
بسم الله الرحمن الرحیم



معاونت آموزشی و امور دانشگاهی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران



مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم
دانشگاه علوم پزشکی تهران

پزشک و ملاحظات اخلاقی

جلد اول

مروری بر مبانی اخلاق پزشکی

دکتر باقر لاریجانی
استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

نام کتاب : پزشک و ملاحظات اخلاقی
جلد اول: مروری بر مبانی اخلاق پزشکی
مؤلف : دکتر باقر لاریجانی
ناشر : برای فردا
نوبت چاپ : اول
شمارگان : ۲۰۰۰
لیتوگرافی : نگین
چاپ و صحافی : علامه طباطبایی
قیمت : ۲۴۷۰ تومان

شابک دوره: ۹۶۴-۸۱۶۹-۲۰-۹
شابک جلد اول: ۹۶۴-۸۱۶۹-۲۳-۳

نشانی : خیابان لبافی نژاد - نرسیده به کارگر - شماره ۲۱۳ - واحد ۷
تلفن: ۲-۶۹۵۲۶۴۱ - نمابر: ۶۹۵۲۶۴۳

لاریجانی، باقر، ۱۳۴۰
پزشک و ملاحظات اخلاقی/ مولف باقر لاریجانی.ـــتهران: برای فردا، ۱۳۸۳.
۲ج.(۳۳۲ ص)
ISBN :964-8169-20-9 .- ISBN (دوره)
ISBN :964-8169-23-3 .- ISBN ۲۴۷۰۰ ریال: (ج. ۱)
ISBN :964-8169-24-1 .- ISBN ۲۴۷۰۰ ریال: (ج. ۲)
فهرستنویسی بر اساس اطلاعات فیپا.
کتابنامه.
مندرجات: ج. ۱. مروری بر مبانی اخلاق پزشکی. --موارد کاربردی. -
۱. اخلاق پزشکی. الف. عنوان.
۴پ۲ل/R۷۲۴ ۱۷۴/۲
۱۳۸۳
کتابخانه ملی ایران ۸۳-۱۳۹۸م

فهرست

پیشگفتار ۹
مقدمه معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی ۱۱
مقدمه مولف ۱۲

✓ **فصل ۱، تعریف اخلاق پزشکی و اشاره به اخلاق زیستی** ۱۳
مقدمه ۱۳
تعریف اخلاق پزشکی ۱۶
اخلاق زیستی ۱۸
نتیجه‌گیری ۱۸
منابع ۱۹

✓ **فصل ۲ مباحث عمده مطرح در اخلاق پزشکی امروز** ۲۱
مقدمه ۲۱
فلسفه اخلاق پزشکی ۲۲
ارتباطات حرفه‌ای در طب ۲۳
ارتباط بین پزشک و بیمار ۲۴
صلاحیت علمی و عملی پزشک ۲۵
رضایت بیمار ۲۶
رازداری پزشک و حقیقت‌گویی ۲۷
ارتباط با همکاران حرفه‌ای ۲۹
توجه به اعتقادات بیمار ۳۰
روابط مالی پزشک و بیمار ۳۱
جسم انسان در اخلاق پزشکی ۳۱
تشریح جسد ۲۰
اتوپسی ۳۳
استفاده‌های آموزشی و پژوهشی از بدن متوفی.... ۳۴
مباحث اخلاق پزشکی قبل از تولد انسان ۳۵
تعاریف بیولوژیک و اطلاق حیات انسانی..... ۳۵
سقط جنین ۳۶
پژوهش در رویان وجنین ۳۸
عقیم‌سازی و پیشگیری از بارداری..... ۳۹
اخلاق پزشکی در کودکان..... ۴۰
مسائل اخلاقی در کودکان دچار عقب‌ماندگی ذهنی یا بیماری‌های شدید ۴۰
رضایت در کودکان و سوءاستفاده از کودکان..... ۴۱
کودک و پژوهش ۴۲
اخلاق پزشکی در پیوند اعضاء و بافتها ۴۳
پیوند عضو از جسد..... ۴۴
پیوند عضو ازدهندهٔ زنده..... ۴۶
حقوق و مسائل اخلاقی مطرح بین فردگیرنده و دهنده پیوند. ۴۷
پیوند بافت..... ۴۸
پیوند عصب از بافت‌های جنینی..... ۴۸
مادربودن جنین ۴۹
استفاده از سلول‌های بنیادی جنین انسان ۴۹
پیوند بین حیوانات و انسان ۵۰
خاتمه حیات انسانی ۵۱
اتانازی..... ۵۲
خاتمه حیات در بیماران دچار مرگ مغزی..... ۵۳
بیوتکنولوژی و اخلاق پزشکی..... ۵۳

پژوهش‌های ژنتیک..... ۵۴
کلونینگ..... ۵۶
اصلاح نژاد بشر..... ۵۷
غربالگری ژنتیک..... ۵۸
تهیه نقشه ژنوم انسانی..... ۵۸
ژن درمانی..... ۵۹
مسائل اخلاقی در القاء بارداری..... ۵۹
اخلاق پزشکی در بیماران روانی..... ۶۰
سالمندی، دمانس و اخلاق پزشکی..... ۶۱
اخلاق و پژوهش..... ۶۲
اخلاق پزشکی و آموزش..... ۶۲
اخلاق در آموزش پزشکی..... ۶۲
آموزش اخلاق پزشکی..... ۶۳
قانون طب و اخلاق پزشکی..... ۶۳
منابع..... ۶۶

✓ فصل ۳ فلسفه اخلاق پزشکی پزشکی..... ۶۹
مقدمه..... ۶۹
نظریات و مکاتب اخلاقی..... ۷۰
نظریات و مکاتب مطرح در اخلاق اصولی یا دستوری..... ۷۰
۱ – نظریه‌های اصالت وظیفه (وظیفه گرا)..... ۷۱
۲ – نظریه‌های اصالت نتیجه غایت گرا..... ۷۱
۳ – نظریه یا مکتب مبتنی بر فضیلت ۷۱
نظریه وظیفه گرا..... ۷۲
نظریه اصالت سودمندی..... ۷۴
چهارچوبی برای تحلیل‌های اخلاقی..... ۷۵
تئوری مبتنی بر اصول..... ۷۵
مکاتب متافیزیکی و دیدگاه اسلام..... ۷۸
جمع بندی تاریخ اصول موضوعه در فلسفه..... ۸۵
خلاصه اصول فلسفه اخلاق در اسلام..... ۸۶
منابع..... ۸۹

✓ فصل ۴ آموزش و اخلاق پزشکی..... ۹۱
مقدمه..... ۹۱
آموزش: سنتی، نوین..... ۹۱
ضرورت و اهداف..... ۹۲
روش‌های آموزش..... ۹۴
منابع..... ۹۶

✓ فصل ۵ اخلاق پزشکی و پژوهش..... ۹۷
مقدمه..... ۹۷
ارتباط متقابل اخلاق و پژوهش..... ۹۸
شواهد تاریخی خطاهای پزشکی درپژوهش..... ۹۸
تاریخچه قوانین اساسی اخلاق در پژوهش..... ۹۹
قانون نورنبرگ..... ۱۰۰
محورهای اساسی قانون نورنبرگ..... ۱۰۰
نکات مهم در تحقیق غیر درمانی..... ۱۰۰
تحقیقهای درمانی..... ۱۰۱
بیانیه هلسینکی..... ۱۰۱
راهنمای شورای بین المللی سازمانهای علوم پزشکی
عمده‌ترین نکات اخلاقی در یک پژوهش..... ۱۰۵
مراحل یک پژوهش بالینی..... ۱۰۶
اهمّ مسائلی که باید در هر تحقیق مدنظر قرار گیرد..... ۱۰۶
عمده‌ترین موضوعات اخلاق پزشکی در پژوهش. ۱۰۷
حقوق و وظایف عوامل تحقیقاتی..... ۱۰۷
رضایت‌نامهٔ آگاهانه..... ۱۰۸
کارآمدی و استفاده از تحقیقات..... ۱۰۸

دسترسی به اطلاعات ۱۰۸
انتشار نتایج ۱۰۸
اخلاق و پژوهش در ایران ۱۰۸
آیین‌نامه اجرایی اصول اخلاقی در پژوهش‌های علوم پزشکی..... ۱۰۹
منابع..... ۱۱۲

✓ **فصل ۶ اخلاق پزشکی دردنیا و درکشور ما .. ۱۱۳**
تاریخچه اخلاق پزشکی در دنیا ۱۱۳
متن سوگندنامه بقراط ۱۱۴
تاریخچه اخلاق پزشکی در ایران ۱۱۶
اخلاق پزشکی در ایران باستان ۱۱۶
اخلاق پزشکی پس از اسلام ۱۱۷
پندنامه پزشکی اهوازی..... ۱۱۸
فعالیت‌های اخلاق پزشکی در کشور ۱۲۱
تدوین برنامه استراتژیک برای فعالیت‌های اخلاق پزشکی در کشور ۱۲۵
اولین کارگاه برنامه ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی (تبریز)..... ۱۲۶
ذی نفع‌ها ۱۲۷
چشم انداز..... ۱۲۸
مأموریت..... ۱۲۸
نقاط قوت ۱۲۸
نقاط ضعف..... ۱۲۹
فرصتها..... ۱۲۹
تهدیدها..... ۱۲۹
اهداف..... ۱۳۰
دومین کارگاه برنامه ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی (مشهد) ۱۳۲
اهداف ۱۳۳
منابع..... ۱۳۴
آینده نگری..... ۱۴۱

پیشگفتار

بسم الله الرحمن الرحیم

خداوند عالمیان را شاکریم که توفیق نوشتاری جدید در زمینه اخلاق پزشکی حاصل گردید. بحث اخلاق پزشکی در کشور ما از مباحث نوین است. حدود یک دهه قبل که این مباحث به نحو وسیعتری در سطح گروه پزشکی طرح گردید با توجه به اهمیت موضوع، تاکنون مباحث نوین دیگری در دنیا در این زمینه مطرح شده است. شیوه‌های نوین آموزش در دنیا، که در مقوله اخلاق پزشکی به کار گرفته شده است، لازم است در کشور ما نیز مورد توجه قرار گیرد. هر چند منابع فارسی موجود در کشور ما بسیار کم و اکثراً به شیوه سنتی نگاشته شده‌اند، اما خوشبختانه طی سال‌های اخیر توجهات بیشتری را از سوی علاقمندان به این موضوع شاهد بوده‌ایم. در کتاب حاضر ضمن مرور کلی مبانی و موضوعات مطرح در اخلاق پزشکی، ترجمه یکی از منابع معتبر در این زمینه، جهت تاکید بر شیوه‌های جدید آموزش آورده شده است. به عبارتی: این کتاب در دو مجلد تنظیم شده است. جلد اول مرور کلی بر اخلاق پزشکی در جهان و ایران است که در شش فصل آورده شده است. جلد دوم کتاب مطالعه موارد مشکل در اخلاق پزشکی است که در هفده فصل تدوین شده است. این بخش ترجمه‌ای از سری مقالات Bioethics for clinicians می‌باشد که به همراه توضیحات اضافی مختصری آورده شده‌اند.

این کتاب در حقیقت قسمتی از مطالعات انجام شده برای انجام طرح پژوهشی تحت عنوان «چگونگی برخورد پزشکان با موارد مشکل پزشکی» می‌باشد که در طی آن با استفاده از پرسشنامهٔ منسجمی اطلاعات مورد نیاز برای تکمیل پژوهش جمع‌آوری خواهد گردید. مجموعه مطالعات صورت گرفته به منظور پایه‌ریزی دقیق تحقیق مورد نظر صورت پذیرفته است.

برای استفاده بیشتر همکاران علاقمند تلاش شده است که در جلد اول این نوشتار مباحثی چند پیرامون تعریف اخلاق پزشکی، مسائل عمده اخلاق پزشکی مطرح در عالم پزشکی و خصوصاً با توجّه به اهمیت مباحث فلسفه اخلاق، نگرشی گذرا بر آن مباحث آورده شود و همچنین بعلت نیاز روز افزون به مباحث پژوهش و آموزش در اخلاق پزشکی در فصولی مجزا به آن‌ها پرداخته شده است. در دهه اخیر در کشور ما تلاش‌های زیادی در زمینه اخلاق پزشکی، صورت گرفته است که شروع آن از حدود ده سال قبل در وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی با تشکیل سمینار بین المللی اخلاق پزشکی، تدوین کتاب اخلاق پزشکی و تأسیس مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی بوده است. نگرشی تاریخ مدارانه بر این گذشته می‌تواند آینده نگری بحث اخلاق پزشکی را در کشور که در آخرین فصل بخش اول به آن اشاره شده است، روشن‌تر نماید.

اما جلد دوم کتاب ترجمه مقالاتی است که در آنها روش نوین آموزش اخلاق پزشکی، که همان ارائه یک بیمار واقعی با شرایط مشکل تصمیم‌گیری است، مطرح می‌شود و مباحث اخلاق پزشکی پیرامون آن مورد بحث قرار می‌گیرد. این گونه نوشتارها برای دانشجویان گروه پزشکی و حتی همکاران محترمی که درگیر ارائه خدمت در سطوح مختلف هستند، بسیار آموزنده و جالب است. چون در حقیقت سخن از شرایط خاص و مورد نیاز روزانه آنها می‌کند و تا حدودی مباحث نظری مرتبط با آن را مطرح می‌نماید. یکی از نکات پراهمیت این نوشتار، نحوه آموزش و بحث آن است. گرچه باید اذعان نمود که همه مباحث اخلاق پزشکی در این کتاب نیامده است، ولی رسالت کاربردی (Practical) کردن مباحث اخلاق پزشکی را بخوبی انجام داده است.

امید آنست که این کتاب بتواند در راه اعتلای اخلاق پزشکی در کشور ما نقش ارزشمندی ایفا نماید.

عید سعید غدیر خم - بهمن ماه ۱۳۸۲

دکتر باقر لاریجانی

رئیس مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم

دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه جلد اول

بسم الله الرحمن الرحیم

اخلاق پزشکی طی قرن اخیر مراحل کمال را از جنبه‌های مختلف طی نموده است و به صورت یک علم نوین در جهان مطرح گردیده است. پیشرفت‌های بشر مباحث جدید را به مبانی و موضوعات قبلی اخلاق پزشکی افزوده است. لذا آشنایی تمامی علاقمندان به مقوله اخلاق پزشکی با موضوعات و مباحث اصلی مطرح در این علم یک ضرورت اساسی است. با توجه به قدمت دیرینه اخلاق و اخلاق پزشکی در کشور و آئین اسلامی ما، تعامل و همفکری اساتید و پیشکسوتان مسلمان با اساتید اخلاق پزشکی جهان می‌تواند نقطه عطفی در ارتقاء جایگاه اخلاق پزشکی باشد. به همین دلیل ما قبل از جلد دوم کتاب که ترجمه یکی از متون معتبر اخلاق پزشکی است، مناسب دیدیم که اشاراتی کلی به کلیات اخلاق پزشکی آورده شود.

زمینه‌ساز این مجلد، سخنرانی عناوین اخلاق پزشکی در سمینار بین‌المللی اخلاق پزشکی در سال ۱۳۷۲ بود. امّا مجدداً سال گذشته در جمع تعدادی از فرهیختگان کشور در زمینه اخلاق پزشکی دوباره این عناوین و مباحث مطرح و بازبینی گردید. مدد الهی و تشویق همکاران باعث آن شد که این مباحث مفصل‌تر به صورت کنونی، تحت عنوان مسائل عمده اخلاق پزشکی بازنویسی گردد. بحثهای فلسفه اخلاق آنچنان بر این مباحث سایه می‌افکند که بجا بود نکاتی چند در مورد آن مباحث در فصلی مجزا آورده شود. طبیعی است که این مباحث اگر بخواهد به‌طور جامع مورد دقت قرار گیرد احتیاج به کتبی چند دارد ولی تنها برای نشان‌دادن تفاوت‌های بینشی در مباحث اخلاق پزشکی به آن پرداخته شده است. البته در این فصل از منابعی چند و همچنین از نوشتار قبلی در کتاب «اخلاق پزشکی» استفاده شده است. مباحث اخلاق در پژوهش به نحو مبسوطی در کتاب «اخلاق در پژوهش» و مقدمه آن آمده است ولی برای تکمیل مباحث این مقدمه از آن نوشتار مدد گرفته شده است. مباحث آموزش و اخلاق پزشکی نیز از مباحث مهم و نیازمند توجّه در مباحث اخلاق پزشکی و زنده کردن این رشته برای گروه پزشکی است. ما نیازمند تفسیر روش‌های آموزشی در مباحث اخلاق پزشکی هستیم. همان‌طور که روش آموختن طب بر بالین بیمار تا حدود زیادی جایگزین روش‌های قبلی، شده است. مباحث اخلاق پزشکی نیز امروزه بر بالین بیماران طرح می‌گردد و آموزش نحوه تفکرات صحیح در این زمینه به شیوهٔ عملی آموخته می‌شود؛ لذا در فصلی جداگانه به آن پرداخته شده است.

نباید فراموش کنیم که تحقق مقصود و مراد از بحث‌های اخلاق پزشکی بجز گسترش علم و

اندیشه در این زمینه‌ها، نیازمند جستجوی راهکارهایی است که عملکرد گروه پزشکی تطابق افزونتری با مباحث اخلاق پزشکی بیابد و در این زمینه باید بدنبال راهکارهای مؤثری بود. نگاه به گذشته و داشتن اطلاعات از فعالیت‌های دهه قبل می‌تواند برای تدوین استراتژی‌های گسترش اخلاق پزشکی در آینده به مدد آید و لذا نگاهی گذرا به فعالیت‌های گذشته اخلاق پزشکی در کشور شده است.

تدوین جلد اول کتاب بدون مساعی مجدانه همکار محقق و پرتلاش سرکار خانم دکتر زاهدی که با دقتی فراوان و تلاشی وافر در تهیه این مباحث اینجانب را یاری نمودند میسر نمی‌گردید و بدون شک ایشان در تدوین مطالب نقشی به سزا داشته‌اند.همچنین همکار ارزشمند جناب آقای دکتر پارساپور در همه زمینه‌های تدوین و ترجمه کتاب نقش موثری ایفا نمودند. از جناب آقای دکتر باقری که کتاب را به طور کامل ملاحظه نمودند و نقطه نظرات بسیار مفیدی را ارائه نمودند نیز کمال تشکر را دارم.

مولف

مقدمه

بسم الله الرحمن الرحیم

علی رغم اینکه علم اخلاق از کهن‌ترین علوم شناخته شده بشر بوده و قدمتی به اندازه علم ادیان و الهیات دارد اما علم کلاسیک اخلاق پزشکی به عنوان یک رشته تخصصی علوم جدید و نوظهور در عالم پزشکی محسوب می‌شود به طوری که عمر آن از سه دهه تجاوز نمی‌کند. البته باید به این نکته اشاره نمود که مبانی و کلیات این علم از دیرباز در عالم پزشکی خصوصاً در طب دوران اسلامی مطرح و مورد توجه بوده است.

متناسب با پیشرفت سرسام آور و خیره کننده علوم خصوصاً پزشکی و با پیدایش روش‌های نوظهور درمانی و تشخیص و پیشرفت‌های فن آوری‌ها در عرصه علوم پزشکی، توجه به مباحث اخلاقی در این زمینه مضاعف گردیده به طوری که در همین مدت کوتاه پیدایش این رشته تخصصی صدها مرکز آموزشی پژوهشی راه اندازی شده و هزاران کتاب در این زمینه به رشته تحریر در آمده است. بدیهی است با توجه به ماهیت بین رشته‌ای اخلاق پزشکی و پیشینه غنی معارف مذهبی و ملی ما زمینه بسیار مناسب و مساعدی جهت پرداختن به این علم وجود دارد. ضمن اینکه ماهیت اسلامی و فرهنگی نظام جمهوری اسلامی ضرورت توجه بیشتر به زمینه‌های فوق را گوشزد کند. خوشبختانه در سال‌های اخیر اقدامات ارزشمندی در این زمینه صورت گرفته که از جمله می‌توان به تدوین برنامه استراتژیک، کدهای ملی اخلاق در پژوهش و انتشار کتاب اخلاق در پژوهش‌های پزشکی اشاره نمود. کتاب پزشک و ملاحظات اخلاقی که توسط گروهی از اساتید و محققین تالیف گردیده است با جامعیت بیشتری نسبت به آثار قبل مباحث مختلف مطرح در اخلاق پزشکی را مطرح و متناسب با حجم آن اطلاعات جامعی پیرامون آن در اختیار خوانندگان قرار داده است. از جمله نقاط برجسته در این کتاب ارائه موارد مهم بالینی و طرح مسایل اخلاقی و ارائه نظرات مختلف و تصمیم‌گیری پیرامون آن است. امروزه Case study یکی از مطرح‌ترین و موفق‌ترین روش‌های آموزش در رشته اخلاق پزشکی می‌باشد.

به نظر این جانب این کتاب به عنوان یکی از منابع مفید و ارزشمند در زمینه اخلاق پزشکی می‌تواند مورد استفاده دانشجویان پزشکی و جامعه پزشکی کشور باشد. سلامتی و سعادت تمامی خدمت گزاران عرصه علم و پژوهش کشور را از درگاه ایزد منان خواهانم.

دکتر حسین ملک افضلی

معاون تحقیقات و فن آوری

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فصل ۱

تعریف اخلاق پزشکی و اشاره به اخلاق زیستی

مقدمه

اخلاق، خوی‌ها و ویژگیهای درونی انسان است که منشاء رفتار انسانها بوده و عمیق‌ترین نفوذ و اثر را در حوزه رفتار آدمی دارند. به عبارت دیگر؛ اخلاق، ساختار وجودی انسان است. واژه اخلاق گاه به معنای عام بکار می‌رود و منظور از آن همه ویژگیهای درونی انسان اعم از خوب یا بد می‌باشد امّا در اکثر موارد اخلاق به معنای خاص «رفتار و خصوصیات روحی و معنوی مثبت» استعمال می‌شود. از این رو رفتار اخلاقی نیز رفتاری است که مطابق با ارزشهای والای انسانی باشد. در زبان لاتین نیز دو کلمه morality و ethics هر دو بیانگر مفهوم اخلاق می‌باشند؛ که البته با یکدیگر تفاوتهایی دارند. «morals» به معنای «خلق و خوی راسخ در نفس» بکار می‌رود؛ در حالی‌که برای نظریه‌های پیرامون رفتار خوب و بد، درست و خطا، و پاک و پلید انسان، واژهٔ «ethics» بکار می‌رود(۱).

اما اخلاق حرفه‌ای، اصول کلی‌تر اخلاق در فضای خاص حرفه‌ای را بیان می‌نماید. اخلاق حرفه‌ای شاخه‌ای است که بر ریشه اخلاق روئیده است و برای درک درست آن اولاً باید اخلاق را شناخت و ثانیاً با توجه به شرایط و فضای هر حرفه خاص، اخلاق حرفه‌ای ویژهٔ آن حرفه را تبیین نمود.

در میان همه شاخه‌های اخلاق حرفه‌ای، اخلاق پزشکی از جایگاه خاصی برخوردار است و این بخاطر جایگاه خاص و متعالی است که حرفهٔ پزشکی داراست. گفته‌اند شرف هر علمی به شرف موضوع آن است و در عالم هستی شریف‌ترین موضوع «انسان» است چراکه «**لقد خلقنا الانسان فی احسن تقویم**»[1]؛ انسان خوش ساختارترین پدیده و آفریده خداوند است. انسان موجودی است که خداوند او را، به تعبیری زیبا و کنایه وار، با دو

۱- سورهٔ تین، آیهٔ ۴

دست خویش آفریده است؛ «**قال یا ابلیس ما منعک أن تسجد لما خلقت بیدی**»[۱]. بنابراین هر علمی که به نحوی از انسان سخن می‌گوید شریف‌ترین علم است. علم پزشکی از بدن انسان می‌گوید و جایگاه خاصی در میان علوم آکادمیک دارد؛ هرچند بدن انسان نازلترین مرتبه وجود اوست. علم اخلاق نیز از احوالات ثابت و سجیات پایدار انسانی می‌گوید و در واقع طبابت روح آدمی را برعهده دارد. اما همان‌گونه که بیان شد علم پزشکی و طبابت، هرچند بیشتر درمان امراض جسمی انسان را برعهده دارد، از دوران گذشته با روان و خلقیات انسان پیوندی ناگسستنی داشته است. اخلاق پزشکی از دیرباز یکی از اجزاء علم طب محسوب می‌شده است و عالمان طب در کنار پرداختن به مسائل پزشکی و توصیه‌های دارویی، توصیه‌های اخلاقی نیز داشته‌اند. متاسفانه پیشرفت‌های علمی در قرن اخیر و توجه به علم صرف، پیامدهای نامطلوبی را ایجاد نمود. اما نیاز وافر جوامع به مقولهٔ اخلاق در طب، در اکثر جوامع خصوصاً طی دهه اخیر رویکردی دوباره و نوین را، پس از دوره‌ای فترت، در پی داشته است و به علت وسعت و کاربرد وسیع طب در سلامت انسانها و تحقیقات وسیع و موضوعات جدید و همچنین تخلفات فراوان در تاریخ طب از چهارچوب انسانی و اسلامی، بالاجبار اخلاق پزشکی با قوانین و مستندات خاص مدون گشته است. مسلم است که برخی مسائل اخلاق زمانی ملموس‌تر و کاربردی می‌شوند که در قالب آئین نامه‌ها و قوانینی آورده شوند. طی سالهای اخیر به فراخور موضوعات جدید و مباحث مطرح شده، پیشرفت‌های تکنولوژی و نیز افزایش آگاهیهای عمومی، اخلاق پزشکی وارد مراحل جدید با سیر متفاوت و نگرشی منتقدانه به مسائل شده است. اخلاق پزشکی سنّتی یا traditional medical ethics که عمدتاً شامل اصول و مبانی امرکننده یا نهی‌کننده بود جای خود را به اخلاق پزشکی معاصر یا Contemporary critical medical ethics داده است. اخلاق پزشکی معاصر با رسالت پرداختن به موضوعات مطرح در عالم پزشکی و تلاش برای حل آنها و یا لااقل ارائه روش‌های مختلف شکل گرفته است و حداقل می‌توان ادعا کرد در برخی از زمینه‌ها تحقیقات دقیقی در جهت روشن‌کردن موضوعات شکل گرفته است. در این راستا دوره‌های آموزشی اخلاق پزشکی بر مبنای بیان موارد مشکل در تصمیم‌گیریها یا case presentation در دانشکده‌های پزشکی شکل گرفته‌اند و کمیته‌های بالینی اخلاق پزشکی به صورت گسترده در اجراء اصول و قوانین مربوطه فعال گردیده‌اند. استانداردهای اخلاق پزشکی در حال حاضر در بسیاری از کشورها توسط گروههای حرفه‌ای تخصصی پزشکی، با کمک همه گروههای مرتبط، تنظیم و کنترل می‌شوند. به‌عنوان مثال در انگلستان انجمن عمومی پزشکی[۲] (GMC) وظیفه شرح، تبیین، صدور یا نفی دستورالعمل‌ها را بر عهده دارد (۲).

دین اسلام که هدف و غایت بعثت و نبوت را «اتمام و اکمال مکارم اخلاق[۳]» عنوان نموده است توجهی عمیق و دیدگاهی وسیع نسبت به مسئله

۱- سوره ص، آیهٔ ۷۵.

2- General Medical Council

۳- انّی بعثت لاتمم مکارم الاخلاق

اخلاق به‌طور عام و اخلاق پزشکی به‌طور خاص دارد. اسلام و خصوصاً مکتب شیعه با اجتهاد پویای خود بسیاری از مسائل و موضوعات جدید و مستحدثه در اعصار جدید را با علم فقه جوابگو بوده است.

در حیطه اخلاق پزشکی نیز ما نباید به آنچه فعلاً در علوم اسلامی بیان شده و به رشته تحریر در آمده است اکتفا کنیم ؛ چرا که منابع اسلامی، خصوصاً منابع در دست شیعه، خزائنی گرانبها هستند که هنوز جز معارفی اندک از آنها در قالب کلام و کتب در نیامده‌اند.

در علم اخلاق پزشکی جدید مباحث متعددی مطرح است که ضروری است هر کسی می‌خواهد در این مباحث وارد شود اطلاعاتی از نگرش‌های متعارف روز آن داشته باشد. در این مقدمه تلاش می‌شود در قسمت مباحث اخلاق پزشکی، مطالب متعارف این علم و فهرستی گذرا از مطالب آن آورده شود. البته رسالت این مقدمه نگرشی گذرا بر این مباحث است نه بحث تفصیلی آن. باید به این نکته توجه نمود که تصمیم‌گیری در موارد مهم اخلاق پزشکی تا حد زیادی به نگرش ما در بحث فلسفه اخلاق پزشکی بستگی دارد. ما خواسته یا ناخواسته براساس مبانی فکری و نظری در بحث فلسفه اخلاق تصمیم‌گیری می‌کنیم و این امر اجتناب‌ناپذیر است؛ به‌طور مثال ما هرچه در مسئله سقط تحقیق و جستجو کنیم، به صرف مطالعه آثار غربی و شرقی در این زمینه نمی‌توانیم برای کشوری با بینش اسلامی توصیه‌هایی در جهت انجام و عدم انجام آن تنظیم نمائیم. لذا اصولاً ما باید به بحث فلسفه اخلاق و دیدگاههای مختلف در این زمینه توجه ویژه داشته باشیم و اصول مورد قبول خودمان را بازشناسی کنیم. این سیر درستی است که ما می‌توانیم در موضوعات مختلف اخلاق پزشکی ضمن شناخت صحیح و کامل از موضوع به راهکارهای عملی و قابل‌قبول در کشور و فرهنگ خود دست یابیم. نکته مهم دیگری که باید به‌طور صحیحی شناخته شود آن است که این علم از علومی است که صاحب نظران مختلفی در تکمیل و ارتقاء آن نقش دارند، گرچه مباحث آن متفاوت از هر کدام است. این مطلب به این معنی است که اطبا در تدوین موضوع؛ و حقوقدانان در مباحث حقوقی؛ فلاسفه در مباحث فلسفی آن و فقها در طرح فتاوی مرتبط با موضوعات مختلف در زمینه اخلاق پزشکی نقش سازند. مباحث اخلاق پزشکی مطالبی مرتبط با این موضوعات ولی به جز اینهاست. به‌طور مثال بحث پیوند اعضا چندی قبل در کشور ما مطرح شد. مدت زمانی گذشت تا در زمینه‌های مختلف پزشکی این موضوع در کشور جایگاه ویژه‌ای یافت و بحث پیوند در کشور یکی از مباحث پزشکی مورد نیاز گشت و برخی از تصمیم‌گیران به اهمیت مباحثی همچون مرگ مغزی و پیوند اعضا توجه پیدا کردند. گرچه هنوز مطالب قابل‌بحثی در زمینه تعریف پزشکی مرگ مغزی و غیره مطرح است ولی تا حدود زیادی افق بحث‌ها روشن‌تر از گذشته است. از طرف دیگر تا زمانی که فتاوی عالمان دین در این زمینه وجود نداشت این بحث نمی‌توانست موضوعی عملی و قابل‌کاربرد باشد؛ و پس از این نظرات، راه برای انجام کار هموارتر شد. مباحث حقوقی و مصوبه مجلس جنبه‌های حقوقی بحث را روشن نمود. اما

مباحث اخلاقی مطرح در زمینه پیوند اعضا صدها موضوع است و به بحث فتوی و مباحث حقوقی و مباحث علم پزشکی آن ختم نمی‌شود، بلکه به گونه‌ای با آنها شروع و مطرح می‌شود.

با توجه به نکات فوق الذکر و با اذعان به تأکید ویژه‌ای که بر ارزش‌های اسلامی در کشور ما وجود دارد، ضرورت توجه خاص به علم اخلاق پزشکی احساس می‌شود. ما در زمینه اخلاق پزشکی با توجه به فرهنگ اسلامی ایران خودمان نمی‌توانیم یکسان نگری سایر علوم را داشته باشیم. در زمینه بیماری‌های قلب و عروق ؛ بجز آن بخشی که به تفاوت‌های نژادی و ماهیت بیماری و تأثیر داروها در نژادهای مختلف مربوط می‌شود، تا حدود زیادی می‌توانیم مثل دیگران بدانیم و تحقیق کنیم و بیماران را مداوا کنیم، ولی در این زمینه اینگونه نیست. به نظر می‌رسد ما باید با استفاده از مبانی اسلامی و شناخت دانش متداول این رشته طرحی نو دراندازیم.

تعریف اخلاق پزشکی

اخلاق، در حقیقت، شاخه‌ای از حکمت عملی است. حکمت عملی دانشی است که دربارهٔ افعال اختیاری و تحت قدرت انسان گفتگو می‌کند و بیان می‌نماید که کدام فعل و عمل شایسته تحقق و انجام‌دادن است و کدام فعل و عمل چنین شایستگی را ندارد (۳). اخلاق جمع «خُـــلق» و «خُـلُق» می‌باشد. «خُلق» اختصاص به کیفیت‌ها و شکل‌ها و صورتهایی دارد که به واسطه چشم دیده می‌شود و درک می‌گردد و «خُلُق» ویژه نیروها و سرشت‌هایی است که با بصیرت فهمیده می‌شود(۳). ابوعلی مسکویه در تهذیب الاخلاق[1] می‌گوید خلق حالی است برای جان انسان، که او را بدون فکر و تأمل به سوی کارهایی بر می‌انگیزاند (۳). در مورد اخلاق به‌طور عام تعاریف متعددی در کتب و منابع اسلامی و بیان شده است که در مجال این مطلب نمی‌گنجد. اما اخلاق پزشکی جنبه‌ای از اخلاق می‌باشد که از هر دو جنبه نظری و عملی ویژگیهای خاص خود را دارا می‌باشد؛ لذا در ابتدای مباحث مربوط به اخلاق پزشکی، تعریف و تبیین دقیق آن ضروری است. علاوه بر آن در دهه‌های اخیر اخلاق پزشکی نوین تغییر و تحولات زیادی یافته است که آن را از اخلاق پزشکی سنتی متمایز نموده است. اخلاق نوین سعی زیادی دارد که اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه عمل پزشکان و کادر پزشکی و نیز در حوزهٔ تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب وارد نماید. بر این اساس دیگر اخلاق پزشکی صرفاً بیان صفات اخلاقی پسندیده برای پزشکان یا نحوه برخورد پزشک با بیمار و یا صرفاً تدوین و یا تنظیم قوانین حرفه‌ای در باب رفتار، سلوک و آداب معاشرت پزشکان در حیطه طبابت و یا بیان قواعد مذهبی یا احساسات بشری به تنهایی نمی‌باشد.

اما اخلاق پزشکی چیست؟

تعاریف متعدد و متنوعی برای اخلاق پزشکی[2] در منابع مختلف بیان گردیده است. اخلاق پزشکی توسط یکی از صاحب نظران که آثار فراوانی در زمینه اخلاق پزشکی دارد چنین تعریف شده است

۱- تهذیب الاخلاق، ص ۵۱.

2- Medical ethics

(۴):

«اخلاق پزشکی فعالیتی تحلیلی است که طی آن افکار، عقاید، تعهدات، روش رفتار، احساسات، استدلالات و بحث‌های مختلف در حیطه تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در پزشکی به صورت دقیق و انتقادی بررسی می‌شود و در موارد لزوم دستورالعمل‌هایی صادر می‌گردد. تصمیمات اخلاق پزشکی، در حیطه عملکرد طبی، بدیهیات و ارزش‌ها، خوب یا بد، صحیح یا نادرست و آنچه را که باید یا نباید انجام شود، مشخص می‌سازند». به بیان این متفکر، هدف و فلسفه اخلاق پزشکی، تسهیل در اتخاذ فکورانه و هوشمندانه چنین تصمیماتی، خصوصاً در موارد جدی و بحرانی می‌باشد (۴). یکی دیگر از تعاریفی که در این خصوص بیان شده است چنین است: **«اخلاق پزشکی شاخه‌ای کاربردی از اخلاق یا فلسفه اخلاق است که سعی دارد در سایه تحلیل‌های فلسفی، درست و نادرست را در حیطه عملکرد در طب و مراقبت‌های بهداشتی تبیین نماید»** (۵).

به عبارت ساده: **«اخلاق پزشکی، اخلاق در صحنه عمل در پزشکی»** می‌باشد (۶). در بیانی دیگر؛ **«اخلاق پزشکی بالینی، زاویه دید و نگرشی خاص در حیطه عمل در طبابت ایجاد می‌کند که هدف آن بهبود کیفیت مراقبت بیمار از طریق شناسایی، تحلیل و حل مشکلات و مسائل اخلاقی است که در صحنه عمل بروز می‌نماید»** (۷). به تعبیری دیگر **«اخلاق بالینی یک مقوله کاربردی است که راهکاری سازمان یافته را برای کمک به پزشک در تبیین، تحلیل و حل مباحث اخلاقی در طب بالینی فراهم می‌نماید»** (۸).

در منابع و متون فارسی نیز تعاریفی توسط اندیشمندان علم اخلاق بیان شده است که البته اکثریت آنها با مبحث اخلاق پزشکی سنتی بیشتر همخوانی دارد. کتاب **«اخلاق پزشکی به انضمام تاریخ پزشکی»** و نیز مجموعه مقالات اخلاق پزشکی که توسط معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دهه‌های ۷۰ و ۸۰ شمسی جمع‌آوری و تنظیم گشته است، بسیاری از تعاریف را در بر دارد که بر مبنای آنها: **«اخلاق پزشکی علمی است که موضوع آن بررسی مجموعه آداب و رفتار پسندیده یا ناپسندی است که صاحبان مشاغل پزشکی باید رعایت نمایند»** (۹). همچنین **«اخلاق پزشکی را می‌توان تنظیم رفتار و اجرای اصول حاکم بر رفتار شغلی پزشکان تعریف کرد»** (۱۰). اخلاق پزشکی علمی است که به رابطهٔ بین پزشک و بیمار و همکارانش توجه جدی دارد و همچنین در این علم به احکام پزشکی توجه می‌شود چون بسیاری از احکام و بحث‌های مربوط به تخلفات پزشکی برای تبیین صحیح رابطه پزشک و بیمار است (۱۰). این علم اصول اخلاقی حاکم بر رفتار حرفه‌ای در طب را در بر می‌گیرد و در واقع **«شاخه‌ای از اخلاق عمومی است که جامعه انتظار دارد که صاحبان حرف پزشکی رعایت نمایند»** (۱۱). به بیان دیگر؛ علم اخلاق پزشکی منطبق‌کننده روابط و رفتار صاحبان مشاغل پزشکی با کلیات اخلاق است (۱۲).

در یک جمع‌بندی می‌توان اخلاق پزشکی را موضوعی گسترده دارای دو جنبه نظری و عملی دانست که در بعد نظری به تبیین مبانی و مفاهیم زیربنائی این علم، توضیح و تشریح فرضیات

اخلاقی موجود و ارتباطات آن با فرهنگ‌ها، مذاهب و آداب و رسوم جوامع مختلف می‌پردازد و در بعد عملی با تکیه بر مبانی نظری مسائل، مشکلات و مباحث مطرح اخلاقی در حیطه طب و مراقبت‌های بهداشتی را مورد بحث قرار داده و چهارچوبی کاربردی را برای تصمیم‌گیری در مواقع بحرانی ارائه می‌نماید. اخلاق پزشکی در این تعریف ارتباط تنگاتنگی با فلسفه اخلاق، حقوق انسانی فرد و اجتماع، قوانین الهی و مقررات مدنی را دارد.

اخلاق زیستی

اخلاق زیستی[1] نیز از زیر مجموعه‌های اخلاق حرفه‌ای است که مرتبط با علم طب می‌باشد. اخلاق زیستی، مبحثی است که به بحث، تبادل نظر و تأمل پیرامون موضوعات زیست‌شناسی [2] و علوم بهداشتی[3] می‌پردازد و منظور عمدهٔ آن سوق‌دادن تفکر بشری به سمت ارزش‌های اخلاقی در حیطهٔ پیشرفت‌های وسیع علمی و تکنولوژی می‌باشد (۱۳). به عبارت دیگر؛ اخلاق زیستی، در حقیقت، بخشی از اخلاق کاربردی است که مبانی اخلاق را برای حل مشکلات غامض موجود فعلی یا مشکلات قابل‌پیش‌بینی آتی در طب و زیست‌شناسی مورد استفاده قرار می‌دهد (۱۴).

نتیجه گیری

با نگرش به تعاریف مختلف در زمینهٔ اخلاق پزشکی، ضرورت تعریف و تدوین چهارچوبی روشن برای مباحث اخلاق پزشکی مشخص می‌شود. همان‌گونه که بیان شد، نگرش به اخلاق پزشکی در کشور ما توسط گروههای مختلف از متفکرین متفاوت است. برخی از دیدگاه فلاسفه به آن توجه می‌نمایند؛ برخی نگرش حقوقی دارند و برخی اخلاق پزشکی را مقوله‌ای جزو فتاوی عالمان دین می‌دانند. به نظر می‌رسد اخلاق پزشکی در عین داشتن ارتباط با فلسفه، حقوق و دین حاوی مطالب دیگری است که هیچکدام این علوم به تنهایی نمی‌تواند به‌طور کامل آن را در برگیرد. به‌عنوان مثال مبحث پیوند اعضا یکی از مباحث جدی اخلاق پزشکی است که قطعاً مانند هر مسئله دیگر اخلاق پزشکی با دیدگاه فلسفی ما در مورد انسان، حیات و مرگ ارتباط داشته و از آن متأثر خواهد بود. به جز مباحث فلسفی، مبانی شرعی و مسائل حقوقی، مسائل متعدد دیگری پیرامون بحث پیوند اعضا وجود دارد. بطور مثال چگونگی انتخابِ دهنده و گیرنده، تیم انتخابگر رابط بین دهنده و گیرنده و سایر موارد، که اینها مربوط به طب بوده و توسط محققین و متفکرین اخلاق پزشکی باید طرح و پاسخ داده شود.

1- Bioethics 2- Biology
3- health science

منابع

۱. حسینی، سیدابراهیم. فقه و اخلاق. قبسات، پژوهشنامهٔ فصلانه در حوزهٔ فلسفه، دین و فرهنگ، سال چهارم، شماره سوم، شماره مسلسل ۱۳، ۱۳۷۸، صفحات ۹۰ - ۱۰۹.

2. Gillon R. What is medical ethics' business? In: Evans M, Bittar EE, Edwards RB (eds.). critical reflections on medical ethics (advances in Bioethics, vol.4). New York : JAI Press, 1998, P. 31-50.

۳. مدرسی، سیدمحمدرضا. فلسفهٔ اخلاق: پژوهش در بنیانهای زبانی، فطری، تجربی، نظری و دینی اخلاق. مجتمع فرهنگی سروش، ۱۳۷۶، صفحات ۱۱-۱۹.

4. Gillon R. Introduaction to philosophical medical ethics. UK: wiley 1985, Reprint 2001, P. 1-8.

5. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics . UK: Oxford University Press, 2001.

6. Siegler M. Medical ethics as a medical matter. In: Baker RB, Caplan AL, Emanuel LL, Latham SR. The American medical ethics revolution. London: The Johns Hopkins University Press 2000, P. 171-9.

7. Siegler M, Pellegrino ED, Singer PA. Clinical medical ethics . J Clin Ethics 1990; 1(1): 5-9.

8. Jones AR, Siegler M. Winslade WJ. Clinical ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine. New York: McGraw-Hill, 1997, 1-12.

۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ معاونت امورفرهنگی. اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی. معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ سپهر، تهران، ۱۳۷۰.

۱۰. کلیات اخلاق پزشکی. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی؛ جلد اول. تهران: چاپ سروش، ۱۳۷۳.

۱۱. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی. صفات یک پزشک، رابطه پزشک و بیمار. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی؛ جلد هفتم. تهران: چاپ سروش، ۱۳۷۳.

۱۲. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی. اخلاق پزشکی در آئینه اسلام. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی؛ جلد دوم. تهران: چاپ سروش، ۱۳۷۳.

13. Boerner MR, Sampaio MA. The exercise of nursing in its bioethical dimension. Rev Lat Am Enfermagem 1997; 5 (2) : 33-8.

14. iserson KV. Principles of biomedical ethics. Emerg Med clin North Am 1999 ; 17 (2) : 283-306.

فصل ۲

مباحث عمده مطرح در اخلاق پزشکی

مقدمه

اخلاق پزشکی شاخه مهم و گسترده‌ای از اخلاق کاربردی یا applied ethics محسوب می‌شود که بر طیفی از مباحث که در موقعیت‌های بالینی و مراقبت‌های بهداشتی پیش می‌آید تمرکز دارد. از آنجا که موضوعات اخلاق پزشکی در موارد فراوانی با حیات و مرگ سر و کار دارند منشاء بحث‌ها و اختلاف نظرات عمده‌ای در طب و گاه در جوامع مختلف بوده‌اند. عمده‌ترین مباحث مطرح در اخلاق پزشکی را ما در فصول ذیل مورد بررسی قرار خواهیم داد.

۱- فلسفهٔ اخلاق پزشکی
۲- ارتباطات حرفه‌ای در طب
۳- جسم انسان در اخلاق پزشکی
۴- مباحث اخلاق پزشکی قبل از تولد انسان
۵- اخلاق پزشکی در کودکان
۶- اخلاق پزشکی در پیوند اعضا و بافت
۷- خاتمه حیات انسانی
۸- بیوتکنولوژی و اخلاق پزشکی
۹- مسائل اخلاقی در القا بارداری
۱۰- اخلاق پزشکی در بیماران روانی
۱۱- سالمندی، دمانس و اخلاق پزشکی
۱۲- اخلاق و پژوهش
۱۳- اخلاق پزشکی و آموزش
۱۴- قانون، طب و اخلاق پزشکی

هرچند بسیاری از موضوعات مطرح در اخلاق پزشکی نوین، در تاریخ طب نیز مطرح بوده‌اند، اما وسعت یافتن دانش بشری، ارتقاء تکنولوژی، افزایش توانمندی‌های انسانی در تشخیص و معالجهٔ بیماریها و نیز تعدد راههای انتخاب برای

پزشکان و بیماران آنها، سئوالات و مباحث روز افزونی را برای بشریت مطرح ساخته است. شاید مباحث مربوط به «ارتباطات حرفه‌ای در طب» عمده‌ترین سرفصل‌های اخلاق پزشکی را در گذشته شامل می‌شدند اما بنظر می‌رسد در حال حاضر فراوانی سایر سئوالات مطرح و بحث‌های مورد منازعه، این سرفصل را تحت‌الشعاع قرار داده باشد. پیشرفت تکنولوژی پزشکی باب مباحث جدیدی چون «کلونینگ»، «اصلاح نژاد بشر»، ووو... را گشوده است؛ پیشرفت‌های روزافزون در زمینهٔ تشخیص برخی بیماریها قبل از تولد، موضوعات اخلاقی جدیدی پیرامون سقط جنین مطرح ساخته است؛ امکان استفاده از تخم‌های جنین سقط شده برای تولد یک انسان[1]، مسائل اخلاقی و حقوقی کاملاً متمایزی را ایجاد نموده که برخی آنها را لاینحل تصور می‌کنند؛ و سیر رو به رشد تحقیقات پزشکی لزوم رعایت اخلاق در پژوهش را بیش از پیش مطرح نموده است. چگونه می‌توان از کلونینگ انسانی سخن گفت امّا مسائل اخلاقی مربوط به ایجاد صدها بلکه هزارها کودک دچار ناهنجاری‌های متعدد در آینده را نادیده گرفت؟ از سوی دیگر نیاز فزاینده به اعضاء و بافت‌های پیوندی را چگونه می‌توان با راه‌حل‌های اخلاقی حل نمود؟ آیا در فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف پذیرفتنی است که به آسانی به حیات فرد دچار یک بیماری صعب العلاج یا غیرقابل‌درمان خاتمه داد؟ اصولاً پزشکان جهان چه میزان از اصول و مبانی اخلاق پزشکی مطلعند و چه شیوه‌های جدیدی را در آموزش اخلاق پزشکی باید در پیش گرفت؟ اتخاذ تصمیمات اخلاقی در مواردی که حیات انسانی در معرض آسیب باشد، با چه کسانی است؟ بنظر می‌رسد علم طب بدون توجه به اخلاق، مصداق روشنی از «تیغ تیز» در دست «زنگی مست» باشد. مسائل معدود ذکر شده و بسیاری مباحث دیگر، حساسیت بسیاری از دانشمندان علم طب و اندیشمندان علوم دیگر را در سرتاسر جهان برانگیخته است و منجر به ایجاد متون مفصلی پیرامون اخلاق پزشکی گردیده است. همان‌گونه که ذکر شد ما در اینجا عمده‌ترین این مباحث را، هرچند نه خیلی مفصل، ذکر خواهیم نمود. بحث «فلسفه اخلاق پزشکی»، که خود دریایی از علوم گذشته و حال محسوب می‌شود، در فصل بعدی با تفصیل بیشتر بیان خواهد گردید. همچنین دو سرفصل «آموزش اخلاق پزشکی» و «اخلاق پزشکی و پژوهش» نیز هرچند در ادامه به اختصار ذکر گردیده‌اند ولی در دو فصل بعدی به تفکیک و به تفصیل بیان خواهند شد.

فلسفهٔ اخلاق پزشکی

فلسفهٔ اخلاق دربارهٔ اصول موضوعه و مبادی تصدیقیهٔ علم اخلاق سخن می‌گوید و منشا تقسیم کارها به خوب و بد را مورد بحث قرار می‌دهد (۱). در فلسفه اخلاق موضوعات فراوانی مانند معیارهای خوبی و بدی، ملاک حسن و قبح و منشاء پیدایش احکام اخلاقی مطرح می‌شود. فلسفهٔ اخلاق، در

1- foetal motherhood

حقیقت، شامل اصول و تئوری‌های اخلاقی است که سئوالات نظری و عملی مطروحه در حیطهٔ اخلاق را می‌تواند پاسخگو باشد. سئوالات زیادی در فلسفهٔ اخلاق مطرح است از جمله اینکه (۱): آیا مفاهیم اخلاقی در سرشت انسان نهاده شده است؟ آیا این مفاهیم یکباره در انسان بوجود می‌آید یا با رشد عقلی به تدریج حاصل می‌گردد؟ تصدیقات، یعنی حکم‌هایی که می‌کنیم و تشخیص‌هایی که می‌دهیم چگونه‌اند؟ آیا فطری یا غریزی هستند یا با تجزیه و تحلیل عقلی حاصل می‌شوند؟ آیا مسائل اخلاقی اخباری هستند و یا انشائی می‌باشند یعنی در قالب امر و نهی و باید و نباید مطرح می‌شوند؟ پاسخ به این سئوالات در طراحی اخلاق عملی اهمیت ویژه‌ای دارد. در اخلاق پزشکی نیز که در حقیقت، اخلاق حرفه‌ای کاربردی است، مبانی و اصول فلسفی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی بسیار مهم و تأثیر گذار می‌باشند. مبانی کلی فلسفهٔ اخلاق و نیز مکاتب مهم مطرح در دنیا، که ارتباط بیشتری با اخلاق پزشکی دارند، در فصل بعدی به صورت اختصاصی مورد بحث قرار می‌گیرند.

ارتباطات حرفه‌ای در طب

پزشکی در جهان معاصر هرچند یک حرفه و شغل محسوب می‌شود اما خصوصیات و ویژگی‌های خاص این حرفه و ارتباطی که با سایر انسانها و خصوصاً جان آنها دارد، این شغل را از سایر مشاغل متمایز می‌سازد. از آنجا که بنا به گفته عالم بزرگوار مرحوم نراقی[1] «شرافت هر علم و دانشی بستگی به شرافت موضوع و یا غایت آن دارد» شرافت علم پزشکی نیز به اندازه شرافت وجود انسان می‌باشد. امام صادق (ع) طبیب حاذق و مورد اعتماد را در ردیف فقیه بصیر و جامع[2] بشمار آورده‌اند. آشکار است که طب در حال حاضر بیشتر با علم مرتبط است تا با مذهب اما نمی‌توان ارتباط مهم طب با اخلاق را انکار نمود. به گفته یکی از دانشمندان در کتاب «پایه فلسفی عملکرد طبی - ۱۹۸۱» طب علمی‌ترین شیوه انسانیت و انسانی‌ترین علم[3] است (۲). به فراخور شغل و مسئولیت، لغزشها و انحرافات نیز فرق می‌کند. حساسیت شغل پزشکی و مسئولیت سنگین این حرفه ایجاب می‌کند که احتیاط و مراقبت بیشتری از سوی پزشک صورت گیرد. از این روست که ارتباطات حرفه‌ای در طب اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. ارتباطات حرفه‌ای را می‌توان شامل ارتباط بین پزشکان و بیماران و مسائلی از قبیل اخذ رضایت دانست. رازداری و حقیقت گویی نیز به نحوی مرتبط با ارتباطات حرفه‌ای با بیمار می‌باشند. ارتباط بین همکاران حرفه‌ای نیز در این حیطه جای می‌گیرد. این مباحث به ترتیب مورد اشاره قرار می‌گیرند.

۱- جامع السعادات، تألیف محمدمهدی نراقی، ج ۱، ص ۴۹.

۲- از امام صادق (ع) نقل شده است که: اهل هیچ سرزمینی از وجود سه طایفه که در کار دنیا و آخرتشان به آنها پناه برند بی‌نیاز نیستند و اگر آنها را نداشته باشند بی‌بهره و سرگردان می‌شوند؛ فقیه دانشمند پرهیزکار، زمامدار نیکوکار مورد اطاعت، و پزشک ماهر مورد اعتماد (تحف‌العقول، تألیف‌ابن‌شعبه حرانی، ترجمه آیت‌اله جنتی، ص ۵۱۲).

3- " the most scientific of humanities and the most humane of the sciences"

مباحث مطرح

- ارتباط بین پزشک و بیمار
- صلاحیت علمی و عملی پزشک
- رضایت بیمار
- رازداری پزشک و حقیقت‌گویی
- ارتباط با همکاران حرفه‌ای
- توجه به اعتقادات بیمار
- روابط مالی بین پزشک و بیمار

ارتباط بین پزشک و بیمار

عناوین کلی مطرح در مقوله ارتباط بین پزشک و بیمار که به‌طور خلاصه مورد اشاره قرار می‌گیرد، عبارتند از:

۱- صفات اخلاقی پزشک در مواجه با بیمار

۲-نگرش پزشک به بیمار: مشتری یا بیمار؟

۳- پدرسالاری پزشک

۴- وجدان کاری و احساس مسئولیت حرفه‌ای

۵- عدم بهره‌جویی و سوءاستفاده‌های مادی، جسمی یا روحی از بیمار

در اکثر جوامع حتی جوامع غیرمذهبی برای پزشک توانایی خداگونه‌ای قائلند و ایمان به توانایی پزشک در تشخیص و درمان صحیح را یک جزء مهم در فرایند شفای بیمار می‌دانند. این نگرش ممکن است باعث پدرسالاری[1] از سوی پزشک (اقتدار محض پزشک) در مواقع تصمیم‌گیری برای بیمار شود (۳). لذا توسط برخی پزشکان غربی پیشنهاد شده است که مدل متفاوتی از ارتباط بین پزشک و بیمار ایجاد شود که براساس آن اختیار بیمار (اتونومی) و ظرفیت بیمار برای تصمیم‌گیری حفظ گردد. برای این منظور به جای اصطلاح «بیمار یا patient» از اصطلاح «ارباب رجوع یا client» استفاده می‌شود و رابطه بین پزشک و بیمار به صورت یک عقد و پیمان در می‌آید (۳). البته چنین مدلی ممکن است ضمانت اجرایی لازم را نداشته باشد بلکه می‌تواند باعث فراموشی و غفلت از آسیب‌پذیری ناگزیر بیمار در بسیاری از موقعیت‌های بیماری شود. نکته مهم دیگر نیز این است که از لحاظ عملی نیز تشخیص و درمان طبی بگونه‌ای است که بیماران برای انتخاب و تصمیم‌گیری، نیازمند و وابسته به راهنمایی و تفسیر پزشک هستند (۳). در هر حال آن چیزی که در ارتباط بین پزشک و بیمار ضمانت اجرایی اخلاق پزشکی و اصول انسانی است احساس مسئولیت حرفه‌ای از جانب پزشک است. هر پزشکی باید با وجدانی بیدار به اهمیت و عظمت شغل خود توجه داشته باشد و از اعتماد بیماران هرگز سوء استفاده نکند. پزشک باید به این واقعیت مهم آگاهی داشته باشد که با انسانها روبروست؛ کسانی که حق انتخاب دارند و علاوه بر آلام و امراض جسمی، مشکلات عاطفی و روانی دارند که در سلامت آنها نقش ایفا می‌نماید.

اصول اخلاق روابط پزشک و بیمار در معارف اسلامی ما به‌طور وسیع یافت می‌شود و در نوشته‌های حکیمان گذشته اشاراتی فراوان وجود دارد. بسیاری از سیستم‌های بهداشتی نیز در این زمینه اصولی تدوین شده تنظیم نموده‌اند.

1- Paternalism

سوگندنامه‌های پزشکی و بیانیه‌های معتبر نیز این اصول را مورد تأکید قرار داده‌اند. سوگندنامه بقراط از قدیمی‌ترین متون در این مورد می‌باشد (۱). علی بن عباس اهوازی پزشک عالیقدر ایرانی در قرن چهارم هجری نیز در پندنامه خود اندرزها و وصایایی را از اطباء قبل ذکر نموده‌اند (۱). عهدنامه یا اعلامیه ژنو مصوب مجمع عمومی انجمن جهانی پزشکان در ژنو (سوئیس) در سال ۱۹۴۸ (اصلاحیه ۱۹۶۸) نیز از این قبیل می‌باشد (۴). اکثر این متون مواردی را در ارتباط بین پزشک و بیمار مورد تأکید قرار می‌دهند از جمله: رعایت حسن خلق و آداب معاشرت، حفظ شأن و وقار بیمار، امانت و درستکاری، تواضع و فروتنی، حلم و بردباری، عفت و پاکدامنی، ایجاد امید در بیمار، توجه به مسائل عاطفی بیمار، پرهیز از تجویز داروی مضر یا مداخلات خطرساز دیگر، توجه به اعتقادات مذهبی بیمار و تعدیل روابط مالی موجود بین پزشک و بیمار.

صلاحیت علمی و عملی پزشک

مباحث مطرح در این زمینه در سه عنوان عمده جای می‌گیرند:

۱- روزآمدبودن اطلاعات پزشک و تجربه کافی
۲- انجام مشاوره‌های تخصصی در صورت لزوم
۳- موارد قصور و تقصیر در تشخیص و درمان

از قدیم طبیب به‌عنوان فردی حاذق و بصیر در اذهان منعکس شده است و از آنجا که پزشک با جان افراد سروکار دارد دقت نظر، تشخیص صحیح و درمان بجا اهمیت فراوانی دارد. لذا با توجه به خصوصیت فراموشکاری انسان و تحول مستمر علم پزشکی، کسب مهارت دانش پزشکی و پژوهش مستمر و پویا در این حیطه در حرفه پزشکی ضروری است. در اکثریت کشورها در سیستم بهداشتی ودرمانی به نحوی به این نکته اشاره کرده‌اند و برای آن برنامه‌ریزی انجام داده‌اند. یک نکته مهم اخلاق پزشکی این است که در صورت عدم وجود صلاحیت کافی پزشک، فایده رساندن به بیمار مقدور نبوده بلکه گاه باعث اضرار بیمار خواهد شد. همچنین دخالت طبیب در زمینه‌ای که تبحر کافی در آن ندارد ممکن است به عواقب وخیم حتی مرگ بیمار منجر شود. صلاحیت شامل جنبه‌های علمی، ارتباطات و تجربه حرفه‌ای می‌باشد. مهارتهایی که یک پزشک باید کسب کند را می‌توان به چند دسته تقسیم نمود:

- مهارتهای خوب شرح حال گرفتن
- مهارت‌های خوب مشاهده و معاینه نمودن
- مهارت‌های ارتباط برقرارکردن
- مهارت‌های آموزشی مستند (با مدرک)
- توانایی رسیدن به تشخیص‌های افتراقی صحیح
- توانایی استفاده از علوم تئوری در صحنه عمل و بالین بیمار

پزشک باید علاوه بر تلاش در جهت کسب مهارت‌های ذکر شده، در مواردی که تخصص لازم را ندارد بیمار را به متخصص مربوطه ارجاع نماید و از اقدامات خودسرانه و غیرعلمی خودداری کند. کشورهای مختلف در زمینه تعیین موارد قصور یا تقصیر از سوی پزشک تعاریف و قوانینی دارند که می‌تواند مباحث مفصلی را در زمینه‌های مختلف اخلاق پزشکی دربرگیرد.

