

رسالة محمد





پژوهشگاه غدد و متابولیسم  
دانشگاه علوم پزشکی تهران



مرکز تحقیقات اخلاق  
و تاریخ پزشکی  
دانشگاه علوم پزشکی تهران



# پزشک و ملاحظات اخلاقی

## جلد اول

تألیف

دکتر باقر لاریجانی و همکاران



# پزشک و ملاحظات اخلاقی

## ویرایش سوم ۱۴۰۳

### مقدمه

اخلاق زیست پزشکی حوزه‌ای پویاست که نقش مهمی در حفظ حقوق جوامع در حوزه سلامت، برقراری عدالت و ارائه مراقبت عادلانه، و نیز بهبود کیفیت مراقبت‌ها دارد. هرچند کتب متعددی در این حوزه در کشورهای دیگر نگاشته شده و برخی از آن‌ها نیز به فارسی برگردان شده است؛ اما اخلاق زیستی در جوامع غربی مبتنی بر اندیشه سکولار و همواره با تاکید بر ایجاد چارچوب‌هایی جهان‌شمول بوده است. لذا دغدغه و لزوم نگارش منبعی مستقل و مبتنی بر فرهنگ بومی و ارزش‌های دینی، وجود داشت که در حدود دو دهه قبل به چاپ کتاب «پزشک و ملاحظات اخلاقی» انجامید.

از زمان نگارش و انتشار کتاب «پزشک و ملاحظات اخلاقی» (۱۳۸۲) و ویرایش دوم آن (۱۳۹۲) تاکنون تغییرات چشمگیری در حوزه اخلاق پزشکی ایجاد شده است. شاید مهم‌ترین این تغییرات ناشی از افزایش توجهات و آگاهی‌های عمومی در جوامع، و نیز ایجاد و رشد فناوری‌های جدید باشد. طی یک روند رو به رشد در دهه‌های اخیر، خصوصاً در جامعه ما، اخلاق پزشکی از یک حوزه نظری و محدود به گروه‌های پزشکی، به موضوعی عمومی‌تر بدل شده است. علاوه بر ارتقای عمومی مطالبات اخلاق پزشکی در جامعه، در جامعه دانشگاهی نیز شاهد ارتقای سطح تحصیلات تکمیلی در این حوزه، و نیز توسعه پژوهش در حیطه‌های مرتبط بوده‌ایم. در حوزه اخلاق بالینی، ارتباط موثر با مراجعین حوزه سلامت و تمرکز بر رویکرد بیمار-محور، و ارتقای تعهد حرفه‌ای بسیار مورد تاکید است. رعایت حریم خصوصی و محرمانگی در روند زمان، معانی کامل‌تر و گاه متفاوتی پیدا کرده است. حفظ امنیت داده‌ها، با گسترش نظام‌های الکترونیک، دچار چالش‌های جدیدی شده است. همچنین، رشد فناوری‌های پزشکی در حوزه‌های مختلف؛ از جمله هوش مصنوعی، چالش‌های جدیدی را رودر روی محققان قرار داده است.

یکی از موضوعات مهمی که در فاصله بین چاپ ویرایش قبلی با این ویرایش رخ داد، پاندمی کرونا بود که چالش‌های اخلاقی ویژه خود را به همراه داشت و بسیاری از جوامع را درگیر ساخت. مقالات متعددی در این موضوع به چاپ رسید و سرفصل‌های متنوعی از جمله: قرنطینه و محدودیت‌ها در جوامع، نحوه مدیریت مبتنی بر اخلاق کمبود منابع و تجهیزات پزشکی، استفاده از درمان‌های اثبات نشده، افشای ابتلای بیمار در تقابل با رازداری، و بسیاری دیگر مورد بحث قرار گرفت. این پاندمی، همچون بحرانی بزرگ، همان‌طور که گروه‌های پزشکی و مراقبت از بیمار را در نحوه مدیریت درمان با مشکلاتی روبرو کرد، در مدیریت اخلاقی بحران نیز سوالات بسیاری را ایجاد نمود.

اما علیرغم توسعه روزافزون اخلاق زیست‌پزشکی، بنظر می‌رسد گاه در عمل شاهد افت جایگاه علم در صحنه عمل هستیم. افزون بر پاندمی کووید-۱۹، متأسفانه در درگیری‌های جنگی، و علیرغم عدم رعایت کنوانسیون‌های بین‌المللی، بی‌عملی و منفعل بودن سازمان‌ها و گروه‌های اخلاق زیستی جهان را در دفاع از حقوق غیرنظامیان خصوصاً گروه‌های آسیب‌پذیر، و مجروحین جنگی شاهد بوده‌ایم. بنظر می‌رسد فاصله بزرگی بین نظر و عمل وجود دارد؛ چنانچه یکی از دانشجویان دکترای اخلاق پزشکی (دکتر منصوره مدنی) در پایان نامه خود با عنوان «بررسی علل و زمینه‌های شکاف بین نظر و عمل اخلاقی در پزشکی و ارائه راهکارهای عملی» (۱۳۹۷) بدان پرداختند. آنچه در این تحقیق ارزنده بدان پرداخته شد، علاوه بر مولفه‌های مهمی چون حساسیت اخلاقی، استدلال و قضاوت اخلاقی، نگرش، انگیزش، اراده و منش اخلاقی؛ ارائه راهکارهایی شامل آموزش اثربخش، و اخلاق‌مدار کردن قوانین و فرآیندهای اجرایی بود؛ به نحوی که بتواند به تغییر رفتار و ارتقای اخلاقی در عمل منجر شود. بنظر می‌رسد بعد از حدود سه دهه فعالیت‌های اخلاق پزشکی معاصر در کشور ما و چاپ کتب و مقالات متعدد، لازم است محققین و اندیشمندان حوزه اخلاق پزشکی، بیش از پیش به نحوه نهادینه کردن هنجارهای اخلاقی و توسعه اخلاق حرفه‌ای در عمل بپردازند.

