسازی پرداخت‌های صورت گرفته از سوی شرکت‌های دارویی می‌کند. در ایالت‌های ورمونت و مینه‌سوتا آشکارسازی به معنی در دسترس عموم قرار دادن است. در قانون ورمونت که در سال ۲۰۰۱ وضع شد، شرکت‌های دارویی ملزم شده‌اند که هرگونه هدیه یا پرداخت بیش از ۲۵ دلار به پزشکان، بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌های نگهداری افراد مسن^۳، داروسازها یا بیمه‌گرهای سلامت برای بازاریابی محصولات خود آشکار کنند. در قانون ایالت مینه‌سوتا که در سال ۱۹۹۳ وضع شده، شرکت‌ها از دادن هدایایی که بیش از پنجاه دلار ارزش داشته باشند به پزشکان یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت منع شده‌اند. این قانون الزام به آشکارسازی پرداخت‌های در حدود صد دلار یا بیشتر را نیز مطرح کرده است که البته نمونه‌های دارویی و مطالب و مواد آموزشی از این حیث مستثنی شده‌اند (۳۸).

در حال حاضر، در آمریکا، پنج ایالت و ناحیه‌ی کلمبیا قوانینی دارند که آشکارسازی پرداخت‌ها در آن‌ها اجباری است. در این خصوص انجمن پزشکی آمریکا توصیه می‌کند که این هدایا باید برای بیمار منافی داشته باشد و ارزش آن هم از صد دلار تجاوز نکند (۳۹).

توسط کمیته‌های اخلاق در پژوهش یا کمیته‌های ویژه‌ی تعارض منافع، افزایش نظارت و ممنوعیت کامل است؛ ولی اساسی‌ترین روش در این خصوص آشکارسازی است. بسیاری از مجلات پزشکی سیاست‌های واضحی در زمینه‌ی آشکارسازی دارند و مؤلفان را ملزم می‌کنند که ارتباطات مالی خود را با اسپانسرها آشکار کنند (۱۵).

برای مثال، کمیته‌ی بین‌المللی ویرایشگرهای (ادیتورهای) مجلات پزشکی^۱ در بخش تعارض منافع ذکر می‌کند وقتی که مؤلفان، نوشته یا مقاله‌ای را ارائه می‌کنند باید تمام روابط شخصی و مالی خود را که ممکن است ایجاد تورش (بایاس) کند آشکار کنند (۳۵).

۸. تعارض منافع در درمان

در حیطه‌ی درمان، تعارض منافع می‌تواند به شکل‌های مختلفی رخ دهد که به بعضی از اشکال آن اشاره می‌شود:

۸-۱. دادن هدایا یا ضیافت (هاسپیتالیتی)^۲ توسط

شرکت‌های دارویی

دادن هدیه یا ضیافت یک روش ترویج و گسترش مصرف داروها توسط شرکت‌های دارویی است. از ۱۵/۷ میلیارد دلاری که شرکت‌های دارویی در آمریکا برای ترویج داروهای خود در سال ۲۰۰۰ هزینه کرده‌اند ۱۳/۲ میلیارد دلار آن فقط برای ترویج این داروها بین پزشکان از طریق دادن نمونه‌ی رایگان داروها، اعزام نمایندگان دارویی و آگهی در مجلات پزشکی صرف شده است (۳۶).

1. ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors)

2. Hospitality

3. Nursing Homes

(GMC)^۳ هم بیان می‌کند: «وقتی که ارجاع یا مراقبت یا درمانی را انجام می‌دهید عملکرد شما باید به طریقی باشد که بیشترین منفعت را برای بیمار داشته باشد؛ به طوری که نباید هرگونه محرک، هدیه یا ضیافتی را که بر قضاوت شما اثرگذار است یا ممکن است تأثیر بگذارد قبول یا درخواست کنید.» انجمن صنعت داروسازی بریتانیا یا ABPI^۴ نیز درباره‌ی انواع هدیه‌هایی که دادن آن‌ها مجاز است توصیه‌هایی را به صنعت ارائه کرده است؛ لذا در کد شغلی^۵ سال ۲۰۰۱ خود ذکر می‌کند که هدایا نباید بیش از شش پوند ارزش داشته باشد و از میان هدایای معقول و پذیرفتنی به قلم، دفترچه یادداشت، دستکش جراحی و... نام می‌برد؛ درحالی‌که پذیرفتن اجناسی مانند رومیزی یا دیسک فشرده‌ی موسیقی را غیرمجاز می‌داند چون مربوط به امور پزشکی و دارویی نیستند. در این کد ذکر شده که درباره‌ی قبول هزینه‌های سفر یک پزشک برای شرکت در یک کنفرانس علمی یا رخدادی که میزبان آن یک شرکت دارویی است منعی وجود ندارد در صورتی که:

کنفرانس به‌طور واضح دارای محتوای علمی باشد؛
سطح ضیافت پذیرفته‌شده معقول باشد؛
هدف اصلی کنگره را تحت‌الشعاع خود قرار ندهد؛
هزینه‌ها مختص کسانی باشد که صلاحیت حضور در کنگره را دارند و نه مثلاً همسر آن فرد (۳۶).
اتحادیه‌ی اروپایی متخصصان پزشکی (EUMS)^۶ در زمینه‌ی تعارض منافع در خصوص ارتباط

در قانون آنتی‌کیک‌بک فدرالی در آمریکا آمده است که تولیدکننده‌های دارویی نباید به پزشک براساس میزان تجویز محصولات آن‌ها پاداشی بدهند. این قانون مجازات‌هایی را چون: پنج سال زندان و جزای نقدی تا ۲۵۰۰۰ دلار برای هرکسی که مرتکب این جرم شود و نیز کنارگذاشته‌شدن فرد یا شرکت مقصر از مشارکت در برنامه‌های مراقبت سلامت فدرال برای حداقل پنج سال در نظر گرفته است. در سال ۲۰۰۳، بیش از هزار محکومیت مربوط به جرائم مراقبت سلامت وجود داشت و بیش از پانصد فرد و مؤسسه از مشارکت در برنامه‌های فدرال مراقبت سلامت کنار گذاشته شدند (۴۰).

خود صنعت داروسازی نیز در زمینه‌ی هدایا دستورالعمل‌هایی را صادر کرده است؛ به‌عنوان نمونه، سازندگان و پژوهشگران دارویی آمریکا^۱ کد PhRMA را در سال ۲۰۰۲ با الگوگیری از دستورالعمل اخلاقی سال ۱۹۹۸ انجمن پزشکی آمریکا در زمینه‌ی هدایای اهدایی از طرف بخش صنعت به پزشکان صادر کرد (۴۱)؛ مثلاً درباره‌ی مشورت‌های ارائه‌شده به آن‌ها ذکر می‌کند جبران معقول خدمات ارائه‌شده و نیز جبران معقول هزینه‌های سفر، اسکان و خوراک اشکالی ندارد؛ ولی هزینه‌های غیرمعقول پذیرفته نیست (۴۲). در انگلیس هم مقررات مدیسین^۲ ۱۹۹۴ پیشنهاد یا قبول هرگونه هدیه، سود یا بهره‌ی مالی را ممنوع کرده است؛ مگر اینکه چیز ارزان‌قیمتی باشد و مربوط به امور پزشکی یا دارویی باشد.

دستورالعمل‌های انجمن پزشکان عمومی

3. General Medical Council

4. The Association of the British Pharmaceutical Industry

5. Code of Practice

6. European Union of Medical Specialists

1. PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America)

2. The Medicines (advertising) Regulations 1994

نورولوژیست‌ها با صنعت دارویی دستورالعملی کاربردی وضع کرده است که در بعضی از مفاد آن ذکر شده است:

هر نورولوژیست وظیفه دارد قبل از ارائه‌ی یک مطلب، هرگونه تعارض منافع در ارتباط با صنعت دارویی را برای مخاطبان آشکار کند؛

از قبول هرگونه پول، هدایای گران‌قیمت و تفریح و سرگرمی‌های غیرمقتضی از صنعت باید اجتناب کند؛

دادن دستمزد به سخنرانان و جبران کار اضافی محققان، مشروط به اجازه از کمیته‌ی اخلاق مؤسسه مربوط است (۴۳).

۸-۲. منفعت مالی پزشک در مؤسسات خارج از

محل طبابت

در این خصوص به بعضی از مواردی که پزشک ممکن است دچار تعارض منافع شود اشاره می‌شود:

۸-۲-۱. سهم‌خواری

از نظر تعریف، سهم‌خواری^۱ وقتی اتفاق می‌افتد که بیمار توسط پزشک به پزشکی دیگر یا مؤسسات درمانی یا پاراکلینیک ارجاع داده می‌شود و به ازای آن مبالغی از جانب آن‌ها به پزشک ارجاع‌دهنده صرفاً به‌خاطر ارجاعی که داده است، پرداخت می‌شود (۴۴).

در این خصوص، در بسیاری از کدهای اخلاقی انجمن‌های حرفه‌ای پزشکی به موضوع سهم‌خواری اشاره شده است که به بعضی از آن‌ها اشاره می‌شود. اصول اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا (بخش‌های ۷و۶) که در سال ۱۹۷۱ پذیرفته شده است بیان می‌کند: «یک پزشک نباید خدمات خود

را تحت الشعاع شرایط و حالاتی قرار دهد که در قضاوت بالینی آزادانه‌ی او خدش‌های وارد کند.... پزشک نباید هیچ کمیسیونی بابت ارجاع بیمار قبول یا پرداخت کند (۴۵). کدهای بین‌المللی اخلاق پزشکی انجمن پزشکی جهانی (WMA)^۲ ذیل عنوان وظایف عمومی پزشکان می‌گوید: پرداخت یا دریافت هرگونه حق الزحمه یا پاداشی منحصراً برای فراهم‌آوردن ارجاع یک بیمار غیراخلاقی است. در بخش هفتم اصول اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا سال ۱۹۵۷ ذکر شده است: «...پزشک نباید هرگز کمیسیونی بابت ارجاع بیمار بگیرد یا پرداخت کند.» اصول اخلاقی روان‌پزشکان و کدهای رفتاری انجمن روان‌پزشکی آمریکا در بخش ارجاعات و حق الزحمه‌ها (۶.۰۷) ذکر می‌کند: «دریافت یا پرداخت پول توسط روان‌پزشکان یا تقسیم آن با حرفه‌های دیگر باید فقط براساس خدمات ارائه‌شده باشد و نه صرفاً براساس ارجاع بیمار.»

نظرات کنونی شورای امور اخلاقی و قضایی انجمن پزشکی آمریکا مربوط به سال ۲۰۰۲ در بخش مربوط به درآمدها و مطالبات مالی^۳ ذکر می‌کند: «۶.۰۲: پرداخت یا دریافت پول توسط پزشک صرفاً به دلیل ارجاع بیمار، سهم‌خواری و عملی غیراخلاقی است. پزشک نباید هیچ پولی را از شرکت‌های دارویی یا داروخانه‌ها، شرکت‌های اپتیکال یا شرکت‌های سازنده‌ی تجهیزات پزشکی به هر عنوانی به دلیل ارجاع بیمار جهت مصرف یا تجویز وسایل آن‌ها قبول کند» (۴۶). کدهای حرفه‌ای انجمن پزشکی مالزی که در سال ۱۹۸۷ به اجرا درآمد بیان می‌کند:

2. World Medical Association

3. Fee and Charges

1. Fee Splitting

یا درمانی را به جایی ارجاع دهد که خودش یا یکی از اعضای خانواده‌ی او مالک آن هستند؛ مگر اینکه این مالکیت برای بیمار و کالج قبل از اینکه خدمات درخواستی انجام شود آشکار شود (۴۹).

طبق مقررات جدید دپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده، پزشکان از ارجاع بیماران Medicare به مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت مانند بیمارستان‌ها، مراکز تصویربرداری، داروخانه‌ها و تهیه‌کنندگان تجهیزات پزشکی که خود یا خانواده‌ی آن‌ها در آن دارای نفع مالی هستند منع شده‌اند (۵۰).

در سال ۱۹۹۲ که انجمن پزشکی آمریکا سیاست ممنوعیت خودارجاعی را اعلام کرد، استثنایی برای آن قائل شد که مرکز ارائه‌ی خدمات سلامت برای رفاه جامعه مورد نیاز باشد و تنها مرکز موجود باشد و بدون سرمایه‌گذاری پزشک ارجاع‌دهنده نتوان آن را دایر کرد. تقریباً در همین زمان کنگره، قانونی را وضع کرد که در آن ارجاع بیماران Medicare و Medicaid به یازده مرکز ارائه‌ی خدمات سلامت خاص از آزمایشگاه تشخیص طبی گرفته تا تهیه‌کنندگان اعضای مصنوعی که پزشک ارجاع‌دهنده یا خانواده‌ی درجه‌ی اول او یک ارتباط مالی با آن دارند ممنوع اعلام شد. تخلف از این قانون مجازات‌های سنگین و کنارگذاشته‌شدن از برنامه‌های Medicare و Medicaid را به دنبال داشت (۵۱). انجمن بیمارستانی آمریکا (AHA)؛^۴ و فدراسیون بیمارستان‌های آمریکا از ممنوع‌شدن ارجاع بیماران به بیمارستان‌هایی که خود پزشکان در آنجا منافع شخصی دارند با استثنائات محدودی

«سهم‌خواری یا هرگونه پرداخت مالی غیرمجاز (کیک‌بک)»^۱ که با هدف ترغیب به ارجاع بیمار انجام می‌شود غیراخلاقی است... تخلف از این موضوع از نظر انجمن یک رفتار نامناسب حرفه‌ای است» (۴۷).

در جمهوری اسلامی ایران نیز در ماده‌ی ۱۷ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب سال ۱۳۷۳ هیئت وزیران ذکر شده بود: «شاغلان حرفه‌های پزشکی حق دریافت یا پرداخت هرگونه وجهی به هرعنوان بابت اعزام و معرفی بیماران به مطب و مؤسسات پزشکی را ندارند»؛ ولی متأسفانه در بازبینی این آیین‌نامه توسط هیئت وزیران در سال ۱۳۷۸ این ماده حذف شده است و فقط در ماده‌ی ۱۴ آن به‌طور کلی ذکر شده است: «جذب بیمار در صورتی که مخالف شئون حرفه‌ی پزشکی باشد... ممنوع است» (۴۴).

۸-۲-۲. خودارجاعی

واژه‌ی خودارجاعی^۲ به وضعیتی اشاره دارد که پزشکان بیماران را به مراکز تشخیصی و درمانی (از جمله بیمارستان، آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی و...) ارجاع می‌دهند که خود یا بستگان درجه اول آن‌ها مالک یا سهام‌دار آن هستند؛ لذا سود حاصل از ارائه‌ی خدماتی که این مراکز ارائه می‌کنند نصیب خود پزشکان ارجاع‌دهنده نیز می‌شود (۴۸).

کالج پزشکان و جراحان انتاریو (CPSO)^۳ در کانادا درباره‌ی خودارجاعی در سال ۱۹۹۳ می‌گوید: برای هر یک از اعضای این کالج این یک نوع تعارض منافع است که انجام خدمات تشخیصی

1. Kickback

2. Self Referral

3. College of Physicians and Surgeons of Ontario

4. American Hospital Association

راه حل تعارض منافع شناخته می شود.

تعارض منافع در آموزش پزشکی و پژوهش و درمان می تواند وجود داشته باشد. در موضوع آموزش پزشکی عمده ی تعارض منافع ایجاد شده در ارتباط محیط های علمی با شرکت های دارویی و تجهیزات ایجاد می شود که از جمله ی آن ها می توان اسپانسر ی صنعت در آموزش پزشکی دانشجویان و نیز آموزش پزشکی مداوم را نام برد. از دیگر راه های این ارتباط دادن هدیه به دانشجویان یا رزیدنت ها است که این هدیه می تواند دادن یک وعده ی غذایی یا نمونه های دارویی یا اقلام آموزشی ... باشد.

در حیطه ی پژوهش، پزشکان پژوهشگر می توانند سهام دار یا مشاور شرکت هایی پژوهشی باشند یا به عنوان سخنران در مجامع آموزشی و علمی حضور یابند و به تبلیغ محصولات شرکت های دارویی بپردازند. بعضی از اوقات هم به ازای معرفی افراد برای شرکت در پژوهش به پژوهشگر مبالغه ی پرداخت می شود که تمامی این ها می تواند تعارض منافع ایجاد کند.

در حوزه ی درمان هم ارتباط صنعت با پزشکان مطرح است که از آن جمله می توان به دادن هدایا یا ضیافت توسط شرکت های دارویی و نیز منفعت مالی پزشک در مؤسسات خارج از محل طبابت از جمله سهم خواری و خودارجاعی اشاره کرد که همگی این ها می توانند موجب ایجاد تعارض منافع شوند.

توضیح نمونه ی اول

به دکتر «الف» در ازای دادن نام بیماران به یک شخص ثالث پاداش مالی پیشنهاد شده است. چنین پاداشی که در اصطلاح Finder's Fees

که سرمایه گذاری سخت گیرانه و وجود قوانین آشکارکننده در آن وجود داشته باشد، حمایت می کنند. این ممنوعیت هم به نفع بیماران و هم به نفع اجتماع است؛ چون باعث پایان دادن به تعارض منافع جدی پیش آمده می شود (۵۲).

۹. جمع بندی

مطالعات صورت گرفته طیفی وسیع از تعارضات را شرح داده اند که پزشکان، محققان پزشکی و مؤسسات پزشکی را درگیر می کند؛ ولی پرچالش ترین و بیشترین این تعارضات از ارتباط بین پزشکان با شرکت های سازنده ی دارو یا تجهیزات پزشکی ناشی می شود.

تعارض منافع شامل مجموعه حالاتی می شود که در آن قضاوت حرفه ای راجع به یک منفعت اصلی (مانند رفاه بیمار یا اعتبار یک تحقیق) بی جهت و ناروا تحت تأثیر یک منفعت فرعی (مانند بهره ی مالی) قرار می گیرد. منفعت فرعی و ثانویه ممکن است به طور ذاتی نامشروع نباشد و حتی در عمل حرفه ای مطلوب و یک ضرورت باشد؛ اما باید دید وزن نسبی این منفعت در تصمیمات حرفه ای کجاست. هدف این نیست که منافع فرعی حذف شود یا به حداقل رسانده شود، بلکه هدف این است که در تصمیمات حرفه ای این منافع فرعی غالب نشوند و منافع اصلی را تحت الشعاع خود قرار ندهند.

روش های متعددی برای برخورد با تعارض منافع در دسترس است که عبارت اند از: تبدیل مشکل به مسأله، انتخاب راه سوم، سلب صلاحیت، ارزیابی شخص ثالث، استفاده از کدهای اخلاقی، ممنوعیت و در نهایت آشکارسازی که به عنوان قاعده ی طلایی

دیگر، هنگامی که در بین جامعه‌ی پزشکان درباره‌ی درمان ارجح ابهام واقعی وجود داشته باشد. وقتی که درمان مؤثر استاندارد برای بیماری‌ای مانند اسکیزوفرنی وجود دارد چون دادن پلاسبو، درمانی بی‌اثر است، غیراخلاقی است که بیمار را در معرض خطر درمان با پلاسبو به‌تنهایی قرار دهیم.

منابع

1. Dickens, Bernard M. & Richard J. Cook. (2006). "Conflict of Interest: Legal and Ethical Aspects". Int J Gynecol Obstet, 92, P. 192- 197.
2. قراملکی، احد فرامرز. (۱۳۸۷). درآمدی بر اخلاق حرفه‌ای. تهران: انتشارات سرآمد، ص ۱۶۷.
3. Brennan, Troyen A. & et al. (2006). "Health Industry Practices that Create Conflict of Interest: A Policy Proposal for Academic Medical Centers". JAMA, 295 (4), P. 429- 433.
4. Lo, Bernard & Marilyn J. Field. (2009). Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Washington DC: The National Academic Press, P. 44- 50.
5. Day, Lisa. (2006). "Industry Gifts to Healthcare Providers: Are the Concerns Serious?". Am J Crit Care, 15 (5), P. 510- 513.
6. زاهدی، فرزانه و باقر لاریجانی. (۱۳۸۵). «تسهیم درآمدها و اخلاق پزشکی». مجله‌ی دیابت و لیپید ایران، دوره‌ی ۶، ش ۱، صص ۱ تا ۸.
7. MacKenzie, Charles Ronald & Bruce N. Cronstein. (2006). "Conflict of Interest". HSSJ, 2 (2), P. 198-201.
8. Resnik, David B. (2010). "Conflict of Interest in Medical Research, Education and Practice". Environ Health Prospect, 118 (2), P. A92.
9. Thompson, Dennis F. (1993). "Sounding Board: Understanding Financial Conflict of Interest". N Engl J Med, 329, P. 573-576.
10. Lemmens, Trudo & Peter A. Singer. (1998). "Bioethics for Clinicians: 17. Conflict of Interest in Research , Education and Patient Care". CMAJ; 159 (8), P. 960- 965.

گفته می‌شود از نظر قانونی و اخلاقی پذیرفته‌شده نیست. اگر پزشک دانش حرفه‌ای خود را برای منافع شخصی به کار بگیرد در تعارض منافع گرفتار شده است و در واقع رابطه‌ی مبتنی بر اعتمادی را که بین او و بیمارش وجود دارد، نقض کرده است. در این باره اولاً نام بیمار نباید بدون رضایت او به شخص ثالثی داده شود؛ بنابراین، چنانچه پزشک تصور می‌کند ورود بیمار به یک مطالعه برای او سودمند است باید در این خصوص از بیمار اجازه بگیرد. دوم اینکه پزشک نباید براساس تعداد نام‌هایی که ارائه می‌دهد پولی دریافت کند؛ بلکه جبران مالی فقط باید به جهت زمان و امکاناتی که برای مشاوره دادن و صحبت با بیماران اختصاص می‌دهد باشد خواه بیمار به شرکت در مطالعه رضایت بدهد یا ندهد.

توضیح نمونه‌ی دوم

از دکتر «ب» درخواست شده است که بیمارانش را در مطالعه‌ای با کنترل دارونما وارد کند؛ اما اینکه او به بیمارانش شرکت در چنین مطالعه‌ای را توصیه کند عملی اخلاقی است یا نه؟ جواب نه است. چون اخذ رضایت به‌تنهایی برای اخلاقی شدن شرکت دادن بیماران در یک مطالعه کافی نیست؛ بلکه باید بین فواید و مضرات شرکت در یک مطالعه تعادل معقولی وجود داشته باشد. پزشک فقط وقتی می‌تواند شرکت در یک مطالعه را توصیه کند که بین جامعه‌ی متخصصان بالینی درباره‌ی فواید مقایسه‌ای آلترناتیوهای که در حال آزمایش شدن هستند، یک ابهام واقعی وجود داشته باشد؛ به بیان

- Faculty Perception of Conflict of Interest in Medical Education". J Gen Intern Med, 20 (4), P. 357-359.
26. Report of the AAMC Taskforce on Industry Funding of Medical Education to the AAMC Executive Council. Available at https://services.aamc.org/publications/showfile.cfm?file=version114.pdf&prv_id=232&prv_id=281&pdf_id=114. (access in 2010).
27. So, Anthony D. (1998). "Free Gifts: Redundancy or Conundrum?". J Gen Intern Med, 13 (3), P. 213-215.
28. Continuing Medical Education and Careers. Available at <http://www.ama-assn.org/ama/pub/education-careers/continuing-medical-education.shtml> (access in 2010).
29. Stokes, John B. & et al. (2009). "Managing Conflict of Interest: The Road Ahead". J Am Soc Nephrol, 20 (9), P. 1860-1862.
30. Kmietowicz, Zosia. (2004). "WMA Sets Rules on How Doctors Handle Industry Sponsorship". BMJ, 329 (7471), P. 876.
31. Read, J Leighton & Paul M. Campbell. (1988). "Health Care Innovation: A Progress Report". Health Affair, 7 (3), P. 174-185.
32. Read, J. Leighton & Keneth B. Lee. (1994). "Health Care Innovation: Progress Report and Focus on Biotechnology". Health Affairs, 13 (3), P. 215-225.
33. Bekelman, Justin E. & et al. (2003). "Scope and Impact of Financial Conflict of Interest in Biomedical Research". JAMA, 289 (4), P. 454-465.
34. Mello, Michel M. & et al. (2005). "Academic Medical Center's Standards for Clinical-Trial Agreements with Industry". N Engl J Med, 352 (21), P. 2202-2210.
35. International Committee of Medical Journal Editors. (ND). Available at http://www.icmje.org/ethical_4conflicts.html. (accessed in 2011).
36. British Medical Association Ethics Department. (2004). Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law. UK: BMJ Publishing Group, P. 472-468, 598-599.
37. Gibbons, Robert V. & et al. (1998). "A Comparison of Physicians' and Patients' Attitudes toward Pharmaceutical Industry Gifts". J Gen Intern Med, 13 (3), P. 151-154.
38. Charatan, Fred. (2007). "Drug Company Payments to Doctors still Hard to Access Despite Disclosure Laws". BMJ, 334 (7595), P. 655.
39. Ross, Joseph S. & et al. (2007). "Pharmaceutical Company Payments to Physicians: Early Experiences with Disclosure Laws in Vermont and Minnesota".
11. Chren, Mary-Margeret & Charles Seth Landefeld. (1994). "Physicians' Behavior and their Interactions with Drug Companies: A Controlled Study of Physicians Who Requested Additions to a Hospital Drug Formulary". JAMA, 271 (9), P. 684-689.
12. Mayniham, Ray. (2003). "Who Pays for Pizza? Redefining the Relationships between Doctors and Drug Companies. 1: Entanglement". BMJ, 326 (7400), P. 1189-1192.
13. Steinman, Michael A. (2000). "Gifts to Physicians in the Consumer Marketing Era". JAMA, 284 (17), P. 2243.
14. McKinney, W.Paul & et al. (1990). "Attitudes of Internal Medicine Faculty and Residents toward Professional Interaction with Pharmaceutical Sales Representatives". JAMA, 264 (13), P. 1693-1697.
15. Singer, Peter A. & Adrian M. Viens. (2008). The Cambridge Text Book of Bioethics. Cambridge University Press, P. 266- 273.
۱۶. قراملکی، احد فرامرز. (۱۳۸۳). اصول و فنون پژوهش در گستره‌ی دین‌پژوهی. قم: انتشارات مرکز مدیریت حوزه‌ی علمیه‌ی قم، ص ۱۰۸ تا ۱۱۴
۱۷. قراملکی، احد فرامرز. (۱۳۸۳). اخلاق حرفه‌ای. قم: انتشارات مجنون، ص ۲۹۷ تا ۳۰۰.
18. Conflict of Interest. <http://www. Answers. Com/ topic/conflict of interest#recusal>.
19. Zientek, David M. (2003). "Physician Entrepreneurs, Self- Referral, and Conflict of Interest: An Overview". H E C Forum, 15 (2), P. 111-133.
20. Campbell, Eric G. & et al. (2007). "Institutional Academic-Industry Relationships". JAMA, 298 (15), P. 1779-1786.
21. Keim, Samuel M. & et al. (2004). "Interaction between Emergency Medicine Programs and the Pharmaceutical Industry". Acad Emerg Med, 11 (1), P. 19-26.
22. Sierles, Frederick S. & et al. (2005). "Medical Students' Exposure to and Attitudes about Drug Company Interactions: A national Survey". JAMA, 294, P. 1034- 1042.
23. Sigworth, Stephen K. & et al. (2001). "Pharmaceutical Branding of Resident Physicians". JAMA, 286 (9), P. 1024-1025.
24. Christie, Jason D. & et al. (1998). "Prescription Drug Use and Self-Prescription among Resident Physicians". JAMA, 280 (14), P. 1253-1255.
25. Watson, Peter Y. & et al. (2005). "Resident and

History". *Healthc Forum J*, 37 (5), P. 34.

46. Post, Stephan Garrard. (2004). *Encyclopedia of Bioethics*. USA: Macmillan Reference, P. 2657-2700.

47. Milton LUM. (2008). Hospital Charges and Fee Splitting. Available at <http://thestar.com.my/health/story.asp?file=/2008/5/18/health/21269252&sec=health>.

48. Choudhry, Sujit & et al. (2004). "Unregulated Private Markets for Health Care in Canada? Rules of Professional Misconduct, Physician Kickbacks and Physician Self-Referral". *CMAJ*, 170 (7), P. 1115-1118.

49. Cohen, Linne. (1996). "Issue of Fraud Raised as MD Self-Referral Comes under Spotlight in Ontario". *CMAJ*, 154 (11), P. 1744- 1746.

50. Josefson, Deborah. (2001). "US Doctors Face Curbs on Referrals". *BMJ*, 322 (7278), P. 72.

51. Baer, Nicole. (1997). "Fraud Worries Insurance Companies but should Concern Physicians too, Industry Says". *CMAJ*, 156 (2), P. 251-256.

52. Umbdenstock, Richard & C. Khan. (2009). "Banning Physician Self-Referral is an Important Step toward Health Reform". *AHA News*, 45, P. 5.

JAMA, 297 (11), P. 1216- 1223.

40. Gunning, Thomas G. & Terry S. Coleman. (2005). "Harmonizing Legal and Ethical Standards for Interaction between Health Care Providers and Industry". *Fertil Steril*, 84 (4), P. 861-866.

41. Chimonas Susan & David J. Rothman. (2005). "New Federal Guideline for Physician- Pharmaceutical Industry Relations: The Politics of Policy Formation". *Health Affairs*, 24 (4), P. 949- 960.

42. Lewis Katz School of Medicine. (ND). Available at <http://www.temple.edu/medicine/cme/document/phrma.pdf>. (accessed in 2011).

43. Messis, C. (2008). "Practice Guidelineregarding Conflict of Interest in the Relationship between European Neurologist and Pharmaceutical Industry". *UEMS* 2008/39. Available at [http:// admin.uems.net/uploadedfiles/1204.pdf](http://admin.uems.net/uploadedfiles/1204.pdf). (accessed in 2010).

۴۴. پارسا، مجتبی و باقر لاریجانی. (۱۳۸۸). «مروری بر سهم‌خواری از نظر مفهوم، تاریخچه و کدهای اخلاقی». *مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۳، صص ۲۸ تا ۲۱.

45. Andereck, William S. (1994). "Fee Splitting: A Brief

فصل بیست و یکم

ملاحظات اخلاقی در آموزش بالینی

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر طاهره چنگیز

معرفی نمونه‌ی اول

آقای دکتر «الف» فرزند سه‌ساله‌ی خود را به علت ابتلا به تنگی نفس و سرفه به بیمارستان آموزشی درمانی می‌آورد. به محض ورود کودک به اورژانس پنج نفر از کارآموزانی که در اورژانس بیمارستان حضور دارند به نزد او می‌روند و شروع می‌کنند به سؤال‌پیش کردن همراه بیمار. این کارآموزان اولین هفته‌ی دوره‌ی خود را می‌گذرانند و خیلی مشتاق‌اند که صداهای ریوی غیرطبیعی را بشنوند. دکتر «الف» خود را معرفی می‌کند و کارورزی که همان زمان نزد دکتر «الف» می‌رود به دانشجویان می‌گوید که از این کار صرف‌نظر کنند. والدین چند کودکی که در ساعات قبل کودکانشان توسط این کارآموزان معاینه شده‌اند شاهد این صحنه هستند.

معرفی نمونه‌ی دوم

نوزادی چهارروزه به علت زردی به اورژانس یکی از مراکز آموزشی درمانی آورده شده است. دستیار از کارورز کشیک می‌خواهد که با توجه به دشواری خون‌گیری وریدی خون‌گیری شریانی از نوزاد انجام دهد. او سپس اورژانس را برای ویزیت بیماران بستری ترک می‌کند. کارورز که اولین روز کارورزی اطفال خود را می‌گذراند و تا به حال تنها شاهد چند نمونه خون‌گیری شریانی بوده و خود تجربه‌ای در این باره آن هم تجربه‌ی خون‌گیری از نوزاد را ندارد، دچار سردرگمی می‌شود. او پس از بارها تلاش برای خون‌گیری شریانی که با گریه و بی‌تابی شدید نوزاد و ناراحتی و تأثیر شدید والدین او همراه است، بدون موفقیت به سراغ دستیار خود می‌رود و از او می‌خواهد تا این کار را خود انجام دهد.

معرفی نمونه‌ی سوم

بیمار خانم ۲۷ ساله‌ای است که به منظور سزارین به اتاق عمل منتقل شده است. استاد بیهوشی حاضر در اتاق عمل متوجه می‌شود که دستیار بیهوشی در حال آماده‌سازی مقدمات برای قراردادن Arterial Line برای بیمار است. استاد با توجه به Stable بودن بیمار و کوتاه بودن طول مدت عمل، با تعجب از دستیار علت کارش را جویا می‌شود. دستیار در پاسخ این سؤال را مطرح می‌کند که «پس من کجا باید این پروسیجر را بیاموزم؟»

مقدمه

پزشکی (دانشجویان پزشکی، پزشکان و کارکنان بخش سلامت) و در نهایت کل جامعه از مزایای آن منتفع شوند، بدون اینکه در این میان فردی دچار آسیب جسمی و روحی شود (۴، ۹، ۱۰)؛ بنابراین، دستیابی به این سود جمعی و موفقیت در آموزش پزشکی و در نهایت، تأمین پزشکان آزموده، ماهر و باصلاحیت در گرو ارتباط آموزشی بین افراد جامعه (چه سالم و چه بیمار) و جامعه‌ی پزشکی خواهد بود (۲ و ۱۰).

در چنین شرایطی لازم است استادان، سرپرستان و پزشکان از آموزش دانشجویان پزشکی به روش اخلاقی اطمینان یابند (۱۱) و در محیط آموزشی فرصتی برای دانشجویان فراهم کنند تا آن‌ها بتوانند بدون اینکه ارزش‌های انسانی و اخلاقی را فراموش کنند، مهارت‌های پزشکی خود را ارتقاء بخشند (۱). دانشگاه‌های علوم پزشکی، برای ایفای نقش دانشجویان به صورت رفتار و عملکرد حرفه‌ای، باید محیط یادگیری خوشایند و الگوهای مثبت قوی برای آنان فراهم کنند تا حرفه‌مندی در میان کارآموزان رشته‌های پزشکی، اعضای هیئت علمی و ناظران بالینی گسترش یابد (۱۲) و دانشجویان پزشکی برای مسئولیت خطیری که در آینده به عهده خواهند داشت به طور کامل آماده و مهیا شوند (۹).

آموزش پزشکی فرایند پیچیده‌ای است که در آن فراگیری مهارت‌های حرفه‌ای، کسب صلاحیت، توانمندی و ارزش‌ها همانند دانش و زمینه‌ی ادراکی تخصصی از اهمیت خاصی برخوردار است (۱). بدیهی است دانشجویان پزشکی صرفاً از طریق خواندن کتاب و سخنرانی‌ها قادر به یادگیری مهارت‌های حرفه‌ای و بالینی نیستند و نیاز دارند این مهارت‌ها را در یک محیط واقعی فراگیرند (۱ و ۲). از قدیم‌الایام بیماران در تأمین این محیط نقش اساسی داشته‌اند (۳)؛ همچنین امروزه که بر آموزش مبتنی بر جامعه و به حداقل رساندن آسیب در بیماران تأکید شده (۲، ۴، ۵)، نقش افراد سالم در تأمین نیازهای آموزشی دانشجویان پزشکی در یک محیط واقعی یا شبیه‌سازی‌شده بارزتر شده است (۲، ۶، ۷). با وجود تمامی پیشرفت‌های تکنولوژیکی که در آموزش پزشکی صورت گرفته، مثل استفاده از سیمولاتورها و بیماران مجازی (۲)، هنوز آموزش مهارت‌های بالینی به تجربه‌ی عملی و واقعی بستگی دارد و مشارکت دانشجویان در مراقبت از بیماران در این زمینه اهمیتی حیاتی دارد و جزء لاینفک آموزش پزشکی است (۸)؛ هدف از این مشارکت و تعامل، این است که هم بیماران (امروزی و آینده) و هم جامعه‌ی

تضعیف این رابطه‌ی آموزشی رخدادی خواهد بود که آسیب آن در کل جامعه منتشر خواهد شد؛ پس برقراری صحیح این رابطه و پایداری آن بسیار اهمیت دارد. این رابطه نیز مانند تمامی ارتباطات انسانی نیازمند این است که تعهدات هم‌پیمانان در آن مشخص و شرایط فیما بین پیش‌بینی‌پذیر شود تا افراد با آگاهی و به‌صورت داوطلبانه در این ارتباط آموزشی شرکت کنند. در این بین تعیین و رعایت اصول و استانداردهای اخلاقی مرتبط با این حوزه، شفاف‌ترین وسیله‌ی تشخیص تعهدات و حفظ این پیمان خواهد بود.

اخلاق و آموزش از طریق همتایان (دانشجویان به‌عنوان بیمار جایگزین)

در این شیوه، برای فراگیری مهارت‌های پایه و بالینی، از دانشجویان پزشکی به‌عنوان دانشجویان بیمار استفاده می‌شود. در بسیاری از دانشگاه‌های علوم پزشکی، این شیوه به‌صورت عملی و بدون هیچ‌گونه بحثی، به مدت طولانی در کانون توجه بوده است. به دنبال عوامل اقتصادی و اجتماعی و آموزشی از قبیل کاهش مدت بستری بیماران در بیمارستان، تغییر در جمعیت بیماران بستری، شدت بیماری بیماران بستری، آگاهی بیماران از حقوقشان، افزایش احترام به استقلال بیمار در تصمیم‌گیری و تغییرات اخیر در آموزش پزشکی، از این روش استقبال شده و دارای طیفی وسیع از گرفتن فشارخون ساده تا معاینه‌ی کامل قلبی‌عروقی است (۱۶). از این شیوه برای آموزش آناتومی سطحی نیز استفاده می‌شود و اساس آن، بر مبنای فایده‌گرایی و عمل‌گرایی است (۱۷).

شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد امروزه، برای دانشجویان پزشکی سخت‌تر است که مهارت‌های لازم را با کمک بیماران واقعی بیاموزند و تمرین کنند؛ همچنین، این نگرانی وجود دارد که برخی از دانشجویان، پزشک شوند درحالی‌که بر اثر شکاف زیاد در تمرین عملی آموخته‌های نظری، مهارت‌های لازم را کسب نکرده‌اند. این در حالی است که بین آنچه به‌صورت تئوری آموخته‌اند و آنچه در عمل باید انجام دهند تفاوت زیادی وجود دارد (۲). از طرف دیگر، جامعه از پزشکان انتظار دارد که توانایی انجام‌دادن تمامی پروسیجرهای ضروری، لابینفک و مورد نیاز عملکرد حرفه‌ای خوب را داشته باشند (۱). یکی از پاسخ‌های موجود در حل چالش مذکور استفاده از مراکز آموزشی مهارت‌های بالینی، بیمارنماها و بیماران استاندارد شده (۲) و همچنین، تمرین روی بیماران در محیطی نظارت‌شده است (۱۲).

با وجود مشارکت و تمایل بالای بیماران در آموزش پزشکی (۱۳)، گاهی بیماران در این ارتباط آموزشی احساس فریب، سوءاستفاده و رنج می‌کنند یا حریم خصوصی خود را در مخاطره می‌بینند و اعتماد خود را به این ارتباط و ادامه‌ی آن از دست می‌دهند (۱۰ و ۴). گاهی نیز دانشجویان پزشکی و پزشکان، در حدود اختیارات و چگونگی آموزش، احساس استفاده‌ی غیرمنصفانه از بیماران، تضاد ارزش‌ها، تعارض بین اولویت‌های درمان و آموزش دچار استرس و سردرگمی می‌شوند (۱، ۱۳ تا ۱۵)؛ تا جایی‌که حفظ شأن و کرامت انسان، استفاده از انسان را به‌عنوان وسیله‌ای برای رسیدن به یک هدف عالی، مورد سؤال قرار می‌دهد (۹). در چنین شرایطی

استفاده از معاینه‌ی هم‌تا^۱ (PPE) به ارزش‌های فرهنگی و مذهبی دانشجویان بستگی دارد و براساس جنس، عوامل زمینه‌ای، تربیتی و تجارب قبلی آن‌ها از نظام سلامت متفاوت است؛ به‌عنوان مثال، اینکه گروه آموزشی ترکیبی از هر دو جنس است یا خیر، مربی بالینی چه کسی است و جلسه‌ی آموزشی کجا برگزار می‌شود، بر احساس راحتی دانشجویان درباره‌ی اینکه معاینات را روی یکدیگر انجام دهند اثرگذار است (۱۶). خصوصاً معاینه‌ی نواحی حساس بدن مثل قفسه‌ی سینه در خانم‌ها، دستگاه تناسلی و رکتوم راحت نیست (۱۷). همچنین، احساس ناامنی، جفت‌بودن و ارتباطات اجتماعی موجود بین دانشجویان، مسائل شخصی و فرهنگی یا دلایل مذهبی می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد (۱۶ و ۱۷). این روش از منظرهای گوناگون دارای قوت‌هایی است که در زیر می‌توان به برخی از آن‌ها اشاره کرد:

- تشویق دانشجویان به همدلی و احترام به کرامت بیمار به‌عنوان یک شخص؛
- یادگیری احترام و حساسیت به نیازها و تمایلات بیماران، ارزش‌های افراد و چگونگی پذیرش آن‌ها؛
- پدیدآمدن حساسیت‌های اخلاقی در دانشجویان با ایجاد دوره‌های‌های اخلاقی هنگام معاینه‌ی هم‌تایشان و آموختن چگونگی حل کردن این دوره‌های‌ها؛
- درک کردن نگرانی‌های اخلاقی استفاده از بیماران واقعی در آموزش بالینی (۱۶)؛
- آموزش راحت‌تر و بدون فشار در محیط راحتی که

می‌توان در آن خطا کرد؛

- دریافت بازخورد از هم‌تا و مربی در حین عمل؛
- ایجاد اعتماد و مهارت حرفه‌ای در دانشجویان؛
- درک ماهیت داوطلبانه‌بودن مشارکت در آموزش پزشکی و یادگیری دیدگاه‌های بیماران (۱۷)؛
- صلاحیت آموزشی افراد؛
- نداشتن هزینه؛
- یادگیری موارد طبیعی قبل از موارد غیرطبیعی؛
- محافظت بیماران از فراگیران بدون تجربه؛
- آشنایی دانشجویان با گرفتن رضایت کتبی رسمی و اصول آن (۱۸).

اما مخالفت اصلی در زمینه‌ی اخلاقی روش مذکور این است که دانشجویان کاملاً آزاد نیستند تا مشارکت در این روش را قبول نکنند؛ زیرا باور دارند که امتناع آنان ممکن است پیشرفت علمی، اعتبار و شهرت آنان را به‌عنوان دانشجوی همکار یا متعهد، به مخاطره می‌اندازد؛ در نتیجه خود را مجبور به مشارکت می‌دانند (چه به‌صورت صریح چه به‌صورت ضمنی). این احساس اجبار می‌تواند ناشی از امکان دستیابی به قدرشناسی اساتید در کلاس‌های درس، کارآموزی‌ها یا ارتباط بهتر با اعضای هیئت علمی و پزشکان ارشد و به امید آینده‌ی کاری بهتر باشد (۱۶). این موضوع، مشابه مباحث اخلاقی استفاده از دانشجویان به‌عنوان سوژه‌ی پژوهش است که مشارکت کاملاً آزادانه‌ی دانشجویان در پژوهش همیشه واضح و آشکار نیست؛ بنابراین، با استفاده از راهنماهای اخلاقی در پژوهش می‌توان احتمال اثر این اجبار را کاهش داد (۱۶). از طرفی، وجود اضطراب، حجب و حیا، فرهنگ، اعتقادات، بلوغ، جنس و احتمال شناسایی یافته‌های پاتولوژیک و

1. Peer Physical Examination (PPE)

شود که در این فرم، اطلاعات مرتبط با مشارکت دانشجویان در امر آموزش از طریق همتا (از قبیل اینکه کدام قسمت بدن برهنه شده و معاینه می‌شود، چه خواهند پوشید و چگونه حریم خصوصی آنان حفظ خواهد شد، و اینکه احتمال شناسایی مشکلات بالینی و یافته‌های غیرطبیعی وجود داشته و این یافته‌ها به مربی نیز اظهار خواهند شد)، به دانشجویان ارائه شود تا ضمن کاهش اضطراب آنان، اصول صحیح رضایت آگاهانه را نیز بیاموزند (۱۷). همان‌طور که پیش‌تر بحث شد استفاده از این روش به دیدگاه‌های آموزشی، حرفه‌ای، جامعه‌شناسی، اقتصادی و اجتماعی یک جامعه بستگی دارد (۱۶)؛ بنابراین، در استفاده از این روش باید فرهنگ، باورها و ارزش‌های مذهبی افراد جامعه مدنظر قرار گیرد.

آموزش از طریق بیمارنما^۱ یا بیماران استاندارد شده^۲

افزایش حقوق بیماران، خودمختاری و استقلال آنان، احترام به حفظ حریم خصوصی، استراحت و آسایش آنان از طرفی و تداوم نیاز دانشجویان پزشکی برای یادگیری از طرف دیگر، منجر به استفاده از روش‌های آموزشی نوین شد که بدین‌منظور استفاده از بیمارنما برای دانشجویان تازه‌کار به‌ویژه در بخش‌های ارتباطی، توسعه‌ی بین‌فردی و اعمال انعکاسی در کانون توجه قرار گرفت (۱۹)؛ بیماران استاندارد شده که گاهی اوقات بیمارنما نامیده می‌شوند، در واقع بازیگرانی هستند که نقش بیمار

غیرطبیعی در فرایند آموزشی نیز از مخاطرات این روش هستند (۱۷).

از آنجاکه بحث‌های اخلاقی منفی مشارکت دانشجویان به‌عنوان بیماران جایگزین، قطعی و جدی نیست و این روش باعث می‌شود دانشجویان احترام به بیماران را به‌عنوان یک شخص یاد بگیرند و از طرفی منطقی به نظر نمی‌رسد دانشجویان تشویق شوند روی بیماران تمرین کنند و یاد بگیرند، ولی اجازه‌ی تمرین کردن روی همدیگر را نداشته باشند (۱۶)، بنابراین، با استفاده از راهکارهای مناسب مثل ارتقا و بهبود رضایت آزادانه و آگاهانه می‌توان از این روش استفاده کرد که راهنمای زیر در این خصوص پیشنهاد شده است:

اهمیت فرهنگ و حساسیت اجتماعی به نیازها و خواسته‌های دانشجویان به اعضای هیئت علمی آموزش داده شود. به دانشجویان اطمینان داده شود که دعوت به ایفای نقش بیمار یک دعوت عمومی است و نه برای دانشجویان خاص.

به حداقل رساندن اجبار از طریق اجازه‌دادن به دانشجویان که بدون حضور استادان، خودشان تعیین کنند که چه کسی نقش بیمار جایگزین را ایفا خواهد کرد.

در مواردی که دانشجویان نمی‌خواهند از هم به‌عنوان بیمار جایگزین استفاده کنند، استفاده از مدل‌های جایگزین مناسب مثل بازیگران واقعی امکان و ایجاد شود.

بحث درباره‌ی مسائل اخلاقی و فرهنگی و اجتماعی معاینه‌ی بالینی، بین دانشجویان ارتقا داده شود (۱۶).

رضایت آگاهانه‌ی کتبی رسمی از دانشجویان اخذ

۱. بیمارنمایان افراد تعلیم‌دیده‌ای هستند که ممکن است سالم یا بیمار حقیقی باشند و به‌درستی تاریخچه‌ی بیماری، تاریخچه‌ی فردی، ساختار عاطفی، پاسخ‌ها و یافته‌های بالینی یک بیمار حقیقی را نمایش می‌دهند (۱۸).
۲. بیماران استاندارد شده افراد تعلیم‌دیده‌ای هستند که همه‌ی خصوصیات بیمارنمایان را دارند؛ مضاف بر اینکه ایفای نقش آنان مشابه و تکرارپذیر و استاندارد است (۱۸).

را ایفا می‌کنند که می‌توانند افراد سالم یا بیماران واقعی باشند (۲۰).

استفاده از بیماران استاندارد شده به اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰ توسط هاوارد باروس^۱ برمی‌گردد (۶، ۱۹، ۲۱) و در پزشکان کانادایی برای اولین بار، اوایل دهه‌ی ۱۹۷۰ از آن در مدارس پزشکی استفاده کردند (۲۱). امروزه، بیش از هشتاد درصد از مدارس پزشکی به منظور آموزش و ارزیابی کارایی متخصصان حرفه‌های بهداشتی از بیمارناها استفاده می‌کنند (۲۱ و ۲۲). همسوبا این هدف، مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران برای نخستین بار از سال ۱۳۸۵ در سطح کشور، اقدام به تأمین دفتر تربیت بیماران استاندارد شده کرد (۱۸). باروس اولین چک‌لیست را برای بیماران استاندارد شده تدوین کرد تا بتوانند به‌طور منظم تمامی اعمال فیزیکی را که کارآموز در طول مواجهه با آنان انجام می‌دهد ثبت کنند. این تکنیک منجر شد که بیماران استاندارد شده به‌عنوان آموزش‌دهنده^۲ (SPes) شناخته شوند و SPE به یکی از مهم‌ترین روش‌های متحول‌کننده‌ی آموزش پزشکی تبدیل شود (۱۹).

این روش فرصتی در اختیار دانشجویان قرار می‌دهد تا مهارت‌های ارتباطی مربوط به گرفتن شرح حال، ثبت تاریخچه‌ی پزشکی و تکنیک‌های معاینه را در یک محیط تحت حمایت، دارای خطر کمتر (در ارتباط با آسایش و سلامتی بیماران) و واقعی و مبتنی بر عمل یاد بگیرند و تمرین کنند (۲۱). همچنین، دانشجویان می‌توانند در محیطی غیرتهدیدآمیز و کارآموزمحور اشتباه کرده و اشتباهات خود را تشخیص دهند و آن‌ها را تصحیح کنند و در حین عمل، بازخوردی تکوینی و سازنده دریافت کنند. در نهایت اعتمادبه‌نفس آنان افزایش می‌یابد و بیماران واقعی نیز از تعامل با یک کارآموز بی‌تجربه و بی‌کفایت محافظت می‌شوند (۱۹). این روش از منظر اخلاقی نیز مهم است و به‌عنوان ضرورت اخلاقی و سیاسی برای کاهش آسیب در بیماران، در تغییر برنامه‌ی آموزشی مطرح شده است (۲۳).

اگرچه تمامی افراد به شرط داشتن معیارهای لازم می‌توانند در برنامه‌ی SP^۳ شرکت کنند، بیشتر، کارکنان شاغل و بازنشسته‌ی بخش سلامت به‌عنوان SP شرکت می‌کنند. در برخی منابع به اهمیت این موضوع که آنان برای ایفای نقش بیمار موفق‌تر هستند و باعث تسهیل ایفای نقش بیمار می‌شوند، اشاره شده است (۶). امروزه، در برخی دانشگاه‌ها از اعضای هیئت علمی، دانشجویان پزشکی، دستیاران و مربیان بالینی نیز به‌عنوان بیمار استاندارد شده، استفاده می‌کنند (۲۲). از طرف دیگر، با توجه به اهمیت آموزش از طریق سیستم‌های مجازی شبیه‌سازی شده، استفاده از بیماران استاندارد شده‌ی مجازی^۴ (VSP) نیز در حال افزایش است (۲۰)؛ البته هر یک از موارد مذکور دارای مزایا و معایبی هستند؛ برای مثال، استفاده از عضو هیئت علمی به‌عنوان بیمار استاندارد شده^۵ (FSP) می‌تواند در زمینه‌ی ارزشیابی دانشجویان از نظر پروفشنالیسم، اخلاق

3. Standard Patient (SP)

4. Virtual Standard Patients (VSPs)

5. Faculty Standard Patients (FSPs)

1. Howard Barrows

2. Standard Patient Educators (SPEs)

یکی دیگر از روش‌های SP استفاده از بیمارنمای اینترنتی یا شبکه‌ای^۱ (Web-SP) است که به منظور تسهیل استفاده‌ی واقع‌گرایانه و تعاملی از بیماران مجازی در آموزش پزشکی و سلامت و کاهش هزینه‌های آموزشی طراحی شده است و در آن دانشجویان مهارت‌های بالینی را به‌طور مکرر و با تعمق انجام می‌دهند و برای کاربران در هر زمان و مکانی از دنیا در دسترس است (۲۴). در این شیوه، با توجه به اینترنتی و شبکه‌ای بودن آن، چگونگی رعایت حریم خصوصی و حفظ اطلاعات افراد بسیار مهم است (۲۵).

از موارد استفاده از SP، آموزش اخلاق بالینی در مواردی مثل دادن خبر ناگوار، خودکشی به کمک پزشک، گرفتن تاریخچه‌ی رفتارهای جنسی، معالجه‌ی بیماران روانی، موارد عدم احیا، خشونت‌های خانگی، تمایلات درمانی ازپیش‌اتخاذشده (وصیت پزشکی) و دستیاری در روان‌پزشکی و اخذ رضایت آگاهانه است (۲۷ و ۲۸) که هم در کلاس تئوری و هم در بخش‌های بالینی کاربرد دارد و باعث رشد حرفه‌ای و شخصی دانشجویان در زمینه‌ی اخلاق می‌شود (۲۷).

در تمامی تکنیک‌های استفاده از SP خصوصاً در روش‌های آموزش مجازی و استفاده از کامپیوتر، خطراتی که طی مصاحبه، معاینه و مهارت‌های ارتباطی ممکن است برای بیماران واقعی ایجاد شود کاهش یافته و از طرفی یادگیری و استدلال بالینی بهبود می‌یابد و ارزشیابی رفتار حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی و صلاحیت بالینی دانشجویان که از طریق

رفتار حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی، چگونگی طرح سؤالات از بیمار، میزان احترام به بیمار، استدلال بالینی و ایمنی بیمار، مفید واقع شود؛ اما عوامل زمینه‌ای خصوصاً فرهنگ، زبان و محدودیت دسترسی به اعضای هیئت علمی داوطلب، در استفاده از این روش اثرگذار است (۲۲). از طرفی، احتمال بروز معضلات اخلاقی همانند آنچه در آموزش از طریق همتایان ذکر شد وجود دارد؛ از جمله حفظ حریم خصوصی، رازداری، کشف بیماری و یافته‌های پاتولوژیک، لمس ناخواسته و تأثیر شغلی و احساس اجبار صریح یا ضمنی که شاید منجر به کاهش تمایل اعضای هیئت علمی به استفاده از این روش شود. بیماران استانداردشده‌ی مجازی (VSPs) نیز به دلیل هزینه‌ی کمتر و اثربخشی بهتر، سهولت دسترسی، قابلیت تکرار، تغییر معیارهای ارزیابی، تأمین محیط یادگیری مجازی ایمن برای بیمار و دانشجو، فقدان محدودیت زمانی و کاهش نیروی کاری توانسته جایگزین بیماران استانداردشده (SPs) شود (۲۰ و ۲۴).

VSP در واقع یک شخص مجازی کامپیوتری است که مانند SP با دانشجوی پزشکی به تعامل و تبادل اطلاعات می‌پردازد تا مهارت‌های ارزیابی بیمار و مصاحبه را به دانشجویان بیاموزد و آن‌ها را ارزیابی کند (۲۰) و در آموزش انواع رشته‌های پزشکی از قبیل تروما، جراحی، بیماری‌های پوست و آمیزی استفاده می‌شود (۲۰، ۲۴ تا ۲۶). خصوصاً در مواقعی که بنا به دلایل ملاحظات اخلاقی برخی از بیماران برای دانشجویان مناسب نیستند، این روش برای آموزش در زمینه‌ی حل مسائل پزشکی و طرز تفکر حرفه‌ای مناسب است (۲۴).

1. Web-Based Simulation of Patients (Web-SPs)

آزمون اسکی OSCE^۱ امکان‌پذیر است، از نظر ارتقای سطح سلامت، رعایت و حفظ اصول اخلاق پزشکی نیز مهم و مفید است (۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۵).

اگرچه در حال حاضر بیماران استاندارد شده در مراکز آموزش مهارت‌های بالینی به کار گرفته می‌شوند (۲۹)، هنوز در این باره نگرانی‌های اخلاقی وجود دارد. این موضوع از منظر جامعه‌گرایی بسیار مهم است؛ زیرا شرکت افراد سالم در آموزش پزشکی مهم است و موجب می‌شود تا بار آموزش پزشکی در کل جامعه پخش شود و صرفاً محدود به بیماران نباشد (۱۰). در مواردی که آموزش مبتنی بر شبکه است، حتی با وجود دریافت رضایت آگاهانه هنوز تردیدهایی در خصوص گذاشتن اطلاعات در شبکه وجود دارد (۲۵) و در اینکه بیماران استاندارد شده تحت شرایط برابر و منصفانه معاینه شوند (خصوصاً در معاینات دارای خطر بیشتر) و بتوانند درست نقش خود را ایفا کنند و بازخورد مفید به دانشجوی دهند، هنوز جای بحث است (۲۱).

با توجه به انواع روش‌های آموزشی بیماران استاندارد شده، که شامل اجرای نمایش، پخش نوارهای ویدئویی و ویدئوکلیپ، ایفای نقش برای آگاهی در زمینه‌ی تکنیک SP، مشاهده‌ی بیماران واقعی که توسط پزشکان مورد معاینه و مصاحبه قرار می‌گیرند و آموزش توسط SPs‌های با تجربه یا بازیگران حرفه‌ای (۲۱) و با توجه به پرداخت حق الزحمه به SP و ضبط ویدیویی از مصاحبه‌ی آن‌ها (۳۰) و سطح تحصیلات، تنوع شغلی و

فرهنگی آنان (۲۱) ملاحظات اخلاقی مانند ضرورت و چگونگی حضور آنان در بالین بیمار، مشاهده‌ی فیلم‌های بیماران، رعایت محرمانگی و رازداری درباره‌ی اطلاعات بیماران، دانشجویان و اعضای هیئت علمی و عدالت مطرح می‌شوند که سعی شده است با اخذ رضایت آگاهانه از بار اخلاقی موضوع کاسته شود؛ بنابراین، با توجه به اهمیت آگاهانه‌بودن رضایت اخذ شده لازم است در برگه‌ی اطلاعات ارائه شده به بیماران استاندارد شده موارد ذیل مدنظر قرار گیرند (۳۰):

الف. چه کسی حائز شرایط شرکت در برنامه‌ی SP است و مدت‌زمان برنامه چقدر است؟

ب. نحوه‌ی ایفای نقش SP چگونه بوده، هدف از برنامه‌ی SP و نتایج حاصله و فواید احتمالی برای SP و دیگران چیست؟

ج. چه آموزش‌هایی و توسط چه کسی ارائه خواهد شد و تعداد جلسات لازم، میزان ساعات جلسه آموزشی در روز و هفته چقدر است؟

د. شرکت در برنامه‌ی SP به معنی مراقبت پزشکی نیست.

ه. شرکت در برنامه‌ی SP به معنی تداخل با درمان‌های پزشکی نیست.

و. انتظار چه نوع فعالیت‌هایی از SP وجود دارد (شرکت در جلسات آموزشی کلاسی، آموزشی بالینی، فیلم‌برداری جهت اهداف آموزشی، راند بالینی، اجرا و ارائه‌ی پس‌خوراند شفاهی و کتبی در قالب چک‌لیست به دانشجوی، استاد، مربی و ناظر بالینی و اینکه چه نقشی ایفا خواهد کرد).

ز. تعداد و موقعیت افرادی که حضور خواهند داشت (مثل مربی بالینی، استاد بالینی، دانشجوی و با

۱. OSCE (Objective Structured Clinical Examination) آزمون بالینی ساختار یافته‌ی عینی یا هدفمند

ممکن را فهمیده باشد؛ به حفظ و بازیابی ویژگی‌های مشخص، شرایط پزشکی، صلاحیت‌ها، آموزش‌ها و معاینات در پایگاه اطلاعاتی تمایل داشته باشد؛ به شرکت در برنامه‌ی آموزش پزشکی مشتاق باشد و بداند در این فرایند احتمال گرفتن عکس، فیلم‌برداری و ضبط صدا وجود دارد؛ او همچنین باید بفهمد که از این فیلم‌ها و عکس‌ها فقط با هدف آموزشی استفاده خواهد شد و در جمع عموم برای اهداف تجاری و تبلیغاتی و غیرتجاری استفاده نخواهد شد؛ او باید بداند که دانشجویان پزشکی او را مشاهده و معاینه خواهند کرد و اهمیت و نقش برنامه‌ی SP را در ارزشیابی و آموزش دانشجویان پزشکی متوجه شده باشد؛ همچنین او باید بداند که اطلاعات مربوط به عملکردهای فردی دانشجویان و هویت مربیان و شرکت‌کنندگان و جزئیات سناریوی بیماران و سؤالات تستی و پاسخ‌های آن‌ها (چه تستی، چه شفاهی و چه کتبی) را محرمانه نگاه دارد؛ در نهایت او باید فرصت داشته باشد سؤالاتش را مطرح و جواب‌های قانع‌کننده دریافت کند؛ ضمناً او باید آزاد باشد تا هر شرط دیگری را که دارد بیان کند.

افزون‌براین، لازم است یک کپی از فرم مذکور و برگه‌ی اطلاعاتی به شرکت‌کننده داده شود؛ البته نام و امضاء شرکت‌کننده (SP)، گیرنده‌ی رضایت و در صورت نیاز مترجم باید در فرم رضایت‌نامه قید شود (۳۰). در صورتی که بیمارنماها بر مبنای آگاهی آن‌ها از نقش بیمارنما، انگیزه‌ی آنان از ایفای نقش، توانایی مهارت‌های ارتباطی و ادراکی آنان و توانایی اجرای نقش، در دسترس بودن و توانایی تکمیل چک‌لیست‌های هنگام ایفای نقش و توانایی آنان

ذکر موقعیت و جایگاه آنان).

ح. اینکه اطلاعات مربوط به ویژگی‌های شخصی و سابقه‌ی پزشکی آنان در پایگاه اطلاعاتی داده‌ها نگاه داشته خواهد شد و امکان بازیابی صرفاً برای مسئول برنامه‌ی SP وجود خواهد داشت و همه‌ی موارد مربوط به SP محرمانه بوده و هر نوع نسخه‌برداری، اشاعه و تسهیم آموزشی یا ارزیابی موارد با هر فرد یا مؤسسه‌ی دیگری ممنوع است. اطلاعات قابل شناسایی به‌صورت کد خواهد بود و در هیچ جمع و نشریه‌ای استفاده نخواهد شد.

ط. مشخصات آموزش‌دهنده و شرکت‌کننده نیز محرمانه خواهد بود.

ی. ناراحتی‌های ممکن و خطرات احتمالی چه خواهد بود؟

ک. جبران آسیب چگونه خواهد بود؟ (البته انتظار آسیب وجود ندارد.)

ل. حق الزحمه‌ی پرداختی (برای هر جلسه‌ی آموزشی، جلسه‌ی معاینه و...) چقدر خواهد بود؟

م. اختیاری بودن شرکت در برنامه‌ی SP و ادامه‌ندادن آن در هر زمانی که SP خواهان آن شد.

ن. معرفی مرکزی برای پاسخ‌گویی به سؤالات یا مشکلات احتمالی با ذکر محل و شماره‌ی تماس.

پس از ارائه‌ی این برگ اطلاعاتی لازم است SP فرم رضایت‌نامه را با این مضامین که مطالب برگ اطلاعاتی را خوانده و مفاد آن را درک کرده، با ذکر تاریخ امضا کند؛ او باید اختیاری بودن شرکت در برنامه‌ی SP و آزادی در ترك برنامه در هر زمان

بر مبنای اصل اساسی آموزشی که هماهنگی بین ابزارهای یادگیری و ابزارهای ارزیابی را ضروری می‌داند (۳۱) و براساس متغیرهای مخدوش‌گر فراوان در برنامه‌ی SP مثل اطلاعات دانشجو در محتوای بالینی، وظایف بالینی، زمینه و تسلط، توانایی و مهارت کافی در به‌کارگیری ابزارها، داشتن علاقه به ابزار، تجربه‌ی کاری، و دقت کافی نگرانی دیگر این است که تسلط پیدا کردن بر مهارت‌ها در محیط آزمایشگاهی یا به‌طور تئوری ضرورتاً به این معنی نیست که دانشجویان قادر خواهند بود از آن مهارت‌ها در اعمال بالینی استفاده کنند (۱۹). چالش‌های اخلاقی دیگری چون: فیلم‌برداری آموزش، رعایت محرمانگی، مرز بین مداخلات آموزشی درمانی برای بیماران استاندارد شده وجود دارد که مشابه چالش‌های اخلاقی استفاده از بیماران واقعی است و در بخش مرتبط، درباره‌ی آن بحث شده است.

آموزش پزشکی بر بیماران

استفاده از بیماران برای آموزش پزشکی امری حیاتی است و بیماران همیشه بخشی از آموزش‌های پزشکی بوده‌اند (۳۲ و ۳۳). این روش آموزش و یادگیری از زمان‌های کهن در کانون توجه بوده است؛ به‌گونه‌ای که رازی، استاد بالینی دانشجویان طب، برای دانشجویانی که از فراسوی گیتی گرد آمده و به دور او در راند بیمارستان حلقه می‌زدند، ساعت‌ها به آموزش بالینی می‌پرداخت و طب را بر بالین بیمار می‌آموخت و بر بالین بیمار آموزش می‌داد (۳)؛ چراکه طب، علمی تجربی است و فراگیری مطلوب آن بر مبنای ملموسات و یادگیری

در تکرار نقش بیمار در شرایط یکسان که لازمه‌ی اعتبار و اعتماد علمی ایفای خوب نقش نیز هستند، انتخاب شوند (۶) می‌توان در انتخاب آگاهانه‌ی افراد برای شرکت در برنامه‌ی SP تأثیر لازم را نیز گذاشت.

به نظر می‌رسد ساختار فرهنگی، شرایط اقتصادی اجتماعی و ارزش‌های مذهبی جامعه در پذیرش مشارکت در یک برنامه‌ی آموزشی SP و آگاهانه و اختیاری بودن آن نیز اثرگذار باشد (۳۱). در شرایط مذهبی فرهنگی کشور ما می‌توان افراد را بر مبنای اصول اعتقادی و مذهبی (مثل ایثار و احسان) تشویق کرد تا در آموزش پزشکی به شیوه‌ی مذکور شرکت کنند و از هرگونه آسیب‌زدن به آن‌ها جلوگیری کرد؛ به‌گونه‌ای که دانشجویان و گروه‌های همجنس، بیماران استاندارد شده را معاینه کنند و اصول شرعی و حریم خصوصی در معاینه‌ی مناطق حساس و محرمانه به‌نحو مقتضی رعایت شود. از طرفی، شایسته است بر مبنای اصول عدالت، امکان بر خورداری از برنامه‌ی SP خصوصاً سیستم آموزش مجازی آن مثل VSP و Web-SP بر مبنای فرهنگ منطقه و اولویت در تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور فراهم شود.

سؤال دیگری که هنوز جای بحث دارد این است که آیا دانشجویانی که نمی‌توانند حداقل مهارت لازم را در این زمینه (آموزشی از طریق انواع مختلف SP) از خود نشان دهند، باید به آن‌ها اجازه داده شود که به مرحله‌ی بعدی آموزش راه یابند و در نهایت فارغ‌التحصیل شوند (۱۹)؟ پاسخ به این سؤال چالش اخلاقی دیگری را نیز مطرح می‌کند که باید از قبل در برنامه‌های SP تعیین شود.

مبتنی بر تکرار و تجزیه و تحلیل است (۳۴).

با وجود تمامی پیشرفت‌های موجود، هنوز آموزش یادگیری مهارت‌های پایه و بالینی پزشکی به کسب تجربه روی بیماران واقعی وابسته است؛ بدین معنی که آموزش پزشکی بر پایه‌ی یک پیمان و توافق نانوشته بین بیماران و حرفه‌ی پزشکی استوار است و دانشجویان روی بیماران واقعی تمرین می‌کنند تا زمانی که پزشک می‌شوند، همان بیماران بتوانند از مهارت آنان بهره‌مند شوند (۱).

یادگیری دانشجویان پزشکی از طریق مواجهه با طیفی گسترده از بیماران در طی دوران تحصیلشان اتفاق می‌افتد (۳۵). بیماران ممکن است به روش‌های مختلف، در مکان‌های مختلف و با درجات متفاوتی از سطوح نظارتی متخصصان در آموزش شرکت کنند (۱۰) و اکثر آنان در حدود ۹۰ تا ۹۸ درصد به چنین مشارکتی تمایل داشته و حس مثبتی به آن دارند (۲، ۴، ۱۰، ۳۲، ۳۶). از این طریق دانشجویان، مهارت‌هایی مثل گرفتن شرح حال، معاینه و انجام پروسیجرهای تشخیصی و درمانی را می‌آموزند (۹ و ۱۰) و از آنجا که هر بیماری با بیمار دیگر متفاوت است (۳۷) بیماران می‌توانند با بیان تغییرات در وضعیت خود و فرایند بهبودی‌شان، آموزش پزشکی را تسهیل کرده و مهارت پزشکان را حفظ و ارتقا بخشند (۳۲)؛ بدین ترتیب پزشکان در طول زندگی حرفه‌ای خود مرتب در حال یادگیری از بیماران خود هستند (۱۰)؛ بنابراین، بیماران بزرگ‌ترین استادان دانشجویان و پزشکان هستند (۹).

بیماران و دانشجویان پزشکی هم‌پیمانی طبیعی هستند که به یکدیگر نیاز دارند (۴). برای تداوم

این پیمان و ادامه‌ی آموزش‌های پزشکی بر بالین بیمار، ضروری است که جامعه‌ی پزشکی به بیماران به‌عنوان ابزار و وسیله‌ی آموزش پزشکی ننگرد (۴، ۸، ۹) و به منظور آموزش و یادگیری مهارت‌های بالینی، ارزش‌ها و فضیلت‌ها را پایمال نکند (۱۱) و پزشکی را ماورای یادگیری دانش بالینی دانسته و پزشک‌شدن را مستلزم ایجاد و پرورش شخصیت اخلاقی بداند. بر این مبنا محیط‌های بیمارستانی که به مدارس پزشکی تبدیل شده‌اند، باید به مکانی مقدس که حقوق انسان‌ها و کرامت آن‌ها محترم شمرده می‌شود، تبدیل شوند (۳۳).

البته با تمرکزی که اخیراً بر خدمات اولیه و پیشگیری شده، بیماران به‌طور فزاینده‌ای، بخشی از مراقبت‌های سلامت را در منزل، اجتماع و محیط مدرسه دریافت می‌کنند (۳۸)، آموزش پزشکی نیز مبتنی بر جامعه شده است؛ بنابراین، رعایت و حفظ حقوق بیماران در سطح جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است و این مهم به عهده‌ی استادان، سرپرستان و سایر پزشکان است که از آموزش دانشجویان پزشکی به روش اخلاقی اطمینان حاصل کنند (۱۱) تا دانشجویان هم پزشکی و هم حرفه‌مندی را بیاموزند (۳۶ و ۳۹) و بیماران را به‌عنوان یک انسان، نه یک نمونه‌ی آموزشی ببینند (۳۹). از طرفی، تعارض بین دو مسأله‌ی نیاز دانشجویان پزشکی به آموزش و تمایل بیماران به بهره‌مندی از بهترین و مجرب‌ترین کادر درمانی باعث ایجاد مسائل و پیچیدگی‌های اخلاقی زیادی شده است؛ از جمله اینکه دانشجویان، معاینه و پروسیجرها را طی فرایند آموزشی خود یاد می‌گیرند ولی به‌ندرت درباره‌ی همدلی و همدردی و انسانیت

تفکر می‌کنند (۴۰).

خطر مواجهه شود (۴۱). بنابراین، موضوع مشارکت بیماران در آموزش پزشکی به‌عنوان یک وظیفه تحت بررسی قرار گرفت.

مطابق با اصل و قاعده‌ی کلی که بیان می‌دارد هر بیمار حق دارد از معالجه‌شدن توسط یک پزشک خاص یا هر شخص دیگری امتناع ورزد، بیماران می‌توانند از اینکه دانشجوی پزشکی آنان را مشاهده و معاینه و درمان کند، امتناع کنند (۱۰). هرچند اهمیت آموزش پزشکی به‌صورت گسترده پذیرفته شده است، نباید مردم را به زور و اجبار وادار کرد که جزئی از فرایندهای آموزش پزشکی قرار گیرند (۴۲). بهتر است مزایای آموزش پزشکی و مخاطرات شرکت‌نکردن افراد در آموزش پزشکی به آنان اعلام شود (۲ و ۴۲)؛ زیرا اگر بیماران در آموزش پزشکی مشارکت نکنند مهارت و شایستگی نسل بعدی پزشکان به مخاطره می‌افتد (۲ و ۱۰) و در نهایت بیماران و کل جامعه متحمل ضرر می‌شوند (۱۰). به همین دلیل پزشکان از بیماران می‌خواهند در مجاهدتی که هدف اولیه‌ی آن نفع‌رسانی به اجتماع، به‌عنوان یک کل و نه صورت فردی است، شرکت کنند (۸)؛ اما آیا استفاده از بیماران به‌عنوان وسیله برای رسیدن به هدف (هرچند هم مطلوب و مهم باشد)، نقض اصول اخلاقی احترام به افراد و شأن و کرامت انسانی نیست (۸ و ۹)؟ همچنین، در صورت اجبار آنان به شرکت در آموزش پزشکی، مهم‌ترین سرمایه‌ی پزشکی که اعتماد در رابطه‌ی پزشک و بیمار است نقض نمی‌شود (۴، ۳۳، ۳۷)؟ و بیماران از اینکه احتمالاً مورد سوءاستفاده قرار گیرند و بدون آگاهی و رضایت در آموزش پزشکی شرکت کنند دچار ترس نمی‌شوند (۴)؟ و از طرفی

اگرچه بیش از سه دهه از زمانی که کورکوران^۱ (۱۹۷۷) استفاده از بخش‌های خدمت‌رسانی را به منظور انجام فعالیت‌های یادگیری از منظر اخلاقی مورد سؤال قرار داد می‌گذرد، هنوز این نگرانی‌ها معتبر است و ادامه دارند (۳۸)؛ خصوصاً که هنوز هم هیچ فردی بدون تمرین عملی نمی‌تواند به سطوح عالی مهارتی دست یابد؛ پس یادگیری از بیماران انجام می‌شود ولی طی آن بیماران باید از هرگونه آسیب و صدمه محافظت شوند (۴۰). به‌هرحال، برای هر پزشکی یک اولین بار وجود دارد و جامعه نیز از پزشکان انتظار دارد که در هر عملی که انجام می‌دهند کاملاً ماهر باشند (۴۱)؛ افزون‌براین، از طرفی محدوده‌ی اختیار و داوطلبانه‌بودن بیماران در آموزش پزشکی و چگونگی احترام و اعتماد آنان به رابطه‌ی پزشک و بیمار مورد سؤال است (۴۰). برای کاهش نگرانی‌های مذکور باید به چند سؤال ذیل پاسخ داد:

الف. آیا بیماران ملزم به شرکت در آموزش پزشکی هستند؟

ب. حقوق و وظایف و مسئولیت‌های بیماران و دانشجویان و اساتید و کارکنان بخش سلامت در آموزش پزشکی چیست؟

با کاهش مدت بستری و اقامت بیماران در بیمارستان و ارائه‌ی خدمات در خارج از بیمارستان، فرصت آموزش بالینی، به‌طور ثابتی رو به کاهش است؛ در نتیجه، پزشکان نگران این موضوع هستند که با کم‌ترشدن بیمارانی که در برنامه‌ی آموزشی همکاری می‌کنند، ظرفیت تحصیلی بخش بالینی با

1. Corcoran

دانشجویان نیز دچار تعارض و دوگانگی ارزش‌ها نمی‌شوند (۳۳)؟

پیشرفت در سلامت صرفاً توسط بیماران پرداخت نشود (۱۰ و ۲).