رضایت بیمار

شرایط، دستورالعمل‌ها و قوانین مربوط به اخذ رضایت قانونی از بیمار از عناوین مورد بحث در این حیطه می‌باشد و نیز:

۱- نحوه اخذ رضایت در مواردی که بیمار دچار اختلال تصمیم‌گیری است.

۲- میزان آگاهی وشناختی که باید به بیمار انتقال داد.

بحث رضایت و چگونگی اخذ آن مسئله بسیار مهمی است. اصول متفاوتی در این زمینه تدوین شده است که اطمینان حاصل شود که رضایت اخذ شده معتبر است. البته نباید اصولاً به امضای یک برگه اکتفا نمود. روند آن اهمیت اساسی در این زمینه دارد.

تمام قوانین اخلاق پزشکی بر اهمیت حفظ اختیار (اتونومی) بیمار تأکید دارند (۳، ۵). اصل احترام به اتونومی نیازمند این است که پزشک اطلاعات کافی را برای انتخاب آگاهانه در اختیار بیمار بگذارد و پزشک برای تصمیمات‌درمانی بیمار احترام قائل شود (۵). مبادله اطلاعات موجود با بیمار و تشریح گامهایی که برای سیر بهتر بیماری لازم است برداشته شود، بیمار را در صورت لزوم برای بحث‌های بعدی در مورد تصمیمات‌درمانی آماده می‌نمایند (۳). اما اینکه به چه میزان اطلاعات لازم است تا مطمئن باشیم تصمیم‌گیری بیمار همراه با رضایت است، در شرایط مختلف متفاوت می‌باشد. انجمن عمومی پزشکان امریکا حقوق بیماران در خصوص‌دادن اطلاعات و آگاهی به او را بدین نحو تعریف نموده است (۳):

«بیماران حق دارند در مورد وضعیت خود و اقدامات درمانی در دسترس آگاه شوند. میزان آگاهی که باید به هر بیمار داده شود براساس عواملی مانند طبیعت عارضه، پیچیدگی درمان، خطرهای همراه با درمان‌های جراحی، و خواسته‌های شخصی بیمار متغیر خواهد بود (GMC، ۱۹۹۹)».

البته در صحنه عمل مشکلات زیادی ممکن است در سیر اخذ رضایت آگاهانه وجود داشته باشد. اگر پزشک تنها منبع اطلاعات بیمار باشد ممکن است تورشهایی را در تصمیم‌گیری بیمار داشته باشیم. از سوی دیگر مواردی وجود دارد که ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار مختل شده یا به‌طور کامل از بین رفته است که در این موارد پزشک در مشاوره با خانواده باید سعی کند تصمیم درست گرفته شود. فرد یا افرادی که می‌توانند این تصمیم را بگیرند براساس قوانین مختلف در کشورهای مختلف گوناگون است. علیرغم مطالب فوق و هر چند اعتقاد پدرسالاری در طب تضعیف شده است اما موارد زیادی ممکن است بروز نماید که ظرفیت و توان پزشک در اتخاذ شیوه مناسب تشخیص و درمان بیمار، مهمترین عامل در اداره بیماری باشد. به عبارت دیگر؛ تأکید روی رضایت بیمار، نیاز به یک متخصص با مهارت را که در هر وضعیت «بهترین کار» را برای بیمار توصیه نماید، برطرف نخواهد نمود (۳).

مسئله رضایت همراه با آگاهی در حال حاضر در قانون نیز جایگاه یافته است و مراقبین بهداشتی و پزشکانی که اطلاعات کافی در اختیار بیمار نگذاشته و یادرمانی دیگر غیراز آنچه بیماران

خواسته‌اند انجام دهند ممکن است به علت اهمال یا تعدی به حقوق بیماران تحت تعقیب قرار گیرند (۵). لذا علاوه بر وظیفه اخلاقی، وظیفه قانونی پزشک نیز این است که رضایت بیمار را اخذ نماید. برای معتبربودن رضایت اخذ شده سه اصل باید رعایت شده باشد (۵):

۱- اطلاعات کافی در اختیار بیماران گذارده شده باشد.
۲- بیمار صلاحیت لازم را برای دادن رضایت داشته باشد و ظرفیت کافی برای درک آگاهی داده شده و تصمیم‌گیری لازم را داشته باشد.
۳- تصمیم بیمار باید داوطلبانه و اختیاری باشد.

اخذ رضایت روشی است که اتونومی بیمار را حفظ می‌نماید لذا هرچند معمولاً رضایت از طریق فرمهای کتبی اخذ می‌شود اما می‌تواند بر حسب موقعیت، لفظی هم باشد.

از سوی دیگر اعمال درمان نباید با اکراه و اجبار سایرین بر بیمار صورت پذیرد. بیمار باید احساس کند در پذیرش یا عدم پذیرش اقدام تشخیصی یادرمانی مورد نظر کاملاً مختار است.

در این زمینه مباحث بسیار زیادی در اخلاق پزشکی مطرح است؛ آیا در تصمیمات پزشکی همواره باید به رضایت بیمار، حتی اگر بنا به تشخیص پزشک و یا نظر عموم مردم بر خلاف بود، اعتنا نمود؟ وظیفه گروه پزشکی چیست؟ به‌طور مثال: آیا رضایت مادر برای هر اقدامی برای جنین کافی است؛ چون او هنوز حق انتخاب ندارد؟ و بسیاری مسائل دیگر. اصولاً این سؤالات مباحثی است که باید براساس ارزش‌های هر جامعه راه‌حل‌ها و پاسخهایی را برای آن جستجو نمود.

رازداری پزشک و حقیقت‌گویی

رئوس مباحث مطرح در این زمینه عبارتند از:

۱- مطلق یا نسبی‌بودن اصل رازداری.
۲- مصالحی که باید در نظر گرفت: مصالح بیمار، اطرافیان، پزشک یا جامعه.
۳- نحوه ثبت و ذخیره اطلاعات پرونده‌های پزشکی و دسترسی به آنها.
۴- موارد خاص افشاء اسرار بیمار و حدود آن
۵- تعیین قوانین مربوط به بیماریهایی که باید اعلان گردد.
۶- حدود گفتن حقایق به بیمار و موارد کتمان یا تأخیر در گفتن واقعیت خصوصاً در مورد بیماری‌های بدخیم.

یکی از مهمترین وظایف اخلاقی در حیطه پزشکی، رازداری[1] است. رازداری از انتظار بیمار در مقابل اعتماد به پزشک برمی خیزد. مبانی رازداری در قوانین مختلف آورده شده؛ به‌طور مثال در بیانیه ژنو (۱۹۸۳) نیز گنجانده شده است (۶). رازداری علاوه بر اینکه یک عمل ارزشمند اخلاقی است، احترام به اتونومی و حفظ حرمت فردی بوده و نیز به علت ایجاد اعتماد متقابل، نتایج مطلوبتری را در امر تشخیص و درمان بیمار به همراه خواهد داشت. رازداری به‌عنوان یک «مسئولیت مقدس» در سوگندنامه بقراط شرح داده شده است (۳). رازداری پزشک اطمینان لازم را در بیمار جهت بیان تمام نکات و اسرار مربوط به بیماری ایجاد می‌کند که این امر گام مفیدی در تشخیص و درمان مؤثرتر

1- Confidentiality

می‌باشد. علاوه بر آن افشاء اسرار بیمار می‌تواند موجب هتک حرمت شخص وگاه حتی باعث فتنه و خونریزی شود (۱). اما آیا رازداری یک اصل مطلق است که هرگز نباید شکسته شود؟ اصل اولیٰ در روابط پزشک و بیمار رازداری است. در برخی جوامع حتی برای رازداری و حفظ آن قوانینی وجود دارد و پزشک اگر بدون اطلاع بیمار اقدامی برخلاف آن انجام دهد تعقیب می‌شود. ولی به نظر می‌رسد در شرایطی که نفع جامعه براساس قوانین و یا ضرر شخصی به فردی مطرح است، در موارد محدود و آنهم تنها برای رسیدن به اهداف مشخص که در مباحث اخلاق پزشکی بدان پرداخته شده است، مجاز به عدم رعایت رازداری هستیم. در مواردی چون انتشار گزارش‌های موردی یک بیماری باید اصل رازداری را از طریق عدم ذکر نام بیمار یا مشخصات خاص او رعایت کرد. البته موقعیت‌های خاصی نیز وجود دارند که پزشک ممکن است اطلاعات مربوط به بیمار را به‌عنوان یک قانون یا عمل اخلاقی مناسب، فاش سازد. حدود و قوانین دقیق رازداری برحسب بیماری و درمان و نیز در کشورهای مختلف متفاوت است و لذا پزشک باید از وظایف حرفه‌ای و قانونی خود آگاه باشد. طبق شرایط هر کشوری و بنا به شیوع برخی بیمارهای مسری، پزشکان موظفند برخی از بیماری‌ها را به شبکه‌های بهداشتی اطلاع دهند (۱). در این موارد حفظ منافع عالیه جامعه لازم است. بیشتر قوانین اخلاقی در موارد معدودی اجازه افشاء اطلاعات بیمار را می‌دهند از جمله: مطابقت با یک ماده قانونی مقرر (بیماری‌هایی که باید اعلام شود، اعتیاد به مواد مخدر، بیماری‌های مقاربتی خاص)، حکم دادگاه و مواردی که سوءاستفاده از کودکان احتمال می‌رود (۶). در هر حال سه مصلحت باید از جانب پزشک مد نظر باشد: مصلحت بیمار، اطرافیان و جامعه (۱). به‌عنوان مثال می‌توان بیمار جوان دچار سفیلیس را ذکر کرد که قصد دارد با دختری که از بیماری او اطلاع ندارد ازدواج کند؛ یا بیمار دچار صرع که مسئولیت مهمی مانند فرماندهی برج مراقبت را به عهده دارد. در این موارد به نظر می‌رسد نیاز به راه حلی برای مسئله احساس شود. در کشورهای مختلف در این زمینه در مباحث اخلاق پزشکی توصیه‌هایی نموده‌اند که در بسیاری از موارد حتی این کار با نظر بیمار و با اطلاع او انجام می‌شود. در مواردی که نیاز به مشاوره‌های تخصصی در مورد بیمار وجود دارد ممکن است نیاز به بیان شرایط بیمار به اجمال ضرورت یابد.

حقیقت گویی[1]، دادن اطلاعات صحیح به بیمار می‌باشد. البته ممکن است به بیمار دروغ گفته نشود ولی حقایق پنهان شود یا احساسات کاذب ایجاد شود (۳). به‌عنوان مثال قبلاً معمول بوده است که در مواقعی که ممکن است از بکار بردن کلماتی چون «سرطان» که ترس از مرگ را در خاطر بیمار می‌آورد، پرهیز شود و یا بیمار از بدخیمی‌ها مطلع نشود مگر در مواردی که مستقیم سؤال شود (۳). چنین طفره رفتن‌هایی در حال حاضر در بسیاری از جوامع تأیید نمی‌شود چرا که نگرش و اطلاعات گستردهای که در این زمینه وجود دارد این کار را

1- truthfulness

خنثی می‌سازد. از سوی دیگر چنین اموری باعث عدم اعتماد به حقیقت گویی پزشک می‌شود؛ حتی اگر به‌طور مستقیم دروغی گفته نشده باشد (۳).

بحث عمده‌ای که در این خصوص وجود دارد این است که گفتن حقایق ممکن است باعث از بین رفتن امید در فرد بیمار شود (۷). اما نشان داده شده است که اکثریت مردم ترجیح می‌دهند به‌طور مستقیم شانس زنده ماندن به آنها گفته شود تا اینکه در مورد طبیعت بیماری نگران باقی‌بمانند و دیگران از روی ترحم و شفقت، حقایق را در مورد بیماری به آنها نگویند (۳). اما وضعیت‌های بالینی وجود دارد که ممکن است بیمار تحمل حقیقت گویی صریح و کامل را به‌طور موقت نداشته باشد که در این موارد می‌توان گفتن حقیقت را به تأخیر انداخت؛ مثل زمانی که بیماری دچار تصادف شده و وضعیت جسمی خوبی ندارد؛ در این وضعیت ممکن است مرگ بستگان تا مدتی از او مخفی نگه داشته شود تا صدمه روانی شدیدی به او وارد نشود (۳).

نکته دیگر این است که در برخی مواقع برای تصمیم‌گیری صحیح، بیمار باید تصویر حقیقی بیماری خود را بداند و لذا نگفتن حقیقت به بیمار یا راهنمایی اشتباه، توانایی بیمار را برای اتونومی از بین می‌برد (۶).

بر مبنای تئوری مبتنی بر وظیفه (مکتب کانت) که موافقین زیادی دارد؛ در حال حاضر در بسیاری از کشورها از جمله انگلستان و امریکا تأکید بر این است که تمام حقایق برای بیمار بیان شود (۶). تئوری اصالت سودمندی نیز گفتن حقایق به بیمار را باعث تقویت ارتباط بین پزشک و بیمار می‌داند (۶).

اما در برخی کشورها و برخی فرهنگ‌ها ممکن است گفتن تمام حقایق به بیمار جایز شمرده نشود. بنظر می‌رسد اکثر پزشکان با این سخن افلاطون موافق باشند که در دستان طبیب «گفتن حقیقت» به‌عنوان یک داروست که پزشک باید با توجه به اثرات آن تصمیم بگیرد تجویز کند یا خیر (۸).

ارتباط با همکاران حرفه‌ای

مسائل عمده مورد بحث در این زمینه عبارتند از:

۱- حدود تعهد پزشک به بیمار

۲- حقوق متقابل پزشک و کادر پزشکی و پیراپزشکی

۳- رفتار در قبال خطاهای همکاران

۴- مشاوره و میزان دخالت در تصمیم‌گیری همکاران

۵- روابط پنهان مالی و سوءاستفاده از بیمار

ارتباط با همکاران حرفه‌ای به نحوی باید برنامه‌ریزی شود که هدف اصلی طب که شامل سلامت و مراقبت از بیمار است را تأمین نماید. اصل اولیه قانون کنوانسیون ژنو در زمینه اخلاق پزشکی این است: «سلامت بیمارم اولین هدف من خواهد بود» (۴). لذا در امر ارتباط با همکاران نیز تعهد پزشک در قبال بیماران، نسبت به تعهد در مقابل سایر پزشکان و کادر پزشکی، در اولویت می‌باشد. گاهی وفاداری حرفه‌ای می‌تواند به ضرر بیمار تمام شود؛ خصوصاً وقتی به پوشاندن عدم صلاحیت یا خطای همکار منتهی شود (۳). رعایت روابط صحیح بین همکاران گروه پزشکی در مداوای بیمار

نقش ارزشمندی در اثر اعتماد بیشتر فراهم می‌کند ولذا گروه پزشکی باید به نکات مطرح در اخلاق پزشکی در این زمینه توجه کنند. توجه به سلامت بیمار نیز به معنای شوراندن بیمار برعلیه همکار دیگر نمی‌باشد. متأسفانه در بررسی مشکلات ارجاعی به سازمان‌های نظام پزشکی بسیاری از پرونده‌های شکایت بیماران به نحوی به این مسئله مرتبط می‌گردد. این امر فضای پزشکی را آلوده می‌گرداند و باید از آن اجتناب نمود. نکته اصلی این است که در ارتباط با همکاران باید آداب معاشرت یا etiquette را از اخلاق یا ethics افتراق داد (۳). اصولاً در مشاوره‌های پزشکی اتونومی بالینی پزشک اصلی مورد توجه است؛ لذا هرچند تصمیم‌گیری و تجربه یک متخصص مجرب باید مورد احترام باشد و دخالت ناآگاهانه در آن نباید صورت گیرد اما این امر به این معنا نیست که تخصص صرف بهترین حفاظ برای سودمندی بیماران است (۳). به منظور اینکه نحوه عمل برای بیمار بهره بیشتری داشته باشد، هر پزشک باید در فرایند اتخاذ تصمیم سایر همکاران را دخیل نماید تا تشخیص‌ها و درمانهای دیگر از نظر دور نماند و نیز در مواردی که تصمیم‌گیری مشکل است حمایت لازم صورت گیرد. در بسیاری از موارد، نگرش و نظر پرستار یا مددکار می‌تواند بهتر نیاز بیمار را برآورده کند تا صرفاً نظر پزشک. اما ارتباط ایده‌آل بین همکاران یک ارتباط دوطرفه‌ای است که هم شامل حمایت می‌شود و هم شامل بیان صادقانه و آزاد پیرامون بیمار (۳). با این شیوه، وقتی بحث پیرامون یک بیمار انجام شده و توسط مجربین و متخصصین مختلف نظرات آزادانه داده شود، نیازهای بیمار نیز سهل‌الوصول‌تر خواهد شد.

توجه به اعتقادات بیمار

آشنایی پزشک با اصول اساسی اعتقاد بیمار، خصوصاً در موارد خاصی که با امور پزشکی از شرح حال و معاینه گرفته تا درمانهای مورد نظر مرتبط است، کاملاً ضروری است. این نکته خصوصاً در مورد اقلیت‌های مذهبی در کشورهای مختلف گاه مشکلاتی را به همراه دارد. در کشور خودمان از آنجا که اکثریت افراد مسلمان هستند رعایت اصول شرعی توسط پزشک جهت برقراری ارتباط مناسب با بیمار الزامی است.

در قسمتی از سوگندنامه تنظیمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چنین آورده شده است(۱) : «***من در برابر قرآن کریم به خداوند قادر متعال، خدایی که بر همه امور آگاه است و تمامی موجودات در قبضه قدرت اوست سوگند یاد می‌کنم که به احکام مقدس اسلام و حدود الهی با دیده احترام بنگرم، از خیانت و تضییع حقوق بیماران به‌طور جدی پرهیز کنم، نسبت به حفظ اسرار آنان جز در مواقع ایجاب ضرورت شرعی پای‌بندی کامل داشته و خدا را در همه حال حاضر و ناظر شئون خود بدانم***».

همان‌گونه که ذکر شد ما در کشوری با فرهنگ اسلامی که مورد قبول اکثریت جامعه می‌باشد قرار داریم؛ دانستن و آشنابودن با ایده‌ها وارزش‌های این ایدئولوژی برای پزشکان یک ضرورت است. جالب است ذکر شود که در کتابی که در سیستم بهداشتی

انگلستان (NHS) برای آموزش و آگاهیهای پزشکان عمومی (GP) تدوین یافته است فصلی به آموزش فرهنگهای مختلف از جمله اسلام اختصاص یافته است. استدلال این کار آنست که پزشکان با این بیماران روبرو می‌شوند لذا باید درک درستی از رفتار آنان داشته باشند. پزشک نباید رفتاری مخالف با ارزشهای بیمار که می‌تواند به او آسیب روحی بزند، انجام دهد.

بسیاری از ایده‌های بزرگ و مطرح اخلاق در مقوله طب و مراقبت‌های بهداشتی در جهان از فرهنگهای یونان، روم و مسیحیت نشأت گرفته است. در سال‌های اخیر بسیاری از منابع اطلاعاتی موجود در این زمینه در کشورهایی چون انگلستان و آمریکا تهیه شده است؛ اما فرهنگ غنی اسلام با اصول و فروع، علوم نظری و عملی و نیز احکام و اجب، حرام، مباح، مکروه و مستحب که توسط فقه پویای شیعه بیان گردیده است، در حیطه اخلاق پزشکی سخنان محکم و والایی دارد. به نظر می‌رسد ما باید با نظر به زبان اخلاق پزشکی روز با الهام از معارف ارزشمند و فرهنگ غنی خودمان تدوینی نو در این زمینه انجام دهیم. در کشورهای اسلامی با توجه به فرهنگ و عرف مطابق با اسلام و شئون اسلامی، هر پزشکی چه مسلمان و چه غیرمسلمان مؤظف به رعایت آداب اسلامی می‌باشد.این امر از چند جنبه مورد اهمیت است: یکی از جهت اتونومی و آزادی بیمار در اعتقادات شخصی، دوم در جهت حفظ ارتباطات صمیمانه بین پزشک و بیمار، و سوم با توجه به اصل سودمندی و عدم اضرار به بیمار. احکام اسلام به دلیل جامعیتی که دارند بسیاری از مصالح جسمی و روحی انسان را در نظر گرفته‌اند؛ از سوی دیگر اعتقاد بیمار به احکام اسلامی خود مسئله مهمی است که باید توسط پزشک مدنظر باشد. لذا پزشک در مواردی که برخی اقدامات ممکن است با ارزش‌های مورد قبول بیمار تعارض داشته باشد، باید نهایت دقت را بکار برده و با آگاهی و دقت نظر کامل اظهار نظر نماید. رعایت حدود و حفظ پوشش مقدور در معاینات و اظهار نظر مسئولانه در مواردی چون روزه گرفتن یا نگرفتن بیمار، سقط جنین،... از جمله مسائل مطرح در این بحث می‌باشند.

روابط مالی پزشک و بیمار

روابط مالی از مباحث مطرح در اخلاق پزشکی است که در اکثریت نوشته‌های اخلاق پزشکی اشاراتی به آن می‌یابید تدوین اصول و راهکارهایی که موجب کاسته‌شدن روابط مالی بین پزشک و بیمار شود از مباحث مطرح در این زمینه است. به نظر می‌رسد تا حد زیادی این مسئله مرتبط با سیستم متفاوت ارائه خدمات در کشورهای مختلف است. لذا باید در بحث رابطه پزشک و بیمار به آن توجه نمود و راهکارهایی برای رعایت بیشتر اصول اخلاقی اندیشه کرد.

جسم انسان در اخلاق پزشکی

بحث «جسم انسان» جدا از موضوع انسانیت و وجود انسان، ارزشمند است و لذا استفاده از آن از جمله در تشریح جسد و پیوند عضو از جسد در زمینه اخلاق پزشکی موضوع بحث‌های مهمی است. این

موضوع در فرهنگ‌های مختلف مورد بحث است. مذاهب و مکاتب مختلف ارزش متفاوتی برای جسم انسان به تنهایی یا به عبارتی «جسد انسانی» قائل می‌باشند. معارف ما هر چند ارزش والای انسانیت را به وجود روح که نفحه‌ای الهی است می‌داند اما برای جسم انسان به‌عنوان جایگاه استقرار روح، ارج ویژه‌ای قائل شده است که این امر حتی پس از جداشدن روح از جسم (پس از مرگ) نیز ادامه دارد. در اینجا برخی از مباحث پیرامون جسم انسان، به‌طور خلاصه مورد اشاره قرار می‌گیرد.

مباحث مطرح

- **تشریح جسد**
- **پیوند عضو از جسد**
  (در مبحث پیوند اعضاء آورده می‌شود).
- **اتوپسی**
- **استفاده‌های آموزشی و پژوهشی از بدن متوفی**

تشریح جسد

تشریح جسد[1] مبحث اخلاقی مهمی است چرا که فرآیندی است که مثله نمودن اجزاء تن مادی انسان را در بر می‌گیرد و عملی است که عموماً جامعه اجازه انجام آزادانه آن را نمی‌دهد.

برخی از مسائل مهم که در این زمینه مطرح می‌باشند عبارتند از:

۱- ارزش جسم انسان پس از مرگ
۲- اخذ رضایت
۳- تعیین مالکیت جسد
۴- مثله کردن و تشریح جسد در فرهنگ‌های مختلف
۵- تهیه جسد برای تشریح
۶- استفاده از اجساد بدون مدعی
۷- استفاده از اجساد بیماران روانی یا افراد بدون سرپرست در نوانخانه‌ها
۸- حقوق جسد در اتاق تشریح

توجه به ارتباط بین جسم با انسانی که قبلاً زنده بوده است انجام اعمال آزادانه روی جسد را محدود می‌کند.اما اینکه چرا جسد از نظر اخلاقی مورد احترام بوده و نیاز به قوانین دارد، می‌تواند مورد سؤال باشد. در این زمینه بحث‌های مختلفی مطرح شده است؛ از قبیل اینکه: جسد ارزش باطنی[2] دارد؛ چرا که ارزش فرد پس از مردن از بین نمی‌رود و جسم شخص از خود او قابل‌تمایز نیست و لذا احترام به او لازم است (۹). جسد یادآور خاطراتی است که احترام به او باید حفظ شود. احترام ما به شخص فوت شده و خاطرات او باعث می‌شود به‌باقی‌مانده جسم او احترام بگذاریم و این اتصالی است که به آسانی قطع نمی‌شود. البته برخی نیز مطرح می‌نمایند که جسد ارزش وسیله‌ای[3] دارد، یعنی می‌تواند به‌عنوان وسیله‌ای در نظر گرفته شود که با موت فرد از ارزش می‌افتد (۹).

تهیه جسد برای تشریح از مطالب مهمی است که خصوصاً به علت افزایش تقاضا از سوی دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی مورد بحث می‌باشد. در برخی کشورها، قراردادن تشریح جسد به‌عنوان یک تنبیه برای کسانی که مرتکب قتل نفس شده بودند (به جای اعدام) سابقه تاریخی دارد

1- Dissection 2- intrinsic value
3- instrumental value

(۱۹). همچنین نبش قبر، دزدیدن اجساد و معامله آنها باجراحان، آناتومیست‌ها یا دانشکده‌های پزشکی در برخی کشورها از جمله انگلستان صورت می‌گرفت تا اینکه در سال ۱۸۳۲ این عمل متوقف و استفاده از اجساد بدون مدعی یا «unclaimed bodies» معمول گردید؛ هر چند در مورد آن هنوز بحث‌هایی وجود دارد. نوانخانه‌ها و بیمارستانهای روانی نیز در بین سالهای ۱۹۰۰ تا ۱۹۳۰ از منابع عمده تأمین جسد بودند. اولین بار در سال ۱۹۴۳، استفاده از جسد با وصیت فرد متوفی صورت گرفت (۹).

در کشورهای مختلف قانونمندکردن تهیه و استفاده از جسد از سالها پیش صورت گرفته است. به‌عنوان مثال در انگلستان دو تصویب نامه وجود دارد که یکی (Human Tissue Act, 1961) شرایط استفاده از اجساد افراد متوفی برای معاینات پس از مرگ، اهداف درمانی و نیز اهداف آموزشی و پژوهشی پزشکی را بیان می‌دارد و دیگری (Anatomy Act, 1984) مالکیت جسد برای «معاینه آناتومیک» به منظور تشریح بدن با هدف آموزش، تعلیم یا پژوهش پیرامون مورفولوژی را بیان می‌دارد (۹). قوانین جدید تأکید دارند که اهداء بدن شخص برای تشریح یک عمل کاملاً ارادی و داوطلبانه است.

در کشور ما هم چارچوبهایی با توجه به ضرورت استفاده از جسد در آموزش پزشکی تعیین شده است. در هر صورت، استفاده از جسد یک مسئله است و برخورد حاکی از احترام به اجزاء باقی‌مانده پس از آموزش نکته مهم دیگری است که در مباحث اخلاق پزشکی مطرح می‌باشد.

اتوپسی

اتوپسی یا معاینه پس از مرگ از اعمالی است که به فراوانی و به دلایل مختلف روی اجساد صورت می‌گیرد. برخی نکات اخلاقی مطرح پیرامون اتوپسی عبارتند از:

۱- اخذ رضایت (متوفی یا اولیاء جسد)

۲- تعیین موارد ضرورت انجام اتوپسی

۳- تعیین وضعیت بافت‌ها و اعضا جدا شده از جسد

۴- حدود و شرایط اتوپسی درموارد جنایی و قضایی

اثبات حقیقت با شناسایی دقیق پایه و مبنای بیماری و جستجوی علت مرگ از فراوانترین علل انجام اتوپسی می‌باشند. همچنین کسب اطلاعات ارزشمند از فرآیند بیماری توسط دانشجویان پزشکی از موارد اتوپسی است (۹، ۱۰). در برخی منابع اخلاق پزشکی برخی از موارد مجاز برای پژوهش روی بافت انسانی در اتوپسی ذکر شده است که عبارتند از (۱۱، ۹):

- فهم عامل عفونی مانند HIV، ویروس Epstein-Barr و بیماری Creutzfeld-Jakob
- پاتوژنز بیماری Alzheimer
- علل احتمالی سندرم مرگ ناگهانی نوزادان و اختلالات شایع منجر به مرگ در نوزادان
- ارزیابی واکنش بدن به titanium hip implants
- روش‌های تعیین و اثبات غرق‌شدگی به‌عنوان علت مرگ
- عوامل خطر مربوط به بیماری شریان کرونر و انفارکتوس میوکارد

● اثر مواد و داروهای مختلف روی بدن؛ برای مثال آسپیرین، الکل و OCP

انجام اتوپسی نیازمند اخذ رضایت است که از خود فرد (قبل از مرگ) یا از نزدیکترین خویشاوند، جایگزین فرد، (پس از مرگ) اخذ می‌شود. در برخی از فرهنگ‌ها که ارزش زیادی برای دست نخورده‌بودن جسد قائلند، اتوپسی پذیرفته شده نمی‌باشد. اما در جوامعی نیز که اتوپسی انجام می‌شود، بر اخذ رضایت در مواردی که اتوپسی با اهداف آموزشی و پژوهشی صورت گیرد بیشتر تأکید می‌شود. در هر حال باید جزئیات اتوپسی، ارگانها و بافت‌هایی که برداشت می‌شود و نیز استفاده‌های احتمالی پژوهشی یا آموزشی در آینده، باید به وضوح مشخص شود (۹).

استفاده‌های آموزشی و پژوهشی از بدن متوفی

این مسئله در بسیاری از جوامع از نظر اخلاق پزشکی مورد بحث قرار گرفته است. ضرورت اخذ رضایت در این خصوص از مباحث مهم مطرح است. برخی از مباحث دیگر عبارتند از:

۱- حقوق جسد در اتاق تشریح

۲- شرایط و حدود انجام اقدامات اموزشی و پژوهشی در بدن فرد تازه متوفی

رفتار غیراخلاقی با بدن فرد تازه متوفی یا جسد تعاریف مختلفی داشته اما در هر حال نباید صورت گیرد. جسد در اتاق تشریح نیز از حقوقی برخوردار است که باید تعریف شده و مراعات شود. آموزش لازم در مورد مراعات حقوق جسد، نحوهٔ تشریح، خودداری از تشریح تروماتیک و مثله‌کردن بدن متوفی و استفاده از تجربیات علمی در این زمینه باید به دانشجویان پزشکی و علوم تشریحی داده شود.

آموزش اقدامات بالینی در فردی که از نظر بالینی مرده است (جسدی که هنوز گرم است) سابقه طولانی داشته و در بسیاری از مراکز آموزشی پزشکی معمول می‌باشد. این اقدامات می‌تواند تهاجمی یا غیرتهاجمی باشد. اقداماتی همانند لوله‌گذاری داخل تراشه یا جایگذاری مسیر مرکزی (cvp line) که با وسایل دیگر به‌طور کامل قابل‌یادگیری نیستند، از این قبیل می‌باشند. گرچه امروزه روش‌های متعدد دیگری (skill lab)، جهت آموزش موارد فوق، به کمک دانشجویان آمده است ولی هنوز از مباحث مطرح می‌باشد. با توجه به اینکه اقدامات باید بلافاصله پس از مرگ و قبل از شروع تصلب عضلانی پس از مرگ[1] صورت گیرد، اخذ رضایت مشکل یا غیرممکن خواهد بود (۹). نوع اقدام و اثری که روی جسد باقی‌می ماند از نظر عموم اهمیت داشته و مسلماً اقدامی همانند لوله‌گذاری با اقدام به تشریح بدن متفاوت خواهد بود.

در مورد پژوهش روی جسد تازه نیز بحث‌های زیادی وجود دارد اخذ رضایت آگاهانه در مورد انجام پژوهش در این مورد، خصوصاً در مواردی که انجام پژوهش مستلزم صدمات جدی به جسد باشد، الزامی است. این امر با تشریح تفاوت‌های عمده‌ای دارد به‌طور مثال تجربیات مربوط به airbag که

1- rigor mortis

ممکن است باعث پارگی شدید راههای هوایی و صدمه به ریه شود با تشریح معمول جسد که توسط تکنسین‌ها و دانشجویان صورت می‌گیرد متفاوت است.

مباحث اخلاق پزشکی قبل از تولد انسان

ارزش انسان طی حیات دنیوی، مقوله‌ای مطرح در اکثر مکاتب و جوامع می‌باشد و ارزش انسانی پس از مرگ مورد قبول کلیه مذاهب است. اما این سئوال که انسان قبل از تولد در چه مرحله‌ای از رشد داخل رحمی «انسان» تلقی شده و صاحب تمام حقوق و ارزش وجودی یک انسان میگردد، با پاسخ‌های متفاوتی روبرو می‌باشد. آیا ارزش انسانی از زمان لقاح به نطفه حاصله تعلق می‌گیرد؟ آیا ارزش حیات رویان به اندازه ارزش حیات جنین می‌باشد؟ و آیا ارزش این دو در حد ارزش یک انسان کامل است؟ اگر بین حیات جنین و مادر یکی قابل نجات باشد کدامیک در اولویت خواهند بود؟ نگرش فرهنگ‌ها، مذاهب و مکاتب مختلف به ارزش حیات انسانی متفاوت می‌باشد و همین ارزش‌های متفاوت است که زمینه تصمیم‌گیری‌های گوناگون در بیماران و موارد مرتبط با این موضوع، مانند تصمیم مادر به از بین بردن جنین و سایر موارد، خواهد شد.

مباحث مطرح

- تعاریف بیولوژیک و اطلاق حیات انسانی
- سقط جنین
- پژوهش روی رویان و جنین
- عقیم‌سازی

تعاریف بیولوژیک و اطلاق حیات انسانی

این بحث از دو دیدگاه بیولوژیک و فلسفی می‌تواند مورد بحث قرار گیرد. اینکه زندگی از نظر بیولوژیک از چه زمانی آغاز می‌شود مورد بحث می‌باشد و این نکته‌ای است که در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در مورد انسان متولد نشده اهمیت دارد. بعد از انجام عمل لقاح (پیوند بین اسپرم و تخمک) حدود ۲ هفته طول می‌کشد تا نطفه حاصله در رحم جایگزین شود (مرحله pre-embryonic) (۱۲). پس از جایگزینی در رحم تا ۸ هفتگی به موجود حاصله رویان[1] گفته می‌شود (۱۲). پس از آن دوره جنینی[2] آغاز می‌شود که خود به دو دوره غیرقابل‌حیات[3] و قابل حیات[4] تقسیم می‌شود (۱۲). جنین به‌طور معمول زیر ۲۰ هفته در دوره غیرقابل‌حیات بسر می‌برد به این معنی که هر چند علائم حیات را نشان می‌دهد اما در صورت جداشدن از مادر قابلیت زنده ماندن نخواهد داشت. اما اصطلاح «قابل‌حیات» به جنینی اطلاق می‌شود که قابلیت زنده ماندن و حیات غیروابسته به مادر را دارد (۱۲).

با وجود تعاریف فوق در مورد تعیین زمان اطلاق حیات انسانی از نظر فلسفی و قائل‌شدن حقوق انسانی اختلافاتی وجود دارد. در این مورد سه دیدگاه عمده وجود دارد: یکی اینکه رویان و جنین، انسان محسوب می‌شوند، دوم اینکه انسان محسوب نمی‌شوند و سوم اینکه انسان‌های بالقوه هستند (۱۲).

از منظر و دیدگاه اول از زمان لقاح، نطفه حاصله از جایگاه و حقوق کامل انسانی برخوردار است. رویان یک انسان کوچک و مینیاتوری است که فقط

1- embryo
2- foetal
3- previable
4- viable

لازم است فرصت ظهور کامل انسانی به او داده شود؛ او یک انسان واقعی است با استعدادهای بزرگ بالقوه. با این دیدگاه در صورتی که بین آسایش و خوشبختی مادر و کودک تضاد حاصل شود تصمیم‌گیری حقوق مادر و کودک به آسانی میسر نخواهد بود و باید حالت‌های مختلف مورد بررسی قرار گیرد (۱۲).

اما از دیدگاه دوم، رویان یک شیء محسوب می‌شود تا یک شخص؛ لذا از نظر اخلاقی، هیچ حقوق انسانی بر آن مترتب نمی‌شود (۱۲). مرز و محدوده‌ای که‌این وضعیت تغییر می‌یابد کاملاً واضح نیست ولی بیشتر تأکید بر این است که زمان شروع هوشیاری، ادراک و فهم و توانایی احساس خوشحالی و درد در جنین، زمانی است که شیء تبدیل به شخص می‌شود. تعیین دقیق این زمان در حال حاضر اگر ناممکن نباشد، مشکل است و بین ۶ تا ۲۸ هفتگی نقل شده است(۱۲). در حقیقت اینجا مابین وجود انسان از نظر بیولوژی با وجود انسان از منظر اخلاقی تفاوت قائل شده‌ایم.

نگرش سوم جنین را صاحب پتانسیل یک انسان می‌داند. موجود داخل رحم یک انسان بالقوه است (نه یک انسان حقیقی) و ظرفیت انسان بودن را دارد. با این دیدگاه حد و مرزی برای زمان کسب انسانیت اتخاذ نمی‌شود و رویان و جنین در تمام مراحل رشد همان وضعیت انسانی را دارد (۱۲). این دیدگاه که حد واسطی بین دو دیدگاه قبل است، در زمینه‌های بیولوژیک و فلسفی با بسیاری از مکاتب و فرهنگ‌ها هماهنگ می‌باشد.

سقط جنین

سقط جنین موضوعی مورد بحث است که گاه حتی مباحثه و تبادل نظرات پیرامون آن پزشکان را از رسیدن به توافق متناسب و رضایت بخش بکلی ناامید می‌نماید. برخی از مسائل مهمی که در این زمینه مطرح است عبارتند از:

۱- تصمیم‌گیری در موارد تعارض بین حیات مادر و جنین

۲- رضایت والدین در سقط جنین

۳- موارد لزوم و اضطرار سقط

۴- سقط‌های غیرقانونی (مسائل مربوط به والدین و مسائل مربوط به پزشک و کادر پزشکی).

یکی از مسائلی که بحث سقط جنین را پیچیده می‌کند تعارض بین حقوق مادر با جنین می‌باشد. موقعیت‌هایی وجود دارد که حیات جنین با حیات مادر تعارض پیدا می‌کند. برای تصمیم‌گیری در این مورد باید معیارهایی تعیین شود تا در حد امکان آسایش و خوشی هر دو تأمین گردد. مسلماً این امر تحت تأثیر فرهنگ جامعه، مذهب فرد، میزان حمایت‌های اجتماعی و پزشکی در جامعه و وسعت همراهی خانواده و بستگان قرار می‌گیرد. اصولاً چگونگی نگرش ما به انسان و نحوه تصمیم‌گیری ما در مباحث فلسفه اخلاق پزشکی در بحث سقط جنین تأثیرگذار است. با چارچوبی که ما در معارف اسلامی داریم چگونه می‌توان در مورد حیات شخص دیگری تصمیم گرفت؟ نطفه از لحظه انعقاد، یک روند تکاملی را آغاز می‌کند که بخشی از آن درون رحم و بخشی خارج از آن خواهد بود. این موجود هرچند دوره‌ای را در رحم مادر خود می‌گذراند ولی موجودی غیراز مادر است و مانند ناخن، مو و سایر اعضاء از آن مادر و در مالکیت اونیست که به دلخواه او یا براساس مصالح او، از بین برده شود (۱). برای اخذ یک تصمیم اخلاقی درمورد سقط جنین چند مسئله باید مد نظرقرار گیرد: خواسته‌های مادر (زن حامله)، خواست‌های اخلاقی جنین، مرحله

رشد جنین و وجود تناقض‌های ارزیابی‌های اخلاقی سقط جنین در جامعه(۱۲). مجموعه این عوامل و ارزش‌های حاکم بر جامعه است که تصمیم گیری‌های متفاوتی در این زمینه را سبب می‌شود.

موارد خاصی وجود دارد که بسیاری از فرهنگ‌های غیراسلامی در آن موارد سقط جنین را از نظر اخلاقی عملی موجه می‌شمرند از قبیل (۱، ۱۳):

۱- در مواردی که حاملگی مستقیماً حیات مادر را به خطر می‌اندازد مثلاً سرطان کشنده رحم که چاره‌ای جز هیسترکتومی ندارد.

۲- وجود ناهنجاری‌ها و ناقص‌الخلقه‌بودن جنین به نحوی‌که‌برای جنین‌و بستگان باعث‌حرج‌جدی شود.

۳- بارداری‌های ناشی از تجاوز به عنف و زنای با محارم.

در معارف اسلامی ما انسان خلیفه و جانشین خداوند در روی زمین است و از چنان کرامتی برخوردار است که خداوند کشتن یک فرد را به منزله کشتن همه افراد و زنده‌کردن یک فرد را به مثابه زنده‌کردن همه انسانها می‌داند. لذا براساس دستور اسلام سقط جنین جز در موارد بسیار ضروری و به‌عنوان تدبیری طبی - درمانی، ممنوع است؛ از قبیل مواردی که ادامه حاملگی مستلزم خطر جدی برای حیات مادر باشد (۱).

این مسئله که از چه زمانی جنین به‌عنوان یک شخص (انسان) تلقی می‌شود در بحث‌های سقط جنین بسیار تأثیر گذار می‌باشد (۱۳). از دیدگاه پیروان مکتب اصالت وظیفه، قابلیت در ادراک، نکته مهم و شرط لازم برای مختاربودن اخلاقی است لذا شاید در ماههای اول پس از لقاح، سقط جنین بلامانع باشد (۱۳). البته پیروان این مکتب به چند دسته تقسیم شده‌اند: عده‌ای قانونی‌بودن سقط جنین را در راستای حق حیات، آزادی و سلامت بدنی زنان می‌دانند ولی عده‌ای حق جنین را مقدم می‌شمرند (۱۳). اما پیروان مکتب اصالت سودمندی عموماً موافق سقط جنین می‌باشند و این امر را دفاع از حقوق زنان می‌دانند وبالاخره حق اتونومی کاملی در این موارد برای مادران در تدبیر برای جنین خود قائل هستند (۱۳).

در بسیاری از جوامع ارزش‌هایی وجود دارد که براساس آن سقط جنین‌هایی که برای احتراز از مسئولیت‌ها و گرایش به بی‌بندوباری‌های جنسی باشد از نظر اخلاقی مورد قبول نمی‌باشد. به نظر می‌رسد اختلاف نظر در این زمینه عمیق است و با بحث در خود این موضوع،بدون توجه به پیش زمینه‌های ذهنی و فلسفی آن، اختلافات حل نخواهد شد. نکته مهم دیگر چگونگی تصمیم‌گیری پزشکان و دست اندرکاران بهداشتی با مردمی که سیستم‌های ارزشی متفاوتی دارند، می‌باشد. تضادهای ارزشی ممکن است بین پزشکان و متخصصین بهداشتی با بیماران وجود داشته باشد که خود از موضوعات مورد بحث در اخلاق پزشکی است.

در ایران ما در این زمینه نظرات برخی فقها را داریم که فصل جدیدی را در این زمینه گشوده است. در این زمینه پس از بحث زیاد در مورد بیماری‌های

مانند هموفیلی و تالاسمی ماژور و... در صورتی که تشخیص قبل از حدود چهارماهگی داده شود می‌توان سقط جنین انجام داد.

پژوهش در رویان وجنین

برخی از مسائل مهم در این زمینه عبارتند از:

۱-تعیین شرایط و اهداف مورد قبول برای صدور مجوز پژوهش

۲- پژوهش در جنین سقط شده

۳- پژوهش در جنین در حال سقط

۴- پژوهش در جنین در داخل رحم

۵- مسائل اخلاقی مربوط به استفاده از رویان‌های تحت پژوهش

۶- مسائل اخلاقی استفاده از رویان در IVF

پژوهش در رویان علاوه بر خود رویان در بدن انسان، مسائل مربوط به قبل از جایگزینی تخم در رحم و نیز رویان تولید شده با وسایل تکنیکی را نیز در بر می‌گیرد؛ به‌عنوان مثال رویانی که توسط IVF تولید شده ولی برای مراحل بعدی رشد به داخل رحم منتقل نمی‌شود. برخی از دلایل توجهات پژوهشی در رویان عبارتند از (۱۲):

۱- فهم الگوی طبیعی رشد و متابولیسم ایجاد رویان انسانی

۲- درمان نازایی توسط IVF: بررسی مسائل مؤثر در قابلیت حیات رویان تولید شده و...

۳- پیشگیری از بیماریهای ژنتیکی مانند فیبروزسیستیک و دیستروفی عضلانی دوشن

۴- پیشرفت در زمینه پیشگیری از حاملگی

۵- جداسازی سلول‌های ریشه‌ای چندقوه‌ای [1] برای استفاده‌های بالینی در امر پیوند در بیماریهایی چون پارکینسون و بیماریهای دژنراتیو قلب، کبد و کلیه‌ها.

چارچوب‌هایی برای پژوهش در رویان در مباحث مرتبط با اخلاق در پژوهش مطرح است از قبیل اینکه:پژوهش اعتبار علمی کافی داشته و از نظر بالینی مفید باشد، اهداف مورد نظر در پژوهش‌های حیوانی قابل‌دستیابی نباشد، رضایت فرد دهنده رویان و نیز تأیید کمیته اخلاق پزشکی گرفته شود، هیچ تخم بارور شده تحت پژوهش قرار گرفته‌ای نباید بیش از ۱۴ روز نگهداری شود و تغییرات ژنتیک نیز نباید در آن صورت گیرد (۱۲).

علاوه بر مسائل فوق باید توجه داشت از نظر اخلاقی؛ گامت‌ها قبل از باروری نسبت به محصول پس از لقاء کمتر اهمیت دارند. تقاضای انجام پژوهش روی رویان‌های انسانی نیازمند مجوزهای قانونی است و این پژوهش‌ها باید فقط زمانی صورت گیرند که جایگزین کافی برای این پژوهش‌ها فراهم نباشد و صرفاً برای بدست آوردن اطلاعاتی که اهمیت بالینی دارد صورت پذیرد (۱۲).

در جنین سه نوع عمده پژوهش می‌تواند انجام شود: پژوهش در رحم قبل از انجام سقط یا زایمان طبیعی، پژوهش در رحم حین سقط، و پژوهش

1 - pluripotent stem cells

خارج از رحم روی جنین سقط شده.مباحث مرتبط با این موضوع از بحث‌های مهم اخلاق پزشکی در این زمینه است. استفاده از آمنیوسنتز و سونوگرافی در تشخیص‌های قبل از تولد، مطالعه رفتارهای جنین مانند الگوی تنفس، رفلکس‌ها و پاسخ به صوت و بررسی نقل و انتقالات مواد در جفت از انواع اول هستند(۱۲). نقل و انتقالات مواد در جفت، بررسی سیر زایمان طبیعی و اثرات مواد تشدید یا تأخیر دهنده زایمان و داروهای ایجادکننده بیهوشی می‌توانند در جنین در حال سقط انجام شوند(۱۲). پس از سقط جنین، در خصوص انجام پژوهش روی جنین سقط شده با توجه به دیدگاه‌های سه‌گانه‌ای که در مورد انسان‌بودن محصول حاملگی ذکر شد، نظرات متفاوتی وجود دارد (۱۲). در بسیاری از کشورها تجربیات روی جنین‌های زنده‌ای که قابلیت حیات ندارند می‌تواند با محدودیت‌های خاصی اجازه داده شود چرا که دانش زیست‌پزشکی پیرامون آن از طرق دیگر نمی‌تواند حاصل شود. جنین باید کمتر از ۲۰ هفته بوده و پژوهش هیچگونه اثری بر فرآیند سقط و طول مدت حیات نداشته باشد (۱۲). پژوهش روی جنین مرده در خارج از رحم و در جنین دارای قابلیت حیات در داخل و یا خارج رحم نیز مورد بحث می‌باشد. اکثراً توافق دارند که با یک جنین مرده باید مشابه یک انسان مرده رفتار شود لذا گرفتن رضایت از والدین مهم است (۱۲). در مورد جنین دارای قابلیت حیات، حتی پس از سقط، اکثراً معتقدند از نظر اخلاقی باید سعی شود حتی‌الامکان حیات جنین حفظ شود و تجربه روی آن به هر روشی که زندگی او را به مخاطره بیاندازد غیراخلاقی است (۱۲).

در مورد جنین‌هایی که در معرض خطر سقط هستند، انجام پژوهش نباید کوچکترین خطری برای جنین ایجاد کند (۱۲). اصولاً همانطوری که در بحث سقط جنین ذکر شد، براساس تفاوت نگرش‌های پایه‌ای و در زمینه اخلاق پزشکی تفاوت‌های عمده‌ای در مباحث مرتبط با این مطالعات هم وجود دارد.

عقیم‌سازی و پیشگیری از بارداری

بحث در این زمینه در مکاتب مختلف خصوصاً مکاتب اخلاق پزشکی مرتبط با مذهب بیشتر مطرح است. با توجه به تعریف مورد قبول برای انسان، اختیار او و حیطهٔ آن،این مباحث جایگاه پیدا می‌کند؛ به این شکل که آیا اختیار انسانها برای اینکه در قسمتی از ارگانهای خود تغییر غیر قابل برگشتی انجام دهند وجود دارد یا نه؟ این مباحث تا حدودی با مباحث مرتبط با تنظیم خانواده[1] درکشورهای اسلامی و مصلحت‌ها و قوانین اولیه و ثانویه در این زمینه‌ها مرتبط است (۱۴).

روش‌های پیشگیری از حاملگی شامل مصرف قرص‌های خوراکی هورمونی، ترکیبات آنتی‌پروژسترون، دستگاههای داخل رحمی، آمپول‌های هورمونی، روش‌های ممانعتی مانند

1 - Family Planning

کاندوم و دیافراگم و روش‌های مشابه، با توجه به تأثیر گذرا و قابل‌برگشت، کمتر مورد بحث می‌باشند اما روشهای قطعی پیشگیری از بارداری شامل توبکتومی و وازکتومی به دلیل اثر تقریباً غیرقابل‌برگشت بر باروری، با مخالفت‌هایی همراه بوده است. شبهه ناقص‌شدن یکی از اعضاء بدن توسط کسانی که با این کار موافقت ندارند مطرح شده است. حد و مرز دخالت انسان در ارگانهای خودش تا حدودی به تعریف ما در بحث‌های پایدار اخلاق پزشکی در زمینه حدود اختیار (اتونومی) انسان برمی‌گردد.

اخلاق پزشکی در کودکان

حقوق انسانی پس از تولد از مباحث مطرح در اخلاق پزشکی است که به برخی از عمده‌ترین موضوعات مطرح در این قسمت اشاره می‌شود.

مباحث مطرح

- مسائل اخلاقی در کودکان دچار عقب‌ماندگی ذهنی، معلولیت‌های شدید جسمی یا بیماری‌های صعب العلاج
- رضایت‌کودکان و سوءاستفاده از کودکان
- کودک و پژوهش

مسائل اخلاقی در کودکان دچار عقب‌ماندگی ذهنی یا بیماری‌های شدید

مباحث بی‌پایانی در مورد کودکان دچار معلولیت‌های شدید ذهنی یا جسمی وجود دارد. از نکات عمده مطرح دو موضوع است:

۱- حق حیات دراین کودکان و وظیفه جامعه و پزشکان

۲- مداخلات درمانی در آنها و اخذ رضایت

پس از تولد، کودک از دورهٔ نوزادی به‌عنوان عضوی از جامعهٔ انسانی از تمام حقوق طبیعی بشر برخوردار می‌باشد. بحث نحوه تصمیم‌گیری و حق اختیار (اتونومی) بحث دیگری است که در این زمینه نظرات متفاوت زیادی مطرح است. در بسیاری از مکاتب این موضوع را در زمانی قائل هستند که کودک ظرفیت تصمیم‌گیری دارد. در همین مسئله و در سنین پایین‌تر که به هر شکلی کودک نمی تواند با تصمیمات مخالفت کند بحث‌ها و تصمیم‌گیری‌های متعددی در زمینه مباحث اخلاق پزشکی مطرح شده است. مسئله دیگر فرد جایگزین کودک و نحوه تصمیم‌گیری اوست که بسیار بحث‌انگیز است. کودکانی که بعلت عقب ماندگی ذهنی، درک آگاهانه‌ای از زندگی نداشته و فاقد عملکردهای کیفی ضروری هستند لذا ظرفیت و توان زندگی شخصی را به‌طور انفرادی ندارند باید توسط شخص دیگری مورد حمایت قرار گیرند (۱۵). بسیاری از کودکان دچار نواقص عصبی مانند میکروسفال‌ها[1]، انسفال‌ها[2] و هیدروانسفال‌ها[3] هم می‌توانند جزو این گروه بشمار آیند. آیا در مورد این کودکان که توانائی ورود به ارتباطات انسانی را ندارند ما می‌توانیم شانه از زیر بار مسئولیت درمان و زنده نگه داشتن آنها خالی کنیم؟ کودکانی نیز هستند که هرچند توانایی شرکت در ارتباطات انسانی را دارند اما به علت معلولیت‌های جدی یا

1- microcephaly 2- anencephaly
3- hydranencephaly

بیماری‌های صعب العلاج، مداخلات درمانی در آنها هرچند ممکن است فوایدی در بر داشته باشد اما دوره حیات همراه با رنج آنها را طولانی می‌کند (۱۵). در این موارد چه باید کرد؟ به‌عنوان مثال اصلاح نقص دیواره قلبی در کودک دچار سندرم فریادگربه[1] در کودک چه فایده‌ای جز(شاید) رضایت وجدان پدر و مادر خواهد داشت؟ این مداخله مسلماً طولانی‌کردن رنج کشیدن را در پی خواهد داشت (۱۵). در این مورد بحث‌های زیادی در فرهنگ‌ها، مذاهب و جوامع مختلف وجود دارد و در کشورهای مختلف نیز قوانینی وضع گردیده است. کالج سلامت اطفال و کودکان رویال در انگلستان نیز در یک مصوبه طی سالهای اخیر پیشنهاد نموده است که در پنج موقعیت می‌توان مضایقه کردن یا قطع درمان را در نظر گرفت (۱۵، ۱۶): در کودکان دچار مرگ مغزی[2]، در وضعیت پایدار نباتی (PVS)[3]، در وضعیتی که هیچ شانسی وجود ندارد[4]، در وضعیت بدون هدف[5] و در وضعیت غیرقابل‌تحمل[6].

در این مورد با توجه به فرهنگ و مذاهب کشورها، نیاز به قوانین و سیستم‌های نظارتی فعالی وجود دارد. به نظر می‌رسد در فرهنگ ما بایستی به‌طور جامع این موضوعات مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به تفاوت نگرش‌های اساسی در فلسفه اخلاق و انسان در معارف ما، به نظر می‌رسد پاسخ‌ها لااقل در مواردی، مانند آنچه در این زمینه متداول شده و یا در حال گسترش است، نمی‌باشد. در عین حال همان‌طور که با روشن‌شدن موضوع سقط جنین در موارد بیماری‌های شدید صعب‌العلاج (پس از تشخیص آنها قبل از زایمان) به نظر می‌رسد ما در زمینه برخی بیماران دچار زندگی نباتی باید استراتژی مراقبت را با ارزش‌های مورد قبول جامعه تعریف نمائیم. در معارف ما و با بینش اسلامی به نظر می‌رسد اتانازی پذیرفتنی نیست اما آیا باید تمام تلاش‌های ممکن برای اینگونه بیماران انجام شود؟ حد این تلاش‌ها و استفاده از تجهیزات و امکانات کدام است؟ از طرفی ما اگر در این زمینه‌ها راه افراط را پیش بگیریم به نظر می‌رسد در زمینه تخصیص منابع (allocation of resources) مسائل اخلاقی را زیر پا گذاشته‌ایم. لذا دهها مسئله مطرح در این زمینه‌ها می‌تواند موضوعات نوینی برای بحث و نقد در کشورهای اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی باشد.

مسئله رضایت در کودکان و سوءاستفاده از کودکان

برخی مسائل عمده مطرح در این زمینه عبارتند از:

۱- سن قانونی برای پذیرش دخالت کودک در تصمیم‌گیری‌های طبی کدام است؟

۲- آیا والدین یا پزشک می‌توانند به جای کودک تصمیم بگیرند؟

۳- در موارد تعارض بین خواسته‌های والدین و کودک چه باید کرد؟

۴- در موارد کودک آزاری یا سوء استفاده از کودک وظیفه پزشک چیست؟ رازداری و حمایت از والدین یا دفاع از حقوق کودک؟

در بسیاری از مواقع تفاوت‌های غیرقابل‌تلفیقی بین نگرش والدین در مورد آنچه برای کودک بهتر است با اعتقاد پزشک به عملی که بهترین نتیجه را

1- cri - du - chat syndrome
2- brain - dead
3- permanent vegetative state
4- 'no chance' situation
5- 'no purpose' situation
6- 'unbearable' situation

برای کودک دارد، وجود دارد؛ میزان حق والدین در تصمیم‌گیری نیز از مباحث مهم در این زمینه است. در بسیاری از جوامع نقش والدین به‌عنوان یک نقش طبیعی یا «natural role» پذیرفته شده است و عموماً آنها را در تصمیم‌گیری برای کودک صاحب حق کامل می‌دانند (۱۵). اما گاه تعارضی بین خواسته‌های آنها و خواسته‌های کودک به‌عنوان یک انسان وجود دارد. این مسئله خصوصاً در زمانی که کودک در سنی است که نسبت به خود و خواسته‌اش درک کلی پیدا می‌کند، اما هنوز به سن قانونی برای رضایت نرسیده است، پیچیده‌تر می‌شود (۱۵). از سوی دیگر سن قانونی مورد نظر برای دخالت مستقیم در تصمیمات طبی، در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد.

در هر حال پزشک باید آرزوها و خواسته‌های والدین را در قبال آنچه برای کودک بهتر است بسنجد و پزشک و کادر پزشکی باید مطمئن باشند که ارزیابی آنها از بهترین خواسته بیمار حقیقتاً دقیق‌تر از ارزیابی خود اوست (۱۵، ۱۷). دروضعیت‌های دیگری نیز گاه پزشک وظیفه دارد بهترین تصمیم را برای بیمار بگیرد از جمله در مورد سوء استفاده از کودکان[1] و کودک آزاری (۱۵). در این موارد محافظت کودک از خطرات و تصمیم‌گیری مناسب به جای او، خصوصاً در صورتی که صدمه از جانب هر دو نفر والدین باشد، وظیفه پزشک است. تأمین آسایش اجتماعی باید پس از تشخیص، هرچه سریعتر مدنظر قرار گیرد؛ هر چند این امر گاه با رازداری تعارض می‌یابد (۱۵).