در خصوص ویرایش جدید کتاب «پزشک و ملاحظات اخلاقی» نکاتی را قابل ذکر می‌دانیم. در این نسخه، هرچند بخش دوم کتاب که ترجمه درسنامه‌ی کمبریج برای اخلاق زیستی می‌باشد، بدون تغییر نسبت به چاپ قبلی، منتشر می‌شود؛

اما بخش اول کتاب، شامل فصول تالیفی، مورد بازبینی و تکمیل قرار گرفته است. مباحث «تعهد حرفه‌ای» و «ارتباط پزشک و بیمار» قبلاً در فصل ۴ آمده بود، ولی در ویرایش جدید، به دلیل اهمیت موضوع، تعهد حرفه‌ای با تفصیل بیشتری در فصلی مجزا آورده شده است.

در پایان از تمامی اندیشمندان، اساتید و محققین ارجمند که در تدوین این کتاب به نحوی سهم داشته‌اند، تشکر می‌کنم. سعی ما بر این بوده است که اسامی همه بزرگواران ذکر شود و نام کسی از قلم نیافتد. به دلیل این که به برخی همکاران ویرایش‌های قبلی دسترسی نداشتیم، به ذکر اسامی بسنده شده است؛ اما مشخصات همکاران ویرایش جدید دقیق‌تر ذکر شده است. این فرصت را مغتنم می‌شمارم تا از همکاران عزیزی که در مدیریت اجرایی فراهم شدن کتاب نقشی موثر داشتند، بطور ویژه تشکر نمایم. سرکار خانم دکتر مهشاد نوروزی (از استادیاران جوان و فعال حوزه اخلاق پزشکی)، خانم دکتر حانیه توسلی و خانم دکتر نفیسه توسلی نقش مهمی در به سرانجام رسیدن تلاش‌های انجام شده داشته‌اند. همچنین، از خانم دکتر مریم اعلا، خانم سلماسادات نقوی الحسینی، خانم لیلا سرافراز، خانم شکوه سلیمی، و خانم فاطمه ذاکر حسینی برای همکاری ارزشمندشان تشکر می‌شود. از اساتید و صاحب‌نظران این حوزه انتظار داریم نواقص و ایرادات را گوشزد فرمایند تا در چاپ‌های آتی مورد توجه و اصلاح قرار گیرد. امید است این تلاش مورد قبول درگاه الهی واقع شود و وسیله موثری باشد در نضج اخلاق و کرامت انسانی در جامعه.

### دکتر باقر لاریجانی

رئیس پژوهشگاه غدد و متابولیسم

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دی ماه ۱۴۰۳





# پزشک و ملاحظات اخلاقی

## ویرایش دوم ۱۳۹۲

### مقدمه

پیامبر بزرگ اسلام (ص) که هدف از بعث خود را ارتقای مکارم اخلاق بیان فرمود، در سخنی ارزشمند، مسلمانان را به تخلق به اخلاق الهی فراخوانده است<sup>۱</sup>. متخلق شدن به صفات الهی که «مستجمع جمیع صفات حسنه» است امری مشکل است که همگی بدان فراخوانده شده‌ایم. تخلق به جمعی صفات الهی است که انسان را لایق جانشینی خداوند در زمین می‌سازد و او را به قله کرامت انسانی می‌رساند. این تخلق، برای پزشکان که خود مظهر اسمای والای الهی همچون طبیب، شافی و علیم هستند، بس سزاوارتر و ضروری‌تر است.

هرچند اخلاق در تاریخ فرهنگ ایران و اسلام همیشه از مباحث مهم و مورد تأکید بوده است و کتب و منابع فراوانی نیز به موضوع اخلاق نظری و علمی پرداخته‌اند، اما وجود رویکرد نویینی به مباحث اخلاقی در جهان، نگارش متون فارسی متناسب را ضروری ساخته است. شاید یکی از تفاوت‌های بارز اخلاق اسلامی و سنتی با رویکرد نوین ارائه‌شده این است که در اخلاق اسلامی و سنتی، محور اصلی فرد است و ایجاد صفات اخلاقی در وجود او؛ اما در رویکرد نوین تأکید بر ایجاد عمل مورد قبول اخلاقی است بدون توجه به فرد و انگیزه‌ها یا خصوصیات اخلاقی درونی او. از این حیث، اخلاق اسلامی و سنتی مزیت ارزشمندی دارد و آن سوق دادن افراد و در نهایت جامعه به سوی اخلاقیات و سپس اتیان اخلاق در عملکردهاست. اخلاق اسلامی سنتی بر تحول درونی آحاد جامعه و ایجاد مدینه فاضله از طریق نهادینه کردن اخلاق در بطن جامعه تأکید دارد. اما در دنیای غرب، با کم‌رنگ شدن ارزش‌های دینی و اخلاق در برخی جوامع، این سؤال بروز نموده است که «آیا برای بروز عملکرد اخلاقی در جامعه باید منتظر ماند تا انسان‌ها اخلاقی شوند؟». لذا

۱ - قال رسول اله (ص): تخلقوا باخلاق اله. پیامبر اکرم (ص) فرمود: به اخلاق الهی متخلق شوید. (بحارالانوار، ج ۵۸، ص ۱۲۹)

اخلاق نوین، بر عملکرد تأکید دارد و این که تصمیم‌گیری نهایی در نهایت با اصول مورد قبول اخلاقی وفاق داشته باشد. این موضوع، در حوزه‌ی اخلاق زیستی و اخلاق پزشکی نیز ساری است.