البته استدلال‌هایی نیز وجود دارد که این الزام و وظیفه را توجیه می‌کند؛ برای نمونه، بر مبنای قانون طلایی کانت و وظیفه‌گرایی: «همان‌طور که ما می‌پسندیم دیگران برای سودرسانی به ما درآموزش پزشکی شرکت کنند پس ما نیز باید در آموزش‌های پزشکی برای سودرسانی به دیگران شرکت کنیم»؛ پس یک تعهد و اجبار اخلاقی برای تمامی افراد جامعه برای شرکت در آموزش پزشکی ایجاد می‌شود؛ همچنین نباید زمینه برای افراد سودجویی فراهم شود که در آموزش پزشکی شرکت نمی‌کنند، ولی از مزایای مشارکت دیگران بهره‌مند می‌شوند و به اصطلاح مفت‌خوری می‌کنند. در این صورت، هدف از شرکت مصلحت‌گرایی و فایده‌گرایی است تا وظیفه‌گرایی. از طرف دیگر، می‌توان انگیزه‌ی مشارکت در این وظیفه را نوع دوستی اخلاقی نیز تعبیر کرد (۱۰ و ۲).

همچنین نتیجه‌گرایان، بر مبنای استدلال فایده‌گرایی، بیان می‌کنند که وقتی بیماران در آموزش شرکت می‌کنند هم بیماران، هم دانشجویان پزشکی و هم بیماران آینده سود می‌برند که بدین ترتیب بیشترین سودرسانی حاصل می‌شود (۱۰). برای پیشرفت علم و سودرسانی به جامعه، افراد می‌باید این اجازه را بدهند که از آن‌ها در آموزش پزشکی استفاده شود؛ چراکه اجازه‌ی صدمه به یک بیمار می‌تواند به نفع گروهی بزرگ‌تر از بیماران باشد (۴۰)؛ اما به دلیل آنکه انتزاع موضوعی ملموس نیست (۱۰) و با اتونومی بیماران ناسازگار است و به اعتماد بین پزشک و بیمار آسیب وارد می‌کند، در نتیجه، منفعت و خوبی چنین سیاستی بی‌اثر و نفی می‌شود (۳۷).

استدلال دیگر، بحث ضرورت است که بر مبنای اصل جهان‌شمولی عمل بیان می‌کنند: «اگر در شرایط فعلی، تمامی افراد بدون هیچ دلیلی از مشارکت در آموزش امتناع کنند، دیگر نظام سلامت قادر به ادامه‌ی حیات نخواهد بود و دچار سقوط و اضمحلال می‌شود.» پس چنین عملی از آنجایی که قابلیت تعمیم ندارد، غیر اخلاقی است (۱۰)؛ اما باید اذعان کرد که نظام سلامت را می‌توان از طرقی دیگر مثل پرداخت حق الزحمه به بیماران داوطلب به شرکت در آموزش پزشکی، استفاده از بیماران استاندارد شده و ایجاد محیط آموزشی ایمن، مطمئن و تحت نظارت حفظ کرد؛ به گونه‌ای که هزینه‌ی این

همچنین، استدلال جامعه‌گرایی مطرح می‌کند از آنجاکه همه‌ی افراد از وجود نظام سلامت در جامعه سود لازم را به‌دست می‌آورند، بنابراین به‌عنوان عضوی از جامعه در برابر سودی که به‌دست می‌آوریم وظایفی نیز خواهیم داشت (۱۰). این نظر بیان می‌دارد بر مبنای اصول سودرسانی، عدم اضرار و عدالت، افراد باید به دیگران سودرسانی کرده، صدمه نزنند و از طریق آسیب و ضرر به دیگران به خواسته‌های خود نرسند؛ حتی اگر اتونومی افراد به‌مخاطره بیفتد، افراد موظف‌اند در آموزش پزشکی شرکت کنند (۳۷). اما باید توجه کرد منفعت حاصل از وجود نظام سلامت برای تمامی افراد جامعه تفسیر می‌شود؛ پس تعهد و وظیفه‌ی بیماران نیز در حد بقیه‌ی افراد جامعه است نه بیشتر (۱۰). در واقع

افراد به‌عنوان شهروند به جامعه کمک می‌کنند ولی نه به هر قیمتی (۴۳).

بر مبنای استدلال جبران ناتوانی در پرداخت هزینه‌های پزشکی، می‌توان گفت بیمارانی که قدرت پرداخت هزینه‌های بیمارستانی و درمانی خود را ندارند، می‌توانند با مشارکت در برنامه‌های آموزشی، عدم پرداخت خود را جبران کنند (۱۰ و ۴۳). در این صورت عملاً افراد فقیر و ناتوانی که در بیمارستان‌های عمومی و دولتی و خیریه بستری می‌شوند در آموزش مشارکت خواهند داشت (۲ و ۱۰) و افرادی که در بیمارستان‌های خصوصی بستری می‌شوند در برابر پرداخت هزینه‌های درمانی خود، از شرکت در آموزش معاف می‌شوند (۱۰ و ۴۱). این موضوع باعث افزایش ناراحتی پزشکان شده و با سیستم تأمین بودجه و منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت سازگار نیست و در نهایت باعث تحمیل بار اضافی بر دوش افراد فقیر شده که از نظر عموم، مقبول نبوده و مردود است (۱۰)؛ همان‌طوری که واتربری^۱ به آن معتقد بود (۱۰، ۴۴، ۴۵).

استدلال تلافی و جبران دین، مطرح می‌کند اگر بیماران کنونی از خدمات پزشکی ماهر و باکفایت برخوردارند، به علت مشارکت بیماران گذشته‌ای است که در آموزش پزشکی شرکت کرده‌اند؛ پس بیماران حاضر به‌نوعی مدیون آن‌ها هستند (۳۷) و باید در برنامه‌های مراقبتی بهداشتی شرکت کنند. اما با دقت بیشتر مشخص می‌شود که در چنین شرایطی اولاً بیماران گذشته به‌طور مستقیم سودی نبرده‌اند و ثانیاً همه‌ی آنان نیز در آموزش پزشکی مشارکت نکرده‌اند؛ از طرفی همه‌ی بیماران امروزی

هم فرصت تلافی کردن ندارند، پس الزام مشارکت بیماران از این منظر نیز مردود است (۳۷ و ۴۵).

همان‌طور که مشخص شد هیچ‌یک از استدلال‌های پیش‌گفته نمی‌تواند بیماران را به شرکت در آموزش موظف کند. با مروری بر گذشته‌ی پزشکی و مشارکت بالایی بیماران در آموزش پزشکی مشاهده می‌شود که شرکت آنان بیشتر بر مبنای حس نوع‌دوستی آنان (۵، ۱۰، ۴۱، ۴۶) و تمایل به ایثار بوده است نه از روی اجبار (۲)؛ به‌گونه‌ای که مطالعات انجام‌شده حاکی از آن است که ۹۳/۳ درصد از افراد، متمایل به شرکت در آموزش پزشکی و پژوهش در بیمارستان‌های دانشگاهی بوده‌اند (۴۷). براساس همین مطالعات، بیماران علت تمایل خود را به مشارکت در آموزش پزشکی بر مبنای نوع‌دوستی و سود شخصی (دریافت توجه بیشتر، احتمال مشخص شدن بیماری‌ها و ظهور علائم و نشانه‌های غفلت‌شده، یادگیری درباره‌ی بیماری خود، لطفی در برابر خوبی، الزام، جبران خدمات رایگان، برخورداری از بهترین مشاوران)، وظیفه‌ی شهروندی و تعامل اجتماعی بیان کرده‌اند. در واقع، در حال حاضر، امتناع بیماران از مشارکت در آموزش پزشکی، نسبت به مشارکت آنان کمتر بوده و معنی‌دار نیز نیست (۴۱). این امتناع اکثراً به علت خسته‌بودن، شدت بیماری، حفظ حریم خصوصی (خصوصاً در بیماران مبتلا به STD و بخش‌های زنان)، شرم و حیا و خجالت، درد و ناراحتی ناشی از معاینات مکرر، حساسیت نسبت به معاینات مناطق حساس و محرمانه‌ی بدن، مرجع‌دانستن دریافت مراقبت‌های حرفه‌ای و تمایل نداشتن به ارتباط با دانشجویست (۱ و ۴۱).

1. Waterbury

داوطلبانه‌ی بیماران در این زمینه بستگی دارد و از مشارکت بیماران در امر آموزش، از نظر فرهنگی و ارزش‌های مذهبی اعتقادی تقدیر کرد تا کل جامعه به شرکت در آموزش پزشکی نگاهی مثبت داشته و آن را با ارزش بدانند. بدیهی است که این امر به تأمین محیطی ایمن و بدون ضرر برای بیمار در محیط آموزشی بستگی دارد.

ملاحظات اخلاقی آموزش پزشکی بر بیماران

اصول کلی اخلاقی که تمام اعمال پزشکی را هدایت می‌کند، در حوزه‌ی آموزش پزشکی بر بیماران نیز حاکم است (۱۱). توجه به این اصول، برای محافظت از بیماران و دانشجویان پزشکی در برابر آسیب‌های جسمی و روحی بسیار مهم و کلیدی است (۳۳و۸) و در رشد اخلاقی و هدایت مؤثر دانشجویان در حل معضلات اخلاقی آموزش از طریق بیماران، خصوصاً تعارض بین آموزش و مراقبت از بیمار، کمک‌کننده است (۸و۳۸).

بر مبنای اصل احترام به شأن و کرامت ذاتی انسانی و اتونومی افراد، اخذ رضایت آگاهانه، رازداری، حفظ حریم خصوصی و احترام به تصمیم بیمار در مشارکت در آموزش پزشکی در کانون توجه جهانی است (۸)؛ همچنین براساس اصول سودرسانی و عدم اضرار، ارزیابی سود و زیان برای کسب مهارت‌های بالینی و انجام پروسیجر، ضروری است (۸و۴۸). بنابر اصل عدالت، توزیع عادلانه‌ی بار آموزش پزشکی در کل جامعه و جلوگیری از بهره‌برداری نامناسب از رابطه‌ی نابرابر آموزشی بین فراگیران، آموزش‌دهندگان و بیماران بسیار اهمیت دارد (۸، ۱۲، ۴۸). علاوه بر این موارد، در

با وجود مشارکت خوب بیماران در آموزش پزشکی (۳۲)، نگرانی‌های ما از امتناع بیماران از شرکت در آموزش پزشکی به قدری است که به یک ترس واقعی تبدیل شده و آن اعتمادی را که انگیزه‌ی مشارکت بیماران است، از بین می‌برد (۴)؛ بنابراین، به جای الزام بیماران در مشارکت آموزش پزشکی، ضروری است با مطالعات مشخص علت‌های امتناع بیمار را که بیشتر ناشی از مهارت‌های ارتباطی ناکافی و بی‌توجهی به وضعیت عمومی بیمار و حقوق اوست، تحلیل و آن‌ها را برطرف کرد تا زمینه برای مشارکت افراد فراهم شود. همچنین، باید برای تأمین پیش‌فرض‌های لازم از قبیل برقراری ارتباط صادقانه و همراه با اعتماد، کسب اجازه برای آموزش، ایجاد محیط آموزشی ایمن، مطمئن و تحت نظارت، اطمینان‌دهی از مهارت و صلاحیت کارآموز، افزایش قدرت و اختیار بیماران، تبیین جایگاه و اهمیت نقش بیماران در آموزش پزشکی و تهیه و تدوین راهنمای اخلاقی برای استادان و دانشجویان و کارکنان بخش سلامت در محیط‌های آموزشی اقدام کنیم و در یک کلام با گرفتن یک رضایت آگاهانه‌ی جامع (۳۲)، به حس نوع‌دوستی بیماران احترام گذاشته و قدردان ایثار آنان باشیم که اقتصاد فعلی آموزش پزشکی عمده‌تأ به این حس ارزشمند وابسته است (۲، ۱۰، ۱۴، ۴۳).

برای دستیابی به این هدف، همچون موفقیت حاضر در بخش اهدای عضو، می‌توان با فرهنگ‌سازی مؤثر در زمینه‌ی نقش حیاتی و لاینفک بیماران در آموزش پزشکی و وابستگی و همسوبودن منافع دانشجویان و منافع بیماران، یادآوری کرد که بقای سلامت جامعه به تداوم همکاری آگاهانه و

فرایند آموزش پزشکی چگونگی برخورد با خطاهای پزشکی پیش‌آمده و نقش الگوبودن استادان نیز باید مدنظر قرار گیرند (۱۱، ۱۴، ۱۵، ۳۸).

رضایت آگاهانه‌ی بیماران

از دورانی که در برنامه‌ی آموزش دانشجویان پزشکی مقبول بود که زخم‌های سطحی و جزئی افراد مست فاقد ظرفیت را در بخش‌های اورژانس و تصادفات بخیه بزنند یا روی زنان بیهوش که از آنان رضایت گرفته نشده بود معاینات واژینال انجام دهند زمان زیادی می‌گذرد (اگرچه هنوز هم شواهد زیادی مبنی بر ادامه‌ی این اعمال وجود دارد). امروزه جامعه‌ی پزشکی پذیرفته است که باید از بیماران در برابر خطرات، تحقیر و توهین و اینکه بدون رضایت آنان و به‌طور ناخواسته و بی‌خبر، از آن‌ها به‌عنوان وسایل کار دانشجویان پزشکی از استفاده شود، حمایت کنند و از روش‌های کسب رضایت برای حمایت از آن‌ها بهره بگیرند (۲). همچنین این تصور که نام مراکز آموزشی درمانی یا بیمارستان‌های آموزشی حاکی از آموزشی بودن این مکان‌هاست و بر این اساس رضایت بیماران برای شرکت در آموزش پزشکی مفروض است، متقاعدکننده و پذیرفتنی نیست (۱۳، ۱۵، ۴۹). برای شروع آموزش و کسب مهارت‌های بالینی لازم است به‌منظور احترام به انتخاب افراد، از بیماران رضایت معتبر اخذ شود (۱۱ و ۳۶).

برای یک رضایت معتبر، ابتدا باید به بیماران اطلاعات لازم ارائه شود؛ برای مثال دادن این اطلاعات که چه کسانی در فرایند آموزش حاضر خواهند بود یا اینکه چرا آن‌ها حضور خواهند داشت

و چه نقشی در عملی که انجام می‌شود، خواهند داشت (اگر نقشی داشته باشند) بسیار مهم و کلیدی است (۱). همچنین باید به بیماران گفت که اطلاعات بیماری آن‌ها برای آموزش ارزشمند است و دانشجویان به اطلاعاتشان دسترسی خواهند داشت (در محدوده‌ی مورد نظر و با رضایت بیماران و حفظ اصول رازداری)، بیماران در مشارکت آزاد هستند و در هر زمانی از فرایند آموزش حق کناره‌گیری دارند (۱۲، ۵۰، ۵۱)؛ دادن این اطمینان که خودداری کردن بیمار از شرکت کردن در آموزش یا صرف‌نظر کردن از آن، به‌هیچ‌وجه مراقبت از او را به خطر نمی‌اندازد (۴۱، ۵۰، ۵۱) ضروری است. جلب اطمینان بیمار درباره‌ی نظارت و سطح نظارت هنگام آموزش، بیان منافع و خطرات احتمالی و اینکه دانشجوی یک پزشک واجد شرایط نیست (پزشک نیست) (۱۱ و ۴۰) و جنس دانشجوی چه خواهد بود (۱۱) از دیگر اطلاعاتی است که باید به بیمار ارائه شود.

به‌طور کلی، لازم است تصویری کامل و روشن از نوع مشارکت و نتایج آن برای بیمار مشخص شود. بدین‌منظور برای شروع آموزش باید دانشجویان پزشکی معرفی شوند که چگونگی این معرفی نیز مهم است. اکثر آنان به‌عنوان دانشجویان پزشکی، پزشک دانشجوی، پزشک در حال آموزش معرفی می‌شوند (۱۵)؛ اما آنچه در معرفی دانشجوی مهم است این است که بیمار باید بداند دانشجویان پزشکی، پزشکان واجد شرایط نیستند (پزشک نیستند) (۱۱). گرچه در موارد اندکی اصطلاح پزشک دانشجوی نیز شایع و شناخته‌شده است (۱۵)، لفظ دانشجوی پزشکی مناسب‌ترین و روشن‌ترین

گرفته شود محل بحث و اختلاف نظر است. تعدادی آن را به منظور تقویت مهارت‌های ارتباطی و اخلاقی، راحتی امتناع بیمار، احتمال کسب اختیار بیشتر از طرف بیمار، بر عهده‌ی دانشجوی می‌گذارند (۵۱ و ۴۱) و برخی به دلیل امتناع راحت‌تر بیمار و بی‌تجربه‌بودن دانشجوی در گرفتن رضایت، این کار را مربوط به شخص سومی (پرستار، پزشک بالینی ارشد، حامی یا معتمد بیمار) می‌دانند (۳۶ و ۴۱)؛ بعضی نیز اخذ رضایت را وظیفه‌ی استاد بالینی می‌دانند. در نهایت، چنین پیشنهاد شده که بهتر است استاد بالینی قبل از حضور دانشجوی رضایت را بگیرد و پس از حضور دانشجو مجدداً آن را مطرح کند تا دانشجو به اهمیت و اخذ آن پی برده و احساس نکند که استاد دچار رفتار غیراخلاقی شده است (۳۸).

برای اخذ یک رضایت معتبر، مؤسسات مراقبت سلامت می‌توانند درباره‌ی حضور دانشجویان پزشکی و سایر پزشکان در حال آموزش، طی معاینات و دخالت آنان در معاینه و درمان، پیش‌نویسی تهیه کنند (۱۱). همچنین، تدوین دستورالعمل‌هایی درباره‌ی مشخص کردن فرایندهای آموزشی که به کسب رضایت ضمنی و شفاهی و کتبی نیاز دارد، موجب تسهیل در امر آموزش مبتنی بر مشارکت داوطلبانه‌ی بیماران خواهد شد (۳۶ و ۵۰)؛ به‌عنوان مثال، در غالب معاینه‌های رکتال، واژینال و پستان توسط دانشجو باید با رضایت صریح و واضح بیمار انجام شود و همچنین، در مواردی که مصاحبه و معاینه صرفاً برای هدف آموزشی است، باید رضایت صریح و کتبی اخذ شود و با مفروض‌ندانستن حق امتناع بیماران، این حق به آن‌ها یادآوری شود (۴۴).

اصطلاح برای معرفی دانشجویست (۱۱) که مورد توافق کلی نیز است. ضمن معرفی دانشجو، شایسته است وضعیت و جایگاه دانشجو (مبنی بر میزان مهارت و تجربه‌ی کاری او در زمینه‌ی آموزش حاضر) نیز به بیمار گفته شود (۳۶ و ۲).

تأکید شده است که دانشجویان و ناظران از معرفی ناکافی و نامناسب خود اجتناب کنند (۸)؛ زیرا با این نوع معرفی نمی‌توان اعتماد بیمار را جلب کرد (۱۵). پس از معرفی دانشجو، باید نحوه‌ی حضور او در فرایند آموزش نیز که شامل طیفی از مشاهده، مصاحبه، انجام پروسیجر درمانی است برای بیمار بیان شود. در واقع حتماً باید برای بیمار تبیین شود که دانشجو صرفاً مشاهده می‌کند یا بیمار را معاینه خواهد کرد یا در مراقبت او دخالت نیز خواهد کرد (۱۵ و ۴۱). همچنین، باید عملی را که دانشجو انجام خواهد داد و اینکه تحت چه سطحی از نظارت خواهد بود برای بیمار تشریح کرد (۱۲، ۱۴، ۳۶، ۵۰). در واقع، بیماران نیاز دارند بدانند که چه کسی رویه‌ی بالینی تهاجمی را روی آن‌ها انجام می‌دهد و اگر خطراتی متوجه آن‌هاست چه درصدی از آن را می‌توانند به کارآموزان نسبت دهند (۱۵). پس از ارائه‌ی این اطلاعات لازم است به بیمار فرصت سؤال کردن و درک مطالب داده شود (۱۲). بعد از این مرحله، بیمار حق دارد کلاً حضور دانشجویان پزشکی را نپذیرد یا بخواهد تعداد آن‌ها را محدود کند (۸، ۴۱، ۵۰)؛ محدود کردن تعداد دانشجویان خصوصاً در معاینه‌های نواحی حساس و محرمانه بدن هم از نظر بیمار و هم از نظر مؤسسه‌ی آموزشی مهم است (۴۱).

در حال حاضر اینکه رضایت توسط چه شخصی

نمی‌دادند (۴۱). یافته‌های یک مطالعه‌ی دیگر نشان می‌دهد رضایت آگاهانه در کل از ۹/۷ درصد از بیماران بیمارستان عمومی و ۴۷/۸ درصد از بیماران بیمارستان خصوصی گرفته شده بود (۵۲)؛ بنابراین، به نظر می‌رسد وضعیت اخذ رضایت در بیمارستان‌های خصوصی بهتر است (۴۱).

در تمامی موارد گفته‌شده، مهم این است که بیمار داوطلبانه و آزادانه در آموزش پزشکی مشارکت کند تا اعتماد او به سازمان‌های آموزش پزشکی از بین نرفته و انگیزه‌ی مشارکت او کاهش نیابد و از طرف دیگر گرفتن رضایت باعث تقویت مهارت ارتباطی دانشجو می‌شود؛ برای نمونه، انجمن سلطنتی زنان و زایمان، ارزش معاینه‌ی لگن تحت بیهوشی را به این دلیل که ترکیبی از ارتباط برقرارکردن و معاینه‌ی ماهرانه‌ی مشخص‌کننده‌ی لگن حساس را به دانشجویان آموزش نمی‌دهد، زیر سؤال برده است (۱۱).

یکی از مشکلات دیگر این است که مرز بین اقدامات آموزشی و درمانی، برخلاف رضایت در پژوهش که مرز بین درمان و پژوهش مشخص است، از هم تشخیص داده نمی‌شوند؛ بنابراین، اخذ رضایت در آن به سهولت اخذ رضایت در پژوهش نیست (۳۷). در اخذ رضایت آگاهانه باید به این نکته توجه کرد که اگر اقداماتی (اعم از مشاهده، مصاحبه، معاینه و انجام پروسیجر) که بر روی بیمار انجام می‌شود، صرفاً با هدف آموزشی است، حتماً باید از بیمار رضایت آگاهانه اخذ شود؛ همچنین اگر همراه با درمان باشد، به گونه‌ای که دانشجو جزء تیم مراقبتی بیمار باشد، اگرچه اخذ رضایت لازم است و باید به خواسته‌های بیمار احترام گذاشت، می‌توان

با وجود تمامی مطالب گفته‌شده، به مرور زمان مشاهده می‌شود دانشجویان به منظور ازدست‌ندادن فرصت آموزشی، نه تنها خودشان را معرفی نمی‌کنند، بلکه به این باور می‌رسند که معرفی خودشان غیرضروری است؛ به احتمال زیاد فکر می‌کنند بدون نظارت متخصصان باتجربه‌تر، توانایی مراقبت از بیماران را بدون اطلاع آنان و حتی در شرایط پیچیده دارند. دانشجویان گاهی دلیل معرفی نکردن خود را، حفاظت از نگرانی‌های بیهوده‌ی بیمار می‌دانند؛ درحالی‌که این دلیل پذیرفتنی نیست؛ چراکه مطالعات مختلف مثل مطالعه‌ی بن فیلد^۱ نشان می‌دهد ۷۳ درصد از والدین نوزادان بخش NICU، رضایت خود را پس از ارائه‌ی اطلاعات برای شرکت در فرایند آموزشی دانشجویان اعلام کرده‌اند و در مطالعه‌ی دیگری از ۱۱۴ بیمار، ۱۰۲ نفر به شرکت در فرایند آموزشی رضایت داده بودند (۱).

براساس نتایج مطالعه‌ای که روی ۱۵۹۶ نفر از دانشجویان پزشکی در سال ۱۹۸۵ میلادی در ایالات متحده آمریکا انجام شد، آن دسته از دانشجویانی که آموزش آن‌ها غالباً در بیمارستان‌های غیرعمومی و خصوصی بوده است و دانشجویانی که از بیماران خصوصی مراقبت می‌کنند، بیشتر خود را به عنوان دانشجو و اینکه هنوز پزشک نشده‌اند، معرفی می‌کردند؛ درحالی‌که دانشجویانی که از بیماران غیرخصوصی در بیمارستان‌های عمومی مراقبت می‌کنند بیشتر خود را به عنوان دکتر (پزشک) معرفی کرده و هیچ اطلاعاتی از میزان حرفه‌ای بودنشان (مهارت‌هایشان) یا وضعیت تحصیلی خود ارائه

1. Benfield

نارضایتی بیمار برای ارائه‌ی اطلاعات به دیگران، باید به دانشجوی پزشکی شیوه‌ی حل این تعارض اخلاقی آموزش داده شود تا دانشجو بتواند در جهت بهترین منافع بیمار اقدام کرده و او را از آسیب‌های بعدی حفظ کند؛ البته بیماران باید در روند درخواست رضایت برای حضور یا دخالت دانشجویان پزشکی، آگاه شوند که اطلاعات ضروری بیمار به عنوان قسمتی از فرایند آموزش با دانشجویان در میان گذاشته می‌شود (۱۱).

در ورود به حریم خصوصی بیماران چه از نظر مشاهده، مصاحبه، معاینه و انجام پروسیجرهای بالینی نظرات مختلفی وجود دارد: تعدادی بیان کرده‌اند اگر انجام عمل توسط دانشجو، ماهیت و هدف اقدام را دگرگون نمی‌کند لازم نیست به بیمار گفته شود که درمانگر دانشجویست؛ تعدادی نیز مشاهده‌ی تنها، مصاحبه و معاینه‌ی فاقد آسیب و آزار را مجاز دانسته و زیان آن را مشابه پزشک واجد شرایط می‌دانند، لیکن انجام پروسیجرهای بالینی را با رضایت و تحت نظارت اعلام کرده‌اند (۱۱)؛ گروهی نیز حتی مشاهده، مصاحبه و معاینه را باعث آزار و ناراحتی روحی بیمار دانسته و مجوز بیمار را ضروری می‌دانند (۵۲)؛ برخی صاحب‌نظران، در تمامی مراحل معاینه و انجام رویه‌های بالینی سطحی از نظارت را لازم دانسته‌اند (۱۵). افزون‌براین، در مواقعی که بیمار بخواهد تحت نظارت یک ناظر، مشاهده و معاینه شود باید به این درخواست او احترام گذاشته شود (۱۱ و ۴۴).

در صورت ورود به حریم شخصی بیمار، رفتارهایی از قبیل صحبت کردن درباره‌ی یک بیمار در حضور بیمار دیگر و اجازه‌دادن به دانشجویان برای

در حین اخذ رضایت، محدودیت‌های بیمارستان و ضرورت ارائه‌ی برخی خدمات درمانی توسط دانشجوی صلاحیت‌دار را به بیمار اعلام کرد.

شایان ذکر است اخذ رضایت آگاهانه‌ی معتبر با اجرای تمام پیش‌فرض‌های آن موجب بقای نظام آموزش پزشکی نیز خواهد شد؛ در حال حاضر نیز با اینکه بیماران می‌دانند که دانشجویان مشاهده، مصاحبه، معاینه و درمان را انجام می‌دهند، به آن رضایت داده‌اند و در مطالعات مختلف بارها در کلام آن‌ها کمک‌کردن به آموزش و نوع‌دوستی و ایثارشان مشهود بوده است.

حریم خصوصی و رازداری

یکی از چالش‌های موجود در آموزش پزشکی روی بیماران، چگونگی رعایت و حفظ حریم خصوصی بیماران است. در این مواقع، باید حریم خصوصی فیزیکی، اطلاعاتی، ارتباطی و مالکیتی بیماران حفظ شود (۵۲). ضمناً نحوه‌ی دسترسی دانشجویان به اطلاعات بیماران و چگونگی ورود آن‌ها به حریم خصوصی بیماران باید از قبل مشخص شود و با اجازه‌گرفتن از بیمار، به کرامت و شأن ذاتی آن‌ها احترام گذاشته شود (۱۵ و ۲۰).

یکی دیگر از چالش‌ها این است که پس از ورود دانشجویان به حریم خصوصی بیماران و دستیابی آنان به اطلاعات آن‌ها، ممکن است دانشجویان نشانه‌های جدیدی از بیماری یا یافته‌های پاتولوژیک دیگر یا نقض درمانی توسط بیمار را دریابند که باید آن‌ها را به استاد مربوطه یا ناظر بالینی خود اعلام کنند؛ دانشجو برای اعلام اطلاعات به تیم مراقبتی باید قبلاً از بیمار رضایت گرفته باشد و در صورت

خصوص شرکت بیمار در يك آموزش گروهی یا جلسه‌ی نمایشی (مشاهده، مصاحبه، معاینه) نیز باید از بیمار رضایت بگیرند و به محرمانگی او احترام بگذارند (۱۲، ۵۰، ۵۱).

از موارد دیگری که به رعایت حریم خصوصی افراد نیاز دارد، فیلم‌برداری آموزشی و استفاده از روایت‌ها و تجارب بیماران است (۵۳و۵۴). در تهیه‌ی فیلم‌های آموزشی اخذ رضایت آگاهانه ضروری است و در صورتی که امکان آن از قبل وجود نداشته باشد، باید قبل از استفاده از فیلم رضایت اخذ شود و هنگامی که بیمار فاقد ظرفیت یا کودک باشد باید از پدر و مادر یا ولی قانونی بیمار رضایت گرفته شود (۵۳). در هنگام اخذ رضایت برای فیلم‌برداری آموزشی از بیمار باید تمام اطلاعات لازم از جمله: اهداف آموزشی فیلم مدنظر، منافع و مضرات احتمالی (نقض رازداری و شکستن حریم خصوصی) و داوطلبانه بودن آن و اینکه مشارکت نکردن بیمار در این موارد در مراقبت او تأثیری نخواهد گذاشت، به بیمار ارائه شود (۵۳). همچنین، در پخش فیلم‌های آموزشی بیماران، افراد بیننده باید در حفظ حریم خصوصی و رازداری بیمار کوشا باشند و فیلم منحصراً در جمع افراد متخصص حِزف سلامت و دانشجویان این رشته‌ها پخش شود و اگر افرادی دیگر مثل SP مخاطبان فیلم باشند باید به اطلاع بیمار رسیده و رضایت او گرفته شود. در کل، فیلم آموزشی باید به‌طور کاملاً خصوصی و محرمانه حفظ و نگهداری شود (۵۳).

در استفاده از روایات و داستان‌های بیماران در خصوص تجارب آن‌ها طی بستری‌های قبلی خود، که باعث آموزش و یادگیری و یادآوری چرایی وجود و

مشاهده‌ی فعالیت‌هایی مثل سوندگذاری و... بدون کسب اجازه‌ی بیمار، سؤالات و انتقادات بسیاری را در جامعه‌ی عمومی برانگیخته است، مخصوصاً که در این زمینه نقش الگوبودن استادان نیز زیر سؤال می‌رود (۳۸). میزان اطلاعاتی که از بیمار می‌توان در اختیار دانشجویان پزشکی گذاشت، باید بر مبنای قضاوت موارد مشابه مشخص شود و همچنین، تصمیم‌گیری شود که آیا اطلاعات باید در داخل تیم مراقبت سلامت مطرح و به شراکت گذاشته شود یا نه (۱۱). اطلاعات باید به اندازه‌ای در اختیار دانشجویان پزشکی قرار گیرد که برای صدور دستورات یا انجام اقدامات به‌صورت بی‌خطر و مؤثر نیاز است. در صورت نیاز دانشجویان به اطلاعات شخصی و محرمانه‌ی بیماران، که صرفاً به علت آموزش دانشجو مورد نیاز هستند، باید از بیماران رضایت آگاهانه اخذ شود و در صورتی که بیمار با آن مخالفت کرد باید به تصمیم بیمار احترام گذاشت؛ حتی اگر بیمار نیز رضایت داد اطلاعاتی که افشا می‌شود باید در حداقل مورد نیاز برای دستیابی به هدف آموزشی باشد (۱۱). در صورتی که صرفاً پرونده‌ی بیمار برای آموزش استفاده می‌شود، اطلاعات باید به‌صورت ناشناس باشند (۱۱) و دانشجویان و استادان و ناظران بالینی موظف‌اند از این اطلاعات و اسرار محرمانه‌ی بیمار محافظت کنند (۱۲و۵۱). همچنین، بیمار حق دارد در ارتباط با معاینات محرمانه مثل واژینال از حضور يك همراه به‌عنوان حامی یا معتمد بهره‌مند شود (۵۱) و در صورتی که این‌گونه معاینات آموزشی با باورهای فرهنگی و اعتقادی بیمار در تعارض است باید به خواست او احترام گذاشته شود (۵۳). در

۸. اخلاق و آموزش پزشکی با استفاده از کودکان در بیشتر دانشکده‌های پزشکی دنیا، هفت تا هشت هفته از دوره‌ی بالینی برای آموزش طب اطفال اختصاص داده شده و بیماری‌های کودکان قسمت مهمی از دروس دانشجویان پزشکی را تشکیل می‌دهد؛ اما پس از اینکه دانشجویان وارد بخش اطفال می‌شوند درمی‌یابند بسیاری از مهارت‌هایی که درباره‌ی گرفتن شرح حال و انجام معاینات فیزیکی بر روی بالغان فراگرفته‌اند، هیچ‌کدام به‌طور کامل اجراشدنی و تعمیم‌پذیر به کودکان نیستند (۵۵). اکثر آن‌ها توانایی جذب اعتماد یک کودک خجالتی یا بی‌میل را ندارند. همین‌طور بسیاری از دانشجویان از آسیب‌رساندن به کودکان در هراس‌اند؛ بنابراین، مجموع این دلایل می‌تواند باعث شود که دانشجویان از دانشگاه فارغ‌التحصیل شوند بدون اینکه مهارت‌های لازم را در زمینه‌ی طب کودکان به دست آورند (۵۶).

ازاین‌رو، از دانشجویان انتظار می‌رود به‌عنوان قسمتی از دوره‌ی آموزش بالینی خود روی کودکان نیز معاینه انجام دهند. تهیه‌ی دستورالعمل‌های مشخص در این زمینه می‌تواند راهنمایی برای دانشجویان و راه‌حلی برای بسیاری از مسائل اخلاقی باشد (۵۷ و ۵۸). در این شرایط چه از نظر اخلاقی و چه قانونی لازم است برای انجام معاینه توسط دانشجویان، از بیمار رضایت آگاهانه گرفته شود (۵۶). در اکثر مواقع بیماران کوچک‌تر از آن هستند که بتوانند رضایت قابل قبولی درباره‌ی اجازه‌ی معاینه بدهند؛ در نتیجه معمولاً والدین یا افرادی که مسئولیت سرپرستی کودک را بر عهده دارند رضایت اخذ می‌شود؛ البته باید دقت کرد برای

وظایف کارکنان بخش سلامت می‌شود، باید به بیمار اطلاعات کافی و قابل درک داده شود تا بدون هیچ فشاری روایت خود را بیان کند. بیمار باید بداند که داستان او چگونه نگهداری (یادداشت، ضبط، ویدئو) و استفاده خواهد شد. همچنین، در این مواقع باید به ناشناس باقی ماندن بیمار احترام گذاشت؛ باید مطمئن شد که بیمار متوجه شده است که اگر در داستان و شرح مآوقع او خطری برای دیگران وجود داشته باشد گروه پزشکی برای جلوگیری از خطر مجبور به انجام دادن اقدامی ضروری خواهند بود. همچنین، افرادی که داستان‌ها و تجارب بیمار را دریافت می‌کنند نباید مستقیماً در درمان بیمار (چه در گذشته و چه در آینده) شرکت کنند. گاهی این روایات باعث تجارب عاطفی شده که در این مواقع، بیمار به حمایت نیاز دارد تا اضطراب او کاهش یابد؛ همچنین، باید به بیماران اجازه داده شود تا در هر زمانی داستان خود را قطع کنند. در کل برای نحوه‌ی حفظ روایات بیماران و هرگونه استفاده از آن‌ها باید رضایت آنان اخذ شود (۵۴). بیمار ممکن است تنها به یک‌بار استفاده کردن آن‌ها از روایاتش رضایت داشته باشد؛ بنابراین، در هر موردی که رضایت گرفته می‌شود این داستان‌ها باید در همان موقعیت استفاده شوند و برای استفاده‌ی مجدد با استفاده‌ی دیگر باید مجدداً از بیمار رضایت گرفته شود (۵۴). آنچه مشخص است تمامی اقدامات ذکرشده همسو با حفاظت از حریم خصوصی بیمار و به منظور احترام و اعتماد به رابطه‌ی پزشک و بیمار است؛ بنابراین، ارزش‌های فرهنگی و مذهبی جامعه در رعایت حریم خصوصی در آموزش پزشکی و بقای آن باید مدنظر قرار گرفته شوند.

باشد؟ برخی از راهنماها پیشنهاد کرده‌اند که دانشجویان حتماً باید کودکان زیر شانزده سال را در حضور یکی از والدین یا افراد صلاحیت‌دار تیم پزشکی معاینه کنند (۶۱و۶۲). در عمل معمولاً استاد حضور خواهد داشت، در غیر این صورت کودک و والدین در صورت حضور ناظر سوم ممکن است احساس راحتی بیشتری بکنند. یک ناظر می‌تواند برای تضمین اینکه در صورت آزرده شدن بیمار، دانشجوی معاینات را بیشتر از آن ادامه نخواهند داد، بسیار کمک‌کننده باشد (۵۶). علاوه بر این، هدف دیگر از لزوم وجود ناظر، حفاظت از دانشجویان در برابر ادعاهای نادرست درباره‌ی رفتارهای غیر حرفه‌ای سرزده از طرف دانشجویان است (۵۷).

برای کودکان بزرگ‌تر مسأله کمی پیچیده‌تر است. نوجوانان معمولاً نسبت به بدن خود حساس‌تر هستند و این واقعیت که ممکن است دانشجویان اختلاف سنی زیادی با بیمار نداشته باشند، می‌تواند موجب خجالت و ناراحتی بیمار شود، به خصوص اگر از جنس مخالف باشد (۶۳). همچنین، ممکن است حضور یکی از والدین نیز برای نوجوان زیاد خوشایند نباشد، به همین دلیل گرفتن رضایت برای معاینه از یک بیمار نوجوان سخت‌تر از یک کودک خردسال است (۶۳). در مواقعی که بیمار کودک دختر بالاتر از ده سال است، بسیار توصیه می‌شود که دانشجوی پسر معاینات را حتماً در حضور یکی از افراد تیم پزشکی یا یک دانشجوی دختر انجام دهد. همچنین، درباره‌ی دانشجویان دختر ترجیح بر این است که هنگام معاینه‌ی بیمار پسر، ناظری در اتاق حضور داشته باشد (۵۷).

والدین کودکی که آزرده و بیمار است، درد دارد یا به‌تازگی پس از چندین ساعت به‌خواب رفته، آنچه مهم است جلوگیری از هرگونه آسیب یا مزاحمت برای فرزندشان است (۵۶). در این مواقع باید به مسائل ذیل دقت کرد:

- چگونه می‌توان بر امتناع کودک و والدین فایق آمد و آن‌ها را راضی کرد؟ باید درباره‌ی نقش دانشجویان پزشکی و ماهیت درخواست به آن‌ها توضیحاتی ساده و روشن داده شود. درخواست باید به‌صورتی مطرح شود که امکان رد آن و امتناع از آن برای بیمار و والدین وجود داشته باشد (۵۶).
- چه کسی باید از والدین رضایت بگیرد؟ پزشکی که کودک را در بخش اورژانس یا به‌صورت سرپایی در درمانگاه ویزیت می‌کند، می‌تواند از والدین درباره‌ی اینکه آیا دانشجویان می‌توانند بیمار را معاینه کنند سؤال کند (۵۶). راه دیگر این است که خود دانشجو از بیمار رضایت بگیرد، ولی چنانچه بیمار همکاری لازم را نداشته باشد بهتر است این کار به پزشک یا پرستار محول شود (۵۸).

همچنین، استادان و دانشجویان باید به این نکته دقت کنند که ممکن است نظر والدین با نظر کودک متفاوت باشد (۵۶). کلید موفقیت در چنین مواقعی احترام به کودک است و اینکه به او اجازه دهیم درباره‌ی روش انجام معاینات آگاهی داشته باشد. کودک ممکن است از اینکه فقط یک دانشجو و نه تعداد بیشتری او را معاینه کنند راضی باشد و علاوه بر این او می‌تواند معاینات را تنها به قسمتی از بدن خود محدود کند (۵۹و۶۰).

- چه کسی باید در طی معاینه حضور داشته

آن‌ها را به عهده می‌گیرد آزاد هستند. در صورت مشارکت دانشجویان پزشکی در مراقبت از بیماران، افراد حرفه‌ای نظام سلامت (استادان) باید فواید مشارکت دانشجویان پزشکی در فرایند درمان را برای بیماران توضیح دهند و مطمئن باشند که آن‌ها به چنین مشارکتی متمایل دارند. معمولاً پزشکان معتمد (اساتید) به‌خوبی از عهده‌ی این مسئولیت برمی‌آیند.

د. آزادی انتخاب بیمار در انتخاب فرد مراقبت‌کننده از او، با توجه به سطح‌بندی رسیدگی به بیمار در مرکز آموزشی میسر است؛ به‌عنوان مثال، او مجاز است دستیار مورد نظر خود را انتخاب کند (۵۳) نه اینکه تقاضای رسیدگی مستقیم توسط استاد را داشته باشد.

ه. در مواقعی که بیمار ممکن است در روند درمان به‌طور موقت فاقد ظرفیت (مثلاً بیهوشی عمومی) شود درحالی‌که مداخله‌ی دانشجویان مدنظر است، باید قبل از اقدام به انجام دادن کار درمانی، بیمار از این امر مطلع شود. به همین صورت در مواردی که بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری ندارد، مداخله‌ی دانشجویان باید با جانشین تصمیم‌گیرنده‌ی بیمار مطرح شود (۵۳).

و. در مواقعی که مداخله‌ی دانشجویان با باورهای فرهنگی و اعتقادی بیمار در تعارض است (به‌عنوان مثال، معاینه توسط جنس مخالف) و توجیهات لازم از سوی سرپرست دانشجویان برای جلب موافقت بیمار مؤثر نیست، محروم کردن بیماری که به واسطه‌ی وضعیت اجتماعی و اقتصادی گزینه‌ی دیگری در انتخاب مرکز

- چه تعدادی از والدین با معاینه‌ی کودک خود توسط دانشجویان موافقت می‌کنند؟ مطالعات نشان می‌دهد که عموم مردم پذیرفته‌اند که دانشجویان به یادگیری نیاز دارند و والدین معمولاً اظهار می‌کنند که آن‌ها می‌دانند دانشجویان باید آموزش ببینند و در اکثر مواقع به این امر رضایت می‌دهند (۶۴ و ۶۵). در نهایت مهم است بدانیم که دادن رضایت برای یک موقعیت خاص به معنی رضایت در تمام شرایط و موقعیت‌ها نیست و تمام بیماران و والدین آن‌ها حق دارند در طول زمان، نظر خود را تغییر دهند (۵۶).

راهنمای کلی برای مشارکت دانشجوی پزشکی در مراقبت از بیمار

الف. در بدو پذیرش، بیمار باید از ماهیت آموزشی مرکز درمانی مطلع شود و ضوابط و سطح‌بندی رسیدگی به بیمار به اطلاع او رسانده شود (۵۳).
ب. مراقبت‌های درمانی منسجمی که از سوی گروه‌های درمانی دربرگیرنده‌ی دانشجویان پزشکی ارائه می‌شود واجد منافعی برای بیماران و جامعه است؛ بنابراین، بخش عمده‌ی جامعه از وجود مراکز آموزشی و خدمات بهداشتی درمانی کشور بهره‌مند هستند. بیماران در این مراکز باید از هویت و سطح و مسئولیت آموزشی افراد شرکت‌کننده در مراقبت از آنان مطلع باشند. دانشجویان و ناظران آن‌ها، هنگام معرفی خود و توضیح موقعیت آموزشی دانشجویان باید از به‌کاربردن اصطلاحاتی که برای بیمار ممکن است گیج‌کننده باشد، دوری جویند (۵۳).

ج. بیماران در انتخاب فردی که مسئولیت مداوای

دستیار یا فلو اقدام کند. چنانچه پس از بحث، بیمار اصولاً تمایل نداشته باشد که جزء روند آموزشی باشد پزشک ممکن است دستیاران یا فلوها را از روند درمان بیمار حذف کرده یا در صورت لزوم، درمان بیمار را به پزشک دیگر یا سرویس غیرآموزشی انتقال دهد.

د. دستیاران و فلوها باید به‌طور کامل در برنامه‌های مقرر گزارش صبحگاهی، مرگ‌ومیر و تحلیل برنامه‌های آموزشی خودشان شرکت کنند. همچنین، آن‌ها باید برای گزارش خطا و تحلیل آن در برنامه‌ی آموزشی خود و نظام بیمارستان شرکت کنند، آن‌ها باید در آگاه‌ساختن بیمار از خطاهای پیش‌آمده با کادر علمی همکاری کنند.

ه. دستیاران و فلوها مثل تمام پزشکان موظف هستند که مراقب سلامتی خودشان باشند؛ زیرا خستگی و بیماری، توان آن‌ها را برای درمان مناسب بیماران، مختل خواهد کرد. دستیاران و فلوها باید توجه داشته باشند که فعالیت کاری بیش از زمان مجاز می‌تواند برای آنان و همچنین، بیمار، بالقوه صدمه‌زا باشد. فعالیت‌های دیگر که در ساعت استراحت آن‌ها مداخله‌ای ایجاد می‌کند ممکن است به همین صورت صدمه‌زا باشد و این امر باید مورد توجه مسئولین و اساتید قرار گیرد.

و. برنامه‌های آموزش دستیاری باید دستورالعمل لازم را برای حل تعارض بین آموزش پزشکی و مراقبت از بیمار که در سیر آموزش رخ می‌دهد، پیشنهاد دهد. طرفین اختلاف در این مواقع، همگی باید به سلامت بیمار به‌عنوان اولویت

درمانی غیرآموزشی ندارد غیراخلاقی است. در این موارد ارائه‌ی خدمات درمانی به بیمار مقدم بر آموزش است.

مداخله‌ی پزشکان دستیار و فلوها در مراقبت از بیمار

دانشجویان رزیدنتی و فلو ملزم به ایفای دو نقش هم‌زمان دانشجو و ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی هستند. در مرتبه‌ی اول آن‌ها پزشک هستند و باید اولویت اول را به منافع بیمار اختصاص دهند. به منظور تسهیل امر تحصیل این دانشجویان و همچنین، مراقبت از بیماران، پزشکان مسئول آموزش باید اطمینان یابند که جریان آموزش با حفظ احترام به بیمار بوده و کرامت و آسایش بیمار مدنظر قرار گرفته است (۵۳).

الف. بر طبق استانداردهای آموزشی، آموزش باید طوری برنامه‌ریزی شود که دستیاران و فلوها تحت نظارت مناسب کادر علمی و مشاوران دانشگاهی تحصیل کنند و مطابق با سطح آموزش و تبحر آن‌ها، مسئولیت‌ها به‌صورت تدریجی به ایشان محول شود و مسئولیت آن‌ها متناسب با سطح آموزش و تخصص آن‌ها باشد.

ب. ارتباط دستیاران و فلوها با بیماران باید صادقانه باشد. بر این اساس، دستیاران و فلوها باید خودشان را به‌عنوان اعضای تیم درمانی که زیر نظر هیئت علمی مربوطه هستند و نظارت می‌شوند به بیماران معرفی کنند.

ج. چنانچه بیماری از درمان توسط دستیار یا فلو امتناع کند باید پزشک مسئول در جریان قرار گیرد و پس از گفت‌وگو، نسبت به جایگزینی

اقدامات تلافی جویانه یا تنبیه کننده علیه آن‌هایی که شکایت کرده اند غیر اخلاقی است و می‌تواند به عنوان یک تخلف، عاملی برای تشکیل پرونده در کمیته‌ی مناسب باشد (۵۳).

انجام روش‌های درمانی با اهداف آموزشی در بیمار تازه فوت شده

پزشکان باید خط‌مشی‌های مؤسسه‌ای را که انجام اقدام درمانی با هدف آموزشی را در بیمار تازه فوت شده موجه می‌داند مشخص کنند. در این گونه خط‌مشی‌ها باید حقوق بیماران و خانواده‌ی آن‌ها، فواید این کار برای یادگیرنده‌ها و جامعه، همچنین آسیب بالقوه به حساسیت‌های اخلاقی یادگیرنده‌ها و خطرات محتمل متوجه کادر، مؤسسه و حرفه در ارتباط با انجام این اقدامات مراعات شود. ملاحظات ذیل باید پیش از انجام روش‌های درمانی در بیماری که تازه فوت شده است مدنظر قرار گیرد (۵۳):

الف. آموزش مهارت‌های حفظ زندگی باید حاصل برنامه‌ریزی منظم آموزشی باشد تا اینکه صرفاً به فرصت‌های اتفاقی اتکاء شود. آموزش باید تحت نظارت دقیق با سبک خاص و در محیطی انجام گیرد که علایق و ارزش‌های تمام افراد درگیر در نظر گرفته شود.

ب. پزشکان باید پیشاپیش از نظرات بیمار در این رابطه (تمایل برای انجام اقدامات درمانی با اهداف آموزشی قبل از مرگ یا پس از آن) آگاه شوند. در صورت عدم وجود تمایل قبلی، پزشکان باید قبل از انجام چنین روش‌های درمانی با اهداف آموزشی این مجوز را از خانواده بگیرند. هنگامی که برای کشف پیشاپیش این گونه تمایلات از بیمار اقدامی

اصلی بیندیشند. حل این اختلاف نباید به صورت تنبیهی باشد، بلکه باید هدف آن یاری رساندن به دانشجویان در به پایان رساندن موفقیت‌آمیز دوره‌ی تحصیلی در نظر گرفته شود (۵۳).

مشاهده بین آموزش دهنده و گیرنده

سیاست‌های واضح برای حل شکایت‌های دانشجویان پزشکی، پزشکان دستیار و کادر دیگر باید برقرار شود. در این مواقع، حفظ رازداری و محرمانگی شاکیان اهمیت دارد؛ چرا که در این صورت برای ارائه‌ی شکایت و دفاع از خود مانعی نخواهد شد. دانشجویان پزشکی، پزشکان دستیار و کادر دیگر نباید از مشارکت در مراقبت از بیمار که به وسیله‌ی مسئول علمی آن‌ها دستور داده شده امتناع کنند؛ البته در مواردی نادر که معتقدند دستورات، ناشی از اشتباهات جدی در قضاوت بالینی یا اخلاقی یا ناتوانی پزشک است و می‌تواند موجب صدمه‌ای قریب الوقوع به بیمار یا دیگران شود، می‌توانند از مراقبت امتناع کنند. به شرطی که کناره‌گیری آنان، تهدیدی برای آسایش بیمار ایجاد نکند. همچنین، ایشان باید نظرات خود را به اطلاع پزشک مسئول یا در صورت لزوم به افراد مناسبی که بتوانند راه‌حلی برای این گونه اختلاف‌نظرها پیشنهاد کنند، برسانند. برای حل این گونه اختلاف‌نظرها که به اقدام فوری نیاز دارد باید مکانیسم‌هایی پیش‌بینی شود. اشخاص ثالث در این گونه مشاجره‌ها می‌توانند رییس بخش، دستیار مسئول، کمیته‌ی اخلاق پزشکی یا مأمور ویژه‌ی خارج از مدیریت رسمی بیمارستان باشند (۵۳).

یک از آن‌ها حاصل شود: «بِحَسَنِ النِّيَّاتِ تَجَّحِ الْمَطَالِبُ»: «مطلب‌ها و خواسته‌ها [ی دنیوی و اخروی]، به سبب نیت‌های پسندیده و خوب برآورده می‌شوند.» در همین ارتباط رسول خدا(ص) می‌فرمایند: «کسی که برای رضای الهی در پی کسب دانش باشد، هر بابی از دانش که برای او گشوده می‌شود، ذلتش در برابر خویشتن، تواضعش در برابر مردم، ترسش در برابر خداوند و تلاشش در امور دینی افزایش می‌یابد. چنین شخصی از علمش بهره می‌برد، پس شما نیز از علم او بهره گیرید. کسی که برای دنیا و جایگاه خوب نزد مردم و حاکمان به دنبال تحصیل دانش باشد، هر بابی از دانش که برای او گشوده می‌شود، بزرگی‌اش در برابر خویشتن، تکبرش در برابر مردم، غرورش در برابر خداوند و ستمکاری‌اش در حق دین، افزون می‌شود. چنین فردی از علم خود بهره‌ای نمی‌برد» (۶۷).

ب. تقوا و پارسایی: آموزش پزشکی باید با پارسایی و تقوا همراه باشد؛ هم استاد و هم فراگیر باید در فرایند آموزش مراتب تقوا را رعایت کنند تا بتوانند پاکیزه‌ترین خدمات را برای بیماران ارائه دهند. چنانچه امام علی(ع) می‌فرمایند: «آیا دوست داری که از [گروه] حزب‌الله و پیروزمند باشی؟ تقوای خداوند سبحان را پیشه کن و در همه‌ی کارهایت نیکو عمل کن؛ زیرا خداوند با کسانی است که تقوا پیشه کرده‌اند و آنان همان نیکوکاران‌اند» (۶۷).

ج. احساس مسئولیت: یکی از وظایف مهم دانشگاه‌های علوم پزشکی، برنامه‌ریزی برای پرورش «احساس مسئولیت» در دانشجویان پزشکی است. در دیدگاه اسلام، همه‌ی افراد جامعه نسبت به

نشده است یا فردی ذی صلاح که برای چنین اقدامات درمانی مجوز بدهد وجود ندارد، پزشکان نباید روش‌های درمانی را با اهداف آموزشی در بیمارانی که به‌تازگی فوت شده‌اند انجام دهند. ج. در صورت انجام روش‌های درمانی با اهداف آموزشی در فردی که تازه فوت شده است، این اقدامات باید در پرونده‌ی بیمار ثبت شود.

دیدگاه فقهی و اسلامی

براساس قاعده‌ی اضطرار «کل حرام مضطر الیه، فهو حلال»، اختلاط با نامحرم در حد ضرورت، برای دانشجویان پزشکی و همچنین، انجام معاینات و مشاهدات نامحرم مشروط بر اینکه نجات جان بیماران و حفظ جان مردم در آینده به آن وابسته باشد، بلامانع است. بنا بر قاعده‌ی سلطنت یا تسلیط فرد بر اموال و نفس، لازم است از بیمار اذن گرفته شود؛ اما براساس نظر برخی فقها، اگر ضرورت ایجاب کند، یعنی نجات جان انسان‌ها متوقف بر آموزش پزشکی با استفاده از بیماران باشد، می‌توان بدون اذن بیمار به انجام این کار اقدام کرد؛ البته در آموزش پزشکی باید به قاعده‌ی غرور، نفی حرج، لاضرر و لاضرار و احسان نیز توجه کرد (۶۶).

در آموزه‌های دینی، آداب و ویژگی‌های اخلاقی بسیاری در زمینه‌ی فراگیری علوم به‌طور عام وجود دارد که در آموزش پزشکی نیز به کار می‌آیند که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از (۶۷):

الف. اخلاص در آموزش: آموزش پزشکی باید با انگیزه‌ی الهی و خالص برای خداوند باشد؛ هم استاد با انگیزه‌ی الهی آموزش دهد و هم شاگرد با چنین نیتی فرا بگیرد تا نتیجه‌ی مطلوب برای هر

سخن رسول اکرم (ص) قرار خواهد گرفت که فرمود: «هر که بدون علم، عمل کند فساد و تباهی کارش از اصلاح آن بیشتر است» (۶۷).

ه. دانش‌افزایی: استاد باید بکوشد آخرین یافته‌های علم پزشکی را در اختیار دانشجوی قرار دهد. دانشجویان نیز باید با تلاش و جدیت تمام، بر قدرت علمی خود بیفزایند تا برای طبابت در تشخیص و درمان بیماران دچار مشکل نشوند. امام علی (ع) می‌فرماید: «عَلَى الْمُتَعَلِّمِ أَنْ يَدْتَبَّ نَفْسَهُ فِي طَلَبِ الْعِلْمِ، وَ لَا يَمَلْ مِنْ تَعْلِيمِهِ، وَ لَا يَسْتَكْبِرَ مَا عِلِمَ»؛ «بر دانشجویست که خود را در طلب علم کوشا سازد، از آموختن خسته نشود و دانسته‌های خود را زیاد نشمارد.» دانشجوی پزشکی حتی پس از اشتغال به کار طبابت، باید دانشجوی باشد و از دانش‌افزایی دست بر ندارد؛ چنان‌که رسول خدا (ص) می‌فرماید: «خرد آدمی کامل نشود، مگر آنکه ده خصلت در او فراهم آید، [یکی از آن خصلت‌ها این است که: تا زنده است از دانشجویی خسته و دلزده نشود» (۶۷).

و. مهارت‌افزایی: همت استاد باید این باشد که با اصول و روش‌های علمی روز و پیشرفته، تخصص لازم را به شاگردانش منتقل سازد. دانشجویان نیز باید بکوشند با تمرین و تکرار و به‌کارگیری دانسته‌های خویش، روز به روز بر مهارت خود بیفزایند. مهارت یعنی «استادی، زبردستی و توانایی انجام دادن کاری به‌نحو شایسته، با استفاده از آگاهی و تجربه»، گرچه در هر حرفه‌ای کسب مهارت ضرورت دارد، در پزشکی که با جان مردم سروکار دارد، این ضرورت اهمیت خاصی دارد و اهمیت آن بر کسی پوشیده نیست. در واقع، پزشکی می‌تواند خادم مردم باشد و

یکدیگر مسئولیت دارند و هرکس باید وظیفه‌اش را بشناسد و به آن عمل کند. این مسئولیت‌ها و وظایف متقابل در آموزه‌های اسلامی، در قالب حقوق مؤمنان بر یکدیگر، حق مسلمانان در برابر یکدیگر و خدمت به مردم بیان شده است. از جمله‌ی این مسئولیت‌ها، وظایف متقابل پزشک و بیمار است. دانشجوی رشته‌ی پزشکی باید به‌گونه‌ای تربیت شود که دلبسته‌ی خدمت به بیماران باشد و برآورده شدن حوائج بیماران را به دست خویش از نعمت‌های پروردگار در حق خود بداند و در بهره‌مندی از این نعمت، هرگز دلتنگ نشود. حضرت سیدالشهداء (ع) فرمودند: «اعْلَمُوا أَنَّ حَوَائِجَ النَّاسِ إِلَيْكُمْ مِنْ نِعَمِ اللَّهِ عَلَيْكُمْ فَلَا تَمْلُوا النِّعَمَ»؛ یعنی «بدانید که حوائج مردم به سوی شما از نعمت‌های خداوند بر شماست؛ پس از این نعمت‌ها دلتنگ نشوید» (۶۷).

د. دانش‌اندوزی: اسلام تحصیل علم را واجب و آن را ارزش شمرده است. چنان‌که رسول خدا (ص) می‌فرماید: «طَلَبُ الْعِلْمِ فَرِيضَةٌ عَلَى كُلِّ مُسْلِمٍ»؛ «فراگیری دانش بر هر مسلمانی واجب است.» در روایتی علم پزشکی در کنار علم ادیان ذکر شده است: «الْعِلْمُ عِلْمَانِ: عِلْمُ الْأَدْيَانِ وَعِلْمُ الْأَبْدَانِ»؛ یعنی «دانش بر دو قسم است: دین‌شناسی و پزشکی.» دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی باید با تلاش و پشتکار بر ناملایمات و سختی‌های دوران دانشجویی فایق آیند؛ چون به تعبیر امام علی (ع): «لَا يَذْرُكُ الْعِلْمُ بِرَاحَةِ الْجِسْمِ»؛ «دانش با راحتی جسم (تنبلی و تن‌پروری) به‌دست نمی‌آید.» اگر دانشجوی پزشکی از دوران طلایی جوانی خوب بهره‌نگیرد و از کاروان علم عقب بماند، در حین طبابت نمی‌تواند خدمتی شایسته انجام دهد و مصداق این

لازم را در آن‌ها برای برخورد مناسب با چنین مواردی فراهم آورد. با توجه به اینکه هدف از پزشکی ارتقای سلامت و بهبودی بیماران است، در صورتی که پزشکی حاذق که از دانش کافی نیز برخوردار است، عملی غیراخلاقی انجام دهد در واقع از نیل به چنین هدفی بازمانده است. بدین ترتیب، یک پزشک باید از دانش لازم در زمینه‌ی اخلاق و طبابت اخلاق‌مدار برخوردار باشد تا بتوان او را پزشکی شایسته نامید. اصول کلی زیر در زمینه‌ی آموزش صادق‌اند:

دستیابی به شناخت لازم در زمینه‌ی اخلاق پزشکی و نحوه‌ی انجام طبابت اخلاق‌مدار، برای آنکه بتوان پزشکی را پزشک شایسته در نظر گرفت، ضرورت دارد.

در برنامه‌های آموزش پزشکی علاوه بر فراهم آوردن دانش لازم در زمینه‌ی اخلاق پزشکی و قوانین مربوطه ضروری است که مهارت و اطمینان لازم در پزشکان ایجاد شود تا بتوانند با مسائل اخلاقی غامض نیز روبارو شوند.

آموزش و یادگیری امری پیوسته در زندگی حرفه‌ای یک پزشک محسوب می‌شود.

استادان باید در این زمینه اطمینان حاصل کنند که فرایند آموزش، به صورت رسمی یا غیررسمی در حد مطلوب اخلاق‌مدار است. همچنین، باید در هنگام حضور دانشجویان در جلسات مشاوره‌ی پزشکی توجه خاصی به مقوله‌ی کسب رضایت از بیمار و همچنین، حفظ موارد محرمانه‌ی او انجام شود. هرگاه دانشجویان پزشکی عملکردی غیراخلاقی مشاهده کنند، موظف‌اند مراتب آن را اطلاع دهند.

نهادهای آموزشی موظف‌اند سازوکارهای لازم را

توفیق خدمت را فراهم سازد که مهارت و توانمندی لازم را در حرفه‌ی خود داشته باشد.

بهترین پزشک کسی است که در کارش علاوه بر امین بودن برای مردم، توانمند و زبردست باشد. قرآن کریم از قول دختر حضرت شعیب (ع) نقل می‌کند که درباره‌ی به کارگیری حضرت موسی (ع) به پدرش عرض کرد: «يَا أَبَتِ اسْتَأْجِرْهُ فَإِنْ خَيْرَ مِّنْ اسْتَأْجَرْتَ الْقَوَى الْأَمِينِ»: «پدر، او را استخدام کن؛ چون بهترین کسی است که استخدام می‌کنی، هم نیرومند [و هم] درخور اعتماد است.» شاید بتوان از این آیه‌ی شریفه استفاده کرد که قوه، بر مهارت و تخصص دلالت می‌کند. بر این پایه، می‌توان گفت در آموزش پزشکی نیز باید بر رشد و پرورش این دو ویژگی در دانشجویان این رشته برنامه‌ریزی شود. امام صادق (ع) می‌فرماید: «كُلُّ ذِي صَنَاعَةٍ مُضْطَرٌّ إِلَى ثَلَاثَةِ خِصَالٍ يَجْتَلِبُ بِهَا الْمَكْسَبَ وَهُوَ: أَنْ يَكُونَ حَازِقًا بِعَمَلِهِ، مُؤَدِيًا لِلْأَمَانَةِ، مُسْتَمِيلًا لِمَنْ اسْتَعْمَلَهُ؛ یعنی «سه خصلت برای هر صاحب حرفه‌ای ضروری است تا کسبش رونق گیرد: در کارش مهارت داشته باشد، در کارش امانت‌دار باشد و رضایت خاطر کسی را که به او سفارش کار داده، به دست آورد» (۶۷).

جمع بندی

هدف از برنامه‌های آموزش پزشکی آن است که پزشکان دانش و مهارت‌های لازم را برای طبابت در چارچوبی قانونی و اخلاقی به دست آورند. همان گونه که بیان شد، پزشکان همواره با مسائل اخلاقی در کار خود روبه‌رو می‌شوند و برنامه‌های آموزش پزشکی باید مهارت و همچنین، اطمینان

اقدامی که صورت می‌گیرد و در آن ضمن رعایت دو اصل بالا، قرار است آموزشی نیز به يك يا چند رده از فراگیران داده شود نباید خطر غیرمعمول و غیرمعمولی به بیمار تحمیل شود) و در نهایت اصل رعایت عدالت (به این معنا که نباید صرفاً از افراد خاصی به‌عنوان نمونه‌ی آموزشی استفاده کرد، این انتخاب ممکن است به خاطر سطح اقتصادی، اجتماعی، نژادی، جنسیتی یا هر عامل دیگر باشد). تحلیل هر سه نمونه‌ی ارائه‌شده در ابتدای این متن نیز بر همین اساس امکان‌پذیر است.

توضیح نمونه‌ی اول

رعایت اصل عدالت در این نمونه مدنظر است که به نظر می‌رسد این اصل در آن رعایت نشده است. بدیهی است این نوع عملکرد کادر پزشکی در نهایت موجب سلب اعتماد مردم به جامعه‌ی پزشکی خواهد شد. به‌هرحال، هر يك از ما به‌عنوان پزشك می‌دانیم که بیمارستان آموزشی چه ویژگی‌هایی دارد و اگر مایل نیستیم از خود یا اطرافیانمان به‌عنوان case آموزشی استفاده شود، راه ساده این است که از مراجعه به بیمارستان آموزشی خودداری کنیم.

توضیح نمونه‌ی دوم

در این نمونه صرف‌نظر از بحث اساسی رضایت بیمار برای اینکه از فرزندش به‌عنوان Case آموزشی استفاده شود، مورد اصلی Case، بحث ضرورت نظارت سطوح بالاتر در مواقع انجام چنین پروسیجرهایی است. به تعبیر دیگر اگر در نظر بگیریم که انجام این اقدام برای بیمار مفید است، در آن صورت اگر قرار است دانشجوی پزشکی این کار

فراهم آورند تا دانشجویان بتوانند مسائل اخلاقی موجود در روند آموزش خود از سوی آن نهادها را بدون واژه ابراز دارند.

در استفاده از افراد زنده در آموزش پزشکی باید اذعان کرد تمامی این روش‌ها و تکنیک‌ها چه به‌صورت سنتی و چه به‌صورت مدرن برای تحقق هدف سلامت جامعه و منفعت عمومی و شخصی افراد تدوین شده تا از طریق آن جامعه از مزایای وجود پزشکان ماهر بهره‌مند شود، بدون اینکه از انسان به‌عنوان ابزار آموزشی استفاده شود. بدین‌منظور در تمامی روش‌های آموزش پزشکی تلاش شده تا شأن و کرامت ذاتی انسان حفظ شود. همچنین، به‌منظور بقای حیات آموزش پزشکی مبتنی بر جامعه، در هر کشوری متناسب با فرهنگ، باورها و ارزش‌های اعتقادی مردم، به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی شده تا مشارکت جامعه در آموزش پزشکی به‌عنوان امری پسندیده، معطوف به ارزش و تحسین برانگیز شناخته شود. بدیهی است آنچه ضامن حفظ این رابطه‌ی آموزشی است تأکید بر ملاحظات اخلاقی مبتنی بر رعایت حقوق طرفین است که در این میان رضایت آگاهانه‌ی واقعی مبتنی بر ارائه‌ی اطلاعات، در جلب اعتماد افراد نقش کلیدی دارد. در بحث اخلاق در آموزش پزشکی نیز می‌توانیم چهار اصل کلی اخلاق پزشکی را به کار گیریم:

حق انتخاب بیمار (برای اینکه Case آموزشی باشد)، اصل مفیدبودن (اگر برای بیمار بستری در بیمارستان آموزشی اقدامی صورت می‌گیرد و از این طریق آموزشی نیز به يك يا چند رده‌ی فراگیران داده می‌شود در نهایت آن اقدام از لحاظ پزشکی باید برای بیمار لازم باشد)، اصل مضر نبودن (به‌هر حال

منابع

1. Gomes, Andréia Patrícia & et al. (2010). "Siqueira-Batista R. Bioethical Analysis of the Use of the Newly Deceased in Medical Training". Rev Assoc Med Bras, 56 (1), P. 11-16.
2. Draper, Heather & et al. (2008). "Medical Education and Patient's Responsibilities: Back to the Future?". J Med Ethics, 34 (2), P. 116-119. doi: 10. 1136/jme. 2006. 019257.
3. نی‌پور، ایرج. (۱۳۷۳). «زکریای رازی معلم اخلاق پزشکی ایران»، در: سوگندنامه‌های پزشکی در آموزش و پژوهش. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، صص ۱۱۷ تا ۱۱۹.
4. Shooner, Caroline. (1997). "The Ethics of Learning from Patients". CMAJ, 156 (4), P. 535-538.
5. Coleman, Katie & Elizabeth Murray. (2002). "Patients' Views and Feeling on the Community-Based Teaching of Undergraduate Medical Students: A Qualitative Study". Family practice, Oxford University Press. 19 (2), P. 183-188.
6. بی‌نا. (بی‌تا). «تعاریف بیمارنا». مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، دست‌یافتنی در <http://edu.tums.ac.ir/content> (accessed in 2010).
7. Stevens, Amy & et al. (2006). "The Use of Virtual Patients to Teach Medical Students History Taking and Communication Skills". Am J Surg, 191 (6), P. 806-811.
8. Jagsi, Reshma & Lisa Soleymani Lehman. (2004). "The Ethics of Medical Education". BMJ, 329, P. 332-334.
9. لاریجانی، باقر و همکاران. (۱۳۸۵). «ملاحظات اخلاقی در آموزش بالینی». مجله‌ی دیابت و لپید ایران؛ ویژه‌نامه‌ی اخلاق در پژوهش‌های بالینی پزشکی، دوره‌ی ۴، صص ۱۰۵ تا ۱۰۹.
10. Lowe, Michael & et al. (2008). "Do Patients have an Obligation to Participate in Student Teaching?". Med Educ, 42 (3), 237-241. doi: 10. 1111/j. 1365-2923. 2007. 02948. x. Epub 2008 Jan 24.
11. English, Veronica & et al. (2004). Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law. London: BMJ Publishing Group, P. 660-674.
12. Anonymous. (2003). "Faculty of Medicine /Affiliated Institutions Guidelines for Ethics & Professionalism", In: Healthcare Professional Clinical Training and Teaching. Available at <http://www.md.utoronto.ca/Assets/FacMed+Digital+Assets/Undergraduate+Medicine+Ed>

را انجام دهد نباید به علت این امر، خطر غیرمعمول و غیرمعمولی بیمار را تهدید کند. لازمی این امر نظارت صحیح و متناسب با نوع اقدام درمانی توسط سطوح بالاتر است.

در این نمونه مشخص است که کارورز در ابتدای دوره در شرایطی نیست که بتواند به‌طور مستقل این پروسیجر را انجام دهد یا حداقل دستیار لازم است از اینکه کارورز می‌تواند این کار را به‌طور مستقل انجام دهد یا خیر، اطمینان حاصل کند و پس از آن و در صورت احراز شرایط، محل را ترک کند؛ لذا لازم است که حتماً دستیار در محل بماند و بر کار دانشجوی نظارت کند یا آنکه از یک نفر دیگر که مطمئن است می‌تواند این نظارت را انجام دهد (مثل یک کارورز ورزیده که مدتی است در بخش کودکان فعالیت می‌کند) کمک بگیرد.

توضیح نمونه‌ی سوم

در این نمونه نیز هدف اصلی Case مطرح کردن بحث اصل مفید بودن است. به این معنا که صرف بستری بیمار در بیمارستان آموزشی و نیاز آموزشی یک فراگیر نمی‌تواند برای اینکه یک اقدام بر روی بیمار صورت گیرد دلیلی موجه باشد؛ در هر حال همیشه باید اندیکاسیون علمی وجود داشته باشد. به نظر می‌رسد دستیار در این Case به این موضوع بی‌توجه است و استاد مربوط با پرسیدن این سؤال قصد دارد او را متوجه این اصل کند. به‌طور طبیعی با توجه به نیازداشتن بیمار به این پروسیجر لازم است با ارائه‌ی توضیحات لازم و در صورت ضرورت با الزام دستیار، جلوی این اقدام گرفته شود.