کودک و پژوهش

مباحث مطرح در زمینهٔ اخلاق در پژوهش‌های انسانی بطور جداگانه مورد بحث قرار خواهد گرفت اما در کودکان و برخی گروههای خاص توجه بیشتری وجود دارد. یک سئوال عمده این است که تصمیم‌گیری برای شرکت‌دادن کودک در پژوهش به عهده کیست؟ آیا والدین یا هر کس دیگری این حق را دارد که کودک را به‌عنوان داوطلب در پژوهشی شرکت دهد که سودی برای کودک نداشته بلکه ممکن است خطری را نیز متوجه او نماید؟ مسئله رضایت در انجام پژوهش بر روی کودکان اهمیت فراوانی دارد.

در کودکانی که به سن قانونی نرسیده‌اند یک راه پیشنهادی این است که با کودک صحبت و مشاوره شده و جهت همکاری در طرح جلب نظر شود (۱۵). اما این امر در نوزادان یا کودکان کم سن که هنوز قدرت فهم مسائل را ندارند مشکل‌ساز است لذا بسیاری از صاحب نظران پزشکی عقیده دارند تحقیقات غیردرمانی در این سن انجام نشود و یا چارهٔ اخلاقی دیگری اندیشیده شود (۱۵). با توجه به لزوم انجام برخی پژوهش‌ها در این کودکان که در سنین دیگر قابل انجام نمی‌باشد؛ لازم است در صورت تصمیم به انجام پژوهش در کودکان شرایط متعددی مورد توجه قرار گیرد از قبیل (۱۵، ۱۸):

- در صورتی که پژوهش هیچ فایدهٔ مستقیمی برای کودک ندارد باید خطرات نیز ناچیز و در حد قابل اغماض باشد.
- باید از ایجاد اضطراب، ناراحتی و نگرانی در کودک پرهیز شود.
- صرف رضایت والدین مشروعیت انجام مطالعه را تضمین نمی‌کند و مسئولیت طراحی و برنامه‌ریزی صحیح برای بدون خطربودن پژوهش به عهدهٔ پژوهشگر است.

1- child abuse

- باید تلاش شود که هرچند اخذ رضایت معتبر از کودک مقدور نیست اما به نحوی با کودک رفتار شود که کودک با رضایت در مطالعه مشارکت فعال داشته باشد و به هیچ وجه تحت فشار، سختی یا اجبار قرار نگیرد.
- هر مطالعه‌ای که با شرایط یکسان در بالغین می‌تواند بخوبی صورت بگیرد به هیچ وجه نباید در کودکان انجام شود.

در هر حال پزشک باید آسیب‌پذیر بون کودکان را در خاطر داشته باشد و بر ارتقاء ظرفیت آنها به‌عنوان افرادی مستقل از نظر اخلاقی تأکید شود (۱۵).

اخلاق پزشکی در پیوند اعضا و بافتها

پیوند اعضاء از مباحث مهم در زمینه اخلاق پزشکی است. در کشور ما با توجه به رواج مسئله پیوند اعضاء جوانب مختلف این مسئله نیاز به توجه دقیق دارد. موضوع پیوند اعضاء در اخلاق پزشکی زاینده دهها یا صدها موضوع است که به برخی از آنها اشاره می‌شود .جالب است که توجه به سیرتاریخی این موضوع در کشور ما به نوعی باعث روشن‌شدن نقش عوامل مختلف متأثر در یک مسئله از مسائل اخلاق پزشکی خواهد شد. بحث پیوند اعضاء از لحاظ علمی در کشور ما شناخته شد که این تأثیر دانش و علوم تجربی روز در پیوند اعضاء بود. به تدریج با ظهور این موضوع جدید، عالمان دین توجهی جدید به این موضوع نمودند و با قبول (افتاء) آنان این موضوع در کشورمان امکان عملی یافت. تعجب نکنید که در کشوری مانند ژاپن که از لحاظ علم و تکنولوژی پیشرفتی حیرت‌آور دارند هنوز در این زمینه مشکلات اساسی (به علت فرهنگ حاکم بر جامعه) وجود دارد. لذا رویکرد جدید نسبت به پیوند عضو در کشور را می‌توان تأثیر فقه در موضوع اخلاق پزشکی شمرد. امّا با تشخیص صاحب نظران هنوز ما در کشورمان نیاز به قوانین حقوقی برای گسترش امر پیوند داشتیم؛ این سیر طی شد. بار اول این امر در مجلس شورای اسلامی مورد تصویب قرار نگرفت و مجدداً پس از چندی مطرح و تصویب گشت. این مسائل جایگاه حقوق را در موضوع «پیوند اعضاء» باز نمود. این موضوع برای آموزش و جداکردن نقش ذی‌نفعان اخلاق پزشکی در کشور ما «مثال زدنی» است. با همه این نکات هنوز ما دهها و صدها مسئله در زمینه اخلاق پزشکی و پیوند اعضاء داریم که در حقیقت این مباحث، مباحث اخلاق پزشکی در پیوند اعضاء هستند؛ مانند چگونگی ارتباط دهنده و گیرنده، کمیته‌های تصمیم‌گیری، چگونگی برخورد با شرایط دهنده، خانواده و غیره. تفصیل بحث پیوند اعضاء در کتاب «نگرش جامع به پیوند اعضاء» آمده است (۱۹).

امّا در جهان موضوع پیوند عضو و در سالهای اخیر پیوند بافت با توجه به نیاز روزافزون جامعه، موضوعی مطرح در اخلاق پزشکی است که نیازمند هرچه قانونمندترشدن می‌باشد. اولین پیوند بالینی عضو در سال ۱۹۵۴ صورت گرفت که شامل پیوند کلیه بود (۲۰). امّا پیشرفت دانش و تکنولوژی در این زمینه در سال‌های گذشته بسیار چشمگیر بوده است. به تناسب آن، مباحث اخلاقی در پیوند اعضاء نیز تحولات شگرفی یافته است به نحوی که مباحث و موضوعات جدید در خصوص پیوند توجه حقوقدانان، رهبران مذهبی و فیلسوفان اخلاقی را به

این موضوع معطوف نموده است. فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف در جوامع تأثیر زیادی دژ تصمیم‌گیری اخلاقی در امر پیوند اعضاء دارند. به‌عنوان مثال در حالی‌که بیماران دچار مرگ مغزی از مهم‌ترین منابع تامین عضو در انگلستان بوده‌اند؛ در چین از مجرمین اعدامی برای این منظور استفاده می‌شود. با توجه به تفاوت در اعتقادات و مذاهب در کشورهای مختلف، در برخی موضوعات مطروحه در امر پیوند نمی‌توان قوانین اخلاقی واحدی را در دنیا انتظار داشت که با توسّل به آنها بتوان عمل اخلاقی و غیراخلاقی را تعریف و تبیین نمود امّا برخی چهارچوب‌ها و روش‌های تحلیلی در دنیا جهت این امر پیشنهاد شده است که در فصل فلسفهٔ اخلاق پزشکی اشاره می‌گردد. در هر حال موضوعات فراوان وجود دارند که نیازمند بررسی‌های بیشتر براساس ارزش‌های هر جامعه می‌باشند.

به برخی از مسائل عمده در زمینه پیوند اعضاء اشاره خواهد شد.

مباحث مطرح

- ❖ **پیوند عضو از جسد**
- ❖ **پیوند عضو ازدهندهٔ زنده**
- ❖ **حقوق و مسائل اخلاقی مطرح بین فرد گیرنده و دهنده عضو**
- ❖ **پیوند بافت**
- ❖ **پیوند بین حیوانات و انسان**

پیوند عضو از جسد

مباحث مفصلی که در خصوص پیوند عضو از جسد در دنیا مطرح می‌باشند برخی از آن موضوعات عبارتند از:

- اخذ رضایت و راههای آن
- روش اطمینان از مرگ قطعی
- مباحث اخلاقی پیرامون پیوند عضو از افراد دچار مرگ مغزی
- مباحث اخلاقی پیرامون پیوند عضو از افراد دارای حیات نباتی (PVS)
- مباحث پیرامون پیوند عضو از کودکان آنسفال

- اخذ رضایت از مهم‌ترین مشکلات در پیوند عضو از جسد می‌باشد. فرهنگ اهداء عضو در جوامع مختلف هنوز مشکلات فراوانی دارد. در بسیاری از جوامع مذهبی و حتی غیرآن مثل ژاپن این مسئله مشکلات جدی دارد. خوشبختانه در کشور ما مسیر طولانی در این زمینه طی شده است ولی هنوز گسترش بستر فرهنگ مردمی تلاش افزونتری می‌خواهد.

رضایت می‌تواند به سه گونه تقسیم شود (۲۱):

۱) رضایت آگاهانه یا informed consent (نظام opt-in)

۲) رضایت فرض شده یا presumed consent (نظام opt - out)

۳) تقاضای الزامی یا required request

در شیوهٔ اول رضایت در زمان حیات فرد اخذ گردیده است و فرد متوفّی دارای کارت اهداء عضو بوده یا اطلاع از این رضایت در کارت گواهینامهٔ رانندگی ذکر می‌شود (۲۱). ممکن است این نوع رضایت به صورت وصیّت کتبی و شفاهی به بستگان باشد. این نوع رضایت در بیشتر کشورهای غربی مطرح ویکی از راههای تأمین عضو پیوندی

است. در این مورد این مشکل گاه وجود دارد که علیرغم رضایت فرد، افراد خانواده به دلیل تألمات روحی یا علل دیگر تمایل به اهداء عضو فرد متوفّی ندارند و آن را مغایر اعتقادات خود یا منافی با احترام به جسد مرده می‌شمرند (۲۱).

در شیوهٔ دوم هرچند قبل از مرگ، رضایت اگاهانه از فرد اخذ نشده است امّا فرض بر این است که فرد متوفّی از اهداء عضو رضایت دارد مگر اینکه فرد در زمان حیات خلاف آن را تأکید یا درخواست نموده باشد (۲۱). رضایت فرض شده در کشورهائی چون اسرائیل، سنگاپور (در غیرمسلمانها) و حدود ۶۰٪ کشورهای اروپایی و برخی ایالتهای آمریکا توجیه‌کنندهٔ استفاده از اعضاء فرد متوفّی می‌باشد (۲۱). در این سیستم‌ها فرد در صورت عدم تمایل به این امر باید دارای کارت عدم اهداء عضو[1] باشد (۲۱). در فرانسه رضایت والدین برای برداشت عضو از فرزندان، یک «رضایت فرض شده» است(۲۱). در اتریش اعضاء خارجیان متوفّی، ممکن است بدون رضایت آگاهانه برداشت شود (۲۱).

اما شیوهٔ سوم اخذ رضایت که در برخی ایالت‌های آمریکا اجراء می‌شود این است که پذیرش‌دهنده یا پزشکان بیمارستان‌ها از نظر قانونی مسئولند از وراث و اولیاء قانونی متوفّی، در مورد تمایل به اهداء اعضاء جسد پرسش نمایند (۲۱). تأمین عضو پیوندی برای افراد نیازمند مسئله عمده‌ای است که در برخی کشورها راه‌حل‌های دیگری اندیشیده شده است. یک برنامهٔ پیشنهادی این است که در مواقع خاصی همچون ثبت نام و تجدید گواهینامه رانندگی یا تکمیل فرم‌های مالیات، فرد طی وکالت نامه‌ای تمایل یا عدم تمایل به اهداء عضو را اعلام نماید (۱۲). این امر ضمن حفظ اتونومی فرد، استرس اعضاء خانواده و پزشکان را نیز پس از مرگ فرد کاهش خواهد داد.

علاوه بر مسئله رضایت، اطمینان از مرگ فرد، جهت تأیید جراحی جهت جداکردن عضو پیوندی از بدن فرددهنده ضروری است. مرگ مغزی باید حتماً توسط کمیتهٔ علمی - اخلاقی که بدین منظور فعالیت می‌نمایند مورد تأیید قرار گیرد. تعریف علمی مرگ مغزی که در سال ۱۹۷۹ ارائه شده است در حال حاضر به‌صورت گسترده مورد پذیرش می‌باشد (۲۱). مسلّم این است که تلاش لازم برای حفظ حیات فرد (خصوصاً داوطلب اهداء عضو) بایستی صورت گرفته و از سودجویی‌های مادّی پرهیز شود.

دو وضعیت بالینی وجود دارند که بسیار نزدیک به وضعیت مرگ مغزی می‌باشند چرا که هر دو با صدمهٔ خیلی شدید نورولوژیک همراه می‌باشند و به ناچار به سمت مرگ خواهند رفت که عبارتند از (۲۱):

۱) وضعیت پایدار نباتی (PVS) که در اثر یک دورهٔ اختلال در اکسیژن رسانی بافت مغز ایجاد می‌گردد.

۲) کودک متولد شده با آنسفالی که سطوح فوقانی مغز (بالای ساقهٔ مغز) را دارا نمی‌باشد. در مورد امکان استفاده از اعضاء بیماران دچار دو وضعیت فوق مباحثی در کشورهای مختلف وجود

1 - non - organ donor

دارد. در حال حاضر هرچند در موارد معدودی مجوزهایی داده شده است اما در هر دو مورد فوق اکثر جوامع با گرفتن عضو از آنها مخالفند. البته مشکلات پیوند اعضاء در اطفال و عدم وجود عضو متناسب جهت پیوند، استفاده ازاعضاء کودکان آنسفال را مطرح نموده‌است. رنج کشیدن کودکان آنسفال، عدم امکان درمان، تسکین روانی و روحی والدین در صورت پیوند اعضاء این کودکان به کودکان دیگر، می‌تواند از علل توجیه کنندهٔ این عمل باشد امّا در حال حاضر هنوز به دلایل اخلاقی از این بیماران به‌عنوان‌دهندهٔ عضو استفاده نمی‌شود (۲۱).

پیوند عضو ازدهندهٔ زنده

آگاهانه‌بودن رضایت در فرددهندهٔ پیوند اساسی‌ترین مسئله در این نوع پیوند می‌باشد. برخی از مسائل مطرح و مورد بحث در این قسمت عبارتند از:

- مسائل اخلاقی پیوند درصورت واردشدن صدمات جدی به فرد دهنده
- جلوگیری از سودجویی‌های مادّی
- پیوند عضو از کودکان و افراد دچار اختلال تصمیم‌گیری.

اخلاق پزشکی در دهندهٔ زنده تحت تأثیر نوع عضو یا بافت می‌باشد که آیا قابل بازسازی است (مثل خون و مغز استخوان) یا غیرقابل بازسازی امّا جفت است (مثل کلیه‌ها، قرنیه) و یا اینکه هم غیرقابل بازسازی و هم غیرجفت است (مثل قلب، کبد). در مورد اول مسائل اخلاقی جدّی مطرح نبوده بلکه بیشتر به صورت یک عمل نوعدوستانه صورت می‌گیرد. در مورد آخر نیز موارد نادر است (گرچه اخیراً پیوند قسمتی از کبد زنده بحث کاملاً مطرحی می‌باشد) و معمولاً جواز انجام آن صادر نمی‌شود. در مورد دوم با توجه به صدمه‌ای که به فرد دهنده وارد می‌شود باید فواید آن سنجیده شود و رضایت آگاهانه وجود داشته باشد. برخی ارزش‌های اخلاقی وجود دارند که گاه اهداء عضو را از سوی یک داوطلب سالم و زنده مقدور می‌سازند؛ علاقه و محبت بین اعضاء خانواده و دوستان، نوعدوستی، نگرش مثبت به حیات‌بخش بودن عمل پیوند و امید به پاداش‌های معنوی و یا برخی مؤلفه‌های دیگر از جملهٔ این ارزشها می‌باشند. لذا اخلاقی‌بودن اهداء عضو به صورت داوطلبانه مورد تأیید اکثر جوامع می‌باشد؛ هرچند در مورد فروش عضو مباحث زیادی وجود دارد. اهداء عضو توسط یکی از خویشاوندان و خانوادهٔ فرد یا سایر افراد غیرفامیل در برخی موارد از جمله نارسائی انتهایی کلیه (پیوند کلیه) امکان‌پذیر می‌باشد. آگاهی‌دادن کافی در مورد خطرات و مسائلی که در آینده ممکن است فرد دهنده با آنها روبرو شود باید صورت گیرد و رضایت آگاهانه مورد تأکید باشد. هیچگونه فشار و اجباری اعم از روحی، جسمی یا مادّی نباید بر فرد دهنده تحمیل گردد.

امّا مسئله فروش اعضاء مشکلات عدیده‌ای را برای جوامع ایجاد نموده است (۲۱). خرید و فروش اعضاء ضمن تأمین نیاز فرد گیرندهٔ پیوند می‌تواند برای فرددهنده نیز اجر و پاداش مادّی در پی داشته باشد لذا این امر در بسیاری از جوامع معمول گردیده است. اگر از قاچاق غیرقانونی و تجارت اعضاء بدن و

سودجوئی‌هایی که در این زمینه وجود دارد بگذریم پرداخت هدیه در این زمینه می تواند مدلی مطرح باشد؛ گرچه تلاش جدی برای قطع ارتباط بین دهنده و گیرنده به عملکرد اخلاقی کار کمک خواهد کرد. هدیه می‌تواند شبیه مدل پیوند کلیه در ایران توسط نهادی دیگر انجام شود. این امر نکوهیده نیست که جامعه به نوعی از ایثار یک انسان محتاج به گونه‌ای تقدیر کند؛ در عین حال برای سلامت جامعه همواره باید مجامع درگیر در پیوند از فروش عضو جلوگیری نمایند. احتمال وجود استثمار از مسائل مهمی است که خرید و فروش عضو را غیرقابل قبول می‌نماید (۲۱). ممکن است از نظر روحی یا مادّی فرددهنده تحت فشار افراد خانواده یا واسطه‌گران و دلالان قرار گرفته باشد؛ مسئله‌ای که متأسفانه در حال حاضر خصوصاً در جوامع فقیر و کشورهای جهان سوم شاهد آن هستیم. فروش اعضاء کودکان به دلیل فقر مادی خانواده یا دزدیدن اعضاء بدن بدون رضایت فرد دهنده از این موارد می‌باشد.

حقوق و مسائل اخلاقی مطرح بین فردگیرنده و دهنده پیوند

مسائل اخلاقی و حقوقی مطرح در این حیطه بسیار گسترده می‌باشد اما آنچه عمدتاً در موضوع اخلاق پزشکی مورد بحث است، ذکر می‌گردد:

- بانک اعضاء پیوندی: مسائل اخلاقی - حقوقی، امر نظارت ، منابع مالی
- حقوق معنوی و مادّی فرد دهنده پیوند
- شرایط انتخاب فردگیرنده
- خرید و فروش اعضاء و پیمانهای مالی بین فردگیرنده و دهنده
- قاچاق اعضاء بدن و مسائل اخلاقی مربوطه
- استفاده از بانک اعضاء جهت پژوهش

نحوهٔ انتخاب فردگیرندهٔ پیوند از مسائل مهم در مبحث پیوند می‌باشد که متأسفانه امکان اِعمال شیوه‌های غیراخلاقی در آن وجود دارد. متأسفانه گاه وجود پاداش و بهرهٔ مادّی در قبال اهداء عضو و میزان آن تنها عاملی است که فردگیرندهٔ پیوند را مشخص می‌سازد. مسلّم است که معیارهای دقیق علمی جهت تعیین اولویت در پیوند عضو باید به‌طور مشخص و قانونی جهت عمل در دسترس مراکز پزشکی باشد و نسبت به آنها نظارت کافی صورت گیرد. بالابودن احتمال موفقیت پیوند، طول عمر عضو پیوندی، طول عمر و کیفیت زندگی بیمار گیرندهٔ پیوند و میزان بازگشت به حیات طبیعی از شرایط مهم انتخاب فردگیرندهٔ پیوند می‌باشد (۲۲). شناسایی بیماران اورژانس در این مقوله اهمیت بسزایی دارد. مسلماً عوامل دیگری چون میزان مفیدبودن فرد برای جامعه یا تمایل فرددهنده به اهداء عضو به فردی خاص گاه می‌تواند شرایط فوق الذکر را تحت الشعاع قرار دهد. امّا در هر حال اولویت‌دادن به افراد دارای وجههٔ اجتماعی، افراد صاحب پست و مقام و ثروتمندان که گاه در اثر کمبود اعضاء پیوندی در مقابل تقاضای زیاد دیده می‌شود، مسلماً عملی غیراخلاقی و خلاف عدالت اجتماعی می‌باشد (۲۳). لذا توصیه‌های جدید وجود دارد که گروه تصمیم گیر برای دهنده و گیرنده متفاوت از

گروه انجام دهنده پیوند باشند. متأسفانه عضو پیوندی می‌تواند در صورتی که ازدهندهٔ زنده باشد با پیمان‌های مالی آشکار یا پنهان همراه باشد. گاه حتی گیرنده و دهنده‌های خویشاوند نیز بین خود پیمان‌های مالی دارند. پیمانهای مالی آشکار در مواردی که اهداء عضو در قبال پاداش هائی صورت می‌گیرد اصطلاحاً «Rewarded gifts» نامیده می‌شود و در بسیاری از موارد معمول می‌باشد (۲۳). متأسفانه پیمان‌های مالی غیرقانونی که عمدتاً سنگین بوده و گاه با تبانی بین دهنده پیوند، واسطه و دلالان غیرقانونی و افراد دست اندرکار همراه می‌باشد در برخی جوامع پای‌گرفته است که اصطلاحاً «تجارت سبعانه» یا «Rampant commercialism» نامیده می‌شود (۲۳).

با توجه به مسائل موجود پیشنهاد شده است که خرید اعضاء پیوندی تحت نظارت موسسات علمی یا دولتی انجام شود و در قبال آن پاداش‌هایی به فرددهندهٔ پیوند اعطا شود. این امر ضمن جلوگیری از مسائل غیراخلاقی و سوءاستفادهٔ سودجویان از بی‌بهره‌ماندن افراد فقیر نیازمند به پیوند پیشگیری خواهدنمود. درحال حاضر چنین کاری توسط ایجاد بانک‌های پیوند در بسیاری از کشورها درحال انجام می‌باشد که اعضاء پیوندی آن عمدتاً از اجساد تأمین می‌شوند. مسائل فوق الذکر ضرورت برنامه‌ریزی علمی، قانونمندی و نظارت دقیق اجرائی را در امر پیوند مشخص می‌سازد.

پیوند بافت

در موضوع پیوند بافت چند مسئله به‌طور عام مطرح است از جمله:

- نحوهٔ تأمین بافت مورد نیاز
- بحث پیرامون لزوم سقط جنین برای انجام پیوند بافت
- اخذ رضایت آگاهانه
- تعیین شرایط و موارد اخذ بافت جهت پیوند

پیوند عصب از بافت‌های جنینی[1]

بافت مغز میانی جنین انسانی می‌تواند مدت طولانی در مغز انسان زنده بماند و در بیماری‌های نورودژنراتیو مانند پارکینسون و کرهٔ Huntington با برگشت‌دادن عصب رسانی گانگلیون بازال، علائم بالینی را بهبود بخشد (۲۱). تهیهٔ بافت پیوندی و انجام این نوع پیوند مستلزم وجود جنین مرده می‌باشد. لذا هر چند استفاده از بافت‌های انسانی امری است که در حال حاضر از نظر اخلاقی مورد تأیید است ولی سئوال این است که چگونه و با چه شرایطی باید انجام شود. در این امر از لحاظ رعایت اصول اخلاق پزشکی شرایط ویژه‌ای مطرح است از جمله (۲۱):

۱)بهیچ وجه سقط‌جنین، جهت انجام‌پیوند صورت نپذیرد.

۲) در زمان برداشت بافت پیوندی، جنین باید حتماً مرده باشد و در جنین زنده این عمل صورت نگیرد.

۳) احتمال واقعی سودمندی این عمل وجود داشته و فایدهٔ آن در مقابل خطر احتمالی

1- Foetal neural transplantation

سنجیده شود.

۴) این روش به‌عنوان آخرین درمان در مواردی که سایر درمان‌های معمول موثر نبوده‌اند استفاده شود.

۵) رضایت آگاهانهٔ مادر وجود داشته باشد.

مادربودن جنین[1]

کمبود تخمک در کلینک‌های باروری یک احتمال جدید را در محافل پزشکی مطرح نموده است و آن بدست آوردن تخم‌ها (eggs) از جنین است (۲۱). در این شیوه به ناچار جنین باید سقط شده باشد و در حقیقت جنین، مادر بیولوژیک کودکان جامعه محسوب می‌شود. پژوهش‌ها در حیوانات امکان‌پذیربودن نگهداری سلول‌های زایای جنینی و پیوند آنها به میزبانان را نشان داده است (۲۱). اما در حیطهٔ انسانی مباحث اخلاقی مبهمی وجود دارد. هرچند می‌توان از محصولات سقط‌های قانونی یا سقط‌های خودبخودی برای این منظور استفاده کرد امّا تأیید اخلاقی چنین عملی می‌تواند به افزایش سقط‌های جنین و یا حتی حامله‌شدن برای ایجاد سقط منجر شود. اثرات روی گیرندهٔ مادر، اثرات روی کودک حاصله از منشأ غیرمعمول، فقدان دانش کافی در خصوص رشد تخم‌های جنینی و نیز فشار افکار عمومی از مسائلی است که در این خصوص وجود داشته و در انگلستان نیز باعث ممنوعیت این عمل در سال ۱۹۹۴ شد (۲۱). در صورتی که اطلاعات علمی بیشتری در این مورد کسب شود، نکات مبهم در این مورد قابل رفع و پاسخگویی خواهند بود. در مورد کودکان حاصله که اصطلاحاً 'mummy was a foetus' نامیده می‌شوند (۲۱، ۲۴) و از لحاظ ژنتیکی وابسته به مادری هستند که هرگز بدنیا نیامده است؛ مسائل حقوقی متعددی می‌تواند مطرح شود (۲۱). از سوی دیگر این کودکان چون اکثراً صاحب پدر، پدربزرگ و مادر بزرگ می‌باشند مقبولیت از جانب آنها اهمیت زیادی در جلوگیری از مشکلات روحی و اخلاقی در کودک خواهد داشت. اخذ رضایت در انجام این عمل نیز مشکلی است که پیرامون آن بحث هایی مطرح است.

استفاده از سلول‌های بنیادی جنین انسان

جداسازی و کشت سلول‌های بنیادی امبریونیک انسانی[2] (hES) اولین بار در سال ۱۹۹۸ صورت پذیرفت (۲۵). سلول‌های بنیادی استعداد تولید هر نوع سلول دیگر انسانی را دارند و اصطلاح cloning برای تولید یک ردیف سلول از این hES بکار برده می‌شود (۲۱). روش دیگری که می‌تواند جایگزین این روش باشد شامل استفاده از تکنولوژی جابجائی هستهٔ سلول[3] برای تهیهٔ سلول‌های بنیادی انسانی می‌باشد که در آن هر سلول سوماتیک می‌تواند با یک سلول تخم بدون هسته ترکیب شده و تبدیل به یک بلاستوسیت شود (۲۱). این سلول‌های بنیادی امبریونیک حاصله با

1- Foetal Motherhood

2- human embryonic stem cells

3- Cell nuclear replacement technology

بدن فرد سازگار خواهند بود. همچنین این شیوه ممکن است نیاز به انجام تحقیقات روی رویان را از بین ببرد. پتانسیل سلول‌های حاصله زیاد بوده و می‌تواند برای جایگزینی سلول‌های لوزالمعده در دیابت و سلول‌های قلب آسیب دیده بکار رود (۲۱). این تکنولوژی می‌تواند با ایجاد بانک بافت‌های پیوندی، بافت‌های خون، مغز استخوان ،ریه، کبد، تاندون‌ها، لیگمانها، عضله، پوست، استخوان، دندان، شبکیه و عدسی را برای بیماران و نیز برای نیازهای پژوهشی فراهم نماید. در صورتی که دانش و تکنولوژی لازم در این زمینه به‌طور کامل در دسترس قرار گیرد مسائل اخلاقی آن همچون اخذ رضایت آگاهانه از فرددهندهٔ سلول تخم و نیز تدوین قوانین مورد نیاز در این زمینه به‌طور جدّی‌تر مطرح خواهد گشت.

پیوند بین حیوانات و انسان

پیوند بین حیوانات و انسان با مخالفت‌های وسیعی در دنیا روبروست. برخی از دلایل مخالفت که بحث‌های گسترده‌ای را در پی داشته است شامل موارد زیر می‌باشد:

- مسائل اخلاقی و حقوقی مطرح؛ خلاف طبیعت عمل‌کردن
- عبور پاتوژن‌های مختلف از حیوان به انسان
- انتقال عفونت‌های زئونوز[1] به فردگیرندهٔ پیوند از حیوان و اطرافیان و نیز جامعه
- تعارض منافع فرد با جامعه
- از بین رفتن حدود و مرزهای بین گونه‌های حیوانی
- حقوق حیوانات
- مسائل مربوط به انتقال عضو و بافت از انسان به حیوان

پیوند بین حیوان و انسان یا xenotransplantation شامل انتقال هر نوع بافت بین گونه‌های مختلف موجودات می‌باشد از جمله: پیوند دریچه قلب خوک به انسان، کاشت سلول‌های عصبی جنین انسان در بدن موش و تزریق ژن‌های انسانی به حیوانات برای کاهش میزان پس‌زدن بافت پیوند شدهٔ حیوان به انسان (۲۱). در دههٔ اخیر پیشرفت‌های سریعی در مورد پیوند کلیهٔ حیوانات به انسان صورت پذیرفته است (۲۳).

مسئله حقوق حیوانات، بهم‌زدن آسایش آنها برای سودمندی انسانها و نیز احتمال بهره‌کشی و استثمار حیوانات از مسائل مطرح شده در این بحث می‌باشد. به دلایل عملی، فیزیولوژیک و ایمونولوژیک، خوک مناسب‌ترین گونه، برای‌دادن عضو به انسان می‌باشد و دستکاری ژنتیک در این حیوان ممکن است اعضایی ایجاد کند که فوراً توسط بدن انسان پس زده نشود (۲۳). امّا حتی اگر اشکالات عملی و فیزیولوژیک و ایمونولوژیک موجود رفع شود، خطرات بس وحشتناکی از جمله انتقال ویروس‌ها و سایر پاتوژن‌های حیوانی به انسان، مانع عمدهٔ این نوع پیوند می‌باشد (۲۳). پیوند بین حیوان و انسان، باعث انتقال آسان

۱- Xenosis or Xenozoonosis

ویروس به انسان می‌شود چرا که موانع فیزیولوژیک و طبیعی ایمنی بدن در فرد گیرندهٔ پیوند به عللی از جمله شیمی‌درمانی تضعیف می‌گردد (۲۱). از سوی دیگر انتقال پاتوژن‌های عفونت‌های زنوز به انسان از خطرات بسیار مهم اینگونه پیوند محسوب می‌شود. پاتوژن‌های خاموش بدن حیوانات ممکن است به بیماری‌های خطرناکی در انسان منجر شوند (۲۱). این نکته خطرناک‌بودن پیوند عضو از حیوان به انسان را نه تنها برای انسان گیرنده حتی برای سایر انسانها خصوصاً اطرافیان فرد گیرندهٔ پیوند به‌طور جدّی مطرح می‌سازد.

با توجه به مسائل فوق، مسائل بالینی و اخلاقی فراوانی پیش‌رو قرار می‌گیرد که از جملهٔ آنها تعارض بین اتونومی و خواسته‌های فردی با خواسته‌های عمومی جامعه می‌باشد.

یکی از بحث‌هایی که در مخالفت با پیوند بین حیوان و انسان مطرح می‌شود بحث 'unnaturalness' یا به عبارتی؛ برخلاف اصول طبیعت‌بودن این عمل باشد. علاوه برآن، بحث نامشخص‌شدن حد و مرز بین گونه‌های حیوانی، چگونگی تأثیر برشخصیت و انسانیت انسان از نکات مورد بحث می‌باشد. در حال حاضر FDA ممنوعیت و غیرقانونی‌بودن کار آزمایی‌های بالینی پیوند بین حیوان و انسان را اعلام نموده است (۲۱). اما بسیاری از دانشمندان معتقدند تجربیات حیوانی در آزمایشگاه برای یافتن پاسخ‌های دقیق‌در مورد نتایج پیوند بین حیوان و انسان کافی نبوده و لذا باید با احتیاط نسبت به انجام کارآزمایی‌های بالینی در انسان اقدام شود(۲۶) .بر این اساس لازم است راهنمای فنی و نیز اخلاقی برای کاهش خطر انتقال عفونت‌های حیوانی به انسان، تامین آسایش و رفاه حیوانات، و حفاظت از شأن و حرمت جایگاه انسان‌ها در کشورها تهیه شود. (۲۶)

خاتمهٔ حیات انسانی

براساس عقاید اسلامی، مرگ پایان زندگی انسان نیست بلکه در واقع شروع یک زندگی نوین است. این اعتقاد در بسیاری از فرهنگ‌ها و مذهب دیگر هم وجود دارد. سقراط چنین جمله‌ای دارد که: مرگ دروازه‌ای برای ورود به بهشت است یا حداقل تونلی برای رسیدن به سطح بالاتری از حیات می‌باشد (۲۷). حتی با چنین دیدگاهی، ارزش حیات انسانی آنقدر والاست که کشتن انسانها در اکثر مذاهب جز مواردی معدود و خاص جایز شمرده نمی‌شود. لذا مقولهٔ خاتمه حیات انسانی چه به وسیلهٔ خود فرد، چه به وسیلهٔدیگران، بدون تردید با ارزش‌گذاری ما نسبت به حیات انسان ارتباط محکمی دارد (۱۴). از همین رو یکی از مباحث عمده در اخلاق پزشکی نیز به لحاظ ارتباط این حرفهٔ مقدس با جان انسانها، مبحث «خاتمه حیات انسانی» می‌باشد. اتانازی[1] از عمده‌ترین موضوعات در این مبحث می‌باشد.

1- euthanasia

2- Do not resuscitate (DNR)

اتانازی

چند بحث عمده در این مقوله وجود دارد که عبارت است از:

- مسئله اختیار یا اتونومی بیمار
- مسائل اخلاقی و حقوقی مربوط به انواع اتانازی فعال و غیرفعال
- مسائل اخلاقی مربوط به دستور «عدم احیاء بیمار»[1]
- اتانازی در بیماران دچار اختلال شعور یا بیماری روانی شناخته شده
- مشکلات اخلاقی و اجتماعی ناشی از پذیرش اتانازی در جوامع؛ مانند: اجبار برخی بیماران از سوی اطرافیان برای پذیرش مرگ، کاهش تلاش پزشک و کادر پزشکی در موارد خاص و بی‌اعتمادی و نگرانی بیماران و افراد پیرو بی‌سرپرست از عدم انجام مراقبت‌های درمانی لازم توسط سیستم بهداشتی - درمانی.

اتانازی یا مرگ آسان یا مرگ از روی ترحم عبارت است از جامهٔ عمل پوشیدن به تصمیم فرد برای پایان‌دادن به حیات خود در حالی‌که امکان ادامهٔ حیات وجود دارد. این سئوال که آیا پزشک یا کادر پزشکی مجازند بر مبنای تصمیم و خواستهٔ بیمار (یا گاه اطرافیان و اولیاء بیمار) به حیات او خاتمه دهند یا نه، مدتهاست در حیطهٔ اخلاق پزشکی مورد بحث می‌باشد. با توجه به مخالفت‌های شدیدی که در اکثر جوامع با این مسئله وجود داشته است جز در کشورهای هلند بلژیک و نیز ایالت اورگون در امریکا، اتانازی یک عمل غیرقانونی است که در صورت اثبات، مجازات خاص خود را خواهد داشت. بطو رکلی اتانازی یا خاتمه‌دادن به حیات انسانی که می‌تواند زنده بماند ممکن است با مداخلهٔ مستقیم عملی شود که اتانازی فعال[2] نامیده می‌شود و یا با جلوگیری از اقدامی که می‌تواند باعث طولانی‌ترشدن حیات فرد شود صورت گیرد که اتانازی غیرفعال یا انفعالی[3] گفته می‌شود (۲۸،۱۴). در اتانازی فعال ممکن است این تصمیم با خواستهٔ فرد منطبق باشد و او هشیارانه و با صراحت این امر را تأیید نماید که اصطلاحاً اتانازی داوطلبانه[4] نامیده می‌شود. امّا اگر فرد از این تصمیم مطلع نبوده و صراحتاً و با هشیاری آن را تأیید ننماید آن را اتانازی غیرداوطلبانه[5] گویند حتی اگر فرد به این عمل اعتقاد داشته و موافقت او مسلّم باشد(۲۸،۱۴). در اتانازی فعال، پزشک (یا کادر پزشکی) با تقاضای بیمار یا اطرافیان او، از روی ترحم به وسیلهٔ تجویز داروی کشنده به حیات بیمار خاتمه می‌دهد امّا در نوع انفعالی پزشک از ادامهٔ مداوا و تلاش برای زنده نگه داشتن بیمار لاعلاج با وسایل مصنوعی خودداری می‌کند. افراد فلج، بیماران دچار بیماریهای غیرقابل‌علاج و سالمندان از کار افتاده و بدون سرپرست از جمله گروههایی هستند که بحث اتانازی در آنها مطرح می‌باشد. اجازهٔ عدم احیاء در

1-active euthanasia
2- Passive euthanasia
3- Voluntary euthanasia
4- non - voluntary

برخی بیماران (دستور DNR) از همین مقوله می‌باشد(۲۸).

مهم‌ترین بحث در این موضوع در مورد اتونومی بیمار یا به عبارتی حق مردن[1] و تعارض آن با اخلاق عامه می‌باشد(۲۸). در این خصوص گاه موارد بسیار مشکل تصمیم‌گیری هم برای پزشک و کادر پزشکی و هم برای دادگاهها و مراجع قضائی در کشورهای غربی مطرح می‌شود که علیرغم ممنوعیت قانونی اتانازی، این عمل با رأی کمیته‌ها و دادگاههای ویژه صورت می‌پذیرد. اکثر این موارد اتانازی انفعالی و داوطلبانه می‌باشد. جدیدترین گزارش انجمن پزشکی انگلستان در سال ۱۹۹۹ راهنمائی‌های را برای مضایقه‌کردن یا خودداری از ادامهٔ درمان در بیماران مشخص نموده است (۲۸ و ۲۹).

از نظر اسلام اتانازی مورد قبول نمی‌باشد (۳۰،۱۴). سوگند و تعهد پزشک مبنی بر حفظ جان بیمار، حرمت قتل نفس، حرمت حقوق فردی و صیانت حقوق اجتماعی، جلوگیری از سودجوئی‌ها و فرصت‌طلبی‌ها، حرمت حیات افراد بیمار یا سالمند و مسئولیت جامعه در قبال آنها و احتمال امکان پذیربودن درمان برخی بیماریهای صعب‌العلاج در سالهای آتی، از جمله دلایلی است که محکومیت اتانازی را مورد تأیید قرار می‌دهد(۱۴). مکتب اسلام از آنجا که خلقت آدمی را هیچگاه بی‌منظور و بی‌هدف نمی‌داند، حفظ حیات خود و دیگران را به مصداق آیهٔ شریفهٔ « **ولا تلقوا بایدیکم الی التهلکه**؛ با دست[2] خویش هرگز خود را به هلاکت نیاندازید» واجب شرعی می‌داند؛ لذا بنا به هر دلیل چه شقاوت و کینه توزی و چه ترحم و دلسوزی قتل نفس را جایز نمی‌شمرد(۱۴). امّا باید خصوصاً در زمینه تعریف دقیق اتانازی و محدوده و حدود آن بحث‌های جدی مطرح گردد.

خاتمه حیات در بیماران دچار مرگ مغزی

معیارهای دقیق و علمی جهت تعریف مرگ مغزی و اثبات مرگ در این وضعیت از مباحث مهم مطرح در جهان می‌باشد. مرگ مغزی در حال حاضر به‌عنوان وضعیتی غیرقابل‌برگشت به حیات مورد قبول می‌باشد امّا اطمینان کامل از وجود مرگ مغزی و تأیید آن توسط کمیته‌های تخصصی اخلاق پزشکی ضرورت دارد(۲۸). با توجّه به استفاده از اعضاء بیماران دچار مرگ مغزی جهت پیوند، جلوگیری از سودجویی‌های مادّی و اخلاقی و نظارت صحیح در این مورد اهمیت فراوانی دارد. اخذ رضایت قبلی از خود فرد و یا کسب رضایت اولیاء و اطرافیان مورد بحث فراوان می‌باشد. این بحث یکی از مباحث مهم و مقدماتی امر پیوند می‌باشد که در کتاب «نگرش جامع به پیوند اعضاء» به آن پرداخته شده است(۱۹).

بیوتکنولوژی و اخلاق پزشکی

مهندسی ژنتیک و تکنولوژی جدید آن باب‌های تازه‌ای را در سالیان اخیر به روی بشریت گشوده

---

1 - Right to die

۲- سوره بقره آیه ۱۹۵

است. تصور بسیاری از افراد این است که این تکنولوژی زیستی جدید پتانسیل دستکاری در طبیعت بشری را دارد لذا با توجه به سوء استفاده‌ها و کاربردهای نابجایی که محتمل است مخالفت‌های وسیعی با آن در جوامع مختلف مذهبی و غیر مذهبی صورت پذیرفته است. مباحث عمده مطرح و مسائل اخلاق پزشکی مربوط به آنها به ترتیب ذکر می‌گردد.

مباحث مطرح

- ❖ **پژوهش‌های ژنتیک**
- ❖ **کلونینگ**
- ❖ **اصلاح نژاد بشر**
- ❖ **غربالگری ژنتیک**
- ❖ **تهیه نقشه ژنوم انسانی**
- ❖ **ژن درمانی**

پژوهش‌های ژنتیک

پژوهش‌های ژنتیک در دهۀ اخیر سیر رو به فزونی داشته است. به طور معمول این پژوهش‌ها، یک یا چند هدف ذیل را دنبال می‌کنند. (۱۸):

تعیین اینکه آیا یک بیماری خاص یا استعداد ابتلا به آن جنبۀ وراثتی دارد یا خیر.

- شناسایی ژن یا ژن‌های مسئول
- تعین نسبتی از افرادمبتلا که دارای ژن معیوب هستند.
- کشف راه هایی برای پیشگیری و درمان بیماری ناشی از اختلال ژنتیکی
- ابداع آزمون هایی برای شناسایی ژن معیوب در جنین (غربالگری قبل از تولد)
- یافتن آزمون‌های آزمایشگاهی برای ژن معیوب
- ابداع شیوه‌های ژن درمانی

اخذ رضایت نامۀ آگاهانه از شرکت کنندگان در انواع پژوهش‌های پزشکی ضروری است(۱۸). در اکثر موارد انجام پژوهش‌های ژنتیکی برای خود فرد و نیز اطرافیان، با نگرانی و اضطراب همراه است. لذا پژوهشگر در برخورد با فرد باید رهنمودهای اخلاقی متناسب را رعایت نماید. گاه انجام آزمایش در غربالگری ژنتیکی می‌تواند تاثیرات زیادی بر آیندۀ فرد و حتی نسل‌های بعدی او داشته باشد. لذا باید مسائل موجود و میزان خطر واقعی برای فرد توضیح داده شده و امکانات مشاوره‌ای مناسب در اختیار او گذارده شود(۱۸).

شناسایی زود هنگام بیماری‌های ژنتیکی که در مراحل دیررس زندگی بروز می‌نمایند، هرچند می‌تواند راه را برای پژوهش‌های پیشگیری باز کند، اما متاسفانه گاه لطمات روحی جبران ناپذیری بر فرد وارد نموده و سیر طبیعی زندگی او را دچار دگرگونی‌های نامناسبی می‌نماید. به عنوان مثال در مورد بیماری هانتینگتون که در بزرگسالی بروز می‌نماید و به طور معمول غیر قابل درمان است، غربالگری در خردسالی می‌تواند آینده فرد را به صورت جبران ناپذیری تباه کند (۱۸).

از سوی دیگر، راز داری در مطالعات ژنتیک، حائز اهمیت فراوان است ؛ چرا که اطلاعات ژنتیکی، نه تنها برای بیمار اصلی بلکه برای اعضاء خانواده او

نیز می‌توانند آثار بالقوه‌ای را از جمله: عدم پذیرش از سوی شرکت‌های بیمه، در پی داشته باشند(۱۸).

به طور کلی پژوهش‌های ژنتیک نیز باید اصول اساسی بیانیهٔ هلسینکی را که در فصل «اخلاق پزشکی و پژوهش» خواهد آمد، مراعات نمایند.

بحث‌های اخلاقی واضح در ژن درمانی سلول سوماتیک شامل: نیاز به تعادل بین فواید و خطرات احتمالی و ارزیابی موثر بودن تکنیک‌های جدید می‌باشد. همچنین فواید ژن درمانی در مقایسه با سایر درمان‌های جایگزین مانند مغز استخوان و شیمی درمانی باید سنجیده شود. خطرات احتمالی ژن درمانی برای اطرافیان، میزان و نحوه آگاهی دادن به بیماران و نیز کسب رضایت برای ژن درمانی نیز باید مد نظر قرار گیرد. رازداری در مورد اطلاعات پزشکی بیمار نیز از اصول مهم اخلاق پزشکی است که در این بیماران باید رعایت شود. موارد فوق همراه با قراردادهای توافقی مورد نیاز، موارد مهمی هستند که برای محافظت از بیماران و حفظ آسایش آنها ایجاد شده‌اند. در کشورهای مختلف برای انجام کارآزمایی‌های مربوط به ژن درمانی در سلول‌های سوماتیک، پروتکل هایی شامل شرایط اخلاقی، قانونی و اجتماعی آن، طرح ریزی گردیده است.

ژن درمانی سلول‌های زایا در حقیقت وارد نمودن ژن به داخل لایه سلول‌های زایا [1] (اسپرم، تخمک، و امبریو) می‌باشد(۳۱). تغییر ژن‌های درون اسپرم یا تخمک، یا سلول‌های تولید کننده آنها، می‌تواند از انتقال ژن معیوب به نسل‌های بعد جلوگیری کند (۱۸). تجربیات حیوانی نشانگر خطرات بالایی در این شیوه می‌باشد؛ چرا که ممکن است باعث صدمه به DNA شده و با نتایج جدی نامطلوب همراه باشد (۳۱). امبریوهای حاصل از IVF (که بدون استفاده مانده‌اند) در ارزیابی این مساله به کار گرفته شده‌اند که این امر نیز از لحاظ اخلاقی مورد اختلاف نظر می‌باشد.

اعلامیه شورای پژوهش پزشکی یازده کشور اروپای غربی [2] از جمله انگلستان در سال ۱۹۸۸ که توسط کمیته مشورتی ژن درمانی [3] (۱۹۹۵) نیز مورد تایید قرار گرفته است، مقرراتی را برای ژن درمانی وضع نموده است که اصول کلی آن عبارت است از (۱۸):

- ژن درمانی باید محدود به تلاش برای اصلاح بیماری‌ها یا نقایص باشد.
- ژن درمانی باید محدود به سلول‌های سوماتیک انسان باشد و در حال حاضر هیچ گونه تلاشی به منظور ارتقای ژن‌ها به درون سلول‌های اسپرم یا جنین صورت نگیرد.
- پژوهش‌های اولیه باید برای ابداع روش‌های بی‌خطر برای تحویل دادن ژن جایگزین، صحه گذاشته باشد.
- لازم است رهنمودهای ملّی برای طبابت صحیح و تاسیس نهادهای ملی برای نظارت بر کارآزمایی‌های بالینی مربوط به ژن درمانی که در آینده انجام خواهند شد، تهیه گردد.

---

1 - germ cell

2 - The European Joint Statement on Gene Therapy

3- Gene theray Advisory committee 1995

سازمان‌ها و کمیته‌های ملی تخصصی در این زمینه در کشورهای مختلف، در حال حاضر نظارت بر امر ژن درمانی را بر عهده داشته و توصیه‌ها و قوانین ویژه‌ای را وضع نموده‌اند از جمله: کمیتهٔ Clothier و دفتر کنترل داروها [1] (MCA) در انگلستان.

کلونینگ [2]

کلونینگ یک محور عمده بحث در مباحث اخلاقی است که شامل تولید یک سلول یا ارگانیسم از سلول یا ارگانیسم دیگری با همان ژنوم هسته‌ای می‌باشد. به عبارت دیگر کلونینگ تولید یک نسخه کپی از هر سلول، حیوان و حتی انسان می‌باشد. اولین نمونه کلونینگ، گوسفند Dolly بود که در سال ۱۹۹۷ تولید گردید و پس از آن نیز نمونه هایی از گاو، موش، خوک، گربه و اخیراً قاطر و اسب ایجاد شده است. پیشرفت‌های اخیر توجهات و علائق جهانی را به سمت کلونینگ انسانی جلب نموده است و مباحث علمی و اخلاقی متعددی پیرامون آن مطرح شده است. ارزش و شأن امبریوی انسانی، تاثیر کلونینگ بر سلامت انسان و اثر بخشی آن، ارزیابی سود در مقابل خطر و پتانسیل اصلاح نژاد از جمله موضوعات مورد بحث در این مقوله می‌باشند. کلونینگ انسان با اهداف درمانی [3] می‌تواند انقلابی را در درمان و جایگزینی بافت‌ها و اعضاء آسیب دیده ایجاد نماید اما واهمهٔ عمومی از کلونینگ تولید کننده مشابه انسانی [4] واکنش شدیدی را در جوامع برانگیخته است. در هر حال مطالعه پیرامون کلونینگ انسانی نیازمند استفاده از امبریوی انسانی است که مسائل اخلاقی پیرامون آن قبلاً مورد اشاره قرار گرفت. کلونینگ تولید کنندهٔ مشابه انسانی در بسیاری از کشورها از جمله انگلستان، استرالیا و اغلب کشورهای اروپایی ممنوع شده است اما در امریکا [5] صرفاً استفاده از بودجهٔ دولتی بری این امر ممنوع است و در مورد استفاده از بودجه‌های غیر دولتی و خصوصی نظارتی وجود ندارد. در حال حاضر حداقل در دو ایالت کالیفرنیا و نیوجرسی، کلونینگ طبق قوانین ایالتی مورد قبول قرار گرفته است و با توجه به عدم وجود بودجه دولتی و سرمایه داران عمده‌ای (از جمله هالیوود) حمایت از این برنامه‌ها را به عهده گرفته است. انجمن حقوق آمریکا نیز در سال ۲۰۰۲، استفاده از کلونینگ برای بهبود سلامت انسانی را مورد تایید قرار داده است ولی مخالفت خود را با استفاده از این تکنولوژی برای خلق انسان اعلام نموده است (۳۲). انجمن پزشکی امریکا [6] نیز در سال ۲۰۰۳ حمایت خود را از کلونینگ با اهداف پژوهشی اعلام نمود(۳۳). دولت انگلستان نیز، کلونینگ درمانی را در اواخر سال ۲۰۰۰ میلادی قانونی اعلام نمود (۳۴).

توافق‌های عمومی سازمان‌های جهانی مانند یونسکو (UNESCO)، سازمان جهانی بهداشت

1 - Medicines Control Agency
2 - Cloning
3 - Human therapeutic cloning
4 - human reproductive cloning
5- American Bar Association (ABA)
6- American Medical Association(AMA)

(WHO)، اتحادیه اروپا و انجمن استرالیایی علوم بر این است که کلونینگ در تولید مثل انسانی، دارای عوارض و غیر اخلاقی بوده و شدیداً باید ممنوع شود. سازمان ملل متحد طی سال ۲۰۰۳ نشست هایی را آغاز نمود که بالاخره در ماه نوامبر با پیشنهادی از سوی ایران و برخی کشورهای اسلامی، ممنوعیت مطلق کلونینگ به تصویب نرسید و تصمیم‌گیری در این مورد به دو سال آینده موکول گردید(۳۵). هر چند پس از آن، تلاش‌هایی از سوی امریکا برای کوتاه کردن این زمان و اقدام برای ممنوعیت کلی کلونینگ در جهان در حال انجام می‌باشد.

مساله عمده‌ای که مطرح است این است که «انگیزه ایجاد کلون‌های انسانی چیست؟» ارزش انسان‌های حاصل از کلونینگ در دید ایجاد کنندگان آنها ممکن است صرفاً تولید مجدد و تکرار یک انسان باشد و یا محول نمودن وظایف از قبل معین شده‌ای به آنها. این خطر وجود دارد که به آنها به اندازهٔ انسان‌های واحد ارزش داده نشود اما به آسانی توانایی آنها برای انجام عملکردهای خاص یا نشان دادن رفتارهای اختصاصی به کار گرفته شود ؛ که در هر حال شأن و ارزش باطنی انسان زیر سوال خواهد رفت.

همچنین این توانایی می‌تواند در آینده موجب گردد که دیگر نیازی به وجود هر دو جنس نر و ماده برای بقاء و تولد انسان نباشد و بنابراین یکی از ایرادات اخلاقی این خواهد بود که بکارگیری این تکنولوژی بر روی روابط بین انسان‌ها تاثیر منفی خواهد گذاشت.

اصلاح نژاد بشر

علم اصلاح نژاد بشر یا Eugenics می‌تواند شامل حذف ژن‌های ناقص (اصلاح نژاد منفی)[1] و نیز بهبود خصوصیات بشری مانند هوش و شخصیت (اصلاح نژاد مثبت)[2] باشد(۳۱). با پیشرفت علم و فن در ۵۰ سال آینده و امکان دستکاری ژنتیکی تقویتی (مثبت) و یا ایجاد یک نژاد برتر ممکن است به صورت یک نگرانی واقعی در آید(۳۶). نباید فراموش کنیم که اگر یک فرد یا دولت منحرف[3] بخواهد از تکنولوژی نوین ژنتیک به منظور رسیدن به اهداف ناصحیح استفاده کند، در صورت عدم وجود استانداردها و نظارت‌های لازم، می‌تواند فاجعهٔ اخلاقی بزرگی را در پی داشته باشد.

نقش اصلاح نژاد منفی در تغییر ژنتیک جامعه بشری در دراز مدت قابل توجه است. در این شیوه در حقیقت افراد انتخابی سالم به افراد غیر سالم ترجیح داده می‌شوند و از طریق سقط جنین‌های دارای ژن‌های ناقص، این اصلاح صورت می‌گیرد.

علاوه بر مسائل اخلاقی عمده مربوط به سقط جنین، توجهات اخلاقی دیگری نیز در این موضوع مورد بحث می‌باشد از جمله: شدت اختلال ژنتیکی و اثر آن بر حیات فرد مبتلا؛ اثرات فیزیکی، روحی و اقتصادی چنین تولدهایی بر خانواده و اجتماعی؛ میزان تسهیلات پزشکی و آموزشی در دسترس برای این بیماران؛ میزان قابل اعتماد بودن تشخیص مطرح شده و نیز میزان گسترده شدن

1 - negative eugenics
2- positive eugenics 3 - devious

حجم ژن‌های ناقص در جامعه تحت تاثیر افراد ناقل. اصلاح نژاد مثبت با حمایت‌های ایده‌آل گرایان در جوامع همراه است چرا که تشویق خصوصیات مثبت انسانی را مد نظر دارد. اما در عمل هم غیر علمی است و هم غیر اخلاقی چرا که با آزادی‌های فردی تعارض دارد. یک مثال واضح از این مساله برنامه اصلاح نژاد نازی‌ها در آلمان بود.

غربالگری ژنتیک

با پیشرفت تکنولوژی‌های DNA، غربالگری ژنتیک مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است. وسایل تشخیصی با بررسی DNA، بسیاری از واریانت‌های ژنتیک انسانی را می‌تواند شناسایی نمایند. غربالگری ژنتیک انواع مختلفی داشته اما عمدتاً برای پیش بینی ابتلا به بیماری‌ها صورت می‌پذیرد. رعایت اصول اخلاقی در خصوص کسب رضایت افراد، راز داری، نحوه به‌کارگیری اطلاعات حاصله و خودداری از بد نام نمودن افراد دچار اختلال از مسلمات می‌باشد.

پیدایش شیوه‌های جدید تشخیص قبل از تولد و توانایی شناسایی نقایص ژنتیکی در جنین (مانند سندرم داون یا فیبروز کیستیک) نیز مباحث اخلاقی جدیدی را پیش روی محققین، پزشکان و والدین قرار داده است. از یک سو شیوه‌های موجود برای غربالگری در جنین (مانند آمنیوسنتز و نمونه برداری از پرزهای جفت) می‌توانند منجر به سقط، عفونت و گاه ایجاد ناهنجاری در جنین شوند(۱۸). از سوی دیگر موارد لزوم واقعی انجام غربالگری ممکن است از سوی پزشک یا والدین رعایت نشده و انجام آزمایشات ژنتیک در موارد کم اهمیت یا حتی در مواردی چون بررسی وضعیت هوشی، بلندی و کوتاهی قد و غیره، پیامدهای غیراخلاقی دیگری را به دنبال آورد (۱۸)؛ لذا در تمام موارد انجام غربالگری در جنین، باید موافقت کمیته اخلاقی اخذ شود. در صورت موافقت کمیتهٔ اخلاقی، تصمیم‌گیری نهایی برای شرکت در مطالعه، بر عهده والدین خواهد بود(۱۸).

تهیه نقشه ژنوم انسانی

تهیه نقشهٔ ژنوم انسانی یا HGP[1] اولین بار در سال ۱۹۹۰ با یک برنامه ۱۵ ساله آغاز گردیده و هدف آن شناسایی ترتیب DNA روی کروموزوم‌های انسانی و تحلیل آنها می‌باشد. هر چند مقصد اولیه و نهایی HGP بهبود سلامتی انسانی بوده است اما سوالات اخلاقی زیادی را برانگیخته است. اتونومی و رازداری از عمده‌ترین مباحث فردی در این زمینه می‌باشند. مسائل اجتماعی اخلاقی نیز شامل تخصیص منابع، تجاری شدن و اصلاح نژاد در این مقوله مطرح می‌باشد. بسیاری می‌پرسند: چند درصد از بودجه‌های پژوهشی باید صرف این امر شود؟ نتایج و اطلاعات حاصل از این پروژه متعلق به چه کسی خواهد بود؟ آیا دانش ژنتیک باید برای بهبود گونهٔ انسانی به کار رود؟

1 - Human Geneome Project

ژن درمانی

به طور کلی طب مولکولی سه حیطهٔ وسیع را شامل می‌شود.(۳۱) مطالعهٔ ژن‌ها و محصولات حاصل از ژن، شناسایی بیان غیر طبیعی ژن‌ها در وضعیت‌های بیماری، و تعدیل درمانی بیان ژن‌های غیر طبیعی. تکنولوژی DNA موفقیت هایی را در روشن نمودن مبنای ژنتیک برخی بیماری‌های تک ژنی داشته است؛ از جمله در بیماری فیبروز کیستیک، کره هانتینگتون و ... اما در بیماری‌های چند ژنی مانند دیابت، فشار خون بالا، استئوپروز و بیماری آلزایمر این امر پیچیدگی بیشتری دارد. (۳۱).

ژن درمانی ، در حقیقت، قرار دادن یک ژن صناعی درون سلول بیمار می‌باشد ؛ به نحوی که جایگزین ژن معیوب عامل بیماری گردد. (۱۸). اولین پیش نیاز برای انجام ژن درمانی عبارتست از: شناسایی و کلون کردن ژن‌های طبیعی (۳۶). ژن‌های کلون شده باید با روشی موثر به داخل سلول‌های هدف انتقال یابند.

در تمام روش‌های انتقال ژن، DNA مورد نظر به مجموعهٔ DNA سلول هدف اضافه می‌شود. خطرات همراه با یکی شدن DNA خارجی با ژنوم، شامل بهم خوردن و اعتشاش در ژن‌های تنظیم کننده است که ممکن است منجر به پیدایش اختلال در عملکرد سلولی و احتمالاً فعال شدن ژن‌های سرطانزا بشود(۳۶).