حقیقت این است که اخلاق پزشکی، ضمن بهره‌گرفتن از مفاهیم اخلاقی و معانی گزاره‌های اخلاقی (در سطح فرااخلاق) با رویکردی نظام‌مند به تعیین اصول و قواعدی می‌پردازد (در سطح اخلاق هنجاری) تا پزشک و سایر حرفه‌مندان حوزه‌ی سلامت بتوانند «آنچه باید کرد» و «آن چه نباید کرد» را به‌طور مشخص شناسایی نموده و در صحنه‌ی بالین و در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی به‌صورت کاربردی مورد استفاده قرار دهند. اما باید توجه داشت که هرچند بسیاری از مسائل و چالش‌های اخلاقی در حیطه‌ی پزشکی در جهان غرب و کشورهای اسلامی مانند ایران مشابه است و می‌تواند رویکرد اخلاقی مشابهی نیز داشته باشد ولی در نظر داشتن اختلافات بین فرهنگی در درک مسأله‌ی اخلاقی، تبیین آن، مشاوره و ارائه‌ی راه‌حل و تصمیم‌گیری در مورد آن ضرورت دارد. تعامل دین و اخلاق پزشکی، تاکنون بیش‌تر از راه‌ارائه دستورات و احکام فقهی مرتبط توسط فقهای اسلامی بوده است و کم‌تر اندیشمندان اسلامی در حوزه‌های فلسفه و اخلاق به طرح و بحث مباحث اخلاق پزشکی و بررسی مبتنی بر مبانی دینی آن‌ها پرداخته‌اند. لذا ارائه‌ی نظام اخلاقی اسلام و تبیین جایگاه حسن و قبح اخلاق دینی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در حوزه‌ی پزشکی، به‌صورتی کاملاً در دسترس و کاربردی، از رسالت‌های مهم اندیشمندان اسلامی و پزشکان مسلمان در جهان اسلام است. مفاهیم پایه و محوری شاخص در این حوزه باید برای تدوین راهنماهای اخلاقی، در مواردی که دیدگاه اسلامی با دیدگاه غربی متمایز است، به‌کار گرفته شوند.

خوشبختانه کار در این زمینه در کشور ما شروع شده است و راهنماهای اخلاقی متعددی در مرحله‌ی تدوین، تکمیل، ابلاغ و حتی اجرا قرار دارند. کرسی پژوهش اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران، که مطالعات تطبیقی برای شناخت موارد تفاوت و وفاق فرهنگ دینی و غیردینی در برخی موضوعات مهم اخلاق پزشکی را هدف قرار داده است، می‌تواند برای رویارویی با چالش‌های این حوزه مفید باشد. تعامل بین پزشکان با متخصصان علوم اسلامی، فقها، حقوقدانان، جامعه‌شناسان و حتی روان‌شناسان مسلمان در این مسیر نقش راهبردی خواهد داشت. هرچند ممکن

است به‌زعم برخی دلسوزان صاحب‌فکر در حوزه‌ی اخلاق پزشکی، عدم آشنایی عوام و حتی بسیاری از خواص جامعه‌ی ما با موضوعات و چالش‌های اخلاق پزشکی، یکی از موانع جدی ارتقای سطح اخلاق در حوزه‌ی نظام سلامت باشد؛ ولی به‌نظر می‌رسد در کنار گسترش آموزش‌ها در سطوح مختلف و ایجاد حساسیت‌های اخلاقی هم در عموم مردم و هم در متخصصان، محققان، پزشکان و سایر حرفه‌مندان سلامت باید گام‌های اساسی در شناسایی معضلات اخلاقی در جامعه و ریشه‌یابی آن‌ها برداشت. به‌راستی مهم‌ترین و شایع‌ترین مسائل اخلاقی در جامعه‌ی ما کدامند؟ آیا اگر در یک جامعه‌ی غربی دعوا بر سر قانونی کردن یا نکردن اتانازی است و مجلاتشان پر است از مقالاتی در مدح و ذم این موضوع، ما نیز باید در تحقیقات و مطالعاتمان برای این موضوع اولویت قائل شویم؟ یا به‌دنبال چاره‌جویی این باشیم که چرا فرم‌های رضایت و برائت در بیمارستان‌ها آگاهانه و با حفظ حقوق واقعی بیمار تکمیل نمی‌شوند؟ همین‌طور چرا حتی در صورت اخذ رضایت معتبر، کارآیی کاملی ندارد؟ چگونه می‌توان با شرایط فرهنگی کشورمان شأن و کرامت بیماران را لحاظ نمود؟ حقوق گروه پزشکی در ارائه‌ی خدمات، آموزش و پژوهش کدام است؟ هنوز در مواردی اصول روابط پزشک و بیمار و نقش هر یک در تصمیم‌گیری پزشک مشخص نشده است. ضوابط مالی درست ارتباط بین پزشک و بیمار چیست؟ این سؤالات و بسیاری دیگر، بیش از آن‌که برای پاسخ‌نیازمند برگزاری دوره‌های آموزشی اخلاق پزشکی باشند، محتاج ریشه‌یابی اجتماعی و برطرف کردن زمینه‌های منجر به این ناهنجاری هستند. این نکته‌ی مهمی است که در سیاست‌گذاری‌های کلان کشوری، تعیین اولویت‌های اخلاق پزشکی کشور و حرکت در جهت بومی‌سازی تحقیقات، لازم است مدنظر باشد.

خداوند بزرگ را شاکریم که توفیق تکمیل و بازنگری کتاب وزین «پزشک و ملاحظات اخلاقی» را پس از گذر نزدیک به یک دهه از چاپ اول عطا فرمود. با توجه به گرایش روزافزون به حوزه‌ی اخلاق زیستی و اخلاق پزشکی در جهان علمی معاصر، این کتاب که مدت‌ها به‌عنوان مرجع آموزشی حوزه‌ی اخلاق پزشکی در کشور مورد استفاده بوده است، نیازمند تغییراتی بود. تکمیل برخی فصول، بازنویسی و روزآمد کردن مطالب و اضافه نمودن برخی مباحث پراهمیت مطرح در حوزه‌های طبابت بالینی، آموزش و پژوهش پزشکی، از جمله تغییراتی است که در ویرایش

جدید اعمال گردیده است. با توجه به گستردگی مباحث اخلاق پزشکی، اضافه نمودن مطالبی به صورت ترجمه از منابع معتبر این حوزه در مجلدات دوم تا سوم این کتاب، به جامعیت محتوای کتاب و جذابیت آن با توجه به استفاده از شیوه‌ی مبتنی بر بیان موارد بالینی (case-based) افزوده است. اما در خصوص این مجلد باید نکاتی را اشاره کنیم.

این کتاب از دو قسمت تألیفی و ترجمه تشکیل شده است. جلد اول کتاب شامل قسمت تألیفی و فصول اولیه از قسمت ترجمه است و در ادامه در جلد دوم کتاب بخش عمده قسمت ترجمه در اختیار خوانندگان گرامی قرار گرفته است.