- and Venereology for Medical Students". *BMC Med Educ*, 6, P. 40.
۲۶. شریعتی، محمد و همکاران. (۱۳۸۷). «بررسی تأثیر استفاده از بیماران مجازی در آموزش جراحی دانشجویان پزشکی؛ یک مطالعه‌ی مداخله‌ای تصادفی کنترل‌شده». *مجله‌ی دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی شهرو، دوره‌ی ۳، ش ۱، صص ۸ تا ۱۰*.
27. Edinger, Walter & et al. (1999). "Using Standardized Patients to Teach Clinical Ethics". *Med Educ Online* [serial online], 4, 4. Available at URL [http://www. Med-Ed-Online. Org](http://www.Med-Ed-Online.Org).
28. Leeper-Majors, Kristine & et al. (2003). "The Effect of Standardized Patient Feedback in Teaching Surgical Residents Informed Consent: Results of a pilot study". *Curr Surg*, 60 (6), P. 615-622.
۲۹. جعفری، فرشاد و همکاران. (۱۳۸۰). «مرکز آموزش مهارت‌های بالینی چیست؟». *مجله‌ی ایرانی آموزشی در علوم پزشکی، دوره‌ی ۱، ش ۳، صص ۲۹ تا ۳۱*.
30. National University of Singapore. (2009). "Participant Information Sheet & Consent form (for standardized patients)", Version no;1, 1, P. 1-7. Available at <http://www.docstoc.com/docs/26555602/Yong-Loo-Lin-School-of-Medicine-PARTICIPANT-INFORMATION-SHEET-CONSENT-FORM-FOR-STANDARDIZED-PATIENTS-1-Project-title-Standardized-Patient-Program-for-Medical-Education-2>.
۳۱. صرافی‌نژاد، افشین. (۱۳۸۷). «تولید محتوای استاندارد در آموزش مجازی، یک نیاز ضروری؛ گام‌های توسعه در آموزش پزشکی». *مجله‌ی مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش پزشکی، دوره‌ی ۵، ش ۲، صص ۱۵۲ تا ۱۵۴*.
32. Howe, Amanda & Janie Anderson. (2003). "Involving Patients in Medical Education". *BMJ*, 327, P. 326-328.
33. Doyal, Len. (2001). "Closing the Gap between Professional Teaching and Practice". *BMJ*, 322 (7288), P. 685-686.
۳۴. محقق، محمدعلی. (۱۳۷۳). «آداب تعلیم و تعلم در علم طب»، در: سوگندنامه‌های پزشکی در آموزش و پژوهش. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، صص ۱۳۱ تا ۱۴۳.
35. Sayer, Melissa & et al. (2002). "Use of Patients in Professional Medical Examinations: Current UK Practice and the Ethicolegal Implications for Medical Education". *BMJ*, 232, P. 404-407.
36. Hamilton, Patricia. (2006). "Ethical Dilemmas in Training Tomorrow's Doctors". *Paediatr Respir Rev*, 7 (2), P. 129-134.
- education+MD+Program/registrar/Guidelines+for+Ethics +in+Clinical+Training.pdf (accessed in 2010).
13. Basagaoglu, İbrahim & Nil Sari. (ND). "Patient Attitude about Ethical Issues Confronted During the Clinical Education of Medical Students". Available at [http:// www.ishim.net/ishimj/jishim4_7_8/Vol4No7/ibrahim_sari.doc](http://www.ishim.net/ishimj/jishim4_7_8/Vol4No7/ibrahim_sari.doc). (accessed in 2010).
14. Sethuraman, K. R. (2003). "Ethics of Patient Care by Trainee-Doctors in Teaching Hospitals". *J Postgrad Med*, 49 (2), P. 159-162.
15. Lo, Bernard. (2009). *Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians*. P. 226-231.
16. Braunack-Mayer, Annette J. (2001). "Should Medical Students Act as Surrogate Patients for Each Other?". *Med Educ*, 35 (7), P. 681-686.
17. Wearn, Andy & Harsh Bhoopalka. (2006). "Evaluation of Consent of Peer Physical Examination: Students Reflect on their Clinical Skills Learning Experience". *Med Educ*, 40 (10), P. 957-964.
۱۸. شیرازی، ماندانا. (۱۳۸۷). «کاربرد بیمار استانداردشده در علوم پزشکی». *رویش، ش ۳، صص ۱۲ تا ۱۵*.
19. Ryan, C Anthony & et al. (2010). "Using Standardized Patients to Assess Communication Skills in Medical and Nursing Students". *BMC Med Educ*, 10, P. 24. doi: 10. 1186/1472-6920-10-24. Available at <http://www.biomedcentral.Com/1472-6920/10/24> pp:1.
20. Hubal, Robert C. & et al. (2000). "The Virtual Standardized Patient. Simulated Patient-Practitioner Dialog for Patient Interview Training". *Stud Health Technol Inform*, 70, P. 133-138.
21. Perera, Jennifer & et al. (2009). "Training Simulated Patients: Evaluation of a Training Approach Using Self-Assessment and Peer/Tutor Feedback to Improve Performance". *BMC Medical Education*, 9, P. 37. doi:10. 1186/1472-6920-9-37.
22. Abdelkhalek, Nahed M. & et al. (2009). "Faculty as Simulated Patients (FSPs) in Assessing Medical Students' Clinical Reasoning Skills". *Educ Health (Abingdon)*, 22 (3), P. 323.
23. Kneebone, R. L. & et al. (2004). "Simulation and Clinical Practice: Strengthening the Relationship". *Med Educ*, 38 (10), P. 1095-1102.
24. Zary, Nabil & et al. (2006). "Development, Implementation and Pilot Evaluation of a Web-Based Virtual Patient Case Simulation Environment-Web-SP". *BMC Med Educ*, 6, P. 10.
25. Wahlgren, Carl-Fredrik & et al. (2006). "Evaluation of an Interactive Case Simulation System in Dermatology

- ccdhb.org.nz/patient/Rights_EGCT.html (accessed in 2010).
52. Humayun, Ayesha & et al. (2008). "Patients' Perception and Actual Practice of Informed Consent, Privacy and Confidentiality in General Medical Outpatient Departments of Two Tertiary Care Hospitals of Lahore". BMC Med Ethics, 9, P. 14.
 53. American Medical Association. (2005). AMA's Code of Medical Ethics. Available at <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics.page> (accessed in 2006).
 54. Anonymous. (2009). Guidance on the Use of Patient Stories. Available at <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/862/063GuidanceOnTheUseOfPatientStories.pdf> (accessed in 2010).
 55. Crowther, R. L. (1990). "A Medical Student's View of Paediatrics". J R Soc Med, 83 (11), P. 683-685.
 56. Craze, J. & T. Hope. (2006). "Teaching Medical Students to Examine Children". Arch Dis Child, 91 (12), P. 966-968.
 57. Hope, Tony & et al. (2005). "Developing Guidelines for Medical Students about the Examination of Patients under 18 Years Old". BMJ, 331 (7529), P. 1384-1386.
 58. Guidelines to Medical Students about Proper Conduct with Regard to Physical Examination of Patients who are under the Age of 18 Years Old (Minors). (ND). Available at <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/331/7529/1384/DC1> (accessed in 2006).
 59. West, Andrew & et al. (2001). "Learning Respect". BMJ, 322 (7288), P. 743.
 60. Nesheim, B-I. (2003). "Commentary: Respecting the Patient's Integrity is the Key". BMJ, 326 (7380), P. 100.
 61. Tighe, MP. (ND). "Examination Best Practice". Available at <http://bmj.com/cgi/eletters/331/7529/1384#124050> (accessed in 2006).
 62. Kljakovic, Marjan & Chris Parkin. (2002). "The Presence of Medical Students in Practice Consultations. Rates of Patient Consent". Aust Fam Physician, 31 (5), P. 487-489.
 63. O'Flynn, Norma & et al. (1997). "Consent and Confidentiality in Teaching in General Practice: Survey of Patients' Views on Presence of Students". BMJ, 315 (7116), P. 1142.
 64. Monnickendam, Shlomo M. & et al. (2001). "Patients' Attitudes towards the Presence of Medical Students in Family Practice Consultations". Isr Med
 37. Yentis, S. M. (2005). "The Use of Patients for Learning and Maintaining Practical Skills". J R Soc Med, 98 (7), P. 299-302.
 38. Gaberson, Kathleen & Marilyn Oermann. (2010). Clinical Teaching Strategies in Nursing. Springer Publisher, P. 89-99.
۳۹. یمانی، نیکو. (۱۳۸۸). «چگونه دانشجویان پزشکی حرفه‌ای‌گری را در بالین می‌آموزند؟؛ یک مطالعه‌ی کیفی از تجارب اساتید و کارورزان». مجله‌ی ایرانی آموزش علوم پزشکی، دوره‌ی ۴، ش ۹، صص ۳۸۳ تا ۳۹۶.
40. Kalantari, S. P. (2003). "Ethics in Medical Education". Indian J Anesth, 47 (6), P. 435-436.
 41. Grant, Valerie J. (1994). "Patient Involvement in Clinical Teaching". J Med Ethics, 20 (4), P. 244-250.
 42. Serour, Gamal I. (2006). "FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical Issues in Medical Education: Gifts and Obligations". Int J Gynaecol Obstet, 93 (2), 189-190.
 43. Chen, Xiaoyang & Tongwei Yang. (2004). "Ethical Issues of Clinical Teaching in Chinese Hospital: Informed Consent is of Great Significance to Clinical Teaching". EJAIB, 14 (6), P. 216-218.
 44. O'Flynn, Norma & Janice Rymer. (2003). "Consent for Teaching: The Experience of Women Attending a Gynaecology Clinic". Med Educ, 37 (12), P. 1109-1114.
 45. Evans, H. M. (2007). "Do Patients have Duties?". J Med Ethics, 33, P. 689-694.
 46. Chretien, Katherine C. & et al. (2010). "A Qualitative Study of the Meaning of Physical Examination Teaching for Patients". J Gen Intern Med, 25 (8), P. 786-791.
 47. Barnett, Alan T. & et al. (2009). "Informed Consent from Patients Participating in Medical Education: A Survey from a University Hospital in Jamaica". BMC Res Notes, 2, P. 252.
 48. Rosenson, Jon & et al. (2004). "Teaching Invasive Procedures to Medical Students". JAMA, 291 (1), P. 119-120.
 49. Berger, Jeffrey T. & et al. (2002). "Ethics of Practicing Medical Procedures on Newly Dead and Nearly Dead Patients". J Gen Intern Med, 17 (10), P. 774-778.
 50. Anonymous. (2002). "Guidelines for Ethics in Clinical Teaching, Final Draft". Available at http://www.ctl.segi.edu.my/downloads/lecturer/Clinical_Ethics.pdf. (accessed in 2010).
 51. Anonymous. (ND). "Ethical Guidelines: Involving Patients in Clinical Teaching". Available at <http://www>.

۶۷. یوسفیان، نعمت‌الله. (۱۳۹۰). اخلاق پزشکی. قم: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، نمایندگی ولی فقیه، پژوهشکده‌ی تحقیقات اسلامی، انتشارات زمزم هدایت، صص ۳۷ تا ۴۱، دست‌یافتنی در

<http://www.noorlib.ir/View/fa/Book/BookView/Text/15941/1/8>

Assoc J. 3 (12), P. 903-906.

65. Alcolado, John C. (2005). "Examination of Vulnerable Patients by Medical Students". BMJ. 331, P. 1384.

۶۶. محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۸۹). فقه پزشکی. تهران: انتشارات حقوقی.

فصل بیست و دوم

مدیریت اخلاقی خطای پزشکی

دکتر محمد محمدی، دکتر سید محمود طباطبایی

معرفی نمونه‌ی اول

کودک سه‌ماهه‌ای با تشخیص نقص دیواره‌ی بین بطنی بستری شده است. به علت وجود علائم نارسایی احتقانی قلب برای او دیگوکسین تجویز می‌شود. نیم‌ساعت بعد از تزریق دیگوکسین، بیمار دچار استفراغ و سپس ایست قلبی می‌شود و علی‌رغم احیا بیمار فوت می‌کند. پزشک معالج متوجه می‌شود که در نوشتن دوز دارو اشتباه کرده و بیمار ده برابر میزان مجاز دیگوکسین دریافت کرده است. وظیفه‌ی پزشک چیست؟

معرفی نمونه‌ی دوم

بیمار بعد از گذشت سه هفته از عمل الکتیو اسپلنکتومی^۱، به دلیل ITP^۲ به پزشک خود مراجعه کرده است. اسپلنکتومی بیمار از نظر فنی به علت چاقی با چالش‌هایی همراه بوده است. در این ویزیت، بیمار از درد مبهم مداومی در LUQ^۳ شکایت دارد. پزشک معالج برای بیمار درخواست گرافی ساده‌ی شکم می‌کند که نشان‌دهنده‌ی باقی ماندن گاز جراحی در LUQ بیمار است. پزشک اطمینان دارد که شمارش گازها در انتهای عمل جراحی درست بوده است؛ اما متوجه می‌شود که خونریزی رگی نزدیک معده را با یک گاز جراحی پک کرده ولی آن را از محل خارج نکرده است. برای درمان این وضعیت یک عمل ثانوی برای بیرون آوردن گاز به جامانده لازم است تا بیمار سلامتی خود را باز یابد. وظیفه‌ی پزشک چیست؟

1. Splenectomy

2. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura

3. Left Upper Quadrant

معرفی نمونه‌ی سوم

کودکی دوساله که هنگام تولد از ناحیه‌ی یکی از تاندون‌های دست راست دچار آسیب شده بوده، براساس اندیکاسیون‌های پزشکی باید در دوسالگی تحت عمل جراحی قرار می‌گرفته است. در اتاق عمل پزشک و همکارانش دست چپ بیمار را برای انجام عمل جراحی آماده می‌کنند. در این حال ناگهان پزشک متوجه می‌شود که قبلاً دست راست بیمار را معاینه کرده است! با مراجعه به پرونده‌ی بیمار و بررسی عکس‌های رادیوگرافی متوجه می‌شوند دست راست بیمار باید جراحی شود. در این نمونه خوشبختانه کودک از بروز یک خطای پزشکی در امان می‌ماند. وظیفه‌ی پزشک چیست؟

۱. مقدمه

بیمارستان‌های استرالیا متفاوت است (۴).

به‌طور کلی خطاهای انسانی^۱ از جمله مباحثی است که در جهان مدیریت نظری و عملی امروز، بخشی شایان توجه از وقت، بودجه و توجه صاحب‌نظران و مدیران را به خود اختصاص می‌دهد. هدف، حذف کامل خطای انسانی نیست؛ اما کاهش و به حداقل رساندن آن در کانون توجه همگان

است (۱). بروز خطا در پزشکی به دلیل پیچیدگی دانش پزشکی، قطعی نبودن پیشگویی‌های بالینی، محدودیت زمانی در تصمیم‌گیری‌ها و نیاز به تصمیم‌گیری علی‌رغم دانش ناکافی، اجتناب‌ناپذیر است (۲).

کمیته‌ی کیفیت مراقبت سلامت خدمات عمومی انستیتو پزشکی آمریکا IOM^۲ در گزارش خود تحت عنوان «انسان خطاکار است» بیان می‌کند که گستردگی صدمه‌ی بیمارانش ناشی از خطاهای پزشکی مسأله‌ی عمومی شناخته‌شده‌ای به‌ویژه

از نظر عموم مردم، نیست (۳). میزان شیوع خطای پزشکی در مطالعات متعدد با ۳/۷ درصد در نیویورک، ۵ تا ۷/۵ درصد در کانادا، ۱۱ درصد در بیمارستان‌های بریتانیا و ۱۶/۶ درصد در

3. Mismanagement
4. Malpractice

1. Human Errors
2. Institute Of Medicine

مرتبط با حیطه‌ی عمل پزشکی) (۵).

۲. دیدگاه اخلاقی

روزانه در سراسر جهان، پزشکان زیادی دچار خطاهای ناخواسته‌ی گوناگون می‌شوند؛ لیکن این پرسش همیشه مطرح است که وظیفه‌ی اخلاقی و قانونی پزشک خطاکار در مواجهه با بیمار چیست؟

(۶)

از آنجاکه بیماران برای تأمین سلامتی خود به پزشک اعتماد می‌کنند و خود را به دست او و توصیه‌هایش می‌سپارند، پزشک در مقابل این اعتماد مسئول است تا هر اقدامی را که حداکثر سودرسانی را برای بیمار تأمین می‌کند انجام دهد. در واقع در قبال اعتمادی که عموم مردم و بیماران به طور خاص به جامعه‌ی پزشکی دارند، جامعه‌ی پزشکی به صورت اخلاقی خود را متعهد می‌داند که برای سودرسانی به مردم و نیز حفظ این اعتماد از طریق صداقت در بیان اطلاعات تلاش نماید (۶). یکی از مهم‌ترین مسائل در ارتباط با اشتباهات پزشکی و مسائل اخلاقی، آشکارسازی خطاست.

۲-۱. آشکارسازی خطا

آشکارسازی خطا دارای دو وجه مهم است:

الف. اظهار خطا به بیمار: هر انحراف و تمایلی برای مخفی‌سازی خطاهای پزشکی باید آشکار شود. در اینجا رازداری غیر اخلاقی است و ممکن است نتایج زیان‌باری داشته باشد. یکی از اجزای اصلی افشای مؤثر عذرخواهی است.

ب. گزارش کردن بروز خطا به سیستم: خطاها باید

یا از دسته‌ی خطاهای اجرایی اند^۱ (مختل شدن فعالیت‌ی برنامه‌ریزی شده که به روش نادرستی اجرا شده است) یا از گروه خطاهای برنامه‌ریزی‌اند^۲ (از برنامه‌ای اشتباه برای رسیدن به هدف استفاده شده است) (۳).

در نوع دیگری از تقسیم‌بندی، خطاها را به سه گروه تقسیم می‌کنند:

الف. خطاهای عمده: نام دیگر آن وقایع ناگوار مهم^۳ است که منجر به مرگ یا آسیب مهم یا اختلال در عملکرد فرد می‌شود.

ب. وقایع بدون عارضه^۴: خطا رخ داده و بالقوه زیان‌رسان است؛ ولی منجر به زیان واقعی نشده است (مثلاً به دلیل جبران فیزیولوژیک).

ج. موارد نزدیک به خطا^۵: خطا قبل از وقوع به موقع شناسایی (اتفاقی یا با برنامه‌ریزی) و اصلاح شده است (۵).

خطاها از نظر حقوقی و قضایی به چهار دسته‌ی عمده تقسیم می‌شوند:

الف. بی احتیاطی: عمل طبیی خاصی نبایست انجام می‌شده، ولی پزشک آن را انجام داده است.

ب. بی‌مبالاتی: عمل طبیی خاصی بایست انجام می‌شده، ولی پزشک آن را انجام نداده است.

ج. نداشتن مهارت (سهل‌انگاری): انجام دادن عمل طبیی خاص، بدون داشتن مهارت و تخصص لازم (کم‌تجربگی، عدم دانش کافی) است.

د. رعایت نکردن قوانین (مصوب) و مقررات دولتی و موازین پزشکی (دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌های

1. Error of execution

2. Error of planning

3. Misadventures, Sentinel Events, Major Events

4. No Harm Events

5. Near Misses, Lapses

برای مدیریت خطر^۱ و به منظور تضمین کیفیت^۲ گزارش شوند؛ بنابراین سازمان‌ها باید روش‌های اثربخشی برای پیاده‌سازی آن داشته باشند (۷).

۲-۱. اظهار خطا به بیمار

نارسایی در آشکارسازی خطاها برای بیماران موجب خدشه‌دار شدن اعتماد عمومی به پزشکی می‌شود؛ زیرا این کار به‌طور بالقوه متضمن فریب‌کاری است. آشکارنکردن خطا به‌طور بالقوه نقض مسئولیت پزشک در امانت‌داری و فروکاستی در این تعهد است که «تنها باید براساس رفاه بیمار عمل کند». آشکارنکردن خطا ممکن است اثر تضعیف‌کننده‌ی تلاش‌هایی باشد که برای ارتقای ایمنی طبابت در کل به انجام می‌رسد (۸). اظهار خطای پزشکی احترام به استقلال فردی بیمار و سلامت اوست و امکان اخذ رضایت آگاهانه از بیمار را برای درمان صدمه‌ی ناشی از خطا فراهم می‌آورد. به‌طور اخلاقی همان‌طور که بیماران محق به دریافت اطلاعات قبل از انجام یک اقدام درمانی یا تشخیصی هستند، مسلماً براساس احترامی که به‌عنوان انسان باید به آن‌ها گذاشته شود، حق دارند که از نتایج آن اقدام هم مطلع شوند (۹). نکته‌ی دیگر اینکه وقوع خطا لزوماً، کوتاهی و رفتار غیراخلاقی محسوب نمی‌شود؛ اما اظهارنکردن آن می‌تواند این‌گونه باشد (۶). در واقع اخلاق پزشکی در خطا به مسائل مرتبط با «حقیقت‌گویی» می‌پردازد (۷).

کد اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا درباره‌ی تعهد پزشک در بروز خطا به وضوح بیان می‌کند: «در موقعیت‌هایی که خطای پزشک منجر به عوارض

پزشکی قابل توجهی برای بیمار شده باشد، پزشک اخلاقاً موظف است بیمار را از تمامی واقعیات لازم برای فهم خطای رخ داده مطلع سازد.» در این کد عبارت «عوارض پزشکی قابل توجه» مبهم است. ممکن است پزشکان خطا را درخور توجه ندانند یا شدت ضایعه را برای اظهار خطا مهم نشمارند (۱۰). دلیل دیگر پزشکان برای اظهارنکردن خطای پزشکی، ملاحظات مربوط به احتمال افزایش اضطراب در بیمار و سردرگمی او با دادن اطلاعات پیچیده است. این مورد که نوعی امتیاز درمانی^۳ است امروزه در دادگاه‌های انگلوآمریکن بی‌اعتبار است؛ زیرا حفاظت از بیمار در قبال چنین اضطرابی دلیل بر احتراز از اظهار نیست و در صورت بادقت و ظرافت بیان شدن، بیماران قادر خواهند بود که حتی خبرهای بسیار بد را تحمل کنند و از سویی در تناقض مستقیم با این فرض پیشین است که بیمار آن‌قدر دارای ظرفیت است که پزشک رضایت آگاهانه‌ی او را برای آغاز درمان پذیرفته است (۸).

دست کم، با وجود تمایل انسان به از بین بردن شک و تردید و رفع تقصیر، لیکن جهان پزشکی تمایلی برای مقابله با خطاها و نارسایی‌ها ندارد. پیدا کردن رفتارها و خطاهای برجسته کار آسانی است؛ لیکن مشکل زمانی پدیدار می‌شود که یک ناظر ضمن آنکه از اتفاق پیش آمده خرسند نیست، به راحتی نیز نمی‌تواند انگشت اتهام را به سوی علت آن نشانه رود (۳).

دو نظریه‌ی اصلی در اظهار خطای پزشکی مطرح است:

1. Risk Management
2. Quality Assurance

3. Therapeutic Privilege

اشتباهی رخ داده، بلکه برخی استدلال می‌کنند افرادی که مورد آسیب ناشی از خطا واقع شده‌اند نیز حق دارند بدانند. همچنین پیامدهای ناشی از اختلال ایجادشده می‌تواند به‌صورت واکنش‌های دفاعی مانند عصبانیت شدید و... بروز کند (۳).

با این حال، توجه داشته باشید، که به‌طور کلی نصیحت پذیرفته‌شده‌ی «گفتن حقیقت» اغلب ارائه‌ی کمک‌های عملی را با شکست مواجه می‌کند. آیا جراح با کشیدن رترکتور و به دنبال آن پارگی عروق و یک عملیات بسیار طولانی برای ترمیم عروق، دچار خطا شده است؟ آیا این سهل‌انگاری پزشک است یا شکنندگی بافت‌های بیمار؟ اگر بیمار بدون هیچ مشکلی سلامت خود را بازیابد، باز هم این مسأله مهم است؟ آیا بیماران و افراد جایگزین او می‌خواهند از همه‌ی جزییاتی که رخ داده مطلع شوند؟ آیا امکان ندارد افشای کامل وقایع به‌طور نامناسب، اعتماد را از بین ببرد؟

در حالی که ممکن است یک توافق عینی وجود داشته باشد که درجه‌ای از افشای خطای پزشکی متناسب با خواسته‌ها و نیازهای روانی بیماران، عزیزان و جانشین‌های قانونی او باید صورت گیرد، این در همه‌ی موارد روشن نیست که چگونه و چه تعداد از افراد و اعضای خانواده می‌خواهند یا باید از موقعیت پیش‌آمده مطلع شوند (۳).

بعضی معتقدند که در مواقعی که اظهار خطا به بیمار منجر به کاهش استقلال فردی او می‌شود صرف‌نظر کردن از ارائه‌ی اطلاعات به او منطقی است. با این حال هیچ‌یک از این موارد مشخص نکرده‌اند که چه کسی وجود این معیارها را تعیین می‌کند. هر نوع تصمیم‌گیری برای امتناع از اظهار

الف. نظریه‌ی وظیفه‌گرایان^۱: هر نوع خطای پزشکی صرف‌نظر از شدت آسیب وارده و نتایج زیان‌باری که برای بیمار دارد باید به‌طور کامل برای بیمار شرح داده شود؛ چراکه علاوه بر تعهد اخلاقی پزشک، بیمار حق دارد در جریان کامل سیر درمانی خود و تمامی پیشامدها و رخداد‌های مربوطه قرار گیرد. ضرورت افشای خطا شدت آسیب نیست، بلکه وظیفه‌ی اخلاقی پزشک و حق بیمار برای دانستن است.

ب. نظریه‌ی نتیجه‌گرایان^۲: این افراد ضرورت اظهار خطا را منوط به سودمند بودن آن برای پیشبرد سیر بهبودی بیمار و جبران پذیربودن خطا و استفاده از خدمات مناسب برای جبران موقعیت پیش‌آمده، می‌دانند. صرف‌نظر از اینکه کدام‌یک از این دو دیدگاه منطقی‌تر است، موضوع اساسی که نباید فراموش گردد «محوریت منافع بیمار در اتخاذ همه‌ی تصمیمات است» (۱۱).

در ربع آخر قرن بیستم، نگرش به افشای خطای پزشکی از یک خودحمایت‌گرایی شبه‌صنفی^۳ به افشای صریح آن و حقیقت‌گویی^۴ تغییر کرد. به این معنا که هم اخلاق‌مداران پزشکی و هم مدیران بحران^۵، در حال حاضر از پزشکان می‌خواهند هنگامی که یک خطای بارز و آشکار رخ می‌دهد، آن را با بیماران یا نمایندگان قانونی آن‌ها (والدین، سرپرستان و...) در میان بگذارند. در اینجا فلاسفه و حقوق‌دانان رویکردی عمل‌گرایانه^۶ را در پیش می‌گیرند. نه تنها مردم می‌خواهند بدانند چه

1. Deontology
2. Consequentialism
3. Guild-Like Self-Protectionism
4. Truth-Telling
5. Risk Managers
6. Pragmatic Approach

خطای پزشکی باید توجیه منطقی داشته باشد که این توجیه برای یک پزشک بی طرف یا در صورت امکان یک کمیته‌ی اخلاقی پذیرفتنی باشد (۶). از اساسی‌ترین مشکلات بیماران در برخورد با خطاهای پزشکی، عدم تمایل پزشکان به بحث درباره‌ی دلایل وقوع خطا و عملکرد آنان در پیوند با پیشگیری از وقوع مجدد خطا در آینده است. نکته‌ی مهم‌تر آنکه بسیاری از سیاست‌های جاری سیستم‌های ارائه‌کننده‌ی خدمات درمانی، پزشکان را از افشای خطاهای پزشکی برای بیماران بر حذر می‌دارد. با این حال، براساس اصل انصاف (عدالت) و شرافتمندی، بیمار آسیب‌دیده باید بتواند به شکلی درخور، جبران خطا یا خسارت ناشی از آن را طلب نماید (۵).

الزام آشکارسازی وقایع بی‌ضرر ممکن است کل فرایند آشکارسازی را به واسطه‌ی ارائه‌ی مطالب بی‌فایده، بیش از حد دچار افزونگی (پرباری) کرده و این فرایند را مختل کند. همچنین اگر الزام آشکارسازی به پاسخ‌دادن به این سؤال که «چه کسی خطا را انجام داده است؟» خلاصه نشود در واقع موجب ساده‌سازی وقایعی می‌شود که معمولاً پیچیده‌تر از آن هستند که توسط یک فرد مشخص ایجاد شده باشند؛ از این رو، با مسموم کردن فضا، تلاش‌ها را برای ارتقای سلامت بیماران مخدوش می‌کند. با این همه شاغلان پزشکی باید آماده باشند که سهمی از بار واقعه را تقبل کنند و همواره تمامی ایراد و اشکال را به «سیستم» نسبت ندهند (۸).

تحقیقات اخیر نشان می‌دهد، یکی از اجزای اصلی افشای مؤثر عذرخواهی است. عذرخواهی در

1. Gallagher

به خطا تأکید دارند. این خطاها پیگیری (قضایی) نمی‌شوند و فقط برای ارتقای ایمنی سیستم استفاده می‌شوند (۳).

سیستم‌های گزارش‌دهی باید به گونه‌ای طراحی شوند تا در گزارش‌دهی اجباری، حریم خصوصی پزشکان رعایت شود؛ خطاهای آنان باید به عنوان راز تلقی شود و تنها به اندازه‌ی مورد نیاز و فقط برای کسانی افشا شود که مطلع شدن آن‌ها ضروری است. در نظام گزارش‌دهی اختیاری نیز در صورت عدم تمایل شاغلان بهداشتی درمانی به ثبت اطلاعات شخصی، خطاها به صورت گمنام ثبت می‌شوند. همچنین امکان ثبت خطاهای قریب الوقوع دیگران نیز در صورت گزارش‌نشدن توسط خودشان، با اطلاع آنان و به صورت گمنام وجود دارد. از آنجا که از خطاها به منظور اصلاح فرایندها و برای کاهش بروز خطا در آینده استفاده می‌شود، مستندسازی نقشی مهم دارد؛ لیکن دسترسی افراد به مستندات نیز باید با حفظ محرمانگی و حریم خصوصی افراد صورت پذیرد.

برنامه‌ی گزارش‌دهی خطاهای دارویی نظام فارماکوپه‌ی آمریکا، سیستم گزارش‌دهی گمنام و محرمانه‌ای برای متخصصان مراقبت‌های سلامت است که یا به طور مستقیم با خطاهای پزشکی مواجه‌اند یا احتمال بروز خطا برای آن‌ها بالاست. این برنامه به گونه‌ای طراحی شده است که پزشکان، داروسازان، پرستاران و سایر شاغلان مراقبت‌های سلامت برای ارتقای ایمنی بیمار و گسترش خدمات آموزشی به منظور جلوگیری از بروز خطاها در آینده، مشارکت می‌کنند (۱۸).

برای اینکه سیستم گزارش‌دهی خطا به طور

افزایش اضطراب و پریشانی آن‌ها می‌گردد. بیماران همچنین ترجیح می‌دهند که چنین ارتباطی بدون نیاز به شروع رابطه از طرف آن‌ها، اتفاق بیفتد (۱۴). از طرفی به طور کلی، پذیرفتن خطای رخ داده و اعتراف به آن و عذرخواهی باعث شرمساری پزشک می‌شود و به غرور او لطمه می‌زند و مستلزم آن است که فرد با چیزی که عزت نفسش را تهدید می‌کند، مقابله کند. لازم به ذکر است که خطا با تلاش‌های کمال‌گرایانه‌ی فرد در تعارض است و می‌تواند در نتیجه باعث ایجاد احساس آسیب‌پذیری در فرد شود (۱۵ و ۱۶).

بر این اساس، بیان و اظهار یک خطای جدی خیلی سخت است. مطالعات نشان داده‌اند که تمایل به عذرخواهی زمانی که احتمال آشکارشدن خطا برای بیمار کم باشد، خیلی کاهش می‌یابد (۱۷).

۲-۱-۲. گزارش بروز خطا به سیستم

یکی از روش‌های کارآمد برای یافتن و رفع نقایص نظام سلامت، بهره‌گیری از خطاهای پزشکی است که توسط سیستم‌های گزارش‌دهی خطا صورت می‌گیرد. این سیستم دارای دو عملکرد است: الف. پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری، ب. ارتقای ایمنی نظام سلامت؛ البته تحقق هر دو هدف در یک برنامه در عمل چندان ممکن نیست. برنامه‌هایی که هدف اول را دنبال می‌کنند، نیازمند نظام گزارش‌دهی اجباری برای خطاهایی هستند که منجر به آسیب جبران‌ناپذیر می‌شوند. در این برنامه‌ها، خطاها پیگیری (قضایی) می‌شوند؛ در مقابل، برنامه‌هایی که هدف دوم را دنبال می‌کنند، بر گزارش‌دهی اختیاری درباره‌ی خطاهای بدون عارضه و نزدیک

اثر بخش عمل کند باید شرکت کنندگان سیستم فعلی دارای توانایی شناسایی حوادث زیان‌بار اشتباه باشند و از طرفی شاغلان پزشکی بدون چشمداشتی (کمک مالی) برای انجام دادن این کار تمایل داشته باشند (۳).

۳. دیدگاه فقهی

خطای پزشکی با قواعد فقهی متعددی مرتبط است؛ مهم‌ترین آن‌ها از نظر عملی و کاربردی عبارت‌اند از:

الف. قاعده‌ی ضمان و مسئولیت: در فقه اسلامی «ضمان» به معنی التزام به انجام کار یا بدون اثر مالی است و به دو دسته‌ی «قراردادی» و «قهری» تقسیم می‌شود. در ضمان قراردادی، فرد مسئول عواقب تخلف از مفاد قرارداد است؛ در حالی که فرد در ضمان قهری مسئول اموری است که به موجب الزام قانونگذار، بر عهده‌اش گذاشته شده و شامل هرگونه ایراد خسارت به دیگری می‌شود که مشمول جبران یا پرداخت خسارت است. در حکم فقهی «من اتلف مال الغير فهو له ضامن» کلمه‌ی ضامن به معنای تعهد است، یعنی طرف متعهد می‌شود که آسیب یا زیان وارده را جبران کند یا مثل آن یا قیمتش را بپردازد؛ از این رو، براساس حدیث «انَّ الطَّيِّبَ ضَامِنٌ وَلَوْ كَانَ حَاضِقًا» (۱۹) پزشک، مسئول جبران آسیب و خسارت ناشی از طبابت به بیمار است. این مسئولیت در اصل جنبه‌ی وجدانی دارد و با الزام آشکارسازی همراه نیست.

ب. رازداری و امانت‌داری: رازداری و حفظ اسرار خود و دیگران، نوعی امانت‌داری است و صرف‌نظر از استثناها و موارد خاص، از صفات ارزشمند و

والای انسانی به شمار می‌آید و در برخی اشخاص و حرفه‌ها همچون طبیب و طبابت، به عنوان ویژگی لازم و اساسی مطرح می‌شوند. شایان توجه است که خصوصیت «ستار العیوب» یکی از صفات جمال خداوند است و بندگان باید سعی کنند تا پرتوی از این صفات الهی در آن‌ها تجلی پیدا کند. در احادیث منقول از معصومان (ع) آمده است: «کل المسلم علی المسلم حرام دمه و ماله و عرضه»: «تعرض به جان و مال و آبروی هر فرد مسلمان بر سایر مسلمانان حرام است» (۲۰) به عبارت دیگر، بر هر مسلمانی لازم است در حفظ جان، مال، شخصیت و آبروی دیگر مسلمانان از هیچ کوششی دریغ نکند. به فرموده‌ی امام صادق (ع): «المؤمن اعظم حرمةً مِنَ الكعبة»: «احترام مؤمن از احترام کعبه بالاتر است» (۲۱)؛ بنابراین در مواقعی که با جبران خسارت و پیگیری وضعیت بیمار، سلامتی حاصل می‌شود و هیچ آسیب و زانی پدید نمی‌آید، ضرورتی برای افشای خطا متصور نخواهد بود.

ج. تقدم منافع بیمار بر منافع پزشک: در مواقعی که عدم آشکارسازی خطای پزشکی منجر به پیامدهای زیان‌بار کوتاه‌مدت یا درازمدت برای بیمار می‌شود، با رعایت حفظ حریم خصوصی پزشک و احترام به محرمانگی اسرار پزشکی، آشکارسازی خطا ضرورت می‌یابد؛ البته در این مواقع، نباید اجازه داد که بیمار از خطایی که اتفاق افتاده، سوءاستفاده کند و به هتک حرمت پزشک یا جامعه‌ی پزشکی بپردازد.

د. حفظ کرامت پزشک و حرمت حرفه‌ی پزشکی و جلوگیری از بدآموزی: کارهای نادرست و گناهانی که یک فرد مسلمان انجام می‌دهد، چنانچه صرفاً بین خود و پروردگار باشد و به شخص ثالثی تسری

از پیامدهای منفی بعدی توسط سازمان یا مسئولان ذی‌ربط یا بستگان و اطرافیان، فراهم می‌کند. این قواعد و همچنین قواعد پیش‌تر یادشده، در منابع فقهی و فقه پزشکی به تفصیل ذکر شده‌اند و مطالعه‌ی دقیق و کاربردی آن‌ها برای پزشکان، بااهمیت و سودمند است.

در نهایت باید توجه داشت که قاعده‌ی فقهی قطعی و مطلق با کاربرد جامع برای همه‌ی انواع خطای پزشکی وجود ندارد و برای هر مورد، بهتر است متخصصان مربوطه با یکی از افراد خبره در حیطة‌ی فقهی مشورت کنند و با رعایت همه‌ی جوانب (حفظ حقوق و کرامت بیمار، احترام طبیب، حرمت حرفه و حرفه‌مندان پزشکی و فضای حاکم بر جامعه) تصمیم مناسب را اتخاذ نمایند.

۴. دیدگاه قانونی

شاید رایج‌ترین مانع افشای خطا و عذرخواهی پزشکان و مدیران ریسک، ترس از دادخواهی و مسئولیت قانونی است؛ بنابراین، به دلیل اینکه پزشکان و سایر متهمان بالقوه می‌ترسند که عذرخواهی ممکن است به‌عنوان یک مدرک علیه آن‌ها در دادگاه تفسیر شود، بیشتر از دو سوم ایالات آمریکا قوانینی تصویب کرده‌اند که مواردی از عذرخواهی در دادگاه به‌عنوان شواهدی از مسئولیت فرد تفسیر نشود و پذیرفتنی نباشد. این قوانین به‌صورت بسته‌های تشویقی برای مجرمان تصویب می‌شود تا سیر مجرمانه‌ی آن‌ها را در هر مرحله‌ای که باشد متوقف کند؛ به‌عنوان مثال تهیه‌ی وسیله‌ی جرم، جرم نیست؛ زیرا علی‌رغم تهیه‌ی وسیله‌ی جرم هنوز جرمی صورت نگرفته و اگر قرار است به خاطر

پیدا نکند، می‌توان تنها با طلب عفو و بخشش از خداوند، آن‌ها را افشا نکرد؛ اما اگر انجام‌دادن کار نادرست یا گناه، به شخص یا اشخاصی آسیب و زبانی رسانده باشد، جبران تمام و کمال آن آسیب و زیان، ضروری و الزامی است. حال، چنانچه آسیب و زیان یادشده در قالب خطای پزشکی باشد و به‌طور کامل جبران شده باشد و احتمال پیامدهای منفی بعدی نیز وجود نداشته باشد، ممکن است افشای آن ضروری نباشد؛ در غیر این صورت، با رعایت همه‌ی جوانب، باید آشکارسازی انجام شود. همواره باید توجه داشت که افشای خطاهای پزشکی می‌تواند موجب شیوع بیشتر آن یا افزایش نگرش منفی عامه‌ی مردم به جامعه‌ی پزشکی شود.

همچنین برخی دیگر از قواعد فقهی که در بحث خطای پزشکی می‌توان از آن‌ها استفاده کرد در ادامه بیان شده است.

۵. قواعد حاکم بر مسئولیت: مهم‌ترین این قواعد شامل اتلاف و تسبیب، غرور و ضرر است. براساس این قواعد، فرد آسیب‌رسان ملزم به جبران آسیب و خسارت است و در بسیاری از مواقع، افشای سر، به شرط رعایت حرمت حرفه و حرفه‌مندان، می‌تواند باعث تنبه خاطی و درس یا عبرتی برای سایر حرفه‌مندان تلقی شود.

۶. قواعد حاکم بر عدم مسئولیت: مهم‌ترین آن‌ها شامل احسان، اذن، برائت و اضطرار است. این قواعد، فردی را که باعث آسیب‌رساندن به دیگری شده، به شرط احراز شرایط تعریف‌شده، تبرئه می‌کنند و در نتیجه، راه را برای کتمان سر و عدم آشکارسازی خطا برای بیمار، هم‌زمان با اقدامات مناسب به منظور نجات فرد آسیب‌دیده و پیشگیری

تهیه‌ی وسیله‌ی جرم مجازات شود، ممکن است مجرم جرم را هم مرتکب شود. در حالی که اگر برای تهیه‌ی وسیله‌ی جرم قانونگذار، جرمی در نظر نگیرد ارتکاب جرائم کاهش خواهد یافت؛ بنابراین در این کشورها اگر عذرخواهی و اظهار خطا به عنوان سندی علیه پزشک در دادگاه استفاده نمی‌شود، به دلیل نقش مؤثر آن در جلوگیری از آثار زیان‌بار جرم است تا آلام بیمار تسکین یابد. در اینجا عذرخواهی خود از جهات تخفیف جرم محسوب می‌شود. پوشش این قوانین بسیار متفاوت است. برخی از آن‌ها اظهاراتی را که به منظور همدردی به افراد صدمه‌دیده گفته می‌شود به عنوان مدرکی علیه فرد نمی‌پذیرند؛ حال آنکه به اظهاراتی که نشانه‌ی پذیرفتن مسئولیت است اجازه‌ی اقامه علیه فرد در دادگاه داده می‌شود. سایر قوانین از طیفی وسیع از اظهارات محافظت می‌کنند؛ به‌طور خاص اظهاراتی که نشان‌دهنده‌ی «نقص»، «خطا» یا «اشتباه» هستند نیز علاوه بر موارد همدردی، برای دادگاه پذیرفتنی نیست.

در ایران ماده‌های ۲۵ و ۲۶ و ۳۸ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ می‌گوید جهات تخفیف عبارت است از کوشش متهم به منظور تخفیف آثار جرم یا اقدام او برای جبران زیان ناشی از آن؛ مثلاً اگر پزشکی که مرتکب خطا شده است، وضعیت بیمار را پیگیری کند و برای بهبودی او تلاش نماید، اقدامات او جزء آثار مخفیه‌ی جرم محسوب می‌شود و در مقابل اگر بیمار را رها کرده و اقدامی برای مدیریت خطا و بهبود وضعیت بیمار انجام ندهد، جزء آثار مشدده به شمار می‌آید. باوجود این، بسیاری از قوانین کشورها از جبران خسارت حمایت کرده و درباره‌ی اظهار

خطای پزشکی قوانینی وضع نکرده‌اند. دو موضوع حقوقی در خطای پزشکی وجود دارد: یکی بحث ثبوت و دیگری اثبات خطاست. در بحث ثبوتی اصولاً پرسیده می‌شود که خطا چیست؟ خطا در تحقق جرم چه نقشی می‌تواند داشته باشد؟ آیا آنچه در علم پزشکی خطاست در حقوق هم خطاست؟ خطا چه هنگام یک فعل مجرمانه است و موجب چه مسئولیتی می‌شود؟ اما در بحث اثباتی رابطه‌ی علیت و رابطه‌ی سببیت مطرح می‌شود که خطا ناشی از قصور یا تقصیر چه کسی بوده است؟ حقوق خصوصی در موضوع خطا بحث مسئولیت مدنی را مطرح می‌کند، که به صرف ورود خسارت باید جبران شود؛ پس تکلیف خاطی جبران خسارت است. این موضوع در ماده‌ی یک قانون مسئولیت مدنی ایران تصریح شده است: «هرکس بدون مجوز قانونی، عمداً یا در نتیجه‌ی بی‌احتیاطی، به جان یا سلامتی یا مال یا آزادی یا حیثیت یا شهرت تجاری یا به هر حق دیگری که به موجب قانون برای افراد ایجاد گردیده، لطمه‌ای وارد نماید که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگری شود، مسئول جبران خسارت ناشی از عمل خود می‌باشد.»

در قانون مجازات اسلامی هرگونه آسیب به افراد به‌صورت جنایت بر نفس یا عضو و منفعت تعریف می‌شود. در حقوق کیفری، افراد به دلیل ارتکاب خطا مجازات می‌شوند. در حقوق کیفری برای اینکه یک جرم محقق شود حتماً به سه عنصر نیاز داریم: یکی اینکه توسط قانونگذار جرم‌انگاری شده باشد (عرف دخالتی ندارد، برعکس مسئولیت مدنی که نقش عرف بیشتر است)؛ دوم اینکه فعل یا ترک فعل باید در عالم خارج تظاهر و نمودی داشته باشد، بنابراین

جرائم غیر عمد فرد به دلیل فکر نکردن مجازات می‌شود. یعنی چرا فرد فکر نکرده یا بهتر فکر نکرده است؟ چرا بی‌دقتی و سهل‌انگاری کرده است؟ چرا بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی کرده است؟

بر اساس ماده‌ی ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ تحقق جرائم غیر عمدی، منوط به احراز تقصیر مرتکب است. در جنایات غیر عمدی اعم از شبه‌عمدی و خطای محض، احکام قصاص و دیات اعمال می‌شود. در تحقق جرائم غیر عمدی اگر تقصیر نباشد، اساساً جرمی واقع نمی‌شود؛ هر چند در برخی جرائم غیر عمدی وجود تقصیر شرط نیست و مرتکب ضامن پرداخت دیه و خسارات است. در واقع مجازات در جرائم غیر عمد نسبت به عمد خفیف‌تر و سبک‌تر است. آنچه در غیر عمد شکل واضح‌تری دارد جبران خسارت است؛ زیرا چون فرد مرتکب جرم شده ولی سوءنیت نداشته یا اینکه باید کارها و تمهیداتی را انجام می‌داده که انجام نداده است، بنابراین خفیف‌تر مجازات می‌شود؛ لیکن مهم‌تر از آن جبران خسارت است. در جرائم غیر عمد هم مسئولیت مدنی و هم مسئولیت کیفری مطرح است؛ بنابراین در حقوق عبارت قصور در مقابل تقصیر وجود ندارد.

بر اساس قابلیت انتساب جرائم اگر پزشکی مرتکب خطا شود (خطا در واقع نوعی تقصیر است) تقصیر او باید جبران و فرد مجازات شود؛ اما بر اساس قابلیت استناد جرائم باید بررسی شود که آیا نتیجه‌ی حاصله به دلیل فعل پزشک بوده یا عوامل دیگری هم وجود داشته‌اند تا با تعیین نقش هریک از عوامل، میزان مسئولیت آن‌ها نیز تعیین گردد؛ زیرا ممکن است در بروز خطا سایر کادر درمانی یا مدیریتی شریک

صرف تصمیم یا اراده‌ی ارتکاب مادامی که صورت خارجی پیدا نکند عنوان مجرمانه نیست؛ در نهایت اینکه عمل مجرمانه توسط فرد، به او منتسب (عنصر معنوی) شود و قابلیت استناد (رابطه‌ی علیت) به او را داشته باشد. جرائم از نظر عنصر معنوی، عمد یا غیر عمد هستند. طبق ماده‌ی ۲۹۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ در جرائم عمدی در واقع یک اراده‌ی آزاد، یک اختیار تام و یک علم و آگاهی وجود دارد؛ یعنی مرتکب در اصطلاح حقوقی باید سوءنیت و قصد مجرمانه‌اش احراز شود، هم اراده داشته باشد و هم علم و آگاهی داشته باشد؛ مثلاً در قتل، مرتکب هم باید فعل مجرمانه را بخواهد و هم نتیجه‌ی مجرمانه، یعنی کشته شدن طرف مقابل را بخواهد. در جرائم عمد این سوءنیت است که مجازات می‌شود. اینکه این فرد چرا نیت مجرمانه داشته یا اراده‌ی مجرمانه دارد. در جرم عمدی قصد فعل و قصد نتیجه باید وجود داشته باشد. در این گونه جرائم سوءنیت عنصر معنوی جرم است. در جرائم عمدی مجازات قصاص است. اصولاً خطاها و قصور پزشکی جزء جرائم عمد محسوب نمی‌شوند.

بر طبق ماده‌ی ۲۹۱ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ هر جا هریک از این شروط وجود نداشته باشد، عمد بودن دیگر مطرح نیست. در جرائم غیر عمدی سوءنیت مطرح نیست، بلکه فعل از روی خطا و تقصیر رخ داده است. جرائم غیر عمد مانند خطای پزشکی در علم حقوق به «تقصیر» تعبیر می‌شود که یا بی‌مبالاتی است یا بی‌احتیاطی؛ همچنین مسامحه، غفلت، بی‌مهارتی و رعایت نکردن نظامات دولتی و مانند آن‌ها، حسب مورد، از مصادیق بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی محسوب می‌شود. در

صدمه‌ی بدنی گردد، ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می‌شود.» همچنین براساس ماده‌ی ۵۱۰ این قانون هرگاه شخصی با انگیزه‌ی احسان و کمک به دیگری رفتاری را با هدف حفظ مال، جان، عرض یا ناموس او انجام دهد و همان عمل موجب صدمه یا خسارت شود در صورت رعایت مقررات قانونی و نکات ایمنی، ضامن نیست.

توضیح نمونه‌ی اول

این رویداد ناگوار نشان‌دهنده‌ی یک خطای جدی با پیامدهای عمیق برای بیمار و خانواده‌ی اوست. در این باره دیدگاه اخلاقی غالب حال حاضر، پزشک را موظف می‌داند تا این موضوع را به‌طور صادقانه‌ی برای خانواده‌ی بیمار توضیح دهد. خانواده‌ی بیمار عمیقاً نیازمند شنیدن عذرخواهی پزشک هستند. از منظر اخلاقی هرگونه تلاش برای مخفی کردن جزئیات این حادثه نادرست، اهانت‌آمیز و اشتباه است. هرچند طرح دعوی از طرف والدین بیمار در دادگاه ممکن است به دنبال اظهار خطا صورت گیرد، ولی احتمال شکایت با برخورد صادقانه‌ی پزشک و پذیرش مسئولیت خطا از سوی او، کمتر می‌شود. دیدگاه اخلاق پزشکی پیشنهاد می‌کند به محض مطلع‌شدن از وقوع خطا، آنچه در این باره می‌دانید به زبانی مفهوم و آسان‌یاب به بیمار اطلاع دهید و در بیان خطا پیش قدم شده و منتظر سؤال

باشند (عنصر مادی جرم). در جرائم غیرعمد فرد خطاکار علاوه بر جبران خسارت، مجازات هم می‌شود؛ زیرا جبران خسارت به‌تنهایی مانع خطا و تقصیر بعدی او نمی‌شود. از آنجاکه حرفه‌ی پزشکی با جان انسان‌ها مرتبط است مسئولیت کیفری هم شامل مسئولیت پزشکان می‌شود. مجازات پزشک در مسئولیت کیفری توسط دادگاه تعیین می‌شود و ممکن است نظام پزشکی هم براساس آن پزشک را مجازات کند.

گاه خطای پزشکی از نوع سلبی است. در این مواقع پزشک وظیفه‌ی قانونی خود را ترک کرده است. براساس ماده‌ی ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ هرگاه کسی فعلی که انجام آن را بر عهده گرفته یا وظیفه‌ی خاصی را که قانون بر عهده‌ی او گذاشته است، ترک کند و به سبب آن، جنایتی واقع شود، چنانچه توانایی انجام‌دادن آن فعل را داشته باشد، جنایت حاصل به او مستند می‌شود و حسب مورد، عمدی، شبه‌عمدی یا خطای محض است.

اظهار خطای پزشکی به بیمار، در علم حقوق در شمار تکالیف پزشک محسوب نمی‌شود و اگر خسارتی به بیمار وارد شود و بعداً متوجه شود، می‌تواند شکایت کند. در واقع بیان نکردن خطا جرم نیست و این فقط یک مسئولیت اخلاقی است. علی‌رغم اینکه خطای یک حق الناس است، قانونگذار تضییع هر حق الناسی را جرم نمی‌داند بلکه فرد به‌شکل قانونی مکلف به جبران خسارت است. این موضوع در ماده‌ی ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ به این صورت مطرح شده است: «هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا

خطای پزشکی به بیمار اظهار نشود. همچنین از منظر قانونی نیز الزامی برای افشای خطا وجود ندارد بلکه پزشک باید تلاش کند تا خسارت حاصله به بهترین شکل جبران شود.

ضروری است خطاهای عمده در کمیته‌های مورتالیتی و موربیدیتی^۱ به دقت تجزیه و تحلیل شده و علل ریشه‌ای بروز مشخص گردد و برای جلوگیری از رخداد آن‌ها در آینده برنامه‌ریزی شده و راهکار ارائه شود و کادر درمانی در این باره آموزش‌های لازم را فراگیرند.

توضیح نمونه‌ی دوم

این رخداد هر چند می‌تواند پیش‌آگهی خوبی داشته باشد و با یک عمل ثانوی مختصر منجر به بهبودی شود و هیچ‌گونه علائمی در آینده نداشته باشد، لیکن به جهت عمل دوم باید از بیمار رضایت اخذ شود. براساس موازین اخلاقی کسب رضایت بیمار باید به صورت کاملاً آگاهانه باشد؛ لذا در این باره پزشک باید در بیان خطا پیش‌قدم شود و ضمن عذرخواهی و ابراز تأسف، مسئولیت عواقب خطا را بپذیرد و موضوع را به بیمار اطلاع دهد. در این باره نیز خطا باید به سیستم گزارش شود که می‌تواند با یا بدون نام پزشک باشد تا برای جلوگیری از تکرار آن راهکارهای اصلاحی تدوین و اجرا شود.

توضیح نمونه‌ی سوم

از نظر اخلاقی هیچ‌گونه ضرورتی برای اظهار خطاهای قریب‌الوقوع به بیمار وجود ندارد. افشای این‌گونه خطاها به بیمار بیشتر باعث کاهش اعتماد

نباشد؛ عذرخواهی و ابراز تأسف کنید و مسئولیت عواقب خطای خود را بپذیرید. همچنین، آمادگی ابراز احساس شدید از طرف بیمار را داشته باشید. افزون‌براین توصیه می‌کند برای مراقبت و جبران صدمه و جلوگیری از وقوع مجدد آن برنامه‌ریزی کنید. همه‌ی مباحث و اظهارات مطرح‌شده را در پرونده‌ی بیمار مکتوب نمایید.

هنگام بروز خطاهای عمده حتماً باید مسایل بیمه‌ای را مدنظر قرار دهید. در بند ۵ ماده‌ی ۷ شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ی مسئولیت حرفه‌ای پزشکان مصوب ۲۱ شهریور ۱۳۷۷، از وظایف پزشک بیمه‌گذار برشمرده شده است که «بدون موافقت کتبی بیمه‌گر، اقرار به مسئولیت خود ننموده یا متعهد به جبران خسارت نشود، در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی نسبت به جبران خسارت نخواهد داشت» (۲۲). این بند پزشکان را از اظهار خطای خود حتی اگر واضح و آشکار باشد بر حذر می‌دارد. در این بند موافقت کتبی بیمه‌گر شرط اظهار خطا و پذیرفتن مسئولیت توسط پزشک اعلام شده است. بدین ترتیب در قرارداد بیمه هر چند متعهدشدن پزشک به عدم اظهار خطا درست نیست و پزشک و شرکت بیمه نباید بر سر منافع و مصالح بیمار معامله کنند یا مصالح و منافع بیمار را فدای مصالح و منافع خود نمایند، ولی اگر عدم اظهار خطا توسط پزشک منجر به احقاق بهتر و سریع‌تر حقوق بیمار و جبران خسارت می‌گردد، دیگر اظهار آن ضرورتی ندارد یا می‌تواند به بعد از تشخیص بروز خطا توسط کمیسیون‌های تخصصی پزشکی تحت حمایت قانون موکول شود. همان‌طور که پیش‌تر نیز گفته شد براساس برخی موازین فقهی توصیه می‌شود

1. Mortality and Morbidity

PMID: 14520327. Epub 2003/10/02. eng.

10. Wu Albert, & et al. (1991). "Do House Officers Learn from Their Mistakes?-Reply". JAMA, 266 (4), P. 512-513.

11. Wu AW, & et al. (1997). "To Tell the Truth: Ethical and Practical Issues in Disclosing Medical Mistakes to Patients". J. Gen. Intern Med, 12 (12), P. 770-775.

12. Tavuchis, Nicholas. (1991). Mea Culpa: A Sociology of Apology and Reconciliation. Stanford University Press.

13. Robbenolt, Jennifer K. (2009). "Apologies and Medical Error". Clinical Orthopaedics and Related Research, 467 (2), P. 376-382.

14. Gallagher, Thomas H. & et al. (2003). "Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors". JAMA, 289 (8), P. 1001-1007.

15. Kaldjian, Lauris C. & et al. (2006). "An Empirically Derived Taxonomy of Factors Affecting Physicians' Willingness to Disclose Medical Errors". Journal of General Internal Medicine. 21 (9), P. 942-948.

16. Lazare, Aaron. (2005). On Apology. Oxford University Press.

17. Gallagher, Thomas H. & et al. (2006). "Choosing your Words Carefully: How Physicians would Disclose Harmful Medical Errors to Patients". Archives of Internal Medicine, 166 (15), 1585-1593.

18. Tindall, William N. & et al. (2008). Communication Skills in Pharmacy Practice: A Practical Guide for Students and Practitioners. P. 143.

۱۹. جزائری، نعمت‌الله‌بن‌عبدالله. (۱۳۹۵). کشف الأسرار فی شرح الاستبصار. ج ۲، ص ۳۶۱، نرم‌افزار جامع الاحادیث نسخه‌ی ۳/۵ مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی.

۲۰. جزری، مبارک‌بن‌محمد ابن‌اثیر. (۱۳۹۵). النهاية فی غریب الحديث و الأثر. ج ۳، ص ۲۰۸. نرم‌افزار جامع الاحادیث نسخه‌ی ۳/۵ مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی.

۲۱. مجلسی، محمدباقر بن محمدتقی. (۱۳۹۵). بحار الأنوار (ط - بیروت). ج ۶۴، ص ۷۱. نرم‌افزار جامع الاحادیث نسخه‌ی ۳/۵ مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی.

۲۲. اصغری، فریبا. (۱۳۸۹). «لزوم اظهار خطای پزشکی و تعارض آن با بیمه‌ی مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان». پزشکی قانونی، س ۱۶، ش ۵۷، صص ۵۲ تا ۵۳.

جامعه به سیستم سلامت می‌شود؛ لیکن گزارش این‌گونه خطاها به سیستم الزامی است. یکی از مهم‌ترین اهداف سیستم‌های گزارش‌دهی خطا، جلوگیری از وقوع مجدد آن‌هاست تا از تبدیل شدن خطاهای قریب‌الوقوع فعلی به خطاهای عمده‌ی آتی ممانعت به عمل آید.

منابع

۱. حاجی حسینی، علیرضا. (۱۳۸۹). مهندسی خطاهای انسانی: روش‌های شناسایی و ارزیابی خطای انسانی به انضمام دستورالعمل‌های سیستم‌های مدیریت ایمنی و بهداشت شغلی. تهران: فن‌آوران، صص ۱۱ تا ۱۲.
2. Christiane, Schubert & et al. (2012). "Defining Failure: The Language, Meaning and Ethics of Medical Error". International Journal of Humanities and Social Science, 2 (22), P. 30-42.
3. Post Stephen, G. (2004). Encyclopedia of Bioethics. MacMillan Reference USA.
4. Jawahar, Karla & et al. (2005). "Disclosure of Medical Error: Policies and Practice". Journal of the Royal Society of Medicine, 98 (7), P. 307-309.
۵. مصری، مهدی و همکاران. (۱۳۹۱). مقدمه‌ای بر افشای خطاهای پزشکی. تهران: انتشارات رسانه‌ی تخصصی، صص ۱۲ تا ۱۶.
۶. اصغری، فریبا و ندا یاور. (۱۳۸۴). «اظهار خطای پزشکی». مجله‌ی دیابت و لیپید ایران؛ ویژه‌نامه‌ی اخلاق و تاریخ پزشکی، صص ۲۵ تا ۳۵.
7. Jonsen Albert, R & et al. (2006). Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. McGraw-Hill Global Education.
۸. لاریجانی، باقر و کیارش آرامش. (۱۳۹۲). پزشک و ملاحظات اخلاقی. ج ۲، تهران: برای فردا، صص ۵۹ تا ۲۳۹.
9. Hevia, Armando & Cherri Hobgood. (2003). "Medical Error During Residency: to Tell or Not to Tell". Annals of Emergency Medicine, 42 (4), P. 565-70. PubMed

فصل بیست و سوم

نگاهی به قوانین و مقررات مهم برای شاغلان در بیمارستان‌ها

سید علی انجو، محمد علی خورسندیان، مهرزاد کیانی، بهزاد شمس

معرفی نمونه‌ی اول

آقای دکتر دال که در بخش تروما فعالیت دارد، ماه‌ها پیش بیماری داشته است و همراهانش او را در حالت افت هوشیاری به بیمارستان آورده‌اند و چون همراهان اعلام کرده بودند که او از ارتفاع سقوط کرده است، ایشان نیز در پرونده‌ی بیمار سقوط از ارتفاع را به عنوان تشخیص اولیه اعلام کرده‌اند. بیمار پس از یک هفته بستری در بیمارستان فوت می‌کند. اکنون قاتل آن بیمار به قتل اعتراف کرده است و به علاوه در بازسازی صحنه‌ی جرم و اظهارات قاتل و سایر شواهد معلوم شده است که متوفی (مقتول) از طریق وارد آمدن ضربه‌ی چماق به سرش به قتل رسیده است. بازپرس ویژه‌ی قتل دکتر دال را به خاطر ثبت عبارت سقوط از ارتفاع به عنوان تشخیص اولیه‌ی بیمار، برای ارائه‌ی توضیحات به دادرسی جنایی احضار می‌کند.

معرفی نمونه‌ی دوم

بیماری با خونریزی گوارشی شفاف و فراوان از پایین دستگاه گوارش (Lower GI Bleeding) به دلیل نبودن دستگاه اندوسکوپی، پس از هماهنگی با بخش گوارش بیمارستانی در مرکز استان و اخذ پذیرش بستری، با آمبولانس به آنجا آورده می‌شود. در راه، بیمار با سرم نرمال سالین هیدراته می‌شود و زمانی که به مرکز استان می‌رسد خونریزی شفاف و فراوان او به دلیلی نامعلوم قطع می‌شود. در اورژانس بیمارستان

به دلیل پایدار بودن شرایط بیمار، او را از سرویس داخلی مرخص می‌کنند. همراه بیمار با خواش و اصرار از یکی از پزشکان سرویس جراحی می‌خواهد که بیمارش را ویزیت کند و از آنجا که بیمار فتق اینگوینال هم داشته است به عنوان بیمار الکتیو بخش جراحی برای عمل فتق مغبنی بستری می‌شود.

فردای آن روز بیمار در بخش جراحی پیش از آنکه برای عمل به اتاق عمل ارجاع گردد، مجدداً دچار خونریزی گوارشی می‌شود و توسط دستیار بخش جراحی درخواست مشاوره‌ی داخلی برای او ارسال می‌شود. دستیار جراحی در فرم درخواست مشاوره براساس یک ذهنیت اشتباه اشاره می‌کند که «شرایط بیمار در اندوسکوپی که او در شهرستان انجام داده، پایدار و اندوسکوپی نرمال بوده است»؛ دستیار داخلی نیز بدون خواندن متن پرونده و به استناد گزارش دستیار جراحی در پاسخ مشاوره به اندوسکوپی نرمال بیمار در شهرستان اشاره می‌کند. پس از آن بیمار چندین بار بین بخش‌های داخلی و جراحی جابه‌جا می‌گردد و در این میان چندین مشاوره‌ی داخلی و جراحی برای او انجام می‌گیرد و به جز یک رزیدنت داخلی و یک رزیدنت جراحی، همه‌ی دستیاران دیگری که به مشاوره‌ها پاسخ داده‌اند از اندوسکوپی نرمال بیمار در شهرستان سخن گفته‌اند. اکنون همراه بیمار که خود پرستار است از تمامی دستیارانی که به اشتباه در پرونده درباره‌ی اندوسکوپی‌ای که هرگز در شهرستان انجام نشده بوده اظهارنظر کرده‌اند، شکایت کرده است.

معرفی نمونه‌ی سوم

آقای دکتر الف، پزشک عمومی شیفت جمعه‌شب اورژانس بیمارستانی در یکی از شهرستان‌هاست. ایشان پزشک حاذق و وظیفه‌شناسی هستند که به اصول اخلاقی در محدوده‌ی آگاهی و شناخت خود، پایبندند. ساعت پنج صبح روز شنبه، پس از یک شب بسیار شلوغ و سخت، در حال رسیدگی به درمان بیماری اورژانسی با تشخیص‌های احتمالی CVA^۱، آنژین صدری ناپایدار و احتمالاً MI^۲، exacerbation^۳ of asthma^۳ و همچنین یک بیمار سقوط از ارتفاع با کاهش سطح هوشیاری است. در این بیمارستان شرایط به گونه‌ای است که پزشک اورژانس شیفت شب (به جز پنج‌شنبه‌شب‌ها) از ساعت هفت صبح بیماران درمانگاهی شیفت بعد را برای مراجعه به آزمایشگاه، ویزیت کرده و برای آنان آزمایش‌های لازم را نسخه می‌کند. رسیدگی به چهار بیمار اورژانسی تا ساعت ۷:۳۰ صبح طول کشیده است. در طی این نیم‌ساعت بیماران زیادی پشت در اتاق ویزیت اورژانس جمع شده‌اند و در ورودی بیمارستان، بر سر نوبت، همه‌همه و گاهی نزاع در گرفته است.

یکی از مراجعان پیش می‌آید و خود را دادستان آن شهرستان معرفی می‌کند و ضمن اشاره به اختلال ایجادشده در نظم عمومی درمانگاه، از پزشک می‌خواهد به وظیفه‌ی پاسخ‌گویی به بیماران سرپایی و

۱. حمله‌ی عروق مغزی (Cerebrovascular Accident یا CVA) بیماری است که در افواه عوام به آن سکته‌ی مغزی گویند.

۲. میوکاردیال اینفارکشن یا انفارکتوس همان سکته‌ی قلبی است.

۳. این اصطلاح مربوط به تشدید علائم بیماری است که دچار آسم است و هر از چند وقت، حمله‌های نفس‌تنگی ناشی از بیماری او بدتر می‌شود.

سروسامان دادن به وضعیت درمانگاه عمل نماید.

پزشک خسته و آشفته از کشیک سخت شب گذشته و نگران از وضعیت ناپایدار بیماران اورژانسی خود، با تندی با دادستان سخن می‌گوید و بیانی را اظهار می‌کند که محترمانه‌اش این است که شما هر مقامی در بیرون دارید، محترم هستید اما در اینجا کاره‌ای نیستید و من وظایف خودم را بهتر از شما متوجه می‌شوم. دادستان هم که از بی حرمت شدن در مقابل همشهریانش جا خورده و ناراحت است خاطرنشان می‌کند که دادستان مدعی العموم و نماینده‌ی قانونی برای احقاق حق مردم است. پزشک که از مداخله‌ی او در کارهای درمانی عصبانی شده و البته زیاد هم تفاوت دادستان و فرماندار و بخشدار را به لحاظ ساختار قوانین کشور نمی‌داند با صدای بلند می‌گوید: «هرکس به خود اجازه می‌دهد در پزشکی دخالت کند؛ تو اگر نماینده‌ی مردمی دو تا آمبولانس برای این شهر بخر» و کلماتی را اضافه می‌کند که مضمون آن نادانستن و سردرنيابوردن دادستان از امور پزشکی است. پانزده دقیقه‌ی بعد درست، دقایقی قبل از کشیک طاقت‌فرسای یک جمعه‌شب شلوغ، دادستان با همراهی یک سرباز مسلح و حکم جلب آقای دکتر الف، برای بردن ایشان به اورژانس بیمارستان می‌آید.

۱. مقدمه

بسیار با شیوه‌ی بیان کتاب‌های پزشکی و علوم تجربی متفاوت و در نتیجه برای خواننده‌ی ناآشنا با متن‌های حقوقی، مطالبی از این دست سنگین است، در این مقال تلاش شده تا ضمن حفظ صحت علمی مطالب از اصطلاحات ثقیل و سنگین حقوقی در حدی که امکان‌پذیر است، اجتناب گردد و هر جا برای آموزش آن عبارت و واژگان ناگزیر از به کارگیری کلمات تخصصی حقوقی بوده ایم، تلاش کرده ایم که مفهوم آن را بازگشایی و شفاف‌سازی کنیم.

در ابتدای این نوشتار سه نمونه‌ی برخاسته از واقعیت با تغییراتی مختصر به نحوی که متضمن اشاره به اشخاص و همکاران مورد نظر نباشد، آورده شده است. گمان نویسندگان این است که همکارانی که با شرایط موجود در این نمونه‌ها مواجه شده بودند، اگر این فصل کتاب را خوانده بودند، دچار مشکل نمی‌شدند. پس از آشنایی با طرح سه نمونه‌ی یادشده، کلیات و واژگانی اولیه که برای فهم

هر شهروندی برای زندگی موفق فردی و شغلی در کشوری که در آن زندگی می‌کند نیاز دارد از قوانین آن کشور آگاهی داشته باشد و حقوقی را که به موجب آن قوانین از آن‌ها برخوردار شده و مسئولیت‌هایی را که به عهده‌ی او گذاشته شده است، در حدّ توان، امکان و لزوم بدانند. پزشکان و پرستاران و کارکنان بیمارستان در جامعه با حقوق دانان، قضات، وکلا، کارکنان و مقامات دادگاه‌ها و دادرها ارتباط‌هایی خواهند داشت. دانستن شیوه‌ی فکرکردن مقامات قضایی به کارکنان بخش درمانی کمک می‌کند که از سوء تفاهم‌ها جلوگیری شود و برای یافتن روش تعاملی بهتر جست‌وجوی بیشتر انجام گیرد؛ لذا این فصل با بیانی صمیمانه‌تر از منابع حقوقی و با توجه به اینکه مخاطب این فصل یک همکار بیمارستانی است، نوشته شده است.

از آنجا که بیان و نوشتار منابع و کتب علم حقوق

نیست؛ بلکه اشخاص حقیقی یا حقوقی به واسطه‌ی هریک از هویت‌های حقیقی یا حقوقی‌شان، مسئولیت‌ها (وظایف) و حقوقی خواهند داشت (۴). به هر روی زمانی که یک شخص به‌صورت آگاهانه یا با غفلت جبران‌ناپذیر با بزهکاری خود نظم اجتماعی و اخلاق حسنه را نقض نماید، مسئولیت کیفری دارد؛ لذا باید به مجازات کاری که انجام داده است الزام شود. این مجازات که واکنش جامعه در برابر شخص بزهکار است می‌تواند چیزی مانند جریمه‌ی نقدی، سلب آزادی یا سلب حقوق اجتماعی باشد؛

اما مسئولیت مدنی جایی است که خسارتی به دیگری وارد شده است. در حقیقت مسئولیت مدنی، تکلیف شخص به انجام دادن تعهدی است که خود بر عهده گرفته یا التزام او به جبران خسارتی است که آگاهانه یا ناآگاهانه به دیگری وارد نموده است؛ از این‌رو ملاحظه می‌نمایید که مسئولیت مدنی با مسئولیت کیفری متفاوت است؛ جایی که شخصی خسارتی به دیگری وارد نموده و جبران خسارت می‌کند از باب مسئولیت مدنی است، اما جایی که کسی جرمی مرتکب شده و به زندان می‌رود از باب مسئولیت کیفری است. تفاوت‌های مهم این دو مسئولیت در چند چیز است:

۱. عناصر سازنده‌ی این دو مسئولیت چنان‌که خواهیم گفت متفاوت است. عناصر مسئولیت کیفری، انجام دادن یک عمل ناروا، نیت سوء و وجود ممنوعیت قانونی برای فعل انجام‌شده است؛ اما عناصر مسئولیت مدنی، وجود ضرر، ارتکاب یک فعل زیان‌بار به‌صورت غیرمستعارف و رابطه‌ی سببیت بین شخص و نتیجه است.
۲. هدف از مسئولیت کیفری دفاع از جامعه در

مطالب حقوقی لازم است به‌طور خیلی مختصر و ساده توضیح داده شده‌اند؛ سپس تفاوت اخلاق و قانون و نیز تفاوت نگاه تدافعی به طب در مقایسه با نگاه مهربانانه، بررسی شده و بعد از آن عین مواردی از قوانین مرتبط با نظام سلامت آورده شده‌اند. بخش بعدی به آشنایی با برخی از اصطلاحات رایج فقهی حقوقی اختصاص داده شده و در انتها، فصل با بحث درباره‌ی نمونه‌های آغاز فصل به پایان رسانده شده است.

۲. مسئولیت به‌طور کلی

مسئولیت‌های افراد را به دو دسته‌ی مسئولیت‌های اخلاقی و مسئولیت‌های حقوقی تقسیم می‌کنند. ساده و مختصر اینکه مسئولیت اخلاقی، آن دسته از تعهدهایی است که اشخاص در برابر دیگران دارند؛ اما در قانون به آن پرداخته نشده (۱) و در قوانین کشور ضمانت اجرایی برای آن در نظر گرفته نشده است.

۲-۱. مسئولیت مدنی و کیفری

مسئولیت حقوقی خود به دو دسته‌ی مسئولیت مدنی و مسئولیت کیفری تقسیم می‌شود که تفصیل آن و دسته‌بندی‌های جزئی‌تر آن در کتب و منابع علم حقوق در دسترس است (۲). واضح است که همان‌گونه که ما در قبال دیگران مسئولیت داریم، دیگران نیز در قبال ما مسئولیت‌هایی دارند که آن مسئولیت‌ها همان حقوق ما هستند. به بیان دیگر در روابط انسانی حق و مسئولیت دوروی یک سکه هستند. در ارتباط «من و شما» در واقع حق من، مسئولیت شما و مسئولیت من حق شماست (۳). این تعریف از مسئولیت به روابط بین افراد منحصر

و دادگاه مدنی در نهایت حکمی مانند جبران خسارت، الزام به انجام دادن فعل یا ترک آن را صادر می‌کند؛ یعنی متخلف را وادار می‌کنند خسارت فرد زیان‌دیده را جبران کند یا عملی را که مسئول انجام آن بوده و انجام نداده است، به انجام برساند یا عملی را که انجام آن تخلف بوده و مرتکب می‌شده است دیگر انجام ندهد. در واقع دادگاه مدنی نمی‌تواند حکم زندان یا شلاق صادر کند (۵).

۲-۲. مسئولیت انتظامی (حرفه‌ای)

در عرصه‌ی عمومی افراد از آنجا که شهروند کشوری هستند که در آن زندگی می‌کنند، به مثابه هر یک از شهروندان آن کشور «مسئولیت‌های مدنی و کیفری» دارند. در کنار آن برخی اشخاص به واسطه‌ی مقررات حرفه‌ای که بدان مشغول هستند، نوع دیگری از مسئولیت را بر عهده دارند که به آن «مسئولیت انتظامی» گفته می‌شود؛ برای مثال کارکنان پلیس یا نیروهای مسلح یا قضات و وکلا وظیفه دارند به الزامات شغل خود پایبند باشند و در صورت سرپیچی از وظایفی که به مناسبت حرفه‌ی خود بر عهده دارند مشمول جریمه‌هایی می‌گردند. این جریمه‌ها می‌تواند از تذکر و توبیخ تا لغو مجوز اشتغال به آن حرفه باشد.