کارآزمایی در مورد ژن درمانی سلول‌های سوماتیک از سال ۱۹۹۰ با انجام اولین مورد ژن درمانی، شتاب گرفته است ؛ اما هم از لحاظ تکنیکی و هم از لحاظ اخلاقی موانعی بر سر راه آن وجود دارد(۳۱، ۳۶). استفاده از ژن درمانی سلول‌های سوماتیک در سرطان‌ها مورد بررسی می‌باشد. موضوع مورد بحث در ژن درمانی تجربی، افزایش سرطان‌ها ؛ خصوصاً ملانوما، سرطان پستان، کولون، مثانه، پروستات، تخمدان و پانکراس و نیز لوسمی و لنفوم غیر هوچکین، در جوامع می‌باشد.

مسائل اخلاقی در القاء بارداری

پیشرفت طب و تکنولوژی پزشکی راههای جدیدی را برای بارداری و داشتن فرزند پیش روی افرادی که به دلایل مختلفی از داشتن فرزند محروم هستند گذارده است. روش‌های جدید از جمله باروری داخل آزمایشگاهی (IVF)، رحم کرایه‌ای و... از عمده‌ترین مباحث مطرح در مسائل مستحدثه در فقه اسلامی می‌باشند(۱۴) . امّا علاوه بر مسائل فقهی، برخی مسائل اخلاقی و روانی نیز پیرامون این روشها در کشورهای مختلف ایجاد شده است که نیاز به مطالعه، بررسی و راهکارهای اساسی دارد. عمده مباحث اخلاقی مطرح عبارتند از:

- مسائل اخلاقی پیرامون تخمک‌های بارور شدهٔ بدون استفاده در جریان IVF و استفاده‌های پژوهشی از آنها.
- مسائل اخلاقی استفاده از سلول بنیادی در تولید مثل انسانی که قبلاً نیز مورد اشاره قرار گرفت.
- مسائل اخلاقی مربوط به استفاده از سلول‌های زایا (germ cell) برای انجام لقاح در افراد مختلف .

- مسائل اخلاقی و مشکلات روانی ناشی از گرفتن اسپرم یا تخمک از فردی غیر از همسر قانونی
- مسائل روحی - روانی کودک آزمایشگاهی
- مسائل اخلاقی و روانی مربوط به رحم کرایه‌ای
- اهمیت رازداری پزشک و کادر پزشکی در موارد درخواست بیمار.

هر چند مسائل فقهی مطرح در این مقوله، در اینجا مورد بحث قرار نگرفته است امّا نکته مهم این است که با توجّه به فرهنگ جامعه، لزوم توجّه به فرهنگ اسلامی توسط پزشک هم در راهنمائی بیمار و هم در انجام اقدامات تشخیصی -درمانی، از اصول مرتبط با اخلاق پزشکی بشمار می‌آید.

اخلاق پزشکی در بیماران روانی

روانپزشکی و اختلالات مربوط به آن مسائل اخلاقی را در بردارد که با سایر شاخه‌های طب کمی متفاوت است. بیماران دچار اختلالات روانی از یک یا چند اختلال در قوای ذهنی یا روحی رنج می‌برند. لذا در بسیاری از موارد توانائی اخذ تصمیم معقول و مناسب یا به عبارتی اتونومی بیمار تحت تأثیر قرار می‌گیرد(۳۷). برنامه‌ریزی‌های تشخیصی ودرمانی در این بیماران باید به نحوی باشد که تا حد امکان عملکرد بیمار محفوظ بماند. مشکلات و مسائل اخلاقی متعددی در حیطهٔ تشخیص و دسته‌بندی بیماری (کسب اطلاعات)، ارتباط بین بیمار و پزشک، نحوهٔ درمان، انجام پژوهش و سایر جوانب مطرح می‌باشد و با توجّه به اینکه برخی از اصول و شرایط مراقبت‌های بالینی در بیماران روانی ظریف بوده و به میزان کفایت با توجهات اخلاقی معمول پوشش داده نمی‌شوند، باید دقت کافی صورت گیرد و از عدم آزار و رنج بیمار اطمینان حاصل شود. ارزش حیات انسانی در بیماران روانی نیز باید در حد اعلاء حفظ شده و احترام بیمار به صور مختلف رعایت گردد. از تمسخّر و انگ‌زدن به بیمار توسط پزشک و کادر پزشکی اکیداً باید پرهیز شود. در امور تشخیصی ودرمانی از مرحلهٔ کسب اطلاعات طی شرح‌حال و معاینه گرفته تا اقدامات‌درمانی (اعم از دارودرمانی، روان‌درمانی، درمانهای جراحی و ECT) بیمار نباید تحت فشار و اجبار قرار داده شود و علیرغم پایین‌بودن سطح توانائی‌های ذهنی و روحی بیمار اتونومی او در حد امکان باید حفظ شود. اخذ رضایت در این بیماران خصوصاً در کودکان دچار بیماریهای روانی از مباحث مطرح و مورد اختلاف می‌باشد.

رازداری از بنیادی‌ترین اصول اخلاق در روانپزشکی است که در اخذ و ثبت اطلاعات بیمار، ارائه آنها به خانواده یا حتی تیم‌درمانی و جامعه باید رعایت گردد. بیمار باید در مورد حفظ اسرار خود اطمینان داشته باشد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته به بیماران حق ویژه قانونی[1] داده می‌شود که اطلاعات فاش شدهٔ او نزد روانپزشک در حین مصاحبه و روان‌درمانی حتی در موقعیت‌های قضائی و نیمه قضائی پوشیده بماند(۳۷). برخی برای رازداری در این بیماران استثناتاتی عنوان کرده‌اند از قبیل: احتمال خطر خودکشی بیمار، احتمال تهدید

1 - Previlage

جانی برای دیگران و احتمال تهدید امنیت عمومی جامعه. خودکشی و خاتمه حیات در بیماران روانی، مسائل جنسی، ازدواج و تولید مثل در این افراد و مسائل مربوط به هزینه‌های‌درمانی بیماران از دیگر موضوعات مطرح می‌باشند.

انجام پژوهش‌های علمی در بیماران روانی مورد بحث می‌باشد. اما چهار اصل عمده شامل: افزایش دانش و ارتقاء علم (Knowledge)، ضرورت انجام مطالعه (Necessity)، سودمندبودن (Benefit) و رضایت (Consent) باید مراعات گردند(۳۸).

سالمندی، دمانس واخلاق پزشکی

دورهٔ سالمندی از دو بعد جسمی و روانی با مشکلات و بیماریهایی همراه می‌باشد لذا ضرورت حمایت خانواده و جامعه از این گروه واضح است. لزوم غربالگری بیماریها و نیز لزوم انجام تمام اقدامات تشخیصی -درمانی مورد نیاز، امیدوار نمودن بیماران، احیاء بیمار و موارد تجویز خاتمهٔ حیات و انجام پژوهش‌های تشخیصی - درمانی در این بیماران از موارد بحث می‌باشد. در بعضی کشورها به صورت غیررسمی در ارائهٔ تسهیلات لازم به افراد مسن و پیر محدودیت‌هایی وجود دارد. عدم مولّدبودن برای جامعه یا خانواده، وجود کسالت‌های متعدد، کاهش موفقیت اقدامات پزشکی در این سنین و هزینه‌داربودن ارائه خدمات بیمه به سالمندان از عمده توجیهات برای کاهش توجهات به افراد مسن و پیر در جوامع می‌باشد(۳۹). محاسبه و دخالت سالهای حیات مقرون با کیفیت (QALys)[1] در خدمات جامعه به افراد، از بحث‌های مطرح پیرامون سالمندی می‌باشد(۳۹). این تفکر محدودیت‌هایی را به صورت غیررسمی برای سالمندان در جوامع مختلف ایجاد نموده است. اما مسلم است که پزشک و کادر پزشکی با توجه به جایگاه ویژهٔ خود باید اصول مهم اخلاق پزشکی را در این بیماران رعایت نمایند. مبانی اصلی اخلاقی در مراقبت‌های سالمندی متعددند که برخی از آنها عبارتند از: عدالت (Justice)، سودمندی (beneficence)، اتونومی (autonomy)، و رعایت حفظ اسرار (Privacy) (۳۹). احترام به بیمار، رعایت ادب و خویشتن داری، توجه به سطح فرهنگ بیمار، جلب اعتماد، توجه به سئوالات بیمار و دادن اطلاعات کافی به او، پرهیز از ایجاد رابطهٔ مادّی و مالی صرف با بیمار و ایجاد امیدواری در این افراد از عمده‌ترین مسائل در روابط بین پزشک با یک بیمار سالمند می‌باشند.

بیماران دچار دمانس یا دچار آلزایمر مسائل اخلاقی خاص خود را دارند و مراقبت‌های پزشکی از این بیماران با مشکلات زیادی همراه است. با توجه به تغییر رفتاری و شخصیتی در این افراد، بحث شخصیت انسانی و ارزش حیات در آنها مطرح شده است. این سئوال که «تا چه حد باید برای ادامهٔ حیات بیمار دچار دمانس تلاش کرد؟» محور بسیاری از موضوعات مطرح می‌باشد(۳۹). در هر حال رعایت اصول اساسی اخلاق پزشکی در این

1- Quality Adjusted Life Years

بیماران باید مورد نظر باشد. از مباحث عمده اخلاقی در این زمینه مواردی است که فرد صلاحیت کافی برای تصمیم‌گیری در مورد وضعیت پزشکی خود را ندارد.[1]

اخلاق و پژوهش

طبابت بالینی صحیح و اصولی، بر مبنای پژوهش استوار است. تحولات جدید در زمینه ارتقاء سلامت جوامع، همه و همه مرهون پژوهش در پزشکی است. تقریباً می‌توان گفت در تمام مراحل تحقیق مسائل اخلاقی مطرح است؛ گر چه نکات بسیار زیادی در این زمینه می‌توان بحث نمود. خوشبختانه یکی از کتب ارزشمند در این زمینه به فارسی ترجمه شده است بنام «اخلاق در پژوهش» که می‌توان به آن رجوع نمود(۱۸). بر این کتاب مقدمه‌ای نوشته شده است که‌منهای بحث‌های مشترک آن که در مباحث دیگر مثل فلسفه اخلاق به آن پرداخته شده است. خلاصه آن مباحث به‌عنوان مدخل بحث اخلاق در پژوهش برای علاقمندان ذکر خواهد شد.

گسترش تحقیقات پزشکی در حیطه‌های متفاوت، چه در انسان و چه در حیوان، ضرورت توجه ویژه به اخلاق پژوهش را در دنیا ایجاب نموده است. حاکمیت ارزش‌های اخلاقی و نهادینه‌شدن اصول اساسی انسانی در مراکز علمی و تحقیقاتی، بنیان اصل حفظ جایگاه حقیقی علم و پژوهش در جهان می‌باشد. متأسفانه در تاریخ طب، سوء استفاده‌ها و انحرافاتی که در مسیر پژوهش وجود داشته است، گاه به حدی غیرانسانی بوده که در تمام دنیا عکس العمل‌های جدّی را در جهت ایجاد چهارچوب اخلاقی و قانونی برای انجام تحقیقات زیستی و طبی در پی داشته است. قوانین نورنبرگ (۱۹۴۷) و سپس بیانیهٔ هلسینکی (۱۹۶۴) توسط انجمن بین المللی پزشکی (VWA)[2] که در سال ۲۰۰۰ مجدداً به تأیید رسیده است، با همین انگیزه و در راستای ارتقاء اخلاق پژوهش‌های پزشکی تدوین و تصویب گردیده‌اند. توجه به موضوع اخلاق در امر پژوهش، با تشکیل کمیته‌های اخلاقی بررسی‌کنندهٔ طرح‌های تحقیقاتی پیشنهادی در دنیا، جنبهٔ کاربردی‌تری به خود گرفته است. مبانی اخلاق در پژوهش و نیز موضوعات عمدهٔ مطرح در این زمینه در فصل‌های بعدی به صورت مفصل‌تر بیان خواهد گردید.

اخلاق پزشکی و آموزش

این مبحث را می‌توان در دو موضوع جداگانه شامل: «اخلاق در آموزش پزشکی» و «آموزش اخلاق پزشکی» تفکیک نمود.

اخلاق در آموزش پزشکی

آموزش پزشکی به دانشجویان اگر با رعایت و حفظ اصول اخلاقی همراه باشد، اهداف عالیهٔ آموزش طب در جوامع را با کیفیت بهتری تأمین

1- Surrogate Dicision Maker
2- World Medical Association

خواهد نمود. روابط صحیح بین اساتید و دانشجویان از مهم‌ترین مسائل اخلاقی است. از جنبهٔ اساتید؛ صلاحیت علمی استاد، به روزبودن اطلاعات علمی، انتقال کامل و به موقع تجربیات علمی و عملی، بکارگیری شیوه‌های جدید کمک آموزشی، استفاده حداکثر از اوقات و ساعات تدریس، جلوگیری از اتلاف وقت دانشجویان و احترام به شخصیت آنان و رعایت عملی اصول اخلاق پزشکی در ارتباط با بیمار، مهم‌ترین اصول مطرح می‌باشند. شاید بتوان گفت که از بهترین زمینه‌های ایجاد تحول در یک فرد داشتن یک الگوی مناسب اخلاقی است. کسانی که خود الگو بوده‌اند گرچه خیلی هم به‌صورت علمی و نظری به مباحث اخلاق پزشکی نیز نپرداخته بودند ولی توانسته‌اند دهها و صدها شاگرد با عملکرد مناسب در عالم پزشکی تربیت نمایند. این الگوها ناگفته با رفتارشان داعی به راه درست بوده‌اند. **«کونوا دعاة الناّس الی الخیر بغیر السنتکم».**

از جنبهٔ دانشجویان نیز احترام و ادب متناسب با جایگاه اساتید، فعال و کوشابودن از جنبهٔ علمی و عملی، رعایت اخلاق در سلوک با بیماران و اطرافیان بیمار، پرهیز از آسیب و آزار به بیماران و کسب مهارت و تجربه کافی در اقدامات تهاجمی قبل از اقدام روی فرد زنده از مبانی مهم اخلاقی می‌باشند. در این زمینه بسیاری از مسائل باید توسط قوانینی مدون گشته و به مورد اجرا گذارده شود. شرایط لازم برای آموزش در فرد زنده (اقدامات تهاجمی و غیرتهاجمی)، آموزش روی جسد (تشریح)، آموزش در فرد تازه فوت شده و آموزش در حیوانات آزمایشگاهی از این قبیل می‌باشد.

از موارد مهم دیگر در این زمینه، قرار دادن بخشی از هزینه‌های آموزش بر دوش بیماران است. بستری نمودن بیماری که می‌تواند به طور سرپایی درمان شود، اما با تشخیص پزشک معالج به عنوان یک مورد خوب آموزشی جهت آموزش دانشجویان پزشکی بستری می‌گردد و یا انجام آزمایشات تکمیلی برای درک بهتر دانشجویان از روند پاتولوژیک بیماری، هزینهٔ اضافی را به بیمار تحمیل می‌کند که نباید بیمار را ملزم به پرداخت آنها نمود.

آموزش اخلاق پزشکی

اخلاق پزشکی کاربردی، نیازمند افراد متخصص و آموزش دیده در این حوزه می‌باشد تا ضمن آموزش سایر پزشکان، وظیفهٔ مشاوره‌های اخلاقی در موارد پیچیدهٔ اخلاق پزشکی را به عهده گیرند و نیز در جهت انجام پژوهش‌هایی به منظور تقویت مبانی علمی و عملی اخلاق پزشکی تلاش نمایند. با توجّه به پیشرفت روز افزون دانش و تکنولوژی در طب و علوم زیستی، آموزش اخلاق پزشکی نیز به فراخور زمان، سیاق نوینی یافته است که در بخش ویژه «آموزش اخلاق پزشکی» با تفصیل بیشتر بیان خواهد گردید.

قانون، طب و اخلاق پزشکی

قوانین اخلاقی حرفه‌ای از منابع و راهنماهای مهم اخلاقی برای پزشکان هستند که باید مورد

توجّه باشند. قوانین اخلاقی به‌عنوان حامی و حافظ بیماران می‌باشند چرا که استانداردهای مورد انتظار را مشخص می‌سازند و نتایج مؤثری را بدنبال دارند. اول اینکه محافظت عامه را با قراردادن حد و مرزهای اخلاقی برای پزشکان تأمین می‌نمایند که البته برای حصول این امر علاوه بر وجود قوانین، ضمانت اجرایی لازم نیز باید وجود داشته باشد (۴۰). دومین مسئله اینکه وجود قوانین اخلاقی تذکر و یادآوری از مسئولیت‌های اخلاقی برای پزشکان است. سوم اینکه این قوانین بیماران را از حقوقشان آگاه نموده و آنچه باید از پزشکان انتظار داشته باشند را معین می‌سازد(۴۰).

ارتباط بین اخلاق پزشکی و قوانین پزشکی ظریف است و ارتباطات عمومی بین بینش اخلاقی یک جامعه و قوانین تنظیمی آن جامعه را منعکس می‌نماید. دیدگاه اخلاقی ماست که باعث می‌شود قوانین اصلی به نحوی وضع شوند که آنچه برایمان مهم است را حفظ نمایند. به عبارتی؛ قوانین ما تحت تأثیر آنچه اعتقاد داریم درست است شکل می‌گیرند. اخلاقیات در حیطهٔ طب نه تنها بر شکل‌گیری قوانین اثر می‌گذارند بلکه بر تفسیر آنها در موقعیت‌های بالینی مؤثرند(۴۱). از سوی دیگر قانون نیز بر اخلاقیات عمومی جامعه تأثیر می‌گذارد. قوانین طب را در سه دسته می‌توان جای داد(۴۱):

۱) قوانین مربوط به عملکرد پزشکی و مشاغل و سازمانهای وابسته مانند: وظایف شاغلین این حرفه، وظایف بیمارستانها و... که در حقیقت انتظارات جامعه را از فردی که جایگاه خاصی در سیستم بهداشتی – درمانی دارد مشخص می‌نمایند.

۲) قوانین جزائی یا کیفری [1] که نقش و وظایف پزشکان را در مواجهه با رفتارهای کیفری شرح می‌دهند. این قوانین در مواردی که شاغلین حرف پزشکی جرم یا خیانت‌های جدّی منجر به مرگ یا صدمات دیگر را مرتکب شوند کاربرد دارند. به‌عنوان مثال در موارد سقط غیرقانونی، تهدید بیمار، تجویز مواد مخدر و گواهی فوت نادرست.

۳) قوانین مدنی [2] که در نزاع‌های بین پزشکان و بیماران داوری می‌کنند. با توجّه به تغییرات مداوم فرهنگی، اجتماعی و حتّی اعتقادی در جوامع و نیز تحولات علمی و تکنیکی، بازنگری و بازنویسی مجدد قوانین و روزآمد نمودن آنها به صورت متناوب ضرورت دارد. گرچه این داوری تمام جنبه‌های اخلاقی و رابطهٔ پزشک و بیمار را نمی‌پوشاند.

مسئله اخذ رضایت آگاهانه در تعیین مجازات‌های ناشی از قصور یا تقصیر در وظایف پزشکی اهمیت دارد؛ هر چند وجود آن نیز در بسیاری از موارد پزشک را تبرئه نمی‌نماید(۴۲). قصور به معنای خطایی است که علیرغم اطلاعات کافی و احتیاطات لازم حادث شده باشد. امّا تقصیر عملی است که در اثر عدم وجود اطلاعات کافی یا بکارنبستن احتیاطات لازم ایجاد شود(۴۲). البته در هر دو مورد تعقیب و پیگرد قانونی وجود دارد ولی حکم جزائی متفاوت خواهد بود.

با توجّه به ارتباط نزدیک طب با قوانین حقوقی و ضرورت وجود قوانین مدون، سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران نیز آئین نامهٔ انتظامی

1- The Criminal Law
2- The Civil Law

پزشکی را شامل موضوعات اخلاقی مهمی که پزشک به رعایت آنها مؤظف و مکلف است تدوین نموده و برای ارتکاب تخلف از هر یک از آنها مجازاتهای انتظامی متناسب؛ از اخطار و توبیخ تا محرومیت دائم از اشتغال به حرفه پزشکی را مقرر داشته است(۴۲).قانون حمورابی که قرن‌ها قبل از میلاد مسیح (ع) تنظیم شده است، از قدیمی‌ترین قوانین پزشکی است که قوانین مجازات پزشکان خلاف کار یا خطاکار را بیان نموده است (۴۴،۴۳).

یکی از مباحث مهم در بحث قانون، قوانین مرتبط با حقوق بیماران است که در بسیاری از کشورها در این زمینه قوانین مدونی وجود دارد. در این زمینه کتابی به نام «حقوق بیماران» که مجموعه‌ای از قوانین مرتبط با حقوق بیماران می‌باشد، به فارسی ترجمه شده است و در دسترس علاقمندان است(۴۵). از مباحث بنیادین در این زمینه در کشور ما، رابطه اخلاق، فقه و حقوق است. در قسمتی از این مقدمه به این مهم به طور مختصر پرداخته شده است.

منابع

۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور فرهنگی. اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی. تهران: چاپ سپهر، ۱۳۷۰.

2. Pellegrino ED, Thomasma DC. A Philosophical basis of medical practice: toward a phiolsophy and ethic of the heading professions. UK: Oxford Universiry Press, 1981.

3. Compbell A, Gillett G , Jones G. Medical ethics: the healing ethos. UK: Oxford Universiry Press, 2001, P. 20-33

4. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: The Geneva convention Code of medical ethics. UK , oxford university press, 2001, P.286

5. Stone J. An ethical framework for complementary and alternative therapists. London and NewYork : Routledge, 2002, P. 153-166.

6. Stone J. An ethical framework for complementary and alternative therapists. London and NewYork : Routledge, 2002, P.172-182.

7. Higgs R, Truth - telling. In: Kuhse H, Singer P. A Companion to bioethics. UK: Blackwell, 2001, P.432-440.

8. Higgs R. Truth - telling, lying and the doctor-Patient relationship. In: Gillon R. Principles of health care. Chichester : John Wiley & Sons, 1994, P. 499-509.

9. Compbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics : the humon body . UK: oxford university press, 2001, P. 49-73

10. Botega NI, Metze K, Marques E, Cruvinel A, Moraes ZV, Augustoll, Costa LA. Attitudes of medical Students to necropsy. j Clin Path 1997; 50: 64-6.

11. Jones DG. Speaking for the dead : cadavers in biology and medicine . Aldershot: Ashgate Publishing Limited, 2000.

12. Compbell A, Gillett G. Medical ethics : issues before birth.UK:Oxford university Press, 2001, P.98-114.

۱۳. محقق داماد، سیدمصطفی. تحقیقی در مورد سقط جنین، عوارض، مسائل و موضوعات پیرامون آن. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: مسائل مستحدثه. تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، چاپ سروش، ۱۳۷۳، صفحات ۱۲۹-۱۷۰.

۱۴. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: مسائل مستحدثه. چاپ سروش، تهران، ۱۳۷۳.

15. Compbell A, Gillett G. Medical ethics: birth and beyond. UK: Oxford university press, 2001, P.115-128.

16. Royal College of Pediatrics and child Health. Withholding or withdrawing life saving treatment in children: a framework for practice. London: RCPCH, 1997.

17. Huxtable R. Re M (medical treatment: Consent) time to remove the `Flak jacket`? Child and Family law Quarterly 2000; 12: 83-8.

۱۸. ترور، اسمیت، اخلاق در پژوهشهای پزشکی. ترجمهٔ محمد ضرغام (زیر نظر دکتر باقر لاریجانی). تهران: چاپ برای فردا، ۱۳۸۱.

۱۹. لاریجانی، باقر. نگرشی جامع به پیوند اعضاء. تهران: بنیاد امور بیماریهای خاص، چاپ سازمان تحقیقات، آموزش و ترویج کشاورزی، ۱۳۷۸.

20. Merrill JP, Murray JF, Harrison JH, Guild WR. Sucessful homotrans plantation of the human kidney between identical twins. J A M A 1956; 160: 277-282.

21. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: organ and tissue transplantation . UK: Oxford University Press, 2001, P. 129-146.

۲۲. امامی رضوی، سیدحسن. پیوند اعضاء. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: مسائل مستحدثه. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، چاپ سروش، ۱۳۷۳، صفحات ۱۰۲-۱۱۰.

23. Sells RA. Transplants. In: Gillon R. Principles

of health Care ethics. Chichester: John Wiley & Sons, 1994, P. 1003-1025.

24. Berkowitz J.`Mummy was a fetus: motherhood and fetal ovarian transplantation'. J Med Ethics 1995; 21 : 298-304.

25. Thomson J, Itslovitz- Eldor J, Shapiro s, Waknitiz M, Marshall V,Jones J. Embryonic stem cell lines derived from human blastocysts. Science 1998; 282: 1145-7.

26. Daar AS. Animal-to-human organ transplants: a solution or a new problem? Bulletin of the World Health Organizaion 1999; 77(1): 54-61

27. Compbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: theories of medical ethics. Uk: Oxford University Press, 2001, P.2-19.

28. Compbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: ending human lives. UK: Oxford University Press, 2001, P.200-215.

29. British Medical Association. Euthanasia. landon: BMA, 1999.

۳۰. امینی، ابراهیم. یوتانازی یا مرگ از روی ترحم. مجموعه مقالات اخلاقی پزشکی: مسائل مستحدثه. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، چاپ سروش، ۱۳۷۳، صفحات ۳-۹.

31. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: genetic dilemmas. UK: Dxford University press, 2001, P.76-96.

32. Martindale D. Lawyers oppose ban on cloning. The Scientist 2002 (19 August). Available from: URL: http:// www.biomedcentral.com/ news/20020819/03/

33. Hensley SD. AMA approves creating life for destructive purposes. Available from URL: http:// www.cbhd.org/resources/cloning/ hensley 2003 07 09 print.htm

34. Coors ME.Therapeutic cloning: from consequences to contradiction. J Med Philosophy 2002; 27(3) : 297-317 .

35. UN News center.General assembly legal committee post pones cloning debate for two years (6 November 2003). Available from: URL:http://www.un.org/apps/news/printnews.asp?nid=8806

۳۶. کولور، کنت. ژن درمانی برای پزشکان. ترجمه دکتر منوچهر شریعتی. بوشهر: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، ۱۳۷۶.

37. Compbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: ethical issues in psychiatry. UK: Oxford University Press, 2001, P. 159-178.

38. Fulford KWM, Howse K. Ethics of research with psychiatric patients: Principles, problems and the primary responsibilities of research. J Med Ethics 1993;19:85-91.

39. Compbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: aging, dementia, and mortality. UK: Oxford University Press, 2001, P.179-199.

40. Stone J. An ethical framework for complementary and alternative therapists: Professional Codes of ethics. London and NewYork: Routledge, 2002, P. 59-71.

41. Campbell A,Gillett G, Jones G. Medical ethics: Law, ethics and medicine. UK: Oxford University Press, 2001, P. 264-272.

۴۲. مرکزمطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: پزشک و قوانین حقوقی، قصور و تقصیر در تشخیص و درمان. تهران چاپ سروش، ۱۳۷۳.

۴۳. محرری، محمدرضا. تاریخچه و کلیات اخلاق پزشکی. مجموعه مقالات صاحب نظران دربارهٔ اخلاق پزشکی. تهران: واحد چاپ معاونت پژوهش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۶۹، صفحات ۲۱-۴۲.

44. Loewy Eh. Textbook of medical ethics.New york: plenum Medical Book Company, 1989.

۴۵. لینن، گیورس، پینت. مطالعه تطبیقی حقوق بیماران. ترجمه دکتر باقرلاریجانی، دکتر محمود عباسی. تهران، چاپ پژمان، نشر حقوقی، ۱۳۸۱.

فصل ۳

فلسفه اخلاق پزشکی

مقدمه

فلسفه اخلاق پزشکی قسمت اساسی از اخلاق پزشکی است که کوشش می‌کند در سایهٔ تحلیل‌های فلسفی، درست و نادرست را در حیطهٔ عمل در موضوعات مختلف و مراقبت‌های بهداشتی شرح دهد. این قسمت از مباحث اخلاق پزشکی اهمیت بسیار زیادی دارد زیرا در کلیه قسمت‌های اخلاق پزشکی و تصمیم‌گیری‌های عملی تأثیر گذار است.

اخلاق در پزشکی تاریخچهٔ طولانی دارد. فلسفهٔ اخلاق مدون در قرن پنجم قبل از میلاد با سقراط آغاز می‌شود. سقراط علم اخلاق را در پاسخ به این سئوال که: «یک فرد چگونه باید باشد؟» مطرح نمود امّا اکنون گفته می‌شود «یک فرد چه باید انجام دهد؟» و یا در طب و مراقبت‌های بهداشتی، «یک مسئول بهداشتی یا پزشک چه باید انجام دهد؟»[1] در هر حال مبحث اخلاق پزشکی، محتوای اخلاقی طب را به تفصیل بیان می‌کند و موضوعات اخلاقی مرتبط با پزشکی را تحلیل کرده و توضیح می‌دهد که چرا برخی فعالیت‌های خاص، از این نظر اخلاقی و برخی غیراخلاقی‌اند. قبل از ورود به بحث اخلاق پزشکی لازم است به‌طور کلی مکاتب، جهان‌بینی‌ها و اندیشه‌های اخلاقی موجود مورد بحث و بررسی قرار گیرد.

یکی از قسمت‌های اساسی و تأثیرگذار در مباحث اخلاق پزشکی که به گونه‌ای در فرهنگ اسلامی، ایرانی با دیگر کشورها متفاوت است ، فلسفه اخلاق پزشکی است. ما باید ضمن نگاهی به اندیشه‌های مختلف در این زمینه، بینش خودمان

۱-البته عدول از آن مبنای سقراطی قابل تامل است. اینکه یک فرد چگونه باید باشد پرسشی است از شخصیت انسانی و اینکه این شخصیت چگونه باید باشد. اخلاق فضیلت در روزگار ما همین مبنا را دنبال می‌کند. بحث فلسفه اخلاق نمی‌تواند صرفا به افعال انسان مرتبط شود. ما نمی‌توانیم فقط بپرسیم کدام فعل خوب است. بلکه از آن مهمتر باید بپرسیم کدام انسان خوب است.

را شفاف و روشن مورد بررسی قرار دهیم. در هر زمینه از اخلاق پزشکی ما به نوعی به این مباحث نیازمندیم، چرا که فرار از بینش فلسفی، ما را به ورطه احساسات و اندیشه‌های غیرصحیح و غیرمدون خواهد کشاند.

نظریه‌ها و مکاتب اخلاقی

عملکرد اخلاقی یا رفتار معنوی نزد افراد معانی متفاوتی دارد. مسلماً در تمام بیماران و در تمام شرایط محتمل، تصمیم‌گیری‌ها نمی‌تواند یکسان باشد لذا پزشک یا درمانگر باید با فرضیه‌ها و مکاتب اخلاقی آشنا بوده و مهارت بکارگیری عملی آنها را داشته باشد. به‌طور کلی نظریات مطرح در فلسفهٔ اخلاق را می‌توان به سه حوزهٔ کلی تقسیم نمود: **فرا اخلاق**[1]، **اخلاق اصولی یا دستوری**[2] **و اخلاق کاربردی**[3](۲). فرا اخلاق، در حقیقت، آنچه را که مبانی اخلاقی از آن نتیجه می‌شوند، مورد بررسی و بحث قرار داده و معانی آنها را مشخص می‌سازد. به عبارت دیگر، فرااخلاق مطالعهٔ منشأ و محتوای مفاهیم اخلاقی می‌باشد. اما اخلاق اصولی یا دستوری، تعیین استانداردها، اصول و قواعد اخلاقی و مشخص نمودن رفتار درست و غلط را برعهده دارد(۲). اخلاق کاربردی موضوعات مورد بحث و مباحث مورد اختلاف (مانند سقط، حقوق حیوانات، اتانازی و...) را بررسی می‌نماید و سعی در حل آنها دارد(۲). فرااخلاق، به بیان دیگر، در پاسخ به سئوال «خوب چیست؟» یا «ارزش چیست؟»، آنچه هست را شرح می‌دهد؛ در حالی‌که اخلاق اصولی «آنچه را که باید باشد» شرح داده و تعیین می‌کند که «کدام فعل خوب است»(۳). برای کاربردی و مفیدبودن بحث اخلاقی باید از معیارهای فهم، عمل و تصمیم‌گیری مناسبی استفاده شود به نحوی که انسانهای معتقد به اخلاقیات آن را تصدیق نمایند.

نکته مهم دیگر؛ ارتباط مباحث نظری اخلاقی و عمل و رفتار اخلاقی است. صرف وجود تئوری‌های اخلاقی ضمانت نمی‌کند که مردم، اخلاقی عمل نمایند. این موضوع نیازمند بحث فراوانی است. ارتباط بین علم و عمل مباحث بسیار زیادی را در معارف در پی داشته است؛ گر چه علم و عمل مانند دو بال پرواز انسانند ولی لزوماً علم منجر به عمل درست نمی‌شود. لذا در جایی از این مقدمه به این مسئله که چگونه آموزش اخلاق پزشکی می‌تواند منجر به رفتار مناسب‌تر گروه پزشکی شود نیز پرداخته خواهد شد.

ما دراین فصل نظریات و مکاتب مطرح در فلسفه اخلاق اصولی یا دستوری در فلسفه غرب را مورد بازبینی قرار داده و سپس به بیان دیدگاههای فلسفه اخلاق اسلامی خواهیم پرداخت. برخی نظریه‌ها و مکاتب موجود با فلسفهٔ اسلام تفاوتهای بنیادین دارند که این امر می‌تواند در قضاوت‌ها و تصمیم‌گیری‌های بالینی در بحث‌های اخلاق پزشکی تأثیر گذار باشد.

نظریات و مکاتب مطرح در اخلاق اصولی یا دستوری

اخلاق اصولی یا دستوری بخش مهمی از فلسفه اخلاق را تشکیل می‌دهد و همان‌گونه که بیان شد در پی تبیین نظامی از قواعد و اصول حاکم

1-metaethics 2-normative ethics
3-appliedethics

بر افعال اخلاقی است. نظریات و مکاتب مطرح را به نوعی می‌توان به سه دستهٔ کلی تقسیم نمود(۲و۴):

۱ - نظریه‌های اصالت وظیفه[1] (وظیفه گرا)

این نظریه‌ها معتقدند که ویژگی‌های خود عمل، قطع نظر از میزان نتایج مثبتی که در پی می‌آورد، می‌تواند آن عمل را صواب و لازم گرداند. التزامات و تعهدات مشخصی وجود دارند که با «انسان‌بودن» ما پیوند خورده‌اند مثل مراقبت از فرزندان؛ و فرضیه‌های مبتنی بر اصالت وظیفه این التزامات را بدون توجه به نتیجهٔ آنها، در هر وضعیت محور قرار می‌دهد(۲). یک فرد وظیفه گرا معتقد است که ویژگیهای معین خود عمل دارای ارزش ذاتی است(۴). این مکتب به لحاظ وسعت و اهمیت آن در اخلاق پزشکی به صورت جداگانه مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۲ - نظریه‌های اصالت نتیجه[2] (غایت گرا)

برمبنای این نظریه که teleological theories و یا outcome-based theories نیز نامیده می‌شود، یک عمل اخلاقی زمانی صحیح است که فواید آن بیش از پیامدهای منفی آن باشد(۲). قائلین به این مکتب بازشناسی باید و نبایدها، درست و نادرست‌ها و خوب و بدها را با توجه به نتیجهٔ کار تعیین می‌کنند و اینکه میزان خیر و شّر مترتب بر آن چه اندازه است(۱). البته در مکاتب مبتنی بر اصالت نتیجه (غایت گرا) امور گوناگونی به‌عنوان غایت فعل اخلاقی مطرح شده است مانند: کمال، معرفت، لذت، قدرت، سعادت و...؛ و هر یک از این موارد نیز به گونه‌های متفاوتی مورد تفسیر و تعبیر قرار گرفته‌اند؛ اما در هر حال یک فرد غایت گرا محور مرکزی ارزش را نتیجهٔ عمل می‌داند(۴)، زیر مجموعه‌های این نظریه به سه دسته عمده تقسیم می‌شوند:

الف - اخلاق خودگرا[3]: براساس این نظریه، یک عمل زمانی اخلاقی است که نتایج آن برای فرد انجام دهنده مطلوب باشد(۲). معتقدین به این نظر همواره در پی به دست آوردن بیشترین خیر و سود برای خود هستند(۵).

ب - اخلاق دیگرگرا[4]: این نظریه ملاک اخلاقی‌بودن عمل را مطلوبیت برای دیگران (غیراز خود فرد) می‌داند(۲). بر این اساس انسان باید تا حد امکان منافع دیگران را بر منافع خود ترجیح دهد(۴).

ج - نظریه سودگرا یا اصالت سودمندی[5]: که بر مبنای آن یک عمل از نظر اخلاقی وقتی صحیح است که برای هر کس سودمندی بیشتری داشته باشد یا به عبارت دیگر، بیشترین سود را برای حداکثر افراد در برداشته باشد(۱،۶). از آنجا که این نظریه در اخلاق پزشکی بیشتر مورد استفاده و بحث قرار می‌گیرد در ادامه به شرح آن خواهیم پرداخت.

۳ - نظریه یا مکتب مبتنی بر فضیلت[6]

این فرضیه قدیمی‌ترین فرضیهٔ مطرح در فلسفه غرب است که ریشه آن به تمدن یونان باستان می‌رسد(۲). بر مبنای این فرضیه، اخلاق شامل قوانین کاملاً مشخص و تعریف شده‌ای برای رفتار است؛ مثلاً: محکومیت دزدی و قتل انسانها. این فرضیه بر اهمیت ایجاد رفتار صحیح نهادینه (و نه صرف یادگیری اخلاق) تأکید دارد(۲). سقراط،

---

1 - Deontological theories
2 - Consequentialist theories
3 - Ethical egoism
4 - Ethical altruism
5 - Utilitarianis
6 - Virtue theory

افلاطون و ارسطو مهم‌ترین قائلین به این مکتب می‌باشند. سقراط به اصول ما بعد طبیعی اعتقاد داشت و این اصول را مطلق و ابدی می‌دانست و این اولین پایهٔ تأسیس اخلاق مطلق در برابر اخلاق نسبی سوفسطایی بود(۷). افلاطون، شاگرد او، انسان را دارای قوهٔ شهوت، غضب و قوهٔ عاقله می‌دانست و حد اعتدال آنها را فضایل **عفت، شجاعت و حکمت** برمی‌شمرد و معتقد بود هر گاه کسی متصّف به این سه ملکهٔ اخلاقی شود فضیلت چهارمی را واجد خواهد شد که **«عدالت»** نام دارد. او این چهار فضیلت را اصل همه فضائل می‌دانست(۷).

اولین بیان سازمان‌بندی شدهٔ نظریهٔ فضیلت توسط ارسطو و در کتاب اخلاق نیکو ماخایی[1] ارائه شده است(۷و۸). از نظر ارسطو چهار شرط برای محقق‌شدن فعل اخلاقی یا فضیلت لازم است: اعتدال، آگاهی کامل، اختیار یا آزادی و یقین فرد عامل به صحت عمل(۷). در قرون وسطی و نیز دوره‌های بعد این فرضیه توسط متخصصین الهیات دین مسیحیت تکمیل شد اما با پیدایش فرضیات جدید، در حال حاضر این مکتب کمتر مورد توجه قرار دارد. در دو نظریهٔ اصالت نتیجه و اصالت وظیفه سئوال این است که «چه باید بکنم؟» و حال آنکه در نظریهٔ فضیلت مهم‌ترین سئوال این است که «چگونه فردی باید بشوم؟» (۴).

علاوه بر سه مورد ذکر شده یک راهکار خودگرایانه مبتنی بر اصالت نتیجه توسط هابز[2] تحت عنوان **«نظریهٔ تعهد اجتماعی[3]»** ارائه شده است(۲). بر این مبنا به دلایل صرفاً خودگرایانه؛ چون فرد در یک جهان پایبند به قواعد اخلاقی بهتر زندگی می‌کند تا در دنیای بدون قواعد اخلاقی، پس همه باید در برقراری اصول اخلاقی بکوشند(۲).

هابز کوشیده است تا تمام اصول اخلاقی و سیاسی خود را از اصل صیانت ذات استنتاج کند. او می‌گوید همه باید در برقراری صلح بکوشند اما اگر نتوانستند مجازند از خود دفاع کنند. همچنین او معتقد است هر کس باید آنچه برای خود می‌خواهد را برای دیگران نیز بخواهد(۷). آراء هابز در حقیقت دارای مبانی اخلاق رواقی[4] می‌باشد که مبتنی بر فلسفهٔ وحدت وجودی ماده‌گرایانه[5] و متکی بر اصالت طبیعت[6] است(۷).

نظریه وظیفه‌گرا[7]

این مکتب تحت عنوان rule-based ethics یا duty-based ethics هم نام برده شده است. مکتب اصالت وظیفه یا تکلیف، به وجود احکام بدیهی نظری و عملی معتقد است و تنها کاری را اخلاقی می‌داند که اختیاری و موافق با قانون باشد و با انگیزهٔ انجام وظیفه صورت گیرد(۹). اخلاقی‌بودن مستلزم این است که مردم وظایف اصلی یا الزامات قانونی خود را انجام دهند مثلاً یک وظیفه این است که به دیگران صدمه وارد نکنند و یا دروغ نگویند(۱۰). این تئوری سابقهٔ طولانی در طب دارد چرا که شیوهٔ بقراط[8] نیز در وظیفهٔ درمانگر برای شفاء بیمار ریشه داشته است(۱۰). بر مبنای این تئوری ملاک تصمیم‌گیری برای درست یا غلط‌بودن یک عمل از نظر اخلاقی این است که آیا آن عمل

1- Nichomachean Ethics
2- Thomas Hobbes
3 - Social Contract theory
4- Stoic ethics
5- Materialist Pantheism
6- Naturalism
7 - Deontology
8- hippocrate

وظیفه یا تکلیفی را شامل می‌شود یا خیر. برای معتقدین این تئوری نتایج عمل اهمیت ندارد و یک عمل می‌تواند اخلاقی باشد حتی اگر نتایج بدی به همراه داشته باشد(۱۰).

با نفوذترین تئوریسین طرفدار این مکتب، فیلسوف آلمانی ایمانوئل کانت[1] (۱۸۰۴-۱۷۲۴) می‌باشد. بسیاری از اخلاقیات پزشکی بر مبنای دئونتولوژی کانتی استوار شده است. به عقیدهٔ کانت هر تئوری اخلاقی باید بدون توسل به اراده و خواست الهی توجیه‌پذیر باشد و از قوانینی که بشر برای خود قرار داده است مشتق گردد(۱۰). کانت احکام را به دو دستهٔ احکام مقدم بر تجربه یا apriori که حاصل تجربهٔ بشر نیستند و احکام مؤخر از تجربه یا aposteriori که از تجربهٔ بشر منتج می‌شوند، تقسیم می‌کند(۱۱،۹). همچنین با تقسیم احکام مقدم بر تجربه به دو بخش احکام مربوط به واقعیت‌ها و هست‌ها (منسوب به عقل نظری) و احکام عملی (منسوب به عقل عملی) بیان می‌دارد که احکام عملی بدیهی بوده و عقل به تنهائی قادر به درک این مفاهیم می‌باشد (۱۱،۹). بر مبنای مکتب کانت، وظیفه ناشی از درک عقلی است و عقل حُسن آن را درک می‌کند چون از بدیهیات است. براساس دئونتولوژی کانت ما الزام داریم در هر وضعیت براساس یک اصل واحد عمل کنیم و در موقعیت‌های مشابه بدون توجه به زمان، مکان یا فرد، همان عمل را انجام دهیم(۱۰). به عنوان مثال رازداری یک اصل صحیح اخلاقی است که همیشه باید اجراء شود. کانت می‌گوید تکلیف به ما دستور می‌دهد که قانون اخلاقی را به صورت امری مطلق انجام دهیم نه امری مشروط و لذا دستورالعمل‌هایی را بیان می‌دارد از جمله (۱۱):

۱) بگونه‌ای عمل کن که دستورالعمل تو بتواند تا سر حدّ قانون کلی اعتبار یابد.

۲) به نحوی با دیگران رفتار کن که دوست داری دیگران همان‌گونه با تو رفتار کنند و رفتارت با دیگران به گونه‌ای باشد که انسان همیشه غایت باشد نه وسیله.

مرکز و محور تئوری کانت، احترام و ارزش نهادن به استقلال فرد می‌باشد(۱۰).

از نظریه پردازان اخیر این مکتب، راس[2] می‌باشد که به عقیده او، وظایف، قسمتی از طبیعتِ اصلی عامل وجود هستند، لذا مبنای نظریهٔ او Prima facie duties یا وظایف بدیهی هستند که در حقیقت الزامات اخلاقی حقیقی ما را تشکیل می‌دهند(۱۰،۲). تکالیف اصلی با تأمل و تعقل، بدیهی و آشکار می‌شوند. وفاداری و صداقت، وظیفهٔ جبران اضرار به دیگران، حق‌شناسی، عدالت، سودمندی و عدم اضرار وظایف عمده‌ای هستند که باید برای کادر پزشکی مهم باشند(۱۰،۲).

تئوریهای مبتنی بر حقوق[3] یا شاخهٔ دیگری از مکتب اصالت وظیفه می‌باشند(۱۰،۲). منظور از حقوق، چیزهایی است که همهٔ ما به‌طور ذاتی دارای آنها می‌باشیم مانند حق حیات یا حق آزادبودن. این حقوق، بدیهی[4] تصور می‌شوند، غیرقابل بیع بوده و قابل واگذاری به دیگری نیستند[5]. این حقوق برای همه یکسانند[6]، متعلق به همهٔ انسانها[7] هستند بدون توجه به نژاد، سن، جنس یا عوامل دیگر؛ و در تمام نقاط جهان بدون توجه به مرزها و نوع حکومتها گسترش دارند(۱۰،۲).

1-Immanuel Kant 2- W.D.Ross
3 - rights- based theories
4 - natural 5 - inalienable
6 - equal 7 - universal

نظریه اصالت سودمندی [1]

مکتب یا نظریهٔ اصالت سودمندی به دو گونه مورد تقسیم قرار گرفته است. تقسیم‌بندی اول بر مبنای نتیجه یا سود مورد نظر، صورت گرفته و عبارت است از (۴):

۱) نظریه اصالت لذت [2] که بر مبنای آن ایجاد لذت فردی [3] و یا درد برای تعیین اخلاقی‌بودن یا نبودن عمل ملاک قرار می‌گیرد. بنتام [4] از فلاسفهٔ قرن هیجدهم از قائلین به این نظریه می‌باشد.

۲) نظریه اصالت سعادت [5] معتقد است که فعلی اخلاقی است که به سعادت [6] منجر شود. این نظریه در اصل منسوب به اپیکور می‌باشد. در اخلاق اپیکوری تعقل و تفکر برای انتخاب لذت و هماهنگ و موزون ساختن حیات فرد تأثیر زیادی دارد. از دیگر فلاسفه مطرح پیرو این مکتب میل [7] می‌باشد.

۳) نظریه اصالت خیر [8]؛ که افرادی چون مور [9] به آن معتقدند، در حقیقت، یک ارزش یا غایت خاص را مشخص نمی‌کند بلکه مجموعه‌ای از ارزشها مثل علم، آزادی، عدالت و مانند آن را به‌عنوان غایت معین می‌نماید.

علاوه بر سه نظریهٔ فوق، نظریه‌های اصالت وجدان که روسو [10] (متوفای ۱۷۷۸ م) به آن معتقد بوده است، اصالت حیات [11] یا قدرت که گویو [12] و نیچه [13] بنیان گذاران اصلی آن بوده‌اند، مکتب انزواطلبی کلبیون (دل کندن از دنیا با هدف کسب آرامش) و مکتب زهدگرایی رواقیون را به نحوی می‌توان در این گروه جای داد(۹). همچنین هیر [14] سودمندی ترجیحی [15] را پیشنهاد نمود که بر مبنای آن عملی اخلاقی است که ترجیحات و امیال فرد بیشتر در آن ملحوظ باشد(۲).

اما تقسیم‌بندی دوم، مکتب اصالت سودمندی را به دو دسته عمل‌نگر [16] و قاعده‌نگر [17] منشعب می‌سازد(۴،۱۲،۱۳،). نظریهٔ اصالت سودمندی عمل نگر که اسمارت [18] آن را سود گروی نامحدود نامیده است(۴) قائل به این است که نتایج هر عمل را باید به صورت جداگانه سنجید و بر این اساس یک عمل زمانی اخلاقی است که در مقایسه با هر جایگزینی نتایج مطلوبی داشته باشد(۲). بنتام نیز از پیروان این نظریه می‌باشد. اما نظریه سودمندی قاعده‌نگر که توسط اسمارت سودگروهی محدود نامیده شده است(۴)؛ در حقیقت تعیین قواعدی را برای تعیین سودمندی اعمال ضروری می‌داند. بر مبنای این نظریه عمل صحیح اخلاقی، عملی است که با قانونی که عموماً نتیجهٔ خوبی داشته است مطابقت داشته باشد(۲). میل از قائلین به این نظر می‌باشد.

نظریه‌های دیگری نیز علاوه بر دو دسته فوق به صورت ضعیف‌تر مطرح شده است مانند اصالت سودمندی عمومی [19] که بر مبنای آن عمل اخلاقی عملی است که در صورتی که عام و همگانی اجراء شود نتایج خوبی داشته باشد. بنابراین نظریه اصالت سودمندی یک نظریهٔ واحد نیست بلکه مجموعه‌ای

---

1 - Utilitarianism
2 - Hedonistic utilitarianism
3 - pleasure
4- Jeremy Bentham
5 - Eudemonistic U
6 - happiness
7- john stuart mill
8 - Ideal agathistic U.
9- Moore
10-J.J. Rousseau
11 - Vitalisme
12- Guyau
13- Nietzche
14- R.M.Hare
15 - U. Preference
16 - act-utilitarianism
17 - rule-utilitarianism
18- J.J. Smart
19 - general U.

از تئوری هاست که از چهار جزء تشکیل شده است (۱۲):
۱) **جزء نتیجه**[1] بر مبنای آن صحت عمل با ایجاد نتیجه خوب گره خورده است.
۲) **جزء ارزش یا**[2] طبق آن خوبی یا بدی نتیجه باید با استفاده از برخی معیارهای استاندارد خوبی ذاتی[3] یا خیر حقیقی ارزیابی شود.
۳) **جزء محدوده**[4]: براساس این جزء نتایج اعمال به‌عنوان تاثیر گذارنده بر هر شخصی و نه صرفاً عاملی که برای تعیین صحت اعمال بکار می‌رود، در نظر گرفته می‌شود. این جزء در حقیقت تمام افراد متاثر از عمل را در بر می‌گیرد و به‌طور یکسان آنها را می‌پوشاند (با توجه به نسبت تأثیر گرفتن آنها).

این جزء در مورد کودکان، بیماران دچار اختلالات ذهنی شدید و بیماران در حال اغما می‌تواند مبهم باشد. همچنین در مواردی مثل سقط جنین، شخصی که باید محور تصمیم‌گیری باشد مورد اختلاف است. حیوانات نیز می‌توانند در محدوده اثر باشند.

۴) **معیاری برای سودمندی**:[5] وجود برخی استانداردها برای خوبی ذاتی و حقیقی ضروری است چرا که قاعده کلی سودمندی (منافع و خوشی‌ها را به حداکثر و حد اعلی رساندن) در برخی موارد به شخص نمی‌گوید چه چیزی را باید به حداکثر رساند(۱۲). مکتب سودمندی در درجه اول درستی یا نادرستی یک عمل را براساس نتیجه آن ارزیابی می‌کند؛ به‌عنوان مثال به عقیده بنتام، اعمال درست هستند اگر خوشبختی ایجاد کنند و اشتباه هستند اگر باعث از بین رفتن سعادت فرد شوند؛ هدف کلی به حداکثر رساندن خوشی‌هاست(۱۲).

یک مشکل عمده این است که بسیاری از نتایج اعمال، در زمان انجام برای ما مشخص و آشکار نیست(۱۰). مشکل دوم این است که این تئوری ممکن است به اتخاذ تصمیم‌هایی منجر شود که با خواسته‌های بیمار منطبق نیست (۱۰). برخی مشکلات این مکتب به‌طور عام می‌تواند با قراردادن سودمندی قاعده‌مند[6] رفع گردد و قوانینی بر مبنای آنچه بیشتر احتمال دارد مفید باشد تدوین گردد(۱).

از معتقدین به مکتب اصالت سودمندی هیر می‌باشد که برای تفکر اخلاقی[7] یک قضاوت دوسطحی را پیشنهاد کرده‌اند که در حقیقت سطح اول، سطح انتقالی یا شهودی، نوعی از سودمندی قاعده‌مند است که قوانین و قواعد اخلاقی بخشی از آن هستند(۱۲). در سطح دوم، سطح انتقادی یا بحرانی، نوعی از سودمندی عملی[8] می‌باشد(۱۲). قسمت عمده و قاطع تئوری دو سطحی هیر این است که شخص از سودمندی عملی به منظور انتخاب رهنمودهایی از زندگی استفاده می‌کند که این رهنمودها مواردی هستند که به علت مقبولیت عمومی، سودمندی را به حداکثر خواهند رساند(۱۲).

چارچوبی برای تحلیل‌های اخلاقی

تئوری مبتنی بر اصول[9]

اخلاق مبتنی بر اصول هر چند دقیقاً یک تئوری محسوب نمی‌شود اما به‌طور وسیع در آموزش اخلاقی زیستی[10] و اخلاق مراقبت‌های بهداشتی[11]

1 - Consequence 2 - Value
3 - intrinsic goodness
4 - range
5 - A principle of utility
6 - rule- utilitarianism
7 - moral thinking 8 - act - utilitarianism
9- Principle - based ethics
10- bioethics

کاربرد دارد(۱۰). این نظریه چهار مبنای کلیدی اخلاقی عمده دارد که در آمریکا و انگلستان به‌عنوان وسیله‌ای برای راهنمائی تصمیم‌گیری‌های عملی در اخلاق پزشکی جا افتاده است و مورد استفاده قرار می‌گیرد(۱۰). این چهار اصل عمده عبارتند از (۱۴،۱۰،۱):

۱ - ارزش قائل‌شدن برای اختیار و استقلال فرد[12]

۲ - وظیفه سودمندبودن [13]

۳ - وظیفه عدم زیان باری و اضرار [14]

۴ - ارزش نهادن به عدالت[15]

در حقیقت این تئوری به Beauchamp و Childress منسوب است. چهار مبنای اخلاقی ذکر شده همراه با بینش و دیدگاه[16] استفاده از آنها، یک راهکار ساده اما قابل دسترس و از نظر فرهنگی بیطرف بشمار می‌آیند که از آنها می‌توان برای تفکر در مباحث اخلاقی مراقبت‌های بهداشتی استفاده نمود(۱۴). هر چند این اصول ایجادکننده قانون نیستند اما به پزشکان و همکاران در تصمیم‌گیری در مباحث اخلاقی مطرح کمک می‌نماید. به عبارتی این چهار اصل عمده و نگرش حاصله، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی را قادر می‌سازد که به جای فرهنگ‌های اخلاقی مختلف و غیرمتجانس، در ایجاد تعهدات اخلاقی مشترک و صحیح، زبان اخلاقی همسان و چهارچوب مشترک تحلیلی برای پاسخ‌دادن به مشکلات اخلاقی در مراقبت‌های بهداشتی استفاده نمایند.(۱۴). در مکتب اسلام و برخی مذاهب دیگر نیز این چهار اصل به طور کلی مقبول می‌باشد ولی اختیار و استقلال فردی بعد از سودمندی قرار می‌گیرد.

احترام به اختیار و استقلال فرد

اصل احترام به اختیار فرد[17] نیازمند این است که پزشک حقوق بیماران را در آزادی تصمیم‌گیری بر مبنای ارزش‌های اعتقادی خود ملحوظ دارد(۱۰). بیماران دارای صلاحیت اختیار کسانی هستند که قادرند انتخاب‌های مستدل و عقلانی داشته باشند و با اختیار خود بر مبنای آگاهی کافی تصمیم بگیرند. در حال حاضر خودمختاری، آگاهی‌دادن و احترام به بیمار همه با هم بخش ضروری مباحث اخلاقی در ارتباط حرفه‌ای پزشک با بیمار را تشکیل می‌دهند(۱). اتونومی ایجاب می‌کند قبل از هر اقدامی، مشورت با بیمار صورت گیرد و توافق او جلب شود. اخذ رضایت همراه با آگاهی از بیماران، رازداری و وفای به عهد، از جمله مواردی است که بیانگر اتونومی بیمار می‌باشد. مسلماً این موارد علاوه بر حفظ خود مختاری بیمار، توانائی پزشک را در کمک به بیمار بالا می‌برد. احترام به استقلال فردی بیمار مستلزم عدم فریفتن آنها می‌باشد. همچنین رعایت زمان ملاقات بیمار، برقراری ارتباط مناسب، خوب گوش‌دادن به بیمار ودادن اطلاعات کافی به بیماران نیز ضروری است.

اصل سودمندی و عدم اضرار

وظیفه سودمندبودن کاملاً با سنّت معالجه، کمک‌کردن و شفادهی مرتبط است(۱۰). پزشکان باید صلاحیتی در خور داشته باشند چرا که پزشکی که مهارتهای علمی و عملی ضروری را ندارد نه تنها بعید است به بیمار فایده برساند بلکه ممکن است باعث ضرر رساندن به بیمار شود. این نکته به‌طور

11- health - care ethics

12 - respect for autonomy

13 - duty of beneficence

14 - duty of non-maleficence

15 - respect for justice

16 - Scope

17 - autonomy

عام پذیرفته شده است که برای فایده رساندن به بیمار گاهی لازم می‌شود که بیمار در معرض برخی خطرها قرار داده شود اما به‌عنوان یک قاعده کلی، میزان خطر مورد انتظار باید با میزان فایده مورد انتظار قابل توجیه باشد (۱۰). آموزش علمی و عملی جدی و موثر هم قبل و هم پس از شروع زندگی حرفه‌ای پزشکی و کسب تجربه کافی در مورد فواید و مضار مداخلات پزشکی از جمله این تعهدات اجباری است.

احترام به عدالت

چهارمین مبنای بدیهی اخلاق، عدالت است. عدالت یک تعهد اخلاقی است مبنی بر قضاوت منصفانه بین طرفین قضاوت که دو مدعی رقابت‌کننده می‌باشند(۱۴). در اخلاق پزشکی تعهدات و الزامات ناشی از عدالت را به سه دسته می‌توان تقسیم کرد(۱۴):

۱ – توزیع منصفانه سرمایه‌ها[1]

۲ – عدالت در رعایت حقوق مردم[2]

۳ – عدالت در اجراء قوانین قابل قبول اخلاقی[3]

هر چند مساوات قلب عدالت است اما چنانچه ارسطو سالها پیش گفته است عدالت بیش از مساوات صرف است (۱۴). عدالت به این معنی نیست که به‌طور اجباری استاندارد واحدی برای مراقبت‌های پزشکی برای تمام افراد داشته باشیم بلکه به این معنی است که ما مسئولیت معینی را با شرایط معینی برای درمان بیماران بپذیریم و منصفانه به آن عمل کنیم و به علت تفاوت دارائی، موقعیت یا نژاد تفاوتی در خدمات قائل نشویم(۱).