فصل اول قسمت تألیفی این کتاب، سعی بر این داشته است تا با بیان کلیات تعاریف موجود، جایگاه اخلاق را در حرفه‌ی پزشکی تبیین کند. بیان فلسفه‌ی اخلاق پزشکی در فصل دوم، راه را برای فهم و درک مبانی تصمیم‌گیری اخلاق باز می‌کند. قبل از بیان مباحث عملی، سیری کوتاه بر تاریخچه اخلاق پزشکی، در فصل سوم قسمت تألیفی از کتاب، خوانندگان را با برخی مفاخر علمی در این حوزه و سوگندنامه‌های موجود آشنا می‌کند. مطالب اصلی ارائه‌شده در قسمت تألیفی کتاب در ویرایش قبل در ۶ فصل تنظیم گردیده بود اما با توجه به تغییرات صورت پذیرفت در ویرایش حاضر، تعداد فصول جلد اول به ۱۴ فصل افزایش یافته است. عمده‌ترین تغییر شامل تفکیک مباحث فصل دوم و ویرایش قبلی است که «موضوعات عمده‌ی مطرح در اخلاق پزشکی امروز» را در فصولی جداگانه مورد بررسی قرار داده است. علاوه بر تکمیل مباحث قبلی طی فصول چهارم تا یازدهم این کتاب، دو موضوع «اخلاق پزشکی بالینی» و «تخصیص منابع در بخش سلامت» که از چالش‌های روز اخلاق پزشکی نوین هستند، نیز جدیداً اضافه شده‌اند که فصول دوازدهم و سیزدهم را شامل می‌شوند. فصل چهاردهم برخی فعالیت‌های مهم حوزه‌ی اخلاق پزشکی کشور در دهه‌های اخیر را مرور می‌کند؛ هر چند نمی‌تواند بیانگر تمام تلاش‌ها و همه‌ی دستاوردهای علاقه‌مندان به این حوزه بوده باشد.

به‌طور مسلم، بررسی همه‌جانبه‌ی چالش‌های اخلاقی مهم در علوم پزشکی و زیست‌فناوری در یک کتاب مقدور نیست، لذا همان‌گونه که ذکر شد؛ سعی گردیده است تا با ترجمه‌ی عینی برخی مباحث و آوردن آن‌ها در مجلداتی مجزا، تا حد امکان این نقص پوشش داده شود. لازم به ذکر است که با توجه به تفاوت‌های بین

فرهنگی، تصمیم‌گیری در مواردی چون موضوعات شروع حیات و خاتمه‌ی آن در فرهنگ ایرانی - اسلامی با فرهنگ‌های سکولار متفاوت خواهد بود. لذا سعی بر این بوده است تا با اضافه کردن برخی پاورقی‌ها به این تفاوت‌ها در جای خود اشاره شود. بعضاً در مواردی با توجه به تکرار مطالب مرتبط و ذکر در موارد قبلی و پاورقی از ذکر مجدد پرهیز شده است و تلاش شده به مباحث مرتبط ذکر شده در قسمت اول کتاب ارجاع داده شود. شایان ذکر است طرح تفصیلی مبانی و مباحث کاربرد اخلاق پزشکی بالینی متناسب با شرایط فرهنگ اسلامی - ایرانی در مجموعه‌ای تحت عنوان درسنامه‌ی اخلاق پزشکی در دست تدوین می‌باشد که امید است در آینده‌ای نه چندان دور منتشر شود.

از تمامی همکاران مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، اساتید و دانشجویان اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و سایرین که در ارائه‌ی ویرایش جدید کتاب همکاری کردند، نهایت سپاسگزاری را داریم. در تدوین این اثر همکاری نقش داشته‌اند که باید از آن‌ها تقدیر کرد.

قسمت ترجمه ویرایش فعلی کتاب برگرفته از درسنامه کمبریج برای اخلاق زیستی حاصل زحمات همکار پرتلاش و ارزشمند جناب آقای دکتر کیارش آرامش است. ضمن تقدیر از ایشان از همه همکارانی که در ترجمه‌ی قبلی کتاب نقش داشته‌اند تقدیر می‌نمایم. در این جا لازم می‌دانم از تلاش‌های سرکار خانم دکتر پونه سالاری، جناب آقای دکتر علیرضا پارساپور و خصوصاً نقش بسیار ارزشمند سرکار خانم دکتر فرزانه زاهدی که همکاری بسیاری وسیعی در مرور مکرر کتاب و همکاری در تدوین تعلیقات و همچنین اصلاحات مکرر در متن کتاب داشته‌اند تشکر نمایم. هم‌چنین، از همکاران گرامی سرکار خانم دکتر فریبا اصغری، جناب آقای دکتر علیرضا باقری و جناب آقای دکتر خوش‌نیت که ما را در تدوین بخش‌هایی از قسمت کتاب یاری کردند نهایت سپاس را دارد. امید است این اثر بتواند در ارتقای حوزه‌ی اخلاق پزشکی در کشور نقش شایسته‌ای ایفا کند.

### دکتر باقر لاریجانی

عید غدیر خم ۱۳۹۲

رئیس پژوهشگاه غدد و متابولیسم

دانشگاه علوم پزشکی تهران



## پیشگفتار ویرایش اول قسمت تألیفی کتاب (سال انتشار ۱۳۸۲)

خداوند عالمیان را شاکریم که توفیق نوشتاری جدید در زمینه‌ی اخلاق پزشکی حاصل گردید. بحث اخلاق پزشکی در کشور ما از مباحث نوین است. حدود یک دهه قبل که این مباحث به‌نحو وسیع‌ترین 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 مقوله‌ی اخلاق پزشکی به‌کار 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 شیوه‌ی سنتی نگاشته شده‌اند، اما خوشبختانه طی سال‌های اخیر توجهات بیش‌تری را از سوی علاقه‌مندان 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 تأکید 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 مطالعه‌ی 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 پرسشنامه‌ی منسجمی اطلاعات مورد نیاز برای تکمیل پژوهش جمع‌آوری خواهد گردید. مجموعه‌ی مطالعات صورت گرفته به منظور پایه‌ریزی دقیق تحقیق مورد نظر صورت پذیرفته است. برای استفاده‌ی بیش‌تر همکاران علاقه‌مند تلاش شده است که در جلد اول این نوشتار مباحثی چند پیرامون تعریف اخلاق پزشکی، مسائل عمده‌ی اخلاق پزشکی مطرح در عالم پزشکی و خصوصاً با