اتحادیه‌ها و سازمان‌های ناظر بر مشاغل نظام‌ها مقررات و دستورالعمل‌هایی برای شاغلان صنف خود وضع می‌کنند. واضح است که ضمانت اجرای این مقررات در حیطه‌ی قدرت، همان اتحادیه‌های صنفی است و تخلف از دستورالعمل‌های برآمده از مسئولیت‌های انتظامی، تخلف انضباطی شغلی تلقی می‌شوند (۶)؛ از جمله نظامات صنفی

برابر خدشه در نظم عمومی و تنبیه مجرم است؛ اما هدف از مسئولیت مدنی جبران خسارت اشخاصی است که از رفتار شخص دیگر دچار زیان شده‌اند.

۳. جرم را فقط قانون معین می‌کند؛ اما مسئولیت مدنی می‌تواند تابع عرف باشد.

۴. مبنای مسئولیت کیفری همواره سوءنیت و رفتار بزهکارانه‌ی یک شخص است؛ اما مسئولیت مدنی می‌تواند بدون تقصیر و آگاهی مرتکب آن و حتی با حسن نیت یک شهروند خوب صورت پذیرد.

۵. نتیجه‌ی مسئولیت کیفری مجازات است اما ضمانت اجرای مسئولیت مدنی جبران خسارت است.

۶. رسیدگی به جرایم کیفری و صلاحیت دادگاه‌های رسیدگی‌کننده به آن متفاوت است. مرجع رسیدگی به تخلفات ناشی از نقض مسئولیت‌های کیفری دادگاه کیفری است. این دادگاه‌ها قضاتی متفاوت و گاهی بیش از یک نفر قاضی دارند. رسیدگی به این پرونده‌ها فوری است. پرونده‌ها نخست در دادسرا تشکیل می‌شوند و با ترتیب خاصی که در قانون آیین دادرسی کیفری نوشته شده است درباره‌ی آن‌ها تحقیقات مقدماتی انجام می‌شود. در این پرونده‌ها افزون بر شاکی خصوصی، دادستان نیز از طرف عموم مردم در برابر متهم اقامه‌ی دعوا می‌کند؛ اما مرجع نقض مسئولیت مدنی «دادگاه‌های مدنی» است که با یک قاضی تشکیل می‌شود و قواعد و مقررات رسیدگی براساس «آیین دادرسی مدنی» است. رسیدگی به این پرونده‌ها معمولاً طولانی است

وابسته از سه ماه تا يك سال در محل ارتكاب
تخلف؛

هـ- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و
وابسته از سه ماه تا يك سال در تمام کشور؛

و- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و
وابسته از يك سال تا پنج سال در تمام کشور؛

ز- محرومیت دائم از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و
وابسته در تمام کشور.^۱

گفتنی است که محکومیت‌های بندهای «الف» و
«ب» و «ج» به جزای نقدی نیز تبدیل می‌شوند.
پرداخت این وجوه را نیز بیمه‌نامه‌های مسئولیت
حرفه‌ای پزشکان تحت پوشش قرار نمی‌دهند.

۳. ارکان مسئولیت

برای اینکه در محکمه بتوان ثابت کرد مسئولیتی
نقض شده است یا به عکس نشان داد مسئولیتی
نقض نشده است به اجزاء یا عناصر یا ارکان مسئولیت
استناد می‌کنند.

مسئولیت مدنی می‌تواند «قراردادی» یا «خارج از
قرارداد» (قهری) باشد. مسئولیت قراردادی زمانی
است که ما با اراده‌ی خودمان تعهداتی را بر عهده
گرفته باشیم؛ در این صورت باید آن تعهد را انجام
بدهیم و اگر آن را نقض کنیم دادگاه، ما را به پرداخت
خسارت یا پذیرش نقض متقابل تعهدات طرف دیگر
ملزم خواهد کرد؛ برای مثال پزشک یا بیمارستانی
که با بیماری قرارداد درمان بسته است، مسئولیت
مدنی قراردادی دارد. مسئولیت مدنی خارج از قرار
داد جایی است که بدون نیاز به آنکه قرار با کسی

و حرفه‌ای نظام پزشکی، نظام پرستاری، نظام
مهندسی و اتحادیه‌هایی از این قبیل هستند. یک
مهندس ناظر ساختمان برای اینکه بتواند شغل
نظارت بر ساختمان را داشته باشد ملزم است طبق
قواعد تهیه‌شده در نظام آن صنف، پروانه‌ی کار و
مجوز دریافت کند و اگر از قواعد صنف خود تخطی
کند، نظام مهندسی با قدرتی که در زمینه‌ی اعطای
مجوزهای شغلی و تعیین سقف نظارت‌ها و... دارد
می‌تواند او را تنبیه کند.

به همین طریق نظام پزشکی نیز در قبال پروانه‌ی
طبابت و نیز پرونده‌ی مطب که برای اعضای خود
صادر می‌کند مقرراتی وضع کرده و بر آن اساس
تعهدات و مسئولیت‌هایی را برای اعضای خود در
نظر می‌گیرد.

در صورت وجود شکایت در خصوص تخطی
حرفه‌مندان از دستورالعمل‌های صنف، هیئت‌های
بدوی یا تجدیدنظر انتظامی مسئول رسیدگی
هستند. واضح است که نوع حکم صادرشده توسط
هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر انتظامی از جنس
محدودیت‌های شغلی است (۷). در حوزه‌ی امور
پزشکی مجازات‌های حرفه‌ای (انتظامی) بدین ترتیب
است:

الف- تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیئت مدیره‌ی
نظام پزشکی محل؛

ب- اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده‌ی نظام
پزشکی محل؛

ج- توبیخ کتبی با درج در پرونده‌ی نظام پزشکی
و نشریه‌ی نظام پزشکی محل یا الصاق رأی در
تابلوی اعلانات نظام پزشکی محل؛

د- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و

۱. ماده‌ی ۳۰ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای
شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته

بوده است؛ همچنین ثابت کند این زیان ناشی از رفتار خود او یا شخص ثالث یا حادثه‌ی طبیعی اجتناب‌ناپذیر یا پیش‌بینی‌ناپذیری نبوده است. خواننده هم برای دفاع از خود باید دست کم یکی از این عناصر را انکار کند. شایان ذکر است شخص خواننده می‌تواند برای رهایی از عنصر دوم مسئولیت مدنی به برخی از موارد مهم، مانند آنکه توسط شخصی دیگر تهدید یا اجبار شده است یا آنکه میان او و زیان‌دیده توافقی مبنی بر عدم مسئولیت وجود داشته استناد کند؛ البته باید دانست که توافق دو شخص بر مسئولیت نداشتن دیگری در برابر خسارت‌هایی که به او وارد می‌کند شامل خسارت‌های سنگین و نامتعارف نمی‌شود. ارکان مسئولیت کیفری عبارت‌اند از:

الف. «عنصر قانونی» یا وجود ممنوعیت قانونی برای فعل انجام‌شده؛

ب. «عنصر روانی یا معنوی» یا داشتن قصد و آگاهی از ممنوعیت عمل (نیت سوء)؛

ج. «عنصر مادی» یا انجام پذیرفتن یک کار ناروا. این ارکان نشان می‌دهند که اگر بخواهیم ثابت کنیم کسی جرمی^۲ مرتکب شده است باید اولاً نشان دهیم چنین کاری در قانون صراحتاً جرم دانسته شده است (عنصر قانونی) و به علاوه نشان دهیم فرد متهم انگیزه و نیت انجام فعل مجرمانه روی شخص زیان‌دیده را داشته است (عنصر روانی یا معنوی) و ثالثاً اثبات کنیم به لحاظ مادی فعل مجرمانه واقعاً رخ داده است؛ چراکه به صرف اینکه کسی خیال انجام دادن جرمی را در سر می‌پروراند نمی‌توان او را مجرم دانست (عنصر مادی) (۹).

داشته باشیم، ملزم به جبران خسارت او بشویم؛ برای مثال با شخصی تصادف کنیم و خسارتی به خودرو یا بدن او وارد کنیم.

ارکان مسئولیت مدنی قهری عبارت‌اند از:

الف. «ضرر» که می‌تواند شامل ضرر مادی یا معنوی باشد؛ مانند ضرر بدنی که هم مادی است هم معنوی. همچنین عدم‌النفع و زیان‌های مسلم آینده هم در اینجا مطرح است.

ب. «وقوع یک کار زیان‌بار» که با تقصیر یا خروج از رفتار متعارف صورت گرفته باشد یا تنها برای شخصی دیگر ایجاد خطر شده باشد. این رکن ترك يك کار را هم که موجب خسارت به دیگری بشود شامل می‌شود؛ البته باید دانست که اجبار، اضطرار، غرور (فریفته‌شدن)، اجرای حق یا رضایت زیان‌دیده باعث می‌شود که مسئولیت شخصی که ضرری به دیگری زده است برداشته شود؛ اما درباره‌ی صدمه‌های عمدی به بدن و خطاهای سنگین و کارهای خلاف نظم عمومی، رضایت زیان‌دیده یا «شرط عدم مسئولیت» مؤثر نیست.

ج. «رابطه‌ی سببیت» یعنی آنکه واردشدن ضرر ناشی از فعل پدیدآورنده‌ی زیان باشد نه ناشی از قوه‌ی قاهره^۱ یا علت خارجی یا تقصیر خود زیان‌دیده (۸).

به بیان دیگر شخص شاکی که می‌خواهد خسارت بگیرد باید هر سه عنصر را در دادگاه اثبات کند؛ یعنی هم باید ثابت کند که دچار زیان شده است؛ هم باید اثبات کند که این زیان ناشی از رفتار شخص مقابل او که «خوانده» یا «متشاکی» نامیده می‌شود

۲. نقض مسئولیت کیفری یا جزایی در اصطلاح «جرم» نامیده می‌شود.

1. Force Majeure

در درمان یا خودداری از کمک به مصدوم) با مجازات حبس از شش ماه تا دو سال؛

- گواهی خلاف واقع درباره‌ی یک شخص برای معافیت از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به مراجع قضائی (گواهی خلاف واقع برای ازدواج، نداشتن اعتیاد و...)^۲؛

- افشای اسرار بیمار و نوع بیماری (حبس سه ماه و یک روز تا یک سال یا مجازات نقدی)^۳؛

- عدم رعایت موازین شرعی در موارد غیراضطرار؛

- تجویز مواد مخدر و روان‌گردان بدون دلیل قانونی؛

- انجام‌دادن امور خلاف شئون پزشکی؛

- تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران؛

- ایجاد رعب و هراس برای بیماران؛

- استفاده از عناوین تأیید نشده در امور پزشکی؛

- انجام‌دادن آزمایش‌های غیرقانونی؛

- جذب بیمار به مطب خصوصی و آگهی تبلیغاتی؛

- ایجاد مؤسسه‌ی پزشکی غیرمجاز یا داروخانه‌ی فاقد مجوز؛

رفتارهای افراد جرم نیست؛ مگر اینکه قانون به‌صراحت آن را جرم تلقی کرده باشد. افراد مجرم نیستند؛ مگر اینکه عمل مجرمانه‌ی مادی در عالم واقع رخ داده باشد و افراد مجرم نیستند، مگر اینکه نیت و انگیزه‌ی مجرمانه داشته باشند. برای وقوع جرم هر سه رکن آن لازم است؛ یعنی اگر یکی از سه عنصر فوق وجود نداشته باشد اثبات جرم کامل نمی‌شود. به همین ترتیب شخص متهم می‌تواند با انکار هر یک از این عناصر از مجازات و واکنش کیفری رهایی یابد.

ممکن است گمان شود پزشک و پرستار و کارکنان بخش درمان به دلیل نیت خیرخواهانه‌ای که در درمان دارند هیچ‌گاه به‌عنوان متهم در نقض مسئولیت‌های کیفری یا به بیان دیگر مظنون به ارتکاب جرم تحت تعقیب و پیگرد قرار نمی‌گیرند؛ اما باید عرض کنیم که این‌گونه نیست. در اینجا به مواردی از مسئولیت‌های کیفری شاغلان مرتبط با حرفه‌ی پزشکی که در قوانین و مقررات کشور ما ذکر شده است و برای آن مجازات‌هایی در نظر گرفته شده است، اشاره می‌شود:

- وارد کردن صدمه‌ی عمدی به بیمار (قتل عمدی، جرح، نقص عضو یا از بین بردن عمدی سلامت بیمار)؛

- انجام‌دادن فعالیت درمانی بدون اذن بیمار آگاه و بالغ و عاقل یا بدون اذن ولی بیمار محجور؛

- انجام‌دادن فعالیت درمانی در مواقعی که شخص تخصص ندارد (اشتغال غیرمجاز به حرفه‌ی پزشکی)؛

- خودداری از کمک به بیمار در حال خطر^۱ (اهمال

۲. بنابر ماده‌ی ۵۳۹ قانون مجازات اسلامی، گواهی خلاف واقع برای معافیت از خدمت اداری یا نظامی برای دادگاه حبس از شش ماه تا یک سال یا جزای نقدی و در صورت اخذ وجه، مجازات رشوه‌گیرنده اضافه می‌شود. «هرگاه طبیب تصدیق‌نامه‌ی بر خلاف واقع درباره‌ی شخصی برای معافیت از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به مراجع قضایی بدهد به حبس از شش ماه تا دو سال یا به‌سسه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد و هرگاه تصدیق‌نامه‌ی مزبور به واسطه‌ی اخذ مال یا وجهی انجام گرفته، علاوه بر استرداد و ضبط آن به‌عنوان جرمی، به مجازات مقرر برای رشوه‌گیرنده محکوم می‌گردد.»

همچنین براساس ماده‌ی ۵۴۰ برای سایر تصدیق‌نامه‌های خلاف واقع که موجب ضرر شخص ثالثی باشد یا آنکه خسارتی بر خزانه‌ی دولت وارد آورد مرتکب، علاوه بر جبران خسارت وارده به شلاق تا ۷۴ ضربه یا به دویست هزار تا دو میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.

۳. بنابر ماده‌ی ۶۲۸ آطا و جراحان و ماماها و داروفروشان و همه‌ی کسانی که به‌مناسبت شغل یا حرفه‌ی خود محرم اسرار می‌شوند هرگاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند.

۴. ماده‌ی ۱۴ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی نیز مقرر داشته است: «جذب بیمار به‌صورتی که مخالف شئون پزشکی باشد؛ همچنین، هر نوع تبلیغ گمراه‌کننده از طریق رسانه‌های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابر، خارج از ضوابط نظام پزشکی، ممنوع است. تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویی، از سوی شاغلان حرفه‌های پزشکی، همچنین نصب علامات تبلیغی که جنبه‌ی تجاری دارند در محل کار آن‌ها، مجاز نیست.»

۱. مسمومیت، سوختگی، زایمان، اغما، خونریزی، شوک و تشنج از نمونه‌های فوریت هستند.

- به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی؛
 - اسقاط جنین (دو تا پنج سال حبس و پرداخت دیه) یا دادن دارو برای سقط جنین (نک: ماده‌ی ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی)^۱
 - استنکاف از عرضه‌ی دارو، آماده‌کردن یا توزیع داروی فاسد یا تقلبی برای فروش و ساخت غیرمجاز دارو؛
 - خودداری از ارائه‌ی گواهی ازدواج؛
 - پنهان کردن جسد یا دفن جسد بدون اطلاع به مأموران قانونی^۲؛
 - خودداری از اعلام وفات و معاینه‌ی جسد توسط پزشک.
- شاکای خصوصی پرداخت شود یا رضایت او به هر نحو جلب شود یا از شکایت خود صرف‌نظر کند، دادستان می‌تواند به نمایندگی از عموم (به‌عنوان مدّعی‌العموم) حقّ عمومی را از متهم مطالبه کند؛ لذا در چنین مواردی گفته می‌شود که پرونده‌ی فلان از منظر جنبه‌ی خصوصی مختومه شده اما از جنبه‌ی عمومی جرم همچنان مفتوح است.
- پس اگر هریک از ما پزشک بیمارستان یک شهرستان باشیم و رفتار ما بتواند دست کم از منظر افراد غیرمرتبط به حوزه‌ی سلامت مصداق ایجاد اختلال در نظم عمومی باشد و اگر اختلال در نظم عمومی در قانون، جرم تلقی شده باشد، دادستان شهرستان به لحاظ قانونی می‌تواند و مجاز است به‌عنوان مدّعی‌العموم از پزشک پرسش کند.

۴. جنبه‌ی عمومی جرم

در صورت نقض مسئولیت‌های کیفری (وقوع جرم) صرفاً فرد زیان‌دیده متضرر نمی‌شود، بلکه همه‌ی اجتماع از وقوع یک جرم آسیب می‌بینند؛ برای مثال کسی که دیشب از منزل همسایه‌ی ما دزدی کرده است فقط اموال همسایه را به تاراج نبرده است، بلکه امنیت و آسایش خاطر کلّ محلّه‌ی ما را از بین برده است؛ لذا در جرایم (نقض مسئولیت‌های کیفری) دو خسارت‌دیده‌ی متمایز وجود دارند: یکی فرد زیان‌دیده‌ی مستقیم که به او در صورتی که شکایت کرده باشد، «شاکای خصوصی» گویند و دیگری عموم مردم جامعه که آسایش و امنیت روانی‌شان مختل شده است. این بخش از جرم را «جنبه‌ی عمومی جرم» می‌گویند. به این مفهوم که اگر خسارت

۵. مبانی قانونی مسئولیت پزشک

خوشبختانه به دلیل فرهیختگی و تربیت خاصی که جامعه‌ی پزشکی از آن برخوردار است و همچنین نظام اسلامی که در کشور ما وجود دارد، از نظر آماری پزشکان، کمتر گرفتار مسئولیت کیفری می‌گردند و بیشتر پرونده‌های طرح‌شده در امور پزشکی، پرونده‌های تخلف انتظامی و پرداخت خسارت (دیه) است؛ ازاین‌رو در تکمیل آنچه درباره‌ی مسئولیت مدنی گفته شد، شایسته است در اینجا اندکی هم از ارکان تشکیل‌دهنده و مقررات قانونی حاکم بر مسئولیت حرفه‌ی پزشکی، که بیشتر موارد آن در حیطه‌ی مسئولیت‌های مدنی است، سخن بگوییم. ازآنجا که قوانین ما در کنار بهره‌گیری از تجربیات جهانی در احکام شریعت آسمانی ریشه دارد، نخست چند قاعده‌ی مهم از حقوق اسلامی که دنیا

۱. به‌صورت عمومی کمک به سقط جنین موجب مجازات شش ماه تا یک سال زندان است (نک: ماده‌ی ۶۲۳ قانون مجازات اسلامی)
 ۲. مطابق ماده‌ی ۶۳۶ قانون مجازات اسلامی مرتکب این کار به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس مجازات خواهد شد. همچنین دفن بدون مجوز مشمول جزای نقدی است (ماده‌ی ۶۳۵ قانون مجازات اسلامی).

نیز آن را پذیرفته است بیان می‌شود:

قاعده‌ی اتلاف: مطابق این قاعده هرکس مال، جان، سلامت یا عضو دیگری را از بین ببرد «ضامن» است و باید جبران کند. قاعده‌ی اتلاف عمومیت دارد و شامل طیفی وسیع از هر نوع اتلاف‌کننده، از اتلاف‌کننده‌ی عمدی یا بی‌مبالا گرفته تا اتلاف‌کننده‌ی ناآگاه یا با حسن نیت نیز می‌شود. دلیل محکومیت پزشکان به پرداخت دیه و خسارات به بیماران، قاعده‌ی اتلاف است. اتلاف خود می‌تواند به دو شکل صورت گیرد: «اتلاف به مباشرت» و «تسبیب». این دو اصطلاح در عنوان «مباشر و سبب» توضیح داده خواهد شد (۱۰ و ۱۱). قاعده‌ی احسان: این قاعده برگرفته از آیه‌ی «ما علی المحسنین من سبیل»^۱ است. مطابق این قاعده نیکوکار محض یعنی کسی که کار او تنها از روی احسان صورت گرفته است (محسن)، مسئولیت کیفری و مدنی ندارد. در شرح مواد قانونی خواهیم گفت که در برخی از حالت‌ها کار کادر درمانی احسان است.^۲

قاعده‌ی اقدام: هر کس اقدام به هر کاری می‌کند باید نتایج قانونی آن را بپذیرد؛ برای مثال بیماری که با آگاهی عواقب بیماری را می‌پذیرد ممکن است از دریافت خسارت محروم شود.

قاعده‌ی لاضرر و قاعده‌ی نفی عسر و حرج (لاخرج): احکام و قوانین نخستین در حالت‌هایی که موجب زیان یا دشواری شدید بشوند برداشته می‌شوند و از این راه نظام قانونی انعطاف می‌یابد؛

برای مثال سقط جنین یا جدا کردن اعضای جسد در حالت عادی ممنوع است، اما در حالت ضرر و حرج با شرایطی مجاز شمرده می‌شود.^۳ قاعده‌ی اضطرار: این قاعده نیز شبیه دو قاعده‌ی قبل احکام نخستین را بر می‌دارد و کاری را که در شرایط عادی نارواست مجاز می‌کند؛ البته این قاعده مسئولیت مدنی را بر نمی‌دارد. اضطرار وضعیتی است که باعث می‌شود انسان به صورت عمدی بدون آنکه بخواهد برای دوری از زیان بزرگ‌تر به خود یا شخصی دیگر خسارت برساند؛ برای مثال در حالت اضطرار که بیمار هوشیار نیست می‌توانیم بدون اجازه‌ی بیمار شروع به درمان کنیم یا لباس بیمار را پاره کنیم.^۴

قاعده‌ی اجبار: به موجب این قاعده نیز اجبار هم بردارنده‌ی مسئولیت مدنی و هم بردارنده‌ی مسئولیت کیفری است؛ البته اجبار در صورتی مؤثر است که یک تهدید جدی مادی یا معنوی نامشروع و دفع‌نشده وجود داشته باشد که بخواهد انسان را وادار به کاری بکند که تمایل ندارد.

با دانستن مبانی یادشده، ضمن اینکه به مهم‌ترین مواد مرتبط با مسئولیت پزشکان در قانون مجازات اسلامی در صفحات بعد اشاره خواهد شد (مطالب انتهایی فصل تحت عنوان «رضایت بیمار» و مواد قانونی که بعد از آن عنوان طرح شده است)، به یکی از مواد قانون مجازات اسلامی که درباره‌ی مسئولیت

۳ نک: عمید زنجانی، ۱۳۹۰، ص ۱۰۸ و ۷۴.

۴. بنابر ماده‌ی ۱۵۲ قانون مجازات اسلامی، هرکس هنگام بروز خطر شدید فعلی یا قریب‌الوقوع از قبیل آتش‌سوزی، سیل، طوفان، زلزله یا بیماری به منظور حفظ نفس یا مال خود یا دیگری مرتکب رفتاری شود که طبق قانون جرم محسوب می‌شود، قابل مجازات نیست؛ مشروط بر اینکه خطر را عمداً ایجاد نکند و رفتار ارتكابی با خطر موجود متناسب و برای دفع آن ضرورت داشته باشد.

تبصره: کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلف به مقابله با خطر هستند نمی‌توانند با تمسک به این ماده از ایفای وظایف قانونی خود امتناع کنند.

۱. قرآن کریم، سوره‌ی توبه، آیه‌ی ۹۲.

۲. بنابر ماده‌ی ۵۱۰ قانون مجازات اسلامی، هرگاه شخصی با انگیزه‌ی احسان و کمک به دیگری لازم است رفتاری را برای حفظ مال، جان، عرض و ناموس او انجام دهد و همان عملی که انجام می‌دهد موجب صدمه یا خسارت شود، در صورت رعایت مقررات قانونی و نکات ایمنی ضامن نیست.

دارد و در صورتی که منجر به خسارت شود مسئولیت مدنی نیز خواهد داشت.

ب. جز در مواقع فوریت‌های پزشکی، طبیب نمی‌تواند در غیر رشته‌ی تخصصی خود وارد عمل شود و در زمینه‌ی تجویز داروها نیز محدوده‌ی عمل پزشک منحصر به داروهای مجاز است. رضایت بیمار هم نمی‌تواند مسئولیت پزشک را در صورت خروج از محدوده‌ی مجاز از بین ببرد.

ج. در مواقعی که پزشک مرتکب جرم تعزیری و عمدی شود، پروانه‌ی پزشکی او لغو می‌شود و در این صورت اگر به طبابت بپردازد عمل او به‌عنوان دخالت غیرمجاز در امور پزشکی تلقی می‌شود؛ بنابراین شروع، ادامه و ختم فعالیت پزشک را قانون مشخص نموده و عدم رعایت این محدوده، ایجاد مسئولیت می‌کند.

۶. اخلاق و قانون

منبع ایجاد قانون در یک جامعه چیست؟ نوع حکومت آن جامعه، فرهنگ مردم یا اخلاق؟ نسبت اخلاق و حقوق به چه ترتیب است؟ آیا حقوق از اخلاق نشأت می‌گیرد؟ یا اخلاق بر پایه‌ی حقوق^۱ افراد است؟ این‌ها سؤالاتی هستند که در مقدمه‌ی هر بحثی که به اخلاق و قانون و مقررات می‌پردازد مطرح خواهد بود.

به اجمال می‌توان گفت حقوق، علم اُبژه‌ها

پزشکان وضع شده است می‌پردازیم:

براساس ماده‌ی ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی، ارتکاب رفتاری که طبق قانون جرم محسوب می‌شود، در موارد زیر قابل مجازات نیست:

«الف.... ب.... ج. هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست.» براساس این ماده‌ی قانونی پزشک پیش از شروع درمان موظف است از بیمار یا سرپرست قانونی او (ولی) رضایت آگاهانه بگیرد و گرنه مرتکب جرم می‌گردد. اولیای قانونی اشخاص نابالغ و دیوانه یا بیهوش عبارت‌اند از پدر و جد پدری و در صورت نبود پدر یا جد پدری، وصی تعیین شده از طرف پدر و در صورت نبود وصی، قیم که برای سرپرستی کارهای اشخاص نابالغ و مجنون از طرف دادگاه تعیین می‌شود. برای گرفتن رضایت به شروع درمان اجازه‌ی مادر یا سرپرست نیز معتبر است؛ اما اجازه‌ی زن پدر، شوهر مادر، جد و جدّه‌ی مادری یا جدّه‌ی پدری و معلم و مربی اعتبار ندارد (۱۲).

روشن است که مطابق قانون برای انجام حرفه‌ی پزشکی از شروع تا پایان این اشتغال اجازه‌ی قانونگذار لازم است؛ بنابراین باید گفت «محدوده‌ی صلاحیت پزشکان» در مرزهای زیر است:

الف. داشتن پروانه‌ی رسمی پزشکی که بعد از گذراندن دوره‌های نظری و عملی خاص در دانشکده‌ها و مراکز آموزش عالی کشور و اخذ مدرک پایانی، داده می‌شود. بدون داشتن پروانه‌ی رسمی، اقدام به اعمال پزشکی جرم محسوب می‌شود و مسئولیت کیفری به دنبال

۱. بی‌شک واژگانی چون حقوق و اخلاق پیش از آغاز هر کلامی در این خصوص باید به‌درستی و دقت معنا شود تا در درک و بیان مفاهیم دچار لغزش نگردیم؛ اما از آنجاکه این مقدمه مدخلی برای بحثی دیگر است و آن مهم خود به‌تنهایی مجال و مقال دیگری نیاز دارد به این مختصر پرسش‌ها صرفاً به این منظور پرداختیم تا بر تاریکی‌های پیچیدگی مفاهیم مختصر روشنایی تابانده باشیم و همین قدر بسنده کنیم که این پرسش‌ها جای تأمل بسیار دارند.

یا عینیات یا حداقل‌ها و اخلاق، علم سوبژه یا انتزاعیات یا حداکثرهاست. اگر قانون دست کم برای

ایجاد نظم در اجتماع قرار داده می‌شود اخلاق به عدالت و ایفای حق تک‌تک افراد جامعه می‌اندیشد و تلاش قانون‌نویسان و تصحیح‌کنندگان قانون، بر تطبیق دادن روزانه‌ی حقوق بر اخلاق است و هر چه قانون روزآمد و تصحیح می‌شود به نظر می‌رسد برای نزدیک‌تر شدن قوانین به اخلاق است. ممیزی اخلاقی قوانین گاهی در خود قانون در نظر گرفته می‌شود و به‌صورت نهادی در ساختار قانونگذاری دیده می‌شود.

در مباحث فلسفه‌ی اخلاق و حقوق به این تفاوت‌ها پرداخته می‌شود. عده‌ای از اندیشمندان معتقدند که اخلاق مجموعه‌ی گزاره‌هایی است که گزاره‌های حقوقی زیرمجموعه‌ی آن قرار می‌گیرند. بخشی دیگر از متفکران نیز بر این باورند که مجموعه‌ی گزاره‌های اخلاقی با مجموعه‌ی گزاره‌های حقوقی مشترکات بسیاری دارند؛ اما گزاره‌هایی در علم حقوق هست که در علم اخلاق نیست و گزاره‌هایی در اخلاق هست که به‌صورت قانون در نیامده و در علم حقوق نیست.

الزامی که اخلاق برای انسان ایجاد می‌کند، الزام درونی است. یک انسان اخلاقی بدون اینکه از بیرون اجبار و محدودکننده‌ای داشته باشد، برای اینکه انسان متعالی‌تری باشد الزام‌هایی را در درون خود برای خود قرار می‌دهد. هیچ‌کس از بیرون نمی‌تواند او را مجبور کند و هیچ ضمانت اجرایی خارجی نیز برای اخلاق مطرح نیست. همین‌که برای یک

آن هنجار، عرف یا قاعده به اصل یا ماده‌ی قانونی تبدیل می‌شود.

در اخلاق پزشکی نیز از واژه‌ی «اصل» استفاده می‌شود که با تعریف اصل در قانون اساسی کشورها شباهت و تفاوت‌هایی دارد. در مکاتب اخلاق پزشکی، اصول معمولاً تعداد محدودی دارند و ممکن است سه، چهار یا پنج اصل داشته باشیم؛ مثلاً در مکتب چهار اصل بیچامپ و چیلدرس همه‌ی قاعده‌ها و الزام‌های اخلاقی از همان چهار اصل احترام به خودمختاری بیماران، سودرسانی، ضرر نرساندن و عدالت منشأ می‌گیرند.

«قاعده‌ی اخلاقی رازپوشی اسرار بیماران، برخاسته از اصل اخلاقی احترام به خودمختاری بیمار است». این جمله یک گزاره در اخلاق پزشکی و فلسفه‌ی اخلاق پزشکی است. تا اینجا الزام به حفظ راز بیماران یک الزام درونی است. پزشک چون فلسفه‌ی اخلاقی چهار اصل را و احترام به خودمختاری را در درون خود می‌پذیرد براساس الزام درونی خود به رازداری معتقد است و در عمل آن را مراعات می‌کند. حال اگر در ادامه‌ی جمله‌ی قبل بگوییم: «در کشور ما در ماده‌ی ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی رازداری مطرح شده و برای آن مجازات نقدی و حبس از سه ماه و یک روز تا یکسال در نظر گرفته شده است.» از قاعده‌ی حقوقی صحبت کرده ایم. قاعده‌ای که اصل و قاعده‌ی اخلاقی رازپوشی را با یک الزام بیرونی و ضمانت اجرای خارجی (جریمه‌ی نقدی یا زندان) به یک ماده‌ی قانونی نیز تبدیل کرده است.

هنجار، یا عرف اجتماعی یا قاعده‌ی اخلاقی الزام و ضمانت اجرای خارجی و بیرونی قرار داده شود،

۷. پزشکی مهربانانه^۱ در مقابل پزشکی تدافعی^۲

برخی از دلسوزان پزشکی و جوامع و همچنین اندیشمندان فلسفه‌ی پزشکی و اخلاق معتقدند که با تمرکز توجهات پزشکان، پرستاران و شاغلان در بیمارستان‌ها بر قوانین و تلاش آن‌ها برای گیر نیفتادن و محکوم‌نشدن در محاکم قانونی (۱۳) منجر به از بین رفتن مهربانی، شفقت و دلسوزی در پزشکی شده است (۱۴). برخی دیگر از اندیشمندان حقوقی معتقدند اگر در بیمارستان حق و حقوق بیماران ضایع می‌شود با آگاه کردن بیماران درباره‌ی قوانین و افزایش شکایت‌ها، بیماران و مردم بیشتر می‌توانند به حق خودشان دست یابند و رفتارهای اخلاقی در بیمارستان‌ها بیشتر رواج خواهد داشت و اخلاق جدی‌تر گرفته خواهد شد. این متفکران معتقدند در بیمارستان‌ها اخلاق تا الزام بیرونی و مجازات و ضمانت اجرایی جدی نداشته باشد و به بیان دیگر تبدیل به قانون نشود اجرا نمی‌شود. در طرف مقابل، اندیشمندانی که عبارت پزشکی تدافعی را مطرح کرده‌اند بر خلاف این دیدگاه معتقدند که گرفتن مهربانی و دلسوزی از پزشکی با ترس از قانون، رابطه‌ی عاطفی و انسان‌دوستانه‌ی بین پزشک و بیمار را مخدوش می‌کند.

به نظر می‌رسد اگر صاحبان حرفه‌ی سلامت اعم از پزشکان، پرستاران، بهیاران، داروسازان، دندان‌پزشکان، همکاران توانبخشی، مددکاری و کارکنان سایر قسمت‌ها اعم از درمانی و اداری به‌طور جدی به رابطه‌ی اخلاقی و مهربانی با بیمار بپردازند

نیاز به قانون برای احقاق حقوق اذ دست‌رفته کمتر خواهد شد. به قول سعدی شیرین‌سخن: «پند است خطاب مهتران آنگه بند / چون پند دهند و نشنوی بند نهند» (۱۵).

۸. مراعات قانون یک قاعده‌ی اخلاقی است

از آنجاکه مراعات قوانین، یک میثاق ملی بین شهروندان هر کشور است و کسی که در سرزمینی ساکن می‌شود در واقع قوانین مورد قبول مردم آن را پذیرفته است، به‌طور اخلاقی نیز ملزم است به قانون پایبند باشد. در مواقعی که قانون غیراخلاقی یا ظالمانه‌ای از منظر فرد یا گروه‌هایی در کشور وجود دارد، اخلاقی‌ترین کار پایبندی عملی به آن قانون تا زمان ملغی شدن آن و درعین حال تلاش برای لغو قانون از طریق روشنگری‌های مدنی و مسیره‌های قانونی است.

۹. تفاوت‌های قانون اساسی با قوانین مجلس و سایر مقررات

قوانین کشورها در نوعی دسته‌بندی به «حقوق عمومی» و «حقوق خصوصی» تقسیم می‌شود. حقوق عمومی شامل «حقوق اساسی»، «حقوق اداری»، «حقوق مالیاتی»، «حقوق جزا»، «حقوق کار» و «حقوق دادرسی مدنی» است. حقوق خصوصی نیز «حقوق مدنی»، «حقوق تجارت» و «حقوق حمل‌ونقل» را در بر می‌گیرد (۱۶).

قوانین کشورها از نظر ارزش یکسان نیستند و اگر زمانی دو قانون مخالف یکدیگر، در کشوری وجود داشته باشد این سطح ارزشی آن قانون است که تعیین می‌کند کدام بر دیگری غلبه خواهد کرد یا به

1. Compassionate Medicine
2. Defensive Medicine

باشند و به‌عنوان مثال یکی از این دو قانون متعارض، اصلی از قانون اساسی کشور و دیگری ماده‌ای از قانون مصوب مجلس یا پارلمان باشد، اصل قانون اساسی بر قانون عادی مصوب پارلمان، مقدم است و ماده‌ی متعارض ملغی خواهد بود (واضح است که فرآیند الغای چنین ماده‌هایی و نیز مراجع احتمالی تشخیص‌دهنده و تصویب‌کننده‌ی موضوع الغای آن ماده‌ی قانونی هم، در سایر قوانین بالادستی کشورها آمده است در ایران این مرجع، طبق قانون اساسی شورای نگهبان است).

به همین تناسب قوانین مصوب مجلس بر بخش‌نامه‌ها و مقرره‌های مصوب هیئت وزیران و مصوبات هیئت وزیران بر بخش‌نامه‌های درون وزارتی حاکم‌اند.

به نظر می‌رسد ارائه‌ی این توضیحات ابتدایی به زبانی ساده، بتواند به همکار محترم شاغل در بیمارستان که از او توقعی نیست که ترمینولوژی و واژگان تخصصی حقوقی را بداند، کمک کند که تفاوت اصل قانون اساسی، ماده‌ی قانونی، مقررات و بخش‌نامه‌ها را تا حدودی تشخیص دهد و میزان بار ارزشی مصوبه‌ی هیئت وزیران را از بخش‌نامه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اصل قانون اساسی را از مصوبات صورت‌جلسه‌ی کمیته‌های بیمارستان تشخیص دهد.

۹-۲. قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی (قوه‌ی

مقننه)

هر قسمت مجزای قانون مصوب مجلس را «ماده» گویند. ماده‌های مختلف قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی که به تأیید شورای نگهبان رسیده و به دولت و سایر مراجع ذی‌صلاح برای اجرا ابلاغ

اصطلاح حاکم خواهد شد. قوانین و مقررات کشورها را براساس ارزش از بیشترین به کمترین می‌توان در دسته‌های زیر طبقه‌بندی کرد:

۱. قوانین اساسی کشورها؛
۲. قوانین مصوب پارلمان‌ها که به آن قانون عادی می‌گویند؛
۳. مقررات و آیین‌نامه‌ها و تصویب‌نامه‌های مصوب هیئت وزیران؛
۴. بخش‌نامه و دستورالعمل‌های مصوب وزارتخانه‌ها؛
۵. مصوبات نهادهای زیرمجموعه‌ی سازمان‌های دولتی.

۹-۱. قانون اساسی

قانون اساسی با تشریفاتی خاص توسط خبرگان یا عالی‌ترین مجالس کشورها تدوین و بیشتر از طریق همه‌پرسی به رأی همه‌ی مردم گذاشته می‌شود. این قانون بر سایر قوانین حاکم است.

هر قسمت مجزای قانون اساسی را «اصل» گویند. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (پس از بازنگری و همه‌پرسی سال ۱۳۶۸) در حال حاضر ۱۷۷ اصل دارد.

حقوق اساسی گرایشی از علم حقوق است که به قوانین اساسی کشورها، نظرات تشکیل‌دهنده‌ی آن‌ها (از قبیل تفکیک قوا و...)، مزایا و معایبشان، قوا و ساختارهای تشکیل‌دهنده‌ی حاکمیت کشور و روابط آن‌ها با یکدیگر، روابط حاکمیت با مردم و حقوق و آزادی‌های اساسی ملت و سایر مواردی از این دست می‌پردازد.

اصول قانون اساسی بر سایر قوانین کشورها حاکم است. بدین معنا که اگر دو قانون با هم تعارض داشته

سیاست‌های کلی نظام است و تصمیمات این مرجع در حکم قانون در نظر گرفته می‌شود؛ لذا مصوباتی که این شورا در بحث آموزش پزشکی و پژوهش ارائه می‌دهد یکی از منابع حقوق پزشکی است.

۹-۵. مصوبات هیئت وزیران

بسیاری اوقات قانون مصوب مجلس کلیات موضوعی را بیان می‌کند و تبیین، شرح و جزئیات آن را به عهده‌ی دولت می‌گذارد. هیئت وزیران آیین‌نامه‌های اجرایی مرتبط را تهیه و تصویب می‌کند. واضح است که این مصوبات لازم‌الاجرا هستند. هیئت وزیران در کنار آیین‌نامه، می‌تواند برای اجرای قانون به صورت مستقل نیز برای امور اداری و اجرایی کشور آیین‌نامه صادر کند؛ اما در آیین‌نامه‌ها نمی‌تواند حق یا تکلیف جدیدی را زاید بر آنچه قوه‌ی مقننه مقرر داشته است ایجاد کند. اگر مصوبه‌ای از مصوبات هیئت وزیران با مواد قانونی مصوب مجلس در تعارض باشد آن مصوبه می‌تواند از طریق «دیوان عدالت اداری» لغو گردد.

مثلاً اگر هیئت وزیران پس از انجام کارشناسی‌های لازم در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مصوبه‌ای برای جمع‌آوری معتادان از شهرها تهیه کنند که با قوانین مصوب مجلس یا قانون اساسی در تعارض باشد این مصوبه می‌تواند با مراجعه و شکایت هر شخصی به دیوان عدالت اداری از طریق این دیوان لغو گردد.

برای مثال اگر هیئت وزیران مصوب کرده باشد که نیروی انتظامی و دانشگاه‌های علوم پزشکی با همکاری یکدیگر و با هماهنگی وزارت کشور و استانداری‌ها حق دارند معتادان را از سطح شهرها جمع‌آوری کرده و به اجبار و علی‌رغم میلشان، از آنان

شده است، در دومین سطح ارزشی قوانین در کشور قرار دارند؛ قوانینی از قبیل قانون مدنی، قانون مجازات اسلامی، قانون صدور چک، قانون برنامه‌ی پنج‌ساله، قانون بودجه‌ی سال و... از آن دسته‌اند؛ لذا اگر ماده قانونی در مجلس شورای اسلامی تصویب شود و با یکی از اصول قانون اساسی مغایر یا مخالف باشد آن ماده‌ی قانونی لغو خواهد شد. فرآیند لغو چنین قانونی نیز در قانون اساسی مشخص شده است. بر طبق قانون اساسی شورای نگهبان نهادی است که وظیفه‌ی این تطبیق و در صورت لزوم ابطال ماده‌ی قانونی متعارض را بر عهده دارد. عهدنامه‌های بین‌المللی نیز پس از امضای نماینده‌ی کشور و تصویب قوه‌ی مقننه در حکم قانون عادی است.

۹-۳. مصوبات مجمع تشخیص مصلحت نظام

به موجب اصل ۱۱۲ قانون اساسی در مواقعی که شورای نگهبان مصوبات مجلس را خلاف شرع یا قانون اساسی تشخیص بدهد مجلس شورای اسلامی می‌تواند اگر تصویب قانون را به مصلحت عمومی کشور بداند، موضوع را به مجمع تشخیص مصلحت ارجاع بدهد. در این صورت اگر مجمع این نظر را تصویب کند نظر مجمع به عنوان قانون لازم‌الاجراست. مجمع همچنین می‌تواند سیاست‌های کلی کشور را پس از اینکه رهبری این کار را به مجمع ارجاع بدهند تصویب کند.

۹-۴. مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی

پس از مجلس شورای اسلامی، شورای عالی انقلاب فرهنگی بالاترین مرجع در سیاست‌گذاری، تعیین خط‌مشی، تصمیم‌گیری، هماهنگی و هدایت امور فرهنگی و آموزشی و پژوهشی کشور در چارچوب

همین ترتیب ذکرشده، در طول قوانین بالادستی قرار می‌گیرند. تمام آیین‌نامه‌ها و مقرره‌هایی که در این سازمان‌ها تدوین می‌شود و تحت عنوان بخش‌نامه، دستورالعمل، مقرره (مقررات)، آیین‌نامه و... ابلاغ می‌شوند جایگاهی مهم دارند و لازم‌الاجرا هستند؛ اما در عین حال تحت حاکمیت قوانین بالادستی خود هستند. همه‌ی شاغلان بیمارستان‌های عمومی و به‌ویژه دولتی از آن حیث که مستخدم بخش‌های عمومی هستند، مکلف‌اند مقررات حاکم بر رفتارهای شغلی و عمومی کارکنان دولت را مراعات کنند (۱۷).

نازل‌ترین مقرره در طیف مقررات اداری «دستور اداری» است. این دستور مقرره‌ای کتبی است که برای اجرای کارها، ارائه‌ی خط‌مشی اجرایی، رهنمود و راهنمایی یا برای اطلاع گروه‌های موظف، از طرف مقامات صلاحیت‌دار برای کارکنان دستگاه مربوط تهیه و برای اجرا ابلاغ می‌شود؛ برای مثال دستور اداری مربوط به آیین‌نامه‌ی طرح تکریم ارباب رجوع که توسط معاونت اداری دانشگاه علوم پزشکی ابلاغ شده است.

۱۰. آشنایی با برخی از قوانین مرتبط با

بیمارستان

پس از توصیف جایگاه اصل و ماده و مقرره، مناسب است برخی از مقررات و قوانینی را که در بیمارستان‌ها می‌تواند در کانون توجه قرار گیرد، با هم مرور کنیم.

۱۰-۱. برخی از اصول قانون اساسی مرتبط با

بهداشت و درمان

به مدت سه ماه در مراکز نگه‌داری کنند با توجه به مخالفت این مصوبه با اصل ۳۲ قانون اساسی (ممنوعیت بازداشت افراد بیش از ۲۴ ساعت، بدون محاکمه) و اصل ۳۵ قانون اساسی (حق داشتن وکیل) و اصل ۳۶ قانون اساسی (صدور حکم بازداشت در دادگاه صالح) و قوانین مصوب مجلس، با مراجعه و شکایت از طریق دیوان عدالت اداری می‌توان لغو مصوبه‌ی هیئت وزیران را درخواست کرد. تصویب‌نامه‌های صادرشده از هیئت وزیران نیز همانند آیین‌نامه‌ها لازم‌الاجرا هستند. تصویب‌نامه‌ها معمولاً راجع به موضوعاتی معین و محدود هستند و به‌صورت متنی واحد در حد یک پاراگراف تصویب می‌شوند.

۹-۶. بخش‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مصوب

وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی

بخش‌نامه‌ها دستورالعمل‌های اجرایی هستند که توسط هر یک از وزیران یا رؤسای دستگاه‌های اجرایی دارای صلاحیت صادر می‌شوند و مخاطب آن همکاران زیرمجموعه‌ی آن‌هاست. بخش‌نامه می‌تواند بیان و تفسیر شیوه‌ی اجرای قوانین و آیین‌نامه‌ها باشد و می‌تواند برای تنظیم امور داخلی یک نهاد دولتی صادر گردد. بر خلاف بخش‌نامه‌ها مخاطب آیین‌نامه می‌تواند خارج از روابط اداری یک مؤسسه‌ی دولتی باشد. ضوابط مربوط به نحوه‌ی اجرای آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌ها «دستورالعمل» خوانده می‌شود که نسبت به بخش‌نامه، به مواردی جزئی‌تر و دقیق‌تر اشاره دارد و دربردارنده‌ی اطلاعات فنی و عملی است؛ مانند دستورالعمل چگونگی تشخیص مشاغل سخت و زیان‌آور.

همه‌ی بخش‌نامه‌ها و مصوبات ادارات دولتی به

۱۰-۱-۱. فصل اول: اصول کلی

رسیدن به اشتغال کامل و قراردادادن وسایل کار در اختیار همه‌ی کسانی که قادر به کارند ولی وسایل کار ندارند، در شکل تعاونی، از راه وام بدون بهره یا هر راه مشروع دیگر که نه به تمرکز و تداول ثروت در دست افراد و گروه‌های خاص منتهی شود و نه دولت را به صورت یک کارفرمای بزرگ مطلق درآورد....

۱۰-۱-۴. فصل هفتم: شوراها

براساس اصل یکصدم برای پیشبرد سریع برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی، عمرانی، بهداشتی، فرهنگی، آموزشی و سایر امور رفاهی از طریق همکاری مردم با توجه به مقتضیات محلی، اداره‌ی امور هر روستا، بخش، شهر، شهرستان یا استان با نظارت شورایی به نام شورای ده، بخش، شهر، شهرستان یا استان صورت می‌گیرد که اعضای آن را مردم همان محل انتخاب می‌کنند....

۱۰-۲. برخی ماده‌های قانونی مصوب مجلس سنا (قبل از انقلاب) و مجلس شورای اسلامی (بعد از انقلاب) مرتبط با بهداشت و درمان و قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات

جانی

۱۰-۲-۱. مصوب ۱۳۵۴/۳/۵ (مجلس سنا)

ماده واحده‌ی ۱) هرکس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت‌دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه‌ی آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه خود او یا دیگران شود و باوجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک، از اقدام به این امر خودداری نماید، به حبس

بنابر اصل سوم قانون اساسی دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم، همه‌ی امکانات خود را برای امور زیر به کار برد: ...پیریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه.

۱۰-۱-۲. فصل سوم: حقوق ملت

براساس اصل بیست‌ونهم، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.

۱۰-۱-۳. فصل چهارم: اقتصاد و امور مالی

در اصل چهل و سوم نیز آمده است: «برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیر استوار می‌شود:

یک، تأمین نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه؛ دو، تأمین شرایط و امکانات کار برای همه به منظور

جنگه‌ای تا یک سال یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این باره اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه‌ی خود می‌توانسته کمک مؤثری بنماید به حبس جنگه‌ای از سه‌ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد. مسئولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب‌دیده و اقدام به درمان او یا کمک‌های اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکرشده محکوم می‌شوند. نحوه‌ی تأمین هزینه‌ی درمان این قبیل بیماران و سایر مسائل مربوط، به موجب آیین‌نامه‌ای است که به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

ماده‌واحدی (۲) هرگاه کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلف‌اند به اشخاص آسیب‌دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند از اقدام لازم و کمک به آن‌ها خودداری کنند، به حبس جنگه‌ای از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.

ماده‌واحدی (۳) دولت مکلف است در شهرها و راه‌ها به تناسب احتیاج، مراکز درمان فوری (اورژانس) و وسایل انتقال مصدومان و بیمارانی را که به کمک فوری احتیاج دارند ایجاد و فراهم نماید. ماده‌واحدی (۴) مأموران انتظامی نباید متعرض کسانی که خود متهم نبوده و اشخاص آسیب‌دیده را به مراجع انتظامی یا مراکز درمانی می‌رسانند بشوند.

قانون فوق مشتمل بر یک ماده پس از تصویب مجلس شورای ملی در جلسه‌ی روز سه‌شنبه شانزدهم اردیبهشت‌ماه ۱۳۵۴، در جلسه‌ی روز دوشنبه پنجم خردادماه ۱۳۵۴ به تصویب مجلس

سنا رسید.

۱۰-۲-۲. قانون مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷ مجلس شورای اسلامی درباره‌ی پیوند اعضای بیماران فوت‌شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است

ماده‌واحدی: بیمارستان‌های مجهز برای پیوند اعضا، پس از کسب اجازه‌ی کتبی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، می‌توانند از اعضای سالم بیماران فوت‌شده‌ی بیمارانی که مرگ مغزی آنان بر طبق نظر کارشناسان خبره مسلم باشد، به شرط وصیت بیمار یا موافقت ولی میت برای پیوند به بیمارانی که ادامه‌ی حیاتشان به پیوند عضو یا اعضای فوق بستگی دارد استفاده نمایند.

تبصره‌ی ۱. تشخیص مرگ مغزی توسط کارشناسان خبره در بیمارستان‌های مجهز دانشگاه‌های دولتی صورت می‌گیرد. این کارشناسان با حکم وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مدت چهار سال منصوب می‌شوند.

تبصره‌ی ۲. اعضای تیم‌های تشخیص مرگ مغزی نباید عضو تیم‌های پیوندکننده باشند.

تبصره‌ی ۳. پزشکان عضو تیم از جهت جراحات وارده بر میت مشمول دیه نخواهند گردید.

آیین‌نامه‌ی اجرائی این قانون به وسیله‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نماینده‌ی قوه‌ی قضائیه با هماهنگی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و بنیاد امور بیماری‌های خاص ظرف سه ماه از تاریخ ابلاغ این قانون تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید. این قانون در تاریخ ۱۳۷۹/۱/۱۷ تصویب شده؛ البته شورای

محترم نگهبان نظر خود را اعلام ننموده است.^۱

۱۰-۲-۳. قانون نحوه‌ی اهدای جنین به زوجین نابارور مصوب ۱۳۸۲/۴/۲۹ مجلس شورای اسلامی

ماده‌ی ۱) به موجب این قانون همه‌ی مراکز تخصصی درمان ناباروری ذی‌صلاح مجاز خواهند بود با رعایت ضوابط شرعی و شرایط مندرج در این قانون نسبت به انتقال جنین‌های حاصله از تلقیح خارج از رحم زوج‌های قانونی و شرعی پس از موافقت کتبی زوجین صاحب جنین به رحم زنانی که پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشکی ناباروری آن‌ها (هر یک به تنهایی یا هر دو) به اثبات رسیده اقدام نمایند.

ماده‌ی ۲) تقاضای دریافت جنین‌های اهدایی باید مشترکاً از طرف زن و شوهر تنظیم و تسلیم دادگاه شود و دادگاه در صورت احراز شرایط ذیل، مجوز دریافت جنین را صادر می‌کند:

الف. زوجین بنا به گواهی معتبر پزشکی، امکان بچه‌دار شدن نداشته باشند و زوجه استعداد دریافت جنین را داشته باشد.

ب. زوجین دارای صلاحیت اخلاقی باشند.

ج. هیچ‌یک از زوجین محجور نباشند.

د. هیچ‌یک از زوجین مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج نباشند.

ه. هیچ‌یک از زوجین معتاد به مواد مخدر نباشند.

و. زوجین باید تابعیت جمهوری اسلامی ایران را داشته باشند.

ماده‌ی ۳) وظایف و تکالیف زوجین اهداگیرنده‌ی

جنین و طفل متولدشده از لحاظ نگهداری و تربیت و نفقه و احترام نظیر وظایف و تکالیف اولاد و پدر و مادر است.

ماده‌ی ۴) بررسی صلاحیت زوجین متقاضی در محاکم خانواده، خارج از نوبت و بدون رعایت تشریفات آئین دادرسی مدنی صورت خواهد گرفت و عدم تأیید صلاحیت زوجین قابل تجدیدنظر می‌باشد.

ماده‌ی ۵) آئین‌نامه‌ی اجرایی این قانون ظرف مدت سه ماه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارت دادگستری تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

قانون فوق مشتمل بر پنج ماده در روز یکشنبه مورخ بیست‌ونهم تیرماه ۱۳۸۲ در جلسه‌ی علنی مجلس شورای اسلامی تصویب شده و در تاریخ ۱۳۸۲/۵/۸ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.

۱۰-۲-۴. قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴/۳/۱۰ مجلس شورای اسلامی

ماده‌ی واحده: سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است و بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز می‌باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. متخلفان از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد. قانون فوق مشتمل بر ماده‌ی واحده روز سه‌شنبه

مورخ دهم خردادماه ۱۳۸۴، در جلسه‌ی علنی مجلس شورای اسلامی تصویب شد و در تاریخ

۱. اگر شورای نگهبان در مهلت مقرر مخالفت خود را با ماده‌ای قانونی اعلام نکند آن ماده خود به خود تصویب خواهد شد. در واقع قوانین مصوب مجلس یا با تأیید یا با سکوت شورای نگهبان تصویب می‌شود و قانون پیوند اعضا با سکوت شورا تصویب شده است.

۱۳۸۴/۳/۲۵ به تأیید شورای نگهبان رسید.

۱۰-۳. آشنایی با برخی از مصوبات دولت

۱۰-۳-۱. آیین‌نامه‌ی اجرایی مصرف اعتبار مربوط به درمان بیماران کلیوی، دیالیز و پیوند کلیه موضوع ردیف ۳۲ بند الف تبصره‌ی ۱۵ قانون بودجه‌ی سال ۱۳۶۷ کل کشور

هیئت وزیران در جلسه‌ی مورخ ۱۳۶۷/۳/۲۲ بنا به پیشنهاد مشترک شماره‌ی ۶ - ۹۶۴ الف مورخ ۱۳۶۷/۳/۱۱ وزارتخانه‌های بهداشت، برنامه و بودجه و امور اقتصادی و دارایی، آیین‌نامه‌ی اجرایی مصرف اعتبار را مربوط به درمان بیماران کلیوی دیالیز و پیوند کلیه موضوع ردیف ۳۲ بند الف تبصره‌ی ۱۵ قانون بودجه‌ی سال ۱۳۶۷ کل کشور به شرح زیر تصویب نمودند.

ماده‌ی (۱) اجازه داده می‌شود حداکثر تا مبلغ یک میلیارد ریال از اعتبار ردیف ۱۰۲۹۰۰۰۲ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعتبار مربوط به درمان یا بیماران کلیوی، دیالیز و پیوند کلیه (جهت درمان بیمارانی که برای دیالیز یا پیوند کلیه طبق ضوابط مصوب شورای دیالیز و پیوند کلیه واجد شرایط شناخته خواهند شد و برای آن‌ها کارت درمانی صادر شده یا بشود یا در واحدهای درمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مؤسسات خصوصی طرف قرارداد معالجه می‌شوند) و همچنین خرید تجهیزات و سایر امکانات لازم برای این امر بدون الزام به رعایت قانون محاسبات عمومی و سایر مقررات عمومی دولت و با رعایت قانون بودجه‌ی سال ۱۳۶۷ از جمله تبصره‌ی ۱۵ و این آیین‌نامه براساس موافقت‌نامه متبארالیه با وزارت برنامه و بودجه و مطابق قانون نحوه‌ی هزینه‌کردن

اعتباراتی که به موجب قانون از رعایت قانون محاسبات عمومی و سایر مقررات عمومی دولت مستثنی هستند مصوب ۱۳۶۴/۱۱/۶ و آیین‌نامه‌ی اجرایی آن به شماره‌ی ۴۱۳۰ مورخ ۱۳۶۵/۲/۲۸ به مصرف برسد.

ماده‌ی (۲) وجوه مربوط به اعتبار موضوع این آیین‌نامه در حدود اعتبار تخصیص‌یافته‌ی ردیف ۱۲۹۰۰۲ قانون بودجه‌ی سال ۱۳۶۷ براساس درخواست وجه ذی حساب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طرف خزانه به حساب بانکی مربوط که از طریق خزانه نزد بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران افتتاح شده یا می‌شود واریز خواهد شد. برداشت از حساب مذکور به امضای مشترک وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا مقام مجاز از طرف ایشان و ذی حساب وزارت مذکور مجاز است.

ماده‌ی (۳) وجوه لازم برای انجام هزینه‌های موضوع این آیین‌نامه و حداکثر تا ۵۰٪ اعتبار مذکور از طریق ذی حسابی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت تنخواه گردان به حساب بانکی سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی استان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی به همین منظور از طریق خزانه افتتاح شده یا می‌شود واریز خواهد شد.

برداشت از حساب مذکور به امضای مشترک مدیر عامل سازمان منطقه‌ای یا سرپرست دانشگاه علوم پزشکی و عامل ذی حساب مربوطه که با موافقت ذی حساب و با حکم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منصوب شده یا می‌شود مجاز خواهد بود. پرداخت‌های بعدی در قبال ارائه‌ی صورت حساب‌ها و اسناد هزینه‌های تنظیمی براساس بند «و» قانون

مجری طرح خودکفایی تحت درمان دیالیز یا پیوند قرار می‌گیرند، هزینه‌های مربوط به آن‌ها همچنین هزینه‌های شخص دهنده‌ی کلیه براساس تعرفه‌ی درمانی دولتی یا قراردادهای فنی مابین قابل پرداخت خواهد بود.

ماده‌ی ۷) حق الزحمه‌ی اعضای تیم پیوند کلیه و اعمال عروق مربوط به دیالیز و مشاوران مربوط که به تأیید شورای دیالیز و پیوند رسیده باشد بدون در نظر گرفتن محل انجام عمل جراحی براساس صد درصد تعرفه‌ی درمانی دولتی و با رعایت مقررات قابل پرداخت است.

ماده‌ی ۸) هزینه‌های مربوط به دیالیز و پیوند کلیه‌ی بیماران بیمه‌شده‌ی تأمین اجتماعی و همچنین مشمولین قانون تأمین خدمات درمانی کارمندانی که مستقیماً از بودجه‌ی مربوط به خود پرداخت خواهد شد در صورتی که در موارد تفاوت فرانشیز^۱ مطرح باشد از اعتبارات دیالیز قابل پرداخت خواهد بود.

ماده‌ی ۹) صورت حساب اسناد هزینه‌های انجام شده شهرستان‌ها و همچنین مرکز دیالیز همراه با اصل مدارک و نماینده‌ی اسناد (فهرست خلاصه هزینه‌های انجام شده) که به امضای مشترک رییس بیمارستان و عامل ذی حساب و مدیرعامل سازمان منطقه‌ای بهداشتی سرپرست دانشگاه علوم پزشکی استان و درباره‌ی مرکز دیالیز به امضاء مشترک رییس مرکز و عامل ذی حساب مربوطه رسیده است جهت واریز تنخواه گردان دریافتی و منظور نمودن

نحوه‌ی هزینه کردن اعتباراتی که به موجب قانون از رعایت قانون محاسبات عمومی و سایر مقررات عمومی دولت مستثنی هستند مجاز است.

تبصره. هزینه‌ی مرکز دیالیز با تصویب شورای دیالیز و صورت حساب و هزینه‌های بیمارستان و مؤسسات خصوصی طرف قرارداد با تأیید مرکز دیالیز و تصویب شورای دیالیز قابل پرداخت خواهد بود.

ماده‌ی ۴) حق الزحمه‌ی کار اضافی پزشکان و سایر کارکنان که در بخش دیالیز انجام وظیفه می‌نمایند براساس تصویب نامه‌ی شماره‌ی ۱۷۹۹۰ مورخ ۱۳۶۳/۴/۱۳ هیئت محترم وزیران قابل پرداخت است.

ماده‌ی ۵) بیماران دیالیزی و افراد دهنده‌ی کلیه طبق ضوابط محسوب شورای دیالیز و پیوند کلیه که با معرفی مرکز دیالیز در مؤسسات درمانی دولتی و طرف قرارداد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت درمان دیالیز و پیوند یا اهدای کلیه قرار می‌گیرند هزینه‌های مربوط به دارو و مواد مصرفی پزشکی آنان طبق صورت حساب مؤسسات درمانی فوق الذکر (براساس تعرفه‌های مصوب شورای دیالیز و پیوند) و حق الزحمه‌ی کار و کار اضافی پزشکان و کارکنانی که در بخش مربوط این مؤسسات در ساعات اداری و در غیر ساعت کار موظف اداری انجام وظیفه می‌نمایند طبق ضوابط دستورالعمل مذکور در ماده‌ی ۴ این آیین نامه و با کسب مجوز از شورای دیالیز قابل پرداخت خواهد بود.

ماده‌ی ۶) بیماران کلیوی که طبق ضوابط مصوب شورای دیالیز و پیوند و با معرفی مرکز دیالیز در مؤسسات درمانی، خصوصی طرف قرارداد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با واحدهای

۱. فرانشیز (فغانشیز) یا فرنچایز به ترتیب تلفظ‌های فرانسه و انگلیسی واژه‌ی Franchise، به معنی حق امتیاز، حق رأی دادن، آزاد کردن، حق مخصوص و... است. در اصطلاح بیمه به آن بخش از هزینه گفته می‌شود که پرداخت آن طبق قرارداد بیمه‌نامه، بر عهده‌ی سازمان بیمه‌گر نیست و خود بیمه‌گذار باید آن را پرداخت کند.

استناد اصل ۱۳۸ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، این مصوبه را تصویب نمود: «مبلغ ده میلیون ریال به‌عنوان پاداش عمل خیر، به منظور سهولت امر مربوط به پیوند کلیه و تشویق اهداکنندگان کلیه، توسط بنیاد بیماری‌های خاص به آن‌ها اعطا می‌شود. اعتبار لازم در سال ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ توسط سازمان برنامه و بودجه تأمین شده و به ردیف بنیاد بیماری‌های خاص افزوده می‌شود و در سال‌های بعد در قانون بودجه‌ی کل کشور پیش‌بینی خواهد شد.»

۱۰-۴. پاره‌ای از آیین‌نامه‌های مهم وزارت بهداشت

۱۰-۴-۱. آیین‌نامه‌ی شرح وظایف کارورزان دوره‌ی دکترای عمومی پزشکی

کارورز پزشکی دانشجوی مرحله‌ی پایانی دکترای عمومی پزشکی است که آموزش‌های نظری و دوره‌ی عملی کارآموزی را به پایان رسانده باشد و مجاز به کاربرد آموخته‌های قبلی تحت نظارت اعضای هیئت علمی برای کسب مهارت‌های حرفه‌ای برای اخذ مدرک دکترای پزشکی است.

مسئولیت کارورزان در هر گروه یا بخش با مدیر گروه یا رئیس آن بخش و در ساعات کشیک با پزشک معالج کشیک یا عضو هیئت علمی آنکال یا دستیار کشیک بخش یا بیمارستان است. تشخیص موارد اورژانس در این آیین‌نامه بر عهده‌ی پزشک معالج و در ساعات کشیک بر عهده‌ی پزشک معالج کشیک یا عضو هیئت علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است. پزشک معالج به عضو هیئت علمی که بیمار تحت نظارت او در بیمارستان بستری می‌شود اطلاق می‌گردد.

بند «ب» آیین‌نامه، در خصوص مراقبت از بیمار و مدارک پزشکی، وظایف زیر را بر عهده‌ی شخص

به حساب هزینه‌های قطعی به‌ذی‌حسابی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال خواهد شد. همه‌ی اسناد هزینه‌های انجام‌شده‌ی موضوع این آیین‌نامه با رعایت مفاد بند «و» قانون نحوه‌ی هزینه‌کردن اعتبارات... مصوب ۱۳۶۴/۱۱/۶ با امضای وزیربهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا مقام مجاز از طرف ایشان و ذی‌حساب ذی‌ربط قابل احتساب به هزینه‌ی قطعی خواهد بود.

ماده‌ی ۱۰) در اجرای بند «ج» تبصره ایجاد هرگونه تعهد از طریق استخدام رسمی از محل اعتبار این ردیف ممنوع می‌باشد.

ماده‌ی ۱۱) اموالی که از محل اعتبارات این آیین‌نامه خریداری می‌شود اموال دولتی محسوب می‌گردد.

ماده‌ی ۱۲) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است فهرست هزینه‌ها و عملیات موضوع این آیین‌نامه را هر چهار ماه یک بار از طریق نخست‌وزیری به کمیسیون برنامه و بودجه و سایر کمیسیون‌های مربوط مجلس شورای اسلامی ارسال دارد.

ماده‌ی ۱۳) مانده وجوه مصرف‌نشده‌ی موضوع این آیین‌نامه باید تا پایان فروردین ماه سال ۱۳۶۸ به خزانه واریز گردد.

۱۰-۳-۲. اعطای مبلغ ده میلیون ریال به‌عنوان پاداش عمل خیر به منظور سهولت امر مربوط به پیوند کلیه و تشویق اهداکنندگان کلیه توسط بنیاد بیماری‌های خاص به آن‌ها مصوب ۱۳۷۵/۱۱/۱۴

هیئت وزیران در جلسه‌ی مورخ ۱۳۷۵/۱۱/۱۴ بنا به پیشنهاد شماره‌ی ۵۰۱۰-۱۰۲-۷۴۷۷ مورخ ۱۳۷۵/۱۱/۱۰ سازمان برنامه و بودجه و به

کارورز می‌داند:

- کنترل علائم حیاتی و مراقبت از بیماران پس از

انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی نظیر بیوپسی کبد، بیوپسی کلیه، یا کسانی که برای آن‌ها تست‌های خطرناک نظیر محرومیت از آب یا تست تحمل گلوکز و انسولین انجام می‌شود، تحت نظارت پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش؛

- همراهی با بیماران بدحال که علائم حیاتی بی‌ثبات داشته باشند و بیمارانی که به مراقبت‌های خاص پزشکی نیاز دارند و امکان بروز عارضه‌ای آن‌ها را تهدید می‌کند، در انتقال به بخش‌های دیگر یا سایر بیمارستان‌ها با نظر پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک؛

در خصوص اقدامات تشخیصی درمانی، انجام اقدامات زیر بر عهده‌ی کارورز است:

گذاشتن لوله‌ی معده، گذاشتن سوند ادراری در بیماران ترجیحاً همجنس به جز در شیرخواران، گرفتن گازهای خون شریانی (ABG)، تهیه‌ی لام خون محیطی، نمونه‌برداری از زخم‌ها، نمونه‌گیری برای کشت گلو، بخیه‌زدن و کشیدن بخیه، انجام تست PPD و خواندن آن، تفسیر مقدماتی ECG و نوشتن آن در پرونده، انجام پانسمان‌هایی که نیاز به دبریدمان، شستشوی تخصصی (غیرروتین) یا بخیه‌ی مجدد طبق نظر پزشک معالج دارند یا عفونی شده باشند، انجام شست‌وشوی گوش، تامپون قدامی بینی، چک کردن مشخصات کیسه‌ی خون یا فراورده‌های خونی برای تزریق خون یا فراورده به بیمار.

انجام امور زیر تنها با موافقت و تحت نظارت مستقیم پزشک معالج یا دستیار ممکن است: نوشتن نسخه‌های دارویی بیماران بستری خود،

- اخذ شرح حال و انجام معاینه‌ی بالینی، ارزیابی و طرح برنامه‌ی تشخیصی درمانی از کلیه‌ی بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک و مطرح‌نمودن تشخیص‌های افتراقی مناسب؛

- ویزیت بیماران بستری مربوط در بخش قبل از پزشک معالج و دستیار؛

- پیگیری جواب آزمایش‌ها (به شکل غیرحضوری مگر در موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارش‌های پاراکلینیک بیمار؛

- نوشتن برگه‌ی سیر بیماری؛
- نوشتن دستورات پزشکی تحت نظارت پزشک معالج یا دستیار؛

- نوشتن On & Off Service Note آغاز و پایان هر دوره؛

- نوشتن خلاصه‌ی پرونده زیر نظر پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش؛

- نوشتن برگه‌ی مشاوره با نظر پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش؛

- نوشتن برگه‌ی درخواست تصویربرداری از جمله ام.آر.آی، سی‌تی اسکن، رادیوگرافی، سونوگرافی، آندوسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه‌ی برگه‌های درخواست پاراکلینیک دیگر، در صورتی که برابر مقررات آن گروه یا بیمارستان یا دانشکده به نگارش شرح حال بیمار در فرم مربوط نیاز باشد؛

- حضور بر بالین بیمارانی که احیا می‌شوند و انجام CPR؛

- حضور بر بالین بیماران بدحال و آن‌هایی که به مراقبت ویژه نیاز دارند و هر بیماری که در بخش به ویزیت مجدد نیاز داشته باشد؛

ج. حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه‌ی بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود؛
 د. ارائه‌ی خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد؛
 ه. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.^۱

متن ابلاغیه‌ی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مصوب آبان‌ماه ۱۳۸۸ را در زیر ملاحظه می‌فرمایید:

شماره‌ی ۳۸۷۹۵۶

تاریخ ۱۳۸۸/۸/۱۰

جناب آقای دکتر...

رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی

با سلام و احترام

با توجه به اینکه سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی از مهم‌ترین ابعاد وجودی هر فرد بوده و تأمین آن براساس اصل ۲۹ قانون اساسی از مهم‌ترین تعهدات حاکمیت در جمهوری اسلامی ایران است و بر این اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خود را در قبال ارائه‌ی مطلوب خدمات سلامت برای آحاد جامعه مسئول می‌داند. نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه و تعامل مناسب میان گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است. مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت، باید نهادی برای درک و احترام به حقوق و مسئولیت‌های

گذاشتن لوله‌ی تراشه و Air Way، گرفتن زایمان واژینال، انجام اینداکشن در زایمان، کنترل ضربان قلب جنین (FHR) و انقباضات رحم و حرکات جنین، گذاشتن IUD، کورتاژ، خارج کردن جسم خارجی از گوش و حلق و بینی و چشم، کوتر خونریزی بینی، کارگذاشتن کشش پوستی، آتل‌گیری، گچ‌گیری ساده، انجام پونکسیون لومبار (LP)، آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان، پونکسیون مفصل زانو، تزریق داخل نخاعی (Intrathecal) و داخل مفصلی، انجام جراحی‌های سرپایی ساده، ختنه، برداشتن توده‌های سطحی، خارج کردن In Growing Nail، تخلیه‌ی آبسه، نمونه‌گیری سوپرا پوبیک، گذاشتن Chest Tube، کشیدن (Tab) مایع آسیت و پلور، Colon Washout، تزریق داروهای خطرناک، تعویض لوله‌ی نفروستومی یا سیستوستومی، درناژ سوپرا پوبیک مثانه، گذاشتن کاتتر وریدی نافی و همکاری در تعویض خون نوزادان، سونداژ ادراری شیرخواران، کات دان و هر اقدام تشخیصی درمانی تهاجمی دیگر که ممکن است در برنامه‌ی آموزشی کارورزان پیشنهاد شده باشد.

۱۱. منشور حقوق بیمار در ایران

از جمله مصوبات ابلاغ‌شده‌ی وزارت بهداشت به ذی‌ربطان سراسر کشور منشور حقوق بیمار است که مفاد مهم آن به‌طور خلاصه در پنج محور زیر دسته‌بندی می‌شود:

الف. دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است؛

ب. اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد؛

۱. متن کامل منشور در انتهای کتاب در دسترس علاقه‌مندان قرار داده شده است.

گیرنده‌ی خدمت، خانواده‌ی آنان، پزشکان و سایر مراقبت‌کنندگان باشد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امیدوار است در سایه‌ی تعهد ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت در برابر وظایف خود و احترام به حقوق دیگری، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن تأمین گردد. بر این اساس منشور حقوق بیمار با هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و ارتقای رعایت موازین اخلاقی در یکی از مهم‌ترین عرصه‌های خدمات سلامت که همان عرصه‌ی درمان است با مشارکت صاحب‌نظران و ذی‌نفعان طی سه سال تدوین و پس از تصویب در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شرح پیوست ابلاغ می‌گردد (نک: پیوست). در جهت اجرای جامع و مؤثر این منشور انجام موارد ذیل ضروری به نظر می‌رسد:

الف. در راستای عملیاتی‌شدن هر چه سریع‌تر مفاد منشور، دانشگاه‌های علوم پزشکی و کلیه‌ی مراجع ذی‌ربط، نظرات خود را در خصوص موانع و راهکارهای اجرایی‌شدن هر حق حداکثر تا پایان آذرماه تنظیم و به دبیرخانه‌ی شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال نمایند.

ب. شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پس از جمع‌بندی نظرات به‌دست‌آمده با تشکیل کارگروه مشورتی مناسب دستورالعمل اجرایی منشور حقوق بیمار را تا پایان سال جاری تنظیم نماید.