بینش و نگرش اخلاقی[4]

کاربرد صحیح اخلاقی اصول چهارگانه ذکر شده نیازمند بینش کامل و جامعی است که بتواند در تمام موارد راهگشا باشد. مسائل مورد اختلاف نظر زیادی وجود دارد که در مرحله تصمیم‌گیری می‌تواند پزشک را دچار تردید و بحران سازد. دو موضوع عمده از نظر کاربردی اهمیت دارند(۱۴)؛ اول اینکه چه کسی به‌طور بدیهی و از نظر اخلاقی پزشکی دارای اختیار و استقلال فردی در نظر گرفته می‌شود؟ و دوم «حق حیات» چیست و چه کسانی و چگونه صاحب آن محسوب می‌شوند؟ در مورد اول می‌توان به‌عنوان مثال دختر ۱۴ ساله‌ای را در نظر گرفت که درخواست تجویز قرص‌های پیشگیری از حاملگی را دارد. آیا تا چه حد باید به تصمیم او ارزش گذاشت؟ این مسئله در گروه سنی اطفال و افراد دچار بیماریهای ذهنی هم مطرح است. آیا در مورد حق تصمیم‌گیری، یک نوزاد و یک کودک هفت ساله یکسان در نظر گرفته می‌شوند؟ در مورد دوم هم در عمل سئوالات زیادی مطرح می‌شود. این آسان است که فرض کنیم پزشک حق ندارد باعث مرگ کسی شود اما تلاش برای زنده نگهداشتن بیمار تا چه حد باید ادامه یابد؟ حق حیات رویان، جنین، نوزادان و بیماران دچار مرگ مغزی نیز از مواردی است که به‌طور وسیع مورد بحث می‌باشند. اصول چهارگانه در کل اصول قابل قبولی است و نوعاً در شرایط متفاوت می‌توانند کمک‌کننده برای تصمیمات پزشکی باشند ولی در شرایط مشکل با اتکاء تنها بر این اصول نمی‌توانیم راهکاری در مباحث اخلاق پزشکی بیابیم؛ یا به‌عنوان مثال با فلسفه و مبانی فلسفی اسلامی که تمام موجودیت انسان را جسم او نمی‌داند نمی‌توانیم با توجه به استناد به اصل توجه به اختیار انسان مرگ آسان یا

1 - distributive justice
2 - rights- based justice
3 - legal justice
4- Scope

اتونومی را بپذیریم. تعریف دقیق این اصول مسئله مهمی است. اختیار انسان خصوصاً در ارتباط با دیگران، فامیل، جامعه و... باید تعریف شود.

تعریف دقیق «سودمندی» و تعریف دقیق ضرر چیست؟ معیار سودمندی با یک جهان بینی و جهان بینی دیگر بسیار متفاوت است. همچنین عدالت که خود داستان طولانی داشته و دارد. لذا باید به میزان کارآیی این چهار اصل توجه کافی نمود.

مکاتب متافیزیکی و دیدگاه اسلام

علاوه بر دسته‌بندی قبلی که ذکر گردید، برخی منابع، مکاتب اخلاقی را به سه دستهٔ مجزا تقسیم می‌نمایند(۹):

الف - مکاتبی که معتقدند مفاهیم اخلاقی از هیچ واقعیتی حکایت نمی‌کنند.

ب - مکاتبی که سرچشمهٔ اخلاق را در طبیعت و خواستهای طبیعی انسان می‌دانند.

ج - مکتب‌هایی که واقعیت‌های اخلاقی را دارای ریشهٔ مافوق طبیعت (متافیزیک) می‌دانند.

با توجه به اهمیت مکاتبی که ریشهٔ ماورای طبیعی دارند، عمده‌ترین مکاتب مطرح در این دسته را مورد بحث قرار می‌دهیم.

۱ - **مکتب وجدان**: این مکتب براساس نظریهٔ روسو[1] مبتنی است. روسو عقیده دارد که انسان طبیعتاً خوب آفریده شده و در صورتی که موانعی در سر راهش نباشد انسانی اخلاقی خواهد بود. رهبر انسان در تشخیص‌هایش وجدان است، که هم راهیاب است و هم وی را در صورت تخلف توبیخ می‌کند(۹). کانت نیز از طرفداران «وجدان اخلاقی» محسوب شده است.[۲۵] ولی با توجه به ویژگی‌های خاص مکتب کانت، آن را به صورت جداگانه مورد بررسی قرار می‌دهیم.

در اینجا یک سوال عمده مطرح است و آن اینکه: آیا همه محتویات ذهن انسان، همه سرمایه‌های ذهنی و فکری و وجدانی انسان مأخوذ از احساس‌ها و تجربه‌هاست؟ برخی از دانشمندان قدیم و جدید معتقدند که در ذهن انسان هیچ چیزی وجود ندارد که قبل از به کارگیری حواس ظاهر موجود باشند بلکه همه محتویات فکری و ذهنی انسان از همین دروازه‌های حواس وارد شده‌اند و غیر از اینها چیزی وجود ندارد (۱۶،۱۵) به عبارت دیگر؛ نیروی خاصی به نام وجدان در انسان وجود ندارد. انسان به کمک عقل دارای ملکاتی می‌شود و مفاهیمی را به‌عنوان ارزش می‌شناسد. این ملکات اقتضا می‌کنند که آدمی، با شناخت ارزشها، سیئات را طرد کند. ولی اگر محیط تربیتی و اجتماعی به او ارزشهای انحرافی را القا کرده باشد ناراحتی «وجدان» را حس نخواهد کرد(۹). اما برخی از دانشمندان معتقدند که آنچه در ذهن انسان وجود دارد، دو بخش است، بخشی از آنها از طریق حواس ظاهری وارد ذهن شده‌اند و پاره‌ای دیگر از آنها قبل از احساس در ذهن ما وجود دارند (۱۶،۱۵). استاد علامه طباطبایی (ره) در تفسیر المیزان، در استنباطی لطیف از آیهٔ ۷۳ سورهٔ انبیاء (و اوحینا الیهم فعل الخیرات) می‌فرمایند: اصل خیرات مثل بذرهای در باطن انسان‌ها و کمون ذات آنها آفریده شده است و خدا انجام آنها را وحی کرده است (۱۵). در حقیقت، وجدان آن قسمت از ذهن است که به صورت باطنی در تمام افراد وجود دارد. «وجدان» به انسانها تکلیف الهام می‌کند و هیچ انسانی به حسب

1- Rousseau

سرشت و خلقت از آن خالی و بی بهره نیست. منتها قابل انعطاف بوده و می‌تواند تحت تاثیر محیط سالم و ناسالم و ترتیب صحیح و ناصحیح قرار بگیرد و از سایر قوای روحی مانند شهوت، غضب و سایر تمایلات فطری درونی تغییر پذیرد. (۱۷). در هر حال هر دو نظر ذکر شده تکیه بر وجدان صرف را در تبیین ارزش‌های اخلاقی، کافی نمی‌دانند. علاوه بر احتمال وجود القائات نادرست، وجدان ممکن است دربارهٔ بعضی امور ساکت باشد و ادراکی نداشته باشد. (۱۸)

۲ - **مکتب کانت:** کانت معتقد به وجود احکام بدیهی نظری و احکام بدیهی عملی است و می‌گوید که احکام اخیرالذکر است که اصول اخلاق را تشکیل می‌دهند. وی تنها کاری را متصف به صفت اخلاقی می‌داند که اختیاری و موافق با قانون باشد و با انگیزهٔ احترام به قانون و انجام وظیفه صورت گیرد(۹). این فیلسوف خیر اخلاقی را در ارادهٔ خیر می‌داند، و ارادهٔ خیر را به‌عنوان انجام وظیفه معرفی می‌کند، و وظیفه را چیزی می‌انگارد که هر انسانی آن را برای خود و همه انسانهای دیگر واجب‌الاجر بداند. مثلاً کانت راست گفتن را به این سبب خیر می‌نامد که هر انسانی رعایت آن را برای خود و انسانهای دیگر واجب می‌شمارد؛ مشروط به این که منافع دنیوی یا اخروی مترتب بر آن رعایت نگردد؛ بلکه صرفاً در راه این هدف انجام گردد که راست گویی وظیفهٔ همهٔ آدمیان است(۹).

به نظریهٔ کانت نیز انتقاداتی شده که جنبهٔ اصولی ندارد، از جمله آن که افرادی که واجد این شرایط باشند بسیار نادرند، و یا این که چه بسا راستگوییهایی که موجب قتل بیگناهی می‌شود. کانت در پاسخ به این اعتراضات می‌گوید: کمیاب‌بودن گوهر از ارزش آن نمی‌کاهد؛ دیگر این که ما با راست گفتن وظیفهٔ خود را به نحو احسن انجام داده‌ایم و گناه قتل بیگناه به عهدهٔ کسانی است که مستقیم یا غیرمستقیم در این عمل شرکت داشته‌اند (۹). ما در اسلام معتقدیم که دروغی که منجر به نجات جان انسانی شود خوب است و حتی می‌توان برای آن قسم دروغ خورد. کانت می‌گوید که من مقید به توافق با مذهب نیستم، و ما هم در این بحث فلسفی، این نظر کانت را در بعد مذهبی مورد انتقاد قرار نمی‌دهیم و به انتقادات فلسفی مکتب وی می‌پردازیم.

همان‌گونه که اجمالاً اشاره شد، کانت احکام را به دو دسته تقسیم می‌کند: احکام مقدم بر تجربه، یا پیشین[1]، و دیگر احکام مؤخر از تجربه، یا احکام پسین[2]. وی احکام دستهٔ اول، یعنی مقدم بر تجربه، را به دو دستهٔ دیگر تقسیم می‌کند، و یک دسته از این احکام مقدم بر تجربه را به عقل نظری (مربوط به واقعیات و هست‌ها) نسبت می‌دهد و آنها را «احکام بدیهی نظری» می‌خواند، و دستهٔ دیگر را منسوب به عقل علمی (مربوط به اعمال انسان) می‌داند و آنها را «احکام بدیهی عملی» نام‌گذاری می‌کند، و معتقد است که این احکام اخیرالذکر، اصول اخلاق را تشکیل می‌دهند. اولین انتقاد ما به همین حکم او است که می‌گوید اصول اخلاق براساس واقعیات دنیای خارج از ذهن ما نیست. عام‌ترین قانون اخلاقی که، به نظر کانت، عقل عملی به صورت بدیهی درک می‌کند خوبی و حسن عدالت است. عدل به صورت مطلق در هر زمانی و در هر مکانی خوب است و حسن دارد. عدل چیست؟ بهترین تعریفی که برای عدل می‌شود این است که: «حق هر کسی به او داده شود». حق چیست؟ حق

1 - apriori 2 - aposteriori

چیزی است که برطبق عدالت باشد. می‌بینیم که در تعریف مفاهیم «حق» و «عدل» دچار دور و تسلسل شده‌ایم. این دور و تسلسل در موردی است که ما بگوئیم اصول اخلاق از بدیهیاتی هستند که عقل آنها را بدون ارتباط با دنیای خارج درک می‌کند، در حالی‌که تا زمانی که ما یک سلسله موازین نظری نداشته باشیم، و موقعیت و نقش و کمال هر کسی را نشناسیم، نمی‌توان حقی را تعیین کرد. به‌عنوان مثال: تا موقعیت و نقش و خصوصیات و مشخصات زن و مرد معلوم ما نباشد نمی‌توانیم «حق» آنها را طوری که براساس عدل باشد ادا کنیم(۹). ابتدا باید حقایق عینی را شناخت تا بتوان مفهومی برای قضایای عقل عملی بدست آورد. در مورد این که این فیلسوف می‌گوید کار اخلاقی باید مطابق با تکلیف باشد، این سئوال مطرح است که وظیفه چیست و از کجا پدید آمده است؟ به عقیدهٔ کانت، وظیفه مفهومی است که تصورش بدیهی است، یعنی خود این مفهوم به تنهایی توسط عقل درک می‌شود، و هم تصدیقش بدیهی است(۹). در حالی‌که وظیفه مفهومی است اعتباری؛ باید واقعیاتی باشند و با هم سنجیده شوند تا این مفهوم از آنها انتزاع گردد.

کانت در مورد مفاهیم اخلاقی معتقد است که مطابقت فعل با تکلیف کافی نیست و باید نیت هم وجود داشته باشد. این امر از نکات مثبت فلسفهٔ کانت است که علاوه بر لزوم حسن و خوبی فعل به لزوم حسن و خوبی فاعل نیز توجه داشته است. اما کانت می‌گوید: نیت ارزشمند همان نیت انجام وظیفه و نیت احترام به قانون است. این سؤال مطرح خواهد شد که ارزش احترام به قانون از کجا حاصل می‌شود؟ اگر قائل شویم که ارزش احترام به قانون نیز حکمی اخلاقی است، باز به دور و تسلسل دچار می‌شویم؛ و اگر ارزش احترام به قانون را امری نظری بدانیم، که همان نیت کمال باشد، وصول به مطلوب حاصل است، و این امر خلاف نظر کانت است که برای نیت کمال نیز ارزش اخلاقی قائل نیست.

۳ - مکتب انزواطلبی کلبیون: وجه تسمیه کلبیون، که در حدود چهار قرن قبل از میلاد در یونان زندگی می‌کردند، این است که معتقد بودند که انسان برای تعالی خود باید مانند کلب (سگ) آزاد و رها زندگی کند. دیوجانس از چهره‌های معروف این مکتب بود. این مکتب براساس بدبینی به جهان و زندگی اجتماعی بنا نهاده شده و پیروان آن معتقد بودند که تعلق انسان به خارج از خویش و دلبستگی به دنیا که توأم با بدیها و ناراحتیها است، موجب سلب آرامش می‌شود، و لذا انسان باید از ماورای خود، اعم از خانه و خانواده و دوست و همسایه، دل برکند و راه عملی آن اجتناب از امور دنیوی است. اشکالی که در این مکتب وجود دارد این است که نظام عامل و زندگی اجتماعی را شر می‌داند، در حالی‌که شرور و بدیهای زندگی اجتماعی معلول رفتار به آدمیان است(۹). از سوی دیگر این نوع انزوا و ترک نعمتهای دنیا انسان را از کمالاتی که باید در سایهٔ نعمتهای انسانی حاصل شود محروم می‌کند.

۴ - مکتب زهدگرایی رواقیون: وجه تسمیهٔ رواقیون این است که زنون (واضع این مکتب) در ایوان سرپوشیده‌ای که به عربی «رواق» نام دارد تدریس می‌نمود. رواقیون معتقد به نوعی وحدت وجود بودند و حوادث این جهان را قضای حتمی‌الهی می‌دانستند و می‌گفتند که انسان با عقل خود تنها می‌تواند اراده‌اش را تغییر دهد که به چیزی دل ببندد یا نبندد(۹). پیروان این مکتب، حوزهٔ خیر و شر اخلاقی را فقط در درون ذات انسان می‌شناختند و می‌گفتند برای این که دلبستگی برای انسان حاصل

نشود باید با تقویت اراده در رد و طرد لذات و شهوات کوشا باشد(۹). در اسلام دنیا در جائی مذموم می‌شود که با کمالات معنوی و اخروی منافات داشته باشد؛ و برای اولیای خدا از آن رو مذموم می‌شود که حب دنیا نوعی شرک در محبت حق است. قضای الهی نیز به این معنی است که هر پدیده‌ای در جای خودش برطبق قانون علت و معلول تحقق پیدا می‌کند و ارادهٔ انسان نیز، که جزئی از اجزای علت تامهٔ حوادث است، تأثیر کامل در پیدایش حوادث دارد، یعنی قضای حتمی‌الهی با اختیار انسان منافات ندارد(۹).

۵ - مکتب‌های اخلاقی سقراط و افلاطون و ارسطو: وجه مشترک این فلاسفه و پیروانشان تقریباً این است که کمال و سعادت انسان را به‌عنوان ریشهٔ همه اخلاق فاضله معرفی، و برخی روی کمال و برخی روی سعادت تکیه کرده‌اند. برخی جنبه‌های مادی را و برخی جنبه‌های معنوی را، بعضی وجه دنیوی را و بعضی وجه اخروی را بیشتر منظور داشته‌اند. سقراط و شاگردش افلاطون عقیده داشتند که برای رسیدن به کمال باید حقایق را شناخت(۹). آنان راه عقلایی برای رسیدن به فضایل اخلاقی و تشخیص مصالح و مفاسد را حکمت آموزی می‌دانستند. ولی ارسطو، شاگرد افلاطون از این نظریه انتقاد می‌کرد و علم را علت عمل نمی‌دانست. وی در کتاب «اخلاق نیکوماخوس» ملاک خیر را سعادت، و سعادت را خواست فطری همه انسانها، و فضیلت اخلاقی را در گرو هر آن چیزی می‌داند که به این هدف فطری انسان کمک کند. این فیلسوف بزرگ سعادت را هدفی نمی‌داند که انسان پس از گذراندن دوران عمر به آن دست یابد بلکه معتقد است که سعادت در رفتار انسان و فعالیت زندگیش پدید می‌آید و با زندگی توأم است(۹). سقراط در نظریات خود به حیات ابدی تکیه داشت، ولی ارسطو تکیهٔ چندانی به آن ننموده است.

۶ - مکتب اخلاقی اسلام: ارزشهای اخلاقی در مکتب اسلام از فراگیری و جهان شمولی خاصی برخوردار است زیرا محورهایی که بر آنها تکیه می‌کند، از کلیت و اطلاق برخوردار می‌باشند ؛ محورهای اصلی اخلاق در اسلام عبارتند از (۱۹):
۱) کشش‌های آفرینش و تمایلات بعد علوی انسان
۲) وحی الهی و پیام‌های خداوند در مورد عوامل سعادت آفرین یا شقاوت زا

بر مبنای مکتب اسلام، در پی ریزی سعادت انسان، باید زندگی دنیوی و اخروی او را در نظر گرفت. (۱۹) و تاثیر هر فعل را باید علاوه بر حیات این جهانی انسان، در حیات اخروی او هم سنجید و در اینجاست که ما در شناسایی دقیق وضعیت اخلاقی افعال، محتاج وحی هستیم. (۲۰). از سوی دیگر اصل «اختیار» آدمی و قدرت انتخاب او مورد تایید قرآن کریم است. (۲۰، ۲۱).

به عبارتی؛ اختیار از بدیهی‌ترین اصول اخلاقی اسلام و از محکمات عقیدتی قرآن به شمار می‌آید. (۲۰) از این رو، عمل او در صورتی نام «ارزش» به خود می‌گیرد که با کمال آگاهی و آزادی از او سرزند. (۱۹)

در نظام اخلاقی اسلام به غرایز علوی و سفلی توجه شده است. (۱۹) اخلاق، آن گونه رفتار انسانی است که از روح زیبا سرچشمه می‌گیرد و زیبایی روح در سایهٔ تعادل قوا و توازن تمایلات درونی انسان است. (۱۹) از سوی دیگر، زیبایی عمل در صورتی ارزش آفرین است که از «نیت پاک» سرچشمه بگیرد ؛ لذا اسلام به اصلاح نیت‌ها و پاک سازی انگیزه‌ها همت

گمارده است. (۱۹) فلاسفهٔ اسلامی توجه زیادی به اعتدال داشته‌اند و معتقدند که انسان باید «با معرفت نفس» همهٔ قوای خود و هدف غایی آفرینش را بشناسد و در یابد که این قوا در کجا با هم تزاحم دارند تا بتواند با رعایت اعتدال از آنها رفع تزاحم کند. اما کمال حقیقی انسان از دیدگاه اسلام در سایهٔ علوم حصولی نیست؛ علوم حصولی و رسمی و آموزشی البته قوهٔ عاقلهٔ را تقویت می‌کند و قوه را به فعل می‌رساند، ولی کمال انسانی در گرو آن نیست. به فرمودهٔ مولوی در کتاب مثنوی:

موسیا آداب دانان دیگرند
سوخته جان و روانان دیگرند

از بحثهای گذشته نتایج ذیل بدست می‌آید(۹):

۱) قضایای اخلاقی فقط عبارات انشایی محض (یعنی تنها به صورت امر و نهی) نیستند بلکه قضایائی هستند اخباری که از واقعیات حکایت می‌کنند، اما برای تشخیص درستی یا نادرستی آنها باید معیارهائی در دست داشت.

۲) ارزشهای اخلاقی تنها مربوط به اعمال اختیاری انسان می‌باشد، آن هم به شرطی که عناوین انتزاعی، مانند عدالت، ظلم، صدق، کذب، و امثال آنها، با آنها همراه باشند، مثلاً گفتار و کردار وقتی از مقولهٔ مفاهیم اخلاقی می‌شود که گفته شود: «گفتار صادقانه» یا «کردار عادلانه» و یا ضدآنها.

۳) در قضایای اخلاقی، از دیدگاه منطق، محمول قضیه – مثلاً حسن یا قبح، خیر یا شر – و یا امر و نهی و «باید و نباید» ی که در آن وجود دارد، وقتی واقعاً مفهوم اخلاقی خواهد داشت که نتیجه‌ای که از یک عمل اختیاری بدست می‌آید نتیجه‌ای مطلوب باشد. (به عنوان مثال در قضیهٔ «کردار عادلانه نیکو است»، «کردار عادلانه» به‌عنوان موضوع، و «نیکو» به‌عنوان محمول و «است» به‌عنوان حکم قضیه نشان داده می‌شود. محمول، یعنی «نیکویی» وقتی مفهومی اخلاقی خواهد داشت که فعل اختیاری «کردار عادلانه» دارای نتیجه‌ای مطلوب باشد).

۴) احکام اخلاقی خودبخود ثابت نمی‌شوند و «بدیهی اولی» نیستند، با این دیدگاه به طور مثال نمی‌توانیم به‌طور مجرد معتقد باشیم که «عدالت ضرورت دارد» جز آن که توجه به نتیجهٔ عدالت داشته باشیم. در واقع در باب عدالت روند فکری از نظر منطق باید چنین باشد: ۱) عدالت نتیجهٔ مطلوب دارد؛ ۲) هر فعلی که منجر به نتیجهٔ مطلوب شود برای تحصیل نتیجهٔ مطلوب ضرورت دارد؛ ۳) بنابراین عدالت ضرورت دارد. یک حکم اخلاقی در واقع یک حکم انشایی محض و بدون پایه و مایه و بی‌هدف نیست، و تنها به حکمی می‌توان «اخلاقی» اطلاق کرد که آن حکم در رابطهٔ مثبت یا منفی با نتیجه باشد، یعنی حتماً در این حکم اخبار وجود دارد و آن اخبار در جملهٔ مورد مثال ما همین اعلام ضرورت عمل یا فعلی است که به نتیجهٔ مطلوب منجر می‌گردد.

۵) اما شناسایی صحیح این احکام (در اصطلاح منطقی تطبیق این کبری بر مصادیق) گاهی توسط عقل و با تحلیل‌های ذهنی ممکن است، و گاهی این تحلیل ذهنی عقل نیاز به تجربه هم دارد، یعنی باید موارد مشابهی در عامل خارج یعنی خارج از ذهن ما رخ داده باشد، و گاهی جز از طریق تبعیت از وحی عملی نیست، زیرا نه عقل و نه تجربه قادر به تحلیل و توجیه چنین مواردی نیستند.

۶) هدف احکام اخلاقی کمال حقیقی است که دربردارندهٔ سعادت انسان می‌باشد.

۷) ارزش اخلاقی فعل (اختیاری) انسان بستگی به آن دارد که آن فعل چه رابطه‌ای با کمال حقیقی

داشته باشد. اگر فعل، انسان را به کمال برساند ارزش مثبت دارد و اخلاقی است، و اگر انسان را از کمال بازدارد دارای ارزش منفی است و ضداخلاقی و رذیلت شمرده می‌شود، و اگر نه به این و نه به آن منجر شود فاقد ارزش خواهد بود.

۸) تنها انتخاب آزادانه و آگاهانهٔ انسان، که دارای انگیزه‌های متزاحم و مختلف است، ارزش اخلاقی دارد.

۹) رابطهٔ افعال انسان با کمال مطلوب از نظر شدت و ضعف و دوری یا نزدیکی تفاوت دارد و به همین سبب نیز ارزشهای اخلاقی افعال انسان از نظر مرتبه مختلفند.

۱۰) برای قضاوت در خوبی و بدی در مباحث اخلاقی باید کمال مطلوب و کیفیت و کمیت رابطهٔ فعل با این کمال مطلوب را بشناسیم.

در صفحه قبل بند ۴ آمده است که عدالت ضرورت دارد چون نتیجه مطلوب دارد. در این صفحه آمده است کمال نهایی انسان منصف شدن به صفات خدایی، چون «عدالت» می‌باشد. این سوال باید پاسخ داده شود که

۱ ـ عدالت ضروری است چون خداوند سبحان عادل است. و یا این که

۲ ـ عدالت ضرورت دارد چون نتیجه مطلوب دارد؟

براساس نتایج مذکور مشخص می‌شود که اخلاق از جهان بینی جدا نیست، و شناختن کمال مطلوب با فلسفه و جهان بینی مکتب مربوط می‌شود. مثلاً، در مکتب اسلام، کمال نهایی انسان قرب و نزدیکی وجودی به خداوند است، که از جمله به معنای متصف‌شدن انسان به صفات خدایی است، مانند پاکی و رحمانیت(۹).

روح انسان در اثر کارهای خاصی رابطهٔ وجودی قویتری با خدا پیدا می‌کند و با تقویت این رابطه بر کمال و سعادت او افزوده می‌شود. لذت روح انسان در همین کمال و سعادت حاصل از قرب و نزدیکی به خداست. انسان نسبت به خدای متعال یک علم حضوری ناآگاهانه یا نیمه آگاهانه دارد (منظور از علم حضوری این است که معلوم و عامل خارج از هم تصور نشوند) و در سیر خود به سوی خدا این علم حضوری را تقویت می‌کند(۹). پس اسلام کمال نهایی انسان را در تقویت رابطهٔ وجودی او با خدای متعال می‌داند و این رابطه به وسیلهٔ عمل به اوامرالهی حاصل می‌گردد. هر چه علم حضوری نفس به خدا شدیدتر شود، انسان به خداوند نزدیکتر خواهد شد؛ و هر چه انسان را از احساس استقلال، از خودپرستی، و از شرک به خدا دور کند، به حصول به این کمال کمک می‌کند. عدم استقلال در اصطلاح ما به معنای آن است که همهٔ چیزها تنها در ارتباط با خدا «هستی و قدرت» می‌یابد، همچون نوری که از منبع نور ساطع می‌شود و وجود و قدرتش بستگی به آن دارد و قائم به آن است. خط سیر کلی انسان در جهت کمال این است که استقلالی را که برای خود و اشیا و پدیده‌ها قائل می‌شود از همهٔ هستی سلب کند و آن را تنها در اختیار خدا بداند. پس اسلام کمال نهایی را قرب خدا و راه رسیدن به این قرب را اطاعت از اوامر و اجتناب از مناهی او می‌داند، و شرط آن را ایمان ذکر می‌کند. ایمان به این معنا است که انسان دلش را با اختیار و اراده تسلیم خدا کند. علاوه‌براین، دو اصل عمده، که کمال نهایی قرب به خدا و راه پرستش او است، اصل سومی هم وجود دارد با این بیان که زندگی دنیوی مقدمه‌ای است برای حیات ابدی، و فعالیتهای اختیاری انسان محدود به همین زندگی است ولی در عین حال باید واقف بود که کلیهٔ اعمال ما در همین عامل هم اثر می‌گذارد، و هستند کسانی که با تقویت علم حضوری

اثر اعمالشان را در روح خود درک می‌کنند و یا می‌بینند(۹). اما چون این زندگی ماهیتی مقدماتی دارد، کمال نهایی را باید در ورای این جهان جستجو کنیم یعنی در کشف روابط بین افعال اختیاری و نتایج آن، که به‌عنوان ملاک ارزشهای اخلاقی یاد شد، نتایج اخروی را منظور بداریم(۹).

در بینش اسلامی (و سایر ادیان توحیدی) اصالت از آن روح است و بدن ابزار و وسیله‌ای است برای تکامل روح، و خواستها و گرایشها در حقیقت تعلق به روح دارد، و روح است که تصمیم می‌گیرد و به کمال می‌رسد و به ارزش اخلاقی نایل می‌شود. با پذیرفتن اصالت روح، بالطبع باید به بدن به‌عنوان ابزار کار روح ارج نهیم، ولی چون می‌پذیریم که اصالت از آن روح است، تنها باید به اندازهٔ نیاز روح احتیاجات بدن را در نظر بگیریم؛ و در صورتی که برطرف‌کردن نیازهای مجازی بدن مانع از تکامل و تعالی روح باشد از آنها صرفنظر کنیم. روح عنصر اساسی انسان و ابدی است، و بدن مرکب و به منزلهٔ ابزار آن است. از سوی دیگر، روح با اعمالی که به وسیلهٔ بدن انجام می‌دهد به کمالات نایل می‌شود. حال، با توجه به این که انسان موجودی مختار است، و اگر رابطهٔ آن دو، یعنی کمال روح و افعال اختیاری، مثبت باشد، آن افعال متصف به حسن می‌گردند، و اگر این رابطه منفی باشد افعال مربوطه متصف به قبح می‌شوند، و فضیلت و رذیلت، خوب و بد، حسن و شر، باید و نباید، همه پیرامون این رابطه دور می‌زنند. بنابراین برای تقویت ارزشهای اخلاقی باید حقیقت و شئون روح را بشناسیم(۹).

ازنظر فلسفهٔ اسلامی روح، که موجودی بسیط و غیرمادی است، دارای مراتبی است. یک مرتبه از روح که نازلترین آنها است مرتبه‌ای است با ارتباط مستقیم با بدن و رشد و نمو و مسائل آن، که اصطلاحاً «مرتبهٔ نباتی» نام دارد. مرتبهٔ بالاتر روح مربوط به ادراکات حسی و حرکات ارادی و غیرارادی است، که اصطلاحاً موسوم به «مرتبهٔ حیوانی» است. مرتبهٔ اعلای آن «مرتبهٔ انسانی» است که خود دارای درجات زیادی است. وجوه تسمیهٔ مراتب اول و دوم اشتراک با نبات و حیوان است. اگر مراتب مذکور را بتوانیم مراتب طولی روح بنامیم، می‌توانیم شئون عرضی نیز برای روح قائل شویم، زیرا در هر یک از این مراتب قوای مختلفه‌ای برای روح وجود دارد و روح در کلیهٔ این مراتب طولی و شئون عرضی کمالاتی بدست می‌آورد(۹). توضیح این مطلب لازم است که هنگامی که از روح سخن می‌گوئیم منظور ما روح بدون ارتباط با بدن است، و وقتی که از نفس صحبت می‌کنیم منظور ما روح در ارتباط با بدن است. نفس یک حالت انجذابی (مانند یک التهاب یا یک شوق به طرف کمالات و جذب ملایمات آن و دفع منافرات آن) دارد. این حالت انجذابی همچون علم و قدرت و تصمیم‌گیری و حب بقا و کمال نفس ذاتی آن است و معلول علت دیگری نیست؛ و در واقع ایجاد نفس به وسیلهٔ خالق یعنی ایجاد وجودی که همهٔ این خصایص را دارا باشد. اما اشتغالات نفس گوناگون بوده و خواست کمالات نفس از مراتب نازل تا عالی در نوسان است. از طرف دیگر، شئون مورد توجه نفس نیز بسیار گوناگون می‌باشد (۹). شناخت صحیح اخلاق مستلزم آگاهی دقیق از نفس و شئون و مراتب مختلف آن می‌باشد تا در تزاحمات آن بتوان گزینش درست را صورت داد؛ و چون چنین امری از قدرت انسان متعارف خارج است، و انسان تنها معیارهای کلی را می‌تواند با عقل درک کند، و به علت عدم احاطهٔ کامل به نفس در بسیاری از تزاحمات، اولویت گزینشها و میزان صحیح تأثیر آنها را در کمال نفس

نمی‌تواند تشخیص دهد نیازمند هدایت وحی می‌باشد. لهذا آگاهی از وحی و دستورات و منهیات الهی با کمال روح یا نفس نسبت مستقیم دارد(۹). ریشهٔ مطلب در خیر و شر اخلاقی این است که انگیزهٔ اصلی انسان در انجام کار چه باشد. نفس یک عامل درونی برای حرکت دارد، و آن علاقه به کمال است که به صورت خودجوش در او موجود است. اما عوامل خارجی توجه نفس را به یک کمبود جلب می‌کنند، ولی برانگیزندهٔ شوق ذاتی به خود نیستند بلکه تنها مسیر جوشش و پویش نفس را تعیین می‌کنند. با کاملترشدن نفس، فعالیت آن و استقلالش از عوامل خارجی بیشتر می‌شود و بتدریج خود جهت حرکتش را تعیین می‌کند تا آنجا که فعل و انفعالات بدنی هیچ گونه تأثیری در خود نفس نمی‌گذارد(۹).

به‌طور خلاصه می‌توان گفت که نفس موجودی است پویا، و افعال نفس صرفاً به علت عوامل خارجی نیست بلکه نفس خود فعالیت دارد، و هر چه نفس کاملتر شود تأثرش از عوامل خارجی کمتر می‌گردد؛ همچنین افعال اختیاری نفس از توجه آن به یک کمال وجودی نشأت می‌گیرد و نتیجهٔ حاصله برای نفس در سایهٔ توجه به هدف می‌باشد (۹).

وقتی که توجه طبیب به معالجه و درمان بیمار برای قرب به خدا باشد، دیگر نفسش به مراتب نازله و مدح و ذم مردم و پاداش و اجر و مزد توجه ندارد. در عین این که مدح و پاداش و شهرت و مقام و انتفاعات مالی هم حاصلش خواهد شد، ولی در اصل به هدف عالی خود، یعنی قرب به خداوند، نایل می‌شود(۹).

جمع‌بندی نتایج اصول موضوعه در فلسفه اخلاق در اسلام

با توجه به نظریات و مکاتبات موجود در فلسفه اخلاق، که قبلاً ذکر گردید، مکتب اخلاقی اسلام یک نظام غایت گرا یا مبتنی بر اصالت نتیجه می‌باشد.(۵) با توجه به آیات قرآن مشخص می‌گردد که غایت نهایی و مطلوب بالذات انسان در کارهای اخلاقی، سعادت و فلاح و قرب الهی می‌باشد که بالاترین سرور و خوشی و ابتهاج را به لحاظ کمی و کیفی در پی خواهد داشت. آیات زیادی در قرآن کریم بر این معنا دلالت و تاکید دارد. اسلام با نگرش جامع به انسان در فلسفه اخلاق نیز با این نگرش تلاش برای سعادتمندی انسان در ابعاد مختلف دارد. نکته قابل تأمل این است که در امور و منافع دنیوی، نظام اخلاقی اسلام، ارزش‌گرا و به تعبیری مبتنی بر اصالت وظیفه می‌باشد(۵). مقصود این است که چون نظام اخلاقی اسلام غایت را سعادت اخروی می‌داند، در مقام ارائه توصیه در منافع دنیوی، دنیاگرایی را توصیه نمی‌کند بلکه وظیفه گرایی را مبنا قرار می‌دهد. به عنوان مثال، در اسلام، انسان اهل فضیلت کسی است که راست بگوید هرچند به زیان او تمام شود، بخشش کند، هر چند اورا در محرومیت قرار دهد؛ یعنی این امور، قطع نظر از سود و زیان دنیوی مترتب بر آنها، دارای ارزش اخلاقی هستند(۵). به دیگر بیان؛ غایت «آخرت» است و اصل عمده انجام «وظیفه» در دنیا برای حصول خیر و سعادت اخروی می‌باشد. پرستش در این دیدگاه گاهی ناآگاهانه است که همه انسانها و حتی موجودیت دیگر نیز به آن مشغولند و گاهی آگاهانه است که تفاوت انسانها به آن مربوط می‌شود (۱۵). قلب انسان به حسب فطرت و غریزه، فطرتی اخلاق گرا دارد؛ کارهای اخلاقی را شریف و شرافتمندانه می‌داند و به آنها عمل می‌کند. قرآن کریم به وجود وجدان باطنی اذعان دارد چنانچه در

سوره شمس می‌فرماید: ما به انسان فجور و تقوی را الهام کردیم (**فالهمها فجورها و تقویها**) در سورهٔ انبیاء نیز داریم: ما کار خیر را به آنها الهام کردیم (**و اوحینا الیهم فعل الخیرات**). در حقیقت این الهامات را اسلام فطری می‌داند (۱۵). محور اخلاق اسلامی کرامت و عزت نفس انسان است. می‌توان گفت اسلام یک نظام غایت گرای خودگراست (۵) که در اصل با تعالیم خود، هر فرد را جدا و منفک از سایرین به کمال و سعادت معنوی را رهبری می‌کند. از نظر اسلام حقیقت وجود انسان، نفحه‌ای الهی است که در تمام افراد بشر هست و احساس اخلاقی از این «من» سرچشمه می‌گیرد(۱۵). در حقیقت تفاوت اساسی بین فلسفه اخلاقی اسلام و دیگر مکاتب فلسفی قبول روح الهی برای انسان در این دیدگاه است. اگر انسان حقیقت نفس خود و روح ملکوتی حاضر در وجود خود را باور کند و بشناسد، به عزت نفس و کرامتی می‌رسد که او را از اعمال غیراخلاقی باز خواهد داشت.

نتیجه‌گیری موارد ۱ و ۲ ممکن است به این شکل موجب سردرگمی شود آیا مکتب اخلاقی اسلام مبتنی بر اصالت نتیجه است؟ مبتنی بر اصالت وظیفه است؟ به نظر نیاز به تشریح بیشتر و دفاع می‌باشد.

خلاصه اصول فلسفه اخلاق در اسلام

به طور خلاصه اصول فلسفه اخلاق در اسلام را می‌توان در موارد ذیل برشمرد (۹):

اصل اول: ارزشهای اخلاقی مبتنی بر واقعیات عینی هستند و مفاهیم مختلف اخلاقی (مانند حسن و قبح و خیر و شر و باید و نباید) از این واقعیات عینی بیگانه نیستند و صرفاً انشایی یا اخباری نمی‌باشند.

اصل دوم: افعال اختیاری انسان (به‌عنوان علت) نسبت به نتایج آن (به‌عنوان معلول) ضرورت بالقیاس دارد، و ضرورت نتیجهٔ فعل است؛ و ضرورت فعل را ایجاب می‌کند و باید و نبایدهای اخلاقی از این رابطه حاصل می‌گردد. مثلاً صلاح جامعه که نتیجهٔ رفتار عادلانه است موجب ضرورت آن فعل یعنی رعایت عدالت در رفتار می‌شود.

اصل سوم: انسان دارای روحی است قابل استقلال و بقا، که در فلسفه از آن به‌عنوان تجرد روح تعبیر می‌شود، و لذا با توجه به بقای روح، یعنی حیات ابدی، باید نتایج افعال، از جمله افعال اخلاقی، را با سعادت و شقاوت ابدی تعبیر کنیم.

اصل چهارم: اصالت در انسان از آن روح است و انسانیت آدمی قائم به روح و باقی‌به روح است.

اصل پنجم: روح قابل تکامل است، و به عبارت دیگر روح دارای یک حرکت جوهری اشتدادی و تکاملی است و این تکامل در سایهٔ تعلق به بدن صورت می‌گیرد.

اصل ششم: روح دارای حب ذات است، و این حبی است پویا. از شئون این حب، میل به تکامل و کمال است و ارادهٔ روح در جهت کمالش تبلور می‌یابد.

اصل هفتم: میل روح به کمال بی‌نهایت است و وقفه‌پذیر نیست. به همین سبب انسان میل به کسب هر چه بیشتر کمالات را دارد و به هیچ حدی از آن قانع نمی‌شود.

اصل هشتم: تکامل روح در اثر افعال اختیاری و در سایهٔ اراده است، یعنی نتیجهٔ افعال انسان هنگامی واقعاً به روح تعلق می‌گیرد که این افعال از آگاهی و اراده سرچشمه گرفته باشند.

اصل نهم: در روح از نظر شدت و ضعف وجودی مراتبی هست، که عالیترین آن مرتبهٔ عقلی است. در

هر یک از مراتب، شئون مختلفی برای روح وجود دارد. کمالاتی که برای روح حاصل می‌شود، به علت کثرت شئون، متنوع و مختلفند و با توجه به مراتب آن شدت و ضعف دارند.

اصل دهم: کیفیت پیدایش فعل اختیاری به این نحو است که نفس یا به خودی خود (در نفوس قوی) و یا با عامل خارجی (در نفوس ضعیف) در یکی از مراتب متوجه یکی از شئون خود می‌شود و به رفع نیاز آن شأن می‌پردازد تا در آن مرتبه تکامل حاصل کند. این میل باعث بروز فعل اختیاری می‌شود، اما عملاً بین گرایشهای مختلف نفس تزاحم حاصل می‌گردد و نفس قادر به ارضای همهٔ آنها نیست و مجبور به انتخاب اصلح است. در این انتخاب عقل و تجربه نقش عمده دارند، ولی در بسیاری موارد تشخیص اصلح از عهده این دو مؤلفه خارج است، و باید به وحی مراجعه گردد، به همین لحاظ نیز بسیاری از ارزشهای اخلاقی باید از ناحیهٔ وحی بیان شود.

اصل یازدهم: افعال اختیاری انسان، که از توجه خاص نفس سرچشمه می‌گیرد، باعث کمال نفس در مرتبه و شأن مربوطه می‌شود. این کمال در معنائی فلسفی است، ولی همیشه در تکامل جوهر نفس، از آن نظر که دارای مراتب عالیتری نیز هست، مؤثر نیست و حتی ممکن است موجب تنزل یا رکود تکامل نفس به سوی بی‌نهایت باشد. فی‌المثل معالجهٔ بیمار توسط طبیب اگر به خاطر امور مادی باشد البته باعث کمال نفس در شئون نازله می‌گردد، ولی نه تنها تکامل حقیقی نفس در جهت بی‌نهایت را موجب نمی‌شود بلکه رکود و یا تنزل آن را نیز در این مسیر باعث می‌گردد.

اصل دوازدهم: کارهای ارادی بدن، اگر اختیاری باشد، یعنی دارای منشأ توجه نفس باشد، باعث کمال نفس در همان شأن می‌شود. نیت، یا توجه نفس، که انگیزهٔ افعال است، میزانی برای ارزش آن افعال بشمار می‌رود و موجب کمال نفس می‌گردد.

اصل سیزدهم: انگیزهٔ نفس رابطهٔ مخصوصی با نوع کار و کمیت و کیفیت دارد. انگیزه است که شکل و نوع و سایر مشخصات کار را تعیین می‌کند. شدت و قوت انگیزه در شکل و قالب کار متجلی می‌شود، ولی هر انگیزه‌ای تنها یک شکل کار را اقتضا نمی‌کند. از هر انگیزه‌ای هم هر کاری سرچشمه نمی‌گیرد، و هر کاری را هم نمی‌توان به هر نیتی انجام داد؛ مثلاً نمی‌توان با نیت نجات بیمار لاعلاج به اتانازی یا تسریع در مرگ بیمار محتضر دست یازید.

اصل چهاردهم: اگر کاری چند انگیزه در طول هم داشته باشد، ارزش کار تابع انگیزهٔ اصلی است. به عنوان مثال طبیبی که با انگیزهٔ اصلی رضایت خداوند بر بالین بیماری حاضر می‌شود، باید تا زمان حضور به انگیزه‌های دیگری در این راستا بپردازد، ولی ارزش کار طبیب با همان معیار انگیزهٔ اصلی اندازه‌گیری می‌شود.

براساس ۱۴ اصل یادشده می‌توان نظر اسلام را در مورد ارزشهای اخلاقی به این صورت بیان کرد: «ارزش اخلاقی فعل اختیاری انسان تابع تأثیری است که این فعل در رسیدن انسان به کمال حقیقی انسان دارد».

در پایان این مبحث، در مروری بسیار سریع به آنچه تاکنون بیان شد، ملاحظه می‌کنیم که نقطه‌های مثبتی که در سایر مکتب‌ها وجود دارد در اسلام رعایت شده است. گفتیم که اشکال مکتب هائی که محور افعال را لذتها و منافع و سعادت فردی و اجتماعی قرار داده بودند این است که نه به

نیت توجّه داشتند و نه به لذت‌ها و منافع اخروی. ضعف مکتب کانت هم این بود که هدف و نیت را تبعیت از قانون قرار داده بود. در مورد نظر اسلام نیز مشخص است که این نظر بر اصول جهان بینی اسلام قرار دارد. اولین اصل این جهان‌بینی «توحید» است، که کمال نفس را در قرب الی‌الله تلقی می‌کند، و اصل دوم آن «نبوت» است، که از اصالت وحی در تعیین ارزش‌ها حکایت می‌کند، و اصل سوم «معاد» است که گویای ابدیت نفس انسانی است. به عبارت دیگر، کلیهٔ ارزش‌های اخلاقی اسلام از جهان‌بینی آن سرچشمه می‌گیرد و در سه اصل خلاصه می‌شود (۹):

۱) کمال حقیقی نفس در قرب به سوی خداوند است.

۲) تبعیت از وحی در تعیین ارزش‌های اخلاقی اجتناب‌ناپذیر است.

۳) نفس انسانی حیات ابدی دارد.

متاسفانه در نظام‌های اخلاقی بشری، یا ضامن اجرایی وجود ندارد، یا در صورت وجود، از تازیانهٔ وجدان و فشارهای درونی، پا فراتر نمی‌نهد (۱۹). چنین ضامن اجرایی، در برابر سیل ویرانگر هوی و هوس، آن هم در قالب شهوت و غضب، قدرت و توان ایستادگی ندارد و با شکست قطعی رو برو می‌گردد. از ویژگی‌های نظام اخلاقی اسلام این است که متکی بر مذهب است. اخلاق متکی به مذهب ؛ به طوری که عقاید مذهبی و اعتقاد به پاداش و کیفرهای روز بازپسین، مجری و پشتوانهٔ اصول اخلاقی باشند، راهی است که آیین‌های آسمانی و بالاخص آیین مقدس اسلام آن را انتخاب کرده و در طول چهارده قرن، نتایج درخشانی داده است. (۱۹). قدرت ایمان به خدا و اعتقاد به کیفرهای روز بازپسین، گاهی به درجه‌ای می‌رسد که انسان را در برابر گناه بیمه می‌کند و او را به مقام عصمت می‌رساند.

منابع

1. Campbell A, Gillett G , Jones G . Medical ethics: theories of medical ethics. UK : Oxford University press, 2001. P. 2-19

2. Fisher J, Dowden B (editors). The Internet Encyclopedia of Philosphy: ethics. URL : http:// WWW. Utm. edu/research/iepl, Mar 2003.

3. Normative ethical principles and theories : a brief overview. URL: http:// WWW. Stedwards. edu/ ursery/norm. htm, 2002.

۴. ماوردُس، جورج. دین و غرابت اخلاق. ترجمه و توضیح رضا اکبری. قبسات (پژوهشنامهٔ فصلانه در حوزه‌ی فلسفه، دین فرهنگ)، سال چهارم، شماره سوم، ۱۳۷۸، صفحات ۴۴-۷۲.

۵. شیروانی، علی. ساختار کلی اخلاق اسلامی. قبسات (پژوهشنامهٔ فصلانه در حوزه‌ی فلسفه، دین فرهنگ)، سال چهارم، شماره سوم، ۱۳۷۸، صفحات ۳۸-۴۴.

6. Garrett TM, Baillie HW, Garrett RM. Heath care ethics: principles and problems . New Jersey: Prentice Hall, 1993.

۷. صانعی دره بیدی، منوچهر. فلسفهٔ اخلاق و مبانی رفتار. تهران: چاپ سروش، ۱۳۷۷، صفحات ۱۳-۳۳.

۸. مدرسی، سیدمحمدرضا. فلسفهٔ اخلاق: پژوهش در بنیانهای زبانی، فطری، تجربی، نظری و دینی اخلاق. تهران: چاپ سروش، ۱۳۷۶، صفحات ۱۸۱-۱۹۸.

۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی. تهران: چاپ سپهر، ۱۳۷۰

10. Stone J. An ethical framework for complementary and alternative therapies. London: Routledge, 2002.

۱۱. کاوندی، سحر، بابائی، حسین. اخلاق و مکاتب فلسفی آن. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی (جلد اول): کلیات اخلاق پزشکی. تهران: چاپ سروش، ۱۳۷۳، صفحات ۱۲۲-۱۵۲.

12. Frey RG. Utilitarianism. The Annual Intensive Five-Day Course on Medical Ethics, 17-21 sep, 2001, OK : London.

13. Frey RG. Act- utilitarianism. The Annual Intensive Five-Day Course on Medical Ethics, 17-21 sep, 2001, UK : London.

14. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope MBJ 1994;309:184-8.

۱۵. مطهری، مرتضی. فلسفه اخلاق. تهران: انتشارات صدرا، چاپ یازدهم، ۱۳۷۲.

۱۶. حقانی زنجانی، حسین، فلسفهٔ اخلاق: نظریهٔ کانت در بارهٔ وجدان و نقد آن. فصلنامه مکتب اسلام، شماره ۱۰. آدرس اینترنتی:
http://www.hawzah.net/per/Magazine/MI/7610/mio1009.htm

۱۷. حقانی زنجانی، حسین، فلسفهٔ اخلاق: درسهایی ازمکتب اسلام، ۱۳۷۶، شمارهٔ ۹. آدرس:
http://www.hawzah.net/per/Magazine/

۱۸. مکارم شیرازی، ناصر. اخلاق در قرآن کریم (۱): مکتب‌های اخلاقی (فصل سوم). آدرس:
http://www.al-shia.com/html/far/books/akhlagh/akhlagh-quran1/03.htm#f7

۱۹. سبحانی، جعفر. ملاک فعل اخلاقی و ویژگی‌های اخلاق در اسلام. فصلنامه کلام اسلامی، شماره ۳۳، بهار ۱۳۷۹. آدرس:
http://www.hawzah.net/per/Magazine/KI/Index.htm

۲۰. جوادی، محسن. چشم اندازی به «اخلاق در قرآن». نقد و نظر، شماره ۱۳. آدرس:
http://www.balagh.net/persian/akhlaq/falsafeh/02/20.htm

۲۱. مصباح یزدی، محمد تقی. معارف قرآن. قم: انتشارات در راه حق، ۱۳۶۷، صفحه ۳۷۴.

فصل ۴

آموزش و اخلاق پزشکی

مقدمه

آموزش اخلاق پزشکی به پزشکان از مهم‌ترین نیازهای آموزشی در حیطهٔ طبابت می‌باشد که طی دهه‌های اخیر تحولات زیادی یافته است. شکی وجود ندارد که آموزش پزشکی در تقویت و رشد صلاحیت‌های اخلاقی لازم برای یک پزشک خوب، به تنهایی کافی نمی‌باشد. نیاز برای آموزش اخلاق برای پزشکان و کادر بهداشتی به صورت گسترده و روزافزون احساس می‌شود و بنظر می‌رسد زمان مناسب برای جایابی مناسب در سیستم آموزش پزشکی برای مباحث اخلاق پزشکی در بسیاری از کشورها فرا رسیده است. امروزه در بسیاری از کشورهای دنیا در تمام سطوح تحصیل گروههای پزشکی؛ عمومی، تخصصی، وحتّی دوره‌های بازآموزی پرداختن به اخلاق پزشکی جایگاه ویژه‌ای دارد.

آموزش: سنتّی، نوین

اخلاق پزشکی سابقهٔ ۲۵۰۰ ساله‌ای در آموزش پزشکی دارد امّا علیرغم این مطلب، فقط در ۳۰ سال اخیر به صورت رسمی و به شکل امروزی، در دوره‌های آموزش پزشکی گنجانده شده است[1]. در گذشته همراه با تدریس طب، حکمای گذشته، مباحثی از اخلاق را نیز گوشزد می‌نمودند. حکمای گذشته بعلت اینکه بجز طب، حکمت به معنای خاص را نیز می‌دانستند، در حین آموزش طب به مباحث حکمت الهی نیز اشاره می‌کردند. پس از این دوران، که تاکنون هم در برخی از کشورها ادامه دارد، **آموزش سنتی اخلاق پزشکی** است که تقریباً چهارچوب کتب متداول در زمینه اخلاق پزشکی است. از مباحث ابتدایی فلسفه اخلاق شروع

1- Community- Oriented Medical Education

جدول ۱. موضوعات آموزشی در دورهٔ مطالعاتی آماده‌سازی دانشجویان (۱).

- فهم مردم، بیماران و جوامع
- مهارتهای برقراری ارتباط
- نحوه کار گروهی با دیگران
- مهارتهای بالینی
- ارتباط و مفاهیم بالینی
- مهارتهای اطلاعاتی
- طب مستند * (EBM)
- کشف‌کردن
- اخلاقیات

* evidence - based medicine

می‌شود و به مباحث عملی‌تر آن خواهد رسید. آموزش سنّتی اخلاق پزشکی که بیشتر آموزشی تئوری و افزایش دانش پزشکان در خصوص برخی مباحث مطرح در اخلاق پزشکی را دربرمی‌گرفت در حال حاضر دچار تغییر شده است و آموزش با شیوهٔ جدید در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی جایگزین آن گردیده است(۲-۴). به عبارت ساده‌تر؛ آموزش اخلاق پزشکی در کلاس درس، جای خود را به تدریس اخلاق پزشکی بالینی در موارد مشکل داده است (۵). مطرح‌شدن موضوعات جدیداخلاق پزشکی، دشوارشدن تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در برخی موارد و توجّه بیشتر عامّه به چنین تصمیماتی از محرک‌های اساسی تحوّل در امر آموزش اخلاق پزشکی بوده‌اند. این تحولات در زمینه اخلاق پزشکی تا حدودی مقارن با تحولات در زمینه آموزش پزشکی است. زمانی که آموزش پزشکی جامعه نگر و آموزش مبتنی بر مسئله [1] (PBL) مورد توجّه قرار گرفت (۶-۱۰) به گونه‌ای توجّه به مسئله اخلاق هم در مباحث عمومی آموزش پزشکی جایگاهی ویژه یافت. اولین بار در سال ۱۹۴۶ در دانشگاه مک ماستر کانادا، روش نوین آموزش دانشجومدار [2] و مبتنی بر مسئله (PBL) ایجاد شد که طی آن آموزش هم به صورت افقی و هم عمودی صورت می‌گیرد (۶). همچنین اخلاق پزشکی و قانون از مباحثی است که در دوره‌های آموزشی جدید قرار داده شده است و جزو ۹ موضوع دورهٔ مطالعاتی آمادگی (جدول ۱) قرار گرفته است (۱). این دوره برای تسهیل پیشرفت حرفه‌ای دانشجویان از لحاظ نظری و عملی و ایجاد مهارتهای بالینی لازم طرح‌ریزی شده است.

ضرورت و اهداف

اخلاق پزشکی بالینی [3] نیازمند افراد تربیت شده‌ای است که هم از لحاظ دانش و علم اخلاق پزشکی و هم از لحاظ مهارتهای عملی و تکنیکی آموزش دیده باشند. در امر آموزش اخلاق پزشکی سه مسئله اهداف، روش‌های آموزش و نتایج مورد انتظار اهمیت ویژه‌ای دارند (۱۱). اهداف و مقاصدویژهٔ اخلاق پزشکی چندین محور عمده را دربرمی‌گیرند: آموزش وظایف و مسئولیت‌های قانونی [4]، ایجاد صلاحیت‌های مورد نظر در حیطهٔ اخلاق پزشکی و ایجاد ظرفیت تبادل نظر و بحث‌های اخلاقی در موارد لازم؛ و نیز اهداف رفتاری شامل تربیت پزشکی حسّاس به مسائل اخلاقی و انسانی و آشنا به مسائل و مشکلات در صحنهٔ عمل (۲).

1- Problem - based learning
2- learner - centred
3 - clinical ethics 4 - legal duties

جدول ۲. توصیه‌های توافقنامهٔ انگلستان (۱۲،۱).

آموزش باید دانشجو را قادر سازد که:

۱. مبانی اخلاقی و ارزشهایی را که زیربنای عملکرد خوب طبی هستند، بفهمد.
۲. قادر باشد در حالات بحرانی در مورد مباحث اخلاقی تفکر کند، راهکارها را ارزیابی و مقایسه کند و در موارد لزوم بحث نماید.
۳. التزامات و تعهدات حرفه‌ای پزشکان در انگلستان را بداند.
۴. به مراحل قانونی و التزامات شاغلین پزشکی کاملاً آگاه باشد به نحوی که امکان عمل مؤثر و بدون خطر را فراهم سازد.
۵. در تصمیم‌گیری‌ها و عملکردهای بالینی به استدلالات اخلاقی و قانونی به‌عنوان اجزاء طبیعی و متمم عمل بهاء دهد.
۶. بفهمد که مباحث اخلاقی و قانونی در صحنهٔ عمل هر روز بروز می‌نمایند.

به دلایلی لزوم آموزش تخصصی اخلاق پزشکی نیز احساس می‌شود؛ اول به منظور آموزش سایر پزشکان، چرا که تمامی پزشکان باید در این مقوله آموزش کافی دریافت کنند تا در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی بهتر عمل نمایند؛ دوم به منظور مشاوره در موارد پیچیدهٔ اخلاق پزشکی؛ و سوم در راستای انجام پژوهش‌های تحلیلی و تجربی و در جهت تقویت پایه‌های آکادمیک اخلاق پزشکی بالینی. این موارد در حقیقت وظایف عمده‌ای هستند که در حال حاضر دپارتمان‌های اخلاق پزشکی، گروه‌های آموزشی و کمیته‌های اخلاقی در بیمارستانها بعهده دارند.

یک سئوال مهم و اساسی این است که آیا آموزش اخلاق پزشکی تأثیر عمده‌ای بر مراقبت‌های بیمار دارد یا خیر؟ برخی معتقدند دلیلی وجود ندارد که انتظار داشته باشیم صلاحیت طبّی وابسته و متأثر از صلاحیت‌های اخلاقی پزشک باشد و لذا اخلاق پزشکی باید به‌عنوان یک دورهٔ آموزشی مطلوب ولی غیراجباری برنامه‌ریزی و اجراء شود و فقط افراد علاقمند را در برگیرد. امّا برخی دیگر ضرورت یک دورهٔ تکمیلی آموزش اخلاق پزشکی را نه تنها برای بهبود خصوصیات و شخصیت اخلاقی پزشکان آینده، بلکه برای آماده نمودن آنهاو ایجاد مهارت در موارد برخورد با مسائل پیچیدهٔ اخلاقی، تأکید می‌نمایند. ولی اصولاً مباحث اخلاق پزشکی روزبروز جایگاه ویژه‌تری در آموزش پزشکی، در تحقیقات و همچنین در عملکرد پزشکان می‌یابد.

هر چند هنوز توافق صددرصدی در مورد روش آموزش اخلاق پزشکی وجود ندارد امّا پیشنهادات زیادی وجود دارد که بسیاری عملی شده‌اند. توافق نامهٔ انگلستان[1] (۱۲) پیرامون نتایج مورد انتظار و راهکار آموزش اخلاق پزشکی توصیه‌هایی دارد که د رجدول ۲ ذکر شده است (۱). این اهداف و نتایج مورد انتظار با ویژگی‌ها و اهداف دوره‌های آموزشی تکمیلی در دانشگاه Glasgow انگلستان که مبتنی بر شیوهٔ PBL می‌باشد، همخوانی دارد.

1 - the UK consensus statement

روش‌های آموزش

آموزش اخلاق پزشکی باید چندجانبه و به‌طور ایده آل شامل دوره‌های آموزشی تئوری و عملی باشد (۳، ۱۳). آموزش می‌تواند با فعالیت‌های عملی[1] شروع شود و فقط از مبانی و تئوریها به‌عنوان روشن‌کنندهٔ زمینه بحث در مسائل و مشکلات اخلاقی، استفاده گردد (۳، ۴)؛ یا اینکه آموزش از مبانی و تئوریهای اخلاقی شروع شده و سپس در فعالیت‌های عملی بالینی تجربه شود (۳).