توجه به اهمیت مباحث فلسفه‌ی اخلاق، نگرشی گذرا بر آن مباحث آورده شود و هم‌چنین به‌علت نیاز روزافزون به مباحث پژوهش و آموزش در اخلاق پزشکی در فصولی مجزا به آن‌ها پرداخته شده است. در دهه‌ی اخیر در کشور ما تلاش‌های زیادی در زمینه‌ی اخلاق پزشکی، صورت گرفته است که شروع آن از حدود ده‌سال قبل در وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی با تشکیل سمینار بین‌المللی اخلاق پزشکی، تدوین کتاب اخلاق پزشکی و تأسیس مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی بوده است. نگرشی تاریخ‌مدارانه بر این گذشته می‌تواند آینده‌نگری بحث اخلاق پزشکی را در کشور که در آخرین فصل بخش اول به آن اشاره شده است، روشن‌تر نماید. اما جلد دوم کتاب، ترجمه‌ی مقالاتی است که در آن‌ها روش نوین آموزش اخلاق پزشکی، که همان ارائه‌ی 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 ارائه‌ی 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 نظیر مرتبط با آن را مطرح می‌نماید. یکی از نکات پراهمیت این نوشتار، نحوه‌ی آموزش و بحث آن است. گرچه باید اذعان نمود که همه‌ی مباحث اخلاق پزشکی در این کتاب نیامده است، ولی رسالت کاربردی (practical) کردن مباحث اخلاق پزشکی را به خوبی انجام داده است.

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

عید سعید غدیر خم - بهمن‌ماه ۱۳۸۲

**دکتر باقر لاریجانی**

رئیس مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم

دانشگاه علوم پزشکی تهران



# اسامی نویسندگان و ویراستاران کتاب پزشکی و ملاحظات اخلاقی

## ◀ نظارت علمی و اجرایی کتاب

دکتر باقر لاریجانی؛ فوق تخصص غدد و متابولیسم، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## ◀ ویرایش اول کتاب

### تالیف و ویرایش:

دکتر علیرضا باقری؛ دکترای اخلاق پزشکی از کشور ژاپن، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دکتر علیرضا پارساپور؛ استادیار، دکترای اخلاق پزشکی، گروه تاریخ و اخلاق پزشکی، هیات علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دکتر فرزانه زاهدی انارکی؛ دکترای حرفه‌ای پزشکی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

بخش‌هایی از کتاب «اخلاق پزشکی» منتشره توسط معاونت امور فرهنگی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ ۱۳۷۰

## ◀ مترجمان (جلد دوم):

**دکتر علی جعفریان؛** استاد، گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات پیوند کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر علی کاظمیان؛** دانشیار رادیوانکولوژی، انستیتو کانسر، مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر سید موسی صدر حسینی؛** گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## ◀ ویرایش دوم کتاب

### تدوین:

**دکتر فریبا اصغری؛** استاد، متخصص طب کار، گروه تاریخ و اخلاق پزشکی، هیات علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

**دکتر علیرضا باقری؛** دکترای اخلاق پزشکی از کشور ژاپن، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر محسن خوش نیت؛** فوق تخصص غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر فرزانه زاهدی انارکی؛** دکترای حرفه‌ای پزشکی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

### ترجمه:

**دکتر کیارش آرامش؛** دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر پونه سالاری؛** استاد، متخصص داروسازی بالینی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

## ویرایش:

**دکتر علیرضا پارساپور؛** استادیار، دکترای اخلاق پزشکی، گروه تاریخ و اخلاق پزشکی، هیات علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر فرزانه زاهدی انارکی؛** دکترای حرفه‌ای پزشکی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر پونه سالاری؛** استاد، متخصص داروسازی بالینی، هیات علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

## ◀ ویرایش سوم کتاب:

### تدوین:

**دکتر فریبا اصغری؛** استاد، متخصص طب کار، گروه تاریخ و اخلاق پزشکی، هیات علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

**دکتر علیرضا اولیایی منش؛** استاد، دکترای سیاست گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، استادیار افتخاری دانشگاه یورک انگلستان، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر فرزانه زاهدی انارکی؛** دکترای حرفه‌ای پزشکی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر احسان شمسی گوشکی؛** دانشیار، دکترای اخلاق پزشکی، گروه تاریخ و اخلاق پزشکی، هیات علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر ژیلادصادقی؛** استاد، متخصص بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

**دکتر رضا عمانی سامانی؛** استادیار پژوهشی، پزشکی تولید مثل، پژوهشگاه رویان، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

**دکتر زینب فکوره فرد؛** کارشناسی ارشد، اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر مینا مبشر؛** دانشیار، دکترای تخصصی اخلاق پزشکی، گروه تاریخ و اخلاق پزشکی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

**دکتر محمدرضا مبینی زاده؛** دانشیار، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر عفت محمدی؛** استادیار، دکترای سیاست گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## ویرایش:

**دکتر شبنم بزمی؛** استاد، متخصص پزشکی قانونی، فلوشیپ اخلاق زیست پزشکی، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

**دکتر علیرضا پارساپور؛** استادیار، دکترای اخلاق پزشکی، گروه تاریخ و اخلاق پزشکی، هیات علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر حانیسه توسلی؛** دکترای حرفه‌ای پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر نفیسه توسلی؛** دکترای حرفه‌ای پزشکی، مرکز تحقیقات علوم غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر سید عبدالصالح جعفری (زنده یاد)؛** دکترای حرفه‌ای پزشکی، دکترای دین پژوهی، دکترای فقه و اصول، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر کبری جودکی؛** متخصص پره‌بورد زنان و زایمان، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر فرزانه زاهدی انارکی؛** دکترای حرفه‌ای پزشکی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر امیراحمد شجاعی؛** استادیار دکترای اخلاق پزشکی، گروه تاریخ و اخلاق پزشکی، هیات علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر نازافزین قاسم زاده؛** دکترای اخلاق پزشکی، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، آذربایجان غربی، ایران