ج. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال جاری براساس منشور

مصوب شاخص‌های ارزیابی وضعیت حقوق بیمار را در مراکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت طراحی و از سال آینده آن را در ارزشیابی مراکز، عملیاتی نماید. د. معاونت آموزشی با همکاری معاونت سلامت، برنامه‌ی آموزشی حقوق بیمار را در کوریکولوم‌های آموزشی رشته‌های مختلف علوم پزشکی به فراخور نیاز گنجانده و کارگاه‌ها و سمینارهای آموزشی مناسب را در این خصوص طراحی یا حمایت نمایند. ه. معاونت تحقیقات و فناوری ضمن همکاری در انجام مواد ب و ج، از انتشارات و پژوهش‌های میدانی و بنیادی صورت‌گرفته در حوزه‌ی حقوق بیمار حمایت نماید. همچنین در جهت فرهنگ‌سازی مناسب موضوع در سال ۸۹ سمینار کشوری حقوق بیمار را مبتنی بر تجربیات به‌دست‌آمده برگزار نماید. امید است به یاری خداوند متعال و در ظل توجهات امام علی‌بن‌موسی‌الرضا(ع) در کوتاه‌ترین زمان ممکن شاهد تحقق حقوق آحاد جامعه در عرصه‌ی خدمات سلامت باشیم.

دکتر مرضیه وحید دستجردی

وزیر

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه‌ی حقوق بیمار، مذکور در این منشور، بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود؛ البته چنانچه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذی‌ربط درخواست تجدیدنظر در تصمیم‌گیری را بنماید. چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما می‌تواند

به‌عنوان مثال ناآشنایی با تعاریف مصرح در قوانین مرتبط با قاچاق اعضا ممکن است افرادی را به‌طور نادانسته و ناخواسته گرفتار پیگردهای بین‌المللی کند.

برای مثال پیوندکردن بافت یا عضو پیوندی از بیماران با ملیت‌های مختلف می‌تواند مشمول قوانین قاچاق اعضا گردد که یک جرم بین‌المللی قابل پیگرد است. به‌عنوان نمونه‌ی فرضی عرض می‌شود که مثلاً اگر تحت عنوان توریسم پزشکی یا گردشگری سلامت یک بیمار دچار نارسایی کلیه‌ی اهل کویت به ایران مراجعه کند و یک دهنده‌ی کلیه‌ی اهل نپال یا فیلیپین نیز با خود به ایران آورده باشد، (تمام این موارد مثال و در جهت آموزش است و ذکر چنین مثال‌هایی الزاماً به مفهوم رخ دادن آن نیست بلکه هشدار و آگاهی‌دادن و آموزش مفاهیم به زبان ساده مقصود مؤلفان بوده است) ناآگاهی همکاران ما از قوانین بین‌المللی بالقوه می‌تواند آن‌ها را دچار دامی از اتهام به قاچاق اعضا کند که نادانسته گرفتار عنوان مجرمانه‌ی سنگین آن گردند. همچنین در موارد مرتبط با درمان‌های ناباروری که مستلزم انتقال بافت جنین از / به شهروندان کشورهای بیگانه است دقت‌های این‌چنینی لازم است؛ مثلاً از سال ۲۰۰۲ در اروپا انتقال بافت‌های انسانی از یک کشور به کشور دیگر، همانند انتقال ارگان پیوندی (مثل کلیه، کبد و...) بین کشورها قاچاق اعضا و بافت^۱ محسوب می‌شود.^۲

در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود (۱۸).

۱۲. سایر آیین‌نامه‌ها و مصوبات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

به جز آنچه تاکنون به‌عنوان مثال‌هایی از مصوبات وزارت بهداشت ارائه گردید، باید گفت همچنین آیین‌نامه‌های متعددی توسط وزارت بهداشت مصوب و ابلاغ شده که به عناوین برخی از آن‌ها صرفاً اشاره می‌کنیم: «کدهای اخلاق در پژوهش»، «کدهای اخلاق در انتشارات پژوهش‌های پزشکی»، «دستورالعمل‌های تشکیل کمیته‌های بیمارستانی و نظام نوین» و مصوباتی از این دست که در وبسایت وزارت بهداشت قابل جست‌وجو و دستیابی است. همچنین در وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پایگاهی تحت عنوان «پایگاه ملی قوانین و مقررات سلامت» تهیه و قرار داده شده است که کلیه‌ی قوانین و مصوبات مرتبط با نظام سلامت از جمله قوانین مرتبط با امور پزشکی، پرستاری و سایر حیطه‌ها از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۴ با قابلیت جست‌وجو در اختیار همگان قرار دارد (۱۹).

۱۳. قوانین و مقررات و کدهای بین‌المللی

پزشکان و پرستاران و سایر کارکنان بهداشت و درمان از آنجاکه هم به لحاظ امکان سفر و ارائه‌ی خدمات در خارج از مرزهای کشور و هم به دلیل امکان معالجه، بستری و درمان بیماران غیرهموطن (توریست، دیپلمات، پناهنده، آوارگان جنگی و...) لازم است حداقلی از قوانین بین‌المللی مرتبط با بهداشت و درمان را بدانند.

1. Tissue and Organ Trafficking

2. European Convention on Human Rights and Biomedicine

Concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin (2002) prohibits organ and tissue trafficking, deriving a financial gain or comparative advantage from the human body and its parts and calls on States to provide appropriate sanctions for such trafficking"

۱۴. چطور می‌شود از گروه پزشکی شکایت کرد؟

براساس قوانین موجود کشور برای شکایت از کادر پزشکی به مراکز متعددی می‌توان مراجعه کرد که سعی شده است اسامی آن‌ها و مختصری از وظایف و رسالت در نظر گرفته شده برای هریک را در زیر در کانون توجه قرار دهیم.

۱۴-۱. قوه قضائیه

۱۴-۱-۱. دادسرای ویژه رسیدگی به جرایم پزشکی

مردم برای شکایت و تقاضای رسیدگی به پرونده‌های قضایی خود در ارتباط با قصور و تخلفات پزشکی در هر سطحی می‌توانند به این دادسرای ویژه مراجعه کنند و این امکان وجود دارد که از این طریق درخواست دیه (که عدد مشخصی است و برای برخی از اعضای بدن از قبل در قانون تعیین شده است) یا خسارت نمایند (خسارت با دیه متفاوت است؛ چراکه مبلغ خسارت درخواستی از پیش مشخص نیست و بسته به ادعای شاکی است، در واقع شاکی اگر بتواند ثابت کند که در اثر رفتار یا عدم انجام یک رفتار توسط پزشک یا کادر درمانی همکار او به اندازه‌ی مبلغ خاصی (از مبالغ اندک تا مبالغ بسیار کلان) متضرر شده می‌تواند به همان میزان تقاضای خسارت نماید) و اگر در این دادسرا ثابت گردد که پزشک مرتکب قصور شده است بیمار می‌تواند مجازات او را هم از دادگاه بخواهد. در تهران ۲۳ دادسرای عمومی و تخصصی وجود دارد که یکی از این دادسراهای تخصصی دادسرای عمومی و انقلاب ناحیه‌ی نوزده تهران ویژه‌ی رسیدگی به جرائم پزشکی است که در خیابان شهیدمطهری

این‌گونه قوانین و اسناد را می‌توان در پایگاه‌های اطلاع‌رسانی معتبر جهانی همچون سازمان جهانی سلامت (بهداشت)^۱ و همچنین سازمان ملل متحد به‌ویژه دفتر ویژه‌ی این سازمان که مربوط به جرایم مرتبط با داروها و مواد مخدر است^۲ جست‌وجو کرده و از به‌روزترین تغییرات آن‌ها مطلع شد (۲۰).

همچنین استادان دانشگاه‌های علوم پزشکی و دستیاران و دانشجویان تحصیلات تکمیلی که به واسطه‌ی پایان‌نامه و طرح‌های تحقیقاتی و پژوهش‌های دیگر خود مطالبی را در ژورنال‌های بین‌المللی منتشر می‌سازند لازم است به قوانین و مقررات بین‌المللی مرتبط با اخلاق در پژوهش و اخلاق در انتشارات پژوهش‌ها آگاهی لازم را داشته باشند. براساس کد اخلاق در پژوهش هلسینکی همه‌ی پژوهشگران علوم پزشکی در سراسر دنیا ملزم‌اند مفاد هلسینکی را مراعات کنند و به‌علاوه همه‌ی سردبیران ژورنال‌های علوم پزشکی موظف‌اند مقالاتی را که در پژوهش‌های مرتبط با آن‌ها کدهای اخلاق در پژوهش بین‌المللی از قبیل هلسینکی مراعات نشده یا نقض شده است نپذیرند^۳ و اگر به هر دلیل و در هر زمانی بعد از چاپ مقاله مشخص گردد که در مسیر پژوهش منجر به آن مقاله قواعد و قوانین مذکور مراعات نشده است، پذیرش مقاله‌ی مذکور را ملغی اعلام و به اصلاح آن را ریتراکت^۴ کنند (۲۱).

(<http://www.ungift.org/knowledgehub/en/about/trafficking-for-organ-trade.html>)

1. WHO (World Health Organization)

2. United Nations Office on Drugs and Crime

3. Reject

4. Retract

۱۴-۱-۴. سازمان پزشکی قانونی کشور

در پایگاه اطلاع‌رسانی سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۹۶ سامانه‌ای تحت عنوان سامانه‌ی ملی ارزیابی عملکرد و رسیدگی به شکایات طراحی شده بود و در آن یکی از موضوعات قابل رسیدگی «شکایت از رفتار و عملکرد پزشکان» بود؛ به‌علاوه در این پایگاه اطلاع‌رسانی انواع راه‌های طرح شکایت مراجعه‌ی حضوری، شکایت تلفنی از طریق سامانه‌های در نظر گرفته‌شده، ارسال نامبر و نیز مراجعه به پایگاه اینترنتی دانسته شده بود (۲۲).

با تغییراتی که در وب‌سایت سازمان پزشکی قانونی کشور داده شده است، براساس آخرین مراجعه‌ی مؤلفان در اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۷ این سامانه فعلاً در پایگاه آن سازمان موجود نیست؛ اما براساس رویه‌های فعلی و آیین دادرسی کیفری برای طرح شکایت از هر فرد حقیقی یا حقوقی که مستلزم کارشناسی پزشکی قانونی باشد باید ابتدا به مراجع قضایی یا ضابطان آن (مانند نیروی انتظامی) مراجعه شود و در پاسخ به ارجاع یا استعلام آن‌ها پزشکی قانونی نظر کارشناسی و علمی خود را بیان خواهد کرد. همچنین اگر قاضی محاکم مذکور برای صدور حکم نیاز به نظر کارشناسی داشته باشد پرونده برای اظهارنظر به سازمان پزشکی قانونی ارجاع شده تا ضمن بررسی، در صورت نیاز در کمیسیون‌های تخصصی پزشکی قانونی مطرح گردد.

۱۴-۱-۵. کلانتری‌ها (ضابطان قوه‌ی قضاییه)

در صورتی که شاکی به کلانتری‌ها هم مراجعه کند، مقام مسئول در آن نهاد نیز این امکان را دارد که به‌عنوان ضابط قوه‌ی قضاییه پرونده‌ی شکایت

تهران واقع است و به جز آنچه ذکر شد به جرایم مربوط به امور دارویی، مواد خوراکی، همچنین به جرایم مرتبط با ثبت علانم تجاری، جرائم محیط زیست ناشی از نقض قوانین کار، جرایم ناشی از عدم رعایت استاندارد، جرائم ورزشی و شهرداری‌ها نیز رسیدگی می‌کند. در آن دسته از شهرهای کشور که دادرسی ویژه‌ی رسیدگی به جرایم پزشکی وجود ندارد، شاکی می‌تواند به دادرسی عمومی مراجعه کند و شکایت خود را از آن مسیر پیگیری کند.

۱۴-۱-۲. دادگاه عمومی و کیفری

دادگاه‌های عمومی و کیفری نیز می‌توانند از مقاصد شاکیان از سیستم پزشکی باشند. به بیان دیگر اگر بیماران یا همراهان آنان از پزشکان یا هریک از اعضای دیگر تیم درمان به یکی از این دادگاه‌ها شکایت برند، این قاضی دادگاه است که بعد از بررسی صلاحیت دادگاه خود تصمیم می‌گیرد که آیا پرونده‌ی شکایت در آن شعبه بررسی شود یا به دادگاه دیگری که از نظر او واجد صلاحیت است ارجاع شود.

۱۴-۱-۳. شورای حل اختلاف (ویژه‌ی امور بهداشت)

به شورای حل اختلاف نیز می‌توان از اعضای تیم درمان شکایت کرد. در صورتی که مبلغ خواسته^۱ یا محکوم^۲ به^۳، کمتر از پنج میلیون تومان باشد یا در صورتی که هر دو طرف در خصوص ارجاع پرونده به شورا توافق داشته باشند، در صلاحیت آن شورا است که به آن پرونده رسیدگی کند.

۱. مبلغی که شاکی به عنوان خسارت درخواست کرده است.

۲. مبلغی که متشاکی عنه (کسی که از او شکایت شده است) پس از محکومیت به پرداخت آن مبلغ محکوم شده است.

وزارتی، در دسته‌بندی وظایف خود ارائه‌ی اطلاعات دارویی و مسمومیت‌ها و نیز اطلاع‌رسانی درباره‌ی کمبودهای دارویی و تهیه‌ی داروهای کمیاب را در صدر فعالیت‌های خود بر شمرده است (۲۳).

۱۴-۲-۳. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سامانه‌ی ۱۶۹۰

در پایگاه اطلاع‌رسانی دولت و نیز پایگاه‌های تابعه‌ی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور این سامانه برای تعرفه‌های پزشکی بیش از اندازه و به قول پایگاه دولت «زیرمیزی‌گیرها» افتتاح شده است (۲۴).

۱۴-۲-۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نظارت بر درمان شبکه‌های بهداشت

ساختار شبکه‌های بهداشت معاونت‌هایی دارد که یکی از آن‌ها معاونت درمان است. در شهرهای کوچک‌تر گاهی معاون درمان شبکه همان رئیس بیمارستان شهرستان است. در ساختار معاونت درمان شبکه‌ی بهداشت واحد یا اداره‌ای تحت عنوان نظارت بر درمان وجود دارد که به شکایات مرتبط با پزشکان و سایر درمانگران رسیدگی می‌کند.

۱۴-۲-۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره‌ی نظارت و / یا معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی

متناظر با واحد یا اداره‌ی نظارت شبکه‌های درمان، دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز نوعاً در زیرمجموعه‌ی معاونت درمان خود واحد یا اداره‌ای تحت عنوان نظارت بر درمان دارند که مسئول رسیدگی به تخلفات و شکایات از گروه‌های درمانی دولتی و خصوصی است. اداره‌ی نظارت دانشگاه‌های علوم

را تنظیم کرده، به مراجع قضایی ذی صلاح ارجاع دهد.

۱۴-۲. قوه‌ی مجریه

۱۴-۲-۱. وزارت دادگستری، سازمان تعزیرات حکومتی

سازمان تعزیرات حکومتی در مواردی از قبیل موارد مرتبط با تعرفه‌های ارائه‌ی خدمات سلامت، واردات و صادرات مواد دارویی و آرایشی و بهداشتی و نیز اتهامات مرتبط با قاچاق کالا و ارز (و از جمله کالاهای مرتبط با خدمات مراقبت‌های سلامت) و به‌علاوه قاچاق اعضا شکایات مرتبط با پزشکان و تیم درمان را دریافت و رسیدگی می‌کند.

۱۴-۲-۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سامانه‌ی ۱۶۹۰

این سامانه در مقاطع مختلف با کارکردهای متفاوتی به مردم معرفی شده است؛ به‌طور شایع این سامانه تحت عنوان سامانه‌ی دارو مسئول دریافت شکایات از گران‌فروشی داروها و مواد غذایی و آرایشی بهداشتی و مرتبط با معاونت وقت غذا و دارو و سازمان فعلی غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در مقاطع مختلف و در وبسایت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی در سراسر کشور کارکردهای تعریف‌شده‌ی دیگری نیز برای این سامانه بر شمرده‌اند که رسیدگی و دریافت شکایات مرتبط با امور بیمارستانی و بهداشتی از جمله‌ی این کارکردهاست. همچنین در مقطعی وزارت بهداشت این سامانه را مخصوص دریافت شکایات مردم از پزشکان در خصوص اخذ زیرمیزی معرفی کرده است.^۱ این سامانه‌ی تلفنی در پایگاه اطلاع‌رسانی

خبرنگاران به آدرس: <https://www.yjc.ir/fa/news/4332524>

۱. نک: مصاحبه‌ی منتشرشده در تاریخ نوزده فروردین ۱۳۹۲ از دکتر فاطمه رخشانی، معاون وقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با باشگاه

پزشکی براساس بزرگی و کوچکی شهری که در آن قرار دارند ممکن است علاوه بر اداری نظارت بر درمان که مربوط به مراکز ارائه‌ی خدمات درمانی از قبیل مطب‌ها، درمانگاه‌ها و بیمارستان‌هاست، واحدهای مشابهی از قبیل نظارت بر رادیولوژی‌ها، نظارت بر آزمایشگاه‌ها، نظارت بر دندان‌پزشکی‌ها و مواردی از این قبیل داشته باشند.

۱۴-۳. سازمان نظام پزشکی؛ نهاد صنفی غیردولتی

متولی امور پزشکی

در سازمان نظام پزشکی معاونتی تحت عنوان معاونت انتظامی وجود دارد که یکی از وظایف آن معاونت رسیدگی به شکایات مربوط به تخلفات اداری و انتظامی پزشکان است. در پایگاه اطلاع‌رسانی سازمان نظام پزشکی «هیئت عالی»، «اداره‌ی کل امور هیئت‌های انتظامی» و «مرکز پیشگیری از قصور و جرائم پزشکی» ارکان این معاونت برشمرده شده‌اند. «سازمان نظام پزشکی در مرکز (تهران) دارای هیئت‌های عالی انتظامی و در مراکز استان‌ها دارای هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر و در شهرستان‌ها (ی غیر مرکز استان) دارای هیئت‌های بدوی انتظامی پزشکی است. در معیت هیئت‌های بدوی انتظامی، اعضای دادسرا مرکب از دادستان و تعداد مورد نیاز دادیار به تشخیص شورای عالی با رأی اعضای هیئت مدیره و حکم ریاست سازمان انتخاب می‌شوند.» و نتیجه‌ی آن برخورد انتظامی با پزشک خواهد بود که طیفی وسیع از اقدامات، از توبیخ کتبی تا لغو پروانه‌ی طبابت به شکل دائمی را در بر می‌گیرد (۲۵ و ۲۶) که درباره‌ی آن پیش‌تر در همین مقال بحث شده است.

۱۵. نگاهی به شکایات از پزشکان و سایر اعضای گروه‌های درمانی

برای اینکه بتوان تا حدودی درباره‌ی وضعیت

۱۴-۲-۶. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، واحد تکریم ارباب رجوع

مانند هر دستگاه دولتی و با هدایت استانداری‌ها، در معاونت توسعه‌ی سرمایه‌ای و منابع انسانی دانشگاه‌های علوم پزشکی واحد تکریم ارباب رجوع نیز به شکایات مرتبط که بخشی از آن‌ها در دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌تواند مربوط به اعضای تیم درمانی باشد، رسیدگی می‌کنند.

۱۴-۲-۷. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، واحدهای بازرسی و رسیدگی به شکایات

مانند هر دستگاه دولتی در زیرمجموعه‌ی ریاست دانشگاه‌های علوم پزشکی واحد بازرسی و رسیدگی به شکایات وجود دارد که در طول و زیرمجموعه‌ی واحد همنام خود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

۱۴-۲-۸. کارشناس امور حقوقی و واحد رسیدگی به شکایات بیمارستان‌ها

براساس منشور حقوق بیمار ابلاغ‌شده توسط وزارت «دسترسی به نظام جامع رسیدگی به شکایات» حق بیمار است؛ لذا در بیمارستان‌ها واحد و فرآیندی تحت همین عنوان وجود دارد و به شکایات رسیدگی می‌کند. اگرچه در بیمارستان‌ها دفتر پرستاری (در

۰۴/۲ درصد در رتبه‌های دوم و سوم هستند. در این مطالعه دانشجویان کارورز دندان پزشکی عمومی، متخصصان دندان پزشکی کودکان، ارتدوَنسی و ترمیمی با درصد‌های مشابه و برابر ۸/۰ درصد در انتهای لیست توزیع فراوانی شکایات رسیده به سازمان نظام پزشکی مشهد قرار دارند (۲۸).

براساس نوع و منابع مورد مطالعه در میان پژوهش‌های مختلف در این زمینه شاید جمع‌بندی شیخ‌آزادی و همکاران از شکایات سازمان‌های پزشکی قانونی و نظام پزشکی بررسی جامع‌تر و نزدیک‌تری به واقعیت باشد. یافته‌های پژوهش آنان نشان داده است که مهم‌ترین علل شکایات از پزشکان و دندان‌پزشکان عبارت است از: الف. عوامل رفتاری؛ ب. آگاهی‌ندادن به بیمار و همراهان درباره‌ی عوارض و خطرات؛ ج. هزینه‌ی درمان؛ د. عامل رشته‌ی تخصصی؛ ه. دخالت یا تحریک سایر همکاران؛ و. نگرفتن شرح حال کامل یا معاینه‌ی دقیق یا ننوشتن پرونده به شکل صحیح و عدم درج مستندات لازم؛ ز. قصور در مراقبت‌های بعد از عمل جراحی؛ ح. انتخاب اشتباه بیمار؛ ط. به‌روزنه‌بودن اطلاعات علمی؛ ی. مجهزنه‌بودن بیمارستان، درمانگاه، کلینیک، مطب و مانند آنها؛ ک. مدیریت نادرست، به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت یا تجهیزات نامناسب؛ ل. بی‌توجهی به فرهنگ، سنن، آداب و اعتقادات بیمار (۲۹).

در مطالعه‌ای که توسط زابلی و همکاران انجام شده است ۶۱٪ از شکایات به خاطر دریافت وجوه خارج از تعرفه (۴۷٪) دریافت بیش از تعرفه و ۱۴٪ زیرمیزی) بوده است. همچنین تأخیر در ارائه‌ی خدمات درمانی ۱۴٪ و انجام درمان توسط مراکز

شکایت بیماران از پزشکان و سایر اعضای گروه‌های درمانی در بیمارستان و غیر آن مطلع نشویم نگاهی به شکایات از پزشکان و سایر اعضای گروه‌های درمانی که رسماً یا در پژوهش‌ها اعلام می‌شوند، راهگشاست.

در مطالعه‌ی بزرگ‌بفروبی و همکاران از میان کل ۴۷۱۷ شکایت طرح‌شده در کمیسیون‌های پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور در بازه‌ی زمانی سه‌ساله‌ی ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۹ متخصصان ارتوپدی با نسبت درصد معادل ۴۳/۱۴ درصد، متخصصان زنان و زایمان با ۹۱/۱۳ درصد و متخصصان جراحی عمومی با ۷۶/۱۰ درصد از کل شکایات سه رشته‌ی تخصصی بودند که بیشترین درصد شکایات را به خود اختصاص داده بودند. در این مطالعه رشته‌های روان‌پزشکی، نفرولوژی و پزشکی قانونی به ترتیب با ۴۵/۰ (کمتر از یک درصد)، ۴۵/۰ درصد و ۴۵/۰ درصد کمترین درصد شکایات را به خود اختصاص داده بودند. واضح است که این مطالعات می‌تواند براساس سال و محل بررسی تغییر یابند. در همین مطالعه بیشترین میانگین شکایات طرح‌شده در سطح کشور در استان تهران و سپس استان‌های مازندران، فارس و اصفهان بوده است. استان‌های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد و سمنان کمترین میانگین شکایات را در کشور داشته اند (۲۷).

در مطالعه‌ی دیگری که میان همکاران دندان‌پزشک صورت گرفته است دندان‌پزشکان عمومی ۲/۸۷ درصد از کل مجموع شکایات ثبت‌شده را به خود اختصاص داده‌اند؛ پس از آنان متخصصان معالجه‌ی ریشه با ۰۴/۴ درصد و متخصصان پریدونتولوژی با

- غیرمجاز ۱۳٪ از شکایات را به خود اختصاص داده بودند (۳۰).
- در پژوهش دیگری بیشترین میزان طرح شکایت به ترتیب مربوط به جراحان عمومی، پزشکان عمومی و پیراپزشکان بوده است و شایع‌ترین علت خطای پزشکی بی‌احتیاطی و بی‌مبالایی در انجام درمان و جراحی گزارش شده است (۳۱).
- جعفریان و همکاران نشان داده‌اند که شایع‌ترین علت شکایت از منظر شکایت‌کنندگان به ترتیب خطای درمانی، بی‌توجهی، مسایل مالی، عدم تبحر پزشک، خطای تشخیصی، برخورد نامناسب، عدم توجیه کافی بیمار (ندادن اطلاعات لازم) و رعایت نکردن نظامات دولتی بوده است (۳۲). آنچه در این مقال کوتاه طرح شد تلاشی بود برای آشنایی با پژوهش‌های مرتبط با شکایت و قصور اعضای گروه درمانی و در صورت علاقه‌مندی می‌توان مقالات و اشارات بیشتری در این زمینه یافت که در حوصله‌ی بحث این کتاب نگنجیده است.
- نخست رضایت باید از شخصی که اذن او معتبر است صادر شده باشد. دیگر آنکه رضایت ممکن است به هر وسیله‌ای ابراز شود؛ اما وقتی این رضایت برای کادر درمانی سودمند است که در زمان بعد بتواند آن را اثبات کند.
- همچنین رضایت باید آگاهانه باشد. سه عنصر مهم برای رضایت آگاهانه آن است که پزشک اطلاعات لازم را درباره‌ی نوع بیماری، انواع درمان‌های ممکن، عواقب هر روش درمانی، به بیمار گوشزد کند و پس از آن بیمار رضایت بدهد. اگر پزشک با رفتار یا گفتار خلاف واقع، موجب جلب رضایت بیمار شود، رضایت مؤثر نیست و پزشک به عنوان طبیب فریب‌دهنده مسئول خواهد بود.
- در صورتی که اذن بیمار محدود باشد پزشک باید در همان محدوده عمل کند.
- در صورتی که پزشک قبل از درمان رضایت نگرفته باشد و بیمار بعداً گذشت کند، مسئولیت پزشک منتفی می‌شود.
- قانون، اخذ رضایت را در موارد اضطرار و فوریت‌های پزشکی که گرفتن اجازه ممکن نیست لازم ندانسته است؛ لذا در مواقع اضطرار، اخذ نکردن رضایت باعث مسئولیت کیفری نیست (قاعده‌ی احسان).

ماده‌ی ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی: هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا صدمه‌ی بدنی گردد، ضامن دیه است؛ مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود. چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد یا تحصیل

۱۶. رضایت بیمار

پیش‌تر زیر عنوان «مبانی قانونی مسئولیت پزشک» به ماده‌ی ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی اشاره کردیم و وعده داده شد که مابقی مواد قانونی مرتبط با موضوع در موعد مقرر ذکر خواهد شد. از جمله ماده‌های قانون مجازات اسلامی که به موضوع ضمان طبیب یا همان مسئولیت پزشک مربوط می‌شود، موادی از قانون هستند که در خصوص بحث اخذ رضایت آگاهانه از بیمار است. در باب گرفتن رضایت نیز باید گفت: «هر نوع رضایتی معتبر نیست و شرایط زیر لازم است»:

می‌شود؛ اما درباره‌ی خطای غیرعمدی که تحت عنوان «شبه‌عمد» آن را توضیح خواهیم داد چنانچه صدمه‌ای به بیمار وارد شود چند حالت تصور می‌شود:

الف. حالتی است که پزشک تنها برای شروع و ادامه‌ی درمان از بیمار رضایت گرفته است؛ اما با بیمار شرط عدم مسئولیت نکرده است (یا به عبارت قانونی براءت اخذ ننموده باشد). در چنین حالتی برای پزشک فرض تقصیر شده است؛ یعنی اگر مرگ یا نقص عضو رخ دهد اصل آن است که پزشک، مسئول پرداخت دیه است و برای آنکه بیمار مسئولیت پزشک را اثبات کند لازم نیست، اثبات کند که پزشک تقصیر کرده است چون اجازه‌ی مریض اجازه‌ی به درمان بوده است نه اتلاف؛ ازاین‌رو قاعده‌ی اتلاف جاری است؛ اما در این حالت پزشک اگر برای دادگاه مدارک پذیرفتنی داشته باشد می‌تواند عدم تقصیر خود را اثبات کند. یعنی چنان که اثبات کند که مقررات پزشکی و موازین فنی را کاملاً رعایت کرده و بی‌احتیاطی ننموده است از مسئولیت معاف می‌شود.

ب. اگر پزشک از بیمار یا ولی او براءت (شرط عدم مسئولیت) گرفته باشد بار اثبات جابه‌جا می‌شود؛ یعنی اصل آن است که پزشک مسئول نیست، مگر آنکه زیان دیده بتواند با دلایل معتبر در دادگاه تقصیر او را اثبات کند؛ ازاین‌رو شرط براءت، پزشک را معاف نمی‌کند، بلکه فقط بار اثبات تقصیر را جابه‌جا می‌کند که اهمیت فراوانی هم دارد.

باید دانست که براءت گرفتن از بیمار به‌تنهایی برای رفع مسئولیت مؤثر نیست، بلکه پزشک باید نظامات و موازین فنی را نیز رعایت کرده باشد.

براءت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، براءت از ولی مریض تحصیل می‌شود.

تبصره‌ی ۱. در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای او ضمان وجود ندارد، هر چند براءت اخذ نکرده باشد.

تبصره‌ی ۲. ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه‌ی قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستان‌های مربوطه به اعطای براءت به طبیب اقدام می‌نماید.

ماده‌ی ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی: پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می‌نماید، در صورت تلف یا صدمه‌ی بدنی ضامن است؛ مگر آنکه مطابق ماده‌ی ۴۹۵ این قانون عمل نماید.

تبصره‌ی ۱. در موارد مزبور، هرگاه مریض یا پرستار بدانند که دستور اشتباه است و موجب صدمه و تلف می‌شود و باوجوداین به دستور عمل کند، پزشک ضامن نیست، بلکه صدمه و خسارت مستند به خود مریض یا پرستار است.

تبصره‌ی ۲. در قطع عضو یا جراحات ایجادشده در معالجات پزشکی طبق ماده‌ی ۴۹۵ این قانون عمل می‌شود.

ماده‌ی ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی: در موارد ضروری که تحصیل براءت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

مطابق با این مواد اگر پزشک در معالجات خود، عمداً موجب تلف جان یا عضو شود قصاص

این موضوع بسته به نوع قرارداد بیمه‌ای است که بسته می‌شود.

در مواقع اضطراری به اخذ برائت نیاز نیست و پزشک از مسئولیت مدنی معاف خواهد بود؛ اما بعداً باید وجود اضطرار و متعارف بودن فعل خود را اثبات کند (قاعده‌ی احسان).

برای اینکه پزشک بتواند به حالت ضرورت استناد نماید و بدون اخذ رضایت و برائت اقدام کند لازم است:

الف. بتواند وجود خطر شدید جانی را اثبات کند؛ در صورتی که درباره‌ی وجود فوریت اختلاف نظر باشد، نظر پزشکی قانونی ملاک قرار می‌گیرد.
ب. بیمار قادر به اجازه‌دادن نباشد.

۱۷. آشنایی با برخی اصطلاحات رایج

در مطالب یادشده و پاره‌ای از قوانین دیگر مرتبط با کار پزشکان، از اصطلاحاتی مانند سبب و مباشر، عمد و شبه‌عمد، دیه و... سخن گفته شده است که در اینجا درباره‌ی آن‌ها توضیح داده می‌شود:

۱۷-۱. سبب و مباشر

گفته شد که اتلاف ممکن است مستقیم یا باواسطه صورت گیرد؛ حالت مستقیم آن «مباشرت» و حالت غیرمستقیم آن «تسبیب» گفته می‌شود. در قانون سقط درمانی هم از واژه‌ی مباشر استفاده شده است. در توضیح باید گفت گاهی برای وقوع یک جرم یا خسارت، مجموعه‌ای از اسباب در کنار هم قرار گرفته‌اند و موجب رخ دادن آن اتفاق شده‌اند. به تک‌تک آن اسباب «سبب» و به آن سببی که مستقیم (بشره به معنی پوست است) با آن عمل در تماس بوده است «مباشرت» می‌گویند؛ مثلاً اگر فردی

همچنین بر خلاف رضایت که درباره‌ی افراد نابالغ می‌توانست از مادر نیز گرفته شود، گرفتن برائت فقط از ولی بیمار پذیرفتنی است نه از مادر و سرپرست او. در صورتی که ولی بیمار در دسترس نباشد و امکان گرفتن برائت از دادستان‌های قوه‌ی قضاییه به نیابت از مقام رهبری وجود داشته باشد برائت از مقام قضایی گرفته می‌شود؛ زیرا مطابق قواعد اسلامی، ولی فقیه سرپرستی کسانی را که ولی خاص ندارند عهده‌دار است. در سایر کشورها نیز این کار بر عهده‌ی دادگاه‌ها و مقامات عمومی است.

نکته‌ی دیگر آنکه برائت نیز مانند رضایت باید دارای عناصر رضایت آگاهانه که شرح داده شد باشد. همچنین به جز بیمار گرفتن برائت از کسانی که در صورت وقوع خسارت حق تعقیب دارند نیز مفید است؛ زیرا در صورت فوت بیمار، ورثه‌ی او می‌توانند خسارات بدنی و مادی و معنوی وارد به بیمار و خسارات وارد به خودشان را مطالبه کنند؛ برای مثال افراد تحت تکفل بیمار می‌توانند برای خسارتی که به خودشان وارد شده است اقامه‌ی دعوا نمایند.

راه حل مهمی که در همه‌ی کشورها برای پرداخت خسارت و رفع مشکل افراد زیان‌دیده در نظر گرفته شده است، اجباری کردن و گسترش پوشش بیمه درباره‌ی تخلفات پزشکی است. این راه حل در عین حال از ایجاد دشواری برای کادر درمانی که ممکن است موجب زیان بیماران شوند جلوگیری کرده و دست آنان را برای پذیرش ریسک روش‌های تهاجمی برای درمان بیماران تا حدودی باز می‌گذارد. باوجوداین، در این بیمه‌ها نیز اگر قصوری شدید اتفاق افتاده باشد بیمه‌گر می‌تواند پس از پرداخت خسارات در برابر کادر درمانی اقامه‌ی دعوا نماید.

به صورت مساوی پرداخت کنند.

اگر عواملی متعدد موجب صدمه‌ی بدنی شده باشند و کار آن‌ها هم‌زمان نباشد، یعنی بین کار آن‌ها رابطه‌ی طولی باشد، بدین صورت که هر یک از سبب‌ها به ترتیب موجبات وقوع یک حادثه را فراهم آورده باشند، سبب مقدم در تأثیر، یعنی آخرین علتی که منجر به حادثه شده مسئول است؛ البته مسئولیت این شخص در صورتی است که عرف او را سبب اصلی خسارت بداند (۳۳)؛ وگرنه همه‌ی سبب‌ها به نسبت تأثیر کارشان مسئول هستند.

اگر شخص ثالث یا زیان دیده در ورود خسارت نقش داشته باشند^۲ در این صورت به نسبت سهمی که این اشخاص در بروز حادثه داشته‌اند، از مسئولیت عامل زیان کاسته می‌شود؛ برای مثال بیماری که به صورت درست جراحی نشده و خودش نیز مراقبت‌های بعد از عمل را انجام نداده است، باید بخشی از خسارت را خودش متحمل بشود. همچنین اگر علاوه بر پزشک، داروساز نیز قصور کرده باشد خسارت تقسیم می‌شود.

۱۷- ۱- ۱. سبب مجمل در خسارت‌های وارد شده به بدن

در خسارات بدنی اگر یقین به شراکت افراد نداشته باشیم، بلکه این گونه باشد که یقین اجمالی داشته باشیم که یکی از چند نفر موجب حادثه شده اما ندانیم که کدامیک بوده است، مسئولیت پرداخت

کودکی را وادار کند که به دیگری زخمی وارد کند نوع جرم واقع شده جرح است و فردی که دستور داده سبب (آمر) و کودکی که با دست خودش به بدن شخص سوم زخمی وارد کرده است مباشر است.

در قوانین، مجرم یا مسئول اصلی کسی است که مباشر در انجام جرم یا خسارت باشد؛ مگر آنکه اثبات شود که سبب قوی‌تر از مباشر بوده است.^۱ مثلاً اگر پزشک دارای شماره‌ی نظام پزشکی، دستیار رشته‌ی تخصصی زنان به دستور استدادش سقط جنین مجرمانه انجام دهد، مجرم اصلی مباشر (دستیار) است و استاد سبب (آمر) محسوب می‌شود.

اگر در دادگاه مباشر بتواند نشان دهد که سبب از او قوی‌تر بوده است و او مجبور شده است که آن فعل را انجام دهد، مثل وقتی که کسی اسلحه روی شقیقه دیگری بگذارد و او را مجبور به دزدی کند، استثنائاً در چنین مواردی سبب مقصر اصلی قلمداد می‌شود.

مطابق ماده‌ی ۵۲۶ قانون مجازات اسلامی اگر دو یا چند نفر باعث صدمه به دیگری باشند و چند عامل مباشر و چند عامل سبب باشند، مباشر مسئول است؛ اما اگر همه مباشر باشند، هرکس به نسبت تأثیر رفتارشان در حادثه‌ی روی داده مسئول است؛ بنابراین هر کدام از اشخاص به همین نسبت ملزم به پرداخت دیه و خسارات وارد شده به زیان دیده می‌شوند. اگر یقین داشته باشیم خسارت توسط چند نفر ایجاد شده، اما میزان تأثیر کار هر یک از آن اشخاص را نتوانیم تعیین کنیم، در این هنگام همه‌ی آن‌ها باید دیه و خسارت‌های شخص زیان دیده را

۲. ماده‌ی ۴ قانون مسئولیت مدنی: «دادگاه می‌تواند میزان خسارت را در موارد زیر تخفیف دهد:

الف. هرگاه پس از وقوع خسارت، واردکننده‌ی زیان به نحو مؤثری به زیان‌دیده کمک و مساعدت کرده باشد.

ب. هرگاه وقوع خسارت ناشی از غفلتی بوده که صرفاً قابل اغماض باشد و جبران آن نیز موجب عسرت و تنگدستی واردکننده‌ی زیان شود.

ج. وقتی که زیان‌دیده به نحوی از انحاء، موجبات تسهیل ایجاد زیان را فراهم نموده یا به اضافه شدن آن کمک یا وضعیت واردکننده‌ی زیان را تشدید کرده باشد.»

۱. ماده‌ی ۳۳۲ قانون مدنی: «هرگاه یک نفر سبب تلف مالی را ایجاد کند و دیگری مباشر تلف شدن آن مال بشود، مباشر مسئول است نه سبب؛ مگر اینکه سبب، اقوی باشد به نحوی که عرفاً اتلاف مستند به او باشد.»

مرتکب که به او جانی^۲ گفته می‌شود نسبت به شخص زیان‌دیده (مجنی‌علیه) قصد کاری نداشته است و فعلی را که بر او واقع شده قصد نکرده است؛ برای مثال فردی تیری را برای شکار رها کرده و بدون اطلاع از حضور شخصی در تیررس، تیر به او اصابت کرده است.

ب. شبه‌عمد: جایی است که مرتکب قصد کاری را نسبت به شخص مقابل خود داشته که به‌صورت متعارف سبب جنایت نمی‌شود؛ اما به‌صورت اتفاقی خسارت (جنایت) رخ داده است. همچنین کارهایی که از روی بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی انجام می‌شود شبه‌عمد است. کارهای پزشکان نیز که موجب خسارت می‌شود از این دسته است.

ج. عمد: جایی است که کسی آگاهانه قصد کشتن دیگری یا ضرب و جرح او را داشته باشد یا کاری را انجام دهد که به‌صورت متعارف کشنده یا موجب جراحت است، هرچند قصد کشتن یا جراحت شخص مقابل خود را نداشته باشد. مجازات جنایت عمدی قصاص است و اگر شاکی خصوصی نداشته باشد مجازات عمومی مانند حبس نیز می‌تواند افزوده شود؛ اما مجازات جنایت خطایی و شبه‌عمد پرداخت دیه است.

۱۷-۳. دیه و ارش

مطابق ماده‌ی ۴۵۰ قانون مجازات اسلامی «در جنایت شبه‌عمدی، خطای محض و جنایت عمدی که قصاص در آن جایز یا ممکن نیست، در صورت درخواست مجنی‌علیه یا ولی دم، دیه پرداخت می‌شود مگر به‌نحو دیگری مصالحه شود.»

۲. شایان ذکر است واژه‌ی جانی و جنایت در اصطلاح حقوقی، در معنای عرفی آن که رفتاری ناشایست و درخور سرزنش یک تبهکار است به کار نمی‌رود.

خسارت بدین ترتیب تعیین می‌شود که آیا عوامل مورد شک، نسبت به دخالت در حادثه (نه نتیجه) اقرار کرده باشند یا خیر. اگر عوامل اقرار به دخالت کرده باشند زیان‌دیده مخیر است از هر کدام از آن‌ها که بخواهد کل خسارت را بگیرد؛ اما اگر اقرار نکرده‌اند و دخالت خود را با سوگند انکار می‌کنند در این صورت درباره‌ی خساراتی غیر از خسارت قتل، همه به تساوی مسئول هستند؛ اما هنگامی که قتل اتفاق افتاده است دیه‌ی شخص متوفی توسط دولت از محل صندوق خسارات پرداخت می‌شود.^۱ برای مثال جسمی از پنجره‌ی یک ساختمان بیرون می‌افتد و باعث مجروحیت کسی می‌شود؛ اما نمی‌دانیم از کدام پنجره افتاده است یا بیماری در اتاق عملی که پنج پزشک حضور داشته‌اند در اثر یک قصور خاص کشته بشود که ندانیم به کدام پزشک انتساب دارد.

۱۷-۲. عمد، شبه‌عمد، خطا

کشتن یا واردکردن ضربه یا زخم به دیگری یا ازبین‌بردن اعضا یا سلامت و مانند آن ممکن است به سه صورت رخ دهد:

الف. خطای محض: زمانی است که شخص

۱. نک: صفای سیدحسین و رحیمی حبیب‌الله، (۱۳۹۳). مسئولیت مدنی (الزامات خارج از قرارداد). تهران: انتشارات سمت، ص ۲۲۱. این موضوع برگرفته از مواد ذیل است: ماده‌ی ۴۷۷ قانون مجازات اسلامی: «در موارد علم اجمالی به ارتکاب جنایت، توسط یک نفر از دو یا چند نفر معین، در صورت وجود لوث بر برخی از اطراف علم اجمالی، طبق مواد قسامه در این باب عمل می‌شود و در صورت عدم وجود لوث، صاحب حق می‌تواند از متهمان مطالبه سوگند کند که اگر همگی سوگند یاد کنند در خصوص قتل دیه از بیت‌المال پرداخت می‌شود و در غیر قتل، دیه به نسبت مساوی از متهمان دریافت می‌شود.»

تبصره: هرگاه منشأ علم اجمالی، اقرار متهمان باشد، حسب مورد اولیای دم یا مجنی‌علیه مخیرند برای دریافت دیه به هر یک از متهمان مراجعه کنند و در این امر تفاوتی بین جنایت عمدی و غیرعمدی و قتل و غیرقتل نیست.» ماده‌ی ۴۷۹ قانون مجازات اسلامی: «هرگاه کسی در اثر رفتار عدلای کشته یا مصدوم شود و جنایت، مستند به برخی از رفتارها باشد و مرتکب هر رفتار مشخص نباشد، همه‌ی آن‌ها باید دیه‌ی نفس یا دیه‌ی صدمات را به‌طور مساوی بپردازند.»

- برای اطلاق لفظ «قصور پزشکی»:
 - فرد باید بیمار پزشک باشد و در واقع پزشک مراقبت پزشکی و درمان او را پذیرفته باشد؛
 - پزشک باید اعمالی انجام داده باشد که از نظر معیارهای پزشکی پذیرفتنی نباشد یا به‌طور شایع‌تر اعمالی را که به‌عنوان اقدامات پذیرفته‌شده‌ی پزشکی باید انجام می‌داد، انجام نداده باشد.

- در نتیجه‌ی انجام عملی که نباید انجام می‌شده یا انجام‌دادن کاری که باید انجام می‌گرفته، بیمار متحمل آسیب شده باشد.

ماده‌ی ۱۴۴ قانون مجازات اسلامی تحقق جرائم عمدی را منوط به احراز تقصیر مرتکب می‌داند. در جنایات غیرعمدی اعم از شبه‌عمدی و خطای محض، مقررات کتاب قصاص و دیات مطرح است. در تبصره‌ی این ماده آمده است: «تقصیر اعم از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آن‌ها حسب مورد از مصادیق بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی محسوب می‌گردد.» اگرچه در ادبیات و علم لغت، «قصور» به معنی کوتاهی کردن در انجام وظایف بدون داشتن تعمد و «تقصیر» به معنی کوتاهی متعمدانه است. با توجه به جمع تعریف قصور در آیین‌نامه‌ی انتظامی نظام پزشکی و تقصیر در ماده‌ی قانونی فوق به نظر می‌رسد در قوانین ما قصور و تقصیر پزشکی گاه به جای هم به کار گرفته شده‌اند.

۱۷-۴-۱. بی‌مبالاتی

اگر پزشک از انجام اعمالی که در مواجهه با بیمار و بیماری او، جزو اعمال پذیرفته‌شده‌ی ضروری است،

ماده‌ی ۴۴۸ قانون مجازات اسلامی: «دیه‌ی مقدر، مال معینی است که در شرع مقدس به سبب جنایت غیرعمدی بر نفس، عضو یا منفعت، یا جنایت عمدی در مواردی که به هر جهتی قصاص ندارد، مقرر شده است.»

در قانون برای ازبین‌رفتن هر یک از اعضا و تعدادی از زخم‌ها مقدار مشخصی دیه تعیین شده است؛ اما در مواردی که دیه تعیین نشده است «ارش» پرداخت می‌شود. مطابق ماده‌ی ۴۴۹ «ارش، دیه‌ی غیرمقدر است که میزان آن در شرع تعیین نشده است و دادگاه با لحاظ نوع و کیفیت جنایت و تأثیر آن بر سلامت مجنی‌علیه و میزان خسارت وارده با در نظر گرفتن دیه‌ی مقدر و با جلب نظر کارشناس میزان آن را تعیین می‌کند. مقررات دیه‌ی مقدر درباره‌ی ارش نیز جریان دارد مگر اینکه در این قانون ترتیب دیگری مقرر شود.»

۱۷-۴. قصور و تقصیر

چه موقع می‌گوییم فردی مرتکب قصور شده است؟ چه موقع گفته می‌شود طبیب مرتکب قصور پزشکی شده است؟ معنای لغوی قصور عبارت است از: «فروماندن، عاجزگردیدن، کوتاه آمدن، از کاری بازایستادن، وا گذاشتن کاری از روی عجز و درماندگی»؛ اما برای آنکه بتوان گفت فردی مرتکب قصور شده باید:

- فردی که متهم به قصور می‌شود باید وظیفه یا مسئولیتی در قبال فرد دیگر داشته باشد؛
 - باید در اجرای وظیفه یا مسئولیت فوق، کوتاهی کرده باشد؛

- در نتیجه کوتاهی نمودن در مسئولیتی که نسبت به فرد داشته، او دچار آسیب و زیان شده باشد.

مثال، جا گذاشتن وسایل جراحی یا گاز و امثال آن در داخل شکم بیماری که تحت عمل جراحی قرار گرفته، نوعی بی‌احتیاطی است.

پاره کردن روده در برخی اعمال جراحی شکم مثل جراحی کیسه‌ی صفرا و غیره، پاره کردن رحم حین کورتاژ، بستن حالب در هنگام برخی اعمال جراحی زنان، هرگونه دستکاری نابجا در اعضای که در مجاورت عضو عمل شده قرار دارند، تجویز دارو با دوز اشتباهی بیش از میزان دوز درمانی، اشتباه در اتصال اکسیژن و سایر گازهایی که در اتاق عمل کاربرد دارند، تزریق وریدی دارویی که منع مصرف وریدی دارد، از دیگر نمونه‌های بی‌احتیاطی به شمار می‌روند.

۱۸. مراجع ذی‌صلاح برای رسیدگی به قصور

پزشکی

مراجع قضایی (محاکم دادگستری) و مراجع انتظامی صنفی (سازمان نظام پزشکی) مراجعی هستند که شایستگی رسیدگی به قصور پزشکی را دارند.

اما پرسشی که اکنون به ذهن می‌آید این است که در چه شرایطی می‌توان نشان داد که قصور پزشکی رخ نداده است؟ نخست اینکه اقدامات پزشک قانونی باشد؛ همچنین قصد درمان داشته باشد (نداشتن سوءنیت)؛ سوم اینکه اقدامات درمانی، اخلاقی و مشروع باشد و در نهایت اینکه موازین علم پزشکی رعایت شده باشد.

به‌طور خلاصه باید گفت اقدامات پزشکی باید مبتنی بر موازین علمی و قانونی و اخلاقی باشند. در غیر این صورت حتی اگر از بیمار رضایت یا برائت‌نامه

غفلت نموده باشد، یعنی اموری را که لازم بوده انجام نداده باشد، بی‌مبالاتی رخ داده است. فردی دچار حادثه شده و توسط مسئول اورژانس ویزیت می‌شود (با این کار او مسئولیت بیمار را پذیرفته است).

برای مثال اگر مصدوم در اثر افتادن روی دستش از درد مچ دست شاکی است. پزشک با معاینه‌ی بالینی ضرب‌دیدگی جزئی را اعلام کرده و با دستور دارویی او را مرخص می‌کند. مصدوم بعد از مدتی به علت استمرار درد و تورم ناحیه‌ی مچ دست به طبیب دیگری مراجعه می‌کند و در رادیوگرافی تشخیص شکستگی داده می‌شود و علی‌رغم درمان مقتضی، دست بیمار دچار عوارضی نظیر بد جوش خوردن، استئوآرتریت و ازکارافتادگی می‌شود. در این مثال پزشک اورژانس از انجام رادیوگرافی غفلت کرده و مرتکب بی‌مبالاتی شده است.

همچنین اگر پزشک جراح روز بعد از عمل جراحی توسط پرستار کشیک، تلفنی از وخیم شدن حال بیمار مطلع شده و به صدور دستورات تلفنی اکتفا کرده باشد و از حضور بر بالین بیمار خودداری کند و به دنبال این غفلت پزشک، بیمار دچار عوارض شود یا فوت کند، پزشک مرتکب بی‌مبالاتی شده است.

در صورتی که پزشک در مواجهه با بیمار مارگزیده از انجام برخی اقدامات روتین نظیر تجویز آنتی‌سرم خودداری کند و به دنبال آن بیمار دچار عوارض گردد، پزشک مرتکب بی‌مبالاتی شده است.

۱۷-۴-۲. بی‌احتیاطی

طبیب، جراح یا سایرین با انجام اقداماتی در اثر بی‌توجهی و بی‌دقتی دچار اشتباه شده‌اند و در نتیجه بیمار دچار آسیب شده است (به عبارت دیگر کارهایی انجام داده‌اند که نباید انجام می‌شد)؛ برای

ناروا که پزشکان به اختیار خود یا به اصرار بیماران صادر می‌نمایند عواقب دشواری را در پی خواهد داشت.

هم اخذ شده باشد، باز هم پزشک و کادر پزشکی مسئول خواهند بود.

۱۹. گواهی‌های پزشکی

یکی از مواردی که به سبب ناآگاهی همکاران بیمارستانی از مواد قانونی موجبات مشکل برای آنان را فراهم می‌آورد صدور گواهی‌های پزشکی است که به دلیلی دچار مشکل باشند. بنابر ماده‌ی ۵۳۸ قانون مجازات اسلامی «هر کس شخصاً یا توسط دیگری برای معافیت خود یا شخص دیگری از خدمت دولت یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به دادگاه گواهی پزشکی به اسم طبیب جعل کند، به حبس از شش ماه تا یک سال یا به سه تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.»

بنابر ماده‌ی ۵۳۹ قانون مجازات اسلامی هرگاه طبیب، برای معافیت شخصی از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به مراجع قضایی، تصدیق‌نامه‌ای بر خلاف واقع بدهد به حبس از شش ماه تا دو سال یا به سه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد و هرگاه تصدیق‌نامه‌ی مزبور به واسطه‌ی اخذ مال یا وجهی انجام گرفته، علاوه بر استرداد و ضبط آن به‌عنوان جریمه، طبیب به مجازات مقرر برای رشوه‌گیرنده نیز محکوم می‌گردد.

براساس ماده‌ی ۵۴۰ قانون مجازات اسلامی «برای سایر تصدیق‌نامه‌های خلاف واقع که موجب ضرر شخص ثالثی باشد یا خساراتی بر خزانه‌ی دولت وارد آورد، مرتکب علاوه بر پرداخت خسارت وارده تا ۷۴ ضربه شلاق یا دویست هزار تا دو میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.» بدین ترتیب گواهی‌های

۲۰. جایگاه سازمان نظام پزشکی در تخلفات

صنفی

طبق ماده‌ی ۲۸، «سازمان نظام پزشکی به منظور رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرف پزشکی و وابسته در مرکز دارای هیئت‌های عالی انتظامی پزشکی، در مراکز استان‌ها دارای هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر و در شهرستان‌ها دارای هیئت‌های بدوی انتظامی پزشکی خواهد بود که مطابق مواد بعدی این قانون تشکیل می‌گردند.» تبصره‌ی ۱. عدم رعایت موازین شرعی و قانونی و مقررات صنفی و حرفه‌ای و شغلی و سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی به وسیله‌ی شاغلان حرف پزشکی و وابسته به پزشکی، تخلف محسوب می‌شود و متخلفان با توجه به شدت و ضعف عمل ارتكابی و تعدد و تکرار آن، حسب مورد به مجازات‌های متنوعی از تذکر یا توبیخ شفاهی تا محرومیت دائم از اشتغال به حرفه‌های پزشکی در سراسر کشور محکوم می‌گردند.

بنابر ماده‌ی ۲۹ نیز «در معیت هیئت‌های بدوی انتظامی، اعضای دادسرا مرکب از دادستان و تعداد مورد نیاز دادیار به تشخیص شورای عالی با رأی اعضای هیئت مدیره و حکم ریاست سازمان انتخاب می‌شوند.»

براساس ماده‌ی ۳۵ هیئت‌های بدوی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای هیئت مدیره‌های نظام پزشکی، که مرجعی است

- ج. پنج نفر از پزشکان استان مربوطه؛
 د. یک نفر از دندان‌پزشکان استان مربوطه؛
 ه. یک نفر از دکترهای داروساز استان مربوطه؛
 و. یک نفر از متخصصان علوم آزمایشگاهی یا دکترای حرفه‌ای علوم آزمایشگاهی استان مربوطه؛
 ز. یک نفر لیسانس یا بالاتر پروانه‌دار گروه پزشکی استان مربوطه؛
 الف. یک نفر قاضی به معرفی رییس قوه‌ی قضاییه؛
 ب. مسئول پزشکی قانونی شهرستان مربوطه یا نماینده‌ی اوی؛
 ج. پنج نفر از پزشکان شهرستان مربوطه؛
 د. یک نفر از دندان‌پزشکان شهرستان مربوطه؛
 ه. یک نفر از دکترهای داروساز شهرستان مربوطه؛
 و. یک نفر از متخصصان علوم آزمایشگاهی یا دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی شهرستان مربوطه؛
 ز. یک نفر از کارشناسان پروانه‌دار گروه پزشکی یا بالاتر شهرستان مربوطه؛
 ح. یک نفر پرستار به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری؛
 ط. یک نفر از لیسانس‌های گروه مامایی و بالاتر شهرستان مربوطه.
 بنابر ماده‌ی ۳۶ «به منظور رسیدگی مجدد به پرونده‌هایی که پس از صدور رأی هیئت‌های بدوی انتظامی مورد اعتراض هر یک از طرفین قرارداد، هیئتی بنام هیئت تجدیدنظر انتظامی استان با ترکیب زیر در محل نظام پزشکی شهرستان مرکز استان تشکیل می‌گردد:
 الف. یک نفر از قضات دادگاه‌های تجدیدنظر استان با معرفی رییس قوه‌ی قضاییه؛
 ب. مدیرکل پزشکی قانونی استان مربوطه؛
 ج. پنج نفر از پزشکان متخصص، مسلمان و خوش سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛
 د. یک نفر از دندان‌پزشکان مسلمان و خوش سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛
 ه. یک نفر از لیسانس‌های گروه مامایی و بالاتر استان مربوطه؛
 و. یک نفر از متخصصان علوم آزمایشگاهی یا دکترای علوم آزمایشگاهی استان مربوطه؛
 ز. یک نفر از کارشناسان پروانه‌دار گروه پزشکی یا بالاتر استان مربوطه؛
 ح. یک نفر پرستار به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری؛
 ط. یک نفر از لیسانس‌های گروه مامایی و بالاتر استان مربوطه.
 بنابر ماده‌ی ۳۶ «به منظور رسیدگی مجدد به پرونده‌هایی که پس از صدور رأی هیئت‌های بدوی انتظامی مورد اعتراض هر یک از طرفین قرارداد، هیئتی بنام هیئت تجدیدنظر انتظامی استان با ترکیب زیر در محل نظام پزشکی شهرستان مرکز استان تشکیل می‌گردد:
 الف. یک نفر از قضات دادگاه‌های تجدیدنظر استان با معرفی رییس قوه‌ی قضاییه؛
 ب. مدیرکل پزشکی قانونی استان مربوطه؛
 ج. پنج نفر از پزشکان متخصص، مسلمان و خوش سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛
 د. یک نفر از دندان‌پزشکان مسلمان و خوش سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛
 ه. یک نفر از لیسانس‌های گروه مامایی و بالاتر استان مربوطه؛
 و. یک نفر از متخصصان علوم آزمایشگاهی یا دکترای علوم آزمایشگاهی استان مربوطه؛
 ز. یک نفر از کارشناسان پروانه‌دار گروه پزشکی یا بالاتر استان مربوطه؛
 ح. یک نفر پرستار به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری؛
 ط. یک نفر از لیسانس‌های گروه مامایی و بالاتر استان مربوطه.

شکایت‌ها معمولاً مربوط به رویدادهایی است که مدتی از آن گذشته است و دادگاه‌ها می‌کوشند واقعیت‌های گذشته را بازسازی کنند و این بازسازی ناگزیر از راه دلایل اسناد و شواهدی است که از گذشته باقی مانده است و چون گاه دلایل باقی مانده کافی نیست یا دلایلی در نظر گرفته می‌شود که به درستی حکایت از واقعیت ندارد، لذا بسیاری از اوقات، تصمیمات دادگاه‌ها فاصله‌ی زیادی از حقیقت دارد و موجبات گرفتاری و نارضایتی دست‌اندرکاران را فراهم می‌آورد.

بنابر مطالب پیش گفته مستندسازی و جمع‌آوری دلایل و مدارک، هنگام شروع به هر فعالیت اجتماعی ضروری می‌نماید. از آنجاکه حرفه‌ی پزشکی نیز به صورت کامل با حقوق دیگران ارتباط دارد و فعالیت اصلی آن در حوزه‌ای است که ضروری‌ترین امر زندگانی انسان یعنی جان و سلامت در آن مطرح است، ضروری است که شاغلان به این حرفه برای تضمین حقوق بیماران و خود و دیگر کارکنان حرفه‌ی پزشکی در کنار هر فعالیتی به ثبت اسناد و مدارک فعالیت خود بپردازند؛ لذا باید دانست که هدف اصلی از مستندسازی و ثبت رویدادها در این حرفه تنها ثبت سیر درمان و کمک به درمان نیست، بلکه هدف دیگر محافظت از حقوق دو طرف درگیر این موضوع است.

۲۲. رسیدگی به جرائم کیفری

در جرائم کیفری مانند قتل و جرح، رسیدگی قضایی در دادگاه محل وقوع جرم آغاز می‌گردد. شروع رسیدگی می‌تواند به یکی از طریق زیر باشد: الف. شکایت شاکی؛

ه. یک نفر از دکترهای داروساز مسلمان و خوش سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛

و. یک نفر از متخصصان یا دکترهای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی مسلمان و خوش سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛

ز. یک نفر از لیسانسیه‌ها یا بالاتر دارای پروانه‌های گروه پزشکی مسلمان و خوش سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛

ح. یک نفر پرستار به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری؛

ط. یک نفر از لیسانسیه‌ها یا بالاتر مامایی مسلمان و خوش سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه.»

حداکثر یک نفر از افراد مذکور در بندهای فوق می‌توانند از بین افراد متدین به یکی از ادیان مصرح در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران با شرایط مذکور باشند.

۲۱. شیوه‌های اثبات در مراجع قضایی و

شبه قضایی

زمانی که درگیر شکایتی می‌شویم درمی‌یابیم اطلاعات و آگاهی‌هایی که ما از اعمال و رفتار خودمان و دیگران داریم با آنچه در دادگاه‌ها پذیرفته و ترسیم می‌شود گاه بسیار متفاوت است. حقوق و مسئولیت‌هایی که ما یا دیگران در عالم حقیقت و واقعیت داریم گاه در دادگاه اثبات‌شدنی نیستند و آنچه در دادگاه‌ها به تصویب می‌رسد گاه با حقیقت فاصله‌ی زیادی دارد. علت این امر آن است که

مقدماتی می‌کند. تحقیقات مقدماتی، مجموعه اقدامات قانونی است که برای حفظ آثار و علائم و جمع‌آوری ادله‌ی وقوع جرم، شناسایی، یافتن و جلوگیری از فرار یا مخفی‌شدن متهم انجام می‌شود.

تحقیقات مقدماتی به‌صورت محرمانه صورت می‌گیرد؛ مگر در مواردی که قانون به‌نحو دیگری مقرر نماید. همه‌ی اشخاصی که در جریان تحقیقات مقدماتی حضور دارند، موظف به حفظ این اسرار هستند و در صورت تخلف، به مجازات جرم افشای اسرار شغلی و حرفه‌ای محکوم می‌شوند. شاکی هم می‌تواند در هنگام تحقیقات، شهود خود را معرفی و ادله‌اش را اظهار کند؛ همچنین او می‌تواند در تحقیقات حضور یابد، صورت جلسه‌ی تحقیقات مقدماتی یا سایر اوراق پرونده را که با ضرورت کشف حقیقت منافات ندارد، مطالعه کند یا به هزینه خود از آن‌ها تصویر یا رونوشت بگیرد؛ اما چنانچه بازپرس مطالعه یا دسترسی به تمام یا برخی اوراق پرونده را منافی با ضرورت کشف حقیقت بداند، با ذکر دلیل، درخواست او را رد می‌کند.

یکی از کارهایی که بازپرس انجام می‌دهد تحقیق از محل جرم یا «معاینه‌ی محل» است. هنگام تحقیق محلی و معاینه‌ی محل، شهود و مطلعان نیز دعوت می‌شوند. در مواقع ضروری، بازپرس می‌تواند دیگر اشخاصی را که حضور آنان لازم است به محل دعوت کند. چنانچه اثبات حق به اظهارات اشخاص موضوع این ماده منحصر باشد و آنان بدون عذر موجه حاضر نشوند، بازپرس دستور جلب آنان را صادر می‌کند. کارشناسان رسمی یا خبره، از قبیل پزشک، داروساز، مهندس و ارزیاب

ب. اعلام توسط ضابطان دادگستری مانند پلیس نیروی انتظامی یا مقامات رسمی یا اشخاص دیگری که ادعا کنند شاهد وقوع جرم بوده‌اند؛ ج. مشاهده‌ی جرم آشکار توسط دادستان یا بازپرس؛

د. اقرار یا اظهار خود متهم؛ ه. اطلاع دادستان از وقوع جرم از راه‌های قانونی دیگر.

مطابق ماده‌ی ۶۶ قانون آیین دادرسی کیفری سازمان‌های مردم‌نهادی که اساس‌نامه‌ی آن‌ها درباره‌ی حمایت از اطفال و نوجوانان، زنان، اشخاص بیمار و ناتوان جسمی یا ذهنی، محیط زیست، منابع طبیعی، میراث فرهنگی، بهداشت عمومی و حمایت از حقوق شهروندی است، می‌توانند نسبت به جرائم ارتكابی در زمینه‌های فوق اعلام جرم کنند و در تمام مراحل دادرسی برای اقامه‌ی دلیل شرکت کنند و نسبت به آرای مراجع قضائی اعتراض نمایند. مدعی یا شاکی خصوصی یا دادستانی باید دلایل و مدارک جرم را به دادگاه رسیدگی‌کننده ارائه نماید. کشف جرم، تعقیب متهم، انجام تحقیقات، حفظ حقوق عمومی و اقامه‌ی دعوا درباره‌ی اجرای احکام کیفری، در دادسرا توسط دادیاران و بازپرسان حوزه‌ی قضایی محل وقوع جرم انجام می‌شود؛ اما در جاهایی که دادسرای خاص مربوط به جرائم امور پزشکی و دارویی وجود داشته باشد به این دادسراها مراجعه می‌شود.^۱

با ارجاع دادستان، بازپرس شروع به تحقیقات

۱. ماده‌ی ۲۵ قانون آیین دادرسی کیفری: «به تشخیص رئیس قوه‌ی قضائیه، دادسراهای تخصصی از قبیل دادسرای جرائم کارکنان دولت، جرائم امنیتی، جرائم مربوط به امور پزشکی و دارویی، رایانه‌ای، اقتصادی و حقوق شهروندی زیر نظر دادسرای شهرستان تشکیل می‌شود.»

پس از پایان تحقیقات، اگر دادستانی اتهام را متوجه به متهم نداند تعقیب او را رها می‌کند و گرنه در صورت جرم‌بودن عمل ارتكابی و وجود ادله‌ی کافی برای انتساب جرم به متهم، برای متهم تقاضای کیفر نموده (کیفرخواست) و او را به دادگاه ارجاع می‌دهد.^۱

پس از صدور کیفرخواست و قبل از ارسال به دادگاه، هرگاه شاکی در جرائم بخشودنی، رضایت قطعی خود را به دادستان اعلام کند، در صورت وجود پرونده در دادسرا، دادستان از کیفرخواست می‌گذرد. در این صورت، قرار موقوفی تعقیب توسط بازپرس صادر می‌شود. در جرائم نابخشودنی هم، هرگاه شاکی رضایت قطعی خود را اعلام کند، دادستان در صورت فراهم‌بودن شرایط صدور قرار تعلیق تعقیب، می‌تواند از کیفرخواست عدول و تعقیب را معلق کند و در صورتی که در نتیجه‌ی رضایت شاکی نوع مجازات تغییر کند، دادستان از کیفرخواست قبلی عدول و بر این اساس کیفرخواست جدید صادر می‌کند. ادله‌ی اثبات در دادگاه عبارت است از:

الف. اقرار و اعترافات صریح متهم که با شرایط قانونی گرفته و ثبت شده باشد؛

نیز هنگامی دعوت می‌شوند که اظهارنظر آنان از جهت علمی یا فنی یا معلومات مخصوص لازم باشد. بازپرس می‌تواند در صورت لزوم از پزشک معالج نیز دعوت به عمل آورد.

مطابق ماده‌ی ۱۵۳ قانون آیین دادرسی کیفری، «مقامات و مأموران وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات دولتی، شرکت‌های دولتی، مؤسسات یا نهادهای عمومی غیردولتی و نهادها و شرکت‌های وابسته به آن‌ها، سازمان‌های نظامی و انتظامی، بانک‌ها و مؤسسات مالی و اعتباری، دفاتر اسناد رسمی و دستگاه‌هایی که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر نام است مکلف‌اند اسباب و ادله و اطلاعات راجع به جرم و آن قسمت از اوراق و اسناد و دفاتری را که مراجعه به آن‌ها برای تحقیق امر کیفری لازم است، به درخواست مرجع قضائی در دسترس آنان قرار دهند، ... متخلف از این ماده، در صورتی که عمل وی برای خلاصی متهم از محاکمه و محکومیت نباشد، حسب مورد به انفسال موقت از خدمات دولتی یا عمومی از سه ماه تا یک‌سال محکوم می‌شود.»

بازپرس می‌تواند بخشی از موضوعات مورد تحقیق خود را به کارشناس ارجاع دهد یا برای مثال از پزشکان متخصص پزشکی قانونی یا هر پزشک متخصص دیگر یا نظام پزشکی سؤالاتی را مطرح کند.

بازپرس می‌تواند با شرایط قانونی که به‌صورت دقیق مشخص شده است، متهم، شاهدان یا افراد مطلع را احضار یا حتی جلب و «دستگیر» کند. همچنین متهم می‌تواند از اولین مرحله از حق حضور وکیل استفاده کند.

۱. بنابر ماده‌ی ۲۷۹ در کیفرخواست موارد زیر قید می‌شود:
الف. مشخصات متهم شامل نام، نام خانوادگی، نام پدر، شهرت، سن، شغل، شماره‌ی ملی، شماره‌ی شناسنامه، تابعیت، مذهب، محل اقامت و وضعیت تأهل او؛
ب. آزادبودن، تحت قرار تأمین یا نظارت قضائی بودن متهم و نوع آن یا بازداشت‌بودن او یا قید علت و تاریخ شروع بازداشت؛
ج. نوع اتهام، تاریخ و محل وقوع جرم اعم از بخش، دهستان، روستا، شهر، ناحیه، منطقه، خیابان و کوچه؛
د. ادله‌ی انتساب اتهام؛
ه. مستند قانونی اتهام؛
و. سابقه‌ی محکومیت مؤثر کیفری متهم؛
ز. خلاصه‌ی پرونده‌ی شخصیت یا وضعیت روانی متهم.
تبصره: هرگاه در صدور کیفرخواست، سهو قلم یا اشتباه بین صورت گیرد، تا پیش از ارسال به دادگاه، دادستان آن را اصلاح و پس از ارسال کیفرخواست به دادگاه، موارد اصلاحی آن را به دادگاه اعلام می‌کند.

ب. شهادت شهود؛

ج. علم قاضی؛

د. نظرات کارشناس و افراد خبره، اسناد و مدارک معتبر دیگر.

دادگاه‌های کیفری پس از شنیدن اظهارات دادستان و متهمان و شهود و کارشناسان و بررسی اسناد و مدارک اقدام به صدور رأی می‌نمایند. همچنین می‌توان به بسیاری از احکام کیفری در دادگاه‌های تجدیدنظر اعتراض کرد که البته ترتیبات خود را دارد. در شکایت‌های حقوقی که از جمله‌ی آن دعاوی مسئولیت مدنی، ضرر و زیان و خسارت‌های معنوی است سیر شکایت و رسیدگی متفاوت است. بسیاری از دعاوی حوزه‌ی پزشکی از آن دسته دعاوی هستند که موجب پرداخت دیه و خسارت به بیماران و اولیاء یا ورثه‌ی آنان می‌گردد.

۲۳. رسیدگی به دعاوی مدنی

رسیدگی به دعاوی مدنی با طرح شکایت (تقدیم دادخواست) توسط شخص دارای نفع یا وکیل یا قائم مقام یا نماینده‌ی قانونی اوست. شاکی می‌تواند قبل از طرح دادخواست نخست با ارسال یک «اظهارنامه» رسمی به طرف مقابل حق خود را از او مطالبه کند. طرف مقابل (خوانده) نیز می‌تواند با دریافت اظهارنامه نظر خود را مبنی بر رد یا قبول ادعای او به اظهارکننده اعلام کند.

دادخواست با تکمیل فرم مخصوصی که دادگستری در اختیار مراجعان قرار می‌دهد صورت می‌گیرد. از جمله مواردی که در دادخواست باید ذکر شود تعیین مورد ادعاست و چنانچه مورد ادعا مالی باشد باید میزان آن ذکر شود. همچنین در

ستون دلایل و پیوست‌های دادخواست باید دلایل ادعا و مستندات آن ارائه گردد.

شرح دادخواست باید کوتاه و گویا و متکی به مستندات قانونی باشد. همچنین خواهان می‌تواند همراه شکایت خود محکومیت خوانده را به پرداخت خسارات دادرسی از دادگاه بخواهد. خسارات دادرسی عبارت است از هزینه‌های دادرسی که با تعرفه‌هایی معین با بطل کردن تمبر پرداخت می‌شود و همچنین حق وکالت و هزینه‌های دیگری که به صورت مستقیم به دادرسی ربط دارد و برای اثبات و دفاع لازم است؛ برای مثال هزینه‌ی گواهی پزشکی قانونی. پس از ارائه‌ی دادخواست و ابطال تمبر، دادخواست ثبت شده و به شعبه‌ی دارای صلاحیت ارجاع می‌شود. شعبه پس از دریافت دادخواست ممکن است برای تکمیل آن اعلام نقص بنماید. اگر دادخواست از نظر دادگاه پیگیری کردنی نباشد مثل آنکه شرایط قانونی را نداشته باشد رد می‌شود؛ اما اگر دادخواست کامل باشد اوراق دعوا برای ابلاغ به طرف مقابل (خوانده) ابلاغ می‌شود. خوانده پس از دریافت ابلاغ به دادگاه مراجعه می‌کند و در موعد مقرر رسیدگی انجام می‌شود. در جلسه‌ی دادرسی دو طرف، اظهارات، ادعاها و دفاعیات خود را با ارائه‌ی اسناد و مدارک بیان می‌کنند و در همان جلسه و اغلب پس از آن، اگر مدارک کافی باشد دادگاه اقدام به صدور رأی می‌کند. نوشته‌ای که دو طرف برای بیان اظهارات خود و دلایل به دادگاه ارائه می‌کنند «لایحه» نام دارد.

حضور پیدا نکردن هر یک از دو طرف یا وکیل آنان در دادگاه مانع رسیدگی و گرفتن تصمیم نیست؛ اما اگر خوانده یا نماینده‌ی قانونی او در هیچ کدام از

البته این به معنی بی‌توجهی کردن به اظهارات همراهان بیمار نیست؛ افزون‌براین، می‌توان موضوع را به نقل از خود فرد شرح حال‌دهنده گزارش کرد؛ مثلاً پزشک اشاره کند که همراه بیمار (آقای جیم) اظهار می‌کند یا ادعا می‌کند که بیمار از ارتفاع سقوط کرده است یا همراه بیمار (آقای ب) اظهار می‌کند که با تیغ موکت‌بری شکم بیمار زخمی شده است.