در طی یک بررسی (۳) پیرامون اهداف و شیوهٔ آموزش اخلاق پزشکی که با مشارکت یکی از دانشگاههای سوئد با مراکز تحقیقاتی ایتالیا در فلورنس (ایتالیا) صورت گرفت، آموزش اخلاق پزشکی طی دورهٔ اختصاصی انجام و ارزیابی شد. در این دوره ابتدا شرکت کنندگان تحت آموزش دانش اخلاق پزشکی و مبانی اصلی و تئوریهای اخلاقی قرار گرفتند (۳). سپس مواردی (cases) برای تبیین و تحلیل مباحث اخلاقی بیان شد. در مرحلهٔ سوم شرکت کنندگان با استفاده از دانش زمینه‌ای، با بحث و تبادل نظر به حل مشکل اخلاقی در مورد (case) مطرح شده پرداختند. محور اصلی دوره بر شیوهٔ بیان موارد[2] بود ؛ به عبارت دیگر:«تحلیل و ارائهٔ راهکار در موارد پیچیدهٔ اخلاقی با استفاده از تفاسیر صورت گرفته از مبانی اخلاقی» (۳، ۱۴).

در تجربهٔدیگری در دانشکدهٔ قانون دانشگاه هاروارد آمریکا، دانشجویان در دوره‌های خاصی شرکت نمودند (۳، ۱۵). در ابتدا آنها مباحث اخلاقی را در هر مورد (case) مطرح شده، معین می‌نمودند. در مرحلهٔ دوم مربوط‌ترین موضوع اخلاقی در ارتباط با مورد (case) مشخص می‌گردید و موافقین و مخالفین بحث می‌نمودند. در مرحلهٔ سوم سعی می‌شد با ارزیابی مباحث انجام شده و در صورت لزوم با رأی‌گیری، برای عمل به توافق برسند (۳، ۱۵).

در آموزش مبتنی بر مسئله (PBL) نیز آموزش اخلاق پزشکی از طریق موارد (cases) واقعی در بالین بیمار آموزش داده می‌شود. در این شیوه سه مورد (case) به صورت نوشته شده و سه مورد (case) بیماران واقعی استاندارد شده می‌باشند. در جلسه اول مورد (case) بررسی شده و در جلسه دوم بحث صورت می‌گیرد. سپس با ارزیابی نهائی، راهکار عملی ارائه می‌شود (۴). کارکردن با موارد (cases) واقعی پرستاران و پزشکان را در بکارگیری دانش خود تشویق می‌نماید و نیز مفاهیم و محتوای آموخته شده در دوره به آنها کمک می‌کند که فاصلهٔ بین تئوری و عملی را پر کنند.

مطالعات موجود نشان می‌دهد که مهارتهای استدلال اخلاقی قابل‌آموزش و قابل‌اندازه‌گیری هستند و نیز بحث‌های گروهی در گروه‌های کوچک به‌طور معنی داری مهارتهای استدلال اخلاقی را افزایش می‌دهد (۱۶).

در حال حاضر بسیاری از دانشکده‌های پزشکی در انگلستان و آمریکا دوره‌های آموزشی بر مبنای case دارند. معمولاً هر یک سرگروه و مسئولی دارند که البته ممکن است دارای مدرک تخصصی نباشند ولی برای این امر آموزش دیده و تجربیه کسب نموده‌اند. مطالب آموزشی طی دوره‌هایی با نظارت پزشکان، حقوقدانان و فیلسوفان آماده می‌گردد. علاوه بر آن سیمنارهایی که فرصت بحث‌های جذاب و مفید با اخلاقیون، مجربین علم حقوق و سایر حرفه‌های وابسته با پزشکان را فراهم

1 - Practical activity

2 - case-based approach

می‌نماید، جزو برنامه‌های آموزشی می‌باشد.

این نحوهٔ آموزش در دانشجویان یا پزشکان، توانائی تصمیم‌گیری اخلاقی در موقعیت‌های ویژه را تقویت می‌نماید و باعث تغییر در نگرش و رفتار پزشکان می‌گردد. علاوه بر آن افزایش آگاهی‌ها در زمینهٔ اخلاق پزشکی، باعث توسعهٔ روز افزون تحقیقات در این زمینه خواهد شد. با توجّه به نکات ذکر شده بنظر می‌رسد ما باید در امر آموزش اخلاق پزشکی تحولی جدی ایجاد کنیم. آموزش متداول اخلاق پزشکی هم از لحاظ زمانی، در اوایل دوران پزشکی که دانشجویان ارتباطات بالینی با بیماران نداشته‌اند، و هم از لحاظ محتوی و نحوه ارایه، نیاز به دگرگونی دارد.

کتابی که پیش رو دارید نوعی طرح مباحث اخلاق پزشکی با caseهای مطرح در این رشته است. این caseها روزانه در کار بالینی وجود دارند. نگرش تحلیل‌گر با بینش اخلاق پزشکی می‌تواند تحلیل درستی از موضوع انجام دهد. گرچه ما در تحلیل و برخورد با این مباحث هم باید با استفاده از مستندات معارف و فرهنگ خودمان، بازبینی و تدوین جدیدی در این زمینه انجام دهیم. نکته مهمتر آنکه هدف از همهٔ این آموزشها تغییر رفتار پزشکان و گروه پزشکی است. ما باید برای رسیدن به این اهداف و ارزشیابی آن جستجوگر متدها و روش‌های متناسب با این هدف باشیم. گرچه این مسیر راهی آسان نمی‌باشد ولی چگونگی تغییر رفتار در اثر آموزش از مباحثی است که بسیار مورد توجّه صاحب نظران بوده است. پایه‌های نظری بحث می‌تواند کمک‌کننده و تسهیل‌کننده این تغییر رفتار باشد ولی لزوماً منتج به آن نخواهد شد. برای رسیدن به این هدف علاوه بر پایه‌های نظری در سطوح مختلف، داشتن الگوهای مناسب عملی در اخلاق پزشکی می‌تواند رهگشا باشند.

منابع

1. Goldie J, schwartz L, Morrison J. A process evaluation of medical ethics education in the first year of a new medical curriculum. Medical Education 2000; 34 : 468 - 473.

2. Gross ML. Medical ethics education: to what ends? Journal of Evaluation in clinical Practice 2001; 7 (4) : 387-97.

3. Nilstun T, cuttini M, Saracci R. Teaching medical ethics to experienced staff : participants, teachers and method. J Med Ethics 2001; 27 : 402-412.

4. Tysinger JW, Klonis LK, sadler JZ, Wagner JM. Teaching ethics using small-group, problem-based learning. J Med Ethics 1997; 23 (5) : 315-18.

5. Siegler M, pellegrino ED, Singer PA. Clinical medical ethics. J clin Ethics 1990 ; 1 (1) : 5-9.

۶. عزیزی، فریدون. آموزش پزشکی. در: مرندی، سید علیرضا، عزیزی، فریدون، لاریجانی، باقر، جمشیدی، حمیدرضا. سلامت در جمهوری اسلامی ایران. تهران: یونیسف، ۱۳۷۷، صفحات ۶۸۹-۹۲۲.

۷. جعفری، ف و همکاران. مقدمه‌ای بر آموزش بر مبنای مسئله (PBL): رویکردی نوین در آموزش پزشکی. اصفهان: نشر مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، ۱۳۷۷.

8. Aziz: F. Assignment report: evaluation of medical education in the faculties of medicine. khartoum, al - gezira, Sudan : 16-30 Dec 1997. WHO-EMRO.

9. Bolen C. Medical education reform : the need for global action. Academic Medicine 1992 ; 67 : 745-9.

10. Walton HG. Mathews MB. Essentials of PBL. Medical Education 1989; 23: 542-58.

11. Musick DW. Medical ethics education must include students' moral dilemmas within the clinical setting.Academic Medicine 2000; 75 : 215 - 216.

12. Consensus statement : teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum. J Med Ethics 1998; 24: 188-92.

13. Fulford KW, Yates A, Hope T. Ethics and the GMC core curriculum: a survey of resources in UK medical schools . J Med Ethics 1997; 23 : 82-7.

14. Jonsen AR. Casuistry. In: Reich WT (ed.) Encyelopedia of bioethics. London/New York : Simon X schuster Mac Millan, 1995; P. 344-50.

15. Neely A. Cases: what they are and how to study them . Boston: ICCH, 1979.

16. Self DJ , Olivarez M, Baldwin Jr DC. The amount of small-group case- study discussion needed to improve moral reasoning skills of medical students. Academic Medicine 1998; 73: 521-23.

فصل

۵

اخلاق پزشکی و پژوهش

مقدمه

اخلاق در پژوهش‌های پزشکی، یکی از موضوعات جدّی اخلاق پزشکی در دنیاست. با گسترش تحقیقات پزشکی در زمینه‌های مختلف ؛ از جمله تحقیقات روی انسان و حیوان، تأملات ویژه‌ای در این زمینه ضرورت می‌یابد. بروز انحرافات جدّی در تاریخ تحقیقات، که به آنها اشاره خواهد شد، از مشخص‌ترین شواهد لزوم توجه همه جانبه به مسئلهٔ اخلاق در پژوهش بوده است. در حقیقت «حفاظت سوژه‌ای انسانی در تحقیقات بیومدیکال» محرک اصلی در آغاز و ادامه توجه به مساله اخلاق در پژوهش بوده است. همچنین گسترش خدمات درمانی و توسعه آن و به کارگیری روش‌های نوین از یک سو و گسترش تحقیقات از سوی دیگر، لزوم رعایت مرزهای روشن در این دو زمینه و عدم تحقیق با هزینه‌های بیماران و حفظ و رعایت این موضوع با توجه به اصول روشن از ضرورت‌های گسترش اخلاق پزشکی و پژوهش است. ذکر این نکته ضروری است که غرض از سخن در باب اخلاق، ایجاد موانع و مشکلات تازه‌ای در راه پژوهش نیست ؛ بلکه اخلاق، خود راهگشا و ضامن تداوم پژوهش در راستای خدمت به خلق می‌باشد و عدم توجه به آن می‌تواند تداوم تحقیقات را دچار وقفه سازد. پیشرفت علوم پزشکی در زمینه‌های تشخیصی، درمانی و پیشگیری، با بروز مسائل جدید اخلاقی همراه بوده است که ضرورت وجود دیدگاه و برنامهٔ عملی اخلاق را در پژوهش ضروری می‌سازد. در حقیقت، طبابت فقط اندیکاسیون پزشکی نیست، رعایت اخلاق در پژوهش، یکی از استانداردهای پزشکی در ارائه خدمات است. اما توجه به این نکته ضروری است که گرچه داشتن ضوابط روشن و قانون نامه‌های اخلاقی مهم است، اما علماء و

دانشمندان هر جامعه، الگو و مرجع مردم هستند و در انحراف یا هدایت جامعه می‌توانند نقش اساسی داشته باشند.

ارتباط متقابل اخلاق و پژوهش

رابطه اخلاق و تحقیق را می‌توان به دو بخش تقسیم نمود(۱):

۱) رابطهٔ تحقیقات با ارزش‌های درون تحقیق

۲) رابطهٔ تحقیقات با ارزش‌های برون تحقیق

علوم و تحقیقات مجموعه‌ای از اطلاعات خشک و بی روح نیستند، بلکه کلیّتی را تشکیل می‌دهند پویا، متکامل، سیال و قابل انعطاف که رشد و فراگیری و شمول عمومی آن در گرو تقابل آراء و تضارب افکار است. حاکمیت ارزش‌های اصیل؛ احترام متقابل در جوامع علمی؛ عدم توسل به جحد و جمود؛ و تحلیل نظر و اندیشه، شرط اصلی بالندگی تحقیقات است. بر این اساس هر محقق باید به ارزشهای درون تحقیق که به علت ماهیت تحقیق ضرورت و اولویتی ویژه دارد توجهی عمیق داشته باشد. محقق باید به آرای دیگر پژوهشگران به دیدهٔ احترام بنگرد. در بحث و جدل علمی تنها به حقیقت توجه داشته باشد و از تحمیل و زورمداری جداً بپرهیزد. از مهمترین ارزشها، «صدق» است. اتکاء صادقانه علماء بر تجارب و استفادهٔ متقابل از نظرات و آراء یکدیگر راز شکوفایی تحقیقات و علم است و عدم رعایت این ارزش اصیل لطمات جبران ناپذیری به حقیقت علم و تحقیق وارد می‌کند.

از سوی دیگر تحقیق هر محقق مانند هر فعالیت دیگر او، تابع نظام کلی ارزشی اوست. بدیهی است نگرش کلی به ارزشها در مکاتب مختلف متفاوت است و ارزش‌های حاکم بر دیدگاه محقق در زمینهٔ تحقیقاتش بر کلیهٔ حرکات او می‌تواند تأثیرگذار باشد.

از دیدگاه اسلام همه هستی و کل آفرینش در حرکت و جستجوی دائمی خود هدفدار است و به اندازهٔ سهم خود از هستی، به آن هدف آگاهی دارد. مقصد آفرینش، کمال است، کمالی که ذرات وجود را به منبع لایزال کمال مطلق نزدیک کند.

یکی میل است با هر ذره رقاص

که او را می‌برد تا مقصد خاص

با توجه به اهمیت علم و عالم یا به عبارتی؛ تحقیق و محقق، ترسیم کمال حقیقی برای عالم، مهم‌ترین مؤلفه ارزشهای بیرونی در علم و تحقیق می‌باشد. محقق در امر تحقیق می‌تواند با شناخت صحیح هدف و انتخاب درست منزلگاههای فاصل و بخصوص جهت حرکت و فعالیت و انطباق آن با سنّت الهی، کلیهٔ فعالیتهای خود را صبغه‌ی الهی بخشد. البته در غوغای جهان امروز نگرش‌های دیگری هم وجود دارد که در بحث فلسفهٔ اخلاق پزشکی به عمده‌ترین آنها اشاره گردید؛ اما به نظر می‌رسد این نظریه‌ها نمی‌تواند برای محققین ما، با وجود فرهنگ غنی اسلام راهگشا باشند. البته منظور این نیست که این اصول به هیچ وجه با ارزشهای حاکم بر علم بر اساس فرهنگ ما همخوان نیست بلکه سخن در آن است که در بسیاری از شرایط خاص و دقیق این اصول برای جامعه اسلامی ما و محققین ما کاربرد نخواهند داشت.(۱)

شواهد تاریخی خطاهای پزشکی در پژوهش

جهان پزشکی در اثر عدم توجه به مسائل اخلاقی، تاریخی رنجبار دارد. عدم رعایت مسائل اخلاقی در تحقیقات پزشکی در قرن حاضر از جهتی آموزنده و از جهتی شرم آور است. متأسفانه در همه کشورهای

جهان می‌توان شواهدی جدی در این زمینه یافت. حتی در کشور ما نیز، موارد عدم رعایت اصول اخلاقی در تحقیقات پزشکی کم نیست. مشهورترین خطاهای پزشکی در این جا مورد اشاره قرار می‌گیرد (۱و۲):

- مسائل اردوگاههای آلمانها در سال ۱۹۴۵-۱۹۴۳ و تجربه واکسن تیفوس و مرگ چند هزار نفر برای آزمایش آن.
- تزریق خون آلوده در مؤسسهٔ روبرت کخ به ۴۰ نفر برای بررسی اثرات آن.
- انتقال پشه‌های آنوفل از مردابها به اردوگاهها برای درک نحوه انتقال بیماری مالاریا.
- وارد کردن سنگ و شیشه به زخمها و جراحات ایجاد شده برای بررسی اثر سولفونامیدها در رفع عفونت.
- مرگ بسیاری از دوقلوها برای بررسی اثرات ژنتیک.
- تلاش آمریکایی‌ها برای کشف واکسن شیگلا و استفاده از آن در افراد عقب‌افتاده.
- مرگ ۷۰۰ نفر از ژاپنی‌ها برای تلاش پژوهشگران ژاپنی در مورد شناخت بیماری طاعون.
- و بالاخره بررسی تاسکجی (Tuskagee) بر روی سیاهپوستان در مورد سیر سیفیلیس. این تحقیق از جهات بسیار زیادی از قبیل فریب افراد، نژادپرستانه بودن، عدم درمان با وجود شناخت درمان در مسئله رعایت اصول اخلاقی در تحقیق حائز اهمیت و یکی از تحقیقات شرم آور پزشکی در قرون اخیر است.

تاریخچه قوانین اساسی اخلاق در پژوهش

به دنبال افشای فعالیتهای غیر اخلاقی پزشکان نازی در پایان جنگ جهانی دوم، معیارهایی در تمامی مراکز تحقیقاتی اتخاذ گردید تا همراه با برنامه‌های آموزشی و تدارکات سازمانی از تکرار فجایع مشابه پیشگیری شود. محاکمهٔ آن دسته از پزشکان که در این اعمال غیراخلاقی دست داشتند، نشان داد که محققان را بخصوص در عرصه پزشکی باید ملزم به رعایت «عرف حاکم» کرد. این منشاء پیدایش «قانون نورنبرگ»[1] در سال ۱۹۴۷(۱۳۲۶) بود. در هجدهمین گردهمایی انجمن پزشکی جهانی[2] (WMA) در هلسینکی، سلسله قوانینی جهت هدایت تمامی افرادی که به طور حرفه‌ای در این زمینه فعالیت می‌کنند با عنوان «اولین اعلامیه هلسینکی»[3] به تصویب رسید.

آخرین اصلاحیهٔ این بیانیه، طی پنجاه و دومین جلسهٔ انجمن پزشکی جهانی در سال ۲۰۰۰ (ادینبورگ) در حال حاضر مبنای عمل محققین و مراکز تحقیقاتی می‌باشد. در برنامه مشترک بین سازمان بهداشت جهانی و CIOMS[4]، مسیرهایی که در راستای آن مفاد اعلامیهٔ فوق باید اجرا شود، تدوین شد که دربرگیرندهٔ شرایط احتمالی که ممکن است محققی با آن مواجه شود، بود. این بازبینی با هدف از میان برداشتن اصولی که مستلزم تفکر (بیش از حد) بوده انجام شد.

امروزه، قبل از اینکه هیچ نوع جمع آوری اطلاعات در جمعیتی انسانی صورت بگیرد، باید تأیید کمیته‌های اخلاقی گرفته شود. این امر صرفاً محدود به تحقیقات چه از نوع آزمایش روی انسان و یا

1. Nuremberg Code
2. World Medical Assembly
3. Helsinki Declaration
4. The Council for International Organization Medical Science

مداخلات بالینی نمی‌باشد. بلکه شامل مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌های تحقیقاتی نیز می‌شود که قبل از ارائه باید از لحاظ اخلاقی مورد تأیید قرار بگیرد.

کشورها و نهادهای مختلف معیارهای متفاوتی را برای بررسی طرح‌های تحقیقاتی جهت کسب موافقت اخلاقی اعمال می‌کنند. به عنوان مثال در کشور استرالیا شورای ملی بهداشت و تحقیقات پزشکی رهنمودهایی برای انجام آزمایشهای انسانی ارائه داده که محققانی که از آن نهاد پشتیبانی مالی جهت انجام تحقیقات خود دریافت می‌کنند ملزم به رعایت سلسله اصول اخلاقی تعریف شده‌ای می‌باشند. در بریتانیا، شورای تحقیقات پزشکی رهنمودهایی را به انتشار رسانده و سایر نهادها نیز مبتنی بر آن دستورالعمل‌های خود را تنظیم کرده‌اند.

وضعیت موجود در ایالات متحده از یکسانی کمتری برخوردار است ولی تمام نهادهای اصلی پشتیبان تحقیقات بدون استثناء دارای دستورالعملها و رهنمودهای سختی می‌باشد.

قانون نورنبرگ

از لحاظ تاریخی و موضوعی دانستن اصول اساسی قوانین نورنبرگ و هلسینکی ارزشمند است. در اینجا به محورهای اصلی این قانون اشاره خواهد شد.

محورهای اساسی قانون نورنبرگ

۱) رضایت انسان مورد آزمایش، به طور مطلق باید کسب شود.

۲) آزمایش باید طوری باشد که نتایج مفید و پرثمری برای جامعه داشته باشد و در عین حال از راهها و وسایل دیگر امکان دست یافتن به آن نبوده باشد.

۳) آزمایش باید بر اساس نتایج بدست آمده بر روی حیوانات آزمایشگاهی و اطلاعات مکتسبه از وضع طبیعی و مشکلات بیماری باشد.

۴) آزمایش باید طوری ترتیب داده شود که از هرگونه آزار جسمی و روحی غیر ضروری اجتناب گردد.

۵) نباید هیچ گونه آزمایشی که در آن دلیلی بر مرگ و یا جراحات علیل کننده باشد انجام گیرد.

۶) درجه خطر نباید از آنچه که از آزمایش بدست خواهد آمد بیشتر باشد.

۷) باید مقدمات یا تمهیدات لازم و کافی تدارک گردد تا سوژه مورد تجربه را، حتی از خطرات احتمالی بسیار دور مانند جراحات، علیل شدن و مرگ محفوظ نماید.

۸) آزمایش باید فقط بوسیله دانشمندانی که از نظر اخلاقی و عملی صلاحیت دارند انجام بگیرد.

۹) در جریان آزمایش، انسان مورد آزمایش باید آزادی کامل داشته باشد تا هر وقت احساس نمود که ادامه آزمایش از نظر جسمی و روحی برای وی غیر ممکن است، آن را قطع نماید.

۱۰) در جریان آزمایش دانشمند آزمایش کننده باید آمادگی داشته باشد که هر وقت حدس زد ادامه آزمایش احتمالاً به جراحت و یا علیلی سوژه منجر خواهد شد آن را قطع نماید.

نکات مهم در تحقیق غیر درمانی

- توجه به حفظ جان و سلامت افراد
- چگونگی اخذ رضایت معتبر (فقدان اجبار، علم به پیامدهای اعمال)
- توجه به مسئله اضطراب برای فرد
- توجیه‌پذیر بودن خطر (از نظر پژوهشگر یا از نظر فرد مورد تحقیق)

تحقیقات درمانی

- اقداماتی که منجر به بالا بردن امید به نجات بیمار می‌شود
- بررسی مقدار سود و خطر نسبت به یکدیگر (غلظت بالای اکسیژن و فیبروپلازی خلف عدسی چشم)
- اخذ رضایت نامه معتبر (فقدان اجبار، آگاهی)

انجمن جهانی پزشکی[1] توصیه‌های زیر را به عنوان راهنمای پزشکان و متخصصان در تحقیقات بیومدیکال ارائه کرده است.

بیانیه هلسینکی

بیانیه هلسینکی که شامل مبانی پژوهش پزشکی در سوژه‌های انسانی است در سال ۱۹۶۴ منتشر گردید. ولی در سال‌های بعد نیز مورد بازبینی و تکمیل قرار گرفته است. آخرین تصحیح این بیانیه (هلسینکی ۶) در اکتبر سال ۲۰۰۰ در پنجاه و دومین جلسه عمومی انجمن پزشکی جهان (WMA) (۱) انجام پذیرفته است که شامل ۳۲ بند در سه قسمت مجزا می‌باشد (۳). در سال ۲۰۰۲ زیرنویسی در توضیح بند ۲۹ به این بیانیه افزوده شد.

الف) مقدمه

۱ - انجمن پزشکی جهانی، بیانیه هلسینکی را به عنوان مبانی اخلاقی راهنمای پزشکان و سایر شرکت کنندگان در پژوهش‌های دارای سوژه‌های انسانی تهیه نموده است. پژوهش‌های طبی در سوژه‌های انسانی شامل پژوهش در منابع انسانی دارای هویت مشخص و یا اطلاعات فاقد هویت می‌باشد.

۲ - وظیفه پزشک ارتقاء و حفظ سلامت مردم است. دانش و وجدان پزشک، انجام این وظیفه را در حد کمال مقدور می‌سازد.

۳ - بیانیه ژنو انجمن پزشکی جهانی، با این جمله پزشک را متعهد می‌سازد؛ «سلامت بیمارم اولین هدف و عطف توجه من خواهد بود»، و قانون بین المللی اخلاق پزشکی چنین بیان می‌دارد که «یک پزشک، در ارائه خدمات طبی که ممکن است اثراتی تضعیف کننده بر جسم و روح بیمار داشته باشند، صرفاً باید بر حسب خواسته بیمار عمل نماید.»

۴ - توسعه طب بر پژوهش استوار است که در نهایت، در مواردی تجربیاتی در افراد انسانی لازم خواهد بود.

۵ - در پژوهش پزشکی در انسانها، موارد و توجهات مربوط به سلامت و آسایش (well-being) انسان مورد مطالعه، نسبت به منافع علم و نیز اجتماع در اولویت است.

۶ - هدف اولیه پژوهش در پزشکی در سوژه‌های انسانی، بهبود شیوه‌های پیشگیری، تشخیصی و درمانی و فهم اتیولوژی و پاتوژنز بیماری هاست. حتی اثبات شده‌ترین روش‌های پیشگیری، تشخیصی و درمانی باید به صورت مداوم از لحاظ موثر بودن[2]، کارآیی[3]، قابلیت دسترسی[4] و کیفیت[5] مورد پژوهش قرار گیرند.

۷ - در طب امروزین و پژوهش‌های پزشکی حاضر، اکثریت شیوه‌های پیشگیری، تشخیص و درمان دارای خطرات و عوارضی هستند.

۸ - پژوهش در پزشکی، تابع استانداردهای اخلاقی است که احترام به انسانیت تمام افرادو حفاظت از

---

1 - World Medical Association
2 - (effectiveness)
3 - (efficiency)
4- (accessibility)
5- (quality)

سلامت و حقوق آنها را ترغیب می‌کند. برخی جمعیت‌های مورد پژوهش آسیب‌پذیر بوده و نیازمند حمایت خاصی هستند. نیازهای عمده در مقابل زیان‌های اقتصادی و طبی باید شناخته شوند. توجه خاصی نیز برای آنانی که نمی‌توانند رضایت بدهند یا از دادن رضایت امتناع می‌نمایند مورد نیاز است. برای کسانی که ممکن است با فشار و اجبار از آنها رضایت گرفته شود؛ آنانی که شخصاً از پژوهش سودی نمی‌برند و نیز آنان که پژوهش با درمان در آنها آمیخته است.

۹ - محققین باید از الزامات اخلاقی، قانونی و تنظیمی برای پژوهش در سوژه‌های انسانی در کشور خود و نیز الزامات بین المللی قابل اجرا، آگاه باشند. هیچ یک از الزامات اخلاق، قانونی یا تنظیمی ملی نباید محافظت از سوژه‌های انسانی را که در این بیانیه اعلام شده است را تغییر داده یا حذف نمایند.

ب - اصول اساسی تمام تحقیقات پزشکی

۱۰ - وظیفه پزشک این است که از حیات، سلامت، اسرار فردی، شان و حیثیت انسانی در تحقیق پزشکی حفاظت نماید.

۱۱ - تحقیق بر روی سوژه‌های انسانی باید با مبانی علمی مورد قبول به طور عام مطابقت داشته باشد، بر پایه دانش متون علمی، سایر منابع مرتبط اطلاعات و تجربیات کافی آزمایشگاهی و در صورت لزوم، تجربیات حیوانی طرح ریزی شده باشد.

۱۲ - در جریان تحقیقاتی که ممکن است تاثیراتی بر محیط داشته باشند باید احتیاطات لازم به کار برده شود، و آسایش و رفاه حیوانات مورد استفاده در پژوهش نیز رعایت گردد.

۱۳ - طرح ریزی و اجرای آزمایشات تجربی بر روی سوژه‌های انسانی باید به طور واضح و روشن، در یک پروتکل تجربی، تهیه و قاعده‌مند شود. این پروتکل باید برای توجهات لازم، نظردهی، راهنمایی، و در صورت لزوم تایید توسط یک کمیته اخلاقی ارائه شود. کمیته اخلاقی باید مستقل از محقق یا حمایت کننده طرح، و مبری از هر گونه نفوذ و القاء ناحق باشد. این کمیته مستقل باید منطبق بر قوانین و تنظیمات کشوری که تحقیق در آن صورت می‌پذیرد عمل کند. کمیته حق دارد که بر کارآزمایی‌ها نظارت نماید. محقق ملزم به این است که اطلاعات لازم برای مانیتورینگ را، خصوصاً درمورد هر گونه عارضه جانبی، در اختیار کمیته قرار دهد. محقق باید مرور و بازنگری در طرح، اطلاعات راجع به سرمایه گذاری، حامیان طرح، موسسات وابسته، سایر برخوردهای احتمالی بین علائق و انگیزه‌های افراد مورد پژوهش را با این کمیته در میان بگذارد.

۱۴ - پروتکل پژوهش باید همیشه شامل بیان توجهات اخلاقی مربوط باشد و با مبانی اعلام شده در این بیانیه موافقت داشته باشد.

۱۵ - پژوهش طبی در سوژه‌های انسانی باید منحصراً توسط افرادی که از نظر علمی صلاحیت دارند و تحت نظارت پزشکی که از لحاظ بالینی کارآمد باشد، انجام پذیرد. مسوولیت سوژه انسانی همیشه باید به عهده فردی دارای صلاحیت از نظر پزشکی باشد و هرگز مسوولیت به عهده فرد مورد پژوهش قرار نگیرد حتی اگر خود فرد رضایت داشته باشد.

۱۶ - قبل از انجام هر گونه پروژه تحقیق پزشکی در انسان باید ارزیابی دقیق خطرات و عوارض قابل پیش بینی، در مقایسه با مزایای مورد انتظار برای فرد یا سایرین، صورت گیرد. این امر شرکت

داوطلبان سالم در پژوهش طبی را نفی نمی‌کند. طرح تمام مطالعات باید به صورت همگانی در دسترس باشد.

۱۷ – پزشکان باید از وارد نمودن افراد در پروژه، قبل از اینکه اطمینان یابند که خطرات در حد کفایت بررسی شده است و می‌تواند به صورت رضایت بخشی اداره شوند، خودداری نمایند. در صورتی که پزشکان دریافتند که خطرات بیشتر از فواید احتمالی است و یا مدارک قطعی برای نتایج مثبت و مفید وجود دارد، موظف هستندکه پژوهش را متوقف سازند.

۱۸ – پژوهش در انسان فقط در صورتی باید انجام گیرد که اهمیت موضوع از خطرات و عوارض آن برای فرد مورد پژوهش بیشتر باشد. این امر خصوصاً زمانی مهم است که افراد مورد مطالعه داوطلبان سالم باشند.

۱۹ – پژوهش پزشکی فقط در صورتی مجاز است که احتمال معقول وجود داشته باشد که جامعه مورد پژوهش از نتایج بهره‌مند خواهد شد.

۲۰ – افراد باید داوطلبانه و آگاهانه در پروژه پژوهش شرکت نمایند.

۲۱ – حق افراد مورد مطالعه برای حفاظت کامل (integrity) آنها همیشه محفوظ می‌باشد. برای حفظ اسرار خصوص فرد مورد مطالعه، رازداری در مورد اطلاعات بیمار، و به حداقل رساندن اثرات مطالعه بر سلامت کامل جسمی و روحی فرد و بر شخصیت او باید تمام احتیاطات لازم به کار برده شود.

۲۲ – در هر پژوهش انسانی، هر شرکت کننده بالقوه باید در مورد اهداف، روش‌ها، منابع تامین بودجه، هر گونه تضاد احتمالی با منافع، موسسات مرتبط با محقق، فواید مورد انتظار و خطرات احتمالی مطالعه و هر گونه ناراحتی که ممکن است با آن روبرو شود، اطلاعات کافی را دریافت دارد. فرد مورد نظر باید آگاه شود که حق دارد در هر زمان که بخواهد بدون نیاز به جبران خسارتی، از شرکت در مطالعه خودداری کند یا رضایت خود برای شرکت در مطالعه را پس بگیرد. بعد از اطمینان از اینکه فرد مورد نظر اطلاعات داده شده را فهمیده است، پزشک باید رضایت آگاهانه و آزادانه او را ترجیحاً به صورت کتبی اخذ کند. اگر امکان اخذ رضایت به صورت کتبی نباشد، رضایت غیر کتبی باید به صورت رسمی مستند شده و گواهی شود.

۲۳ – در زمان اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در پروژه تحقیقاتی، در صورتی که فرد مورد نظر وابستگی خویشاوندی با پزشک دارد یا به هر دلیل ممکن است با اکراه رضایت دهد، باید پزشک با احتیاط و هوشیاری عمل کند. در این حالت رضایت آگاهانه باید توسط یک پزشک کاملاً آگاه که در مطالعه دخالتی ندارد و کاملاً مستقل است صورت گیرد.

۲۴ – برای فردی که از نظر قانونی فاقد صلاحیت بوده، از نظر جسمی یا ذهنی محجور و برای دادن رضایت ناتوان باشد، یا یک کودک فاقد وجاهت قانونی، محقق باید رضایت آگاهانه را از قیم معتبر قانونی آنان بر طبق قانون اخذ کند. گروه‌های ذکر شده نباید در پژوهش وارد گردند مگر اینکه تحقیق برای ارتقاء سلامت جامعه مورد نظر ضروری باشد و انجام تحقیق در افرادی که از نظر قانون صلاحیت دارند قابل انجام نباشد.

۲۵ – وقتی فردی که از نظر قانونی فاقد صلاحیت باشد، مانند یک کودک، قادر باشد در تصمیم‌گیری برای شرکت در پژوهش موافقت کند، محقق باید موافقت او را، علاوه بر اخذ رضایت قیم قانونی، به دست آورد.

۲۶ - پژوهش در افرادی که اخذ رضایت از آنها مقدور نیست، از جمله موارد وجودوکالتنامه یا رضایت از پیش تهیه شده، فقط در صورتی باید صورت گیرد که وضعیت جسمی و ذهنی که مانع اخذ رضایت است، خصوصیت لازم برای جامعه مورد مطالعه باشد. دلایل خاص برای شرکت دادن این افراد در مطالعه باید در پروتکل پژوهش بیان شود و توسط کمیته اخلاق تایید شود. پروتکل باید ذکر کند که رضایت باید در اولین فرصت از خود فرد یا جانشین قانونی او اخذ گردد.

۲۷ - هم نویسندگان و هم ناشران تعهدات اخلاقی دارند. در انتشار نتایج تحقیق، محققین متعهد به نگهداری و حفظ صحت و دقت نتایج هستند. نتایج منفی و نیز مثبت باید منتشر شوند یا به طریقه دیگری در دسترس عموم قرار گیرند. منابع هزینه‌ها، موسسات مرتبط و هر گونه تعارضی در منافع باید بیان شود. گزارش تجربیاتی که با اصول مقرر شده در این بیانیه مطابقت ندارد نباید برای انتشار پذیرفته شود.

ج - اصول اضافه شده برای پژوهش همراه با مراقبت‌های طبی

۲۸ - پزشک ممکن است پژوهش را با مراقبت‌های طبی ترکیب کند، فقط در محدوده‌ای که پژوهش از نظر ارزش در پیشگیری، تشخیص، یا درمان اثبات شده باشد. وقتی پژوهش با مراقبت طبی همراه می‌شود، استانداردهای دیگری برای حفاظت از بیماران مورد مطالعه به کار می‌رود.

۲۹ - فواید، مضرات، عوارض و سودمندی (موثر بودن) یک روش جدید باید در مقابل بهترین شیوه‌های پروفیلاکسی، مواردی و درمان اخیر مورد آزمون قرار گیرد. استفاده از دارونما، یا عدم درمان، نیز در مواردی که روش پروفیلاکسی، تشخیصی یا درمانی اثبات شده‌ای وجود ندارد، از این قاعده مستثنی نیست (توضیحات این بند را ملاحظه کنید)

۳۰ - در پایان مطالعه، هر بیماری که در مطالعه شرکت کرده است باید از دسترسی به بهترین شیوه پیشگیری، تشخیص یا درمان، که توسط مطالعه مشخص گردیده است، اطمینان یابد.

۳۱ - پزشک باید بیمار را کاملاً آگاه کند که این جنبه از مراقبت وابسته به پژوهش است. امتناع بیمار از شرکت در مطالعه نباید بر رابطه بین بیمار و پزشک تاثیر گذار باشد.

۳۲ - در درمان یک بیمار که شیوه‌های اثبات شده پیشگیری، تشخیصی یا درمانی برای او وجود ندارد یا غیر موثر بوده است، پزشک با اخذ رضایت آگاهانه بیمار، در استفاده از اقدامات اثبات شده یا جدید آزاد است، در صورتی که براساس قضاوت پزشک، این کار امید نجات حیات، برقراری مجدد سلامتی یا تسکین رنج بیمار را فراهم می‌کند، در صورت امکان، این اقدامات باید موضوع و هدف پژوهش قرار گرفته و بدون عارضه بودن[1] و کارآیی[2] آنها ارزیابی شود. در تمام موارد، اطلاعات جدید باید ثبت شود و در موقعیت مناسب، منتشر شود. سایر موارد این بیانیه باید لحاظ گردد.

انتقادهایی که پس از انتشار بیانیه در سال ۲۰۰۰ صورت گرفت سبب شد که در نهایت WMA یادداشت توضیحی را در مورد بند ۲۹ به بیانیه اضافه نماید.

توضیحی در مورد بند ۲۹ بیانیه هلسینکی

بدین وسیله WMA تاکید می‌نماید که در استفاده از

1 - (Safety) 2 - (efficacy)

کارآزمایی‌های کنترل شده دارونما، نهایت مراقبت باید به عمل آید و عموماً این شیوه فقط در صورت عدم وجود درمان اثبات شده به کار گرفته شود. اما کارآزمایی کنترل شده دارونما، حتی در صورت وجود درمان اثبات شده، از لحاظ اخلاقی در شرایط زیر می‌تواند پذیرفته شود:

– وقتی که به دلایل ناگزیر متدولوژیک و هشدارهای علمی، استفاده از این نوع مطالعه برای مشخص نمودن کارآیی یا بدون عارضه بودن یک روش پیشگیری، تشخیصی یا درمانی، ضروری باشد؛ یا

– وقتی که یک شیوه پیشگیری، تشخیصی یا درمانی برای یک حالت فرعی مورد بررسی قرار می‌گیرد و بیمارانی که دارونما می‌گیرند در معرض هیچ گونه خطر اضافی یا صدمه جدی یا غیر قابل برگشت نیستند.

تمام شرایط و بندهای دیگر بیانیه هلسینکی باید لحاظ شود، خصوصاً مرور و بررسی اخلاقی و علمی تحقیق.

راهنمای شورای بین المللی سازمانهای علوم پزشکی [1]

شورای بین المللی سازمان‌های علوم پزشکی (CIOMS) وابسته به سازمان جهانی بهداشت، اولین بار در سال ۱۹۸۲ میلادی «راهنمای بین المللی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی با سوژه‌های انسانی» را تدوین و منتشر نمود که آخرین تجدید نظر آن در سال ۲۰۰۲ صورت گرفته است. این راهنما علاوه بر ۲۱ راهنمای اصلی، شامل توضیحات و تفاسیری در خصوص بندهای مربوط می‌باشد. مبانی عمومی اخلاقی در این راهنما عبارتند از:

۱ – احترام به انسانها، با توجه ویژه به احترام به اتونومی یا اختیار فرد، و محافظت از انسانهایی که به دلایلی از اختیار و اتونومی کامل برخوردار نیستند.

۲) سودمندی و عدم اضرار

۳) عدالت

سرفصل‌های اصلی این راهنما شامل بیست و یک بند به شرح زیر می‌باشد:

۱ – تایید اخلاقی و اعتبار علمی پژوهش‌های زیست پزشکی در انسان

۲ – کمیته‌های بررسی اخلاقی

۳ – بررسی اخلاقی پژوهش‌های تحت حمایت کشورهای خارجی (ESR)[2]

۴ – رضایت آگاهانه فردی

۵ – حصول رضایت آگاهانه: اطلاعات ضروری و پایه برای سوژه‌های پژوهش

۶ – حصول رضایت آگاهانه: تعهدات حمایت کننده‌ها و محققین

۷ – تحریک و تشویق برای شرکت در پژوهش

۸ – منافع و مضار شرکت در مطالعه

۹ – محدودیت‌های خاص در مواردی که پژوهش افرادی که ظرفیت رضایت دادن آگاهانه ندارند را در بر می‌گیرد.

۱۰ – پژوهش در جوامع و گروه هایی که محدودیت منابع دارند.

۱۱ – انتخاب شاهد در کارآزمایی‌های بالینی

۱۲ – توزیع عادلانه فشارها و فواید در انتخاب گروه‌های مورد مطالعه

۱۳ – پژوهش‌های دربرگیرنده افراد آسیب‌پذیر

۱۴ – تحقیقات در کودکان

1- Council for International organizations for Medical Sciences (CIOMS)

2- Externally sponsored Reserch

۱۵ – پژوهش در افرادی که به علل اختلالات ذهنی یا رفتاری ظرفیت اخذ رضایت آگاهانه را ندارند.
۱۶ – زنان به عنوان سوژه مطالعه
۱۷ – زنان حامله به عنوان شرکت کنندگان در پژوهش
۱۸ – حفظ رازداری
۱۹ – حق افراد آسیب دیده طی پژوهش‌ها برای درمان و جبران خسارت
۲۰ – تقویت ظرفیت‌ها برای بررسیهای اخلاقی و علمی و پژوهش‌های زیست پزشکی
۲۱ – الزام اخلاقی حمایت کننده‌های خارجی برای فراهم آوری خدمات مراقبت بهداشتی

عمده‌ترین نکات اخلاقی در یک پژوهش

اگر به اجمال به مراحل تحقیق توجه کنیم ما در همه مراحل نیازمند توجه به مسائل اخلاقی هستیم. به طور اختصار مراحل یک پژوهش بالینی به عنوان مثال مورد بررسی قرار خواهد گرفت و به صورت اجمال مباحث اخلاقی مرتبط با آن ذکر شده و عمده‌ترین موضوعات اخلاق پزشکی در امر تحقیقات مورد اشاره قرار خواهد گرفت.

مراحل یک پژوهش بالینی

۱) انتخاب موضوع تحقیق
۲) بیان مسئله
۳) بازنگری مدارک موجود
۴) ارائه هدفها و فرضیات
۵) تهیه طرح و روش‌شناسی (متدولوژی) تحقیق
۶) آماده کردن زمینه اجرایی طرح
۷) انتخاب نیروی انسانی و نیز مشاوران
۸) مدیریت، نظارت و ارزشیابی طرح
۹) جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل دستاوردها
۱۰) استفاده از نتایج و توزیع آن‌ها

اهمّ مسائلی که باید در هر تحقیق مدنظر قرار گیرد

الف) در مرحله انتخاب موضوع تحقیق و بیان مسئله:

– پذیرش موضوع پژوهش توسط جمعیت مورد مطالعه و اولویت داشتن آن تحقیق برای جامعه مورد نظر
– در نظر گرفتن باورها و سنتهای جامعه
– عدم استفاده از بیان موهن و زننده
– ارائه درست داده‌های دیگران

ب) در مرحله بازنگری مدارک موجود:

– رعایت صداقت و امانت علمی
– رعایت بی طرفی و پرهیز از گرایشهای خاص توسط محققان و ذکر اطلاعاتی که ممکن است لزوماً با نظر پژوهنده موافق نباشد
– ذکر نام سایر پژوهشگرانی که در همان زمینه تحقیقاتی انجام داده‌اند.
– عدم استفاده از منابع مشکوک و فاقد اعتبار لازم

ج) در مرحله برنامه ریزی و اجرای تحقیق

– استفاده از جدیدترین روشهای تحقیق جهت اخذ نتیجه
– عدم استفادهٔ انحصاری از روشهایی که با خواسته‌های پژوهشگر همسو شود.

د) در زمینه نیروی انسانی و مدیریت

– توجه به رفاه اعضای گروه تحقیقاتی و اجتناب از ایجاد ناراحتی برای آنان
– مراقبت به منظور جلوگیری از سوء استفاده اعضای گروه تحقیقاتی از افراد یا اجتماع مورد بررسی

- دقت در حسن استفاده از بودجه و وسایل

ه) در مرحله تجزیه و تحلیل، گزارش و انتشار نتایج

- رعایت صداقت هنگام تجزیه و تحلیل نتایج و عدم تحریف دستاوردها در جهتی که با خواسته‌های پژوهشگر همسو شود.
- محرمانه نگه داشتن اطلاعات و نام افراد مورد بررسی
- انتشار نتایج به زبان ساده به گونه‌ای که نتایج حاصله قابل استفادهٔ کلیه دست اندرکاران ذیربط باشد.
- رعایت حرمت افراد یا اجتماع هنگام بحث و تفسیر نتایج
- در اختیار گذاردن نتایج برای مسئولان در سطوح مختلف

عمده‌ترین موضوعات اخلاق پزشکی در پژوهش

محققان در بررسی‌های خود موظف به رعایت و پاسداری از حقوق شرکت‌کنندگان در طرحهای خود می‌باشند. محققان، مسئول و پاسخگوی رفتار حرفه‌ای خود می‌باشند و بنابراین باید از آنچه تحت شرایط مختلف از آن‌ها انتظار می‌رود آگاه باشند.

هر چند که آخرین بازبینی اعلامیهٔ هلسینکی با هدف از میان برداشتن اصولی که تفکری (بیش از حد) می‌طلبید، انجام شد، محققان همچنان با شرایطی مواجه می‌شوند که واکنش خاصی را جهت حفظ و رعایت جوانب اخلاقی امر خواهد طلبید.

نهادهای درگیر در امر تحقیق موظفند هیأتهای بازبینی در سطح سازمانشان در جهت نظارت بر جوانب اخلاقی تحقیقات تشکیل دهد. لیکن مسئولیت اصلی بر گردن خود محقق می‌باشد که می‌بایست دو حق جدی برای جمعیت یا فرد مورد تحقیق خود قائل شود: یکی رضایت آگاهانه با همه دقت در مردم؛ دیگر اینکه هیچ راه دیگری برای رسیدن به اطلاعات مورد نظر وجود ندارد. میزان خطری که متوجه افراد موضوع تحقیق می‌باشد باید به حداقل رسانده شود. با وجود این، هر میزان خطر باید در برابر منافع بشردوستانه بالقوه مورد بررسی قرار گیرد. منافع بشردوستانه آن است که مستقیماً موجب ارتقاء رفاه و حرمت انسان شود. از یاد نرود که هیچ چیزی نمی‌تواند تحقیقی را توجیه کند که حرمت انسانی را زیر پا می‌گذارد.

حقوق و وظایف عوامل تحقیقاتی

محققان آزادند در چهارچوب قوانین کشوری و قوانین حاکم بر اخلاق پزشکی فعالیت کنند. لیکن هر محققی مسئول حرکات و رفتار حرفه‌ای خود بوده و بنابراین باید از آنچه در موارد مختلف از او انتظار می‌رود آگاه باشد. همچنان نباید فراموش کرد که فعل و یا ترک فعل هر دو می‌تواند بعضاً اثر زیان باری بر جا بگذارد و محقق در هر دو مورد پاسخگو تلقی می‌شود. این موضوع در کارآزمایی‌های بالینی اهمیت ویژه‌ای دارد.

در بدو تحقیق یک محقق باید هم به حقوق خود و هم به حقوق دیگران واقف، دارای شجاعت معنوی همراه با برنامه اجرایی سنجیده و تعهد و پشتکار جهت پیگیری مؤثر امور نیز باشد. مسئولیت فردی عاملی است که همیشه باید مد نظر باشد و هر شخصی باید بر اساس بهترین صلاحدید خود در هر شرایطی عمل کند.

این نکته باید تأکید شود که این وظیفه محقق است که رضایت آگاهانه فرد مورد تحقیق و خانواده‌اش را جهت انجام بررسی‌های لازم کتباً جلب کند. هیچ چیزی نباید محقق را از این امر منصرف کند. محقق

باید از این موضوع اطمینان حاصل کند که فرد مورد بررسی از عواقب بالقوهٔ شرکت در تحقیق کاملاً آگاه است. در نهایت، تصدیق و تطبیق وقایع گزارش شده مهمترین قدمی می‌باشد که در هر تحقیقی برداشته خواهد شد.

رضایت‌نامهٔ آگاهانه

از مشخصات کلیدی دستورالعملهای اخلاقی قابلیت مشارکت‌کنندگان در ارائه رضایت‌نامهٔ آگاهانه خود جهت ورود به تحقیق می‌باشد. در مورد افرادی که دچار اختلالات ادراکی بوده و یا آن‌هایی که مانند کودکان نمی‌توانند از نظر قانونی تعهد یا رضایت شخصی بدهند اجازه را باید از قیم این چنین افراد کسب کرد. هر شرکت‌کننده متن رضایت نامهٔ آگاهانه را دریافت می‌کند که در آن اهداف تحقیق و خطرات بالقوه شرکت در آن توضیح داده شده همراه با یادآوری این موضوع که شرکت کننده آزاد است در هر مقعطی از تحقیق کنار بکشد و از رضایت خود استنکاف کند.

محتوای دقیق رضایت‌نامه به دنبال مشورت با کمیته اخلاق مربوط به هر تحقیق تدوین و تنظیم می‌شود. متن رضایت‌نامه معمولاً جزو مدارکی است که به کمتیه اخلاق جهت اخذ تأییدیه ارائه می‌شود.

کارآمدی و استفاده از تحقیقات

تحقیقات اخلاقی نه تنها باید به طور مناسب و شایسته اجرا شود تا منابع موجود تلف نشود بلکه باید منافع و مزایای آن متناسب با مضرات بالقوه آن باشد. این نکته با ارزش را باید در نظر گرفت که مسائل اخلاقی مربوط به تحقیقات انسانی محدود به استفاده از انسان برای مقاصد تحقیقاتی نمی‌شود بلکه شامل کاربرد و استفاده نهایی نتایج این تحقیقات نیز می‌شود.

گفتگوی مستمر بین محققان و مصرف‌کنندگان نتایج تحقیقاتشان در هر حال یک نیاز مبرم است.

دسترسی به اطلاعات

چالش دیگر موضوع مالکیت تحقیق در زمان پایان آن است. این امر بخصوص موقعی اهمیت پیدا می‌کند که موضوع تحقیق جنبه‌ای متناقض یا جنجالی داشته باشد و مواضع کارشناسی مختلف خواهان تحلیل و بررسی مجدد داده‌ها شود. لذا تعیین زمان دقیق پایان یک بررسی امری کاملاً ضروری به نظر می‌رسد و همچنین سیاستی که بر اساس آن کارشناسان دیگر می‌توانند به داده‌های تحقیق دسترسی پیدا کنند.

انتشار نتایج

نگرانی دیگر این است که احتمال برود تعارض منافع شخصی و سازمانی بر انتشار نتایج تحقیقات تأثیر داشته باشد. یکی از این موارد هنگامی است که نتایج تحقیقی بر کار مسئولان بهداشتی درمانی تأثیر بگذارد.

اخلاق و پژوهش در ایران

تأکید خاصی که در جمهوری اسلامی ایران بر ارزشهای دینی و معنوی وجود دارد زیربنای اقداماتی است که جهت حفظ مقام و ارزش انسانها در نظر گرفته شده است. بطور کلی به اخلاق پزشکی به طور عام توجه خاصی شده است که در بخش تاریخچهٔ اخلاق پزشکی به تفصیل ذکر خواهد گردید.

اولین کمیتهٔ ملی اخلاق در تحقیقات پزشکی، در سال ۱۳۷۷ تحت ریاست وزیر محترم بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد و یکسال پس از آن، کمیته‌های منطقه‌ای اخلاق در تحقیقات پزشکی در دانشگاههای علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی آغاز به کار نمودند و در حال حاضر به فعالیت مشغولند.

هرچند که اعلامیه‌های بین المللی و اسلامی در اصل با همدیگر تناقضی ندارند، ولی با توجه به شرایط کشور ما و وجود دیدگاه اسلامی، مرکز ملی اخلاق در تحقیقات پزشکی برنامه‌ای جهت تدوین قوانینی در پاسخ به این نیازها اجرا کرده که اهداف مشخص آن به شرح ذیل می‌باشد:

- تدوین قوانین صریح برگرفته از معیارهای اخلاقی اسلامی جهت مشخص کردن چهارچوب مورد قبول رفتار و روش حرفه‌ای و هدایت پژوهشگران که منطبق با شرایط ویژه ایران باشد.
- پیشنهاد یک نظام سازمانی و ساختاری برای رسیدگی به مسائل مرتبط با اخلاق در پژوهش پزشکی
- تهیه گزارشی جهت تبیین این پیشنهادها
- انتظار نتایج کار گروه به نهادهای ملی مرجع در این زمینه، انجمن‌های حرفه‌ای (صنفی) و مؤسسات آموزشی که در این زمینه درگیر می‌باشند.

در این راستا، گروه کاری فوق مرکب از تعدادی محقق در مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی و با همکاری گروه مشاورین، دکتر محقق داماد، دکتر ملک افضلی و دکتر باقر لاریجانی تجربیات دست‌اندرکاران بهداشت و درمان در سطح ملی و بین‌المللی را در این زمینه مورد بررسی قرار داد. در نهایت، مرکز اخلاق در پژوهش پزشکی آیین‌نامه‌ای را وضع کرده که شامل ۲۶ اصل می‌باشد.

آیین‌نامه اجرایی اصول اخلاقی در پژوهش‌های علوم پزشکی

۱) کسب رضایت آگاهانه در هر بررسی انسانی الزامی می‌باشد. در مورد تحقیقات مداخله‌ای این رضایت باید به شکل کتبی باشد.

۲) هیچ توجیهی برای به مخاطره انداختن بی مورد یک انسان و یا محدود کردن اختیارات وی وجود ندارد.

۳) رضایت فرد باید آگاهانه و داوطلبانه باشد. حداقل بودن میزان خطر قابل پیش بینی متوجه شرکت‌کنندگان باید مورد تأیید قرار بگیرد. رفتارهایی مانند تهدید، وسوسه و یا اجبار موجب ابطال رضایت شرکت‌کنندگان می‌شود. محقق مسئول و پاسخگوی طبعات ناشی از عدم رعایت شرایط فوق می‌باشد.

۴) در تحقیقاتی که محقق مقام بالاتری نسبت به فرد مورد تحقیق داشته باشد، دلایل چنین انتسابات یا انتخاباتی باید توسط کمیته اخلاق مسئول تحقیق تأیید شود، در این موارد شخص ثالث و معتمدی باید رضایت را دریافت کند.

۵) در تمام تحقیقات پزشکی، اعم از درمانی و غیر درمانی، محقق موظف است فرد مورد تحقیق را از طول مدت پژوهش، روش بکار گرفته شده، فواید و زیانهای بالقوه طرح به نحو مناسبی آگاه سازد. محقق همچنین می‌بایست پاسخ قانع کننده‌ای به تمامی سؤالات افراد مورد تحقیق بدهد. این موارد باید در رضایت‌نامه فرد مورد تحقیق منعکس شود.

۶) قبل از اینکه هر تحقیق پزشکی شروع شود، فعالیتهای مقدماتی جهت به حداقل رساندن زیان محتمل توسط افراد مورد تحقیق و تضمین سلامت آنها باید انجام شود. هر شرکت کننده باید تحت پوشش بیمه شخصی قرار بگیرد. تمامی محققان

نیز باید از لحاظ جبران خسارت تحت پوشش بیمه قرار بگیرند.

۷) نحوه گزارش نتایج پژوهش باید ضامن حقوق مادی و غیر مادی تمامی افراد و مربوط به تحقیق باشد، از جمله خود محقق یا محققان، افراد مورد بررسی و مؤسسه تحقیق‌کننده.

۸) شرکت‌کننده باید بداند که می‌تواند هر لحظه که بخواهد از بررسی کنار بکشد و باید درباره خطرات و زیانهای بالقوه ناشی از ترک (زودرس) بررسی آگاه و پشتیبانی شود.

۹) در مواردی که آگاه کردن فرد مورد تحقیق درباره جنبه‌ای از تحقیق باعث کاهش اعتبار تحقیق بشود، نیاز به اطلاع رسانی یا انشاء ناکامل از طرف محقق باید توسط کمیته مسئول تأیید شود. نمونه مورد بررسی نیز باید آگاه شود که کل خصوصیات تحقیق فقط هنگام تکمیل آن به اطلاعش خواهد رسید.

۱۰) این محقق است که مسئول مستقیم و موظف به اطلاع رسانی است: اطلاع رسانی از طریق اشخاص ثالث محقق را از این مسئولیت مبرا نمی‌کند.

۱۱) ورود شخصی که از خصوصیات تحقیق بی اطلاع است به تحقیق ممنوع می‌باشد مگر در شرایط خاص.

۱۲) در کارآزمایی هایی که نیاز به گروه مورد و شاهد دارد شرکت‌کنندگان باید آگاه باشند که امکان دارد در حین بررسی به دنبال تقسیم تصادفی به یکی از دو گروه فوق وارد شوند.

۱۳) تحقیق بر روی «انسان» فقط در صورتی توجیه پذیر است که مزایای بیشتری از خطرات بالقوه تحقیق باشد. داوری این امر بر عهده کمیته اخلاق در تحقیقات پزشکی می‌باشد که با کمک نظرات متخصصین مربوطه به نتیجه در این بابت می‌رسد.

۱۴) در تحقیقات غیردرمانی، سطح آسیبی که فرد مورد مطالعه در معرض آن قرار می‌گیرد نباید بیشتر از آنچه باشد که به طور عادی در زندگی روزمره خود با آن مواجه می‌شود.

۱۵) قرار دادن فرد مورد بررسی در معرض خطر یا زیان به خاطر سرعت، سهولت کار، راحتی محقق، هزینه پائین‌تر و یا صرفاً عملی بودن آن به هیچ وجه توجیه‌پذیر نمی‌باشد.

۱۶) هنگامی که پژوهشی نمونه مورد بررسی خود را در معرض خطرات بالقوه قرار بدهد و افراد حاضر در این نمونه از طبقات اقتصادی – اجتماعی پائین و یا کم سوادتر جامعه هستند، کمیته ذیربط باید اطمینان حاصل‌کند که این افراد از تبعات کار خود کاملاً آگاه می‌باشند.

۱۷) محقق مسئول حفظ اسرار شرکت‌کنندگان و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن می‌باشد. اگر مانعی در راه انجام این کار موجود است، شرکت‌کننده باید توسط محقق از این امر مطلع شود.

۱۸) در تحقیقاتی که فرد مورد بررسی از ماهیت دارویی که برای وی تجویز شده بی اطلاع است، محقق باید تدابیر لازم جهت کمک‌رسانی به فرد مورد بررسی در صورت لزوم و در شرایط اضطراری را تدارک ببیند.

۱۹) هر نوع آسیب ناشی از شرکت در تحقیق باید طبق قوانین مصوب جبران خسارت شود.

۲۰) روش تحقیق نباید با عرف جامعه در تناقض باشد.

۲۱) در مواردی که هیچ روشی نسبت به دیگری از لحاظ فنی مزیت ندارد، این کمیته اخلاق در تحقیقات پزشکی است که روش مورد استفاده و نحوه انتخاب شرکت کنندگان را بخصوص در مواردی شامل زندانیان، اطفال، معلولین ذهنی و بیماران روانپریش مقرر خواهد کرد.