**دکتر مهرزاد کیانی؛** استاد، متخصص پزشکی قانونی، فلوشیپ اخلاق زیست پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

دکتر حمیدرضا نمازی؛ استادیار، دکترای اخلاق پزشکی، گروه تاریخ و اخلاق پزشکی، هیات علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دکتر مهشاد نوروزی؛ استادیار، دکترای اخلاق پزشکی، گروه تاریخ و اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

دکتر ندا یآوری؛ گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

#### ◀ سایر همکاران در مراحل چاپ و نشر کتاب:

خانم فاطمه باباخانی

خانم فاطمه ذاکر حسینی

خانم لیلا سرافراز

خانم شکوه سلیمی

خانم زینب کریمی

خانم سلماز سادات نقوی الحسینی

## فهرست جلد اول

- a ..... پزشکی و ملاحظات اخلاقی ویرایش سوم ۱۴۰۳
- e ..... پزشکی و ملاحظات اخلاقی ویرایش دوم ۱۳۹۲
- k ..... پیشگفتار ویرایش اول قسمت تألیفی کتاب (سال انتشار ۱۳۸۲)
- m ..... اسامی نویسندگان و ویراستاران کتاب پزشکی و ملاحظات اخلاقی
- ۱ ..... گفتار ۱ جایگاه اخلاق و تعریف اخلاق پزشکی
- ۱۱ ..... گفتار ۲ فلسفه اخلاق پزشکی
- ۴۱ ..... گفتار ۳ گذشته اخلاق پزشکی در دنیا و در کشور ما
- ۵۹ ..... گفتار ۴ تعهد حرفه‌ای پزشکی
- ۷۳ ..... گفتار ۵ ارتباط پزشکی و بیمار
- ۹۹ ..... گفتار ۶ مباحث اخلاق پزشکی قبل از تولد انسان
- ۱۱۱ ..... گفتار ۷ خاتمه حیات انسانی
- ۱۳۱ ..... گفتار ۸ اخلاق پزشکی در گروه‌های خاص
- ۱۴۳ ..... گفتار ۹ اخلاق پزشکی در پیوند اعضا و بافت‌ها
- ۱۵۵ ..... گفتار ۱۰ اخلاق در آموزش پزشکی
- ۱۶۹ ..... گفتار ۱۱ اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی
- ۲۱۵ ..... گفتار ۱۲ فناوری زیستی (بیوتکنولوژی) و اخلاق پزشکی
- ۲۲۹ ..... گفتار ۱۳ اخلاق پزشکی بالینی
- ۲۳۹ ..... گفتار ۱۴ تخصیص منابع در بخش سلامت
- ۲۶۱ ..... گفتار ۱۵ فعالیت‌های اخلاق پزشکی در کشور

## فهرست جلد دوم

- a ..... پزشک و ملاحظات اخلاقی ویرایش سوم ۱۴۰۳
- e ..... اسامی نویسندگان و ویراستاران کتاب پزشک و ملاحظات اخلاقی
- k ..... مقدمه‌ی مترجم: (ویرایش ۱۳۹۲)
- o ..... درسنامه‌ی کمبریج برای اخلاق زیستی
- aa ..... قدردانی و سپاسگزاری
- ۱ ..... Bioethics for Clinicians کتاب چالش‌های مهم اخلاق پزشکی براساس کتاب
- ۳ ..... فصل ۱ مقدمه
- ۱۳ ..... بخش اول ملاحظات مربوط به اطلاعات
- ۱۵ ..... مقدمه
- ۱۹ ..... فصل ۲ رضایت
- ۳۱ ..... فصل ۳ ظرفیت
- ۴۳ ..... فصل ۴ ارائه‌ی اطلاعات
- ۵۷ ..... فصل ۵ انتخاب داوطلبانه
- ۶۷ ..... فصل ۶ حقیقت‌گویی
- ۸۱ ..... فصل ۷ رازداری
- ۹۳ ..... بخش دوم مراقبت‌های پایان زندگی
- ۹۵ ..... مقدمه
- ۹۹ ..... فصل ۸ مراقبت با کیفیت در پایان زندگی
- ۱۰۹ ..... فصل ۹ تصمیم‌گیری جایگزین
- ۱۲۳ ..... فصل ۱۰ برنامه‌ریزی پیشینی مراقبت
- ۱۳۷ ..... فصل ۱۱ اتانازی و کمک‌خودکشی
- ۱۴۷ ..... فصل ۱۲ تعارض مرتبط با پایان زندگی در مراکز مراقبت‌های سلامت