توضیح نمونه‌ی دوم

همکاران محترمی که برای مشاوره‌دادن به بیماران و پاسخ به درخواست مشاوره‌ی آنان به بخش‌های تخصصی دیگر مراجعه می‌کنند لازم است حتی‌المقدور ضمن مطالعه‌ی صحیح و دقیق پرونده و گرفتن شرح حال و معاینه، شخصاً اطلاعات مریض را جمع کرده و درباره‌ی او طرحی تشخیصی و درمانی تعیین کنند تا مانند این نمونه، به خاطر اعتماد ناصحیح به نوشته‌ی همکاری بی‌دقت، به دقت و صحت معاینات و طبابت‌های آنان خدشه وارد نشود.

توضیح نمونه‌ی سوم

درباره‌ی موقعیت آقای الف هم می‌شود از زوایای مختلف به بحث پرداخت. نخست اینکه این رویه‌ی نسخه‌کردن آزمایش‌های روتین بدون اندیکاسیون علمی و بنا به تشخیص بیمار روبه‌ای ناصحیح است و اگر در نمونه‌ی ذکرشده چنین روبه‌ای حاکم بوده باشد خلاف قانون است. علاوه‌براین، به لحاظ مدیریتی گذاشتن بار چنین مسئولیتی برای انتهای کشیک شب افراد، عاقلانه و منطقی

جلسات حاضر نشود و لایحه‌ی کتبی هم نداده باشد حکم دادگاه غیابی خواهد بود. احکام غیابی قابل واخواهی یعنی تقاضای رسیدگی مجدد است؛ البته تقاضای واخواهی تا بیست روز بعد باید تسلیم شود. دلایل اثبات دعوا در دعاوی حقوقی عبارت است از:

الف. اقرار خوانده؛

ب. اسناد رسمی و اسناد عادی؛

ج. شهادت شهود؛

د. معاینه‌ی محل و تحقیق محلی؛

ه. رجوع به کارشناس؛

و. سوگند.

توضیح نمونه‌ی اول

اگر آقای دکتر دال در نوشتن شرح حال بیمار به گفته‌ی همراه او اعتماد کند و به‌عنوان واقع از سقوط بیمار از ارتفاع، سخن گفته باشد مرتکب اشتباه شده و به‌نوعی گواهی خلاف واقع داده و مسئول است؛ لذا بهتر است در چنین مواردی آنچه به‌عنوان نظر پزشک نگاشته می‌شود کلماتی باشد که از آن اطمینان حاصل کرده باشد؛ مثل مولتیپل تروما، ضربه‌ی بلانت به سر، آسیب به سر و امثال این عبارات.

مثلاً به جای نوشتن بریدگی با شیشه یا چاقو یا هر چیز دیگری از این قبیل، بریدگی با جسم تیز برنده را بنویسد؛ زیرا بریدگی با جسم تیز واقعیتی است که پزشک می‌تواند مشاهده و گواهی کند؛ اما از آنجاکه در صحنه‌ی حادثه حاضر نبوده است نمی‌تواند درباره‌ی اینکه آن شیء برنده، چاقو یا شیشه یا چیز دیگر بوده است اظهارنظر کند.

- تهران: برای فردا. ص ۲۰۹.
۴. جعفری، مجتبی. (۱۳۹۵). «مبانی و اصول مسئولیت کیفری اشخاص حقوقی در قانون مجازات اسلامی ایران».
 ۵. یزدانیان، علیرضا. (۱۳۷۹). «حقوق مدنی، قلمرو مسئولیت مدنی»، تهران: آیلار، صص ۴۰ تا ۶۰.
 6. Kiani, Mehrzad. (2014). "Medical Malpractice in IRAN: An Ethical and Legal Reflection", In: Biomedical Ethics in IRAN. Bagheri Alireza, Christchurch, NZ: Eubios Ethics in Institute, P. 285-302.
 ۷. عباسی، محمود. (۱۳۷۹). «تخلفات انتظامی پزشکان»، در: مجموعه مقالات حقوق پزشکی. ج ۲، تهران: حقوقی، صص ۸۶ و ۸۷.
 ۸. یزدانیان، علیرضا. (۱۳۸۶). قواعد عمومی مسئولیت مدنی. ج ۱، تهران: میزان، ص ۵۰.
 ۹. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۲). الزام‌های خارج از قرارداد ضمان قهری مسئولیت مدنی غصب و استیفا. تهران: دانشگاه تهران، صص ۵۰ تا ۷۷.
 ۱۰. عمید زنجانی، عباسعلی. (۱۳۹۰). قواعد فقه: بخش مدنی. ج ۱، تهران: سمت، ص ۵۷.
 ۱۱. محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۶۶). قواعد فقه بخش مدنی. ج ۱، تهران: نشر علوم اسلامی، ص ۹۰.
 ۱۲. محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۹۱). فقه پزشکی. تهران: حقوقی.
 13. Reschovsky, James D. & Cynthia B. Saiontz Martinez. (2017). "Malpractice Claim Fears and the Costs of Treating Medicare Patients: A New Approach to Estimating the Costs of Defensive Medicine." Health Services Research. [Epub ahead of print].
 14. Davendralingam, Natasha & et al. (2017) "A Crisis in Caring: A Place for Compassionate Care in Today's Medicine." Journal of the Royal Society of Medicine 110.6 (2017), P. 225-226.
 ۱۵. سعدی، مشرف‌الدین مصلح‌بن عبدالله. (۱۳۷۸). گلستان سعدی. تصحیح استادولی حسین، تهران: قدیانی، باب هشتم: در آداب صحبت، گفتار ۸۸.
 ۱۶. صدرممتاز، ناصر و حامد دهنوی. (۱۳۹۴). موازین حقوقی در نظام سلامت. تهران: برگا، صص ۳۹ تا ۳۵.
 ۱۷. داوودی، احمد. (۱۳۸۶). آشنایی با قوانین و مقررات عمومی. تهران: مؤسسه‌ی عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، صص ۸۷ تا ۹۹.
 ۱۸. بی‌نام. (۱۳۸۸). منشور حقوق بیمار در ایران. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دست‌یافتنی در
- به نظر نمی‌رسد و به فرض صحت اخلاقی و قانونی چنین کاری، به نظر می‌رسد باید با تغییر ساعت شیفت‌ها یا در نظر گرفتن پزشک ویزیت‌کننده‌ی اختصاصی، موضوع را مدیریت کنند. تنظیم وظایف و در نظر گرفتن پزشک کشیک پوشاننده و جایگزین یا آنکال برای مواقعی که اورژانس بیمارستان شلوغ و اداره‌ی اورژانس و درمانگاه سرپایی با هم غیرممکن می‌شود بر عهده‌ی مسئول فنی اورژانس و مدیران بیمارستان است. از همه‌ی این موارد گذشته، ناآگاهی پزشک اورژانس به جایگاه قانونی دادستان و مفهوم مدعی‌العموم باعث می‌شود او را تهییج کند که با توجه به خستگی ناشی از کار سنگین و بی‌خوابی و تنش ذهنی ناشی از نگرانی از وضعیت بیماران موجود، واکنش نامناسبی به ایشان نشان بدهد و ایشان را نیز از مسیر تصمیم‌گیری صحیح خارج سازد.
- به هر حال اگر من پزشک بدانم که موظف به پاسخ‌گویی به مدعی‌العموم یا دادگاه هستم، اگر به هر دلیل نمی‌توانم بلافاصله پاسخ‌گو باشم و توضیح قانع‌کننده ارائه دهم، دست‌کم می‌توانم با ارائه‌ی توضیح مختصری درباره‌ی سختی شرایط، آن هم با بیانی محترمانه و مؤدبانه، او را با حفظ حرمت‌ها به شکیبایی دعوت کنم.

منابع

۱. اسماعیل آبادی، علیرضا. (۱۳۸۵). «مفهوم مسئولیت و ضمان- مسئولیت»، در: شرط برائت در قرارداد معالجه. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، ص ۳۱.
۲. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۲). «مفهوم مسئولیت مدنی»، در: الزام‌های خارج از قرارداد ضمان قهری مسئولیت مدنی غصب و استیفا. تهران: دانشگاه تهران، ص ۴۶.
۳. سالاری، پونه. (۱۳۹۵). درس‌نامه‌ی اخلاق داروسازی.

۲۶. عباسی، محمود. (۱۳۹۳). حقوق انتظامی پزشکی. تهران: حقوقی، صص ۸۴ تا ۸۷.
۲۷. برزگر بفروبی، عبدالرزاق و همکاران. (۱۳۹۵). «بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته‌ی ارتوپدی در سازمان پزشکی قانونی کشور از ابتدای سال ۱۳۸۷ لغایت ۱۳۸۹». پزشکی قانونی ایران، دوره‌ی ۲۲، ش ۱، صص ۵۵ تا ۶۶.
۲۸. موحد، ترانه و همکاران. (۱۳۹۵). «بررسی پرونده‌های شکایات قصور دندان پزشکی موجود در سازمان نظام پزشکی مشهد از سال ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۹۰». پزشکی قانونی ایران، دوره‌ی ۲۲، ش ۱، صص ۳۱ تا ۳۷.
۲۹. شیخ‌آزادی، اردشیر و همکاران. (۱۳۸۶). «نحوه‌ی رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه‌ای دندان پزشکی در ایران». پزشکی قانونی، دوره‌ی ۱۳، ش ۳، صص ۱۷۱ تا ۱۸۰.
۳۰. زابلی، روح‌الله و همکاران. (۱۳۹۳). «بررسی میزان شکایات بیماران در حوزه‌ی درمان از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی در سال ۹۲». پزشکی قانونی ایران، دوره‌ی ۲۰، ش ۴، صص ۱۹۳ تا ۱۹۹.
۳۱. عمویی، محمود و همکاران. (۱۳۷۹). «بررسی موارد قصور پزشکی ارجاع‌شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۷۸». پزشکی قانونی، دوره‌ی ۶، ش ۲۱، صص ۱۵ تا ۲۳.
۳۲. جعفریان، علی و همکاران. (۲۰۰۹). «بررسی پرونده‌ی شکایات وارده به سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در سال‌های ۱۳۷۵، ۱۳۷۸، ۱۳۸۰». اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۲، ش ۲، صص ۶۷ تا ۷۴.
۳۳. صفایی، سیدحسین و حبیب‌الله رحیمی. (۱۳۹۳). مسئولیت مدنی. تهران: سمت، ص ۲۰۳.

۱۹. بی‌نام. (۱۳۹۶). پایگاه ملی قوانین و مقررات سلامت از ۱۲۸۵ تا ۱۳۹۴ (آخرین مشاهده توسط مؤلفان ۱۳۹۶). تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستیافتنی در: <http://healthcode.behdasht.gov.ir/approvals/>
۲۰. بی‌نام. (۲۰۱۵). ابزار ارزیابی قاچاق در اشخاص با هدف برداشت اعضا. وین: سازمان ملل، دستیافتنی در https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2015/UNODC_Assessment_Toolkit_TIP_for_the_Purpose_of_Organ_Removal.Pdf
۲۱. بی‌نام. (۲۰۱۳). کد اخلاق در پژوهش‌های علمی دستیافتنی در: [https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/..](https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/)
۲۲. بی‌نام. (بی‌تا). سامانه‌ی ملی ارزیابی عملکرد و رسیدگی به شکایات، وب سایت سازمان پزشکی قانونی کشور، دستیافتنی در: <http://lmo.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=1&fkeyid=&siteid=1&fkeyid=&siteid=1&pageid=4251>.
۲۳. بی‌نام. (بی‌تا). سامانه‌ی ۱۴۹۰، پایگاه اطلاع‌رسانی سازمان غذا و دارو، دستیافتنی در: <http://1490.fda.gov.ir/1490.fda.gov.ir/aid/1>.
۲۴. بی‌نام. (بی‌تا). پایگاه اطلاع‌رسانی دولت، دستیافتنی در: <http://dolat.ir/detail/254210>
۲۵. بی‌نام. (بی‌تا). ساختار سازمان، معاونت انتظامی، پایگاه اطلاع‌رسانی سازمان نظام پزشکی، دستیافتنی در: http://irimc.org/Dynamic_Content.aspx?mi=9d07bbb9-8d71-4840-87ba-0a2dfeba152b&ci=136a0477-77b4-4ffd-9569-0226843da126.

فصل بیست و چهارم

اخلاق در انتشار آثار پژوهشی^۱

دکتر احسان شمسی گوشکی

۱. ملاحظات عمومی اخلاقی در انتشار آثار

پژوهشی

آن‌ها را در قالب گزارش‌های رسمی یا غیررسمی منتشر می‌کنند یا تصمیم می‌گیرند که به دلایل مختلفی از انتشار نتایج آن خودداری کنند. در پیوند با الزامات اخلاقی درباره‌ی گزارش کردن نتایج چنین تحقیقاتی که به سفارش یک سازمان یا نهاد انجام می‌شوند، در جای خود بحث خواهد شد. از جمله‌ی مهم‌ترین این ملاحظات می‌توان به لزوم حفظ استقلال پژوهشگر در گزارش نتایج تحقیق خود اشاره نمود (۱). موضوعی که تضمین‌کننده‌ی حفظ و ارتقای اعتماد عمومی به جامعه‌ی علمی و دانشگاهی است. مثال روشنی از اهمیت حفظ استقلال پژوهشگران در تهیه‌ی گزارش نتایج تحقیقات خود را می‌توان در مطالعات کارآزمایی بالینی^۶ دارویی که با حمایت صنایع دارویی و توسط محققان پزشکی انجام می‌شود، جست‌وجو کرد. در چنین مواردی روشن است که حامیان

از گذشته تاکنون، همه‌ی نهادهای علمی بر رعایت ملاحظات اخلاقی در همه‌ی مراحل پنج‌گانه‌ی یک تحقیق شامل پیشنهاد تحقیق، تأیید و تصویب طرح‌نامه‌ی^۲ پیشنهادی، انجام تحقیق براساس طرح‌نامه‌ی تأییدشده، تهیه‌ی گزارش^۳ تحقیق و در نهایت، انتشار نتایج پژوهش همواره تأکید کرده‌اند. درعین حال آنچه سیر یک پژوهش را کامل می‌کند انتشار نتایج^۴ تحقیق است. نتیجه‌ی پژوهش‌ها در قالب‌های گوناگونی کاربرد دارند؛ به‌عنوان مثال، نتایج برخی تحقیقات تنها در قالب گزارش‌هایی به نهادهای سفارش‌دهنده و حمایت‌کننده^۵ از تحقیقات ارائه می‌شوند و این نهادها هستند که

1. Publication Ethics

2. Proposal

3. Report

4. Dissemination of Results

5. Funder

6. Clinical Trial

می‌کنند؛ از این رو یک نوشته، هرچند مهم و فاخر باشد، در صورتی که عالمان و متخصصان مربوطه آن را مرور نقادانه نکنند، نمی‌تواند به عنوان یک متن مستند مورد استناد علمی قرار گیرد، حتی اگر یک اثر هنری کم‌نظیر مانند یک رمان مشهور به حساب آید. با چنین تعریفی مقالات علمی منتشرشده را در نشریاتی که نظام مرور همتای مقبول و پذیرفتنی دارند، می‌توان متون علمی به حساب آورد. درباره‌ی کتاب‌ها هم ملاک مرور هم‌تا هم‌چنان به قوت خود باقی است (۵). بر همین اساس کتاب‌هایی که براساس نتایج حاصل از مقالات یا نظریات مرور شده توسط متخصصان تدوین می‌شوند، مانند کتاب‌هایی که در رشته‌های مختلف تخصصی پزشکی در سطح جهانی به عنوان کتاب مرجع شناخته شده‌اند، متونی علمی به شمار می‌آیند. در این میان کتاب‌هایی را هم که ناشران دانشگاه، برپایه‌ی مرور علمی متن منتشر می‌کنند، می‌توان در زمره‌ی متون علمی برشمرد؛ البته باید توجه داشت که متون علمی حتی بعد از انتشار نیز در معرض مرور همتایان و سایر متخصصان و حتی عموم جامعه خواهند بود و کماکان فرصت مرور نقادانه‌ی آن‌ها فراهم خواهد بود (۶). به گونه‌ای که روزانه تعدادی شایان توجه از آثاری که قبلاً به عنوان مقالات علمی منتشر شده‌اند به دلیل اینکه نقدها و ارزیابی‌های پس از انتشار روشن می‌کنند که از اعتبار علمی، فنی یا اخلاقی لازم بی‌بهره‌اند، از لیست مقالات علمی خارج^۵ می‌شوند (۷). این روند مرور نقادانه پس از انتشار، در دهه‌های اخیر و در پی رشد برق‌آسای فناوری اطلاعات و ایجاد

مالی پژوهش‌های این‌چنینی که در اینجا معمولاً شرکت‌های دارویی^۱ هستند علاقه‌مندند که نتایج پژوهش بر داروی مورد آزمایش، ایمنی^۲ و کارآمدی^۳ آن را تأیید کند تا بتوانند سرمایه‌گذاری‌های بزرگ خود را جبران و به سود مالی نیز دست یابند (۲)؛ اما آنچه که عامل اعتماد عمومی جامعه و نهادهای حاکمیتی به عنوان نمایندگان مردم و مدافعان حقوق شهروندان به نتایج این آزمایش‌هاست، بیش از هر عامل دیگر، اعتماد آن‌ها به پژوهشگران پزشکی است که براساس استانداردهای اخلاق حرفه‌ای خود همواره استقلال علمی خویش را حفظ می‌کنند.

اما آنچه که در این بخش به آن خواهیم پرداخت، استانداردهای اخلاقی در انتشار آثار علمی در قالب مقالات علمی است. آثار علمی به آن دسته از آثار گفته می‌شود که نتیجه‌ی یک فعالیت فکری برپایه‌ی منطق علمی و مبتنی بر تأملات نظری یا آزمایش‌های تجربی است که نتایج آن‌ها توسط همتایان علمی که متخصصان همان رشته یا همان حوزه‌ی تخصصی علمی هستند، مرور هم‌تا^۴ شده و اعتبار علمی نتایج آن تأیید شده باشد. سطح اعتبار علمی آثار هم به سطح مرور همتایان یا به عبارتی سطح علمی و دانشی متخصصانی که آثار علمی را ارزیابی (مرور) می‌کنند، بستگی دارد (۳ و ۴)؛ بنابراین تنها روشی که امروزه برای سنجش اعتبار یک نوشته از لحاظ علمی وجود دارد مرور و تأیید همتایان و متخصصان علمی است که براساس دانش تخصصی و نتایج تحقیقات پیشین نسبت به ارزیابی آثار علمی اقدام

1. Pharmaceutical Companies

2. Safety

3. Efficacy

4. Peer Review

5. Retraction

به گونه‌ای که تا حد ممکن از رعایت استانداردهای اخلاقی توسط پژوهشگران و نویسندگان آثار علمی اطمینان حاصل شود. اهمیت حساسیت نهاد انتشار آثار پژوهشی (در اینجا منظور نهاد یا سازمان خاصی نیست و به مجموعه‌ای از ذی‌نفعان اطلاق می‌شود که گفتمان جهانی را درباره‌ی اخلاق در انتشار آثار پژوهشی شکل می‌دهند) در رعایت استانداردهای اخلاقی وقتی روشن‌تر می‌شود که به جایگاه این نهاد در معادلات قدرت و جایگاه علمی کشورهای مختلف دنیا توجه کنیم. به عبارتی امروزه کیفیت و تا حدی کمیت آثار پژوهشی به‌ویژه مقالات منتشرشده توسط پژوهشگران هر کشور است که جایگاه و عمق نفوذ علمی و معنوی و میزان مرجعیت علمی آن کشور را در مقایسه با سایر کشورها نشان می‌دهد؛ جایگاهی که با سایر مؤلفه‌های قدرت از جمله قدرت اقتصادی در سطح بین‌المللی هم تا حد زیادی تناظر دارد؛ از این رو میزان انتشارات علمی معتبر، شاخصی از رشد علمی کشورها به حساب می‌آید و رشد این شاخص برای سیاست‌گذاران علم و فناوری در همه‌ی کشورها بسیار مهم است (۱۰). همین موضوع اهمیت نهاد انتشار آثار علمی و ذی‌نفعان مربوطه را بیش از پیش به رخ می‌کشد.

در این میان نهاد نشر آثار علمی در سطح جهانی با ایجاد زیرساخت‌هایی از این موقعیت ممتاز که در سطح بین‌المللی نمود یافته است، برای اعمال استانداردهای مدنظر خود از جمله هنجارهای اخلاق در نشر استفاده می‌کند. برای دستیابی به این هدف، سازوکارهای مختلفی در سطح بین‌المللی، برای اطمینان از رعایت استانداردهای اخلاق در انجام و انتشار آثار پژوهشی توسط

زمینه‌های انتشار گسترده و جهانی مقالات علمی در پایگاه‌های داده‌ای بین‌المللی رشد روزافزونی یافته است (۸). چنین نقدها و ارزیابی‌هایی در قالب‌هایی مانند نامه به سردبیر مجلات علمی یا نظر^۱ دادن ذیل هر مقاله در پایگاه‌های داده‌ای که آن مقاله را نمایه^۲ کرده است، انجام‌دادنی است (۹).

در عین حال برای اعضای جامعه‌ی علمی روشن است که الزامات علمی و اخلاقی در پژوهش با هم کاملاً آمیخته و همراه هستند؛ از این رو، رعایت استانداردهای اخلاقی در همه‌ی مراحل تحقیق از طراحی تا اجرا و انتشار نتایج پژوهش‌های زیست‌پزشکی^۳ دغدغه‌ی اصلی سطوح مختلف ذی‌نفعان، دربرگیرنده‌ی سیاست‌گذاران علم و فناوری، حامیان مالی پژوهش‌ها، نهادهای علمی و دانشگاهی که معمولاً میزبان انجام تحقیقات هستند، پژوهشگران سطوح مختلف در حیطه‌ها و رشته‌های مختلف علوم پزشکی شامل دانشجویان، استادان و مسئولان مراکز تحقیقاتی و پژوهشی و نیز عموم جامعه و نهادهای مدنی در سطح ملی و بین‌المللی است. در انتشار آثار پژوهشی، در حوزه‌ی اخلاق نیز ذی‌نفعانی چون: ناشران و سردبیران و داوران نشریات علمی که معمولاً به‌عنوان افراد اثرگذار در آخرین مرحله‌ی به‌انجام‌رساندن فرایند یک تحقیق شناخته می‌شوند، با تشکیل نهادهای بین‌المللی در تلاش بوده و هستند تا استانداردهای اخلاق در انتشار آثار علمی را معرفی کنند و با استفاده از ابزارهای مختلف اجرایی، عملاً از رعایت هنجارهای اخلاق در طراحی، اجرا و نشر حمایت کنند؛

1. Comment

2. Index

3. Biomedical Research

هماهنگ است (۱۵). نسخه‌ی بازنگری‌شده‌ی این دستورالعمل به‌عنوان پیوست این درس‌نامه، در دسترس است. براساس مقررات فعلی کشور، هرگونه تخطی از استانداردهای اعلام‌شده در این راهنما، مصداق تخلف پژوهشی محسوب می‌شود و کمیته‌های اخلاق در پژوهش دانشگاهی که براساس دستورالعمل رسیدگی به تخلفات پژوهشی مصوب ۱۳۹۴ و قانون پیشگیری و مقابله با تقلب در تهیه‌ی آثار علمی مصوب ۱۳۹۶ مجلس شورای اسلامی و آیین‌نامه‌ی اجرایی مربوطه برای رسیدگی به سوءرفتارهای پژوهشی مجاز هستند، براساس مفاد این دستورالعمل درباره‌ی شکایت‌ها یا گزارش‌های واصله پیرامون تخلف از استانداردهای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی تصمیم می‌گیرند (۱۶، ۱۷).

البته گفتمان اخلاق در انتشار آثار پژوهشی از ابزارهای دیگری به جز معرفی هنجارها و استانداردها استفاده می‌کند که به‌عنوان مثال می‌توان به نهادی به نام «دیدبان خروج مقالات»^۵ اشاره کرد. در توضیح نحوه‌ی عملکرد این نهاد باید گفت که آنان می‌کوشند تمام مقالات علمی را که به دلایلی از جمله ضعف علمی یا رعایت نکردن استانداردهای اخلاقی از لیست مقالات علمی خارج شده‌اند، در یک درگاه اینترنتی نمایه کنند؛ به عبارت دیگر، این نهاد ویرینی فراهم می‌آورد که در آن موارد سوءرفتارهای پژوهشی^۶ در معرض دید همه‌ی ذی‌نفعان و نیز عموم جامعه قرار گیرد. بدین ترتیب دیدبان خروج مقالات، اجازه نمی‌دهد که سوءرفتارهای علمی که منجر به خروج مقالات از مجلات علمی می‌شوند پنهان

این نهاد جهانی که شامل ذی‌نفعان گوناگون است، مدنظر قرار گرفته است. از جمله‌ی این فعالیت‌ها تأسیس سازمان‌هایی از جمله کمیته‌ی بین‌المللی اخلاق نشر^۱ (۱۱)، بیانیه‌ی خط‌مشی انجمن جهانی سردبیران علوم پزشکی^۲ (۱۲)، راهنمای شورای سردبیران علمی^۳ (۱۳) و کمیته‌ی بین‌المللی سردبیران نشریات پزشکی^۴ (۱۴) است که می‌کوشند با معرفی استانداردهای اخلاقی لازم برای انتشار آثار پژوهشی در قالب راهنماهای مختلف، مجموعه‌ای از هنجارهای مشترک بین المللی را برای سایر ذی‌نفعان انتشار آثار پژوهشی از جمله پژوهشگران و نویسندگان مقالات، سردبیران و داوران مجلات فراهم آورند. این استانداردها درعین حال که مبنای عمل مجلات و سردبیران آن‌ها واقع می‌شوند، توسط نهادهای متولی اخلاق در پژوهش و نشر در سطوح ملی هم کاربرد و در کانون توجه آنان قرار دارند و مبنای دستورالعمل‌های ملی قرار می‌گیرند. کمااینکه کمیته‌ی ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان مرجع ملی مسایل مرتبط با اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی کشور همسو با وظایف ذاتی خود و در جهت ایجاد شفافیت و وحدت رویه در کشور و نیز هماهنگی بیشتر با استانداردهای بین‌المللی دستورالعمل اخلاق در انتشار آثار پژوهشی را ابلاغ کرده که محتوای آن علی‌رغم انطباق با مقتضیات علمی و فرهنگی کشور تا حد زیادی با استانداردهای بین‌المللی

1. Committee on Publication Ethic (COPE)

2. World Association of Medical Editors (WAME)

3. Council of Science Editors (CSE)

4. International Committee of Medical Journals Editors

5. Retraction Watch

6. Research Misconduct

مجموع این فعالیت‌ها یک فرهنگ علمی و پژوهشی را در دنیا ایجاد و تقویت کرده است که هدف آن افزایش حساسیت اخلاقی درباره‌ی سوءرفتارهای پژوهشی و ایجاد جو اخلاقی در دانشگاه‌ها و مراکز علمی و تحقیقاتی با تقویت نظارت عمومی و فشار همتایان^۶ برای کاهش تخلفات پژوهشی از جمله در تهیه و انتشار آثار علمی است.

۲. ملاحظات اخلاقی در نویسندگی مقالات

علمی

یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که در حوزه‌ی اخلاق در انتشار آثار پژوهشی مطرح می‌شود و معمولاً منشأ بسیاری از اختلاف‌نظرها و شکایتهاست، بحث نویسندگی^۷ مقالات است. اساساً پاسخ‌دادن به این سؤال محوری که چه کسی نویسنده‌ی یک متن علمی محسوب می‌شود، می‌تواند بسیاری از مشکلات را برطرف نماید. اگرچه در نظر اول ممکن است چنین پاسخی به‌راحتی در دسترس باشد، واقعیت این است که بر خلاف یک متن ادبی که نویسنده‌ی آن معمولاً قلم در دست می‌گیرد و حاصل تأملات خود را می‌نویسد و قاعدتاً نویسنده‌ی آن متن هم شمرده می‌شود، در مقالات علمی پاسخ خیلی ساده‌ای در دسترس نیست. ریشه‌ی این پیچیدگی البته به ماهیت اغلب تحقیقات علمی و نیز تغییر ساحت علم‌ورزی و پژوهش در دنیای امروز برمی‌گردد. نوشته‌ها و آثار ادبی یا هنری واجد نوعی ارزش ذاتی هستند که به نحوه‌ی برخورد نویسنده با زبان و موفقیت او در ارائه‌ی یک ترکیب خاص از

بمانند و اعلام آن‌ها تنها به وبسایت مجلاتی که مقالات را خارج می‌کنند، محدود شود. این سازمان به‌عنوان یک افشاگر^۱ بین‌المللی، موارد مذکور را در معرض دید جهانیان قرار می‌دهد و به‌نوعی یک لیست از همه‌ی کسانی ایجاد می‌کند که به دلایل فنی و علمی و اخلاقی مقالات آن‌ها توسط مجلات خارج شده است؛ البته شایان ذکر است که خروج مقالات توسط سردبیران، با یک توضیح مختصر درباره‌ی علت خارج کردن مقاله همراه است که به آن «یادداشت خارج کردن مقاله»^۲ گفته می‌شود و در آن دلیل چنین اتفاقی ارائه می‌گردد (۱۸). البته همه‌ی موارد خارج شدن مقالات به معنی وقوع نوعی تخلف یا سوءرفتار پژوهشی نیست بلکه استرداد یا خروج مقاله در مواقعی به دلیل اشکالات روش‌شناسی^۳ و فنی و حتی در بعضی اوقات با درخواست خود نویسندگان به دلیل وجود یک مشکل جدی که اعتبار داده‌های پژوهش را مخدوش می‌کند، صورت می‌گیرد. روشن است در مواقعی که خود نویسندگان به دلیل عدم اعتبار علمی یا اخلاقی داده‌ها تقاضای خارج شدن مقاله را در مجله داده باشند، نه‌تنها امری ناپسند را مرتکب نشده‌اند بلکه می‌توان آن را احتمالاً نشانه‌ای از سطح بالای حساسیت اخلاقی آن‌ها دانست (۱۹، ۲۰). خبرنگاران و سایت‌های خبری تخصصی علمی نظیر بخش خبری مجله‌ی علمی ساینس^۴ یا مجله‌ی علمی نیچر^۵ نیز بخش دیگری از تلاش جهانی برای کاهش سوءرفتارهای علمی در انجام و انتشار تحقیقات علمی را انجام می‌دهند. در

1. Whistle Blower

2. Retraction Note

3. Methodological

4. Science

5. Nature

6. Peer Pressure

7. Authorship

بودن، ترجیحاتی گوناگون برای نویسندگان از جمله برتری یافتن و در اولویت قرارگرفتن در شرایطی مانند استخدام در مؤسسات علمی و پژوهشی، ارتقای رتبه و مرتبه‌ی علمی، دریافت حقوق و مزایای بیشتر، شهرت علمی بالاتر و مانند آن به همراه دارد (۲۱)؛ ازاین‌رو همواره این نیاز که لازم است استاندارد مشخصی برای نویسندگی مقالات علمی وجود داشته باشد، مطرح بوده است. وجود چنین استانداردهایی باعث می‌شود که درک مشترکی از نویسندگی مقالات ایجاد شود و حقوق فعالان علمی و پژوهشی به‌ویژه در مواقعی که نویسنده‌ی مقالات علمی بودن واجد امتیازاتی است که رتبه‌ی افراد را در رقابت‌ها تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، بیشتر رعایت شود. در مجموع می‌توان گفت فردی شایسته است از او به‌عنوان نویسنده‌ی یک مقاله نام برده شود که چهار شرط را دارا باشد؛ این چهار شرط عبارت‌اند از: همکاری در یکی از مراحل طراحی و انجام تحقیق، نوشتن یا مرور نقادانه‌ی متن دست‌نوشته^۱، تأیید متن نهایی^۲ مقاله و در نهایت پذیرش مسئولیت اعتبار علمی و اخلاقی محتوای مقاله که در ادامه به‌صورت مشروح توضیح داده شده‌اند. به‌صورت یک اصل کلی پذیرفته شده است که افرادی که هر چهار شرط مذکور را دارند باید نامشان به‌عنوان نویسنده در مقاله‌ی مذکور درج شود و حذف نام این‌گونه افراد عملی خلاف اخلاق علمی محسوب می‌شود. در صورتی که فردی علی‌رغم اینکه نامش می‌توانسته در زمره‌ی نویسندگان مقاله بیاید اما به غلط حذف شده باشد، به او نویسنده‌ی پنهان

اجزای زبانی به‌ویژه کلمات بستگی دارد؛ درحالی‌که ارزش یک مقاله‌ی علمی در عین اهمیت متن نوشته‌شده، بیشتر مبتنی بر فعالیت‌های پژوهشی انجام‌شده توسط پژوهشگر یا پژوهشگرانی است که نتایج کار خود را با استفاده از کلمات، تصاویر، جدول‌ها، نمودارها، فلوچارت‌ها و مانند آن در یک مقاله منتشر می‌کنند. از آنجاکه افراد مختلف در سطوح متنوع علمی و اجرایی در طول انجام یک پژوهش تلاش می‌کنند تا پروژه‌ی تحقیقاتی به ثمر برسد، همواره این سؤال وجود دارد که کدام‌یک از افرادی که در روند انجام یک تحقیق نقش دارند می‌توانند به‌عنوان نویسنده در مقاله مطرح شوند. به عبارت دیگر دیدن نام یک فرد روی جلد یک کتاب داستان یا یک دیوان شعر مفهومی خاص را به خواننده یا کسی که اولین بار با آن کتاب مواجه می‌شود منتقل می‌کند؛ برداشت بیننده در این موقعیت دربردارنده‌ی اجزایی با مضمونی شبیه به این است که «نویسنده‌ی یک رمان یا [شاعر] دیوان شعر فردی است که در موقعیت یا موقعیت‌هایی خاص براساس تجربیات زیسته، عواطف، احساسات، تخیلات، ایدئولوژی یا حتی علم خود قلم برداشته و متن را به رشته‌ی تحریر درآورده است». حال این سؤال اساسی وجود دارد که وقتی ما لیست نویسندگان یک مقاله‌ی علمی را در بالای صفحه‌ی اول یک مقاله می‌بینیم چه تصویری از آنچه که نویسنده یا نویسندگان مقاله‌ی علمی انجام داده‌اند به ذهن متبادر می‌شود. از آنجاکه مقاله‌ی منتشرشده در مجله‌ای علمی دارای مرور همتا، یک سند علمی و تا حدود زیادی شبیه یک مدرک تحصیلی معتبر محسوب می‌شود، نویسنده‌ی یک مقاله‌ی علمی

1. Manuscript

2. Proof Reading

نظر می‌گیرند و این موضوع باعث تضییع حقوق سایر افرادی می‌شود که علی‌رغم تلاش در انجام تحقیق و درج نامشان به‌عنوان نویسنده، فعالیتشان آنچنان که شایسته است ارج گزاریده نشود. در این زمینه همه‌ی نویسندگان مقاله مسئولیت دارند که اطمینان حاصل کنند که هیچ‌کدام از افراد ذکر شده به‌عنوان نویسنده، نویسنده‌ی مهمان نیستند یا نام کسی که شایسته‌ی نویسندگی است، حذف نشده است و در مجموع همه‌ی افراد هر چهار شرط لازم را برای نویسندگی دارند.

اولین شرط لازم برای نویسندگی مقالات علمی این است که فرد باید حداقل در یکی از فعالیت‌ها شامل ارائه‌ی ایده‌ی پژوهشی، طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها یا آنالیز و تفسیر داده‌ها همکاری مؤثر و شایان توجه داشته باشد؛ به عبارت ساده‌تر وقتی که نام فردی را در زمره‌ی نویسندگان یک مقاله می‌بینیم اصل بر این است که او در طول شکل‌گیری پژوهشی که منجر به نوشتن مقاله‌ی مورد نظر شده، حداقل یکی از فعالیت‌های پیش‌گفته را انجام داده است. بر این اساس افرادی که بعد از اتمام مراحل انجام پژوهش و تهیه‌ی گزارش آن، فعالیت‌هایی از قبیل ترجمه‌ی متن دست‌نوشته‌ی اولیه به زبان دیگر یا ویرایش ادبی متن دست‌نوشته‌ی مقاله را انجام می‌دهند، یا افرادی که فقط از گزارش طرح پژوهشی یا متن پایان‌نامه، داده‌ها را استخراج و در قالب مقاله‌ی علمی نظم می‌دهند، واجد این شرط اول نبوده و نمی‌توانند به‌عنوان نویسنده‌ی مقاله مطرح باشند. در واقع داشتن شرط اول، افراد را به لیست اولیه‌ای وارد می‌کند که در طول مراحل مختلف طراحی، انجام پژوهش و

یا نویسنده‌ی «شبح»^۱ گفته می‌شود (۲۲)؛ یعنی کسی که اسمش در مقاله نیست، اما روحش در مقاله حضور دارد. به همین شکل اگر فردی هیچ‌یک از چهار شرط استاندارد نویسندگی را نداشته باشد، نامش نمی‌تواند در زمره‌ی نویسندگان مقاله‌ی علمی قرار گیرد. اگر نام چنین فردی در مقاله به‌عنوان نویسنده ذکر شود، نوعی عمل خلاف اخلاق حرفه‌ای علمی رخ داده است. این‌گونه افراد را در اصطلاح نویسندگی «مهمان» می‌نامند (۲۳)؛ البته اگر دقیق‌تر به موضوع نگاه کنیم دو نوع نویسنده‌ی مهمان وجود دارد: دسته‌ی اول شامل افرادی است که به دلیل جایگاه علمی بالایی که دارند به دلایلی از جمله بهره‌مندی از شهرت علمی آن‌ها توسط سایر نویسندگان برای بالابردن شانس پذیرش مقاله در مجلات به‌عنوان نویسنده دعوت می‌شوند^۲ و گروه دوم دربردارنده‌ی افرادی است که جایگاه نویسندگی مقاله به‌عنوان یک هدیه توسط نویسندگان به آن‌ها داده می‌شود^۳ تا بتوانند از مزایای نویسندگی مقاله استفاده کنند (۲۴). در هر دو حالت وجود نویسنده‌ی مهمان در زمره‌ی نویسندگان مقالات خلاف استانداردهای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی است. نکته‌ی شایان توجه دیگر این است که شیوع فراوان نویسندگان مهمان در مقالات علمی موجب می‌شود، نهادهای مسئول با این پیش‌فرض که سایر نویسندگان ممکن است نویسندگی مهمان باشند، امتیازات اصلی را برای نویسندگان اول و نویسندگان طرف مکاتبه^۴ در

1. Ghost Author
2. Guest Author
3. Gift Author
4. Corresponding Author

انجام می‌دهند مثل رییس مرکزی که از پژوهش، پشتیبانی مالی می‌کند و کارمندان رده‌های مختلف مالی و اداری و خدماتی مراکز تحقیقاتی، همه و همه کسانی هستند که نامشان در زمره‌ی افرادی است که در طی انجام پژوهش فعالیتی داشته‌اند که برای انجام پژوهش مفید و حتی لازم بوده است؛ اما اینکه کدام‌یک از افرادی که نامشان در لیست افراد فعال در پژوهش موجود است می‌توانند نویسنده‌ی مقاله باشند، سؤالی است که پاسخش را در شرط‌های بعدی نویسندگی باید جست‌وجو کرد.

معمولاً پس از انجام یک پژوهش، براساس قالب پژوهش (پایان‌نامه یا طرح تحقیقاتی) گزارشی از پژوهش در قالب گزارش طرح تحقیقاتی یا پایان‌نامه نوشته می‌شود. در مرحله‌ی بعد اگر گروه تحقیق تصمیم بگیرند که نتیجه را در قالب مقاله‌ی علمی منتشر کنند، بسته به زمینه، محتوای کار و سطح علمی تحقیق مجله‌ای را برای انتشار مقاله انتخاب می‌کنند؛ سپس یک یا چند تن از نویسندگان برای تهیه‌ی متن دست‌نوشته‌ی اولیه مأمور یا داوطلب می‌شوند و سپس متن اولیه برای بازبینی و مرور نقادانه‌ی سایر اعضای گروه نویسندگان فرستاده می‌شود.

همان‌طور که گفته شد دومین شرط نویسندگی مقاله این است که فرد نویسنده باید نسخه‌ی اولیه‌ی دست‌نوشته را نوشته باشد یا دست‌نوشته‌ای را که سایر اعضای گروه نویسندگان تهیه کرده‌اند، بازبینی و مرور نقادانه کند؛ به‌نحوی که در اثر این بازبینی و مرور نقادانه، متن از لحاظ محتوای علمی تکامل یابد. در واقع این شرط بیان می‌کند از لیست افرادی که در طی مراحل مختلف طراحی، انجام و تهیه‌ی

تحلیل داده‌ها همکاری داشته‌اند؛ به‌عنوان مثال استاد راهنما یا پژوهشگر ارشد یا پیشکسوتی که براساس دانش و مطالعات علمی خود فرضیه‌ی پژوهشی و ایده‌ی اولیه یک تحقیق را ارائه می‌دهد، متخصص روش‌شناسی که برای پاسخ به سؤال یا آزمون فرضیه‌ی مطرح‌شده توسط پژوهشگر مذکور مطالعه‌ای را به‌صورت فنی طراحی می‌کند، دانشجویی که در پایان‌نامه‌ی خود تمام یا قسمتی از مطالعه‌ی مذکور را براساس ایده‌ی استاد و طراحی انجام‌شده توسط متخصص روش‌شناسی انجام می‌دهد (مثلاً براساس نوع مطالعه در یک مطالعه‌ی آزمایشگاهی داده‌های مربوط را با استفاده از دستگاه مربوطه استخراج می‌کند؛ سپس پرونده‌ی بیماران را مطالعه و اطلاعات مربوط را در فرم‌های از قبل تهیه‌شده وارد می‌کند؛ پس از آن، پرسش‌نامه‌ی تأییدشده را به بیماران می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد که آن را تکمیل کنند یا خود با پرسیدن از بیماران یا سایر افراد آن را تکمیل می‌کند، با افراد مصاحبه می‌کند و فایل مصاحبه‌ها را براساس طرح‌نامه‌ی مصوب پیاده و تم‌بندی^۱ می‌کند؛ همچنین بیماران واردشده در یک کارآزمایی بالینی را پیگیری می‌کند و...)، پرسشگرانی که در ازای دریافت مبلغی پول پرسش‌نامه‌ها را به شرکت‌کنندگان در تحقیق ارائه می‌کنند، اپراتورهایی که شغلشان کارکردن با دستگاه‌هایی است که در آزمایشگاه‌های تحقیقاتی وجود دارند، فردی که با انجام آنالیزهای تخصصی یا شرکت در نشست متخصصان یا گروه بحث متمرکز به تفسیر داده‌ها کمک می‌کند و حتی افرادی که فعالیت‌های پشتیبانی شکل‌گیری تحقیق را

1. Theme

است به این نکته هم اشاره شود که مرور نقادانه‌ی اثرگذار در متن دست‌نوشته، الزامی جدی است و اصولاً هیچ‌کدام از نویسندگان نمی‌توانند کامل بودن متن دست‌نوشته را بهانه کرده و بدون اثرگذاری در متن و مرور نقادانه‌ی آن، فقط به مطالعه‌ی متن و پذیرش آن اکتفا کنند.

در هر حال پس از تهیه‌ی متن دست‌نوشته و مرور نقادانه‌ی آن توسط همه‌ی نویسندگان، مقاله برای انتشار به یک مجله‌ی علمی ارسال می‌شود. در این بین، یکی از نویسندگان دست‌نوشته، مسئولیت ارسال مقاله‌ی آماده‌شده را به مجله بر عهده می‌گیرد. این فرد که به او نویسنده‌ی طرف مکاتبه^۲ گفته می‌شود، یکی از نویسندگان مقاله است که توانمندی او به‌گونه‌ای است که صلاحیت علمی دارد و در عین حال برای پاسخ‌دادن به داورها، انتقال مطالب و اصلاحات لازم به نویسندگان، ایجاد ارتباط بین گروه نویسندگان و داوران و سردبیر مجله‌ای که مقاله به آن ارسال شده است، وقت کافی داشته باشد. درباره‌ی پایان‌نامه‌های دانشجویی ترجیح بر این است که استاد راهنمای اول، نقش نویسنده‌ی طرف مکاتبه را بر عهده بگیرد. با اینکه داشتن رتبه‌ی دانشگاهی بالاتر یا توان علمی بیشتر در این زمینه الزامی نیست، توصیه‌ی جدی بر این است که عضوی از تیم پژوهش که نویسنده‌ی مقاله است و جایگاه علمی تثبیت‌شده‌ای در حوزه‌ی مربوطه دارد، این وظیفه را به عهده بگیرد. در ادبیات علمی سال‌های اخیر در ایران، معمولاً به نویسنده‌ی طرف مکاتبه، «نویسنده‌ی مسئول» گفته می‌شود که احتمالاً خلاصه‌شده‌ی ترجمه‌ی

گزارش تحقیق همکاری داشته‌اند و مثال‌های آن در بالا ذکر شد، تنها افرادی می‌توانند نویسنده باشند که «صلاحیت علمی لازم برای مرور نقادانه را براساس تجربه‌ی علمی و سابقه‌ی تحصیلی یا کاری خود داشته باشند». بر این اساس تهیه‌کننده‌ی دست‌نوشته که قاعداً توانایی علمی و عملی لازم را دارد، متن اولیه را برای بازبینی و مرور نقادانه تنها برای کسانی ارسال می‌کند که بتوانند مرور نقادانه انجام دهند.

این شرط دوم است که از حضور افرادی که علی‌رغم مشارکت در برخی مراحل انجام تحقیق، فاقد توانمندی علمی لازم برای مرور نقادانه هستند، به‌عنوان نویسنده‌ی مقاله ممانعت می‌کند. روشن است که مرور نقادانه، سطحی از دانش و تجربه را می‌طلبد که افراد باید برای دستیابی به آن آموزش دیده یا مطالعه کرده باشند؛ از این رو براساس این بند افراد به صرف همکاری در اموری «مانند تهیه و تأمین بودجه‌ی پژوهشی، ارائه‌ی مشاوره‌های مقطعی از جمله مشاوره‌ی آماری و روش‌شناسی، ایجاد یا در اختیار قراردادن امکانات آزمایشگاهی، انجام آزمایشات مربوط به بیماران یا نمونه‌های پژوهشی یا ارجاع و معرفی بیماران به پژوهشگران برای شرکت در پژوهش، شرایط کافی برای درج نامشان به‌عنوان نویسنده‌ی مقاله را نخواهند داشت» (۱۵). زحمات چنین افرادی بسته به نوع مشارکت یا همکاری در پژوهش باید به صورت‌های دیگر جبران شود؛ مثل اینکه در قسمت تقدیر و تشکر^۱ از آن‌ها سپاسگزاری شود. یا اینکه در ازای خدمات خود حق الزحمه دریافت کنند. در اینجا لازم

2. Corresponding Author

1. Acknowledgment

نویسندگان است. براساس شرط چهارم نویسندگی مقالات علمی، فردی می‌تواند عنوان نویسنده‌ی مقاله را داشته باشد که بتواند مسئولیت پاسخ‌گویی در مقابل همه‌ی جنبه‌های علمی و اخلاقی را در مراحل مختلف طراحی، انجام، گزارش و ارسال دست‌نوشته و مراحل بعدی منجر به انتشار مقاله بپذیرد. نویسنده‌ی مقاله فردی است که از صحت داده‌های ارائه‌شده، اصالت متن نوشته‌شده و ارجاعات مربوطه، نبود مصادیق تخلفات پژوهشی (ذکرشده در دستورالعمل‌ها و راهنماهای عمومی و اختصاصی اخلاق در پژوهش مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) در طراحی، انجام و انتشار مقاله اطمینان داشته باشد. چنین فردی به‌طور منطقی خواهد توانست به ابهامات احتمالی درباره‌ی پژوهش پاسخ دهد. شرط چهارم الزام می‌کند که نویسنده‌ی مقالات چه درباره‌ی رعایت جنبه‌های علمی و چه جنبه‌های اخلاقی به همکاران خود اطمینان داشته باشد؛ به عبارت دیگر براساس این شرط، همه‌ی پژوهشگرانی که فعالیت پژوهشی انجام می‌دهند و امیدوارند نتایج فعالیت‌های خود را در قالب مقالات علمی منتشر کنند، باید با افراد یا آن دسته از گروه‌های پژوهشی کار کنند که به‌نحوی از رعایت استانداردهای اخلاقی توسط اعضای آن‌ها اطمینان دارند. براساس این شرط در صورتی که در مقاله‌ی منتج از هر پژوهش، مشکلات علمی و اخلاقی وجود داشته باشد، هیچ‌یک از نویسندگان نمی‌توانند با استناد به اینکه اشکال پیش‌آمده ناشی از قصور یا تقصیر سایر اعضای تیم پژوهشی بوده است، از مسئولیت اخلاقی و حقوقی خود در قبال اشکال پیش‌آمده شانه خالی کنند. همسو با

اولیه‌ی «مسئول مکاتبه» است. عنوان نویسنده‌ی مسئول با اصطلاح اصلی در زبان انگلیسی تفاوت معنایی دارد. هر مقاله معمولاً یک نویسنده‌ی طرف مکاتبه دارد؛ اما مجلات در موارد خاص این اختیار را دارند که امکان درج نام بیش از یک نفر را به‌عنوان نویسنده‌ی طرف مکاتبه فراهم کنند. در این باره مجلات علمی، سیاست‌های مخصوص به خود را دارند. در ادامه‌ی روند ارسال و انتشار مقاله، نویسنده‌ی طرف مکاتبه براساس نظرات داوران و با کسب نظر سایر نویسندگان روند اصلاح و ارتقای متن دست‌نوشته را پیش می‌برد، تا جایی که متن از نظر سردبیر مجله نهایی تلقی می‌شود و می‌تواند به‌عنوان مقاله چاپ شود؛ اما برای اطمینان از اینکه تمام نویسندگان مقاله با متن نهایی موافق هستند، دستورالعمل اخلاق در انتشار آثار پژوهشی ایران و نیز همه‌ی دستورالعمل‌های بین‌المللی اخلاق در نشر، سومین شرط درج نام هر فرد به‌عنوان نویسنده را تأیید متن نهایی آن توسط فرد مذکور می‌داند. شرط سوم تضمین‌کننده‌ی این موضوع است که همه‌ی نویسندگان متن نهایی را دیده و تأیید کرده‌اند و قاعدتاً در صورت بروز هر مشکل یا مشخص شدن سوءرفتار پژوهشی احتمالی در مقاله، امکان اظهار بی‌اطلاعی و سرباززدن از مسئولیت خود را نخواهند داشت.

بدون شک به‌کاربردن عنوان نویسنده‌ی مسئول به این مفهوم نیست که او به‌تنهایی مسئول درستی پژوهش و متن مقاله از لحاظ جنبه‌های علمی و اخلاقی است؛ بلکه براساس چهارمین شرط برای احراز نویسندگی مقالات علمی این مسئولیت به عهده‌ی همه‌ی کسانی است که نامشان در زمره‌ی

در زمینه‌ی ترتیب نوشتن اسامی، اگرچه اصل بر توافق بین نویسندگان است، استانداردهایی هم وجود دارد که رسیدن به چنین توافقی را تسهیل می‌کند. اولین استاندارد این است که به صورت کلی می‌توان ادعا کرد ترتیب نوشتن اسامی بیشتر مربوط به میزان مشارکت هر فرد در مراحل مختلف انجام پژوهش است؛ به عبارت دیگر نام فردی که بیشترین سهم را در فعالیت‌های پژوهشی منجر به نوشته‌شدن مقاله داشته، مثل دانشجویی که مقاله مستخرج از پایان‌نامه‌ی اوست، بهتر است به عنوان نویسنده‌ی اول مقاله ذکر شود. عرف دیگری که در ترتیب اسامی بسیار رعایت می‌شود این است که نام نویسنده‌ی طرف مکاتبه معمولاً به عنوان آخرین اسم ذکر می‌شود. با وجود این استانداردها، باز هم این امکان وجود دارد که برای ترتیب نویسندگان مقاله توافق نهایی وجود نداشته باشد؛ در چنین مواردی توصیه این است که موضوع به کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه مربوطه ارجاع شود و نظر کمیته‌ی مذکور فصل الخطاب خواهد بود.

۳. سوء رفتارهای پژوهشی در انتشار مقالات علمی

سوء رفتار پژوهشی عنوانی کلی است که به هرگونه انحراف از استانداردهای اخلاق حرفه‌ای در مراحل مختلف پژوهش اطلاق می‌شود. چنین سوء رفتارهایی از لحاظ ترتیب یا زمان وقوع می‌توانند از ابتدا تا انتهای روند انجام دادن و گزارش کردن یک پژوهش اتفاق بیفتند و دربردارنده‌ی مواردی مانند رعایت نکردن حقوق مالکیت فکری^۱ افراد

این هدف و با توجه به سوء تفاهمی که ممکن است استفاده از لفظ نویسنده‌ی مسئول ایجاد کند، همان طور که ذکر شد پیشنهاد می‌شود که از عبارت دقیق‌تر «نویسنده‌ی طرف مکاتبه» برای این نوع از نویسنده استفاده گردد؛ البته این شرط درباره‌ی مقالات معمول و مرسوم که منتج از پایان‌نامه‌ها هستند یا آن دسته از طرح‌های پژوهشی که در یک یا چند مرکز علمی محدود انجام می‌شوند، صادق است و دستورالعمل‌های بین‌المللی و ملی، مقالات منتج از برخی پژوهش‌های بسیار بزرگ را که توسط گروه‌های پژوهشی متفاوت و مستقل در مراکز مختلف انجام شده‌اند، خارج از شمول این شرط می‌دانند و مسئولیت نویسندگان در چنین مقالاتی را محدود به محدوده‌ی مربوط به خود می‌دانند.

داشتن این شرط‌ها برای نویسندگان در همه‌ی شرایط لازم است؛ برای نمونه در مواردی که نام فردی به عنوان همکار پژوهش در طرح‌نامه‌ی تحقیق یا به عنوان استاد مشاور در پایان‌نامه ذکر می‌شود، اما فرد مذکور نمی‌تواند شرایط نویسندگی را فراهم کند، نمی‌توان نام او را در زمره‌ی نویسندگان مقاله ذکر کرد. به عبارت دیگر صرف عضویت یا همکاری در یک گروه پژوهشی، شرایط کافی برای نویسنده بودن فراهم نمی‌شود. از سوی دیگر لازم است به همه‌ی افرادی که شرط اول نویسندگی مقالات را دارا هستند و توانمندی کسب سایر شرایط چهارگانه‌ی نویسندگی را نیز دارند، فرصت داده شود تا بتوانند شرایط لازم را به عنوان نویسنده پیدا کنند. این چهار شرط می‌تواند روشن کند که نام چه افرادی باید به عنوان نویسنده‌ی مقاله ذکر شود؛ اما مسأله‌ی مهم دیگر ترتیب نوشتن اسامی است.

1. Intellectual Property

شاغل در آن مؤسسه به دلیل کاهش اعتبار آن و در نتیجه کاهش سطح اعتماد عمومی و تخصصی به آن‌ها و حتی صدمه‌ی جدی به شهرت و جایگاه علمی آن کشور اشاره کرد (۲۷)؛ از این‌رو همه‌ی سیاست‌گذاران و مسئولان نهادها و سازمان‌های علمی تلاش می‌کنند تا با استفاده از همه‌ی ابزارهای موجود، برای کاهش موارد سوءرفتارهای پژوهشی اقدام کنند. چنین اقداماتی شامل آموزش افراد دخیل در امر پژوهش، ایجاد حساسیت اخلاقی در افراد مذکور، نظارت مداوم و مستمر بر فعالیت پژوهشگران و برخورد جدی و قاطع با موارد سوءرفتار پژوهشی می‌شود.

سرقت ادبی^۴ شایع‌ترین سوءرفتار پژوهشی است که نوعی نادیده گرفتن حقوق مالکیت فکری سایر افراد به شمار می‌آید. شیوع این مشکل به قدری زیاد است که گاهی سرقت ادبی متناظر با مفهوم سوءرفتار پژوهشی به کار می‌رود؛ درحالی‌که سرقت ادبی آن‌طور که گفته شد تنها یک نوع از سوءرفتارهای پژوهشی است (۲۸). سرقت ادبی وقتی رخ می‌دهد که تمام یا بخشی از آثار علمی و ادبی و پژوهشی دیگران بدون دادن ارجاع یا با دادن ارجاع ناقص یا نامناسب در نوشته یا اثر دیگر استفاده شود؛ البته در اینجا باید دقت شود که در مواردی تنها ممکن است ذکر منبع کفایت کند، اما در موارد دیگر علاوه بر ذکر منبع کسب اجازه از صاحب حقوق مالکیت فکری نیز ضرورت پیدا می‌کند که در ادامه به آن نیز اشاره خواهد شد. براساس یک اصل کلی هر مطلبی که از اثری منتشر شده یا منتشر نشده‌ی فرد دیگری به صورت

و استفاده‌ی غیرموجه از ایده‌های پژوهشی آن‌ها، رعایت نکردن ملاحظات اخلاقی در تدوین طرح‌نامه‌ی پژوهش، رعایت نکردن استانداردهای مصوب در مراحل تصویب یک طرح‌نامه و نیز در مرحله‌ی اجرای پژوهش و نهایتاً در مرحله انتشار مقاله باشد (۲۵). در عین حال ماهیت و شدت و قبح چنین سوءرفتارهایی نیز می‌تواند متفاوت باشد؛ به عنوان مثال سوءرفتار ناشی از ناآگاهی از مقررات حاکم بر انتشار آثار پژوهشی، مثل ارجاع نامناسب به منبع استفاده شده در یک متن با سوءفتاری مانند ساختن (جعل)^۱ داده‌ها که ماهیتاً مبتنی بر فریب‌کاری^۲ است، کاملاً متفاوت‌اند و برخورد‌های متفاوت و متناسبی را طلب می‌کنند؛ بنابراین به عنوان یک قاعده‌ی کلی می‌توان گفت که سوءرفتارهای علمی و پژوهشی مانند ارائه‌ی داده‌هایی به عنوان نتیجه‌ی پژوهش که در واقع حاصل یک پژوهش واقعی نباشند یا دست‌کاری عمدی داده‌های حاصل از یک تحقیق برای کسب منافعی از قبیل اخذ پذیرش مقالات در مجلات علمی یا اثبات فرضیه‌ی پژوهشگر (از جمله گزارش نکردن برخی داده‌ها مانند عدم گزارش موارد فوت یا آسیب جدی به بیماران شرکت‌کننده در یک کارآزمایی‌های بالینی) شدیدترین نوع سوءرفتارهای پژوهشی را شامل می‌شوند (۲۶). وقوع سوءرفتارهای پژوهشی توسط افراد شاغل در مؤسسات علمی، پیامدهای بسیار ناگواری را به همراه دارد که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به انگ خوردن^۳ و تأثیر منفی بر شهرت و اعتبار مؤسسه، لطمه‌ی جدی به سایر پژوهشگران

1. Data Fabrication

2. Fraud

3. Stigmatization

4. Plagiarism

علمی شده است. لزوم اشاره به منبع درباره‌ی آثار علمی پیشین نویسنده‌ی متون هم صدق می‌کند؛ به بیان بهتر، اگر فردی برای نوشتن یک نوشته از سایر نوشته‌های قبلی خود استفاده کند، باز هم ملزم به دادن ارجاع مناسب براساس استانداردهای ذکرشده به متن مربوطه است و در صورتی که ارجاع مناسب انجام نشود، نویسنده مرتکب «سرقت ادبی از خود»^۱ شده است (۱۵).

درباره‌ی نحوه‌ی ارجاع به متون منبع نیز ملاحظات اخلاقی ویژه‌ای وجود دارد که لازم است مدنظر قرار گیرند. اصل اول در ارجاع دادن، رعایت امانت است. این اصل اقتضا می‌کند مضمون آنچه که به یک منبع نسبت داده شده و از آن منبع نقل شده، با اصل منظور نویسنده یا نویسندگان متن منبع همخوانی داشته باشد. لازمه‌ی این امر علاوه بر ملزم دانستن خود بر لزوم حفظ امانت، دقت در مطالعه و تلاش برای درک مناسب از متنی است که قرار است به آن ارجاع داده شود. اشکال جدی در انتقال مضمون یک متن، به عنوان منبع معمولاً زمانی پیش می‌آید که ارجاع بدون مطالعه‌ی متن اصلی و تنها براساس ارجاع مقالات یا متون دیگر به آن متن صورت می‌پذیرد. این نوع ارجاع دادن معمولاً موجب ایجاد سوء تفاهم درباره‌ی منظور اصلی نویسنده‌ی متن مرجع و گاه باعث تغییر تدریجی محتوا در اثر نقل قول‌های پی‌درپی از متونی غیر از متن اصلی منبع می‌شود. ذکر نام یک منبع در یک متن به معنای رجوع نویسنده به متن اصلی است. سوء رفتار پژوهشی دیگری که در دادن ارجاع هنگام نوشتن متن دست‌نوشته ممکن است رخ دهد، ارجاع دادن

مستقیم یا غیرمستقیم، در یک نوشته‌ی علمی نقل می‌شود، باید به منبع اصلی ارجاع داده شود. این اصل شامل مواردی که متن مرجع به زبان دیگری نگاشته شده هم می‌شود. در مواردی که نویسنده‌ی یک متن علمی مانند دست‌نوشته‌ی یک مقاله به عین متنی دیگر، مثلاً مقاله‌ای دیگر ارجاع می‌دهد، لازم است متنی که عیناً نقل شده است در گیومه قرار داده شود. در صورتی که نقل قول مستقیم در گیومه قرار داده نشود، حتی در صورت ارجاع دادن به منبع اصلی، نوعی سرقت ادبی تلقی می‌شود؛ اما در صورتی که نویسنده‌ی دست‌نوشته محتوای یک متن دیگر را به شکل مضمون، جمع‌بندی، نتیجه‌گیری یا برداشت ایده، به زبان و قلم خود بیان کند، تنها ارجاع دادن به متن مرجع کافی است و به قرارداد دادن مطلب نقل‌شده در گیومه نیازی نیست.

در مواقعی که از سایر عناصر یک اثر علمی به جز متن مانند شکل، نمودار، جدول یا عکس استفاده می‌شود، لازم است که علاوه بر ارجاع به آن اثر، از دارنده‌ی مالکیت معنوی اثر هم اجازه گرفته شود؛ به عبارت دیگر در چنین مواردی صرف ارجاع دادن به منبع کفایت نمی‌کند. این قاعده درباره‌ی استفاده از بخشی عمده از یک متن و نیز استفاده از پرسش‌نامه‌های تهیه و استاندارد شده توسط سایر محققان هم صادق است. بر این اساس، به عنوان مثال اگر فردی از کنار هم قراردادن بخش‌هایی چشمگیر از آثار سایرین مطلبی تهیه کند یا با کنار هم گذاشتن مقالات سایرین کتابی تألیف نماید، اگر از آن‌ها اجازه‌ی کتبی اخذ نکرده باشد، حتی در صورتی که مطلب را به نام خود نویسنده و صاحب اصلی منتشر کرده باشد، مرتکب نوعی سرقت

1. Self-Plagiarism

به متون و مقالات، بدون وجود موازین علمی و صرفاً برای بالا بردن تعداد ارجاعات یک مقاله است. حتی در مواقعی، چنین درخواست‌هایی ممکن است از طرف سردبیران برخی نشریات برای بالا بردن ارجاعات مقالات قبلی نشریه مطرح شود که نباید به آن توجه کرد؛ همچنین باید موضوع را به مسئولان مربوط ارجاع داد. ارجاع برنامه‌ریزی‌شده‌ی متقابل به مقالات یکدیگر نیز برای بالا بردن تعداد ارجاعات مقالات، بر همین منوال امری بر خلاف اخلاق علمی تلقی می‌شود (۳).

مسئولیت اطمینان از صحت یک متن و عدم وجود سرقت ادبی در دست‌نوشته‌ی مقالات بر عهده‌ی همه‌ی نویسندگان مقاله است. برخی مواقع سردبیران نشریات علمی قبل از انتشار مقاله، متن آن را برای اطمینان از عدم وجود سرقت ادبی کنترل می‌کنند؛ اما همیشه چنین نیست و این واقعیت که ممکن است سردبیران بعضاً کنترل متن را انجام دهند از مسئولیت نویسندگان نمی‌کاهد و در صورت کشف موارد سرقت ادبی بعد از انتشار مقاله (که معمولاً منجر به خروج آن از مجله خواهد شد)، کماکان نویسندگان به‌عنوان خاطی شناخته می‌شوند (۷). اولین راهکار برای پیشگیری از وقوع سرقت ادبی در نوشتن متون علمی، رعایت استانداردها در هنگام نوشتن مقاله از جمله استفاده از منابع اصیل و آگاهی از هنجارهای اخلاق در نشر و ارجاع استاندارد است؛ اما در نهایت امروزه این امکان وجود دارد که با استفاده از برخی نرم‌افزارها متن نوشته‌شده قبل از ارسال به مجله ارزیابی شود (۲۹). این نرم‌افزارها اصولاً براساس مشابهت‌یابی در متونی که قبل از این منتشر شده‌اند، عمل می‌کنند

و میزان شباهت متن دست‌نوشته‌ی ارزیابی‌شده را با متون قبلی ارائه می‌نمایند. در استفاده از این نرم‌افزارها لازم است به این نکته توجه شود که قضاوت درباره‌ی گزارش حاصل از ارزیابی هر متن توسط نرم‌افزار مربوطه، در صورتی ارزشمند خواهد بود که توسط کارشناس خبره بررسی شود. تکیه‌ی صرف بر درصدی از مشابهت با سایر متونی که نرم‌افزار ارائه می‌کند صحیح نیست؛ چراکه برای مثال نمونه‌هایی را می‌توان یافت که علی‌رغم گزارش نرم‌افزار مبنی بر میزان بسیار کم مشابهت با متون مرجع، به دلیل قرارندادن متن نقل‌قول مستقیم در گیومه، نوعی سرقت ادبی در آن‌ها وجود دارد. سرقت ادبی چه عمدی و چه سهوی نوعی تخلف پژوهشی محسوب می‌شود؛ البته در صورت اثبات عمدی بودن، عواقب شدیدی را به همراه خواهد داشت (۳۰).

از دیگر مصادیق سوءرفتارهای پژوهشی، ساختن داده‌های جعلی یا دست‌کاری عمدی در داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش است. این‌ها از مصادیق بسیار جدی تخلفات پژوهشی به حساب می‌آیند و معمولاً برخورد شدید نهادها و مسئولان ذی‌ربط ناظر بر سلامت پژوهش^۱ از جمله کمیته‌های اخلاق در پژوهش را به دنبال خواهد داشت. جعل یا ساختن داده می‌تواند شامل ساختن نتایج یا جعل بخشی از نتایج باشد. دست‌کاری داده‌ها نیز گزارش نتایج متفاوت یا بر خلاف آنچه را که در ضمن پژوهش واقعاً به دست آمده، شامل می‌شود؛ به‌عنوان مثال حذف کردن برخی از نتایج یک پژوهش که با سایر نتایج همخوانی ندارد و ممکن است آنالیز یا نتیجه‌گیری نهایی یا تأیید فرضیه‌ی

1. Research Integrity

دست‌نوشته، از ارسال‌کننده می‌خواهند که تأیید کند دست‌نوشته‌اش در حال داوری در مجله‌ی دیگری نیست؛ البته گاهی که روال بررسی و داوری یک دست‌نوشته، بیش از حد یا بیش از زمان اعلام‌شده‌ی مجله طول می‌کشد، این امکان وجود دارد که ارسال‌کنندگان، دست‌نوشته‌ی خود را برای مجله‌ی دیگری ارسال نمایند؛ با این حال، پیش از آن لازم است که با استدلال‌های منطقی از مجله‌ی قبلی «توقف بررسی»^۲ متن ارسال‌شده را درخواست کرده و بکوشند درباره‌ی درخواست خود با سردبیر مجله به توافق برسند. در صورت توافق نکردن با مجله لازم است کمیته‌ی اخلاق در پژوهش مؤسسه‌ی محل فعالیت نویسنده‌ی طرف مکاتبه در جریان قرار بگیرد. در هر حال لازم است ارسال‌کننده‌ی دست‌نوشته، تمام مکاتبات و مذاکرات خود با مجله را مستند و مکتوب نماید؛ البته انصراف از ادامه‌ی بررسی و داوری یک مقاله تا قبل از اعلام پذیرش^۳ مقاله از سوی مجله امکان‌پذیر خواهد بود. به همین شکل انتشار تکراری^۴ نتایج یک پژوهش بر خلاف اصول پذیرفته‌شده‌ی اخلاق در نشر است؛ مگر اینکه سردبیران و ناشران هر دو یا چند مجله‌ای که قرار است داده‌ها یا نتایج تکراری را منتشر کنند، از تکراری‌بودن آن مطلع باشند و در عین حال این کار دلایلی منطقی و پذیرفتنی داشته باشد. از دلایل منطقی برای انتشار تکراری یک مقاله یا داده‌های پژوهشی می‌توان به انتشار آن‌ها به دو یا چند زبان برای بهره‌برداری بیشتر خوانندگان و جوامع علمی و در موارد بسیار نادر انتشار یک سند بسیار مهم

پژوهش را با مشکل مواجه کند، نوعی دست‌کاری داده‌ها محسوب می‌شود. در پژوهش‌هایی که نتایج پژوهش به صورت عکس‌ها یا تصاویری از قبیل عکس‌های رادیولوژی، تصاویر میکروسکوپی و مانند آن ارائه می‌شود، هرگونه دست‌کاری تصاویر مانند تغییر کیفیت، رنگ و شفافیت به منظور تغییر دادن واقعیت و برای اثرگذاری منفی بر قضاوت داوران و سایر افرادی که نتایج را ارزیابی یا استفاده خواهند کرد، مصداق این رفتار غیراخلاقی است. در بسیاری از مواقع، داوران و سردبیران مجلات یا متخصصان آمار به آسانی این گونه رفتارهای خلاف را شناسایی می‌کنند؛ اما در مواردی نیز سایر پژوهشگرانی که به نوعی از موضوع اطلاع می‌یابند، چنین رفتارهایی را افشا می‌کنند. در چنین مواردی افشاگران سوءرفتارهای پژوهشی از حمایت جدی نهادهای ناظر بر سلامت پژوهش برخوردار خواهند بود (۱۶). علاوه بر سوءرفتارهایی که ممکن است در مراحل قبل از ارسال^۱ دست‌نوشته صورت گیرد، برخی از انواع سوءرفتارهای پژوهشی در مراحل ارسال و داوری دست‌نوشته رخ می‌دهد. اولین نمونه، ارسال دست‌نوشته برای دو یا چند مجله به صورت همزمان است. اصل بر این است که هر دست‌نوشته در یک زمان واحد، فقط باید برای داوری به یک مجله فرستاده شود و تا زمانی که آن مجله، تکلیف پذیرش یا رد مقاله را روشن نکرده است، برای مجله‌ی دیگری فرستاده نشود. این قاعده برای این گذاشته شده است تا از هدر رفتن منابع انسانی و وقت مسئولان و داوران جلوگیری کند. از همین روست که معمولاً مجلات علمی در زمان دریافت

2. Withdraw

3. Acceptance

4. Duplicate Publication

1. Submission

Emerging Consensus for Open Evaluation: 18 Visions for the Future of Scientific Publishing". *Frontiers in Computational Neuroscience*, 6, P. 94.

9. Tierney, E. & et al. (2015). "What is the Role of 'the Letter to the Editor'?" *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272 (9), P. 2089-2093.

10. Gantman, Ernesto R. (2012). "Economic, Linguistic, and Political Factors in the Scientific Productivity of Countries". *Scientometrics*, 93 (3), P. 967-985.

11. Committee on Publication Ethic (COPE). [Available at <https://publicationethics.org/>]

12. World Association of Medical Editors (WAME). [Available at <http://www.wame.org/>]

13. Council of Science Editors (CSE). [Available at <https://www.councilscienceeditors.org/>]

14. International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE). [Available at <http://www.icmje.org/>]

۱۵. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۶). راهنمای کشوری اخلاق در انتشار آثار پژوهشی: [Available at <http://ethics.research.ac.ir>]

۱۶. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۴). دستورالعمل رسیدگی به تخلفات پژوهشی:

[Available at <http://ethics.research.ac.ir>]

۱۷. مجلس شورای اسلامی. (۱۳۹۶). قانون پیشگیری و مقابله با تقلب در تهیه‌ی آثار علمی.

18. Atlas, Michel C. (2004). "Retraction Policies of High-Impact Biomedical Journals". *Journal of the Medical Library Association*, 92 (2), P. 242.

19. Nath, Sara B. & et al. (2006). "Retractions in the Research Literature: Misconduct or Mistakes?". *Medical Journal of Australia*, 185 (3), P. 152.

20. Wager, Elizabeth. (2007). "Do Medical Journals Provide Clear and Consistent Guidelines on Authorship?". *Medscape General Medicine*, 9 (3), P. 16.

21. Bennett, Dianne M. & David McD Taylor. (2003). "Unethical Practices in Authorship of Scientific Papers". *Emergency Medicine Australasia*, 15 (3), P. 263-270.

22. Ngai, Stephanie & et al. (2005). "Haunted Manuscripts: Ghost Authorship in the Medical Literature". *Accountability in Research*, 12 (2), P. 103-114.

23. Wislar, Joseph S. & et al. (2011). "Honorary and Ghost Authorship in High Impact Biomedical Journals: A Cross Sectional Survey". *Bmj*, 343, d6128.

24. Bavdekar, Sandeep B. (2012). "Authorship Issues".

مثل راهنماهای بالینی اشاره کرد. در چنین مواردی هم لازم است سردبیران و ناشران همه‌ی مجلات منتشرکننده، از این موضوع آگاه باشند و رضایت کتبی خود را اعلام کرده و تکراری بودن داده‌ها یا متن را به صورت شفاف توضیح دهند؛ البته باید توجه کرد که ارسال یا ارائه‌ی خلاصه‌ی مقالات در کنگره‌ها و سمینارها برای انتشار اصل مقالات مانعی ایجاد نمی‌کند. نوع دیگری از انواع انتشارات غیرمناسب، به انتشار همپوشان^۱ معروف است. این موضوع هنگامی پیش می‌آید که دست‌نوشته‌ی ارسالی حاوی حجمی درخور توجه از اطلاعات یک مقاله‌ی منتشرشده یا در حال بررسی باشد (۱۵).

منابع

1. Mann, Howard. (2002). "Research Ethics Committees and Public Dissemination of Clinical Trial Results". *The Lancet*, 360 (9330), P. 406-408.

2. Lexchin, Joel & et al. (2003). "Pharmaceutical Industry Sponsorship and Research Outcome and Quality: Systematic Review". *Bmj*, 326 (7400), P. 1167-1170.

3. Black, Nick & et al. (1998). "What Makes a Good Reviewer and a Good Review for a General Medical Journal?". *Jama*, 280 (3), P. 231-233.