۲۲) شرکت زندانیان در تحقیقات بلامانع است مشروط بر اینکه نتایج تحقیق نیز اختصاصاً شامل زندانیان باشد. کسب رضایت کتبی در این مورد لازم است.
۲۳) محقق نمی‌تواند از زندانیان بعنوان «موارد ترجیحی» جهت بررسی خود استفاده کند صرفاً به خاطر اینکه این افراد همیشه برای این موضوع در دسترس باشند.
۲۴) شرکت افرادی که اختلالات ادراکی داشته و یا از لحاظ قانون شخصاً نمی‌توانند قراردادی بشوند مربوط به قیم ایشان می‌باشد که می‌تواند از جانب این افراد رضایت بدهد. افرادی که در حین تحقیق دچار اختلالات ادراکی و یا حالات روانپریشی بشوند نیز شامل این اصل باشند. در مورد آخر رضایت قبلی باطل می‌شود. در مقابل، هنگامی که طفلی به سن مسئولیت کامل قانونی می‌رسد خود او باید شخصاً رضایت کتبی جهت شرکت در پژوهش را بدهد.
۲۵) انجام تحقیقات غیر درمانی بر روی جنین ممنوع می‌باشد مگر آنکه چنین تحقیقاتی خود جنین و یا مادرش نتایج مثبت و مفیدی داشته باشد. رضایت کتبی باید هم توسط مادر و هم توسط قیم جنین در این چنین مواردی ارائه شود.
۲۶) در صورت لزوم، هیچ ممنوعیتی برای انجام تحقیقات بر روی جنین ساقط شده وجود ندارد مشروط بر اینکه قوانین اجرایی ذیربط رعایت شود.(۵)

منابع:

۱. اسمیت، ترور. اخلاق در پژوهشهای پزشکی. با مقدمه و زیر نظر باقر لاریجانی، ترجمهٔ محمّد ضرغام، تهران: برای فردا، ۱۳۸۱

2. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethies. UK: Oxford University Press, 2001.

3. The World Medical Association.The Declaration of Helsinki. URL: http: //WWW.wma.net/e/polisy/17.c-e.html

4. The council for International Organizations of Medical Sciences. International Ethical Guidelines for Biomedical Research involving Human subjects. Geneva: CIOMS, 2002 . Available from: URL:http://www.cioms.ch/guidelines_nov_2002_blurb.htm

۵. فرهادی، یداله، باقری، علیرضا؛ حقیقی، زهره؛ و همکاران. تدوین موازین اخلاقی و حقوقی جهت محافظت از آزمودنی در پژوهش‌های علوم پزشکی. مجله پژوهشی حکیم، بهار ۱۳۷۹، دوره ۳، شماره ۱؛ صفحات ۵۴-۴۵.

فصل

۶

گذشته اخلاق پزشکی در دنیا ودرکشور ما

توجه به ابعاد مختلف اخلاق پزشکی در کشور ما، طی دهه اخیر نضج و گسترش قابل توجهی یافته است که در این فصل سعی بر این است تلاش پیش کسوتان این امر تا حدودی بیان گردد. در ابتدا تاریخچه اخلاق پزشکی در دنیا و سپس در کشورمان مورد اشاره قرار می‌گیرد.

تاریخچه اخلاق پزشکی در دنیا

علم اخلاق یا ethics در دنیا تاریخچه‌ای طولانی با سابقه بیش از ۲۵۰۰ سال دارد. در قرون قبل از میلاد مسیح (ع) فرهنگ یونانی و رومی که تحت تاثیر فرهنگ ایرانیان و تمدن شرق بود در غرب گسترش داشته است.(۱) در آن دوران به دلیل عدم گستردگی علوم زمان، پزشکان معمولاً سایر علوم و حکم مانند فلسفه را نیز فرا می‌گرفتند لذا تاریخچه اخلاق پزشکی با تاریخچه فلسفه در قرون قبل پیوند خورده است. اما اخلاق پزشکی بیش از همه با اندیشه‌ها و تفکرات فلاسفه بزرگی چون سقراط[1] (۳۹۹-۴۷۰ ق.م [2])، افلاطون [3] (۳۴۷-۴۲۷ ق.م) و ارسطو[4] (۳۲۲-۳۸۴ ق.م) در قرون چهارم و پنجم قبل از میلاد پیوند نزدیکی داشته است. (۲،۳) این متفکران یونانی علم اخلاق را در کنار علم پزشکی فرا گرفته بودند و آن را به عنوان «هنر زیستن» و «مراقبت و مواظبت از نفس» توصیف می‌نمودند و از سوی دیگر «عقل سالم را در بدن سالم» می‌دانستند (۳). کلیات فلسفه اخلاقی سقراط، افلاطون و ارسطو قبلاً در مباحث فلسفه اخلاق بیان گردید. در همان دوران، بقراط [5] (۴۵۰-۳۸۰ ق.م) که او را پدر علم

---

1 - Socrates

۲- قبل از میلاد

3 - Plato

4- Aristotle

5 - Hippocarates

طب نیز نامیده‌اند، سوگندنامه معروف خود را تنظیم نمود(۴). بقراط اولین کسی بود که مبانی اخلاقی را در قالب قسم نامه با طبابت در آمیخت (۵)؛ و به عبارتی، بزرگترین سهم بقراط در زمینه پزشکی، اعتقاد او به اصول اخلاقی بود که سوگندنامه معروفش تبلور آن است (۶). سوگندنامه بقراط قدیمی‌ترین قوانین اخلاق پزشکی را در متن خود دارد و هنوز هم در بسیاری از کشورهای جهان به عنوان تعهد نامه پزشکان هنگام اتمام دوره تحصیل قرائت می‌شود. البته قبل از بقراط نیز برخی مقررات وجود داشته ؛ از جمله قوانین حمورابی [1] (۱۷۲۷ ق.م) که در آن به مجازات پزشکان خطاکار اشاره شده است اما جنبه‌های اخلاقی را مطرح ننموده است (۵). سوگندنامه بقراط در حقیقت به منزله یک تعهد نامه اخلاقی برای قبول و به کار بستن اصول اخلاقی حرفه پزشکی است. متن ترجمه شده سوگندنامه بقراط در ذیل آورده می‌شود.

متن سوگندنامه بقراط

«من به آپولون[2]، پزشک آسکلپیوس[3]، هیژیا[4] و پاناکیا[5] سوگند یاد می‌کنم و تمام خدایان و الهه‌ها را گواه می‌گیریم که در حدود قدرت و برحسب قضاوت خود مفاد این سوگندنامه و تعهد کتبی را اجرا نمایم. من سوگند یاد میکنم که شخصی را که به من حرفه پزشکی خواهد آموخت مانند والدین خود فرض کنم و در صورتی که محتاج باشد درآمد خود را با وی تقسیم کنم واحتیاجات وی را مرتفع سازم. پسرانش را مانند برادران خود بدانم و در صورتی که بخواهند به تحصیل پزشکی بپردازند بدون مزد یا قراردادی حرفه پزشکی را به آنها بیاموزم.

اصول دستورهای کلی، دروس شفاهی و تمام معلومات پزشکی را جز پسران خود، پسران استادم و شاگردانی که طبق قانون پزشکی پذیرفته شده و سوگند یاد کرده‌اند به دیگری نیاموزم.

پرهیز غذایی را بر حسب توانایی و قضاوت خود به نفع بیماران تجویز خواهم کرد نه برای ضرر و زیان آنها و به خواهش اشخاص به هیچ کس داروی کشنده نخواهم داد و مبتکر تلقین چنین فکری نخواهم بود. همچنین وسیله سقط جنین در اختیار هیچ یک از زنان نخواهم گذاشت.

با پرهیزگاری و تقدس زندگی و حرفه خود را نجات خواهم داد. بیماران سنگ دار را عمل نخواهم کرد و این عمل را به اهل فن واگذار خواهم نمود. در هر خانه‌ای که باید داخل شوم برای مفید بودن به حال بیماران وارد خواهم شد واز هر کار زشت ارادی و آلوده کننده به خصوص اعمال ناهنجار با زنان و مردان خواه آزاد و خواه برده باشند اجتناب خواهم کرد.

آنچه در حین انجام دادن حرفه خود و حتی خارج از آن درباره زندگی مردم خواهم دید یا خواهم شنید که نباید فاش شود به هیچ کس نخواهم گفت زیرا این قبیل مطالب را باید به گنجینه اسرار سپرد.

اگر تمام این سوگند نامه را اجرا کنم و به آن افتخار

---

1 - Code of Hammurabi
2 - Apolon
3 - Asklipios= Esculapr
4 - Hygeia
5 - Panakeia

کنم از ثمرات زندگی و حرفه خود برخوردار شوم و همیشه بین مردان مفتخر و سربلند باشم؛ ولی اگر آن را نقض کنم و به سوگند عمل نکنم از ثمرات زندگی و حرفه خود بهره نبرم و همیشه بین مردان سرافکنده و شرمسار باشم.»

اعلامیه ژنو که پس از جنگ جهانی دوم در سال ۱۹۴۸ توسط انجمن پزشکی جهانی [1] (WMA) تهیه گردید در حقیقت سوگندنامه روزآمد شده بقراط می‌باشد (۱۸).

پس از میلاد مسیح (ع) برخی اخلاقیون مسیحی از جمله اکونیاس[2]، در قرون سوم و چهارم پس از میلاد، فلسفهٔ اخلاق دینی را در مقابل حکمت رواقی که فلسفه‌ای مادّی گرایانه (قرون سوم ق.م تا قرن سوم ب.م[3]) بود، بیان و تدوین نمودند. اخلاق فلسفی مبتنی بر مسیحیت در جهان غرب تا اوایل عصر جدید، فرهنگ مغرب زمین را تحت سیطره داشت (۳). قرون ۱۷ و ۱۸ بعد از میلاد تقریباً دوران گذر از قرون وسطی به عصر جدید پیشرفت‌های علمی بشر در جهان غرب محسوب می‌شود(۱). در این دوران هیوم (۱۷۱۱-۱۷۷۶)، کانت (۱۷۲۴-۱۸۰۴)، بنتام (۱۷۴۸ - ۱۸۳۲) مهم‌ترین نظریات تأثیر گذار بر اخلاق پزشکی را در غرب ارائه نمودند که در فصول قبل مورد اشاره قرار گرفت (۳،۱). سپس میل (۱۸۰۶-۱۸۷۳)، راس (۱۸۷۷-۱۹۷۱) و مور (۱۸۷۳-۱۹۵۸) در دهه‌های بعد به بیان دیدگاه‌های فلسفی خود در حیطه اخلاق پرداختند که در موضوع اخلاق پزشکی نیز تاثیراتی داشته است (۳،۱). اما قرن نوزدهم و سپس قرن بیستم همزمان بود با علمی شدن طب[4] که تغییر و تحولات عمیقی را در اخلاق پزشکی در پی داشته است (۱).

در این دوران گسترش دانش طب، ایجاد تکنولوژی‌های نوین و پیدایش موضوعات اخلاقی جدید باعث ایجاد تحولاتی ضروری در اخلاق پزشکی سنتی گردید. اخلاق پزشکی سنتی طی دهه‌های اخیر همانگونه که در مبحث آموزش و اخلاق پزشکی بیان شد، با اخلاق پزشکی کاربردی نوین جایگزین گردیده است. در حال حاضر در بسیاری از کشورهای جهان، اخلاق پزشکی نوین به صورت علمی و عملی با شیوه‌های جدید مبتنی بر حل مساله، مطرح و به درجات متفاوت فعال می‌باشد. در برخی کشورهای غربی و اروپایی طی سه دهه اخیر کمیته‌های بالینی اخلاق پزشکی [5] (CECS) با سیر رو به رشدی تشکیل شده و به فعالیت پرداخته‌اند (۱۳-۹). این کمیته‌ها به طور موثر و مطلوبی بر الگوی مراقبت‌ها تاثیر گذار هستند و عملکرد آنها شامل شکل‌دهی سیاست بیمارستان در موضوعات و مسائل اخلاقی - قانونی، نظارت بر مشاوره‌های فردی در موارد بالینی خاص و مشکل، و سازماندهی تعلیم و تربیت متخصصین امر اخلاق پزشکی می‌باشد (۹).

از سوی دیگر ایجاد برخی معضلات و نابسامانی‌ها

1 - World Medical Association

2 - Thomas Aquinas

۳- بعد از میلاد

4 - Scientific medicine

5 - Clinical Ethics Committees

در گسترهٔ اخلاق پزشکی طی پنج دهه اخیر به وضع قوانین و آئین نامه‌های اخلاق پزشکی به صورت بین المللی، منطقه‌ای یا ملی منجر گردیده است (۱۵-۱۳) که به مهم‌ترین آنها در فصول قبل اشاره شد. کمیته‌های اخلاق پزشکی در امر نظارت بر اجرای مطلوب این قوانین می‌توانند نقش ویژه‌ای داشته باشند(۱۳).

تاریخچه اخلاق پزشکی در ایران

اخلاق پزشکی در ایران باستان

طب و اخلاق پزشکی در بین ایرانیان از قدمتی طولانی برخوردار است. سابقه پزشکی در ایران طبق برخی منابع، مربوط به دوران قبل از بقراط می‌باشد که از اخلاق پزشکی پارسیان در آن دوران با اصطلاح «مدرن» یاد گردیده است (۱،۱۶). ایران هم به لحاظ دانش و هم به لحاظ دارا بودن طبیبان حاذق زبانزد بوده است (۱۶،۱). علاوه بر استعدادی درخور که در ایرانیان وجود داشته است، دستیابی به ترقیات پزشکی آشوریان، بابلیان و یونیان طی قرون متمادی نیز نقش عمده‌ای در پیشرفت پزشکی در ایران باستان داشته است. از قدیمی‌ترین روزگاران امر طبابت در ایران با دیانت توأم بوده است (۵). طب باستان ایرانی با آیین زرتشت و تعلیمات اوستا پیوند جدایی ناپذیری داشته است (۶). به طور کلی پزشکان از طبقه روحانیون که عالی‌ترین طبقه از طبقات چهارگانه (روحانیون، سربازان، کشاورزان و صنعتگران) بودند انتخاب می‌شدند. این طبقه رشته الهیات و طب را همزمان تحصیل می‌نمودند و بعد از اتمام مقدمات آن، یکی از این دو رشته را انتخاب کرده و ادامه می‌دادند (۵). موبدان زرتشتی بر حسن انجام اخلاق پزشکی، که بخشی از امور دینی محسوب می‌شد، نظارت می‌کردند و رئیس پزشکان نیز فن طبابت را تحت مراقبت و کنترل داشت و در کمک به بینوایان امر می‌کرد (۱۷). در بخش «وندادید» اوستا، گفتارهایی در باب ویژگی‌های پزشکان آمده است (۱۸). شرایط طبیب این بود که اولاً کتب زیادی مطالعه کرده و در فن خود تجربه کافی داشته باشد، ثانیاً با صبر و حوصله به سخنان بیمار گوش فرا دهد و بیمار را با وجدانی بیدار معالجه کند، و ثالثاً از خدا بترسد(۶). در آئین زرتشت مهارت در درمان بیماران، تنها معیار یک پزشک شایسته نبود بلکه شخصیت اخلاقی و دارا بودن وجدان در رتبه‌ای اولی‌تر قرار داشته است (۱۸). زرتشتیان نسبت به اعمال خلاف اخلاقی چون سقط جنین، بارداری غیر مشروع و خطاهای پزشکی تعصب و حساسیت خاصی داشتند (۵).

هر چند در عهد ساسانی، اصول طب ایران کاملاً زرتشتی و مبتنی بر روایات اوستایی بود اما نفوذ طبابت یونانی نیز در آن مشهود می‌باشد. صفات یک طبیب شایسته در عصر ساسانی این بود که دانا بوده و نسبت به اعضاء بدن و داروها شناخت کامل را داشته باشد، دنیا پرست نباشد و امراض را دقیق معاینه و معالجه نماید(۱۸).

کلیله و دمنه که در زمان ساسانیان به وسیله برزویه

طبیب به فارسی میانه ترجمه شده است در باب نخست خود، برخی از صفات طبیب خوب را بر می‌شمرد از جمله چنین بیان می‌کند: فاضل‌تر اطباء آن است که به معالجت از جهت ذخیرهٔ آخرت مواظبت نماید... به صواب آن لایق‌تر که بر معالجت مواظبت نمایی و بدان التفات نکنی که مردمان قدر طبیب ندانند(۱۸).

اخلاق پزشکی پس از اسلام

ظهور اسلام تاثیرات زیادی بر پیشرفت علوم در کشورهای اسلامی و خصوصاً ایران که خود مهد علم و تمدن بود، گذاشت. دانشمندان مسلمانی چون ابن‌سینا و زکریای رازی که منشأ اثرات مهمی در تاریخ دانش محسوب می‌شوند(۱۹ و ۲۰) از مفاخر ایران پس از اسلام می‌باشند. تقریباً تمام پزشکان بزرگ مسلمان از علم الهیات اطلاع کامل داشته‌اند و آنهایی که تألیفاتی داشته‌اند هم در زمینهٔ پزشکی بوده و هم در زمینه فقه و اخلاق (۵). در آغاز ظهور دین اسلام بسیاری از قبایل عرب توجهی به علوم و فنون نداشتند و معدودی از اعراب در کشورهایی چون ایران طب آموخته بودند که معروفترین آنها، دانش آموختگان مدرسه جندی شاپور بودند، مانند: حارث بن کلده طبیب زمان پیامبر گرامی اسلام (ص)(۶).

در زمان خلافت عباسی، دانشجویان طب، تحصیل خود را با کتاب‌های «فصول» بقراط، «مسائل» حنین بن اسحاق و «المرشد» رازی آغاز و بالاخره به تحصیل کتاب‌های «ذخیره» ثابت بن قره حرانی و کتاب «المنصوری» رازی می‌پرداختند؛ آنگاه به تحصیل شانزده رسالهٔ جالینوس و «الحاوی» رازی و «قانون» ابن سینا مشغول می‌شدند که فهم آن هدف نهایی برنامهٔ پزشکی بوده است (۶،۱۸). خلفای عباسی مقرر نموده بودند که دانشجویان پزشکی بعد از تعلیمات عملی و نظری، رساله‌ای بنویسند و اگر مورد قبول استاد واقع شد به کار طبابت بپردازند و پس از فراغت از تحصیل، سوگند بقراطی ادا کنند (۱۸).

در کلیهٔ متون معتبر پزشکی که از دوران شکوفایی علوم در تمدن اسلامی، یعنی از اواخر قرن دوم هجری به بعد تألیف و تدوین شده است، فصول درباره اخلاق پزشکی و ویژگی‌های یک طبیب وجود دارد(۵).

علی بن ربن طبری (۱۶۴-۲۴۷ هـق[1]) که از اطباء نامدار مسلمان و استاد رازی بوده است، کتابی تحت عنوان «فردوس الحکمة» در ۷ جلد دارد که جلد اول آن را به طرح برخی افکار فلسفی و مقولات اخلاقی در طب اختصاص داده است(۵).

ابوبکر محمد بن زکریای رازی (۲۵۱-۳۱۳ هـق) که از مفاخر بزرگ ایران اسلامی است، شدیداً به مبانی اخلاق پزشکی پایبند بوده است و جزواتی در زمینهٔ مراعات اصول اخلاق پزشکی از او به جای مانده است. کتاب «طب روحانی» رازی در باب اخلاق می‌باشد(۲۱). رازی بنا به تأیید مورخانی چون ابن الندیم، جرج زیدان و گوستاولوبون، با همکاران خود

۱- هجری قمری

بسیار مهربان بوده است (۲۲، ۲۳). به بیماران خود به ویژه فقراء تفقد می‌نموده، از حالشان جویا بوده و به عیادتشان می‌رفته است و مقرری‌های برای آنها در نظر گرفته بوده است (۲۲، ۲۴). در کتاب بسیار معتبر «الحاوی فی الطب» و نیز رساله‌های «سرالطب»، «محنه الطیب» و «خواص التلامیذ» اشارات رازی به اخلاق پزشکی و احترام به آیین و سنت پزشکی بخوبی نمایان است. (۲۵،۲۲). از سخنان رازی است که: «طبیب باید بیمارش را به بهبود و سلامت امیدوار گرداند ولو اینکه خود امیدی به بهبود بیمار نداشته باشد» (۵،۲۲).

علی‌بن مجوسی اهوازی (۳۱۸-۳۸۴ هـق) در اثر معروف خود «کامل الصناعه الطبیّه» یا «کتاب الملکی» بابی را به اخلاق پزشکی اختصاص داده است (۵) و اعتقادات خود و توصیه‌های سایر اساتید را به عنوان آئین پزشکی در «پندنامه اهوازی» گردآوری نموده است (۶،۷) که در ادامه ترجمه متن زیبای آن خواهد آمد. این پندنامه از سوگندنامه بقراط جامع‌تر است و به نظر می‌رسد که اهوازی با توجه به تعالیم اسلامی، اصولی را به آن افزوده است(۵).

پندنامه پزشکی اهوازی

بنام خداوند بخشنده مهربان

«هر که بخواهد پزشک دانشمندی گردد باید به پندهای بقراط حکیم که در زمان خود برای پزشکان گفته پیروی نماید. نخستین موعظت آن است که ستایش پروردگارو فرمانبرداری خداوند عز وجل را به جای آرند و پس از آن استادان خود را بزرگ دارند و در خدمت و سپاسگزاری و گرامی داشتن آنان همت گمارند. همچنانکه در حق پدر و مادر خود احترام و نیکی می‌کنید و آنان را در دارایی خود شریک می‌دانید باید در حق استادان نیز چنان کنید. فرزندان استادان را نسبت به خود برادر بدانید و هر که بخواهد طب بیاموزد و استحقاق آن را داشته باشد بدون اجر و مزد و شرط و امید تلافی به آنها یاد دهید و آنان را به منزله فرزندان خود و معلمینتان بشمارید و از مردمان پست و سفله مانع شوید که این علم شریف را فرا گیرند. پزشک باید در درمان بیماران و حسن تدبیر و معالجه آنان چه با غذا و چه با دارو بکوشد و منظورش از درمان استفاده و پول پرستی نباشد و بیشتر اجر و ثواب را در مد نظر دارد هیچ گاه داروی خطرناک به بیمار ندهد و وصف آن را نیز به بیمار ننماید و مریض را به چنین داروها نه دلالت کند و نه از آن سخنی راند. از تجویز داروهای سقط کننده جنین پرهیز نماید و آنها را به احدی معرفی نکند.

پزشک باید پاک و باکیش و خداپرست و خوش زبان و نیکوروش باشد و از هر ناپاکی و پلیدی و گناه دوری جوید. نسبت به زنان چه بانو و چه کنیز نباید از نظر بد نگاه کند و به منزل آنان جز برای درمان و معالجه وارد نشود. طبیب باید از بیماران را محفوظ دارد، از افشاء سر آنها به‌خودی و بیگانه و نزدیکان و دوران دوری جوید چراکه بسیاری از بیماران بیماری خود را از پدر و مادر و کسان خود مستور و مکتوم می‌دارند ولی آن را به طبیب می‌گویند (مانند دردهای رحمی و بواسیر و امثال آنها) پس طبیب

باید از خود بیمار در کتمان بیماری بیشتر دقت نماید. بر پزشک است که در جمیع احوال بر آنچه که بقراط حکیم فرموده رفتار نماید و رحیم و پاک چشم و مهربان و خیر رسان و خوش زبان باشد و در درمان بیماران به خصوص مسکینان و فقرا به جد کوشد. در فکر سود و اجر از این دسته نبوده بلکه اگر ممکن شود دارو را از کیسه خود بدان‌ها بدهد و اگر این کار ممکن نگردد به درمان آنها پرداخته، شب و روز به بالینشان حاضر شود. مخصوصاً اگر بیماری آنها حاد و تند باشد، چراکه بیماری‌های حاد زود تغییر و دگرگونی پیدا کنند. برای پزشک شایسته نیست به خوش گذرانی و تنعم و لهو و لعب مشغول گردد، باید از نوشیدن شراب پرهیزد چراکه بدماغ ضرر رساند و ذهن را فاسد کند. باید پیوسته به مطالعه کتب یعنی کتب طبی و خواندن آنها مشغول باشد و ملول نگردد بلکه خود را مجبور نماید که هر چه می‌خواند یاد گیرد و حتی مطالب را در آمد و رفت متذکر شود و آنچه راکه محتاج الیه است چه علماً و چه عملاً در ذهن خود فراگیرد تا همیشه محتاج به مراجعه کتاب نباشد، به علت آنکه گاهی اتفاق افتد کتب را آفت رسد در این صورت به آنچه محفوظ دارد رجوع نماید. باید مطالب را در جوانی آموخت به دلیل آنکه نگاهداری و حفظ آنها در این موقع، از پیری که مادر فراموشی است، آسانتر می‌باشد. طالب علم طب باید پیوسته در بیمارستان‌ها و محل بیماران در خدمت استادان دانشمند و پزشکان حاذق به کارهای بیماران و احوال آنان پردازد تا در مصاحبت و خدمت این استادان و پزشکان زبردست از عوارض و احوال بیماران آنچه که خوانده است یاد گرفته از نیکی و بدی فرجام بیماری‌ها آگاه شود اگر چنین کند در این صناعت به مقامی بلند می‌رسد. بنابراین اگر کسی بخواهد طبیبی حاذق و فاضل باشد باید بدین دستورها رفتار کند و این پندها را در گوش داشته به صفات اخلاقی که ذکر شد خوی گیرد و در عمل کردن بدان‌ها سستی نورزد و کوچک نشمارد. اگر بدین رویه رفتار نمود درمانش در بیماران موثر خواهد گشت و مردم بدو اعتماد نموده و بدو خواهند گروید و او نیز بدوستی و ذکر خیر آنان نایل شده و از قبل مردم منتفع خواهد شد. خداوند متعال از همه داناتر است.»

کتاب «هدیة المتعلمین فی طب» تالیف ابوبکر ربیع ابن محمد احمد الاخوینی، از شاگردان رازی، که طبیب سرشناس و پرتجربه قرون چهارم و پنجم محسوب می‌شود، نیز دارای مقدمه مفصلی حاوی بسیاری از نکات اخلاق پزشکی می‌باشد (۵).

شیخ الرئیس ابوعلی حسین بن عبدالله سینا (۳۷۰-۴۲۷ هـق) ملقب به ابن سینا چهره سرشناس طب در اسلام، ایران و جهان است که آثار منسوب به او بیش از صد عنوان می‌باشد (۵،۶). از این میان ۱۶ کتاب او در مورد علم طب است و در برخی از آنها رهنمودهای ارزنده‌ای دربارهٔ راه و رسم معلمی، طبابت و طلبگی علوم آورده است (۵).

کتاب‌های معروفی چون «مفتاح الطب و منهاج الطلاب» (ابوالفرج علی ابن الحسین ابن هندو) و «اخلاق ناصری» (خواجه نصیر الدین طوسی) نیز در حیطهٔ اخلاق پزشکی مطالبی دارند (۵). سید اسماعیل جرجانی (۴۳۴-۵۳۱ هـق) که از مردان

نامدار تاریخ پزشکی ایران محسوب می‌شود نیز در کلیه کتب خود با نثری زیبا به نکته‌ها و قصه‌های آموزنده اخلاق پزشکی اشاره نموده است(۵).

یکی دیگر از تالیفات ارزشمند پیرامون اخلاق پزشکی، کتاب «ادب الطبیب» اسحاق بن علی الرهاوی می‌باشد که شامل ۲۰ فصل است(۲۶،۴) و توسط انجمن فلسفه امریکا در سال ۱۹۶۷ به انگلیسی ترجمه شده است (۲۶).

تمام موارد فوق نشانگر این است که حکیمان و اندیشمندان این دیار لابلای مطالب پزشکی، اشارات ارزشمندی به اخلاق پزشکی داشته و ارزش ویژه‌ای برای آن قائل بوده‌اند. ارزش والای اخلاق نزد پزشکان، در برخی نوشته‌ها و اشعار نویسندگان و شعراء این مرز و بوم نیز انعکاس یافته است. نظامی عروضی سمرقندی نویسنده و شاعر قرن ششم هجری قمری که خود پزشک بوده است مقاله چهارم از چهار مقاله خویش را به «علم طب و هدایت طبیب» اختصاص داده است (۱۸). نظامی چنین بیان می‌کند: «پس طبیب باید که نیکو اعتقاد بود و امر و نهی شرع را معظم دارد... باید که رقیق الخلق، حکیم النفس و جیدالحدس باشد....» (۱۸)

حکیم نظامی گنجوی که از ارکان شعر فارسی در قرن ششم و هفتم به شمار می‌رود، نیز در بیان چگونه بودن طبیب اشعاری دارد (۱۸) :

درد ستانی کن و درمان دهی
تات رسانند به فرماندهی

تشریح نهاد خود درآموز
کان معرفتی است خاطر افروز

می‌باش طبیب عیسوی هش
اما نه طبیب آدمی کش

آنچه مسلم است این است که اندیشمندان و پزشکان ایرانی حتی در اوج شکوفایی دانش پزشکی از اخلاقیات غافل نبوده‌اند و معتبرترین کتب اخلاقی در امر طبابت در زمانی نوشته شده است که بزرگترین دانشگاه‌ها و مراکز علمی و غنی‌ترین کتابخانه‌ها را در اختیار داشته‌اند. هر چند در چندقرن اخیر درخشش اندیشمندان مسلمان در زمینه توسعه و بهره برداری از علوم پزشکی به علل مختلفی رو به افول گذاشته اما به نظر می‌رسد با گسترش جامعه مسلمانان در سراسر جهان و توجه ویژه به طب اسلامی در سالیان اخیر، بتوان پویایی و تلاش افزونتری را درحیطه طب جهان اسلام شاهد بود. در حال حاضر بسیاری از مراکز پزشکی اخلاق پزشکی را به شیوه نوین مورد توجه قرار داده و مباحث جدید مطرح را جهت پاسخگویی به جامعه اسلامی، با قوانین و فقه اسلامی تطبیق نموده و راهکارهایی نشان داده‌اند(۲۷).

با توجه به فرهنگ غنی اسلام، که در قرون پیش توجه ویژه به تعلیم و تعلم را در پی داشت، مسلماً همانگونه که در فصول قبل نیز اشاره شد، روز آمد نمودن دانش اخلاق اسلامی و کاربردی نمودن آن در حیطه طبابت و موضوعات و مباحث جدیدی چون پیوند عضو، بیوتکنولوژی، ایدز و غیره یک ضرورت اساسی است.

فعالیت‌های اخلاق پزشکی در کشور

مبحث اخلاق پزشکی در طب جدید نیز دارای تاریخچه‌ای طولانی است که با توجه به پیشرفت سریع علوم زیستی و پزشکی، اهمیتی روزافزون پیدا کرده است. اخلاق پزشکی که بعنوان شاخه‌ای از علوم، مبحثی نوپا به حساب می‌آید، به شکل کلاسیک خود برای اولین بار حدود ربع قرن پیش مطرح شد گرچه در کشور ما به رغم زمینه تاریخی غنی، جایگاه واقعی خود را پیدا نکرده بود. پزشکی در میان مباحث علمی منحصر به فرد است چرا که مستقیماً با جان آدمی مرتبط است. به همین دلیل، اخلاق جزئی لاینفک از علم پزشکی تلقی می‌شود و توصیه‌های آن معیارهای عملکردی برای بخش هدایت و درمان، از جمله تمامی مؤسسات تحقیقاتی می‌باشد. در حال حاضر نیز قوانین و بیانیه‌های متعددی جهت هدایت رفتارها و روش‌های حرفه‌ای پزشکان تدوین شده است.

تأکید خاصی که در کشور ما بر ارزشهای دینی و معنوی وجود دارد زیربنای اقداماتی است که جهت حفظ مقام و ارزش انسانها در نظر گرفته شده است. اخلاق پزشکی جایگاه ویژه‌ای در این میان دارد. تشکیل اولین «مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی» در حوزه معاونت دانشجویی، فرهنگی، حقوقی و مجلس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۲ در پاسخ به نیازهای ضروری در این زمینه بود.

تشکیل گروههای آموزشی اخلاق پزشکی در بسیاری از دانشکده‌های علوم پزشکی کشور، آموزش متخصصین اخلاق پزشکی، پژوهش درباره ابعاد مختلف اخلاق پزشکی، انتشار کتب درسی جهت برنامه درسی دانشکده‌های علوم پزشکی، تأسیس شورای نظارت بر مسائل اخلاقی در پزشکی جهت ایجاد هماهنگی بین تعالیم اسلام و قوانین متعارف جهانی در شمار مهمترین اهداف این مرکز بود.

یکی از مهمترین فعالیتهای مرکز اخلاق پزشکی برگزاری اولین همایش بین‌المللی اخلاق پزشکی در تیرماه ۱۳۷۲ بود (۲۸) و استقبال زیاد گروه پزشکی و سایر علاقمندان اهمیت این موضوع را در محافل علمی کشور ما را به اثبات رساند.

در این سمینار بین‌المللی اخلاق پزشکی بسیاری از صاحب نظران از کشورهای مختلف در آن شرکت کرده بودند. این سمینار نقطه عطفی در فعالیت‌های اخلاق پزشکی با نگرش جدید در کشور ما بود. همزمان با این سمینار چندین جلد کتاب مباحث سمینار و کتب دیگر ترجمه شده و به چاپ رسید که هنوز علی رغم همه کاستی‌های آنها منابع قابل دسترس و قابل توجهی در کشور ما هستند.

در این سمینار تعدادی از اساتید داخلی و خارجی اعضاء هیأت علمی آن بودند که در به ثمر رساندن آن نقش مهمی داشته‌اند. ضمناً دکتر حشمت الله همتی دبیر اجرای این سمینار بودند که برای برگزاری آن تلاش بسیار زیادی کردند. مساعدت آقای دکتر نیکنام که در روابط بین‌الملل وزارت بهداشت بودند و کمک جدی جناب آقای دکتر

ملک‌زاده وزیر بهداشت وقت بسیار کارساز بود.
در این کنگره مباحث زیادی از اخلاق پزشکی برای اولین بار در سطح وسیع کشور مطرح شد. برخی از محورهای عمده اولین کنگره اخلاق پزشکی عبارتنداز(۲۸):
۱. تاریخچه اخلاق پزشکی ۲. فلسفه اخلاق پزشکی ۳. طبابت در فقه اسلامی ۴. رسالت ارگانهای دولتی ۵. شناخت انسان ۶. ضمان پزشکی ۷. ارتباط پزشک با قوانین حقوقی ۸. جایگاه نظام پزشکی در اخلاق پزشکی ۹. جایگاه پزشکی قانونی اخلاق پزشکی ۱۰. نکات حقوقی و اخلاقی در دندانپزشکی ۱۱.سقط جنین ۱۲.اتانازی ۱۳. تلقیح صناعی و انتقال جنین ۱۴. خودکشی ۱۵. ارتباط پزشک و بیمار از نظر متون اسلامی ۱۶. رازداری ۱۷. رابطه پزشک و همکارانش ۱۸. سیاستگذاریهای بهداشتی ۱۹. تحقیق روی حیوانات ۲۰. وظایف اجتماعی در پژوهش پزشکی ۲۱. بررسی احکام اسلامی در برخورد با مسائل آموزش پزشکی ۲۲. پیوند اعضاء ۲۳. اخلاق در آموزش ۲۴. ارزش خدمات پزشکی در اسلام ۲۵. اخلاق پزشکی و تحقیق روی انسان ۲۶. سوگندنامه ۲۷. رضایت نامه‌های پزشکی ۲۸. رابطه پزشک و بیمار ۲۹. حدود الهی و حریم انسانی در معاینات پزشکی ۳۰. کنترل جمعیت ۳۱. عقیم سازی ۳۲. مرگ مغزی ۳۳. قصور و تقصیر در تشخیص و درمان ۳۴. اخلاق پزشکی، تعرفه‌های پزشکی، نظام پزشکی و طب استاندارد.
البته از لحاظ زمانی اولین اقدام ما در وزارت بهداشت در یک دهه گذشته تدوین کتاب اخلاق پزشکی به انضمام تاریخ پزشکی (۶) بود. این کتاب با همکاری بسیاری از صاحب نظران، از جمله جناب آقای دکتر عزیزی، آقای دکتر صدر و جناب آقای مصباح یزدی، جناب آقای وافی و با مقدمه ارزشمندی از حضرت آیةالله حسن زاده آملی به چاپ رسیده است. برای تدوین این کتاب با توجه به زبان متعارف اخلاق پزشکی در دنیا و نوشته‌های برخی از همکاران و صاحب نظران، تلاش زیادی شد که کار قابل قبولی از کار درآید. این نوشتار به مدد جناب آقای دکتر منوچهر ولایی و اینجانب بارها و بارها بازبینی شد. گرچه این اثر یکی از کارهای ارزشمند در این زمینه بود ولی مزاج فلسفی بحث‌ها و عدم توجه به مباحث علمی از کاستی‌های آن به شمار می‌رفت. همزمان و یا با اندکی تفاوت زمانی گروهی از همکاران دیگر کتابی در این زمینه را از معاونت آموزشی وزارت بهداشت به چاپ رساندند.
در سال ۴-۱۳۷۳ با تلاش زیاد و همکاری تعدادی از صاحب نظران فکر تأسیس مرکز اخلاق پزشکی به صورت یکی از مراکز تحقیقاتی را نمودیم. طبیعی بود که گرچه بسیاری از دست‌اندرکاران اولیه این مرکز از صاحب‌نظران بنام در رشته‌های مختلف علوم نظری و انسانی بودند ولی اگر بنا بود وقت زیادی در مدارک مؤسسین صرف می‌نمودند هیچکدام از اعضاء نمی‌توانستند ما را یاری نمایند. لذا برای این مرکز شورای عالی در نظر گرفته شده که چندین بار هم جلسه داشت. جناب آقای دکتر حبیبی (معاون اول ریاست جمهوری زمان) جناب

آقای مصباح یزدی، جناب آقای دکتر محقق داماد،... از جمله اعضاء این شورای عالی بودند.
مراحل تصویب و تأیید این مرکز با اصرار به شورای گسترش سپری شد. بدون شک مساعدت آقای دکتر مرندی که در آن زمان وزیر بهداشت و درمان آموزش پزشکی بودند بسیار برای تصویب مرکز اخلاق پزشکی کارساز بود.
نگرش آن زمان آن بود که این مرکز به عنوان یک مرکز فعال تلاش‌های پژوهشی و آموزشی فراوانی را رقم زند. آنقدر برای این کار عجله داشتیم که حتی بسیاری از آثار در دسترس آنزمان از منابع غربی کپی یا افست شد و در دسترس علاقمندان قرار گرفت. بیش از بیست اثر این سرنوشت را داشتند که یا بطور وسیع و یا محدودتر منتشر شدند و به دانشگاههای کل کشور ارسال گردیدند. همزمان با همکاری تعدادی از همکاران در آن زمان از قبیل آقای دکتر نیکنام، منابع کثیری شاید بالغ بر پانصد کتاب مرجع و قابل استفاده در غرب در این زمینه جمع‌آوری شد و برای گسترش کار با تلاش زیادی ساختمانی وسیع در خیابان ایرانشهر برای این کار اختصاص یافت.
انتشار بیش از ۳۰ عنوان کتاب در زمینه اخلاق پزشکی بخصوص اخلاق در تحقیقات پزشکی از دیگر اقدامات قابل توجه این مرکز بوده است.

فهرست عناوین برخی از انتشارات مرکز مطالعات اخلاق پزشکی در سالهای مذکور عبارتند از:

۱. اخلاق پزشکی و تشریح از نظر علمای اسلامی، علامه حسن حسن زاده آملی
۲. اخلاق پرستاری بانضمام تاریخ پرستاری
۳. اخلاق پزشکی، نویسنده: تری. ام پرلین (ترجمه)
۴. اخلاق پزشکی در آئینه اسلام (مجموعه مقالات) ج ۱
۵. اخلاق پزشکی در آئینه اسلام (مجموعه مقالات) ج ۲
۶. اخلاق در پرستاری، نویسنده: چودین، مترجم: دکتر ناصر بلیغ
۷. بهره‌گیری از رهنمودهای اسلامی در پیشگیری و پایش ایدز، نوشته محمد محمدی اصفهانی
۸. پزشکی و جامعه، ج ۶ (مجموعه مقالات)
۹. رضایت خاموش (مجموعه کتابهای اخلاق پزشکی)، نویسنده: جن ویسیک (ترجمه)
۱۰. مسائلی در اخلاق پزشکی
۱۱. طب اسلامی در قرن نهم میلادی، نوشته مانفرد داولمان، ترجمه دکتر سید علی طبری‌پور
۱۲. کلیات اخلاق پزشکی، ج ۱ (مجموعه مقالات)
۱۳. کتاب جراحی الزهراوی، ترجمه موسی‌الرضا حاج زاده
۱۴. مسائل مستحدثه (ج پنجم) (مجموعه مقالات)
۱۵. موارد کلاسیک در اخلاق پزشکی (ج دوم) نویسنده کرگوری، ای، پنسی (ترجمه)

در آن سالها برای گسترش کار به فکر انتشار نشریه‌ای برای اخلاق پزشکی افتادیم. مجله طب و

تزکیه را با همین رسالت، اینجانب با همکاری تعدادی از صاحب‌نظران شروع کردم و هدف آن بود که در لابلای مباحث علمی علوم پزشکی مباحث نظری و اخلاقی نیز بطور وسیعی منتشر گردد. باید یاد آقای دکتر مدرسی که در حقیقت مجله «**طب و تزکیه**» را در شماره‌های اول با تلاش فراوان شروع نمودند را ذکر کنم. البته بعدها این مجله به طور وسیع منتشر و توسعه یافت و هنوز هم یکی از مجلات علمی تحقیقی کشور ماست. ولی ما بدنبال گرفتن مجوز انتشار نشریه «حکیم» رفتیم. بنا بود این نشریه رسالتی وسیع در زمینه اخلاق پزشکی ایفا نماید. که بعدها البته این نشریه به شکل دیگری در آمد و در حقیقت رسالت دیگری یافت. مرکز اخلاق پزشکی توسط اینجانب و بعدها آقای دکتر سید حسن امامی که در آن زمان معاون امور فرهنگی وزارت بهداشت بودند اداره می‌شد. پس از مدتی جناب آقای دکتر تابعی رسالت اداره مرکز را به عهده گرفت. در آن زمانها کارگاههای مکرری برای بحث پیرامون مباحث اخلاق پزشکی، چگونگی گسترش کار برگزار گردید. یادم هست آقای دکتر تابعی برای برگزاری کارگاههای شهرستانها تلاش فراوانی می‌کردند و خودشان اداره کننده بسیاری از آنها بودند.

در آن سالها برای ارتقاء اخلاق پزشکی دروس اخلاق پزشکی در دانشگاهها تلاش‌های دیگری هم صورت گرفت. از قبیل مراحل درس و عناوین مباحث اخلاق پزشکی در دانشگاهها و بسیاری از اقدامات دیگر.

در سالهای بعد یعنی در سال ۱۳۷۷ آقای دکتر فرهادی مسئول مرکز اخلاق پزشکی شدند. در آن زمان طرح تحقیقاتی برای مراحل کدهای اخلاق در تحقیقات پزشکی تدوین شد که بسیاری از همکاران از جمله آقای دکتر موسوی، آقای دکتر فرهادی، آقای دکتر عباسی، آقای دکتر باقری، آقای دکتر میانداری، سرکار خانم دکتر حقیقی و... در آن فعال بودند. آقای دکتر ملک افضلی - آقای دکتر محقق داماد و اینجانب جزء مشاوران آن طرح بودیم. آن طرح یکی از اقدامات ارزشمند آن دوران بود که منجر به ابلاغ کدهای اخلاق پزشکی به دانشگاههای کشور شد.

ما علی‌رغم معارف ارزشمندمان در زمینه رعایت اخلاق پزشکی در تحقیقات بسیار ضعیف و ناتوان هستیم. آقای دکتر رشیدیان پایان نامه‌ای با اینجانب در زمینه رعایت اخلاق پزشکی داشتند که بعدها به صورت مقاله هم در مجله نظام پزشکی به چاپ رسید (۲۹) و نشان داده شد که ما در این زمینه باید تلاش زیاد اصلاحی انجام دهیم.

در این زمان کمیته اخلاق پزشکی در تحقیقات در سطح وزارت بهداشت تشکیل شد و از اقدامات دیگر ارزشمند این دوران ابلاغ دستورالمعل تشکیل کمیته‌های اخلاق پزشکی به دانشگاهها بود.

در سال ۱۳۸۰ آقای دکتر پاک نژاد مسئولیت مرکز اخلاق پزشکی را به عهده گرفتند. اینجانب در سال ۱۳۸۰ طرحی به معاونت پژوهشی وزارت بهداشت ارائه کردم که در آن به دلایلی چند، از قبیل اینکه اخلاق پزشکی از زمینه‌های علوم است که افراد

متعدد و رشته‌های گوناگونی بایستی در آن مشارکت داشته باشند، و همچنین تلاش‌های ارزشمند در کشور ما در زمینه اخلاق پزشکی، و تجربیات قبلی؛ خواستار تشکیل شبکه اخلاق پزشکی در کشور شدم. البته پیشنهاد اینجانب شبکه اخلاق پزشکی و تاریخ پزشکی بود که در جلسه‌ای که در این زمینه با مشارکت معاون آموزش پزشکی آقای دکتر کریمی، معاون پژوهشی آقای دکتر ملک افضلی موضوع بحث شد و خواسته شد که موضوع شبکه به اخلاق پزشکی به تنهایی اختصاص یابد. گرچه این شبکه آنگونه که پیشنهاد شده بود پیش نرفت ولی منشاء بحث‌های ارزشمندی حول اخلاق پزشکی در وزارت بهداشت شد.

ما با تعدادی از همکاران برای آماده کردن طرح اولیه شبکه اخلاق پزشکی تلاش کردیم. آقای دکتر پارساپور از همکاران نزدیک اینجانب برای تدوین این پیشنهاد بودند. گرچه ما به صورت متدولوژیک به SWOT[1] این پیشنهاد نپرداختیم ولی چهارچوب SWOT به عنوان پیش‌نویس کار پیشنهاد شد که بعدها از آن چهارچوب در بحث‌های استراتژیک در زمینه اخلاق پزشکی استفاده کردیم که در ادامه به آن خواهیم پرداخت.

خوشبختانه در سال‌های اخیر دانشگاه‌ها توانمندیهای زیادی پیدا کرده‌اند. ما خوشحالیم که در دانشگاه علوم پزشکی تهران مرکز تحقیقاتی اخلاق پزشکی و تاریخ پزشکی در کنار موزه ملی پزشکی کشور تأسیس شده است. این مرکز مصوب شورای پژوهش دانشگاه و شورای مدیریت دانشگاه علوم پزشکی کشور شده است و اقدامات جدیدی در آن در حال پی‌گیری است. ریاست این مرکز را آقای دکتر سید حسن امامی به عهده دارند و دبیر آن مرکز آقای دکتر پارساپور هستند که در پیش‌برد اهداف این مرکز نقش بسیار بارزی ایفا می‌نمایند.

تدوین برنامه استراتژیک برای فعالیت‌های اخلاق پزشکی در کشور

پیشنهاد شبکه اخلاق پزشکی طی نامه‌ای در تاریخ ۸۰/۱۱/۲۹ برای معاون محترم تحقیقات و فن‌آوری جناب آقای دکتر ملک افضلی ارسال و مقرر گردید با حضور دیگر صاحب‌نظران مورد بررسی قرار گیرد.

برای بحث پیرامون این شبکه قرار شد تعدادی از صاحب‌نظران و افراد ذی نفع در زمینه اخلاق پزشکی از افراد علاقمند تا سازمانهای ذی ربط مانند نظام پزشکی و پزشکی قانونی دور هم جمع شوند با این هدف جلساتی برگزار شد که جناب آقای دکتر ملک‌افضلی، آقای دکتر موسوی و تعدادی از همکاران ایشان محور آن بودند و البته این جلسات به طرف صحیح‌تری و آن بحث پیرامون تدوین برنامه استراتژیک[2] برای اخلاق پزشکی کشور پیش رفت.

1- S:strengths; W:weakness ; O:Opportunities ; T:Threats

2- Strategic planing

اولین کارگاه برنامه ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی (تبریز)

با این هدف پس از هماهنگی‌های لازم، اولین کارگاه برنامه ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی در تاریخ ۲۱-۱۹ مردادماه ۱۳۸۱ در تبریز با مشارکت افراد ذیل تشکیل گردید(۳۰). البته تعدادی از همکاران دیگر هم دعوت شده بودند که به دلایلی موفق به شرکت نشدند.

در تقسیم بندی گروهها تلاش بر آن بود که در هر گروه افرادی با دیدگاههای فقهی، فلسفی، اخلاقی و پزشکی و حقوقی حضور داشته باشند.

اسامی اعضای شرکت کننده در اولین کارگاه برنامه ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی در تبریز (۳۰)

گروه ۱

۱.آقای دکتر باقر لاریجانی ۲.آقای دکتر کیوان شکرابی۳.آقای دکتر فرهنگ بابا محمودی ۴.آقای دکتر احمد هاشمیان ۵.آقای دکتر محمدرضا محمدی ۶.سرکار خانم دکتر زهره حقیقی ۷.آقای دکتر حمیدرضا آیت‌الهی ۸.آقای دکتر علیرضا پارساپور

گروه ۲

۱.آقای دکتر حسین ملک افضلی ۲.آقای دکتر پدرام موسوی ۳.حجةالاسلام آقای دکتر حامد علم‌الهدی ۴.آقای دکتر یوسف فکور ۵.آقای دکتر مجیدرضا خلج‌زاده ۶.آقای دکتر علی محفوظی ۷.آقای دکتر مصطفی قانعی ۸.آقای دکتر علیرضا اجلالی ۹.آقای دکتر حسن میانداری ۱۰.آقای احمد تقوایی

گروه ۳

۱.آقای دکتر سیدعباس پاک‌نژاد ۲.آقای دکتر ذبیح‌ا... مولوی ۳.آقای دکتر ضیاءالدین تابعی ۴.آقای دکتر محمدحسین نیکنام ۵.آقای دکتر محمدمهدی گلمکانی ۶.آقای دکتر حسین فتاحی معصوم ۷.آقای دکتر جلیل شاهی ۸.آقای دکتر امیرحسین حاج ترخانی ۹.حجةالاسلام والمسلمین آقای امینی

در روز اول کارگاه ۲ سؤال برای کار گروهی انتخاب گردید(۳۰):

۱) کدام یک از مباحث و موارد مبتلا به اخلاق پزشکی در طرح و پی‌گیری اولویت دارند؟

۲) تعریف اخلاق پزشکی چیست؟ ارتباط آن با مباحثی مثل فقه، فلسفه، حقوق... چگونه است؟

اولویت‌ها

در ابتدا جهت تعیین اولویت‌ها از جدول اولویت بندی[1] شرکت کنندگان با بارش افکار، موضوعات مهم اخلاق پزشکی را مطرح نمودند. سپس شاخصهای اهمیت مباحث نیز مطرح گردید که در بعضی گروهها به مواردی همچون فراگیری، درجه ابتلاء، سهولت اجرا و آینده نگری اشاره شد(۳۰).

با توجه به امتیازهای داده شده به هر شاخص در هر مبحث، اولویت‌های اصلی مشخص شد که به شرح زیر می‌باشد(۳۰):

۱.رابطه گروه پزشکی و بیمار

۲.اخلاق در پژوهش

۳.فلسفه اخلاق پزشکی

۴.آموزش اطلاع رسانی در زمینه اخلاق پزشکی

۵.تخصیص منابع (نیروی انسانی، اعتبارات، امکانات)

۶.اخلاق در آموزش (الگو)

1 - Prioritization Matrix

۷.بهداشت باروری (سقط جنین، ایدز، نازایی، تنظیم خانواده)
۸.پیوند اعضاء
۹.قوانین و مقررات ناظر بر اخلاق پزشکی (از جمله طرح انطباق)
۱۰.اقتصاد و اخلاق پزشکی
۱۱.مرگ مغزی
۱۲.ژنتیک و بیوتکنولوژی
۱۳.مرگ راحت[1]
۱۴.ارزشیابی

اخلاق پزشکی توسط شرکت کنندگان در کارگاه با عبارات زیر تعریف گردید (۳۰):

- بررسی مبانی و نظامی است در مورد هنجارها، ارزشها، درست، غلط، خوب، بد، بایدها و نبایدهای مرتبط با فعالیتها و ارائه خدمات پزشکی و سیستم بهداشتی – درمانی.
- مجموعه‌ای از بایدها و نبایدها، عادات، رفتارها، ارزشها و مبانی اخلاقی که بر سیستم سلامت و آموزش پزشکی حاکم می‌باشد.
- ارزشها، اصول و قواعدی که رفتار حرفه‌ای را تنظیم کند.
- ارزشها، اصول و قواعدی پویا که از نظر مبانی اسلام، رفتار حرفه‌ای پزشک را تنظیم کند.

در ادامه کارگاه، ذی نفعها [2]، چشم اندازها [3]، ماموریت‌ها [4] و اهداف[5]، نقاط قوت [6] و ضعف [7]، فرصت‌های موجود [8] و تهدیدها [9] با بحث و تعادل نظر معین شدند.

ذی نفع‌ها

ذی نفعها به طور عمده عبارتند از (۳۰):

۱.گیرندگان خدمات (بیماران، خانواده آنها و ...)
۲. ارائه دهندگان خدمات (پزشک، پرستار، سایر کارکنان مراکز بهداشتی درمانی...)
۳. دانشجویان علوم پزشکی
۴. مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران و اساتید دانشگاه علوم پزشکی
۵. مجلس و مراجع قانون گذار
۶. مراجع حوزه علمیه
۷. سازمان‌های حقوقی و مراجع قضایی
۸. سازمان نظام پزشکی
۹. پزشکی قانونی
۱۰. سازمان‌های بین المللی (WHO، یونسکو و ...)
۱۱. شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی
۱۲. نظریه پردازان گروه علوم انسانی
۱۳. سازمان مدیریت وبرنامه ریزی
۱۴. سازمان‌های بیمه گر (دولتی و غیر دولتی)
۱۵. دولت (وزارت علوم، وزارت بهداشت، شورایعالی انقلاب فرهنگی و ...)
۱۶. نیروی انتظامی و سازمان‌های نظارتی
۱۷. جامعه جهانی علی‌الخصوص جهان اسلام
۱۸. انجمن‌های حمایت از حیوانات

---

1 - Euthanasia
2 - stake holders
3 - vission
4 - Mission
5 - goals
6 - stengths
7 - Weakness
8 - Opportunities
9 - Threats

۱۹. فرهنگستان علوم پزشکی و سایر سازمان‌های صنفی مشابه
۲۰. سازمان‌های غیر دولتی (NGOs) مانند بنیادهای خیریه
۲۱. رسانه‌های گروهی، نهادهای ارتباط جمعی و مراکز اطلاع رسانی
۲۲. نسل آینده

چشم انداز

چشم انداز برنامه ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی به صور زیر بیان گردید (۳۰):

- استقرار کاراترین نظام سلامت، مبتنی بر اخلاق پزشکی و اصول اسلامی و انسانی و رسیدن به جامعه‌ای که در آن هیچ گونه خلاف پزشکی نباشد و احترام به کرامت انسانی در بالاترین سطح ممکن تحقق یابد.
- معرفت و عمل به اخلاق پزشکی مبتنی بر اصول علمی و متناسب با منابع اصیل اسلامی
- تنظیم منشور اخلاق پزشکی بر مبنای:

۱. حفظ کامل کرامت و ارزشهای انسانی با توجه به مبانی اصیل اسلام
۲. گسترش عدالت اجتماعی
۳. توسعه علوم پزشکی با توجه به ارزش طب و طبابت در اسلام

مأموریت

- سیاست گذاری، برنامه ریزی، تدوین استراتژی‌های روشن و ایجاد بستر مناسب جهت هدایت و هماهنگی کلیه دانشگاهها و مراکز مرتبط با اخلاق پزشکی به منظور ارائه خدمات، آموزش و پژوهش برای ارتقاء دانش، بینش و عملکرد اخلاقی جامعه پزشکی.
- تأمین مدیریت فراگیر (سیاستگذاری، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی) در اخلاق پزشکی در زمینه آموزش، پژوهش، بهداشت و درمان برای ارتقاء دانش، بینش و عملکرد اخلاقی جامعه پزشکی
- ما بر آنیم که در:

تبیین جایگاه اخلاق پزشکی در کشور
تبیین مبانی اخلاق پزشکی در کشور
گسترش آموزش اخلاق پزشکی
تربیت نیروی انسانی متخصص
گسترش ارتباطات علمی - فرهنگی با مراجع داخلی و خارجی
ارتقاء سطح علمی مرکز

در تمامی آحاد جامعه پزشکی کوشا باشیم (۳۰).

نقاط قوت

مهم‌ترین نقاط قوت به شرح زیر ذکر گردید (۳۰):

۱. وجودمدیران و تصمیم گیران و متخصصین با بینش اسلامی
۲. وجود منابع مالی تعریف شده در سطح وزارت در زمینه اخلاق پزشکی
۳. وجود قوانین نظارتی مطلوب در مورد عملکرد جامعه پزشکی
۴. توجه به موضوعات جدید اخلاق پزشکی از سوی مسوولین امر، پزشکان و سایر دست اندرکاران
۵. احساس نیاز به موضوعات جدید اخلاق پزشکی

با توجه به ارتقای سطح فرهنگ و دانشِ گیرندگان خدمت و افزایش مطالبات ایشان
۶. وجود مرکز اخلاق پزشکی با فضا و امکانات تخصصی مناسب
۷. کم هزینه بودن تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی
۸. امکان سیاست‌گذاری متمرکز در سطح کشور
۹. وجود ساختار تعریف شده در زمینه اخلاق پزشکی

نقاط ضعف

نقاط ضعف نیز بررسی و به شرح زیر ذکر گردید (۳۰):
۱. نداشتن تحقیقات روشن در زمینه اخلاق پزشکی علیرغم منابع غنی فرهنگی
۲. انسجام ضعیف تحقیقات مرتبط با اخلاق پزشکی
۳. ضعف ارتباط، مشارکت و تعامل با مراکز دانشگاهی
۴. کمبود نیروهای متخصص در زمینه اخلاق پزشکی
۵. عدم دسترسی به منابع داخلی و خارجی این مطالعات
۶. ضعف ارتباطات فعال بین‌المللی
۷. تغییرات سریع مدیریتی در سطح مرکز اخلاق پزشکی
۸. ضعف در حمایت از طرحهای پژوهشی در زمینه اخلاق پزشکی
۹. کمبود منابع پشتیبانی در زمینه اخلاق پزشکی
۱۰. ضعف در آموزش اخلاق پزشکی
۱۱. نداشتن رشته دانشگاهی مصوب در زمینه اخلاق پزشکی

فرصتها

فرصتهای موجود عبارتند از (۳۰) :
۱. بکر بودن تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی
۲. وجود منابع غنی اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی
۳. ارتباط با مراکز فعال در زمینه اخلاق پزشکی در سطح ملی و بین المللی
۴. علاقه‌مندی مسئولین رده‌های مختلف در وزارت بهداشت و دانشگاهها و حمایت از مرکز اخلاق پزشکی
۵. وجود زمینه‌های مختلف و حمایت داخلی و خارجی از تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی
۶. تقاضا برای رشد کیفیت آموزش و پژوهش در جامعه پزشکی
۷. حمایت برنامه سوم توسعه از اخلاق پزشکی
۸. وجود پژوهشگران علاقمند به‌زمینه‌های اخلاق پزشکی
۹. اعتقادات مذهبی مردم و توجه به اخلاق پزشکی
۱۰. وجود حوزه‌های فکری مرتبط با موضوع مانند: فقه، فلسفه، جامعه‌شناسی و ...