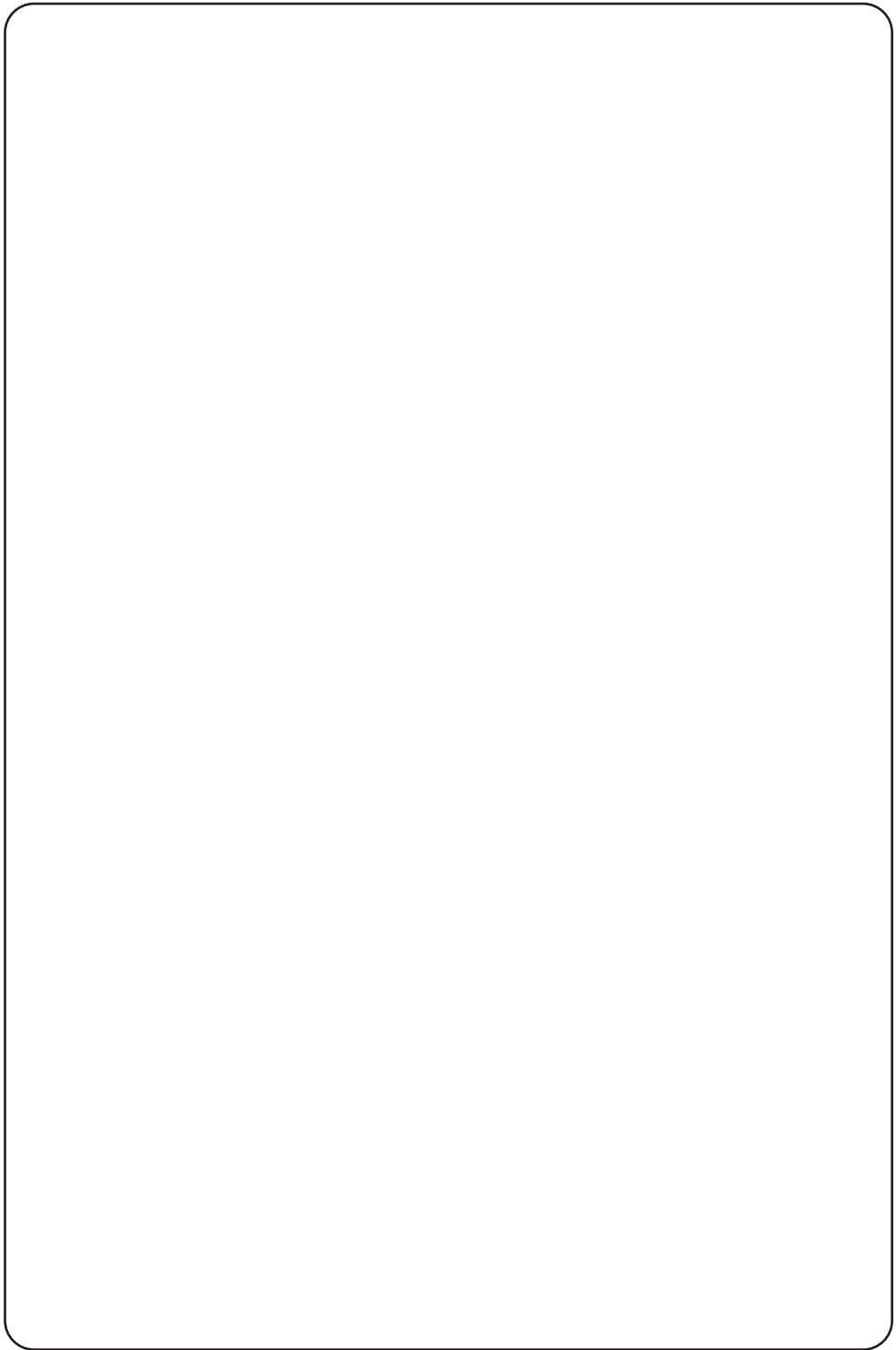


فصل ۱۳ مرگ مغزی .....	۱۶۳
<b>بخش سوم زنان باردار و کودکان.....</b>	<b>۱۷۷</b>
مقدمه .....	۱۷۹
فصل ۱۴ معضلات اخلاقی در مراقبت از زنان باردار: تأملی دوباره درباره‌ی «تعارض‌های مادر و جنین» .....	۱۸۳
فصل ۱۶ کمک باروری .....	۱۹۹
فصل ۱۷ سهیم کردن توأم با احترام کودکان در تصمیم‌گیری پزشکی .....	۲۱۷
فصل ۱۸ مداخله‌های غیردرمانی در پزشکی کودکان .....	۲۲۹
فصل ۱۹ کودک‌آزاری و غفلت از کودک .....	۲۳۹
<b>بخش چهارم ژنتیک و زیست‌فناوری.....</b>	<b>۲۵۷</b>
مقدمه .....	۲۵۹
فصل ۲۰ پیوند عضو.....	۲۶۳
فصل ۲۱ طب بازساختی .....	۲۷۹
فصل ۲۲ آزمون ژنتیکی و غربالگری.....	۲۹۳
فصل ۲۳ زیست‌بانک.....	۳۰۵
فصل ۲۴ ژنتیک رفتاری.....	۳۲۱

## فهرست جلد سوم

- a ..... پزشک و ملاحظات اخلاقی ویرایش سوم ۱۴۰۳
- e ..... اسامی نویسندگان و ویراستاران کتاب پزشک و ملاحظات اخلاقی
- k ..... مقدمه‌ی مترجم: (ویرایش ۱۳۹۲)
- o ..... درسنامه‌ی کمبریج برای اخلاق زیستی
- aa ..... قدردانی و سپاسگزاری
- بخش پنجم اخلاق در پژوهش**
- ۱ ..... مقدمه
- ۳ ..... فصل ۲۵ اخلاق در پژوهش
- ۷ ..... فصل ۲۶ نوآوری در مراقبت پزشکی: مثال‌هایی از جراحی
- ۲۱ ..... فصل ۲۷ کارآزمایی‌های بالینی
- ۳۵ ..... فصل ۲۸ پژوهش اپیدمیولوژیک
- ۴۷ ..... فصل ۲۹ پژوهش بالینی و رابطه‌ی پزشک - بیمار: نقش دوگانه‌ی پزشک و پژوهشگر... ۶۳
- ۷۹ ..... فصل ۳۰ تعارض منافع مالی در پژوهش پزشکی
- ۹۷ ..... فصل ۳۱ پژوهش بر روی رویان و جنین
- بخش ششم نظام‌ها و مؤسسه‌های سلامت**
- ۱۱۳ ..... مقدمه
- ۱۱۵ ..... فصل ۳۲ اخلاق سازمانی
- ۱۱۹ ..... فصل ۳۳ اولویت‌بندی
- ۱۳۵ ..... فصل ۳۴ آشکارسازی خطای پزشکی
- ۱۴۷ ..... فصل ۳۵ تعارض منافع در آموزش و مراقبت از بیماران
- ۱۶۳ ..... فصل ۳۶ اخلاق در سلامت عمومی
- ۱۷۹ ..... فصل ۳۷ فوریت‌ها و فجایع
- ۱۹۱