4. Evans, Arthur T & et al. (1993). "The Characteristics of Peer Reviewers who Produce Good-Quality Reviews". *Journal of General Internal Medicine*, 8 (8), P. 422-428.

5. Derricourt, Robin. (2012). "Peer Review: Fetishes, Fallacies, and Perceptions". *Journal of Scholarly Publishing*, 43 (2), P. 137-147.

6. Teixeira da Silva, Jaime A. & Judit Dobránszki. (2015). "Problems with Traditional Science Publishing and Finding a Wider Niche for Post-Publication Peer Review". *Accountability in Research*, 22 (1), P. 22-40.

7. Knoepfler, Paul. (2015). "Reviewing Post-Publication Peer Review". *Trends in Genetics*, 31 (5), P. 221-223.

8. Kriegeskorte, Nikolaus & et al. (2012). "An

1. Redundant Publication

e1000318.

28. Carnero, Andres M. & et al. (2017). "Plagiarism, Cheating and Research Integrity: Case Studies from a Masters Program in Peru". Science and Engineering Ethics, 23 (4), P. 1183-1197.

29. Youmans, Robert J. (2011). "Does the Adoption of Plagiarism-Detection Software in Higher Education Reduce Plagiarism?". Studies in Higher Education, 36 (7), P. 749-761.

30. Amet, Ali & et al. (2011). Overview and Comparison of Plagiarism Detection Tools. DATESO, Citeseer.

Lung India: Official Organ of Indian Chest Society, 29 (1), P. 76.

25. Gilbert, Fiona Jane & Alan Richard Denison. (2003). "Research Misconduct". Clinical Radiology, 58 (7), P. 499-504.

26. Godlee, Fiona. (2012). "Research Misconduct is Widespread and Harms Patients". British Medical Journal Publishing Group, 344 :e14.

27. Michalek, Arthur M. & et al. (2010). "The Costs and Underappreciated Consequences of Research Misconduct: A Case Study". PLoS Medicine, 7 (8),

ضمائم و پیوست‌ها

راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دارای آزمودنی انسانی در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۲

رسمی ابلاغ شده‌اند مانند راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشور آگاهی داشته باشد و آن‌ها را رعایت کند:

۱. هدف اصلی هر پژوهش باید ارتقای سلامت انسان‌ها توأم با رعایت کرامت و حقوق ایشان باشد.

۲. در پژوهش بر آزمودنی انسانی، سلامت و ایمنی فرد فرد آزمودنی‌ها در طول و بعد از اجرای پژوهش، بر تمامی مصالح دیگر اولویت دارد. هر پژوهشی که بر آزمودنی انسانی انجام می‌گیرد، باید توسط افرادی طراحی و اجرا شود که تخصص و مهارت بالینی لازم و مرتبط را داشته باشند. در کارآزمایی‌های بالینی روی بیماران یا داوطلب‌های سالم، نظارت پزشک دارای مهارت و دانش متناسب الزامی است.

۳. پژوهش بر انسان فقط در صورتی توجیه‌پذیر است که منافع بالقوه‌ی آن برای هر فرد آزمودنی بیشتر از خطرهای آن باشد. در پژوهش‌های دارای ماهیت غیردرمانی، سطح آسیبی که آزمودنی در معرض آن قرار می‌گیرد نباید بیشتر از آنچه باشد که مردم عادی در زندگی روزمره‌ی خود با آن مواجه می‌شوند. حصول اطمینان از این امر بر عهده‌ی طراحان، مجریان و همکاران پژوهش و تمامی شوراهای بررسی یا پایش‌کننده‌ی پژوهش از جمله کمیته‌ی اخلاق در پژوهش است.

۴. مواردی از قبیل سرعت، سهولت کار، راحتی پژوهشگر، هزینه‌ی پایین‌تر و/یا صرفاً عملی بودن آن به هیچ‌وجه نباید موجب قراردادن آزمودنی در معرض خطر یا زیان افزوده یا تحمیل هرگونه محدودیت اختیار اضافی به وی شود.

۵. قبل از آغاز هر پژوهش پزشکی، باید اقدامات اولیه برای به حداقل رساندن زیان احتمالی وارده به

مقدمه

در طبابت باید از پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده شود. این شواهد از راه پژوهش به دست می‌آیند؛ بنابراین پیشرفت دانش پزشکی بر پژوهش مبتنی است. بخش بزرگی از پژوهش‌ها برای رسیدن به نتایج معتبر، در نهایت باید بر روی انسان به انجام برسند.

راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های دارای آزمودنی انسانی در جمهوری اسلامی ایران، دربردارنده‌ی اصول و مقررات اخلاقی است که تمامی پژوهشگرانی که به پژوهش بر آزمودنی‌های انسانی (که شامل داده‌ها یا مواد بدنی به‌دست‌آمده از انسان‌ها نیز می‌شود) اقدام می‌کنند و تمامی مدیران پژوهشی و کمیته‌های اخلاق در پژوهش کشور، باید آن را مبنا و راهنمای عملکرد خود قرار دهند و تمامی تلاش خود را برای تضمین رعایت حداکثری آن در عملکرد پژوهشی خود، و تا جای ممکن دیگر پژوهشگران، به عمل آورند. این راهنما براساس اصول اخلاقی، به‌ویژه کرامت انسانی، مبانی و ارزش‌های اسلامی و ملی تدوین یافته است. تقدم و تأخر بندهای این راهنما، براساس اهمیت نیست. این راهنما باید به‌صورت یک کل واحد دیده شود و هیچ کدام از بندهای آن نباید بدون توجه کافی به مقدمه و سایر بندهای مرتبط تفسیر شود. هر پژوهشگر باید علاوه بر این راهنما، از دیگر قوانین و راهنماهای مرتبط که از سوی مراجع

- آزمودنی‌ها و تأمین سلامت آن‌ها انجام گیرد.
۶. در کارآزمایی‌های بالینی دوسوکور که آزمودنی از ماهیت دارویی یا مداخله‌ای که برای او تجویز شده بی‌اطلاع است، پژوهشگر باید تدابیر لازم را برای کم‌رسانی به آزمودنی، در صورت لزوم و در شرایط اضطراری تدارک ببیند.
۷. اگر در حین اجرای پژوهش مشخص شود که خطرات شرکت در این پژوهش برای آزمودنی‌ها بیش از فواید بالقوه‌ی آن است، باید آن پژوهش بلافاصله متوقف شود.
۸. طراحی و اجرای پژوهش‌هایی که روی آزمودنی انسانی انجام می‌گیرند، باید منطبق با اصول علمی پذیرفته‌شده براساس دانش روز و مبتنی بر مرور کامل منابع علمی موجود و پژوهش‌های قبلی آزمایشگاهی، و در صورت لزوم، حیوانی مناسب باشد. مطالعات حیوانی باید با رعایت کامل اصول اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی انجام شوند.
۹. در پژوهش‌های پزشکی که ممکن است به محیط زیست آسیب برسانند، باید احتیاط‌های لازم برای حفظ و نگهداری و عدم آسیب‌رسانی به محیط زیست انجام گیرد.
۱۰. هر پژوهشی باید براساس و منطبق بر یک طرح‌نامه (پروپوزال) به انجام برسد. در کارآزمایی‌های بالینی باید علاوه بر طرح‌نامه، دستورالعمل (پروتکل) نیز تهیه و ارائه شود. طرح‌نامه و دستورالعمل باید شامل تمامی اجزای ضروری باشد؛ از جمله بخش ملاحظات اخلاقی، اطلاعات مربوط به بودجه، حمایت‌کننده‌ها، وابستگی‌های سازمانی، موارد تعارض منافع بالقوه‌ی دیگر، مشوق‌های شرکت‌کنندگان، پیش‌بینی درمان یا
- جبران خسارت افراد آسیب‌دیده در پژوهش. در مواردی که لازم است رضایت‌نامه‌ی آگاهانه به‌صورت کتبی اخذ شود، فرم رضایت‌نامه باید تدوین و به طرح‌نامه پیوست شده باشد. پیش از تصویب یا تأیید طرح‌نامه از سوی کمیته‌ی مستقل اخلاق در پژوهش، نباید اجرای پژوهش شروع شود.
۱۱. کمیته‌ی اخلاق در پژوهش علاوه بر بررسی و تصویب طرح‌نامه و دستورالعمل، این حق را دارد که طرح‌ها را در حین و بعد از اجرا از نظر رعایت ملاحظات اخلاقی پایش کند. اطلاعات و مدارکی که برای پایش از سوی کمیته‌ی اخلاق درخواست می‌شود، باید از سوی پژوهشگران در اختیار این کمیته گذاشته شود.
۱۲. انتخاب آزمودنی‌های بالقوه از میان جمعیت بیماران یا هر گروه جمعیتی دیگر باید منصفانه باشد، به‌نحوی که توزیع بارها (خطرات یا هزینه‌ها) و منافع شرکت در پژوهش، در آن جمعیت و کل جامعه، تبعیض‌آمیز نباشد.
۱۳. کسب رضایت آگاهانه و آزادانه در هر پژوهشی که روی آزمودنی انسانی اجرا می‌شود، الزامی است. این رضایت باید به‌شکل کتبی باشد. در مواردی که اخذ رضایت آگاهانه‌ی کتبی غیرممکن یا قابل صرف‌نظر باشد، باید موضوع با ذکر دلایل به کمیته‌ی اخلاق منتقل شود. در صورت تأیید کمیته‌ی اخلاق، اخذ رضایت کتبی قابل تعویق یا تبدیل به رضایت شفاهی یا ضمنی خواهد بود.
۱۴. اگر در طول اجرای پژوهش تغییری در نحوه‌ی اجرای پژوهش داده شود یا اطلاعات جدیدی به دست آید که احتمال داشته باشد که بر تصمیم آزمودنی مبنی بر ادامه‌ی شرکت در پژوهش تأثیرگذار

باشد، باید موضوع به اطلاع کمیته‌ی اخلاق رسانده شود و در صورت موافقت کمیته با ادامه‌ی پژوهش، مراتب به اطلاع آزمودنی رسانده شود و رضایت آگاهانه مجدداً اخذ گردد.

۱۵. پژوهشگر باید از آگاهانه بودن رضایت اخذشده اطمینان حاصل کند. برای این منظور، در تمامی پژوهش‌های پزشکی، اعم از درمانی و غیردرمانی، پژوهشگر موظف است فرد در نظر گرفته شده به عنوان آزمودنی را از تمامی اطلاعاتی که می‌توانند در تصمیم‌گیری او مؤثر باشند، به نحو مناسبی آگاه سازد. این اطلاعات مشتمل اند بر: عنوان و اهداف پژوهش، طول مدت پژوهش، روشی که قرار است به کار گرفته شود (شامل احتمال تخصیص تصادفی به گروه مورد یا شاهد)، منابع تأمین بودجه، هرگونه تعارض منافع احتمالی، وابستگی سازمانی پژوهشگر و فواید و زیان‌هایی که انتظار می‌رود مطالعه در بر داشته باشد. همچنین، هر آزمودنی باید بداند که می‌تواند هر لحظه که بخواهد از مطالعه خارج شود و باید درباره‌ی خطرات و زیان‌های بالقوه‌ی ناشی از ترك زودرس پژوهش آگاه و پشتیبانی شود. پژوهشگر همچنین باید به تمامی سؤالات و دغدغه‌های این افراد، با حوصله و دقت پاسخ بدهد. این موارد باید در رضایت‌نامه‌ی آگاهانه منعکس شود.

۱۶. پژوهشگر باید از آزادانه بودن رضایت اخذشده اطمینان حاصل کند. رفتارهایی که به هر نحوی متضمن تهدید، اغوا، فریب یا اجبار باشد موجب ابطال رضایت آزمودنی می‌شود. به فرد باید برای مشاوره با افرادی که تمایل دارد، نظیر اعضای فامیل یا پزشک خانواده، فرصت کافی داده شود. همچنین، در پژوهش‌هایی که پژوهشگر مقام سازمانی بالاتری

نسبت به آزمودنی داشته باشد، دلایل این شیوه‌ی جذب آزمودنی، باید توسط کمیته‌ی اخلاق تأیید شود، در این موارد شخص ثالث و معتمدی باید رضایت را دریافت کند.

۱۷. پژوهشگر ارشد مسئول مستقیم ارائه‌ی اطلاعات کافی با زبان قابل فهم برای آزمودنی، اطمینان از درک اطلاعات ارائه شده و اخذ رضایت آگاهانه است. در مواردی که بنا به دلیلی، نظیر زیادبودن تعداد آزمودنی‌ها، این اطلاع‌رسانی از طریق شخص دیگری انجام می‌گیرد، این پژوهشگر ارشد است که مسئول انتخاب فردی آگاه و مناسب برای این کار و حصول اطمینان از تأمین شرایط مذکور در این بند است.

۱۸. در پژوهش‌هایی که از مواد بدنی (شامل بافت‌ها و مایعات بدن انسان) یا داده‌هایی استفاده می‌شود که هویت صاحبان آن‌ها معلوم یا قابل کشف و ردیابی است، باید برای جمع‌آوری، تحلیل، ذخیره‌سازی و/یا استفاده‌ی مجدد از آن‌ها رضایت آگاهانه گرفته شود. در مواردی که اخذ رضایت غیرممکن باشد یا اعتبار پژوهش را خدشه‌دار کند، می‌توان در صورت بررسی مورد و تصویب کمیته‌ی اخلاق، از داده‌ها یا مواد بدنی ذخیره شده، بدون اخذ رضایت آگاهانه استفاده کرد.

۱۹. شرکت نکردن در پژوهش یا ادامه‌ندادن به همکاری، نباید هیچ‌گونه تأثیری بر خدمات درمانی که در همان مؤسسه، نظیر بیمارستان، به فرد ارائه می‌شود، داشته باشد. این موضوع باید در فرایند اخذ رضایت آگاهانه، به آزمودنی اطلاع داده شود.

۲۰. در مواردی که آگاه کردن آزمودنی درباره‌ی جنبه‌ای از پژوهش باعث کاهش اعتبار پژوهش

قانونی یا خود فرد رضایت آگاهانه اخذ شود.

۲۵. پژوهشگر، مسئول رعایت اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی‌ها و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن است. همچنین، پژوهشگر موظف است که از رعایت حریم خصوصی آزمودنی‌ها در طول پژوهش اطمینان حاصل کند. هرگونه انتشار داده‌ها یا اطلاعات به‌دست‌آمده از بیماران باید براساس رضایت آگاهانه انجام گیرد.

۲۶. هر نوع آسیب یا خسارت ناشی از شرکت در پژوهش باید برطبق قوانین مصوب جبران خسارت شود. این امر باید در هنگام طراحی پژوهش لحاظ شده باشد و نحوه‌ی تحقق این امر ترجیحاً به‌صورت پوشش بیمه‌ای نامشروط باشد.

۲۷. در پایان پژوهش، هر فردی که به‌عنوان آزمودنی به آن مطالعه وارد شده است، این حق را دارد که درباره‌ی نتایج مطالعه آگاه شود و از مداخلات یا روش‌هایی که سودمندی‌شان در آن مطالعه نشان داده شده است، بهره‌مند شود.

۲۸. پژوهشگران موظف‌اند که نتایج پژوهش‌های خود را صادقانه و دقیق و کامل منتشر کنند. نتایج، اعم از منفی یا مثبت و نیز منابع تأمین بودجه، وابستگی سازمانی و تعارض منافع، در صورت وجود، باید کاملاً آشکارسازی شوند. پژوهشگران نباید در هنگام عقد قرارداد انجام پژوهش، هیچ‌گونه شرطی را مبنی بر حذف یا عدم انتشار یافته‌هایی که از نظر حمایت‌کننده‌ی پژوهش مطلوب نیست، بپذیرند.

۲۹. نحوه‌ی گزارش نتایج پژوهش باید ضامن حقوق مادی و معنوی تمامی اشخاص مرتبط با پژوهش، از جمله خود پژوهشگر یا پژوهشگران، آزمودنی‌ها و مؤسسه‌ی حمایت‌کننده‌ی پژوهش

می‌شود، ضرورت اطلاع‌رسانی ناکامل از طرف پژوهشگر باید توسط کمیته‌ی اخلاق تأیید شود. بعد از رفع عامل این محدودیت، باید اطلاع‌رسانی کامل به آزمودنی انجام گیرد.

۲۱. برخی از افراد یا گروه‌هایی از مردم، نظیر ناتوانان ذهنی، کودکان، جنین و نوزاد، بیماران اورژانسی، یا زندانیان که ممکن است به‌عنوان آزمودنی در پژوهش شرکت کنند، نمی‌توانند برای دادن رضایت، آگاهی یا آزادی لازم را داشته باشند. این افراد یا گروه‌ها آسیب‌پذیر دانسته می‌شوند و باید از آنان به‌طور ویژه حفاظت شود.

۲۲. از گروه‌های آسیب‌پذیر هیچ‌گاه نباید (به دلایلی چون سهولت دسترسی) به‌عنوان آزمودنی ترجیحی استفاده شود. پژوهش پزشکی با استفاده از گروه‌ها یا جوامع آسیب‌پذیر تنها در صورتی موجه است که با هدف پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت و اولویت‌های همان گروه یا جامعه طراحی و اجرا شود و احتمال معقولی وجود داشته باشد که همان گروه یا جامعه از نتایج آن پژوهش سود خواهد برد.

۲۳. در پژوهش روی گروه‌های آسیب‌پذیر، وظیفه‌ی اخذ رضایت آگاهانه مرتفع نمی‌شود. درباره‌ی افرادی که سرپرست قانونی دارند، پژوهشگر موظف است که علاوه بر اخذ رضایت آگاهانه از سرپرست قانونی، متناسب با ظرفیت خود فرد، از او نیز رضایت آگاهانه اخذ کند. در هر حال، باید به امتناع این افراد از شرکت در پژوهش احترام گذاشته شود.

۲۴. اگر در حین اجرای پژوهش، آزمودنی دارای ظرفیت، ظرفیت خود را از دست بدهد یا آزمودنی فاقد ظرفیت، واجد ظرفیت شود، باید با توجه به تغییر حاصله، برای ادامه‌ی پژوهش از سرپرست

باشد.

است.

۲. فصل اول: ارزیابی سود و زیان

۱. کارآزمایی‌های بالینی باید کاملاً در چارچوب یک طرح‌نامه و دستورالعمل مکتوب طراحی و اجرا شوند. طرح‌نامه و دستورالعمل کارآزمایی بالینی باید دربردارنده‌ی بخش ملاحظات اخلاقی، همچنین اطلاعات مربوط به بودجه‌ی پژوهش، حامیان پژوهش، وابستگی حرفه‌ای، بیان هرگونه تعارض منافع احتمالی و تمهیدات مورد نظر برای ترغیب مشارکت افراد در مطالعه باشد.

۲. شروع اجرای کارآزمایی منوط به بررسی و تأیید طرح‌نامه و دستورالعمل آن توسط کمیته‌ی اخلاق در پژوهش است. کمیته‌ی اخلاق در پژوهش حق پایش کارآزمایی‌های در حال اجرا را دارد. پژوهشگر موظف است که اطلاعات مورد نیاز برای پایش را در اختیار کمیته قرار دهد.

۳. پژوهشگر موظف است در طول اجرای پژوهش، هرگونه حادثه یا عارضه‌ی نامطلوب جدی قابل انتساب به پژوهش را در اولین زمان ممکن، به کمیته‌ی اخلاق در پژوهش و سایر مراجع قانونی ذی‌ربط گزارش دهد.

۴. کمیته‌ی اخلاق مسئولیت دائمی نظارت بر اجرای اخلاقی پژوهش را بر عهده دارد؛ لذا پژوهشگر ارشد باید این کمیته را درباره‌ی تمامی تغییرات دستورالعمل مطالعه و هر حادثه‌ی نامناسب جدی در طول مطالعه آگاه سازد. همچنین، هر اطلاعات جدیدی را که ممکن است امنیت آزمودنی یا اجرای مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد باید به اطلاع این کمیته برساند.

۵. کارآزمایی بالینی باید تنها توسط افراد دارای

۳۰. گزارش‌ها و مقالات حاصل از پژوهش‌هایی که مفاد این راهنما را نقض کرده‌اند، نباید برای انتشار پذیرفته شوند.

۳۱. روش پژوهش نباید با ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی و دینی جامعه در تناقض باشد.

راهنمای اخلاقی کارآزمایی‌های بالینی در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۲

۱. مقدمه

کارآزمایی بالینی معتبرترین روش تهیه‌ی مستندات برای استفاده‌ی بالینی است. انجام کارآزمایی بالینی برای پیشرفت علوم پزشکی از ضرورت و اهمیتی ویژه برخوردار است؛ اما درعین حال، نظر به اینکه در کارآزمایی‌های بالینی، بر خلاف سایر انواع مطالعات، مداخله‌ای به صورت عمدی بر روی آزمودنی‌ها به انجام می‌رسد، این شیوه‌ی پژوهش، بیش از سایر انواع و شیوه‌ها، دربردارنده‌ی ملاحظات و دغدغه‌های اخلاقی است.

این راهنما دربردارنده‌ی مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی است که در این زمینه باید رعایت شوند. هر پژوهشگر یا بالینگری که در کارآزمایی بالینی مشارکت می‌کند، باید علاوه بر مفاد این راهنما، از راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی، راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشور به فراخور موضوع و نیز از سایر قوانین و مقررات مرتبط با کار خود آگاه باشد و آن‌ها را رعایت کند. بر این موضوع به‌ویژه در رابطه با رعایت مفاد راهنمای پژوهش بر گروه‌های آسیب‌پذیر تأکید شده

- مجاز حرفه‌ای مرتبط و ذی صلاح از نظر علمی انجام گیرد.
۱۱. کلیه اطلاعات کارآزمایی بالینی باید به گونه‌ای ثبت، به کارگیری و ذخیره شود که امکان شناسایی، گزارش و تفسیر دقیق آن‌ها فراهم باشد.
۱۲. هرگونه پرداخت مالی به آزمودنی باید تنها در محدوده‌ی بازپرداخت هزینه‌های تحمیل شده به وی در اثر شرکت در پژوهش و قدردانی از او باشد. باید از هرگونه پرداخت غیرمعارف، که احتمال داشته باشد آزادی فرد را برای قبول یا تداوم مشارکت در پژوهش خدشه‌دار کند، خودداری شود.
۱۳. مطالعات دوسوکور باید به گونه‌ای طراحی شوند که در صورت وقوع عارضه‌ای برای هرکدام از آزمودنی‌ها که شکستن کد را ایجاب کند، فردی که امکان شکستن کد را برای آن آزمودنی دارد و نحوه‌ی انجام این کار مشخص باشد. جزئیات این موضوع باید در دستورالعمل کارآزمایی آورده شود.
۱۴. هیچ مداخله‌ای که هنوز براساس پزشکی مبتنی بر شواهد تأیید نشده است، نباید به دلایلی نظیر گیاهی یا سنتی بودن از طی تمامی مراحل استاندارد آزمون و کارآزمایی مستثنی شده شود.
۱۵. چنانچه برای یک کارآزمایی بالینی فاز یک، آزمودنی زن مورد نیاز باشد، باید این افراد در سن باروری نباشند یا از روش‌های قطعی پیشگیری از بارداری استفاده کنند.
۱۶. در کارآزمایی‌های با پرتوتابی، نوع و دوز مداخله باید به تأیید کمیته‌ی اخلاق رسیده باشد. این تأییدیه نیز باید براساس نظر مشورتی تخصصی باشد.
۱۷. داوطلبان سالم در کارآزمایی‌های با پرتوتابی، باید بیش از پنجاه سال سن داشته باشند. در مجوز حرفه‌ای مرتبط و ذی صلاح از نظر علمی انجام گیرد.
- انجام کارآزمایی بالینی تنها زمانی قابل توجیه است که جامعه‌ای که افراد تحت مطالعه به آن تعلق دارند بتوانند از نتایج آن پژوهش سود ببرند.
۶. تمامی اقدامات احتیاطی لازم، برای حفظ حریم خصوصی آزمودنی‌ها، محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به ایشان و همچنین کاهش تأثیر نامطلوب مطالعه بر سلامت جسمی و روانی آزمودنی‌ها باید به عمل آید.
۷. در مرحله‌ی طراحی مطالعه، باید نحوه‌ی پیگیری آزمودنی‌ها پس از اتمام مطالعه تعیین شود و در صورت لزوم، برای دسترسی آن‌ها به بهترین روش پیشگیری، تشخیص، درمان یا سایر مراقبت‌های مناسب، تمهیدات لازم در نظر گرفته شود. دسترسی لزوماً به معنی فراهم آوردن خدمات رایگان نیست.
۸. در صورت وقوع عوارض یا حوادث نامطلوب قابل انتساب به پژوهش، در حین و پس از مطالعه، پژوهشگر باید اقدامات درمانی و مراقبتی مناسب را برای آزمودنی، بدون تحمیل هزینه به وی، فراهم آورد. تمهیدات مالی برای انجام این تعهد، نظیر بیمه کردن پژوهش، باید در هنگام طراحی مطالعه در نظر گرفته شده باشد.
۹. اگر در حین یا بعد از انجام پژوهش، وجود بیماری یا وضعیت مرتبط با سلامت خاصی در آزمودنی تشخیص داده شد، پژوهشگر یا مؤسسه‌ی حامی باید در صورت آزمودنی، وی را از این موضوع آگاه کند.
۱۰. پژوهشگر موظف است که در صورت رضایت آزمودنی، شرکت او در کارآزمایی را به اطلاع پزشک

صورتی می‌توان از افراد با سن کمتر استفاده کرد که مطالعه، مربوط به گروه سنی ایشان باشد. تعداد شرکت‌کنندگان باید در حداقل تعداد ممکن با توجه به هدف مطالعه و دقت مورد نیاز انتخاب شود.

۴. هنگام ارسال طرح‌نامه برای بررسی توسط کمیته‌ی اخلاق، فرم رضایت‌نامه‌ای که قرار است به آزمودنی‌ها ارائه شود، باید به طرح‌نامه پیوست باشد. بررسی اخلاقی طرح‌نامه‌ی کارآزمایی بالینی بدون بررسی و ارزیابی فرم رضایت آگاهانه‌ی آن معتبر نخواهد بود.

۵. برای اخذ رضایت، اطلاعات باید به زبانی ارائه شود که برای آزمودنی قابل فهم باشد. آزمودنی یا نماینده‌ی قانونی او باید برای پرس‌وجو درباره‌ی جزئیات کارآزمایی فرصت کافی داشته باشند. باید به‌طور مشخص اعلام شود که کارآزمایی یک فرایند پژوهشی است که مشارکت در آن داوطلبانه است و شرکت‌نکردن در کارآزمایی یا خارج شدن از آن در هر زمانی، مراقبت از نمونه، حقوق و سلامت او را تحت تأثیر قرار نخواهد داد.

۳. فصل دوم: رضایت آگاهانه

۱. اخذ رضایت آگاهانه برای کارآزمایی بالینی باید همواره به‌صورت کتبی باشد. فرم رضایت‌نامه باید دربردارنده‌ی تمامی اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری فرد برای شرکت کردن یا نکردن در پژوهش، شامل اطلاعاتی که در بندهای بعدی این راهنما ذکر شده‌اند، باشد.

۲. فرم رضایت آگاهانه باید توسط پژوهشگر ارشد، یا عضو دیگری از تیم پژوهشی که آگاهی و توانایی لازم را دارد، به‌عنوان نماینده‌ی پژوهشگر ارشد، و آزمودنی یا نماینده‌ی قانونی او امضا شود. این فرم باید حداقل در دو نسخه تهیه شود که یک نسخه‌ی آن به آزمودنی تحویل داده می‌شود و نسخه‌ی دیگر باید توسط پژوهشگر نگهداری شود.

۳. در مواقعی که فرد به هر دلیلی قادر به خواندن فرم رضایت‌نامه‌ی مکتوب نباشد، باید فرد ثالثی که دارای تعارض منافع نباشد، مندرجات فرم را به زبان قابل فهم برای آزمودنی توضیح داده، به پرسش‌های

۶. آزمودنی باید به اطلاعات درباره‌ی بیمه و سایر تمهیدات برای جبران صدمات ناشی از مشارکت در کارآزمایی دسترسی داشته باشد. همچنین، او باید درباره‌ی درمان‌هایی که در صورت بروز صدمه یا ناتوانی به دنبال شرکت در کارآزمایی، در اختیار او قرار خواهد گرفت آگاه شود.

۷. اخذ رضایت آگاهانه فرایندی است که از آغاز تا پایان ارتباط پژوهشگر - آزمودنی تداوم دارد. هر زمان که اطلاعات جدیدی به دست آید که امکان داشته باشد در تصمیم‌گیری آزمودنی‌ها برای قبول یا تداوم شرکت در پژوهش تأثیرگذار باشد، این اطلاعات باید به‌صورت مکتوب در اختیار آزمودنی‌ها قرار گیرد.

۸. در زمان اخذ رضایت، باید احتیاط شود که آزمودنی‌ها رضایت خود را تحت محذوریت و به علت وابستگی درمانی، اداری و... نداده باشند. در مواردی که این احتمال وجود دارد، رضایت آگاهانه باید توسط فرد دیگری که از مطالعه اطلاع کافی دارد و در عین حال چنین رابطه‌ای با آزمودنی ندارد، کسب شود.
۹. شروع و تداوم شرکت آزمودنی در پژوهش باید آزادانه باشد. از همین رو، هیچ‌یک از اعضای تیم پژوهش نباید آزمودنی‌ها را برای ادامه‌ی مشارکت در مطالعه مورد اجبار، تطمیع، اغوا، تهدید و/ یا تحت محذوریت قرار دهند.
۱۰. از آنجاکه تمامی عوارض و خسارات قابل انتساب به پژوهش برای آزمودنی‌ها باید جبران شود، اخذ برائت ذمه هیچ جایگاهی در کارآزمایی بالینی ندارد و نباید در فرم رضایت آگاهانه گنجانده شود. این امر رضایت آگاهانه‌ی پژوهشی را از رضایت‌نامه‌ی درمانی متمایز می‌کند.
۱۱. فرم رضایت آگاهانه که برای اخذ رضایت به آزمودنی داده می‌شود، باید دربردارنده‌ی اطلاعات ذیل باشد:
 - عنوان کارآزمایی؛
 - ماهیت پژوهشی کارآزمایی؛
 - هدف کارآزمایی؛
 - درمان (یا مداخله) در کارآزمایی و احتمال تخصیص تصادفی به هر درمان یا مداخله؛
 - روش‌های پیگیری شامل روش‌های تهاجمی و غیرتهاجمی؛
 - مسئولیت آزمودنی‌ها؛
 - جنبه‌هایی از کارآزمایی که ماهیت پژوهشی دارد؛
- مخاطرات پیش‌بینی‌پذیر کارآزمایی برای آزمودنی‌ها؛
- منافع مورد انتظار برای شرکت‌کنندگان؛ چنانچه در یک کارآزمایی هیچ‌گونه منفعتی پیش‌بینی نمی‌شود باید آزمودنی از آن آگاه باشد؛
- در صورت استفاده از دارونما، توضیح معنای آن، احتمال تخصیص به گروه دارونما و ذکر خطرات و فواید احتمالی در صورت تخصیص به شاخه یا گروه دریافت‌کننده‌ی دارونما؛
- روش‌های درمانی جایگزین که ممکن است در دسترس آزمودنی باشد به همراه منافع و خطرات بالقوه‌ی آن‌ها؛
- تحمیل نکردن هزینه به آزمودنی به واسطه‌ی مداخلات پژوهشی؛
- غرامت و درمان صدماتی که در جریان کارآزمایی ممکن است برای فرد ایجاد شود؛
- در صورتی که وجهی در قبال مشارکت شرکت‌کنندگان در مطالعه پرداخت می‌شود، میزان و نحوه‌ی پرداخت آن ذکر شود؛
- بازپرداخت مخارجی که آزمودنی در اثر شرکت در مطالعه متحمل می‌شود؛
- داوطلبانه‌بودن مشارکت افراد در کارآزمایی و تصریح به اینکه آزمودنی‌ها در هر مرحله از کارآزمایی این حق را دارند که از مطالعه خارج شوند بدون اینکه لازم باشد جریمه یا خسارتی پرداخت کنند یا درمان معمول ایشان تحت تأثیر قرار گیرد؛
- محرمانه‌بودن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها و تصریح به انتشار نتایج به صورت آماری و به نحوی که اطلاعات فردی فاش نشود؛

- اشخاصی که حق دسترسی به اطلاعات آزمودنی را خواهند داشت، از جمله کمیته‌ی اخلاق در پژوهش؛
- تصریح به اینکه چنانچه اطلاعات جدیدی درباره‌ی سلامت افراد یا تأثیرگذار بر تداوم مشارکت آن‌ها در دسترس قرار گیرد، آزمودنی یا نماینده‌ی قانونی او در اولین فرصت در جریان قرار خواهند گرفت؛
- نام و شماره‌ی تماس شخص یا اشخاصی که آزمودنی می‌تواند در زمان وقوع عوارض ناخواسته یا برای کسب اطلاعات بیشتر با آن‌ها تماس بگیرد؛
- پیش‌بینی و توصیف شرایطی که در آن شرایط، شرکت فرد در مطالعه ممکن است خاتمه یابد؛
- مدت زمان مورد انتظار مشارکت افراد در کارآزمایی؛
- تعارض منافع احتمالی پژوهشگران و وابستگی‌های حرفه‌ای ایشان.
۱۲. چنانچه به هر دلیلی کارآزمایی قبل از موعد مقرر خاتمه یابد یا تعلیق شود، مؤسسه‌ی پژوهشی یا پژوهشگر باید آزمودنی را از این موضوع مطلع کند و به او اطمینان دهد که درمان مناسب و پیگیری مورد نیاز برای او انجام خواهد شد.
- ۴. فصل سوم: دارونما**
۱. فواید، خطرات، عوارض و کارایی روش مورد آزمون باید با بهترین روش‌های پیشگیرانه، تشخیصی یا درمانی موجود مقایسه شود.
۲. استفاده از دارونما در کارآزمایی‌های بالینی در صورتی که درمان یا مداخلات استاندارد وجود داشته باشد، پذیرفتنی نیست؛ مگر در موارد ذیل:
- شواهدی از اثربخشی بیشتر درمان استاندارد نسبت به دارونما وجود نداشته باشد.
- درمان استاندارد به دلیل محدودیت‌های هزینه یا عدم تأمین پایدار آن در دسترس نباشد؛ البته منظور از محدودیت‌های پرداخت هزینه از دیدگاه نظام سلامت است. بنابراین، این مورد شامل حالتی که تأمین درمان استاندارد اثربخش برای افراد غنی یک جامعه ممکن و برای افراد کم‌درآمد غیرممکن باشد، نمی‌شود.
- چنانچه جامعه‌ی بیماران مورد مطالعه نسبت به درمان استاندارد مقاوم باشند و درمان استاندارد جایگزین برای آنان وجود نداشته باشد.
- وقتی که هدف کارآزمایی، بررسی تأثیر توأم یک درمان به همراه درمان استاندارد باشد و به هر دلیلی کلیه‌ی افراد مورد مطالعه، درمان استاندارد را دریافت کرده باشند.
- وقتی که بیماران درمان استاندارد را تحمل نمی‌کنند و اگر بیماران روی درمان استاندارد نگه داشته شوند، عوارض مرتبط با درمان و زیان‌های برگشت‌ناپذیر با هر شدتی برای آن‌ها ایجاد شود و درمان استاندارد جایگزینی برای آن‌ها وجود ندارد.
- زمانی که یک روش پیشگیری، تشخیص یا درمان برای یک وضعیت خفیف بررسی می‌شود و بیمارانی که دارونما دریافت می‌کنند در معرض خطر اضافی شدید یا برگشت‌ناپذیری قرار نمی‌گیرند.
۳. استفاده از جراحی دروغین به‌عنوان دارونما پذیرفته نیست مگر در مواردی که کلیه‌ی شروط زیر صادق باشد:
- پیامد سنجش‌شده سوئیژکتیو (ذهنی) باشد، از

و مقررات کشور شامل راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش و دیگر راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشور آگاه باشند و آن‌ها را رعایت کنند. مفاد این راهنما ناظر بر تمامی پژوهش‌هایی است که روی گامت یا رویان آزمایشگاهی (تا پیش از ایجاد بارداری) انجام می‌گیرند.

۲. فصل اول: کرامت انسانی

۱. هیچ پژوهشی نباید روی رویان یا گامت انسان انجام شود، مگر آنکه برای سلامت باروری یا سایر جنبه‌های سلامت انسان ضروری باشد و جایگزین مناسب دیگری برای رویان یا گامت انسانی وجود نداشته باشد.

۲. هرگونه خرید یا فروش گامت یا رویان انسانی، یا استفاده از رویانی که از طریق روابط تجاری به دست آمده باشد، ممنوع است.

۳. تولید رویان انسان با هدف پژوهشی ممنوع است. پژوهش درباره‌ی رویان تنها در صورتی پذیرفتنی است که آن رویان‌ها به قصد درمان ناباروری و تولید مثل تولید شده باشند و از رویان‌های اضافی باقی‌مانده برای پژوهش استفاده شود.

تبصره. درباره‌ی شبیه‌سازی پژوهشی درمانی، تولید رویان انسانی با هدف درمانی و در صورتی که روش جایگزینی برای تولید سلول بنیادی مدنظر در دسترس نباشد، مجاز است.

۴. القای تخمک‌گذاری و استحصال تخمک از بدن انسان تنها برای پژوهش ممنوع است. از تخمک‌هایی برای پژوهش باید استفاده شود که با هدف باروری القا و استحصال شده و در پایان فرایند کمک‌باروری زیاد آمده باشند، یا در خارج از بدن

قبیل درد و کیفیت زندگی؛

- جراحی استاندارد قابل قیاس وجود نداشته باشد و تنها راه سنجش دقیق اثربخشی مداخله، استفاده از کنترل جراحی دروغین باشد؛

- خطر جراحی دروغین پایین باشد؛

- بیمار با آزادی کامل و با آگاهی از اینکه ممکن است مورد جراحی دروغین قرار بگیرند که هیچ نفع درمانی برای آن‌ها ندارد، رضایت کتبی داده باشد.

- کمیت‌های اخلاق انجام جراحی دروغین را درباره‌ی مداخله‌ی مورد نظر با رعایت دستورالعمل ارائه‌شده مجاز تشخیص بدهد.

راهنمای اخلاقی پژوهش بر گامت و رویان در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۲

۱. مقدمه

دانش بشر در زمینه‌های زیست‌شناسی و زیست‌فناوری تولید مثل در دهه‌های اخیر پیشرفتی گسترده و شایان توجه یافته است. این تحول با به‌کارگیری تکنیک‌های باروری خارج رحمی به دوران جدیدی وارد شد و در پی آن، دانش زیست‌شناسی تولید مثلی و فناوری‌های کمک‌باروری از رشدی فزاینده و چشمگیر برخوردار شد. در نتیجه، پژوهش درباره‌ی گامت و رویان‌های حاصل از باروری آزمایشگاهی، دغدغه‌های اخلاقی ویژه‌ای را پدید آورد. پژوهش روی گامت و رویان انسانی، به واسطه‌ی انتساب آن به انسان که واجد کرامت است، با ملاحظات و الزامات اخلاقی ویژه‌ای توأم است که در این راهنما به آن‌ها اشاره شده است. پژوهشگران باید علاوه بر این راهنما از سایر قوانین

(برای مثال، از سلول‌های بنیادی) حاصل شده باشند. رضایت‌نامه از صاحبان رویان و کسب مجوز کمیته‌ی اخلاق در پژوهش نیاز دارد.

۵. انجام‌دادن پژوهش‌هایی که مستلزم آسیب یا تخریب رویان است، پژوهش بر رویان‌های بیشتر از چهارده روز پس از لقاح، ممنوع است (در موارد فوق، مدت زمانی که رویان منجمد شده است در نظر گرفته نمی‌شود).

تبصره. دست‌کاری (شامل بیوپسی) از رویانی که قرار است منجر به بارداری شود، با هدف درمانی برای همان رویان، بلامانع است.

۶. تعداد رویان‌های مورد پژوهش باید حداقل تعداد لازم برای رسیدن به هدف پژوهش باشد.

۷. پژوهش با اهداف زیر روی گامت یا رویان انسان ممنوع است:

- به‌نژادی؛
- به‌سازی ژنتیکی و توان‌افزایی؛
- تولید موجودات هیبرید یا کایمرای انسان و حیوان؛

- تغییر محتوای ژنتیکی گامت یا رویان انسان که قرار است به رحم منتقل شود، مگر با هدف پیشگیری از بیماری یا درمان؛

- شبیه‌سازی تولید مثلی انسان.

۳. فصل دوم: رضایت آگاهانه و رازداری

۱. از آنجایی که رویان حاصل گامت‌های زوجین است و نمی‌توان به آن نام فرزند را اطلاق کرد، رضایت شرکت در پژوهش باید از زوجینی گرفته شود که از گامت آن‌ها برای ایجاد رویان استفاده شده است. در این راهنما به زوجین مذکور، صاحبان رویان گفته می‌شود.

۲. هرگونه پژوهش بر رویان انسانی به اخذ

۳. صاحبان رویان باید آگاه شوند که فرایند اطلاع‌رسانی و اخذ رضایت برای شرکت در پژوهش کاملاً از روند درمان ناباروری مجزا است و درمان منوط به چنین رضایتی نیست. ذکر این نکته در تمامی طرح‌نامه‌های پژوهشی ضروری است.

۴. صاحبان رویان می‌توانند در هر زمان رضایت خود را برای استفاده از رویان در پژوهش پس بگیرند. پس گرفتن رضایت فقط می‌تواند تا قبل از انتقال رویان به رحم باشد.

۵. صاحبان رویان حق ندارند استفاده از رویان اهدایی خود را به افراد خاصی محدود کنند.

۶. پژوهشگران باید اطلاعات مربوط به منشأ زیست‌شناختی گامت‌ها و رویان‌ها را دقیقاً ثبت کنند. در این میان حفظ صحت و رعایت خصوصی بودن اطلاعات فوق ضروری است.

۴. فصل سوم: مواردی که پژوهش بر رویان منجر به بارداری می‌شود

۱. در این‌گونه پژوهش‌ها باید زیان‌های احتمالی شرکت در پژوهش، در قیاس با منافع آن برای فرزند حاصل توجیه‌پذیر باشد. در پژوهش‌هایی که فقط برای به‌دست‌آوردن اطلاعات جدید است، امکان هرگونه خطر افزوده‌ای، پذیرفتنی نیست.

۲. پژوهشگران باید اطمینان حاصل کنند که احتمال هرگونه عوارض ناخواسته برای رویان یا مخاطرات طولانی‌مدت برای سلامت فرزند حاصل، در کمترین حد ممکن است.

راهنمای اخلاقی پژوهش بر روی عضو و بافت انسانی در جمهوری اسلامی ایران

۱. مقدمه

با توجه به پیشرفت‌های علمی و فنی حاصل از پژوهش روی اعضا و بافت‌های انسانی و نیز با تأکید بر اهمیت انجام این‌گونه پژوهش‌ها، ضرورت رعایت اصول و ملاحظات اخلاقی مرتبط، امری بدیهی و اساسی است. هرگونه استفاده از اجزای بدن انسان، باید با توجه کامل به اصول اخلاقی به‌ویژه کرامت انسانی و ضوابط قانونی و شرعی باشد. با رعایت این اصول و ملاحظات است که می‌توان از بافت‌ها و اعضای انسانی، برای اهداف درمانی و آموزشی و پژوهشی استفاده کرد. راهنمای حاضر دربردارنده‌ی آن دسته از اصول و ملاحظات اخلاقی اساسی است که در پژوهش روی عضو و بافت انسانی باید در کانون توجه قرار گیرد و رعایت شود. منظور از پژوهش بر عضو و بافت انسانی، پژوهش‌هایی است که در آن‌ها از اجزای بدنی با منشأ انسانی، مشتمل بر عضو، بافت یا ترشحات بدن فرد زنده، مرده، جنین یا جفت استفاده می‌شود. پژوهشگران موظف‌اند علاوه بر این راهنما، از راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی و سایر قوانین، مقررات و راهنماهای رسمی کشور درباره‌ی پژوهشی که انجام می‌دهند، آگاه باشند و آن‌ها را رعایت کنند. این راهنمای اخلاقی در دو بخش عمومی و اختصاصی تدوین شده است.

۲. راهنمای عمومی

۱. پژوهشگر باید به این امر مهم توجه داشته

باشد که بافت‌ها و اعضای مورد استفاده، دارای منشأ انسانی‌اند و کرامت انسانی اقتضا می‌کند که جمع‌آوری، نگهداری، استفاده و نابودسازی آن‌ها توأم با رعایت ملاحظات و شئون مرتبط باشد.

۲. از اجزای بدنی دارای منشأ انسانی باید تنها در پژوهش‌هایی استفاده شود که اهداف ارزشمندی را با هدف مبارزه با بیماری‌ها و ارتقای سلامت انسان‌ها دنبال می‌کنند.

۳. تمامی پژوهش‌ها روی عضو و بافت انسانی، پیش از اجرا، باید مورد تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش مرتبط قرار گیرد. کمیته‌ی اخلاق در پژوهش حق دارد در تمامی مراحل پژوهش بر آن نظارت داشته باشد. پژوهشگران باید در این زمینه با کمیته‌ی اخلاق در پژوهش همکاری کنند.

۴. رضایت آگاهانه‌ی فرد دهنده‌ی عضو یا بافت، یا جانشین قانونی او، شرط اساسی در تأیید اخلاقی هر پژوهش بر عضو و بافت انسانی است. رضایت‌نامه باید با رعایت تمامی اصول مرتبط تهیه و هنگام ارسال طرح‌نامه برای تصویب، به آن پیوست شده باشد.

۵. در مواردی که اخذ رضایت آگاهانه از دهنده‌ی نمونه‌ی ذخیره‌شده یا جانشین قانونی او امکان‌پذیر نباشد، به شرط وجود رضایت کلی اولیه بر استفاده‌ی پژوهشی، در صورت تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش می‌توان از آن نمونه برای پژوهش استفاده کرد. در چنین مواردی باید از نمونه‌هایی استفاده شود که به‌نحوی برگشت‌ناپذیر بی‌نام شده باشد.

۶. تمامی اطلاعاتی که از صاحبان عضو یا بافت مورد پژوهش، جمع‌آوری و ثبت می‌شود، راز حرفه‌ای تلقی می‌شود؛ از این‌رو، تمامی اصول و ملاحظات

- مربوط به رازداری و حفظ حریم شخصی، باید دربارہ‌ی آن‌ها مراعات شود.
۷. مرکز انجام‌دهندہ‌ی پژوهش روی عضو و بافت باید مهارت و امکانات لازم را برای حفظ رازداری داشته باشد؛ در غیر این صورت، اطلاعات باید به شکل بی‌نام و غیرقابل ردیابی ثبت و ذخیره شود.
۸. پژوهشگر باید از اعضا و بافت‌هایی که به منظور پژوهش در اختیار او قرار می‌گیرد استفادہ‌ی بهینہ کردہ، از هدر رفتن آن‌ها جلوگیری کند.
۹. پژوهشگر موظف است تمهیدات لازم ایمنی، از جمله آزمون‌های غربالگری و وسایل محافظت‌کنندہ را برای جلوگیری از انتقال آلودگی از اجزای بدن مورد استفادہ به هر فرد دیگر، اعم از پژوهشگران، آزمودنی‌ها یا سایر افرادی که در فرایند پژوهش با این مواد سروکار خواهند داشت، پیش‌بینی و تأمین کند.
۱۰. پژوهش روی عضو و بافت ممکن است به ایجاد روش‌ها و محصولات منجر شود که به استفادہ‌ی تجاری از آن‌ها بینجامد. حقوق مالکیت معنوی نتایج حاصل از این‌گونه پژوهش‌ها باید تأیید و حمایت شود. احتمال استفادہ‌ی تجاری از نتایج پژوهش و اشخاصی که احتمالاً از آن منتفع خواهند شد باید در رضایت‌نامہ آورده شود.
۱۱. زمان، نحوه و میزان اطلاع آزمودنی‌ها از نتایج پژوهش باید در رضایت‌نامہ آورده شود. در هر حال، آزمودنی یا نمایندہ‌ی قانونی او باید به تمامی اطلاعاتی که در طول پژوهش دربارہ‌ی او به دست می‌آید، دسترسی داشته باشد.
۱۲. در صورت کمبود بافت یا عضو، باید استفادہ‌های درمانی بر استفادہ‌های پژوهشی اولویت داده شود.
۳. راهنماهای اختصاصی
- ۳-۱. فصل ۱: استفادہ از اعضا و بافت‌های جنین سقط‌شدہ‌ی انسان برای پژوهش
- به موجود حاصل از لقاح، تا هشت ہفتگی «رویان»، پس از هشت ہفتگی تا زمان زایمان «جنین» و بلافاصلہ پس از آن تا ۲۸ روزگی «نوزاد» اطلاق می‌شود. در ہرگونه پژوهش روی جنین، علاوہ بر مفاد این راهنما، باید اصل کرامت انسانی و تمامی موازین قانونی و شرعی رعایت شود:
۱. ضرورت انجام پژوهش و سایر اجزای طرح‌نامہ باید توسط کمیته‌ی اخلاق در پژوهش تأیید شود.
۲. جنین انسانی نباید خرید و فروش شود یا از آن ہرگونه استفادہ‌ی تجاری دیگری شود.
۳. دربارہ‌ی استفادہ از اجزای بدن جنین سقط‌شدہ، و نیز خون بند ناف، از آنجاکہ خون جنینی محسوب می‌شود، اخذ رضایت آگاہانہ ہم از پدر و ہم از مادر جنین مورد استفادہ ضروری است.
۴. جفت و سایر محتویات رحم به جز جنین، از بافت‌های مادر محسوب می‌شوند؛ لذا رضایت مادر برای استفادہ از آن‌ها لازم و کافی است.
۵. فرد یا تیمی کہ دربارہ‌ی انجام سقط جنین تصمیم‌گیری می‌کند باید کاملاً مستقل از تیم طراحی‌کنندہ یا اجراکنندہ‌ی پژوهش روی آن جنین بعد از سقط باشد.
۶. تا پیش از پایان مراحل سقط جنین، نباید هیچ‌گونه تصمیم‌گیری یا مذاکرہ‌ای دربارہ‌ی استفادہ‌ی احتمالی آتی از آن جنین در پژوهش

- انجام گیرد.
۷. در تمامی مراحل انجام و انتشار نتایج پژوهش باید رازداری و حریم خصوصی افراد مرتبط با جنین حفظ شود.
۸. پژوهش نباید در بردارنده‌ی هیچ‌گونه آسیب یا زبانی برای مادر باشد.
- ۳-۲. فصل ۲: برداشت عضو یا بافت از جسد انسان یا فرد دچار مرگ مغزی
۱. در تمامی مواردی که از عضو یا بافت جسد انسان به منظور انجام پژوهش استفاده می‌شود، باید ارزش علمی، ضرورت انجام مطالعه و تمهیدات اندیشیده‌شده برای رعایت کرامت متوفی و حقوق بازماندگان، از جمله اخذ رضایت آگاهانه‌ی متناسب، در طرح‌نامه منعکس شده و به تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش رسیده باشد.
۲. شیوه و شرایط اخذ رضایت برای استفاده‌ی پژوهشی از جسد، همانند اخذ رضایت برای استفاده‌ی درمانی است. بدین ترتیب که رضایت آگاهانه‌ی وراث قانونی متوفی برای برداشت و استفاده از اعضا و بافت‌ها ضروری است. چنانچه شخص در زمان حیات خود از به‌کاربردن اعضا و بافت‌هایش برای پژوهش ناراضی باشد، وراث او نمی‌تواند به این کار رضایت دهد.
۳. در صورتی که از اجزای فرد دچار مرگ مغزی برای پژوهش استفاده شود، باید تمامی شرایط و موارد قانونی و آیین‌نامه‌ی اجرایی مرگ مغزی و نیز پروتکل تأیید مرگ مغزی، لحاظ شود.
۴. قطع حمایت قلبی تنفسی از فرد دچار مرگ مغزی، نباید صرفاً با هدف استفاده‌ی پژوهشی از اجزای بدن او انجام گیرد. بلکه هرگونه برداشت عضو یا بافت از بدن این افراد باید پس از قطعی شدن مرگ قلبی تنفسی یا پس از اهدای اعضای حیاتی با هدف استفاده‌ی درمانی باشد.
۵. نگهداری اجزای بدنی افراد فوت‌شده در زیست‌بانک‌ها باید با کسب رضایت آگاهانه از وراث او باشد. این اجزا باید تنها برای همان اهدافی استفاده شود که در رضایت‌نامه مشخص شده است. وراث حق دارند که هر وقت بخواهند خواهان خارج شدن اجزای بدنی فرد متوفی از زیست‌بانک شوند.
۶. اجزای بدنی استفاده‌شده در پژوهش باید پس از پایان استفاده، با رعایت موازین شرعی، یا منطبق با موازین و آیین‌های دینی مورد اعتقاد متوفی، امحاء یا دفن شود.
- ۳-۳. فصل ۳: پژوهش‌های شامل پیوند عضو یا بافت از دهنده‌ی زنده
۱. در پژوهش‌های پیوند عضو یا بافت، خواست و رضایت دهنده‌ی زنده در هر حال بر خواست و منافع گیرنده اولویت دارد. اخذ رضایت کتبی و آگاهانه از دهنده و گیرنده ضرورت دارد. این رضایت آگاهانه‌ی مکتوب باید شامل شیوه‌ی اجرای پژوهش، اهداف، نوع و میزان عضو یا بافتی که اخذ و پیوند خواهد شد و تمامی خطرات ناشی از آن باشد.
۲. پژوهش منحصراً در اعضا و بافت‌های تجدیدشونده‌ی فرد زنده، مانند مغز استخوان، مجاز است. در موارد خاصی که ضرورت حتمی برای استفاده از سایر اعضا وجود داشته باشد، با نظارت و تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه، می‌توان از اعضایی که جفت بوده و عارضه‌ی فقدان یکی از آنها قابل چشم‌پوشی است، برای انجام دادن پژوهش استفاده کرد؛ به شرطی که فرد دهنده تا

- پایان عمر تحت پوشش بیمه‌ای متناسب قرار گیرد و خسارات احتمالی مربوط به اهدای عضو جبران شود. استفاده از اعضای حیاتی مانند قلب یا مغز، یا اعضای جفتی که فقدان یکی از آن‌ها در کیفیت حیات تأثیر زیادی دارد، مثل چشم، در پژوهش ممنوع است.
۳. در صورتی که پس از برداشت عضو یا بافت، در مدت‌زمان معینی نیاز به پیگیری یا درمان‌های ویژه در دهنده وجود داشته باشد، باید شرایط و امکانات لازم برای پیگیری فرد دهنده فراهم شود و در صورت نیاز به درمان، درمان‌های مورد نیاز به رایگان در اختیار او قرار گیرد. این پژوهش‌ها باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند. اگر فرد دهنده، در طول دوره‌ی پیگیری یا پس از پایان آن، با عارضه‌ای مراجعه کند که قابل انتساب به دادن عضو یا بافت باشد، هزینه‌های ناشی از آن عارضه باید جبران شود.
۴. تا زمانی که پژوهش به مرحله‌ی بازگشت‌ناپذیر نرسیده است، فرد دهنده می‌تواند از اهدای عضو یا بافت خود منصرف شود. در این صورت، اگر دهنده درخواست کند، عضو یا بافت باید معدوم یا به او تحویل داده شود. در صورتی که فرد دهنده منصرف شود، نباید هیچ‌گونه هزینه‌ای از او اخذ شود.
۵. از مشوق‌های مالی و امتیازات خاص نباید برای ایجاد انگیزه جهت دادن عضو یا بافت استفاده شود.
۶. افرادی که توانایی دادن رضایت آزادانه و آگاهانه را ندارند، مانند کودکان، عقب‌ماندگان ذهنی، بیماران روانی و زندانیان، نباید دهنده‌ی عضو یا بافت برای انجام دادن پژوهش باشند. همچنین این گروه فقط می‌توانند در پژوهش‌های درمانی که با احتمال منفعت درمانی مستقیم برای ایشان همراه باشد به‌عنوان گیرنده شرکت کنند.
۷. انجام پژوهش نباید هیچ‌گونه خللی در دریافت درمان‌های استاندارد و در دسترس برای فرد گیرنده ایجاد کند.
- ۳-۴. فصل ۴: زیست‌بانک‌ها
۱. ذخیره‌سازی اعضا، بافت‌ها یا اجزای بدنی با منشأ انسانی باید با اخذ رضایت آگاهانه باشد. در رضایت‌نامه باید نحوه و مدت نگهداری و استفاده‌های احتمالی آتی آورده شود.
۲. فرد حق دارد هر وقت که بخواهد درخواست کند که نمونه‌هایش از زیست‌بانک خارج شوند. این در صورتی است که هویت دهنده‌ی نمونه مشخص یا قابل ردیابی باشد.
۳. در صورتی که هویت فرد دهنده‌ی نمونه، مشخص یا قابل ردیابی باشد، برای هر پژوهش جدید باید از فرد یا نماینده‌ی قانونی او رضایت آگاهانه گرفته شود.
۴. درباره‌ی نمونه‌هایی که هویت دهنده‌ی آن‌ها قابل ردیابی نباشد، می‌توان با استناد به رضایت‌نامه‌ی کلی اولیه، پژوهش‌های جدید را بدون اخذ رضایت‌نامه انجام داد.
۵. در استفاده از بافت‌های ذخیره‌شده در زیست‌بانک‌ها، در صورتی که امکان استفاده‌ی درمانی و پژوهشی وجود داشته باشد، باید اولویت به مصارف درمانی داده شود. در هر حال، انجام پژوهش نباید به میزان و کیفیت استفاده‌های درمانی لطمه‌ای وارد کند.

راهنمای اخلاقی پژوهش بر گروه‌های آسیب‌پذیر در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۲

۱. مقدمه

فردی یا گروهی از افراد، آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند که استعداد یا بی‌پناهی خاصی در برابر دچار شدن به جراحت یا آسیب یا تهاجمی (اعم از جسمانی یا روانی) داشته باشند. به معنای عام کلمه، تمامی انسان‌ها آسیب‌پذیرند؛ بنابراین، پژوهشگران باید در برابر آسیب‌پذیری تمامی آزمودنی‌های خویش و دیگر طرف‌های درگیر در پژوهش، آگاه و حساس باشند.

اما گاهی ویژگی خاصی، نظیر سن یا بیماری یا وضعیت اجتماعی، برخی از آدمیان را در وضعیتی ویژه‌تر از آسیب‌پذیری قرار می‌دهد. هنگامی که سخن از پژوهش به میان می‌آید، مهم‌ترین جلوه‌گاه این حالت ویژه‌ی آسیب‌پذیری، ناتوانی یا کم‌توانی در دادن رضایت آگاهانه و آزادانه است. به این معنا که امکان «آگاهانه‌بودن» یا «آزادانه‌بودن» رضایت، در افراد آسیب‌پذیر، در مقایسه با افراد عادی، در حدی قابل ملاحظه پایین‌تر است.

پژوهش بر گروه‌های آسیب‌پذیر در عین حالی که با ویژگی‌ها و دغدغه‌های اخلاقی خاصی همراه است، برای خود این افراد مفید و گاه ضروری است؛ بنابراین، نباید افراد را از انجام دادن این گونه پژوهش‌ها منع کرد، بلکه باید با رعایت ملاحظات قانونی و اخلاقی توأم گردد تا در عین بهره‌مندی از فواید پژوهش، از خدشه‌دار شدن حقوق و زیان دیدن ناموجه این افراد جلوگیری شود.

این راهنما در بردارنده‌ی مهم‌ترین دستورالعمل‌های

اخلاقی در پیوند با گروه‌های آسیب‌پذیر است. مقدمه و فصل کلیات این راهنما در پیوند با پژوهش روی تمامی گروه‌های آسیب‌پذیر صادق است؛ اما در ادامه، فصل‌هایی در رابطه با برخی از گروه‌های آسیب‌پذیر که از اهمیت خاصی برخوردارند آورده شده است. این گروه‌ها عبارت‌اند از: نوزادان و کودکان، ناتوانان ذهنی، زنان باردار و جنین‌ها، زندانیان و بیماران اورژانسی.

پژوهشگرانی که روی آزمودنی‌هایی از گروه‌های آسیب‌پذیر پژوهش می‌کنند باید پیش از آغاز طراحی پژوهش از مفاد این راهنما آگاهی کسب کرده، آن را در تمامی مراحل طراحی و اجرا و گزارش پژوهش رعایت کنند. همچنین، باید از راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش و سایر راهنماهای اختصاصی و قوانین و مقررات کشوری مرتبط با پژوهش خود آگاه بوده، آن‌ها را نیز رعایت کنند.

۲. فصل اول: کلیات

۱. در پژوهش‌های علوم پزشکی نباید از افراد آسیب‌پذیر به‌عنوان آزمودنی ترجیحی استفاده شود و تنها در صورتی باید از این افراد در پژوهش استفاده شود که دلیل موجهی برای آن وجود داشته باشد.

۲. از افراد آسیب‌پذیر، باید در تمامی مراحل طراحی و اجرا و گزارش پژوهش، به‌صورت ویژه حفاظت شود.

۳. طراحی و اجرای پژوهش باید به‌گونه‌ای باشد که کرامت انسانی، احترام و تمامیت جسمانی و روانی این شرکت‌کنندگان رعایت و حفاظت شود.

۴. در صورت ضرورت استفاده از افراد آسیب‌پذیر در پژوهش، باید تا حد ممکن افرادی به‌عنوان

- آزمودنی انتخاب شوند که کمتر آسیب‌پذیر باشند.
۵. در پژوهش‌های غیردرمانی تنها در صورتی باید از افراد آسیب‌پذیر استفاده شود که نتایج پژوهش برای خود شرکت‌کننده یا سایر افرادی که به همان گروه آسیب‌پذیر تعلق دارند مفید باشد و خطر پژوهش برای هر شرکت‌کننده بیش از حد متعارف در زندگی روزمره نباشد.
۶. در پژوهش‌های درمانی تنها در صورتی باید از افراد آسیب‌پذیر استفاده شود که نسبت فایده به زیان مورد انتظار برای خود آزمودنی به گونه‌ای باشد که انجام پژوهش را مبتنی بر منافع شخص آزمودنی توجیه کند.
۷. داشتن تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین، ضرورت اخذ رضایت آگاهانه از خود آزمودنی را مرتفع نمی‌کند. درباره‌ی افرادی که تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین (اعم از سرپرست قانونی) دارند، باید تا حد ممکن از خود فرد هم رضایت آگاهانه و آزادانه اخذ شود.
۸. امتناع فرد از قبول یا ادامه‌ی شرکت در مطالعه را باید جدی گرفت و به آن احترام گذاشت.
- ۳. فصل دوم: نوزادان و کودکان**
۱. در این راهنما دوره‌ی نوزادی از بدو تولد تا پایان ۲۸ روزگی در نظر گرفته می‌شود. دوره‌ی کودکی نیز به سنینی اطلاق می‌شود که پس از نوزادی آغاز و تا پایان هجده سالگی ادامه می‌یابد. همچنین، سرپرست قانونی به ولی، قیم، یا فرد بزرگ‌سال دیگری اطلاق می‌شود که بر طبق قانون، سرپرستی کودک را بر عهده دارد.
۲. هدف از پژوهش باید پیشبرد دانش در رابطه با سلامت نوزادان و کودکان یا ارتقای سلامت و مراقبت از این گروه باشد.
۳. در نوزادان باید رضایت کتبی هم از پدر و هم از مادر نوزاد گرفته شود. در صورت عدم دسترسی به آن‌ها یا فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری در هریک از والدین، رضایت گرفتن از یکی از آن‌ها کفایت می‌کند. در صورت عدم دسترسی یا فقدان ظرفیت در هر دو والد، رضایت سرپرست قانونی واجد صلاحیت برای انجام دادن پژوهش‌های درمانی لازم است؛ اما در پژوهش‌های غیردرمانی، رضایت به سه گروه سنی تقسیم می‌شوند: زیر هفت سال، هفت تا پانزده سال، و بالای پانزده سال.
۴. کودکان از نظر دارا بودن ظرفیت برای دادن رضایت به سه گروه سنی تقسیم می‌شوند: زیر هفت سال، هفت تا پانزده سال، و بالای پانزده سال.
- در کودکان زیر هفت سال باید رضایت کتبی هم از پدر و هم از مادر نوزاد گرفته شود. در صورت عدم دسترسی به یکی از آن‌ها یا فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری در هریک از والدین، رضایت از یکی از آن‌ها کفایت می‌کند. در صورت عدم دسترسی یا فقدان ظرفیت در هر دو والد، رضایت سرپرست قانونی واجد صلاحیت برای انجام دادن پژوهش‌های درمانی لازم است؛ اما در پژوهش‌های غیردرمانی، انجام دادن پژوهش‌ها در چنین شرایطی ممنوع است.
- در کودکان هفت تا پانزده سال تمام، باید از سرپرست قانونی رضایت آگاهانه‌ی کتبی گرفته شود. همچنین، باید متناسب با سطح درک و شناخت کودک، موافقت آگاهانه‌ی وی نیز اخذ شود. کودک حق دارد که اطلاعات لازم را در حد توانایی فهم خود دریافت کند، نظر خود را بیان کند و تصمیم بگیرد. روش‌های مورد استفاده برای ارائه‌ی

در پژوهش شرکت داده نمی‌شوند، مگر اینکه اطمینان حاصل شود که

- شرکت نوزاد در پژوهش منجر به افزایش احتمال زنده ماندن او می‌شود و تمامی خطرات احتمالی در حداقل ممکن است.

- هدف از پژوهش دستیابی به اطلاعات پزشکی مهم است که از روش‌های دیگر نتوان به آن دست یافت و هیچ‌گونه خطر بیشتری در نتیجه‌ی شرکت نوزاد در پژوهش برای او به وجود نمی‌آید.

۱۱. پژوهش‌هایی که به‌طور مستقیم سودی به کودکان و نوزادان شرکت‌کننده نرساند، در صورتی که باعث ایجاد منافع برای گروه کودکان و نوزادان شود اخلاقی محسوب می‌شود؛ البته با این شرط که ضرری را متوجه آزمودنی‌ها نکند.

۱۲. در پژوهش‌های درمانی، نسبت فایده به خطرات مورد انتظار برای خود آزمودنی‌ها باید به‌گونه‌ای باشد که انجام پژوهش را براساس منافع آزمودنی‌ها توجیه کند.

۱۳. ارزیابی خطر باید توسط تمامی افراد درگیر در پژوهش صورت گیرد که شامل سرپرستان قانونی، محققان، متخصصان درگیر، کمیته‌ی اخلاق در پژوهش و خود کودک (در صورت امکان) می‌شود.

۱۴. در ارزیابی خطرات ناشی از پژوهش، باید توجه داشت که برخی از مداخله‌هایی که در بزرگسالان کم‌خطر به حساب می‌آیند (مانند خون‌گیری وریدی)، درباره‌ی کودکان و نوزادان با در نظر گرفتن درد و اضطرابی که تجربه می‌کنند و اثرات احتمالی آن بر تکامل سیستم عصبی آن‌ها از گروه کم‌خطر خارج خواهد شد.

۱۵. زمانی که لازم نباشد پژوهش حتماً بر روی

اطلاعات و اخذ رضایت، باید متناسب با سن و قدرت فهم کودک باشد.

- در کودکان بالای پانزده سال، رضایت آگاهانه‌ی کتبی باید هم از سرپرست قانونی و هم از کودک اخذ شود.

۵. درباره‌ی کودکانی که بر طبق نظر مراجع قضایی حکم رشد گرفته‌اند، اخذ رضایت از خود فرد ضروری و کافی است.

۶. اگر سن سرپرست قانونی کمتر از هجده سال باشد، تنها در صورتی می‌تواند به نیابت از کودک رضایت دهد که ظرفیت تصمیم‌گیری در ایشان محرز شود.

۷. پژوهش بر نوزادان یا کودکان تنها در صورتی باید انجام گیرد که انجام آن پژوهش بر روی سنین بالاتر امکان‌پذیر نباشد یا توجیه اخلاقی برای انجام آن پژوهش بر کودکان وجود داشته باشد.

۸. از حیث برخی از ملاحظات اخلاق در پژوهش، نوزادان به سه گروه تقسیم می‌شوند:

- نوزادانی که از قابلیت زنده ماندن برخوردارند؛
- نوزادانی که زنده ماندن آن‌ها جای تردید است؛
- نوزادانی که زنده نمی‌مانند.

۹. در نوزادانی که زنده نمی‌مانند یا زنده ماندن آن‌ها محل تردید است، هرگونه تصمیم‌گیری درباره‌ی احیا یا عدم احیای قلبی عروقی نوزاد، استفاده از ونتیلاتور، تداوم یا قطع استفاده از ونتیلاتور باید تنها براساس منافع سلامت خود نوزاد انجام گیرد و این تصمیمات تحت تأثیر شرکت احتمالی نوزاد در پژوهش قرار نگیرد.

۱۰. نوزادانی که زنده ماندن یا نماندن آن‌ها مشخص نیست (مشکوک از نظر قابلیت احیاشدن)

۴. فصل سوم: زنان باردار و جنین

۱. شیوه‌ی انجام پژوهش باید از نظر علمی صحیح باشد؛ یعنی پژوهش‌های پیش‌بالینی (پژوهش روی حیوانات باردار) و نیز پژوهش‌های بالینی (مانند پژوهش روی زنان غیرباردار) قبلاً انجام‌شده و اطلاعات لازم به منظور ارزیابی خطرهای احتمالی حاصل از پژوهش بر زنان باردار و جنین فراهم شده باشد.
۲. پژوهشگر باید برای پایش وضعیت مادر و جنین در طی پژوهش و نیز پیامدهای بلندمدت و کوتاه‌مدت پژوهش بر آن‌ها، برنامه‌ریزی مشخصی داشته باشد.
۳. در فرایند تصمیم‌گیری و اخذ رضایت باید درباره‌ی سود و زیان ناشی از شرکت کردن یا نکردن در پژوهش به زنان باردار اطلاعات کافی داده شود که شامل نتایج و اثرات پژوهش بر مادر، جنین، سیر بارداری، نوزاد و نیز قدرت باروری مادر در آینده است.
۴. اطلاعات لازم با هدف گرفتن رضایت برای شرکت در پژوهش، نباید در زمان زایمان (زمان لیبر که افراد به‌طور طبیعی قادر به تمرکز بر جزئیات اطلاعات مربوط به پژوهش نیستند) به والدین داده شود.
۵. چنانچه پژوهش فقط به جنین سود مستقیم برساند، رضایت آگاهانه باید هم از مادر و هم از پدر گرفته شود. اگر پدر در دسترس نبود یا دارای ظرفیت تصمیم‌گیری نباشد، تنها رضایت مادر کافی خواهد بود.
۶. در بررسی سود و زیان برای پژوهش روی جنین و ارائه‌ی اطلاعات برای اخذ رضایت آگاهانه باید گروه سنی خاصی از کودکان انجام شود، کودکان بزرگ‌تر بر کودکان کم‌سن‌وسال‌تر برای شرکت در پژوهش ارجح‌اند.
۱۶. در پژوهش‌هایی که شامل پرسشگری، اعم از مصاحبه یا تکمیل پرسش‌نامه‌اند، باید توجه داشت که احساس گناه، بدبینی یا نگرانی نامناسب در والدینی که مورد پرسشگری قرار می‌گیرند ایجاد نشود. برای این منظور، باید توضیحات لازم در ضمن اخذ رضایت آگاهانه ارائه شود.
۱۷. نباید هیچ‌گونه هزینه‌ی مالی برای شرکت در پژوهش به کودکان یا سرپرست قانونی آنان پرداخت شود؛ ولی هزینه‌هایی که در نتیجه‌ی شرکت در پژوهش متحمل شده‌اند باید پرداخت شود. دادن هدیه‌های کوچک و فاقد ارزش مالی بالا (مانند بسته‌ی کوچک مدادرنگی یا کاغذ رنگی یا میان‌وعده‌های ساده) به کودکان شرکت‌کننده در پژوهش از نظر اخلاقی ایرادی ندارد و تشویق می‌شود.
۱۸. سرپرستان کودک این حق را دارند که در طی انجام پژوهش کودک خود را همراهی کنند.
۱۹. سرپرستان کودک، در صورت تمایل، باید از فرصت کافی برای مشورت با بستگان، مراقبان بهداشتی و مشاوران مستقل در رابطه با شرکت در پژوهش، برخوردار شوند.
۲۰. باید به تمامی سؤالات و دغدغه‌های سرپرستان کودک در طی پژوهش پاسخ مناسب داده شود.
۲۱. اخذ رضایت آگاهانه از کودک و سرپرستان او ترجیحاً باید توسط شخص یا اشخاصی انجام گیرد که در تیم درمانی او مشارکت ندارند.

در یک زن باردار باید تنها براساس ملاحظات پزشکی و قانونی مرتبط انجام گیرد و شرکت جنین در پژوهش نباید هیچ‌گونه تأثیری بر تصمیم‌گیری پیش‌گفته داشته باشد. فردی که درباره‌ی تجویز یا عدم تجویز ختم بارداری تصمیم‌گیری می‌کند نباید عضو تیم پژوهشی باشد یا نفع مستقیمی در آن داشته باشد. اخذ رضایت برای ختم بارداری و پژوهش بر جنین باید به‌صورت جداگانه و در فرم‌های مجزا انجام گیرد.

۱۳. پژوهش بر جنینی که از بدن مادر خارج شده است، نباید خللی در مراقبت از مادر ایجاد کند.
۱۴. نباید برای کسب رضایت برای پژوهش روی جنین، به پدر یا مادر جنین مشوق مالی ارائه شود.
۱۵. اطلاعات درباره‌ی احتمال بالقوه‌ی استفاده‌ی تجاری از نتایج پژوهش بر مادر، جفت، جنین مرده، بقایای جنین، سلول‌ها، بافت یا ارگان‌های حاصل از جنین مرده باید به پدر و مادر داده شود و آن‌ها باید بدانند که سود حاصله شامل حال آن‌ها نخواهد شد.
۱۶. اطلاعات درباره‌ی احتمال ارسال جفت، جنین مرده، بقایای جنین، سلول‌ها، بافت یا ارگان‌های حاصل از جنین مرده به خارج از کشور باید حین اخذ رضایت به والدین داده شود.