تهدیدها

تهدیدهای موجود را می‌توان شامل موارد زیر دانست (۳۰):
۱. بینش سکولار در زمینه اخلاق پزشکی
۲. اثرات نامطلوب اخلاق پزشکی غیر اسلامی و غربی
۳. فرار مغزها

۴. کاهش اعتماد عمومی به جامعه پزشکی
۵. کاهش دلگرمی به کار در بین پزشکان متعهد
۶. ضعف ارتباط، مشارکت فعال بامراکز فقهی، حقوقی و...
۷. توجیه ناکافی ذینفعان مسئله اخلاق پزشکی و نداشتن بینش یکسان در بین روحانیون، پزشکان، حقوقدانان و فلاسفه...
۸. ثبات کم مدیریتی در سطح وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
۹. وجود افراد سودجو در جامعه پزشکی
۱۰. تصویب اولیه انتزاع آموزش و پژوهش پزشکی از وزارت بهداشت
۱۱. عدم اطلاع کافی مخاطبان از مرکز و مباحث اخلاق پزشکی
۱۲. فقدان جایگاه مناسب در تشکیلات ساختار سازمانی
۱۳. توجه ناکافی مسئولین ارشد و عدم تخصیص امکانات به مرکز
۱۴. عدم علاقه و توجه کافی مراکز تحقیقاتی و دانشگاههای علوم پزشکی به مقولات اخلاق پزشکی
۱۵. اشتغال بیش از حد جامعه پزشکی به مسائل اجرائی، اقتصادی
۱۶. ضعف فرهنگی جامعه پزشکی
۱۷. عدم ارزش گذاری به رفتارهای اخلاقی جامعه پزشکی
۱۸. عدم آشنایی به لذات فلسفی و مفاهیم اخلاقی از سوی مخاطبان

اهداف

در روز سوم کارگاه، در زمینه مشخص نمودن اهداف دفتر در زمینه اخلاق پزشکی به کار گروهی پرداخته شد. درابتدا عبارت ذیل به عنوان مأموریت (Mission) مد نظر قرار داده شد (۳۰):
«تأمین مدیریت فراگیر شامل نیازسنجی، سیاستگذاری، برنامه ریزی، اجرا، ارزشیابی و برنامه ریزی مجدد در اخلاق پزشکی در زمینه آموزش، پژوهش، بهداشت و درمان با توجه به کرامت و ارزش انسانی بیماران و حفظ حقوق جامعه و افراد».
در نهایت، سه گروه اهداف ذیل را ارائه دادند (۳۰):

اهداف کلی:

۱- ایجاد منشور اخلاق پزشکی
۲- فرهنگ‌سازی و ایجاد جذابیت در زمینه اخلاق پزشکی برای ذینفعها با اولویت دادن به دانشجویان علوم پزشکی
۳- ایجاد شبکه اخلاق پزشکی[1]
۴- کاربردی کردن مفاهیم اخلاق پزشکی از طریق شبکه کمیته‌های اخلاقی
۵- ایجاد بستر مناسب برای انجام طرحها و پژوهشهای مرتبط
۶- گسترش آموزش اخلاق پزشکی
۷- پیشنهاد قوانین و مقررات لازم در زمینه اخلاق پزشکی به مراجع ذیصلاح
۸- ایجاد ارتباط باسازمانها و مراکز علمی داخلی و خارجی

1- Medical Ethics Network

۹- ایجاد ساختار مناسب برای رسیدن به اهداف فوق
۱۰- دستیابی به یک بینش و چهارچوب روشن در زمینه اخلاق پزشکی با نگرش اسلامی
۱۱- تحلیل منابع متعدد اخلاق پزشکی خصوصاً در جهان غرب و تطبیق آن با معارف و فرهنگ اسلامی
۱۲- اطلاع رسانی به مردم در مورد وظایف و حقوق اسلامی و انسانی آن‌ها در ارتباط با خدمات پزشکی
۱۳- افزایش آگاهی مناسب با نیازها در رده‌های مختلف پزشکی (بازآموزی و...)
۱۴- تطبیق رفتار گروه پزشکی بر اساس ضوابط اخلاق پزشکی اسلامی و انسانی و ایجاد ملکات اخلاقی متعالی در این گروه
۱۵- افزایش هماهنگی بین گروههای مختلف مرتبط با اخلاق پزشکی از طریق شبکه
۱۶-ایجاد سیستمی برای دستیابی به موضوعات جدید با بازنگری موضوعات قدیم در زمینه اخلاق پزشکی و ارائه راه حل لازم
۱۷- ایجاد رشته آموزشی مصوب در زمینه اخلاق پزشکی
۱۸- ایجاد بستر مناسب در دانشگاههای علوم پزشکی برای تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی
۱۹- ایجاد امکان دسترسی کلیه محققین به اخلاق پزشکی به منابع اخلاق پزشکی داخله و خارج مورد نیاز
۲۰- تدوین دستورالعملها و کدهای مناسب در زمینه مسائل مختلف اخلاق پزشکی برای گروه پزشکی
۲۱- تدوین قوانین و یافتن راهکارهای بین بخشی برای مشکلات اخلاق پزشکی از طریق همکاری گروهای مختلف مرتبط
۲۲- گسترش ارتباطات بین‌المللی در زمینه اخلاق پزشکی
۲۳- استقرار نظام پایش ارزشیابی در زمینه مسائل اخلاق پزشکی و برخورد با موارد مختلف
۲۴- تشکیل شورای سیاستگذاری اخلاق پزشکی کشور با مشارکت نهادها و ارگانهای ذیربط
۲۵- تأمین پشتیبانی مناسب برای پیشبرد اخلاق پزشکی در کشور
۲۶- افزایش کیفیت تحقیقات پزشکی از راه اجرای کدهای اخلاق پزشکی
۲۷- طراحی ساختار مناسب در زمینه اخلاق پزشکی در تمامی سطوح
۲۸- احیای میراثهای اخلاق پزشکی (الگوها، متون،...) در فرهنگ اسلامی، ایرانی گذشته
۲۹- ایجاد جایگاه مناسب منطقه‌ای و بین المللی بعنوان قطب اخلاق پزشکی به ویژه در بین کشورهای اسلامی

اهداف خدمتی:

۱- تحصیل آگاهی اخلاق پزشکی مبتنی بر اسلام برای مدیران و کارکنان فنی بهداشت و درمان
۲- تحصیل آگاهی اخلاق پزشکی مبتنی بر اسلام برای دانشجویان گروه علوم پزشکی
۳- تفسیر رفتار از نظر اخلاق پزشکی مبتنی بر اسلام برای دانشجویان و کارکنان فنی و مدیران

۴- تحصیل فضائل و زدودن رذائل در زمینه اخلاق پزشکی در گروههای فوق

اهداف سازمانی:

۱- ارتقاء جایگاه سازمانی اخلاق پزشکی در وزارت بهداشت

۲- فراهم کردن بستر مناسب و مبتنی بر اخلاق پزشکی برای فرایندهای تأمین سلامت مردم.

پس از برگزاری اولین کارگاه، پیگیری امر در جلسات هفتگی که با حضور آقایان دکتر ملک افضلی، دکتر لاریجانی، دکتر فتاحی معصوم، دکتر قانعی، دکتر میانداری، دکتر پارساپور، دکتر جلالی، دکتر خلج زاده، حجةالاسلام دکتر علم‌الهدی، دکتر مولوی و کارشناسان دفتر مطالعات علوم انسانی و اسلامی در طب و اخلاق پزشکی تشکیل می‌شد صورت گرفت.

در جلسات متعدد در مورد چشم انداز، مأموریت و اهداف مواردی به صورت ذیل مورد توافق اعضای کمیته کاری قرار گرفت (۳۰):

● چشم انداز :

معرفت و عمل به اخلاق پزشکی مبتنی بر اصول علمی و متناسب با مبانی اصیل اسلامی و فرهنگ ایرانی

● مأموریت :

تأمین مدیریت فراگیر (سیاستگذاری، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی) در اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه‌های آموزش، پژوهشی، بهداشتی و درمانی برای ارتقاء دانش، بینش و عملکرد اخلاقی جامعه پزشکی

● اهداف :

۱. تدوین و بازنگری منشور اخلاق پزشکی
۲. توسعه آموزش و پژوهش اخلاق پزشکی
۳. فراگیر کردن عمل به مبانی پزشکی
۴. گسترش ارتباطات کشوری، منطقه‌ای و بین‌المللی در زمینه اخلاق پزشکی
۵. استقرار نظام پایش و ارزیابی در زمینه اخلاق پزشکی
۶. احیاء میراثهای اخلاق پزشکی اسلامی و ایرانی گذشته

دومین کارگاه برنامه ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی (مشهد)

دومین کارگاه برنامه ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی در مشهد (۱۳-۱۲ مهرماه ۱۳۸۱) برگزار گردید (۳۰). افراد شرکت کننده عبارت بودند از:

گروه ۱:

۱. آقای دکتر ملک افضلی ۲. آقای دکتر هاشمیان ۳. حجةالاسلام والمسلمین آقای دکتر ابراهیمی ۴. آقای دکتر لکور ۵. آقای دکتر آیت‌الهی ۶. آقای دکتر موسوی ۷. آقای دکتر خلج‌زاده

گروه ۲:

۱. آقای دکتر لاریجانی ۲. آقای دکتر میانداری ۳. آقای دکتر شکرانی ۴. آقای دکتر پاپامحمودی ۵. سرکار خانم دکتر حقیقی ۶. آقای دکتر مدیر ۷. حجةالاسلام و المسلمین آقای علم‌الهدی ۸. آقای تقوایی

گروه ۳:

۱. آقای دکتر سید عباس پاک نژاد ۲. آقای دکتر فتاحی معصوم ۳. آقای دکتر مولوی ۴. آقای دکتر گلمکانی ۵. آقای دکتر نیکنام ۶. آقای دکتر پارساپور

اهداف

● هدف ۱ (G1) : دستیابی به چارچوب مبنایی یکسان و کدهای رسمی در اخلاق پزشکی [۱]

G1O1 : تدوین منشور و کدهای اخلاق پزشکی مبتنی بر اصول علمی و متناسب با مبانی اسلام تا پایان تیر ماه ۸۳

G1O1A1 : تشکیل گروه کاری از ذینفع‌های مختلف توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۲ماه

G1O1A2 : جمع آوری کلیه منابع مطالعاتی مورد نیاز توسط گروه کاری ظرف مدت ۶ ماه

G1O1A3 : تحلیل ودسته بندی منابع جمع آوری شده توسط گروه کاری ظرف مدت ۸ ماه

G1O1A4 : تدوین پیش نویس منشور و کدهای اخلاقی توسط گروه کاری ظرف مدت ۶ ماه

G1O1A5 : نظرخواهی از مراجع ذیربط توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۳ ماه

G1O1A6 : تدوین نهایی توسط گروه کاری ظرف مدت ۱ ماه

شاخصها:

۱. وجود منشور و کدهای اخلاقی بصورت مکتوب و وجود مدارک مربوط به فرآیند تهیه منشور

۲. اطمینان از مشارکت ذینفعهای صاحب‌نظر در فرآیند تدارک منشور

G1O2 :مصوب کردن بخشهای مورد نیاز منشور و یا کدهای اخلاقی تدوین شده در مراجع قانونی کشور تا پایان سال ۸۴

G1O2A1 :تشکیل گروه کاری از ذینفعهای مرتبط، با تصویب دفتر ظرف مدت یکماه

G1O2A2 :مطالعه قوانین مربوط به اخلاق پزشکی در سایر کشورها توسط گروه کاری ظرف مدت ۱۲ ماه

G1O2A3 :مطالعه منشور و استخراج کدهایی که نیاز به تصویب قانونی و یا تعیین آئین نامه می‌باشند توسط گروه کاری ظرف مدت ۱ ماه

G1O2A4 :تنظیم پیش نویس در چارچوب قانون یا آئین نامه توسط گروه ظرف مدت ۳ ماه

G1O2A5 :نظرخواهی از صاحبنظران حقوقدان و اجرایی کشور توسط دفتر ظرف مدت ۳ ماه

G1O2A6 :تنظیم نهایی پس از اعمال نتایج نظرسنجی توسط گروه کاری ظرف مدت ۱ ماه

G1O2A7 :تصوب در مراجع ذیربط توسط معاونت آموزشی ظرف مدت یک سال

شاخصها:

۱. وجود قوانین و آئین نامه‌های مصوب در مراجع قانونی

۲. اطمینان از مشارکت ذینفعهای صاحب نظر در فرآیند تصویب قانون یا آئین نامه

پیشنهاد ارایه یک منشور جهانی اخلاق پزشکی از طرف مسلمانان نیز در ادامه مطرح گردید(۳۰).

هدف ۲ (G2) : توسعه آموزش اخلاق پزشکی در آموزش گروه علوم پزشکی

G2O1 : طراحی و ایجاد ساختار آموزش اخلاق پزشکی طی مدت ۶ ماه در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای مربوطه

G2O1A2 : مطالعه، تدوین و ارائه طرح ایجاد گروه برنامه ریزی در معاونت آموزشی و وزارت بهداشت و درمان و

G2O1A1 :آموزش پزشکی با همکاری یا توسط معاونت پژوهشی

G2O1A2 :ایجاد گروه اخلاق پزشکی در دانشگاههای علوم پزشکی زیر نظر معاونت آموزشی دانشگاه با همکاری

۱- مدیریت فعالیتهای مربوطه بر عهده دفتر مطالعات می‌باشد و شروع فعالیتها از آذرماه ۸۱ خواهد بود.

یا توسط معاونت پژوهشی دانشگاه

G2O1A3 :تجدید نظر و ارائه برنامه عملی و نظری در قالب دوره اخلاق پزشکی یا دوره‌های دیگر به معاونت آموزشی وزارت بهداشت و درمان جهت تصویب توسط مراجع ذیربط توسط دفتر مطالعات اخلاق پزشکی یکی از دانشگاههای مربوط طی مدت ۳ ماه

G2O2 : تأمین منابع آموزشی اخلاق پزشکی برای اساتید و دانشجویان طی مدت دو سال توسط معاونت آموزشی

G2O2A1 :تألیف و تدوین کتب مرجع (حداقل یک کتاب) برای اساتید اخلاق پزشکی توسط معاونت آموزشی با همکاری معاونت پژوهشی در طی مدت دو سال

G2O2A2 :تألیف و تدوین کتاب آموزشی درسی برای دانشجویان گروههای مختلف پزشکی و Caseهای آموزشی برنامه عملی اخلاق پزشکی طی مدت یکسال در زمینه‌های پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی، پرستاری و مامائی توسط معاونت آموزش و با همکاری معاونت پژوهشی

G2O2A3 :ترجمه حداقل سالی دو عنوان کتاب با اهداف آموزشی توسط دفتر مطالعات

G2O2A4 :تدوین کتب آموزشی برای فارغ التحصیلان در هر سال یک جلد توسط معاونت پژوهشی با همکاری معاونت آموزشی و دانشگاهها

G2O2A5 :برگزاری نمایشگاه بین المللی کتب و مجلات و منابع الکترونیکی اخلاق پزشکی هر ۳ سال یکبار

G2O3 :ارتقاء توانمندی اعضای هیئت علمی در خصوص محتوی و روش آموزش اخلاق پزشکی

G2O3A1 :برگزاری کارگاههای Medical Education برای اساتید اخلاق پزشکی سالی یکبار در سطح دانشگاهها توسط معاونت آموزشی با همکاری معاونت پژوهشی

G2O3A2 :برگزاری کارگاههای Medical Ethics برای اساتید اخلاق پزشکی سالی یکبار در سطح دانشگاهها توسط معاونت آموزشی با همکاری معاونت پژوهشی

G2O3A3 :تدوین برنامه Post.Doctor اساتید اخلاق پزشکی در داخل و خارج برای حداقل ۴ نفر در سال توسط معاونت پژوهشی

G2O3A4 :بورسیه کردن حداقل ۲ نفر از افراد واجد شرایط برای عضویت هیئت علمی در هر سال توسط معاونت آموزشی

G2O3A5 :ارائه پیشنهاد به معاونت آموزشی برای قراردادن شرط گذراندن دوره‌های Medical Ethics و Medical Education برای ارتقاء اساتید توسط معاونت پژوهشی در طی ۶ ماه

G2O3A6 :حمایت از شرکت اساتید دانشگاههای علوم پزشکی در کارگاهها و سمینارهای اخلاق پزشکی توسط معاونت پژوهشی حداقل ۱۰ نفر در سال

Gn : اطلاع رسانی در زمینه اخلاق پزشکی [1]

GnO1 : افزایش آگاهی گروههای ذینفع در ارتباط با اخلاق پزشکی

GnO1A1 : تشکیل گروههای کاری در دفتر مطالعات طی مدت ۳ ماه

GnO1A2 :تدوین برنامه جامع اطلاع رسانی توسط گروه کاری ۶ماه

GnO1A3 :تدوین برنامه اجرایی بخشهای مختلف (برنامه جامع) توسط گروه کاری طی مدت یک سال

GnO1A4 :پایش و ارزیابی برنامه‌های اجرا شده توسط گروه کاری طی مدت ۲ سال

۱- به علت احتمال ادغام این هدف در هدف ۲ شماره مشخصی به این هدف اختصاص نیافت.

G2O4 :تسری آموزش اخلاق پزشکی در آموزش مستمر فارغ التحصیلان رشته‌های علوم پزشکی

G2O4A1 :طرح Caseهای اخلاقی پزشکی در برنامه‌های مدون و غیر مدون آموزش مداوم در طی دو سال توسط معاونت آموزشی و دانشگاهها

G2O4A2 :اجرای همایش‌های علمی اخلاق پزشکی حداقل سالی یکبار توسط معاونت آموزشی و دانشگاهها

G2O4A3 :برنامه ریزی برای طرح مباحث مبتلا به اخلاق پزشکی در پزشکی قانونی و نظام پزشکی به صورت در مراکز آموزشی به مدت ۲ سال توسط معاونت آموزشی با کمک دانشگاهها

G2O4A4 :تهیه برنامه آموزشی اخلاق پزشکی از طریق Distance Learning بشکل مکاتبه‌ای توسط معاونت آموزشی با همکاری معاونت پژوهشی و دانشگاهها در مدت یک سال

G2O5 : گسترش رشته‌های آموزش مرتبط با اخلاق پزشکی در داخل کشور

G2O5A1 : طراحی و پیشنهاد برنامه دوره آموزشی M.A توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران به مدت ۶ ماه

G2O5A2 :طراحی و پیشنهاد برنامه دوره آموزشی Ph.D پس از برگزاری M.A

G2O5A3 :تصویب برنامه M.A و Ph.D در شورای گسترش معاونت آموزشی ۶ ماه پس از پیشنهاد

G2O5A4 :تشکیل گروه اخلاق پزشکی برای دوره M.A در دانشگاه پس از تصویب شورای گسترش حداکثر در مدت ۳ ماه

● G'2 : توسعه پژوهش اخلاق پزشکی

در بخش پژوهش گسترش پژوهش در زمینه اخلاق پزشکی مدنظر بوده و بحث مهم اخلاق در پژوهش در هدف توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی بحث می‌شود (۳۰).

G'2O1 : ایجاد بستر مناسب برای انجام طرحهای تحقیقاتی مرتبط در دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی کشور

G'2O1A1 : تعیین اولویت‌ها در تحقیقات اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات اخلاق پزشکی در طی مدت یک سال

G'2O1A2 :تعیین دستورالعمل برای حمایت از اجرای پروژه‌ها و پایان نامه‌های تحقیقاتی اخلاق پزشکی توسط معاونت پژوهشی جهت ارائه به شورای پژوهش ظرف مدت ۶ ماه

G'2O1A3 :پیشنهاد ردیف اعتباری اختصاصی برای حمایت از پژوهشهای اخلاق پزشکی به سازمان مدیریت و برنامه ریزی توسط معاونت پژوهشی طی یک ماه

G'2O1A4 :ایجاد بانک اطلاعاتی محققین اخلاق پزشکی طی یکسال توسط دفتر مطالعات اخلاق پزشکی

G'2O1A5 : انتشار مجله تخصصی اخلاق پزشکی در مدت دو سال توسط دفتر مطالعات اخلاق پزشکی

G'2O2 :ایجاد و توسعه واحدهای تحقیقاتی مرتبط در وزارت متبوعه

G'2O2A1 : پیشنهاد طرح تبدیل ساختار دفتر مطالعات اخلاق پزشکی به مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی

G'2O2A2 :تأمین منابع برای تأسیس مراکز تحقیقات اخلاق پزشکی در دانشگاههای مادر علوم پزشکی کشور حداقل در دو دانشگاه در مدت دو سال توسط معاونت پژوهشی

G'2O3 : حمایت از ایجاد و توسعه واحدهای تحقیقاتی در سایر نهادهای ذینفع

G'2O3A1 : تعریف پروژه‌های مشترک با مراکز تحقیقاتی خارج از وزارت بهداشت حداقل سالی دو پروژه توسط دفتر مطالعات

G'2O3A2 : تدوین آئین نامه ایجاد مراکز تحقیقاتی در زمینه اخلاق پزشکی در بین گروههای ذینفع (حوزه مراکز حقوقی، فلسفی و فقهی و...) طی مدت یک سال

G'2O4 : تأمین منابع پژوهشی مرتبط (تربیت پژوهشگر، منابع اطلاع رسانی و...)

هدف ۳ (G3) : توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی در کشور

G3O1 : حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی در نظام سلامت کشور طی سالهای اول و دوم برنامه استراتژیک به میزان ۴۰٪ و تا پایان برنامه به میزان صددرصد (۱۰۰٪)

G3O1A1 : پیشنهاد ایجاد ساختار مناسب در ارتباط با کاربردی کردن اخلاق پزشکی در سطح دانشگاهها و شبکه‌های بهداشتی درمانی به منظور نهادینه کردن آن (اخلاق پزشکی) از طریق:

- پیشنهاد ایجاد کمیته‌ها و واحدهای متناسب با فعالیت مربوطه در سطوح استان، شهرستان، مراکز شهری و روستایی و پایگاههای آموزش بهورزان.
- پیشنهاد ایجاد کمیته‌ها و واحدهای متناسب با فعالیتهای مربوطه در بیمارستانها
- حمایت از تهیه دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های اجرایی در زمینه اخلاق پزشکی
- توسعه فرایند اجرایی اخلاق پزشکی در ساختار فوق و پایش و ارزیابی فعالیت‌ها
- بهره‌گیری از نتایج هدف کلان شماره ۶ و کاربردی کردن آن در طول برنامه استراتژیک

G3O1A2 : حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی در پژوهشهای علوم پزشکی کشور در طی سالهای اول و دوم برنامه استراتژیک (۴۰٪) و توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی تا پایان برنامه استراتژیک (۱۰۰٪) با توجه به هدف کلان شماره ۲

G3O1A3 : حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی در آموزش پزشکی کشور در طی سالهای اول و دوم (۴۰٪) و توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی تا پایان برنامه استراتژیک (۱۰۰٪) با توجه به هدف کلان شماره ۲

G3O1A4 : ترویج کاربردی کردن اخلاق پزشکی در نظام مدیریتی و عملیاتی بهداشت و درمان کشور در طی سالهای اول و دوم برنامه استراتژیک (۴۰٪) و توسعه نظام مدیریتی و عملیاتی تا پایان برنامه استراتژیک ۱۰۰٪ باتوجه‌به‌هدف ۵

G3O1A5 : حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی در ارتقاء بخش غیردولتی در زمینه اخلاق پزشکی در طی سالهای اول و دوم برنامه استراتژیک (۴۰٪) و توسعه اخلاق پزشکی در سازمانهای غیردولتی بهداشت و درمانی تا پایان برنامه استراتژیک (۱۰۰) با توجه به هدف ۴

G3O1A6 : حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی با توجه به اثرات عملکردی ذینفع‌های اصلی وعمومی در اخلاق پزشکی طی سالهای برنامه سوم با توجه به هدف کلان شماره ۴

پس از ارائه گزارش پیشنهادات متفاوتی مطرح شد، نهایتاً بر عملیاتی کردن آن از طریق اجرای یک طرح تحقیقاتی در سطح دو تا سه شبکه خدمات بهداشتی درمانی تأکید شد. ابتدا حداقلهای مورد پذیرش اخلاق پزشکی اخذ شوند و پس از آموزش و اطلاع رسانی آنها باید انتظار داشت که حداقل ۷۰٪ از شاغلان مربوطه آن را رعایت نمایند (۳۰).

هدف ۴ (G4) : توسعه ارتباطات داخلی و بین‌المللی در زمینه اخلاق پزشکی

G4O1 : ایجاد سیستم ارتباطی با پژوهشگران و مراکز پژوهشی - آموزشی مرتبط بااخلاق پزشکی طی مدت ۲ سال

G4O1A1 :ایجاد بانک اطلاعاتی از پژوهشگران و مراکز پژوهشی، آموزشی مرتبط با اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یکسال

G4O1A2 : ایجاد شبکه اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۲ سال

G4O1A3 :تهیه سایت اینترنتی فعال توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یکسال

G4O1A4 :تهیه فصلنامه تخصصی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یک سال

G4O1A5 :تهیه بروشورهای اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۶ ماه

G4O1A6 :برگزاری همایش‌ها و میزگرد و سخنرانی و... توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یک سال

G4O1A7 :برگزاری برنامه‌های تخصصی رسانه‌ای توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یک سال

G4O2 : ایجاد سیستم ارتباطی با سیاستگذاران و برنامه ریزان مرتبط با اخلاق پزشکی طی مدت ۲ سال

G4O2A1 : اطلاع رسانی در مورد مرکز و شبکه اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات در طول برنامه استراتژیک

G4O2A2 : برگزاری جلسات بحث و تبادل نظر توسط دفتر مطالعات در طول برنامه استراتژیک

G4O2A3 : برگزاری برنامه‌های مشترک رسانه‌ای با سیاستگذاران و برنامه ریزان توسط دفتر مطالعات در طول برنامه استراتژیک

G4O3 : ایجاد سیستم ارتباطی با عموم مردم (و سایر ذینفعها) مرتبط با اخلاق پزشکی طی مدت ۲ سال

G4O3A1 : ایجاد واحد روابط عمومی و بین‌المللی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یک سال

G4O3A2 : برگزاری برنامه رسانه‌ای عمومی در خصوص اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یک سال

G4O4 : ایجاد سیستم ارتباطی با مراکز علمی پژوهشی خارجی

G4O4A1 : ایجاد تفاهم نامه علمی با مراکز علمی - تحقیقاتی خارجی بویژه مراکز اسلامی توسط دفتر ظرف مدت یک سال

G4O4A2 :انجام طرحهای پژوهشی و آموزشی مشترک توسط دفتر ظرف مدت یک سال

G4O4A3 :اخذ کمک‌های مالی (Grant) از مراکز تحقیقاتی خارجی توسط دفتر ظرف مدت یک سال

G4O4A4 :برگزاری سمینارهای اخلاق پزشکی با حضور و دعوت محققین خارجی توسط دفتر ظرف مدت یک سال

G4O4A5 :دعوت از صاحبنظران اخلاق پزشکی خارجی توسط دفتر ظرف مدت یک سال

● هدف ۵ (G5) : استقرار نظام پایش و ارزشیابی در زمینه اخلاق پزشکی

G5O1 : طراحی و استقرار سیستم‌های عملیاتی و اطلاعاتی (MIS) طی سالهای اول و دوم برنامه استراتژیک شامل کلیه سیستم‌های مورد نیاز و به روز کردن آن طی سالهای برنامه استراتژیک

G5O1A1 : شناسایی سیستم‌های مورد نیاز دفتر مطالعات با توجه به اهداف ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۶ و با عنایت به نقاط قوت و ضعف سیستم‌های موجود دفتر (دفتر - مشاور)

G5O1A2 :تهیه ضوابط طراحی تصمیم‌های عملیاتی از جهت یکپارچگی تصمیم‌ها، نتایج اجرایی سیستم‌ها و روش‌های پایش و ارزشیابی (دفتر - مشاور)

G5O1A3 :تهیه ضوابط طراحی سیستم اطلاعاتی (MIS) از جهت نیازهای اطلاعاتی مدیریتی، تصمیم سازی، ارتباطات سیستمی و...(دفتر - مشاور)

G5O1A4 :طراحی سیستم‌های عملیاتی و اطلاعاتی مناسب و تست سیستم (دفتر - مشاور)

G5O1A5 :استقرار و تعبیه سیستم‌های عملیاتی و اطلاعاتی و اجرای سیستم با توجه به اثرات اجرایی سیستم در درون دفتر و ذینفع‌های اصلی (دفتر - مشاور)

G5O1A6 :آموزش کارکنان در ارتباط با اجرای سیستم‌های عملیاتی و اطلاعاتی و یا بکارگیری

متخصصین مورد نیاز (دفتر مشاور)

G5O1A7 :بررسی نتایج حاصل از اجرای سیستم‌های عملیاتی و اطلاعاتی و انجام اصلاحات لازم در آن و به روز نگهداری تصمیم‌ها طی سالهای برنامه استراتژیک (دفتر)

● هدف ۶ (G6) : بازیابی میراث اخلاق پزشکی ایرانی و اسلامی

G6O1 : شناسایی و معرفی افراد و الگوهای اخلاقی جامعه پزشکی در طی مدت برنامه استراتژیک توسط دفتر مطالعات

G6O1A1 : شناسایی چهره‌های شاخص و مرتبط با اخلاق پزشکی و تهیه لیست مشخصات آنها در مدت یک سال توسط دفتر مطالعات

G6O1A2 :مستند سازی زندگی نامه و شرح خدمات علمی چهره‌های شاخص فوق از طریق مصاحبه حضوری، تهیه فیلم، مصاحبه با شاگردان و دوستان ایشان و... و حفظ و نگهداری شایسته از آن توسط دفتر حداقل سالی ۴ نفر

G6O1A3 :انتشار مستندات فوق و آثار علمی مرتبط با اخلاق پزشکی چهره‌های شاخص فوق‌الذکر توسط دفتر مطالعات حداقل سالی یک اثر

G6O2 : شناسایی و معرفی متون اخلاق پزشکی قدیم

G6O2A1 : تهیه بانک اطلاعاتی از آثار ایرانی و اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی طی مدت دو سال توسط دفتر مطالعات

G6O2A2 :جمع آوری تمامی آثار موجد ایرانی و اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی طی مدت پنج سال توسط دفتر مطالعات

G6O2A3 :تصحیح و چاپ آثار گذشتگان ایرانی و اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی حداقل سالی دو عنوان کتاب توسط دفتر مطالعات

G6O2A4 :حمایت مالی، اعتباری از تحقیقات در زمینه استخراج مفاهیم اخلاق پزشکی در آثار ایرانی و اسلامی گذشته مرتبط با اخلاق پزشکی

G6O2A5 :گردآوری تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی شامل کتاب، مقالات و... طی مدت دو سال توسط دفتر مطالعات

در این کارگاه هچنین پیشنهاد شد که در مورد نکات اخلاقی مرتبط با اخلاق پزشکی، مواردی که در قرآن، روایات و سیره ائمه وجود دارد نیز استخراج و احیاء شود. در این جلسات، همچنین مطرح شد که اجرای بخشی از استراتژی نوشته شده جهت اخلاق پزشکی بعهده دفتر مطالعات و معاونت پژوهشی می‌باشد و متولی اجرای سایر بخشها، معاونتهای دیگر وزارت بهداشت و درمان و یا فراتر از محدوده وظایف وزارت بهداشت و درمان می‌باشد. چون اهدف ۳ (توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی در کشور) از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد مقرر گردید که توسط کمیته تلفیق پیش بینی شده در قالب یک پروژه تحقیقاتی در ارتباط با آن بطور جدی و دقیق‌تر کار شود (۳۰).

منابع

1. Loewy EH. Textbook of Medical ethics.New York: Plenum Medical Book Company, 1989.

2. Campbell A, Gillett G, Jones G.Medical ethics : theories of Medical ethics . UK: Oxford University Press , 2001 , p.2-19

۳. صانعی دره بیدی، منوچهر. فلسفهٔ اخلاق و مبانی رفتار. تهران: انتشارات سروش، چاپ اول، ۱۳۷۷.

۴. مصلحی شاد، ابراهیم، تاریخچه و مبانی اخلاق پزشکی. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، جلسه اول: کلیات اخلاق پزشکی، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۳، صفحات ۳۷-۵۰.

۵. محرری، محمد رضا، تاریخچه و کلیات اخلاق پزشکی. مجموعه مقالات صاحب نظران درباره اخلاق پزشکی. تهران: چاپ سپهر، ۱۳۷۰.

۶. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ معاونت امور فرهنگی. اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی. تهران: چاپ سپهر، ۱۳۷۰

۷. نجم آبادی، محمود، ولایتی، علی اکبر. سوگندنامه‌های پزشکی. مجموعه مقالات صاحب نظران درباره اخلاق پزشکی. تهران: واحد چاپ معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۶۹، صفحات ۱۷۳-۱۸۶.

8. Campbell A, Gillett G, Jones G, Medical ethics: the Geneva Convention Code of Medical Ethics. UK: Oxford University Press, 2001, P.286 (Adopted by the work Medical Association in 1949) .

9. Doyal L. Clinical ethics Committees and the formulation of health care policy. Journal of Medical Ethics (JME Online) 2001; 27 (Supple. 1): i44-i49.

10- Szeremeta M, Dawson J, Manning D, Watson AR , Wright MW, Notcutt W, Lancaster R. Snapshots of Five Clinical ethics Committees in the UK. J Med Ethics (JME Online) 2001; 27 (suppe.1): i19-i17.

11. Csikai EL.The status of hospital ethics Committees in Pennsylvania Lambridge Diarfely of Health Care Ethics 1998; 7:104-7

12. Slowther A, Hope T, Bunch C. Clinical ethics Committees in the UK. Journal of the Royal College of Physicians of London 1999; 33:202-3.

13. Bagheri S. Ethical Codes in Medical research and role of ethics Committees in the protection of human subjects. URL: http://www.biol .tsukuba.ac. jp/~macer/

EJ111/ej111 f.htm.

14. The World Medical Associaton. WMA Policy. URL: http://www.wmanet/e/policy.html

15. American Medical Association. Code of Medical ethics : Current opinions.URL: http:// www.ama-assn-org/ama/pub/category/2503.html

16. Carrick P.Medical ethics in Antiquity. Boston: D.Reidel, 1985.

۱۷. ماه وان، احمد. اخلاق پزشکی در ادوار تاریخی، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی (جلد یک): کلیات اخلاق پزشکی. تهران مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۳، صفحات ۱-۱۵.

۱۸. کهندل، پرویز، زارعی، نساء. تاریخچه اخلاق پزشکی از بعد وظایف و صفات اطباء. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی (جلد اول): کلیات اخلاق پزشکی. تهران مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی ۱۳۷۳، صفحات ۱۶-۳۶.

۱۹. اولمان، مانفرد. طب اسلامی در قرن نهم میلادی. ترجمه دکتر سید علی طبری پور. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۲.

20. Amine ARC, Elkadi A. Islamic Code Of medical Professional ethics. In: Athar SH(editor). Islamic medicine. URL:http//www.islam-usa .com.htm

۲۱. محقق، مهدی. طب روحانی رازی. تهران: معاونت امور فرهنگی، حقوقی و مجلس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۲.

۲۲. تبی‌پور، ایرج. زکریای رازی معلم اخلاق پزشکی ایران. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی (جلد سوم): سوگندنامه‌های پزشکی، اخلاق در آموزش و پژوهش. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۳، صفحات ۱۱۷-۱۲۹.

۲۳. لوبون، گوستاو. تمدن اسلام و عرب. ترجمه سید هاشم حسینی، کتابفروشی اسلامیه، ۱۳۴۷، صفحه ۶۰۹.

۱۴. ابن الندیم، الفهرست، ترجمه محمد رضا تجدد. تهران: امیر کبیر، ۱۳۶۶، صفحه ۵۳۱.

۲۵. نجم آبادی، محمود. تاریخ طب در ایران پس از اسلام. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۶۶، صفحه ۴۱۷.

26. Khan A.Islamic philosophy and medical ethics. URL:http//memebers. tripod.com/ppim/ page 1031 .htm.

27. Athar SH.Islamic perspective in medical ethics. URL: http : //www.islam-usa.com. htm

۲۸. معاونت امور فرهنگی، حقوق و مجلس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. خلاصه مقالات اولین کنگره بین المللی اخلاق پزشکی ۲۵-۲۳ تیرماه ۱۳۷۲، تهران، ایران، ۱۳۷۲.

۲۹. لاریجانی، باقر، رشیدیان، آرش. اخلاق پزشکی در کارآزمایی بالینی: پژوهشی در پایان نامه‌های تحقیقاتی کارآزمایی بالینی انجام شده در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۸؛ دوره هفدهم (۱): صفحات ۶۵-۷۳.

۳۰. دفتر مطالعات علوم انسانی در طب و اخلاق پزشکی. گزارش برنامه ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی (چاپ نشده).

راهبردها و چشم انداز آینده

به نظر می‌رسد ما در زمینه مباحث اخلاق پزشکی علی‌رغم پیشینه ارزشمند باید تلاش افزونتری بنمائیم. اما چه باید بکنیم؟ به نظر اینجانب قبل از هر چیز، ما باید بطور همه جانبه برنامه استراتژیک اخلاق پزشکی در کشور را در ابعاد مختلف دنبال کنیم. ما در مقابل فرهنگ و ارزشهای حاکم بر اسلام و فرهنگ متعالی آن مسئول هستیم که این بخش که علقه‌ای به معارف ما و پزشکی ما دارد را زنده و عالمانه به پیش ببریم.

آینده و پیشرفت اخلاق پزشکی در گروه اجرای برنامه استراتژیک تدوین شدهٔ آن است.

بطور خلاصه:

- تصور صحیح از مباحث اخلاق پزشکی در بین پزشکان و گروه‌های دیگر ذی نفع در این مساله باید گسترش یابد.
- ما باید برای تدوین کدهای اخلاق پزشکی مبتنی بر اصول علمی و متناسب با اسلام تلاش فراوانی بنمائیم. در این زمینه ما طرحی را طراحی نمودیم تا در آینده چه پیش آید!
- آموزش اخلاق پزشکی در کشور نیازمند ارتقاء و تحولی جدی است. شاید این کتاب فتح بابی باشد تا ما روش‌های سنتی را جایگزین روش‌های نوین آموزش این رشته بنمائیم. بالاخره آموزش دهندگان نیز باید به آن روش‌های جدید آموزش یابند. در این زمینه تدوین و تألیف کتب جدید، ترجمه آثار مفید دیگران همراه با بیان نظرات اصلاحی متناسب با فرهنگمان راهگشا است. طراحی دوره‌های PHD و M.A و آموزش‌های مشترک دانشگاهی مختلف داخل و خارج می‌تواند تا حدودی نیازهای آموزشی سالهای آتی را جبران نماید.
- پژوهش در زمینه اخلاق پزشکی با پژوهش‌های متعارف پزشکی متفاوت است. باید با روش‌های مناسب آن، تحقیقات در این زمینه مورد حمایت قرار گیرد. اطلاع رسانی افزونتر به گروههای پزشکی - طراحی سایت و کتابخانه مرجع و یا Virtual در این زمینه اقدامی ضروری است که خوشبختانه در حال پی‌گیری است.
- کاربردی کردن مباحث اخلاق پزشکی و عدم سکوت در مقابل مسائل جدید اخلاق پزشکی از قبیل دستکاری ژنتیک، اقدامی ضروری در آینده کار در این زمینه است.
- ما در کشورمان مراکز تحقیقاتی متعددی داریم که در زمینه اخلاق پزشکی می‌توانند فعال شوند و همچنین دانشمندان و مراکز متعددی هم در خارج از کشور در این زمینه فعالند که می‌توانند در پیشبرد این کار در کشور ما مؤثر باشند. گسترش ارتباط با محققین از طریق شبکه‌های تحقیقاتی و علمی داخلی و خارجی می‌تواند در آینده گسترش این علم را تضمین نماید.
- یافتن راهکارهایی که بتواند الگوهای اخلاق پزشکی گذشته و حال ما را معرفی نموده و گسترش دهد و بالاخره به نحوی دانش اخلاق پزشکی منجر به تغییر رفتار در این زمینه گردد؛ از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

ما ضمن ارج نهادن به تمام فعالیتهای انجام شده در کشور و فعالیتهای وزارت بهداشت بطور عام و فعالیت‌های اندیشمندان و فرهیختگان رشته‌های مختلف در زمینه‌های مرتبط با اخلاق پزشکی برای فراگیر کردن مباحث اخلاق پزشکی در کشور و دوام و بقای فعالیت‌های اخلاق پزشکی در کشورمان، انجمن علمی اخلاق پزشکی در کشور را با تعدادی از همکاران از قبیل آقای دکتر ملک افضلی، آقای دکتر ظفرقندی، آقای دکتر مرندی، آقای دکتر یلدا، آقای دکتر محقق داماد و آقای دکتر پارسا پور و دکتر باقر لاریجانی تشکیل شده است. گسترش فعالیت‌های علمی در قالب این انجمن نیز می‌تواند تا حدودی در آینده باعث گسترش فعالیت اخلاق پزشکی در سطح کشور شود. خوشبختانه امروز طرح مباحث اخلاق پزشکی به طور وسیع‌تر باعث شده است درگوشه‌های مختلف این مرز و بوم این مباحث مطرح و اندیشمندانی بدان پرداخته و خواهند پرداخت.

واژه یاب

آزادی بیمار، ۳۱
آموزش سنتی اخلاق پزشکی، ۹۱
آموزش سنّتی اخلاق پزشکی، ۹۲
ابن سینا، ۱۱۷
ابوالفرح علی ابن الحسین ابن هندو، ۱۱۹
ابوعلی مسکویه، ۱۶
اتانازی، ۴۱، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۷۰، ۸۷، ۱۲۲
اتانازی غیرفعال، ۵۲
اتانازی فعال، ۵۲
اتحادیه اروپا، ۵۷
اتوپسی، ۳۳
اتونومی، ۲۴،۳۰ ،۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۷، ۴۰، ۴۵، ۶۱، ۱۰۵
اجساد بدون مدعی، ۳۳
احترام به اختیار و استقلال فرد، ۷۶
احترام به بیمار، ۶۱، ۷۶
احترام به عدالت، ۷۷
اخذ رضایت، ۲۶، ۲۷، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۴۰، ۴۴، ۴۵، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۶۰، ۶۴، ۷۶، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۶
اخلاق اصولی، ۷۰
اخلاق بالینی، ۱۷
اخلاق پزشکی، تعرفه‌های پزشکی، نظام پزشکی و طب استاندارد، ۱۲۲
اخلاق پزشکی سنّتی، ۱۴
اخلاق پزشکی معاصر، ۱۴
اخلاق پزشکی و تحقیق روی انسان، ۱۲۲
اخلاق خودگرا، ۷۱
اخلاق در آموزش پزشکی، ۶۲
اخلاق دیگرگرا، ۷۱
اخلاق رواقی، ۷۲
اخلاق زیستی، ۱۳، ۱۸

اخلاق کاربردی، ۱۸، ۲۱، ۷۰
اخلاق ناصری، ۱۱۹
ادب الطبیب، ۱۲۰
ارتباطات حرفه‌ای، ۲۱
ارتباط پزشک با قوانین حقوقی، ۱۲۲
ارتباط پزشک و بیمار از نظر متون اسلامی، ۱۲۲
اردوگاههای آلمانها، ۹۹
ارزش باطنی، ۳۲
ارزش خدمات پزشکی در اسلام، ۱۲۲
ارزش نهادن به عدالت، ۷۶
ارزش وسیله‌ای، ۳۲
ارسطو، ۱۱۳
اسحاق بن علی الرهاوی، ۱۲۰
اصالت حیات، ۷۴
اصالت سودمندی عمومی، ۷۴
اصلاح نژاد بشر، ۲۲، ۵۴
اصلاح نژاد مثبت، ۵۷
اصلاح نژاد منفی، ۵۷
اصل سودمندی، ۳۱
اصل سودمندی و عدم اضرار، ۷۶
اصول فلسفه اخلاق در اسلام، ۸۶
اعتقاد بیمار، ۳۰
اعلامیه ژنو، ۱۱۵
اعلامیه شورای پژوهش پزشکی، ۵۵
افلاطون، ۱۱۳
اقلیت‌های مذهبی، ۳۰
اکونیاس، ۱۱۵
الحاوی، ۱۱۷
الحاوی فی الطب، ۱۱۸
المنصوری، ۱۱۷
الندیم، ۱۱۷
امام صادق (ع)، ۲۳
انجمن استرالیایی علوم، ۵۷
انجمن پزشکی جهانی (WMA)، ۹۹
انجمن عمومی پزشکان امریکا، ۲۶
انجمن عمومی پزشکی، ۱۴
انگلستان، ۳۱
اننسفال‌ها، ۴۰
اوستا، ۱۱۶
اهداف خدمتی، ۱۳۱
اهداف سازمانی، ۱۳۲
اهداف کلی، ۱۳۰
اهداء عضو، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸
برزویه، ۱۱۶
برنامه ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی، ۱۲۶
بقراط، ۷۲
بنتام، ۱۱۵
بیانیه هلسینکی، ۶۲،۱۰۱
بیماریهای ژنتیکی، ۳۸
بیوتکنولوژی، ۲۱
پدرسالاری، ۲۴، ۲۶
پژوهش در جنین در حال سقط، ۳۸
پژوهش در جنین در داخل رحم، ۳۸
پژوهش در جنین سقط شده، ۳۸
پژوهش‌های ژنتیک، ۵۴
پندنامه اهوازی، ۱۱۸
پیشگیری از بارداری، ۳۹
پیوند اعضا، ۱۵
پیوند اعضاء، ۲۳، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۱۲۷
اخلاق در آموزش، ۱۲۲
پیوند بین حیوانات و انسان، ۵۰
پیوند عضو از افراد دارای حیات نباتی، ۴۴
پیوند عضو از افراد دچار مرگ مغزی، ۴۴
پیوند عضو ازدهندهٔ زنده، ۴۶

پیوند عضو از کودکان آنسفال، ۴۴
تئوری اصالت سودمندی، ۲۹
تئوری مبتنی بر اصول، ۷۵
تئوری مبتنی بر وظیفه، ۲۹
تئوریهای مبتنی بر حقوق، ۷۳
تاریخ پزشکی، ۱۷
تاریخچه اخلاق پزشکی، ۱۲۲
تاسکجی، ۹۹
تجارت سبعانه، ۴۸
تحقیق روی حیوانات، ۱۲۲
تخصیص منابع، ۴۱
تعارض بین حیات مادر و جنین، ۳۶
تعارض منافع فرد با جامعه، ۵۰
تعریف اخلاق پزشکی، ۱۶
تعهد پزشک به بیمار، ۲۹
تقاضای الزامی، ۴۴
تکنولوژی جابجائی هستهٔ سلول، ۴۹
تکنولوژی DNA، ۵۹
تلقیح صناعی و انتقال جنین، ۱۲۲
توبکتومی، ۴۰
تهدیدها ، ۱۲۹
تهذیب الاخلاق، ۱۶
تهیه نقشه ژنوم انسانی، ۵۴، ۵۸
ثابت بن قره حرانی، ۱۱۷
جالینوس، ۱۱۷
جایگاه پزشکی قانونی اخلاق پزشکی، ۱۲۲
جایگاه نظام پزشکی در اخلاق پزشکی، ۱۲۲
جرج زیدان، ۱۱۷
جزء ارزش، ۷۵
جزء محدوده، ۷۵
جزء نتیجه، ۷۵
جلب اعتماد، ۶۱
چشم انداز، ۱۲۸
حدود الهی و حریم انسانی در معاینات پزشکی، ۱۲۲
حفظ اسرار، ۶۱
حق حیات، ۳۷
حق مردن، ۵۳
حقوق جسد، ۳۲، ۳۴
حقوق حیوانات، ۵۰، ۷۰
حق ویژه قانونی، ۶۰
حقیقت گویی، ۲۳، ۲۷، ۲۸
حکیم، ۱۲۴
خاتمه حیات انسانی، ۲۱، ۵۱
خطاهای همکاران، ۲۹
خلفای عباسی، ۱۱۷
خواجه نصیر الدین طوسی، ۱۱۹
خواص التلامیذ، ۱۱۸
خودکشی، ۱۲۲
خویشتن داری، ۶۱
دخالت انسان در ارگانهای خودش، ۴۰
دفتر کنترل داروها (MCA)، ۵۶
دوره جنینی، ۳۵
دوره غیرقابل‌حیات، ۳۵
ذخیره، ۱۱۷
ذی نفع‌ها، ۱۲۷
رابطه پزشک و بیمار، ۱۲۲
رابطه پزشک و همکارانش، ۱۲۲
رازداری، ۲۷، ۶۰، ۱۲۲
رازی، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹
رسالت ارگانهای دولتی، ۱۲۲
رضایت، ۲۳، ۲۷، ۳۶، ۳۸، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۵، ۴۶، ۴۷
رضایت آگاهانه، ۲۶، ۳۴، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۷، ۱۰۹
رضایت آگاهانهٔ، ۴۹

رضایت بیمار، ۲۶
رضایت فرض شده، ۴۴، ۴۵
رضایت معتبر، ۴۳
رضایت نامه‌های پزشکی، ۱۲۲
رضایت‌نامهٔ آگاهانه، ۱۰۸
رضایت والدین، ۴۲، ۴۵
رعایت ادب، ۶۱
روسو، ۷۴
روش‌های آموزش، ۹۴
رویان، ۳۵
زرتشت، ۱۱۶
ژن درمانی، ۵۴، ۵۹
سئوالات بیمار، ۶۱
سازمان جهانی بهداشت، ۵۶
سرالطب، ۱۱۸
سقراط، ۵۱، ۱۱۳
سقط جنین، ۲۲، ۱۲۲
سقط‌های غیرقانونی، ۳۶
سلول‌های ریشه‌ای چندقوه‌ای، ۳۸
سندرم فریادگربه، ۴۱
سن قانونی، ۴۲
سودمندی، ۳۰، ۳۷، ۴۸، ۵۰، ۶۱، ۷۳، ۷۶، ۷۸، ۱۰۴، ۱۰۵
سوگندنامه، ۳۰، ۱۲۲
سوگندنامه بقراط، ۲۷
سوء استفاده از کودکان، ۴۲
سیاستگذاریهای بهداشتی، ۱۲۲
سید اسماعیل جرجانی، ۱۱۹
سیستم بهداشتی، ۳۰
شناخت انسان، ۱۲۲
ضمان پزشکی، ۱۲۲
طبابت در فقه اسلامی، ۱۲۲
طب باستان ایرانی، ۱۱۶
طب روحانی، ۱۱۷
طب و تزکیه، ۱۲۴
عدالت، ۶۱
عدم اضرار، ۳۱
عرف حاکم، ۹۹
عضو پیوندی، ۴۴
عقیم‌سازی، ۳۹، ۱۲۲
علم طب و هدایت طبیب، ۱۲۰
علی بن ربن طبری، ۱۱۷
علی بن عباس اهوازی، ۲۵
علی‌بن مجوسی اهوازی، ۱۱۸
غربالگری ژنتیک، ۵۴، ۵۸
فرا اخلاق، ۷۰
فردوس الحکمة، ۱۱۷
فرصتها، ۱۲۹
فروش اعضاء، ۴۶
فرهنگ بیمار، ۶۱
فقه، ۱۵، ۳۱، ۴۳، ۵۹، ۶۵، ۱۱۷، ۱۲۰
فلسفه اخلاق، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۳۶، ۴۱، ۶۲، ۶۹، ۸۵، ۹۱، ۱۱۳
فلسفه اخلاق پزشکی، ۲۲، ۱۲۲
فلسفه اخلاقی، ۸۶
فلسفهٔ اخلاق، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۴۴، ۷۰، ۹۸، ۱۱۵
قابل حیات، ۳۵
قانون، ۲۱، ۲۸، ۱۱۷
قانون نورنبرگ، ۹۹، ۱۰۰
قصور و تقصیر در تشخیص و درمان، ۱۲۲
قوانین اخلاقی حرفه‌ای، ۶۳
قوانین نورنبرگ، ۶۲
کارت اهداء عضو، ۴۴
کالج سلامت اطفال و کودکان رویال، ۴۱
کامل الصناعه الطبیّه، ۱۱۸
کانت، ۷۳، ۱۱۵

کتاب الملکی، ۱۱۸
کلونینگ، ۲۲، ۵۴، ۵۶
کلیله و دمنه، ۱۱۶
کمیته‌های بالینی اخلاق پزشکی، ۱۱۵
کمیتهٔ علمی - اخلاقی، ۴۵
کمیتهٔ Clothier، ۵۶
کنترل جمعیت، ۱۲۲
کودک آزاری، ۴۲
گوستاولوبون، ۱۱۷
گوسفند Dolly، ۵۶
گویو، ۷۴
مأموریت، ۱۲۸
مجلس شورای اسلامی، ۴۳
محمدمهدی نراقی، ۲۳
محنه الطبیب، ۱۱۸
مدرسه جندی شاپور، ۱۱۷
مرتبهٔ انسانی، ۸۴
مرتبهٔ حیوانی، ۸۴
مرتبهٔ نباتی، ۸۴
مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۲۱
مرگ آسان، ۵۲
مرگ از روی ترحم، ۵۲
مرگ مغزی، ۱۵، ۴۱، ۱۲۲
مسائل اخلاقی استفاده از رویان در IVF، ۳۸
مصلحت بیمار، ۲۸
معاینه آناتومیک، ۳۳
معیاری برای سودمندی، ۷۵
مفتاح الطب و منهاج الطلاب، ۱۱۹
مکتب اخلاقی اسلام، ۸۱
مکتب انزواطلبی کلبیون، ۸۰
مکتب زهدگرایی رواقیون، ۸۰
مکتب کانت، ۲۹
موارد لزوم و اضطرار سقط، ۳۶
مور، ۱۱۵
میکروسفال‌ها، ۴۰
میل، ۱۱۵
مؤسسهٔ روبرت کنخ، ۹۹
نظامی عروضی سمرقندی، ۱۲۰
نظریه اصالت خیر، ۷۴
نظریه اصالت سعادت، ۷۴
نظریه اصالت سودمندی، ۷۴
نظریه اصالت لذت، ۷۴
نظریه سودگرا یا اصالت سودمندی، ۷۱
نظریه‌های اصالت نتیجه، ۷۱
نظریه‌های اصالت وجدان، ۷۴
نظریه‌های اصالت وظیفه، ۷۱
نظریه یا مکتب مبتنی بر فضیلت، ۷۱
نظریهٔ تعهد اجتماعی، ۷۲
نقاط ضعف، ۱۲۹
نقاط قوت، ۱۲۸
نکات حقوقی و اخلاقی در دندانپزشکی، ۱۲۲
نگرش جامع به پیوند اعضاء، ۵۳
نیچه، ۷۴
وازکتومی، ۴۰
وصیّت شفاهی، ۴۴
وصیّت کتبی، ۴۴
وضعیت بدون هدف، ۴۱
وضعیت پایدار نباتی، ۴۱، ۴۵
وضعیت غیرقابل‌تحمل، ۴۱
وظایف اجتماعی در پژوهش پزشکی، ۱۲۲
وظیفه سودمندبودن، ۷۶
وظیفه عدم زیان باری و اضرار، ۷۶
وندادید، ۱۱۶
هابز، ۷۲

همایش بین‌المللی اخلاق پزشکی، ۱۲۱
هیدروانسفال‌ها، ۴۰
هیوم، ۱۱۵
یونسکو، ۵۶
'unnaturalness'، ۵۱
Virtue theory، ۷۱
duty of beneficence، ۷۶
informed consent، ۴۴
respect for autonomy، ۷۶
rights- based theories، ۷۳
presumed consent، ۴۴
(CECS)، ۱۱۵
General Medical Council، ۱۴
CIOMS، ۹۹
Consequentialist theories، ۷۱
Deontological theories، ۷۱
Ethical altruism، ۷۱
Ethical egoism، ۷۱
Eugenics، ۵۷
IVF، ۳۸، ۵۵
Rewarded gifts، ۴۸
Right to die، ۵۳
Social Contract theory، ۷۲
Stoic ethics، ۷۲
Utilitarianis، ۷۱
applied ethics، ۲۱
bodies unclaimed، ۳۳
commercialism Rampant، ۴۸
duty of non-maleficence، ۷۶
duty-based ethics، ۷۲
etiquette، ۳۰
'mummy was a foetus'، ۴۹

"Canadian Medical Association Journal" (CMAJ) between 1996-1998. This series were edited by Dr. Peter A. Singer and is intended to elucidate key concepts in bioethics and to help clinicians to integrate bioethical knowledge into daily practice. We translated 17 articles and brought them in 17 separate chapters. The original articles are available at www.cmaj.ca as free full text. We wish to extend our thanks to **Dr. Peter A. Singer**, the editor of these articles and the director of the university of Toronto Joint Center for Bioethics, and to **Mr. John Hoey**, the editor of CMAJ, who gave us permission to translate and publish this series. We would like to give our thanks to Dr.Shirzad, Dr. Jafarian, Dr.Kazemian and Dr.Sadr Hosseini for translation of these articles. Given the Islamic culture of our country, an attempt has been made to present the Islamic perspective as brief notes in some cases where there are disagreements on ethical decision-making.

We would also like to thank Dr.F.Zahedi who has assisted in compiling part one of the book, and Dr.Alireza Parsapoor for his valuable editorial support.

We hope that this book will improve the quality of medical ethics education in our universities by increasing moral reasoning skills of students and health care professionals to resolve the ethical problems that arise in the practice of clinical medicine. We are looking forward to opinions of all those interested in this field.

Bagher Larijani M.D
Director and Chief Scientific officer,
Endocrinology and Metabolism Research Center
Tehran University of Medical Sciences

ethics education, thus helping them to bridge the gap between theory and practice. Problem-based ethics education or case-study approach should encourage students to explore their moral feelings, analyze relevant ethical and moral values and identify the position and meaning of their own standards with respect to their professional behaviors.

This book is intended to impart basic principles of modern medical ethics and is a step towards new approach in medical ethics education via case presentation. The book consists of a preface, followed by two volumes, addressing principles of medical ethics, and case presentation and discussion respectively. Volume one consists of seven chapters that covers definition of medical ethics (chapter 1), important issues of medical ethics (chapter 2), medical ethics philosophy (chapter 3), education and medical ethics (chapter 4), research and medical ethics (chapter 5), history of medical ethics in the world and in Iran, medical ethics activities in recent decade in Iran, and strategic planning of medical ethics programs in the country (chapter 6).

The emphasis on the basic medical ethics sciences and increasing awareness of Iranian students and health care professional about bioethics is the main goal of this part of the book. In chapter 2 of this part, issues of professional relationship in medicine, human body, consent, confidentiality, issues before birth, ethical issues in children, organ transplantation, end of human life, biotechnology and genetic dilemmas, new methods for infertility treatment, aging, dementia, and medical law and ethics are reviewed and Islamic viewpoints are addressed.

Volume two is the translation of the "Bioethics for Clinicians Series". These articles were published on a monthly basis in

IN THE NAME OF GOD

HEALTH CARE PROFESSIONAL AND ETHICAL CONSIDERATIONS

Preface

Biomedical advances of the past decades have stimulated a renewed interest in medical ethics. New technologies in medicine in areas such as sustaining life support systems, organ transplantation, and biotechnology, have presented new questions, dilemmas, and affected our outlook on medical ethics. During the past decade, medical advancements and public concerns about medical ethics have led medical schools to change their formal teaching programs. There is no doubt anymore that the conventional medical ethics education fails to foster development of moral competencies that medical doctors and other health care professionals will need in practice. All health care professionals face ethically problematic situations in their practice; therefore they need to update their current knowledge and moral perspective in latest areas related to health care. The way medical ethics is presently taught in medical schools needs reform. More emphasis should be given to the moral dilemmas that students personally face during their training, particularly their clinical training and in future years as professionals. It is envisaged that working with realistic cases encourages practicing nurses and physicians to apply their previous knowledge and new concepts learned during medical





Health Care Professional and Ethical Issues

Vol.I: Essentials of Medical Ethics

Bagher Larijani M.D.
Prof. Of Tehran University of Medical Science