۵. فصل چهارم: ناتوانان ذهنی

۱. در این راهنما ناتوان ذهنی به فردی اطلاق می‌شود که به دلیل بیماری یا هرگونه نقصان ذهنی، توان تجزیه و تحلیل شرایط واقعی و تصمیم‌گیری بر این اساس را ندارد. این افراد را باید از کسانی که به علت مشکلات جسمانی قدرت بیان تصمیماتشان را ندارند افتراق داد. فردی دارای ظرفیت تصمیم‌گیری

علاوه بر جنین، به خطرات و فواید احتمالی برای مادر نیز توجه شود. پژوهشگر باید شرایطی را برای زن باردار فراهم کند تا او بتواند بدون احساس فشار و با در نظر گرفتن ترجیحات خود، علاوه بر سود و زیان جنین، برای شرکت کردن یا نکردن در پژوهش تصمیم بگیرد.

۷. چنانچه ثبت و گزارش اطلاعات به‌دست آمده از پژوهش بر جفت، جنین مرده، بقایای جنین، سلول‌ها، بافت یا اعضای حاصل از جنین مرده به روشی انجام شود که هویت افراد زنده مربوط به پژوهش (والدین) شناسایی شود، این افراد، شرکت‌کنندگان در پژوهش محسوب می‌شوند و باید تمام مسائل اخلاقی پژوهش درباره‌ی آن‌ها رعایت شود.

۸. چنانچه پژوهش منجر به تغییراتی در معاینات و درمان روتین زن باردار یا جداسازی نوزاد از مادر و تغییر در بررسی، پیگیری یا درمان نوزاد بعد از تولد شود، باید این مسأله در روند اخذ رضایت برای والدین کاملاً توضیح داده شود.

۹. اگر در بررسی‌های بالینی و پیش‌بالینی تراژون بودن دارویی محرز شود، نباید در زنان باردار استفاده شود؛ مگر آنکه احتمال تراژون بودن از سود احتمالی بسیار کمتر باشد و آزمودنی نیاز به درمان دارویی داشته باشد.

۱۰. نکات اخلاقی در پژوهش بر جنین زنده‌ی خارج شده از رحم همانند پژوهش بر نوزادان است.

۱۱. در پژوهش بر جنین مرده، مرگ جنین باید توسط پزشکی که هیچ نقشی یا نفعی در پژوهش مذکور ندارد تأیید شده باشد.

۱۲. هرگونه تصمیم‌گیری در پیوند با ختم بارداری

است که بتواند مفهوم گزینه‌های مورد انتخاب و آزادی خود در تصمیم‌گیری را درک کند. همچنین، بتواند سود و زیانی را که متعاقب پذیرش یا عدم پذیرش شرکت در پژوهش متوجه او خواهد شد، براساس علایق و ترجیحات خود ارزیابی کند.

۲. صرف ابتلا به ناتوانی ذهنی (اعم از کندذهنی یا بیماری روانی) به معنای فقدان ظرفیت برای دادن رضایت آگاهانه نیست. بلکه در هر فرد باید ظرفیت سنجیده شود و متناسب با آن رضایت آگاهانه و آزادانه برای انجام پژوهش اخذ شود.

۳. درباره‌ی افرادی که سرپرست قانونی دارند، باید از سرپرست قانونی رضایت آگاهانه اخذ شود؛ درعین حال، از خود فرد هم متناسب با ظرفیت، رضایت آگاهانه گرفته شود.

۴. درباره‌ی افراد فاقد ظرفیت که سرپرست قانونی ندارند، نباید پژوهش انجام گیرد، مگر در مواقعی که مداخله‌ی پژوهشی برای فرد مورد نظر از حیث درمانی بسیار مفید یا ضروری به نظر برسد؛ در این حالت کمیته‌ی اخلاق می‌تواند مجوز انجام پژوهش مورد نظر را صادر کند.

۵. اخذ رضایت باید يك فرایند ادامه‌دار باشد و با توجه به امکان تغییر ظرفیت فرد در طول زمان، ارزیابی ظرفیت به‌شکل دوره‌ای انجام گیرد و در صورت به‌دست‌آوردن ظرفیت، از خود فرد رضایت گرفته شود.

۶. بیماری که شرکت در تحقیق را رد می‌کند یا در برابر شرکت کردن مقاومت یا ابراز مخالفت می‌کند، حتی در صورتی که فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد به‌هیچ‌وجه نباید در پژوهش شرکت داده شود.

۷. برای تعیین ظرفیت آزمودنی چنانچه او زیر نظر

روان‌پزشکی مستقل از گروه پژوهش باشد، از آن روان‌پزشک سؤال می‌شود. در غیر این صورت باید از يك پزشک مستقل از پژوهش کمک گرفته شود.

۸. همان‌طور که دادن رضایت بر عهده‌ی سرپرست قانونی است، افشای اطلاعات نیز باید با رضایت سرپرست قانونی صورت گیرد.

۹. چنانچه فرد ناتوان ذهنی درخواست کند که سرپرست قانونی از اطلاعات او آگاهی پیدا نکند، کمیته‌ی اخلاق باید در این باره تصمیم بگیرد.

۱۰. در موارد پیچیده که تصمیم‌گیری درباره‌ی حفظ یا عدم حفظ رازداری محل شک است، کمیته‌ی اخلاق باید تصمیم بگیرد.

۱۱. چنانچه فرد طی شرکت در پژوهش، مشکل عاطفی شدید و شایان توجهی مانند افکار خودکشی پیدا کند، باید از مطالعه خارج شود و تحت تدابیر مراقبتی و حمایتی و درمانی قرار گیرد. پژوهشگر باید از ارائه‌ی این مراقبت‌ها به آزمودنی اطمینان حاصل کند. وجود سابقه‌ی مشکلات عاطفی شدید نباید باعث کنارگذاشتن فرد از پژوهش شود.

۶. فصل پنجم: زندانیان

زندانی به فردی گفته می‌شود که براساس ضوابط قانونی محصور یا محبوس شده است.

۱. هدف پژوهش باید همسو با منافع فرد آزمودنی باشد یا در ضمن نداشتن خطر برای او، همسو با منافع سلامت زندانیان باشد.

۲. برای انجام هرگونه پژوهش روی افراد زندانی، باید از آزمودنی‌ها رضایت آگاهانه اخذ شود. نپذیرفتن شرکت در مطالعه نباید هیچ‌گونه تأثیری در دریافت خدمات سلامت یا رفتار مسئولان زندان با

زندانیان داشته باشد.

۳. زندانیان را نباید به عنوان آزمودنی ترجیحی در تحقیقات شرکت داد. هرگاه انجام پژوهشی با استفاده از آزمودنی‌های آزاد امکان‌پذیر باشد، نباید آن پژوهش را صرفاً به علت راحت‌تر یا عملی‌تر بودن روی زندانیان انجام داد.

۴. باید رازداری درباره‌ی تمامی اطلاعات زندانی‌ها رعایت شود؛ مگر اینکه حفظ رازداری منجر به ایجاد خطر جدی برای افراد دیگر شود و از هیچ طریقی جز نقض رازداری نتوان جلوی آن خطر را گرفت. در این صورت، باید اطلاعات مربوطه فقط در حدی که از آن خطر جلوگیری کند و با اطلاع خود آزمودنی، افشا شود.

۵. هرگونه منافع احتمالی که به دنبال شرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شود، در مقایسه با وضعیت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطرات پژوهش در برابر منافع آن مختل شود. هرگونه مرخصی یا تخفیف یا تبدیل مجازات نباید به عنوان پاداش مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شود. این امر باید در زمان اخذ رضایت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

۶. انتخاب آزمودنی برای شرکت در پژوهش باید عادلانه و به دور از مداخله‌ی مسئولان زندان و سایر زندانیان باشد.

۷. هرگونه منافع احتمالی که به دنبال شرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شود، در مقایسه با وضعیت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطرات پژوهش در برابر منافع آن مختل شود. هرگونه مرخصی یا تخفیف یا تبدیل مجازات نباید به عنوان پاداش مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شود. این امر باید در زمان اخذ رضایت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

۸. انتخاب آزمودنی برای شرکت در پژوهش باید عادلانه و به دور از مداخله‌ی مسئولان زندان و سایر زندانیان باشد.

۹. هرگونه منافع احتمالی که به دنبال شرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شود، در مقایسه با وضعیت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطرات پژوهش در برابر منافع آن مختل شود. هرگونه مرخصی یا تخفیف یا تبدیل مجازات نباید به عنوان پاداش مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شود. این امر باید در زمان اخذ رضایت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

۱۰. هرگونه منافع احتمالی که به دنبال شرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شود، در مقایسه با وضعیت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطرات پژوهش در برابر منافع آن مختل شود. هرگونه مرخصی یا تخفیف یا تبدیل مجازات نباید به عنوان پاداش مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شود. این امر باید در زمان اخذ رضایت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

۱۱. هرگونه منافع احتمالی که به دنبال شرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شود، در مقایسه با وضعیت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطرات پژوهش در برابر منافع آن مختل شود. هرگونه مرخصی یا تخفیف یا تبدیل مجازات نباید به عنوان پاداش مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شود. این امر باید در زمان اخذ رضایت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

۱۲. هرگونه منافع احتمالی که به دنبال شرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شود، در مقایسه با وضعیت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطرات پژوهش در برابر منافع آن مختل شود. هرگونه مرخصی یا تخفیف یا تبدیل مجازات نباید به عنوان پاداش مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شود. این امر باید در زمان اخذ رضایت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

۱۳. هرگونه منافع احتمالی که به دنبال شرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شود، در مقایسه با وضعیت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطرات پژوهش در برابر منافع آن مختل شود. هرگونه مرخصی یا تخفیف یا تبدیل مجازات نباید به عنوان پاداش مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شود. این امر باید در زمان اخذ رضایت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

۱۴. هرگونه منافع احتمالی که به دنبال شرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شود، در مقایسه با وضعیت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطرات پژوهش در برابر منافع آن مختل شود. هرگونه مرخصی یا تخفیف یا تبدیل مجازات نباید به عنوان پاداش مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شود. این امر باید در زمان اخذ رضایت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

۱۵. هرگونه منافع احتمالی که به دنبال شرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شود، در مقایسه با وضعیت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطرات پژوهش در برابر منافع آن مختل شود. هرگونه مرخصی یا تخفیف یا تبدیل مجازات نباید به عنوان پاداش مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شود. این امر باید در زمان اخذ رضایت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

۱۶. هرگونه منافع احتمالی که به دنبال شرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شود، در مقایسه با وضعیت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطرات پژوهش در برابر منافع آن مختل شود. هرگونه مرخصی یا تخفیف یا تبدیل مجازات نباید به عنوان پاداش مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شود. این امر باید در زمان اخذ رضایت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

۱۷. هرگونه منافع احتمالی که به دنبال شرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شود، در مقایسه با وضعیت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطرات پژوهش در برابر منافع آن مختل شود. هرگونه مرخصی یا تخفیف یا تبدیل مجازات نباید به عنوان پاداش مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شود. این امر باید در زمان اخذ رضایت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

راهنمای اخلاقی پژوهش‌های ژنتیک پزشکی در جمهوری اسلامی ایران

مقدمه

با توجه به پیشرفت روزافزون علم ژنتیک و حساسیت‌های ویژه‌ی داده‌های ژنتیک انسانی،

ابتلای فرزند آن‌ها به بیماری‌ها یا معلولیت‌های دارای منشأ ژنتیک؛

- پیشگیری یا درمان بیماری‌ها یا توان‌بخشی؛
- بررسی‌های حقوقی، جنایی، مدنی و دیگر اقدامات قضایی و پزشکی قانونی؛
- پژوهش‌های ژنتیک جمعیت‌شناختی.

۲. انجام هرگونه پژوهش که دربردارنده‌ی موارد یا با اهداف زیر باشد، از نظر اخلاقی نادرست است:

- به‌نژادی (یونیکز)؛
- شبیه‌سازی تولید مثلی انسان؛
- تبعیض یا انگ‌زنی^۱ فردی یا گروهی؛
- نقض کرامت انسانی یا حقوق و آزادی‌های بنیادین انسان.

۳. هرگونه مطالعه یا دستکاری روی ژنوم انسان باید بعد از بررسی دقیق و جامع خطرات و عوارض احتمالی آن برای فرد آزمودنی و نسل‌های بعد و حصول اطمینان از فقدان عوارض جدی و غالب‌بودن منافع احتمالی به خطرات احتمالی به انجام برسد.

۴. هرگونه دست‌کاری ژنتیک در انسان که منتقل‌شدنی به نسل‌های آتی باشد از نظر اخلاقی نادرست است؛ مگر مواردی که ماهیت درمانی (شامل پیشگیری، درمان یا توان‌بخشی) داشته باشند.

۵. اخذ رضایت آزادانه و آگاهانه از آزمودنی یا نماینده‌ی قانونی او در موارد لزوم، باید همانند دیگر انواع پژوهش‌ها روی آزمودنی انسانی، منطبق با مندرجات راهنمای عمومی و سایر راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشور انجام گیرد.

همچنین با آگاهی از ملاحظات و نگرانی‌های اخلاقی مهمی که با پژوهش‌های ژنتیک انسانی همراه است و با تأکید بر اهمیت پژوهش‌های ژنتیک در ارتقای سلامت عمومی و درمان بیماری‌ها، رعایت اصول و موازین اخلاقی در پژوهش‌های ژنتیک، ضروری است؛ بنابراین، راهنمای اخلاقی پژوهش‌های ژنتیک به شرح زیر ارائه می‌شود.

مقررات این راهنما ناظر به جمع‌آوری، پردازش، استفاده و ذخیره‌سازی داده‌های ژنتیک، پروتئومیک و سایر اطلاعات سلولی انسانی و نمونه‌های زیستی با هدف پژوهشی است. در این راهنما داده‌های ژنتیک، پروتئومیک و سایر اطلاعات سلولی انسانی به اختصار تحت عنوان داده‌های ژنتیک مورد بیان خواهند شد. این راهنما به استفاده‌هایی که ماهیت پژوهشی ندارند، نظیر بررسی‌های پلیسی و قضایی که با هدف کشف جرم، تعیین نسب یا موارد مشابه به انجام می‌رسند، تعمیم پیدا نمی‌کند. پژوهشگران موظف‌اند علاوه بر این راهنما، از راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی و سایر قوانین، مقررات و راهنماهای رسمی کشور درباره‌ی پژوهشی که انجام می‌دهند، آگاه باشند و آن‌ها را رعایت کنند.

۱. پژوهش‌های ژنتیک روی آزمودنی انسانی تنها در صورتی از نظر اخلاقی مجاز به شمار می‌آیند که با هدف ارتقا یا پیشرفت حداقل یکی از موارد زیر طراحی شده باشند:

- تشخیص، طبقه‌بندی یا غربالگری بیماری‌ها یا ناتوانی‌های با منشأ ژنتیک؛
- بررسی یا تشخیص استعداد ابتلا به بیماری؛
- ارائه‌ی مشاوره به افراد یا زوج‌ها برای تعیین خطر

1. Stigmatization

بیمار لازم باشد، پزشک باید پس از اخذ رضایت فرد مورد مطالعه یا نماینده‌ی قانونی او، به بستگانش اطلاعات لازم را ارائه کند.

۱۰. هیچ فردی را نباید از دسترسی به داده‌های ژنتیکی خود منع کرد.

۱۱. داده‌های ژنتیک و نمونه‌های بیولوژیک جمع‌آوری شده، نباید برای هدف دیگری که با مفاد رضایت کسب‌شده مغایرت دارد به کار گرفته شوند.

۱۲. اگر ارتباط داده‌های ژنتیک انسانی با فرد به‌طور برگشت‌ناپذیر قطع شده باشد، از این داده‌ها مشروط به کسب مجوز کمیته‌ی اخلاق می‌توان استفاده کرد.

۱۳. دستاوردهای حاصل از پژوهش بر داده‌های ژنتیکی انسانی باید در اختیار جامعه قرار گیرد.

۱۴. مطالعه روی ژنوم انسانی در شکل طبیعی آن نباید منجر به کسب منافع انحصاری فردی شود.

۱۵. تشخیص ژنتیکی پیش از تولد باید تنها در صورتی انجام شود که برای سلامت جنین یا مادر سودمند باشد.

راهنمای اخلاقی پژوهش با سلول‌های بنیادی در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۲

مقدمه

پژوهش با استفاده از سلول‌های بنیادی با منشأ رویان انسانی یا سلول بالغ، امیدهای زیادی را در جهت کاهش آلام بیماران و درمان بیماری‌های سخت‌درمان‌پذید آورده است؛ اما در عین حال ملاحظات و دغدغه‌های اخلاقی خاص خود را نیز دارد. این دغدغه‌ها حوزه‌های مهمی مانند

۶. در مواردی که داده‌های ژنتیک انسانی یا نمونه‌های بیولوژیک با هدف پژوهشی جمع‌آوری شده باشند، آزمودنی این اختیار را دارد که رضایت اولیه‌ی خود را لغو کند؛ مگر آنکه این اطلاعات به‌طور بازگشت‌ناپذیر به هیچ فرد مشخصی قابل استناد نباشد. لغو رضایت نباید موجب خسارت یا جریمه‌ای برای آزمودنی شود.

۷. اگر پژوهش شامل انجام آزمون(هایی) باشد که ممکن است نتایج پیشگویی‌کننده‌ای در ارتباط با سلامت یا سایر جنبه‌های زندگی آزمودنی داشته باشند، علاوه بر حصول اطمینان از درک مناسب ماهیت و پیامدهای آزمون از سوی آزمودنی در طی فرایند اخذ رضایت، باید مشاوره‌ی ژنتیکی مناسب برای او فراهم شود. مشاوره‌ی ژنتیک باید غیرجهت‌دار، بدون پیش‌داوری، بدون قضاوت، شامل رهنمودهای متناسب با شرایط فرهنگی فرد و دربرگیرنده‌ی حداکثر منافع او باشد.

۸. هنگامی که پژوهش شامل آزمون(هایی) باشد که ممکن است نتایج پیشگویی‌کننده‌ای در ارتباط با سلامت یا سایر جنبه‌های زندگی بستگان یا نزدیکان آزمودنی داشته باشد، باید درباره‌ی نحوه‌ی اطلاع‌رسانی احتمالی به ایشان یا محرمانه‌ماندن نتایج، در طی فرایند اخذ رضایت بحث شود و در رضایت‌نامه درج گردد.

۹. به بیمارانی که دچار معلولیت یا بیماری ارثی هستند و همچنین به حاملان بدون علامت بیماری، یا افراد مستعد (ثابت‌شده یا مشکوک) باید در زمان مناسب و به روش مناسب، درباره‌ی امکانات موجود در زمینه‌ی بیماری آگاهی‌های لازم داده شود. ضمناً اگر به دلایلی، درمان یکی از بستگان

- ایمنی آزمودنی‌ها و احترام به رویان انسانی را در بر می‌گیرد. بی‌تردید، بهره‌مندی صحیح و پایدار از فواید و مزایای این گونه پژوهش‌ها در گرو رعایت الزامات و ملاحظات ویژه‌ی اخلاقی آن است که مهم‌ترین آن‌ها در این راهنما فهرست شده‌اند. در تدوین این راهنما، علاوه بر تجربه‌ی انباشته‌ی جهانی از فرهنگ غنی ایرانی اسلامی و نگاه ویژه‌ی آن به سلامت انسان و نیز جایگاه اخلاقی رویان انسانی بهره گرفته شده است.
- هر پژوهشگر یا بالین‌گری که در پژوهش با استفاده از سلول‌های بنیادی مشارکت می‌کند، باید علاوه بر مفاد این راهنما، از راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی، راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشور به فراخور موضوع و نیز از سایر قوانین و مقررات مرتبط با کار خود آگاه باشد و آن‌ها را رعایت کند.
۱. منابع مجاز برای تولید سلول بنیادی پرتوان عبارت‌اند از:
- رویان‌های مازاد بر نیاز درمان ناباروری به روش لقاح مصنوعی؛
 - جنین‌های سقط‌شده؛
 - رویان حاصل از شبیه‌سازی پژوهشی درمانی؛
 - سلول بنیادی پرتوان القاشده؛
 - بند ناف یا جفت نوزاد متولدشده.
۲. باید تنها از رویان‌هایی استفاده شود که ابتدا با هدف درمان ناباروری تولید شده‌اند، اما زیاد آمده باشند.
۳. رویان اهداشده به منظور استخراج سلول بنیادی، به هیچ‌وجه نباید در رحم زن دیگر یا گونه‌ی جانوری دیگر جایگزین شود.
۴. تخمک، اسپرم، رویان، جنین یا هرگونه بافت انسانی دیگری که برای تولید سلول بنیادی استفاده می‌شود، نباید از طریق معاملات تجاری به دست آمده باشد.
۵. رضایت آزادانه و آگاهانه، باید از هر دو والد رویان یا جنین گرفته شود. همین‌طور در صورت وجود نفر سوم، یعنی کسی که گامت اهدا کرده باشد، باید هنگام اهدا، رضایت آگاهانه و آزادانه برای استفاده از رویان نهایی گرفته شود.
۶. متخصصان درمان ناباروری که از رویان‌های اضافی حاصل از کار درمانی آن‌ها استفاده می‌شود نباید همان پژوهشگرانی باشند که برای پژوهش و درمان، سلول بنیادی را به کار می‌برند.
۷. استفاده از جنین برای به‌دست‌آوردن سلول بنیادی نباید هیچ تأثیری بر تصمیم‌گیری در رابطه با انجام دادن سقط جنین داشته باشد. به همین منظور فرد یا افرادی که درباره‌ی سقط جنین تصمیم‌گیری می‌کنند باید از گروهی که قرار است پژوهش را انجام دهند، کاملاً مستقل باشند.
۸. استخراج تخمک صرفاً برای دستیابی به سلول بنیادی ممنوع است و تخمک‌های مورد استفاده باید مازاد بر نیاز درمان ناباروری باشند.
۹. سلول‌های بنیادی پرتوان القاشده نباید - طی پژوهش به‌طور مستقیم به اشخاص اهدا شوند، مگر در اهدای اتولوگ؛
- با رویان انسان یا رویان غیرانسانی ترکیب شوند؛
 - به جنین انسان یا جنین غیرانسانی پیوند زده شوند.
۱۰. اخذ رضایت آزادانه و آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش الزامی است.

۱۱. رضایت آگاهانه و آزادانه براساس نوع تحقیق، اختصاصاً گرفته شود.
۱۲. برای گرفتن رضایت آگاهانه و آزادانه از اهداکنندگان منابع سلول بنیادی، باید تمامی اطلاعاتی که ممکن است در تصمیم‌گیری فرد مؤثر باشند به وی ارائه شوند. از جمله موارد ذیل:
 - توضیح نوع استفاده از موارد اهدایی؛
 - احتمال تخریب موارد اهدایی در مسیر استخراج سلول بنیادی؛
 - امکان ذخیره‌ی موارد اهدایی به مدت طولانی برای استفاده در آینده؛
 - سود مالی احتمالی ناشی از انجام تحقیق (چه در حال حاضر و چه در آینده‌ی دور)؛
 - اینکه منفعت درمانی و پزشکی حاصل از تحقیق فقط به اهداکننده محدود نمی‌شود، بلکه تمام مردم از آن بهره‌مند می‌شوند؛
 - رضایت‌دادن و ندادن اهداکننده، خللی در روند درمانی او وارد نخواهد کرد؛
 - شرکت‌کننده‌ی در پژوهش در هر زمان می‌تواند از مطالعه خارج شود بدون آنکه خللی در درمان‌های عادی او وارد شود؛
 - در موارد اهدای رویان، لازم است اهداکننده‌ی رویان را از اینکه رویان اهداشده برای ایجاد باروری در زوج دیگری استفاده نمی‌شود، مطلع کرد؛
 - اهداکننده باید برای بیماری‌های عفونی و ژنتیکی غربالگری شود؛
 - امکان دارد سلول‌های اهدایی تغییرات ژنتیکی پیدا کنند؛
 - امکان تجاری‌شدن سلول‌های اهدایی وجود دارد؛ ولی اهداکننده هیچ‌گونه حق استفاده از این امکان را ندارد.
۱۳. برای رعایت کامل اصل «رازداری»، باید مشخصات شخصی افراد شرکت‌کننده در پژوهش کاملاً محرمانه حفظ شود.
۱۴. لازم است مراکز پژوهشی و درمانی تمهیدات لازم (از جمله کدگذاری) را برای اجرای اصل رازداری فراهم کنند. در غیر این صورت باید این اطلاعات را نابود کنند.
۱۵. باید از جمع‌آوری اطلاعات شخصی غیرضروری در باره‌ی شرکت‌کنندگان پرهیز شود.
۱۶. لازم است مطالعات پیش‌بالینی کافی روی مدل‌های حیوانی انجام گیرد.
۱۷. از مدل‌های حیوانات کوچک باید برای مقاصد زیر استفاده شود:
 - آزمودن پیوند سلول بنیادی نوع وحشی، بیمار یا تصحیح ژنتیکی شده؛
 - ارزیابی بهبودی پس از سلول درمانی؛
 - بررسی مکانیسم‌های زیستی ترمیم بافت؛
 - ارزیابی میزان و مسیر سلول درمانی‌ها، سن و درجه‌ی بیماری برای کارآمدی.
۱۸. مدل‌های حیوانات بزرگ در دو جا مورد نیازند: یکی در پژوهش‌هایی که مدل‌های حیوانات کوچک در آن‌ها کافی نیستند؛ دیگر در پژوهش روی بافت‌های ساختاری مثل استخوان، غضروف یا تاندون.
۱۹. مطالعات روی نخستیان (پریمات‌های غیرانسانی، در صورتی انجام می‌گیرند که برای فراهم‌کردن اطلاعات ضروری مورد نیاز باشند و از روش‌های دیگر دست‌یافتنی نباشد. این مطالعات باید تحت نظارت مستقیم یک دامپزشک ماهر انجام شوند.

راهنمای اختصاصی پژوهش‌های علوم پزشکی مرتبط با HIV/AIDS

۱. مقدمه

راهنما به اختصار به صورت HIV/AIDS آمده است) نیز واجد برخی از ملاحظات و ویژگی‌های مرتبط با اخلاق است، نظیر احتمال انگ و تبعیض، اهمیت خاص رازداری، الگوهای اجتماعی گسترش و انتقال بیماری، وجود گروه‌های خاص آسیب‌پذیر و گستردگی مطالعات درباره‌ی واکسن و درمان این بیماری؛ از این رو، تدوین راهنمای اخلاقی خاصی برای این دسته از پژوهش‌ها، بایسته و مطلوب به نظر می‌رسد.

بنابراین، ضمن تأکید مجدد بر لزوم رعایت کامل قوانین و مقررات مرتبط و پیروی از موازین شرعی و نیز، رعایت راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی و سایر راهنماهای اختصاصی، در تمامی پژوهش‌های علوم پزشکی، این راهنما، به عنوان راهنمای اختصاصی پژوهش‌های علوم پزشکی مرتبط با HIV/AIDS ارائه می‌گردد.

۲. ملاحظات اخلاقی عمومی

۱. مفاد این راهنمای اخلاقی باید در تمامی پژوهش‌های مرتبط با HIV/AIDS در کشور، اعم از مطالعات علوم پایه‌ای، اپیدمیولوژیک، کارآزمایی‌های بالینی، مطالعات جامعه‌محور و سایر انواع مطالعات، رعایت شود.

۲. پژوهشگر باید علاوه بر این راهنما، مفاد راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی، سایر راهنماهای اختصاصی مرتبط و قوانین و مقررات مصوب کشوری را رعایت نماید.

۳. این راهنما باید به صورت دوره‌ای توسط مراجع ذی‌ربط مرور، اصلاح و به‌روزرسانی شود. این کار باید با همکاری پژوهشگران و سایر طرف‌های ذی‌نفع یا

پژوهش‌های علوم پزشکی، با هدف حفظ و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی انسان‌ها و توسعه‌ی دانش بشری به انجام می‌رسند؛ اما همواره این خطر و نگرانی وجود دارد که در حین پژوهش، حقوق و کرامت انسانی و آزادی‌های اساسی آزمودنی‌ها یا سایر طرف‌های درگیر خدشه‌دار شود یا عملی بر خلاف ارزش‌ها و باورهای موجه انسان‌ها صورت پذیرد؛ از این رو تدوین و تصویب و اجرای راهنماهای اخلاق در پژوهش همواره مدنظر مدیریت پژوهشی در سطوح بین‌المللی، منطقه‌ای و کشوری بوده است. در کشور ایران نیز، ملاحظات فوق، با توجه ویژه به مبانی فرهنگی و ارزش‌های دینی و اخلاقی اسلامی، تدوین راهنماهای کشوری اخلاق در پژوهش را به یک نیاز ضروری بدل ساخته است.

خوشبختانه، گام‌های مطلوبی در جهت پاسخ به این نیاز برداشته شده است. همسو با این هدف، علاوه بر امضای برخی از بیانیه‌های بین‌المللی مرتبط، نظیر بیانیه‌ی هلسینکی، یک راهنمای عمومی و هفت راهنمای اختصاصی در زمینه‌ی اخلاق در پژوهش، تاکنون تدوین و ابلاغ شده است. راهنماهای اختصاصی به پژوهش‌هایی می‌پردازند که ملاحظات اخلاقی ویژه‌ای در آن‌ها، تدوین راهنمایی علاوه بر راهنمای عمومی را ایجاب می‌کند. پژوهش در رابطه با عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی^۱ (HIV) و بیماری ایدز (که در این

1. Human Immunodeficiency Virus

- درگیر در این گونه از پژوهش‌ها انجام گیرد.
۴. پژوهشگران و سایر طرف‌های ذی‌نفع یا درگیر باید علاوه بر رعایت این راهنما، نسبت به رعایت آن توسط سایر اشخاص حقیقی و حقوقی حساس باشند و در صورت مشاهده‌ی نقض مفاد این راهنما، براساس قوانین و مقررات، واکنش مناسب را انجام دهند. این واکنش می‌تواند شامل تذکر به شخص نقض‌کننده، قطع همکاری با او یا گزارش به مراجع ذی‌ربط باشد.
۵. انتشار نتایج پژوهش نباید به گونه‌ای باشد که موجب ایجاد یا تقویت انگ یا تبعیض نسبت به یک زیرگروه جمعیتی خاص شود.
- تبصره. این ماده نباید به گونه‌ای تفسیر شود که انتشار نتایج پژوهش‌ها به شیوه‌ی معمول و متعارف در جهان، با مانع روبه‌رو گردد.
۶. در تمامی مراحل پژوهش، پژوهشگران باید نسبت به ارائه‌ی صحیح و دقیق اطلاعات به آزمودنی‌ها و جامعه و مقابله با انگ اجتماعی مرتبط با بیماری ایدز، تلاش کنند.
۷. هر آزمودنی، در هر زمان که تمایل داشته باشد، باید به تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده درباره‌ی خودش دسترسی کامل و بی‌قید و شرط داشته باشد. در موارد کارآزمایی دوسوکور، چنین درخواستی می‌تواند بعد از اجابت، منجر به کنارگذاشته‌شدن آزمودنی از پژوهش شود. همچنین آزمودنی در هر مرحله از پژوهش حق درخواست حذف اطلاعات مربوط به خودش از پژوهش را دارد. مواردی از این دست، در صورت وقوع، باید با حفظ رازداری و عدم افشای هویت شخصی، در گزارش نهایی پژوهش منعکس شوند.
۸. در صورت وقوع هرگونه تماس آلوده یا مشکوک برای هرکدام از شرکت‌کنندگان در پژوهش (اعم از آزمودنی‌ها، پژوهشگران و ارائه‌دهندگان خدمات)، در حین یا در اثر پژوهش، باید خدمات پیشگیری پس از مواجهه (PEP) براساس آخرین پروتکل مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در اختیار او قرار گیرد. تأمین این امر بر عهده‌ی پژوهشگر ارشد است.
۹. پژوهشگر اصلی طرح موظف است که نکات اخلاقی مندرج در این راهنما و سایر موارد مندرج در ماده‌ی ۱-۲ این راهنما را به همکاران پژوهشی خود آموزش داده، بر رعایت این نکات توسط ایشان نظارت نماید.
۱۰. آزمودنی(ها) را در حین انجام پژوهش نباید صرفاً به دلیل ابتلا به عفونت HIV یا ایدز ایزوله کرد. ایزولاسیون تنها در صورتی لازم است که دلیل علمی موجهی برای آن وجود داشته باشد.
- ۳. ملاحظات اخلاقی در طراحی پژوهش**
۱. در طراحی مطالعه باید به عدم تناقض آن با موازین و هنجارهای اخلاقی و دینی جامعه توجه شود و از به‌کارگیری روش‌هایی که با موازین و هنجارهای فوق ناسازگاری جدی دارند، خودداری شود.
۲. در طرح‌نامه باید روش‌های تضمین رازداری در مطالعه و جلوگیری از افشای هویت و اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها به‌نحو روشن و تفصیلی شرح داده شود.
۳. طراحی مطالعه باید به گونه‌ای باشد که توزیع خطرات و فواید احتمالی مطالعه در زیرگروه‌های

- مختلف جمعیتی منصفانه باشد. برای این مقصود، نمونه‌گیری باید از تمامی زیرگروه(های) جمعیتی که احتمالاً از نتیجه‌ی مطالعه فایده خواهند برد، به‌نحو منصفانه انجام گیرد.
۴. در مطالعات بین‌المللی دارای آزمودنی انسانی باید دقت شود در صورتی بخشی از مطالعه در ایران انجام شود که امکان‌پذیری دسترسی به فواید احتمالی آتی مطالعه در کشور تأمین شده باشد.
۵. در تمامی پژوهش‌هایی که در آن‌ها آزمون تشخیصی انجام می‌شود و ممکن است که ابتلای آزمودنی مشخص گردد، باید امکانات کامل مشاوره قبل و بعد از آزمون تشخیصی فراهم باشد.
- تبصره. چنانچه بنا به دلایل موجه روش‌شناختی امکان ارائه‌ی مشاوره پیش از تشخیص وجود نداشته باشد، باید تمهیدات لازم برای اتصال فرد به سیستم ارائه‌دهنده‌ی خدمات مرتبط، شامل مشاوره و درمان بعد از تشخیص تأمین شده باشد.
۶. باید تمهیدات لازم درباره‌ی سترون‌سازی و معدوم‌کردن وسایل آلوده به HIV، براساس راهنماهای کشوری و رعایت تمامی احتیاط‌های استاندارد جلوگیری از انتقال عفونت، در طرح‌نامه پیش‌بینی شده باشد. مجری موظف است که به اجرای دقیق این بخش از طرح‌نامه شخصاً نظارت کند.
- ۴. ملاحظات اخلاقی مرتبط با رضایت آگاهانه**
۱. در مطالعات دارای آزمودنی انسانی، رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ای که در طرح استفاده خواهد شد، باید برای بررسی و تأیید اخلاقی به طرح‌نامه پیوست شده باشد. تنها اعلام اینکه فرم تهیه شده و رضایت آگاهانه اخذ خواهد شد کافی نیست.
۲. در افراد دارای قییم، رضایت آگاهانه باید هم از قییم و هم، در صورت امکان، از خود فرد گرفته شود. در مواردی که امکان اخذ رضایت از خود فرد وجود ندارد، در صورت ابراز مخالفت جدی، نباید در پژوهش شرکت داده شود.
۳. در رضایت‌نامه‌ی آگاهانه باید علاوه بر تضمین حفظ رازداری و عدم افشای هویت فردی، تمهیدات اجرایی در نظر گرفته‌شده، برای حفظ کامل رازداری، به‌نحو روشن شرح داده شود.
۴. در موارد لزوم اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی، رضایت‌نامه‌ی آگاهانه باید حداقل در دو نسخه تهیه شود. یک نسخه‌ی آن به آزمودنی یا نماینده‌ی قانونی او تحویل داده و نسخه‌ی دیگر نزد پژوهشگر حفظ شود. پژوهشگر مسئول است که این فرم‌ها را همانند دیگر اسناد پژوهش، در محلی نگاه دارد که فقط افرادی که به موجب قوانین و مقررات اجازه دارند، به آن‌ها دسترسی داشته باشند.
۵. در پژوهش‌هایی که احتمال انتقال بیماری از آزمودنی مشکوک (نظیر فرورفتن اتفاقی سوزن یا تیغ جراحی آلوده به خون) وجود دارد، می‌توان در رضایت‌نامه آورد که در صورت وقوع چنین پیشامدی، نیازی به اخذ رضایت مجدد برای انجام آزمون تشخیصی روی نمونه‌ی آزمودنی، با رعایت کامل رازداری و عدم افشای نام بیمار، نخواهد بود.
۶. برای استفاده‌ی پژوهشی مکرر از بانک داده‌ها یا نمونه‌های مولکولی، سلولی یا بافتی، در صورت بی‌نام بودن داده‌ها یا نمونه‌های کاربردی و حذف بازگشت‌ناپذیر اطلاعات هویتی صاحبان آن‌ها، باید رضایت عام در ابتدا از آزمودنی‌ها اخذ شده باشد؛

افزوده‌ای را متوجه ایشان نسازد و بتوان آن‌ها روی افراد غیرزندانی نیز انجام داد.

۶. در پژوهش‌هایی که گروهی از آزمودنی‌ها از گروه‌های آسیب‌پذیر هستند، باید عدالت و انصاف بین شرکت‌کنندگان رعایت شود و دسترسی و مواجهه‌ی ایشان با خدمات و خطرات در مطالعه یکسان باشد.

۶. ملاحظات اخلاقی مرتبط با پژوهش‌های واکسن

۱. بهتر است مراحل اولیه‌ی (فازهای صفر، یک و دو) پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS در زیرگروه‌هایی انجام شود که صدمات کمتری متوجه آن‌هاست.

۲. مادامی که واکسن پیشگیرانه‌ی مؤثر و تأییدشده‌ای مناسب با گروه و جمعیت مورد پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS وجود ندارد، استفاده از دارونما بلامانع است.

۳. باید شرکت افراد در پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS با اخذ رضایت آگاهانه‌ی کتبی باشد.

۴. در طی پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS قبل از شروع آن باید برای تمامی شرکت‌کنندگان امکانات لازم و کافی مانند مشاوره‌ی کامل و وسایل پیشگیری، در حدی که در جامعه فراهم است، در نظر گرفته شود و در طول پژوهش در صورت ایجاد و تأیید راه‌های پیشگیری جدید، آن‌ها نیز باید در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار گیرند.

۵. اگر شرکت‌کننده‌ای به دنبال شرکت در پژوهش‌های واکسن، به HIV/AIDS مبتلا شود باید علاوه بر جبران خسارت، از مناسب‌ترین درمان برخوردار شود و چگونگی تأمین مستمر این درمان

اما در صورت امکان دستیابی به هویت صاحبان داده‌ها یا نمونه‌ها، برای هر مورد پژوهش باید رضایت آگاهانه اخذ شود. در هر حال، در این پژوهش‌ها، همانند دیگر انواع پژوهش، تصویب در کمیته‌ی اخلاق قبل از شروع اجرا لازم است.

۵. ملاحظات اخلاقی مرتبط با گروه‌های آسیب‌پذیر

۱. گروه‌های زیر در پژوهش‌های مرتبط با HIV/AIDS آسیب‌پذیر به حساب می‌آیند و بر این اساس باید به این گروه‌ها توجهی ویژه شود:

زندانیان و ساکنان اردوگاه‌ها؛

معتادان، تن‌فروشان و سایر زیرگروه‌های مواجهه با آنزوا و طرد اجتماعی؛

کودکان و نوجوانان و سالمندان؛

بیماران روانی؛

زنان باردار و نوزادان؛

مهاجران و اتباع سایر کشورها.

۲. نباید در حین مطالعه و بعد از آن، هرگونه عملکرد، گفتار یا ثبت حاکی از تبعیض و انگ در ارتباط با گروه‌های آسیب‌پذیر وجود داشته باشد. این موضوع باید در طرح‌نامه نیز مدنظر قرار گیرد.

۳. پژوهشگر باید به حصول اطمینان از آگاهانه و آزادانه‌بودن رضایت اخذشده از این گروه از آزمودنی‌ها توجهی ویژه داشته باشد.

۴. مطالعه روی گروه‌های آسیب‌پذیر باید با هدف سودرسانی به ایشان انجام شود و در مطالعات غیردرمانی، هیچ‌گونه خطر یا زیانی (اعم از جسمانی و روانی یا اجتماعی) را متوجه ایشان نسازد.

۵. مشارکت زندانیان تنها در پژوهش‌هایی مجاز است که اختصاص به زندانیان داشته، خطر

باید در شروع مطالعه توسط پژوهشگران مسئول مشخص شود. اعتقادی جامعه‌ی مورد نظر احترام گذاشته شود. برای این منظور، باید از مشاوران محلی استفاده گردد.

راهنمای کشوری اخلاق در انتشار آثار پژوهشی علوم پزشکی

۱. فصل اول: نویسندگی

ماده‌ی ۱-۱) شخصی نویسنده (یا یکی از نویسندگان) مقاله محسوب می‌شود که هر سه معیار زیر را داشته باشد:

۱. سهم قابل توجهی در حداقل یکی از فعالیت‌های زیر داشته باشد:

الف. ارائه‌ی ایده‌ی پژوهشی یا طراحی مطالعه؛

ب. جمع‌آوری داده‌ها؛

ج. آنالیز و تفسیر.

۲. در نوشتن مقاله به‌صورت نوشتن پیش‌نویس مقاله یا مرور نقادانه‌ی آن که منجر به اصلاح محتوای علمی مقاله گردد، نقش داشته باشد.

۳. مقاله‌ی نهایی شده را مطالعه و تأیید کرده باشد.

تبصره‌ی ۱. در مواردی که فرد یا افرادی سهمی شایان توجه در فرآیند پژوهش یا نگارش مقاله داشته‌اند به نحوی که به نظر می‌رسد شایستگی درج نام را به‌عنوان یکی از نویسندگان داشته باشند، اما تمامی سه معیار فوق درباره‌ی آن‌ها صادق نیست، درج نام این فرد یا افراد به‌عنوان نویسنده با درخواست مکتوب نویسنده‌ی مسئول و در صورت تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه یا مؤسسه‌ی محل انجام پژوهش بلامانع است. نویسنده‌ی مسئول موظف است که از موافقت دیگر نویسندگان

۶. با توجه به امکان سرم، مثبت‌شدن آزمودنی‌ها در آزمون‌های تشخیصی رایج، بدون آنکه فرد واقعاً به HIV/AIDS مبتلا شده باشد، لازم است گواهی مناسبی، برای اثبات شرکت فرد در پژوهش درباره‌ی واکسن، در اختیار او قرار گیرد.

۷. با توجه به ضرورت پژوهش درباره‌ی امنیت و کارایی واکسن در کودکان، آنان حق شرکت در پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS را دارند. با در نظر گرفتن مسائل اخلاقی و قانونی و ایمنی لازم در کودکان و احترام به حقوق آن‌ها و با رضایت آگاهانه‌ی خود کودک یا نوجوان و قیم قانونی وی، این گروه می‌توانند در پژوهش شرکت کنند.

۸. باید نتایج نهایی پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS در اولین فرصت ممکن، با رعایت اصول رازداری، در اختیار جامعه و به‌خصوص شرکت‌کنندگان و ذی‌نفعان قرار گیرد.

۷. ملاحظات اخلاقی مرتبط با پژوهش‌های مبتنی بر

جامعه

۱. در پژوهش‌های مبتنی بر جامعه باید از ایجاد هرگونه انگ و تبعیض جلوگیری شود.

۲. انجام پژوهش‌های درازمدت در یک جامعه باید توأم با ارتقای خدمات‌رسانی درباره‌ی پیشگیری و درمان بیماران در آن جامعه باشد.

۳. آگاهی‌رسانی به جامعه درباره‌ی پیشگیری، درمان و انگ‌زدایی باید توأم با اجرای پژوهش به انجام برسد.

۴. باید به ارزش‌ها و حساسیت‌های فرهنگی و

که بیشترین سهم را در مطالعه و نگارش دست‌نوشته داشته است، نویسنده‌ی اول خواهد بود.

تبصره. جایگاه یا سطح علمی نویسندگان مقاله تأثیری در ترتیب نام نویسندگان نخواهد داشت.

ماده‌ی ۷-۱) عدم توافق نویسندگان درباره‌ی ترتیب نامشان در مقاله به درخواست هر یک از ایشان در شورای پژوهشی دپارتمان، مرکز تحقیقات، دانشکده یا مؤسسه‌ی محل اجرای طرح مربوطه مطرح می‌گردد و اتخاذ تصمیم می‌شود.

ماده‌ی ۸-۱) نام کلیه‌ی افرادی که سهمی قابل توجه در اجرای مطالعه یا نگارش مقاله داشته‌اند اما معیارهای درج نام در بخش نویسندگان مقاله را ندارند، در بخش تقدیر و تشکر با ذکر نوع مشارکت، آورده می‌شود.

ماده‌ی ۹-۱) ذکر انتساب غیرواقعی (صوری) به مؤسسه، مرکز یا دپارتمانی که نقشی در اصل پژوهش مربوطه یا در فعالیت حرفه‌ای فرد نویسنده ندارد، نادرست است.

۲. فصل دوم: سردبیری نشریات علمی

ماده‌ی ۱-۲) باید به سردبیر مجلات، آزادی و اختیار عمل کافی برای تصمیم‌گیری و ایفای مسئولانه‌ی وظایف خود (از قبیل رد یا قبول دست‌نوشته‌های واصله) داده شود.

ماده‌ی ۲-۲) سردبیر موظف است که رازداری را در تمامی مراحل بررسی دست‌نوشته رعایت نماید.

ماده‌ی ۳-۲) بعد از اعلام تصمیم سردبیر درباره‌ی رد یا پذیرش یک دست‌نوشته برای انتشار، باید فرصت حداقل یک نوبت درخواست تجدیدنظر به نویسنده‌ی مسئول داده شود. هر مجله

دست‌نوشته با اضافه‌شدن نام این فرد یا افراد اطمینان حاصل کند.

تبصره‌ی ۲. اشخاص حقوقی و تیم‌های پژوهشی نیز مشمول معیارهای این ماده می‌گردند.

ماده‌ی ۲-۱) نام تمامی اشخاصی که معیارهای نویسندگی مقاله (منطبق با ماده‌ی یک این راهنما) را دارند باید به‌عنوان نویسنده در بخش نویسندگان مقاله آورده شود، حتی اگر همکاری خود را با آن مرکز یا تیم پژوهشی قطع کرده باشند.

ماده‌ی ۳-۱) افرادی که معیارهای نویسندگی مقاله برطبق ماده‌ی یک این راهنما را ندارند، نباید به‌عنوان نویسنده معرفی شوند.

ماده‌ی ۴-۱) تمامی نویسندگان باید مسئولیت محتوای مقاله را در کلیه‌ی زمینه‌های زیر بپذیرند:

الف. صحت مطالب مندرج در مقاله، ب. پابندی به راهنماهای اخلاقی عمومی و اختصاصی کشور در حفاظت از آزمودنی انسانی یا حیوانات در مطالعه‌ی انجام شده، ج. اظهار تعارض منافع احتمالی خود به‌صورت مکتوب در هنگام ارسال مقاله.

ماده‌ی ۵-۱) در پژوهش‌های بزرگ که توسط یک تیم پژوهشی انجام شده‌اند و نقش نویسندگان در ایجاد مقاله بسیار تخصصی بوده است، سهم و مسئولیت هر یک از نویسندگان می‌تواند محدود به قسمت تخصصی مربوط به خود او گردد. در این موارد پژوهشگر یا پژوهشگران اصلی، فردی را که مسئولیت کلیت مقاله را خواهد داشت، تعیین خواهند کرد.

ماده‌ی ۶-۱) ترتیب نام‌ها در بخش نویسندگان مقاله براساس میزان مشارکت هریک از افراد و از طریق توافق جمعی آنان مشخص می‌شود. فردی

باید سیاست‌های مدونی برای بررسی این گونه درخواست‌ها داشته باشد. ماده‌ی ۳-۳) داوران و نویسندگان) دست‌نوشته

ماده‌ی ۲-۴) سردبیر باید تمامی تلاش خود را برای کشف موارد سوءرفتار در مقالات دریافتی و برخورد مناسب با موارد احتمالی به کار بندد.

ماده‌ی ۲-۵) سردبیر یا هیئت تحریریه باید فرد یا افرادی را برای داوری هر مقاله انتخاب کند که تا حد ممکن در زمینه‌ی علمی مربوطه توانا و مجرب باشند. داور(ان) انتخاب‌شده باید فاقد هرگونه تعارض منافع شناخته‌شده در زمینه‌ی مقاله‌ی مورد داوری باشند.

ماده‌ی ۲-۶) سردبیر مسئول است بررسی، انتخاب و اولویت‌بندی دست‌نوشته‌های واصله را برای چاپ، به‌نحوی بی‌طرفانه و تنها با توجه به ویژگی‌های علمی و فنی دست‌نوشته انجام دهد و عوامل نامربوط در این امر تأثیری نداشته باشد.

۳. فصل سوم: نقش و مسئولیت داوران

ماده‌ی ۳-۱) داوری که مرور همتای یک دست‌نوشته‌ی ارجاع‌شده را از سوی یک مجله قبول می‌کند، باید داوری خود را به‌صورت بی‌طرفانه و تنها براساس ویژگی‌های علمی و فنی دست‌نوشته به انجام برساند و نباید تحت تأثیر روابط شخصی خود با نویسندگان) دست‌نوشته یا سایر عوامل نامربوط قرار گیرد.

ماده‌ی ۳-۲) شخصی که مرور همتای یک دست‌نوشته به او پیشنهاد می‌شود، در صورت وجود هرگونه تعارض منافع، می‌تواند از پذیرش آن

دست‌نوشته برای داوری امتناع کند؛ در غیر این صورت، باید تعارض منافع خود را به‌طور واضح به

اطلاع سردبیر مجله برساند. ماده‌ی ۳-۳) داوران و نویسندگان) دست‌نوشته باید از برقراری ارتباط با یکدیگر (در رابطه با داوری آن دست‌نوشته) در طول فرایند داوری، بدون کسب اجازه از سردبیر مجله‌ی مربوطه امتناع کنند.

ماده‌ی ۳-۴) چنانچه داوری که یک دست‌نوشته را برای مرور همتا پذیرفته است، خود را واجد صلاحیت علمی یا فنی لازم برای داوری دقیق تمامی یا بخشی از آن دست‌نوشته نداند، باید مراتب را به اطلاع سردبیر مجله برساند.

ماده‌ی ۳-۵) دست‌نوشته‌ای که برای مرور همتا ارسال می‌شود، باید از سوی داور نیز به‌عنوان یک متن محرمانه تلقی گردد و اطلاعات مربوط به یا مندرج در آن با هیچ فرد دیگری در میان گذاشته نشود. داور مجاز نیست از دست‌نوشته‌ی مورد داوری برای هیچ مقصود دیگری به جز مرور همتا استفاده کند و لازم است بعد از پایان داوری از نگهداری دست‌نوشته به هر شکل، اجتناب نماید.

تبصره‌ی ۱. در صورتی که داور، مشورت با فرد دیگری را برای داوری ضروری بداند و این مشورت متضمن افشای مطالب مندرج در مقاله باشد، این کار تنها با کسب اجازه از سردبیر مجله قابل انجام است.

تبصره‌ی ۲. مفاد ماده‌ی فوق نسبت به تمامی دست‌نوشته‌هایی که برای مرور همتا ارسال شده و داور به هر دلیل از پذیرش داوری آن خودداری کرده نیز جاری است.

ماده‌ی ۳-۶) در مرور همتا، داور باید به نقاط قوت و ضعف مقاله توجه کند و در صورت امکان راهکارهایی را برای رفع اشکالات موجود به نویسندگان) توصیه

نماید. این کار باید با رعایت احترام به استقلال

فکری نویسنده (گان) به انجام برسد.

ماده‌ی ۷-۳) داور در صورت پذیرش یک دست‌نوشته برای مرور همتا، باید این کار را در مهلت اعلام‌شده از سوی سردبیر مجله به انجام برساند.

تبصره. در صورتی که مهلت اعلام‌شده از سوی سردبیر مجله برای داور مناسب نیست، باید داور از پذیرش مرور همتای آن دست‌نوشته امتناع کند یا درباره‌ی مهلت دیگری با سردبیر مجله به توافق برسد.

ماده‌ی ۸-۳) داور باید علاوه بر بررسی‌های علمی و فنی در مرور همتا، هرگونه عدم رعایت مفاد این راهنما را نیز به اطلاع سردبیر برساند.

۴. فصل چهارم: تعارض منافع

ماده‌ی ۱-۴) تعارض منافع عبارت است از وجود هرگونه منفعت مالی و غیرمالی که احتمال دارد نویسنده، داور یا سردبیر را در اظهار صادقانه‌ی نظر خود تحت تأثیر قرار دهد. وجود تعارض منافع به‌خودی‌خود ایرادی اخلاقی برای یک دست‌نوشته محسوب نمی‌شود.

ماده‌ی ۲-۴) نویسنده (گان) یک دست‌نوشته باید هرگونه تعارض منافع خود را که از نگاه مخاطبان پوشیده است، در متن یا ذیل دست‌نوشته به‌طور شفاف اعلام نمایند.

تبصره. قرارداد میان پژوهشگر(ان) و حامی مالی پژوهش نباید متضمن منع اعلام هرگونه تعارض منافع در دست‌نوشته‌ی حاصله باشد.

ماده‌ی ۳-۴) نویسنده (گان) باید منابع تأمین هزینه‌های پژوهش و نگارش مقاله را به‌طور شفاف

معرفی نمایند.

ماده‌ی ۴-۴) اعضای هیئت تحریریه یا شورای سردبیری چنانچه در تصمیم‌گیری سردبیر درباره‌ی یک دست‌نوشته تأثیرگذار باشند، باید به‌طور شفاف و کامل سردبیر را درباره‌ی هرگونه تعارض منافع در امر مورد نظر مطلع نمایند.

۵. فصل پنجم: حریم خصوصی و رازداری

ماده‌ی ۱-۵) اطلاعات مشخص‌کننده‌ی هویت شخصی آزمودنی‌ها، کارکنان محل انجام پژوهش یا هر فرد دیگری غیر از نویسندگان دست‌نوشته و افرادی که از آن‌ها تقدیر و تشکر می‌شود، نباید در متن دست‌نوشته، عکس‌ها، شجره‌نامه‌ها یا هر قسمت دیگری آورده شود؛ مگر اینکه فرد مورد نظر یا نماینده‌ی قانونی او برای نشر آن اطلاعات رضایت آگاهانه‌ی کتبی داده باشد.

تبصره‌ی ۱. درباره‌ی عکس افراد، پوشش باید به‌گونه‌ای باشد که منجر به شناسایی فرد نشود و پوشش چشم‌ها به‌تنهایی کفایت نمی‌کند؛ مگر آنکه رضایت آگاهانه‌ی کتبی اخذ شده باشد.

تبصره‌ی ۲. در صورتی که انتشار دست‌نوشته بدون محرمانه‌ماندن کامل کلیه‌ی اطلاعات هویتی یا اطلاعاتی که می‌تواند منجر به کشف هویت افراد مذکور در ماده‌ی فوق شود امکان‌پذیر نباشد و اخذ رضایت آگاهانه نیز مقدور نباشد، رسیدگی به اصل ادعای عدم دسترسی به افراد مذکور و ضرورت انتشار اطلاعات و تصمیم‌گیری درباره‌ی انتشار آن بر عهده‌ی کمیته‌ی اخلاق منطقه‌ای خواهد بود.

تبصره‌ی ۳. انتشار اطلاعاتی که از پیش و به‌روش صحیح در دسترس عموم قرار گرفته‌اند، نیاز به اخذ

رضایت آگاهانه ندارد.

تبصره. تکرار بخش «مواد و روش‌ها» در مقالات بعدی همان نویسنده (گان)، در صورت ضرورت، مانعی ندارد، اما در هر حال ذکر مرجع لازم است.

۶. فصل ششم: انتشارات همپوشان

ماده‌ی ۱-۶) اگر یک نشریه‌ی چاپی یا الکترونیک دست‌نوشته‌ای را پیش از این منتشر کرده باشد یا در حال بررسی برای انتشار آن باشد، ارسال همان دست‌نوشته به نشریه‌ی دیگر یا انتشار مجدد آن نادرست است.

تبصره‌ی ۱. اگر نویسنده (گان) دست‌نوشته‌ای که در یک نشریه در دست بررسی برای انتشار است، تصمیم بگیرند، به هر دلیلی، آن دست‌نوشته را برای نشریه‌ی دیگری ارسال نمایند، باید ابتدا انصراف خود را از انتشار دست‌نوشته به صورت کتبی به نشریه‌ی اول اعلام نمایند. این کار حداکثر تا پیش از اعلام پذیرش دست‌نوشته برای انتشار در نشریه‌ی اول، امکان‌پذیر است.

۷. فصل هفتم: سرقت معنوی

ماده‌ی ۱-۷) سرقت معنوی عبارت است از استفاده از تمامی یا قسمتی از مطالب یا ایده‌های منتشرشده یا منتشرنشده‌ی فرد یا افراد دیگر بدون ذکر منبع به روش مناسب یا کسب اجازه در موارد ضروری.

تبصره‌ی ۲. اگر سردبیران چند نشریه تصمیم بگیرند که به‌طور هم‌زمان یا مشترک دست‌نوشته‌ای را منتشر کنند، در صورتی که هدف از این اقدام تأمین سلامت جامعه باشد و نیز مراتب به‌طور شفاف به خوانندگان آن نشریات اطلاع‌رسانی شود، مشروط به رعایت کلیه‌ی حقوق مادی و معنوی مرتبط، این کار بلامانع است.

ماده‌ی ۲-۷) استفاده از اصل یا ترجمه‌ی متن منتشرشده‌ی دیگران در دست‌نوشته باید برطبق ضوابط ذیل انجام گیرد:

الف. در صورت استفاده از شکل، جدول، پرسش‌نامه یا بخشی شایان توجه از متن مورد نظر یا ترجمه‌ی آن، به‌صورت آوردن عین آن متن، باید علاوه بر آوردن متن در داخل گیومه و ذکر منبع، از مالک معنوی متن اولیه اجازه‌ی کتبی اخذ گردد.

ب. در صورت استفاده از بخشی جزئی از متن مورد نظر یا ترجمه‌ی آن، به‌صورت آوردن عین آن متن، باید متن مورد نظر در داخل گیومه آورده شود و منبع آن ذکر گردد.

ماده‌ی ۲-۶) ارسال دست‌نوشته‌ای که حاوی حجمی درخور توجه از یک مقاله‌ی منتشرشده یا در حال بررسی باشد، برای بررسی جهت انتشار به‌عنوان مقاله‌ی علمی پژوهشی نادرست است، حتی اگر به مقاله‌ی قبلی ارجاع داده باشد یا مقاله‌ی قبلی به نویسنده (گان) همین دست‌نوشته تعلق داشته باشد.

ج. در صورت استفاده از متن مورد نظر یا ترجمه‌ی آن به‌صورت نقل به مضمون، جمع‌بندی،

نتیجه‌گیری یا برداشت ایده، باید منبع آن ذکر گردد.

تبصره‌ی ۱. اگر بخشی از متن که مورد استفاده قرار می‌گیرد، به صورت جزئی، مثلاً در حد تغییر چند کلمه یا آوردن معادل آن‌ها یا تغییر زمان افعال، تغییر کند، باز هم شامل موارد مربوط به آوردن عین متن (بند الف یا ب) می‌گردد.

تبصره‌ی ۲. مندرجات این ماده درباره‌ی مطالب منتشرشده‌ی قبلی خود نویسنده (گان) دست‌نوشته نیز صادق است.

تبصره‌ی ۳. درباره‌ی بند ج، نقل به مضمون نباید به گونه‌ای باشد که با منظور نویسنده (گان) اصلی و روح کلی نوشته‌ی آن‌ها منافات داشته باشد.

ماده‌ی ۴-۷) هرگونه مدعایی که در دست‌نوشته نقل یا بیان می‌گردد یا هرگونه روش مورد استفاده در دستیابی به نتایج، اگر جزء معرفت عمومی و واضح برای مخاطب نباشد، باید با ذکر مرجع باشد.

۸. فصل هشتم: آگهی

ماده‌ی ۱-۸) نشریه‌های علمی پژوهشی، اعم از چاپی و الکترونیک، باید تنها آگهی‌هایی را برای انتشار بپذیرند که به ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی واقعه، محصول یا خدمت مورد نظر بپردازند و از هرگونه تلاش برای تحت تأثیر قراردادن مخاطب، با ارائه‌ی مطالب غیرعلمی و نادرست، خودداری کنند.

ماده‌ی ۲-۸) مکان درج آگهی تبلیغاتی نباید در مجاورت سرمقاله یا مقاله‌ای علمی باشد که به نوعی ارتباط آن مقاله با آگهی مورد نظر را به ذهن خواننده متبادر سازد.

ماده‌ی ۳-۸) آگهی‌های تبلیغاتی باید به گونه‌ای در نشریه درج شوند که به خوبی از مندرجات علمی

چاپ‌شده متمایز باشند.

۹. فصل نهم: ویژه‌نامه

ماده‌ی ۱-۹) ویژه‌نامه‌ها شماره‌هایی از نشریه‌اند که معمولاً به انتشار مجموعه مقالاتی در رابطه با موضوعی مشخص یا مجموعه‌ی مقالات یک همایش به نحوی که در ارتباط با موضوعات اصلی مورد بحث در نشریه باشد، اختصاص دارند. ویژه‌نامه غالباً توسط منابع دیگری غیر از ناشر مجله حمایت مالی می‌شود.

ماده‌ی ۲-۹) سردبیر مجله مسئولیت مطالب مندرج در ویژه‌نامه‌ها را همانند شماره‌های عادی نشریه بر عهده دارد.

ماده‌ی ۳-۹) سردبیر مجله باید اختیار ارسال هر دست‌نوشته‌ی مورد نظر برای انتشار در ویژه‌نامه را به داوران مستقل و نیز حق نپذیرفتن آن‌ها را، همانند شماره‌های عادی مجله، حفظ کند. این شرایط باید به نویسندگان و ویراستاران ویژه‌نامه از قبل اطلاع داده شود.

ماده‌ی ۴-۹) حامی مالی ویژه‌نامه، در صورت وجود، باید به طور شفاف در ویژه‌نامه مشخص شود. ماده‌ی ۵-۹) نشر آگهی در ویژه‌نامه باید از سیاستی مشابه آنچه در شماره‌های عادی مجله اعمال می‌شود، تبعیت کند.

ماده‌ی ۶-۹) سردبیر و هیئت تحریریه‌ی مجله نباید پاداش‌های شخصی یا کمک‌های شخصی حامیان مالی ویژه‌نامه را بپذیرند.

ماده‌ی ۷-۹) انتشار مجدد در ویژه‌نامه باید با ارجاع به مقاله‌ی اصلی به طور واضح مشخص شود. ویژه‌نامه‌ها نباید نتایج یک مطالعه را دوباره منتشر

کنند، اما تجدید چاپ راهنماها یا دیگر مطالب در جهت منافع سلامت عمومی با ذکر مأخذ اولیه، می‌تواند مناسب باشد.

ماده‌ی ۸-۹) در ویژه‌نامه‌ها باید مانند شماره‌های عادی، سایر مواد این راهنما رعایت شود.

ماده‌ی ۳-۱۰) در موارد انتشار نتایج کارآزمایی‌های بالینی که به‌صورت همکاری بین‌المللی به انجام رسیده‌اند، سردبیر نشریه می‌تواند در صورت لزوم، سهم یا نقش ایفاشده‌ی هرکدام از نویسندگان در کل طرح را به‌صورت مکتوب درخواست نماید.

۱۰. فصل دهم: انتشار نتایج کارآزمایی‌های بالینی

ماده‌ی ۱-۱۰) در مطالعاتی که با همکاری پژوهشگران یا مراکزی از خارج از کشور به انجام می‌رسند، انتشار نتایج یا بخشی از نتایج مطالعه به زبان فارسی نیز باید با رعایت کلیه‌ی حقوق افراد خارجی دارای حق نویسندگی یا تقدیر و تشکر، براساس این راهنما، به انجام برسد.

ماده‌ی ۲-۱۰) سردبیر نشریه باید تنها نتایج آن دسته از کارآزمایی‌های بالینی را برای انتشار بپذیرد که در یکی از مراکز ثبت بین‌المللی و ملی ثبت شده و مجوز کمیته‌ی اخلاق مربوطه را دریافت کرده باشد. برای حصول اطمینان از رعایت این اصل سردبیر مجله می‌تواند سند ثبت و مجوز کمیته یا کمیته‌های اخلاقی مرتبط را به‌صورت کتبی از نویسنده‌ی مسئول درخواست نماید.

تبصره. در مطالعاتی که به‌صورت چندمرکزی در چند کشور به انجام می‌رسند، در صورت دریافت دست‌نوشته‌ی حاوی نتایج کل مطالعه، سردبیر می‌تواند مجوز اخلاقی مربوط به کلیه‌ی مراکزی را که مطالعه در آن‌ها انجام گرفته است به‌طور جداگانه از نویسنده (گان) درخواست کند. در صورتی که مقاله‌ای حاوی نتایج یکی از مراکز باشد، تنها مجوز اخلاقی مربوط به همان مرکز (کشور) قابل درخواست خواهد بود.

۱۱. فصل یازدهم: فریب‌کاری

ماده‌ی ۱-۱۱) فریب‌کاری عبارت است از هرگونه زیرپا گذاشتن اصول اخلاقی پذیرفته‌شده یا انحراف از آن‌ها در نگارش و انتشار آثار علمی پژوهشی که مثال‌های ذیل را در بر می‌گیرد:

ساختن (جعل) داده‌ها یا نتایجی که مبتنی بر یک پژوهش واقعی نیستند؛

دست‌کاری داده‌های حاصل از پژوهش؛

سرقت معنوی؛

اجتناب از ذکر عوارض نامطلوب در کارآزمایی‌های بالینی.

ماده‌ی ۲-۱۱) سردبیر می‌تواند وقوع احتمالی فریب‌کاری را در دست‌نوشته‌های دریافتی جست‌وجو نماید، اما در صورت آگاهی از احتمال وقوع فریب‌کاری، موظف است که درباره‌ی آن تحقیق و بررسی نماید. این تحقیق و بررسی می‌تواند به‌صورت درخواست توضیح از نویسنده‌ی مسئول یا در صورت لزوم، انعکاس مراتب به مؤسسه‌ی متبوع وی و درخواست پیگیری از سوی آن باشد.

تبصره. تا پیش از محرز شدن وقوع فریب‌کاری نباید اشخاص غیرمرتبط از مطرح شدن احتمال آن یا بررسی‌های در حال انجام مطلع شوند.

ماده‌ی ۳-۱۱) در صورتی که سردبیر، وقوع فریب‌کاری را احراز کند، باید بسته به شدت

ماده‌ی ۴-۱۲) انتشار نتایج حاصل از پژوهش‌ها از طریق رسانه‌های عمومی، پیش از به‌چاپ‌رسیدن آن‌ها در نشریات دارای مرور همتا نادرست است؛ مگر در مواردی که به واسطه‌ی اهمیت ویژه برای سلامت عمومی، انتشار تمامی یا بخشی از نتایج یک پژوهش از سوی مراجع سیاست‌گذار، ضروری دانسته شود.

ماده‌ی ۵-۱۲) اگر خلاصه‌ی مقاله‌ای که به همایشی ارسال می‌شود، قبلاً به‌صورت خلاصه یا مقاله‌ی کامل منتشر شده باشد، باید مراتب به اطلاع دبیر کنگره رسانده شود.

منشور حقوق بیمار در ایران

۱. ینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان‌ها هستند. این امر در شرایط بیماری از اهمیتی ویژه برخوردار است. براساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه‌ی نظام جمهوری اسلامی بوده و دولت موظف است خدمات بهداشتی‌درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه‌ی خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.

این منشور با توجه به ارزش‌های والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و برپایه‌ی برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه‌ی انسانی میان ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

فریب‌کاری احرازشده، یک یا چند مورد از اقدامات ذیل را انجام دهد:

خودداری از انتشار دست‌نوشته (در صورتی که هنوز دست‌نوشته منتشر نشده است)؛
انتشار اصلاحیه یا تکذیبیه در شماره‌ی آتی نشریه (در صورت انتشار)؛

اطلاع‌رسانی به مؤسسه‌ی حامی پژوهش، رئیس یا مسئول محل کار یا تحصیل نویسنده (گان)؛
اجتناب از پذیرش مقالات آتی نویسنده (گان) برای مدتی معین؛

حذف مقالات قبلی نویسنده (گان) از سایت یا بانک اطلاعاتی نشریه.

تبصره. مورد ۵ تنها در صورت وقوع بند اول (مثال یک) ماده‌ی ۱-۱۱ انجام‌شدنی خواهد بود.

۱۲. فصل دوازدهم: سایر انواع انتشار

ماده‌ی ۱-۱۲) سردبیران کلیه‌ی نشریات علمی مصوب کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که به‌صورت چاپی، هم‌زمان چاپی و الکترونیک، یا الکترونیک منتشر می‌شوند، مشمول کلیه‌ی مواد مندرج در این راهنما می‌گردند.

ماده‌ی ۲-۱۲) در مواردی که انتشار به‌صورت هم‌زمان چاپی و الکترونیک صورت می‌گیرد، هر دو نسخه‌ی چاپی و الکترونیک باید برای رفرنس‌دهی یک آدرس واحد داشته باشند.

ماده‌ی ۳-۱۲) نگارش یک فصل یا بیشتر از کتاب‌هایی که در قالب درس‌نامه منتشر می‌شوند، مشمول تمامی مواد این راهنماست. وظایف سردبیر در این حالت، بر عهده‌ی نویسنده‌ی مسئول کتاب (نامی که در روی جلد مندرج است) است.

۲. حقوق بیمار

- در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه‌ی خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه‌ی انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛

- در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیرقابل برگشت و مرگ بیمار قریب‌الوقوع می‌باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش، کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار است. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

۲. اطلاعات باید به‌نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد. محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

- مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش؛
- ضوابط و هزینه‌های قابل پیش‌بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش؛
- نام، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه‌ی مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛
- روش‌های تشخیصی و درمانی و ضعف‌ها و قوت‌های هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار؛
- نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛
- کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند؛

۱. دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است. ارائه‌ی خدمات سلامت باید

- شایسته‌ی شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها و اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد؛

- برپایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد؛

- فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد؛

- براساس دانش روز باشد؛

- مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد؛

- درباره‌ی توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران باشد؛

- مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توان‌بخشی باشد؛

- به همراه تأمین کلیه‌ی امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد؛

- توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد؛

- در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد؛

- با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان و سن و جنس گیرندگان خدمت باشد؛

- در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) براساس ضوابط تعریف‌شده باشد؛

و نحوه‌ی دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛
 - قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛
 - اعلام نظر قبلی بیمار درباره‌ی اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری است، ثبت شود و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مدنظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بیمار قرار گیرد. همچنین شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل است:
 - انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛
 - پس از ارائه‌ی اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار برای تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.
 ۵. ارائه‌ی خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.
 - رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است؛ مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛
 - در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین‌منظور کلیه‌ی امکانات لازم برای تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛
 - فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند

- ارائه‌ی آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان.
 ۳. همچنین نحوه‌ی ارائه‌ی اطلاعات باید به‌صورت ذیل باشد:
 اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار او قرار گیرد، مگر اینکه
 - تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).
 - بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود؛ مگر اینکه عدم اطلاع بیمار، او یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.
 همچنین بیمار می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.
 ۴. حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه‌ی بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
 محدوده‌ی انتخاب و تصمیم‌گیری درباره‌ی موارد ذیل می‌باشد:
 - انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛
 - انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به‌عنوان مشاور؛
 - شرکت کردن یا نکردن در هرگونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم

- می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛
- بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک است؛ مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.
۶. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.
- هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی‌صلاح شکایت نماید؛
- بیمارانی که حق دارند از نحوه‌ی رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛
- خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات، مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.
- تبصره. در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه‌ی حقوق بیمار مذکور در این منشور بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود؛ البته چنانچه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذی‌ربط درخواست تجدیدنظر در تصمیم‌گیری را بنماید.
- چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما می‌تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.



حساسیت یا خودآگاهی اخلاقی، پیش نیاز لازم برای تصمیم‌گیری اخلاقی است؛ و شاید مفهوم آن همان چیزی باشد که امیر مومنان علی علیه السلام در حدیثی فرموده‌اند که: «علم دو نوع است: علم طبعی و علم شنیداری؛ که اگر علم طبعی (فطری) نباشد، علم شنیداری بی فایده خواهد بود». حساسیت اخلاقی، شامل توانایی تشخیص و شناخت مسائل اخلاقی در حین عمل حرفه‌ای، و نشان دادن عکس العمل می‌باشد. در مقابل حساسیت اخلاقی، برخی صاحب‌نظران «نابینایی اخلاقی» را مطرح کرده‌اند که باعث می‌شود پزشک علیرغم نیت و خواست قلبی، کاری انجام دهد که حتی در تقابل با ارزش‌ها و مبانی اخلاقی خویش باشد. توانمندی و تمایل حرفه‌مندان پزشکی در رعایت هنجارهای اخلاقی مؤلفه‌ای کلیدی در رفتار حرفه‌ای محسوب می‌شود. از این رو، طی دهه‌های اخیر، در بسیاری از مراکز آموزشی معتبر دنیا، دوره‌های آموزشی اخلاق پزشکی در سطوح مختلف آموزشی به صورت مستمر اجرا می‌شود؛ هرچند هنوز درباره‌ی محتوای آموزشی و بهترین شیوه‌ی آموزش اخلاق در حرفه‌ی پزشکی پرسش‌های فراوانی وجود دارد. به‌طور مسلم، کیفیت و گستردگی آموزش‌ها در سطوح گوناگون آموزش پزشکی متفاوت خواهد بود؛ ولی هدف نهایی آن، تقویت تعهد حرفه‌ای، ایجاد حساسیت اخلاقی لازم و تلاش برای تصمیم‌سازی اخلاقی صحیح در برخورد با مسائل اخلاقی در بالین است.

این کتاب به منظور راهنمایی و ارائه دانش اخلاقی لازم به دستیاران رشته‌های مختلف تخصصی علوم پزشکی تدوین شده است. امید است که مطالعه این کتاب بتواند دانش پایه اخلاقی و حساسیت اخلاقی لازم را در مواجهه با چالش‌های اخلاقی پیش رو فراهم نماید. هر چند که پیچیدگی‌های اخلاقی در برخی شرایط بالینی تصمیم‌سازی را بسیار مشکل می‌کند اما امید است که کتاب حاضر بتواند مسیر درست اخلاقی را به دستیاران محترم نشان داده و به تصمیم‌سازی نهایی کمک نماید.