فصل ۳۸ اخلاق در مراقبت‌های سلامت در مناطق روستایی.....	۲۰۷
فصل ۳۹ اخلاق در مراقبت از سلامت مبتنی بر اجتماع.....	۲۲۷
<b>بخش هفتم استفاده از اخلاق بالینی برای تأثیرگذاری بر مراقبت‌های سلامت ۲۳۹</b>	
مقدمه .....	۲۴۱
فصل ۴۰ اخلاق بالینی و تفکر سیستمی.....	۲۴۷
فصل ۴۱ راهبردهای نوآورانه برای ارتقای اثربخشی در اخلاق بالینی.....	۲۶۵
فصل ۴۲ آموزش اخلاق زیستی به دانشجویان پزشکی و تحصیلات تکمیلی در محیط‌های بالینی.....	۲۷۹
<b>بخش دهم اخلاق زیستی برای تخصص‌ها..... ۲۹۳</b>	
مقدمه .....	۲۹۵
فصل ۵۶ اخلاق جراحی.....	۲۹۹
فصل ۵۷ اخلاق طب بیهوشی.....	۳۱۱
فصل ۵۸ اخلاق در مراقبت‌های ویژه و بحرانی.....	۳۲۵
فصل ۵۹ اخلاق در پزشکی اورژانس و تروما.....	۳۴۱
فصل ۶۰ اخلاق در مراقبت‌های اولیه.....	۳۵۳
فصل ۶۱ اخلاق در بیماری‌های عفونی.....	۳۶۳



## گفتار ۱

### جایگاه اخلاق و تعریف اخلاق پزشکی

#### مقدمه

نظریه‌های پیرامون رفتارهای خوب و بد، درست و خطا، و پاک و پلید انسان به کار می‌رود (۱).

بنا به بیان علامه محمدتقی جعفری (ره)، حذف اخلاق از بشر، در حقیقت حذف خود انسان از عالم است، چراکه تمایز انسان از حیوان، در هوش و درایت، زندگی اجتماعی یا قدرت نیست، بلکه وجه تمایز انسان این است که می‌تواند یک زندگی عالی اخلاقی و معنوی هم داشته باشد. (۲)

#### اخلاق حرفه‌ای

اخلاق حرفه‌ای به تبیین اصول کلی‌تر اخلاق در فضای خاص حرفه‌ای می‌پردازد. به بیان دیگر، شاخه‌ای است که بر ریشه اخلاق روییده است و برای درک درست آن اول باید اخلاق را شناخت و بعد با توجه به

اخلاق منشأ رفتار انسان و خوی و ویژگی‌های درونی اوست و عمیق‌ترین نفوذ و اثر را در حوزه رفتار آدمی دارد. به عبارت دیگر، اخلاق ساختار وجودی انسان است. واژه اخلاق گاه به معنای عام به کار می‌رود و به همه ویژگی‌های درونی انسان اعم از خوب یا بد اشاره دارد، اما در بیشتر موارد، اخلاق در معنای خاص خود یعنی «رفتار و خصوصیات روحی و معنوی مثبت» کاربرد دارد. با این معنا، رفتار اخلاقی رفتاری است که مطابق با ارزش‌های والای انسانی باشد. در زبان لاتین نیز دو کلمه morality و ethics هر دو بیانگر مفهوم اخلاق هستند که البته با یکدیگر تفاوت‌های معنایی نیز دارند. morals به معنای «خلق و خوی راسخ در نفس» است و واژه ethics برای

شرایط و فضای هر حرفه، اخلاق حرفه‌ای ویژه آن را تبیین نمود.

## اخلاق زیستی

با این‌که اخلاق زیستی واژه‌ای جدید است، به اندازه پزشکی قدمت دارد (۳) و زیرمجموعه اخلاق حرفه‌ای محسوب می‌شود. اخلاق زیستی به بحث، تبادل نظر و تأمل پیرامون موضوعات زیست‌شناختی<sup>۱</sup> و علوم بهداشتی<sup>۲</sup> می‌پردازد و منظور از آن، به‌طور کلی، سوق دادن تفکر بشری به سمت ارزش‌های اخلاقی در حیطه پیشرفت‌های وسیع علمی و فناوری است (۴). به عبارت دیگر، اخلاق زیستی بخشی از اخلاق کاربردی است که از مبانی اخلاق برای حل مشکلات پیچیده موجود فعلی یا مشکلات قابل پیش‌بینی آتی در طب و زیست‌شناسی بهره می‌گیرد (۵). بدین ترتیب، محدوده اخلاق زیستی شامل سه حوزه است:

- **اخلاق زیستی از بُعد علمی و دانشگاهی.** چگونه مبانی نظری و عملی در ارزش‌گذاری وظایف و مسئولیت‌ها و تعیین خوب یا بد بودن اعمال اثرگذار هستند؟
- **اخلاق زیستی در سیاست عمومی و قانون.** چگونه نهادهای حقوقی و فرافقانونی می‌توانند در تنظیم مقررات

در حوزه‌های بالینی و پژوهشی دخالت داشته باشند؟

- **اخلاق بالینی.** چگونه می‌توان با عملی کردن اخلاق حوزه مراقبت از بیماران را بهبود بخشید؟ (۳)

## اخلاق پزشکی

در میان همه شاخه‌های اخلاق حرفه‌ای، اخلاق پزشکی<sup>۳</sup> به سبب اهمیت حرفه پزشکی، از جایگاه خاصی برخوردار است. گفته‌اند شرف هر علمی به شرف موضوع آن است و در عالم هستی شریف‌ترین موضوع «انسان» است، زیرا به فرموده قرآن کریم: «لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ»<sup>۴</sup>. انسان خوش‌ساختارترین پدیده و آفریده خداوند است. انسان موجودی است که خداوند او را با دو دست خویش آفریده است: «قَالَ يَا إِبْلِيسُ مَا مَنَعَكَ أَنْ تَسْجُدَ لِمَا خَلَقْتُ بِإِيْدِي أَسْتَكْبَرْتَ أَمْ كُنْتَ مِنَ الْعَالِينَ»<sup>۵</sup>. بنابراین، هر علمی که به نحوی از انسان سخن بگوید شریف است.

علم پزشکی از بدن انسان می‌گوید و جایگاه خاصی در میان علوم دانشگاهی دارد. بدن انسان نازل‌ترین مرتبه وجود اوست، اما علم پزشکی علاوه بر درمان امراض جسمی انسان، از دیرباز با روان و خلقیات

3- Medical ethics.

۴- سوره تین، آیه ۴. به‌راستی انسان را در نیکوترین اعتدال آفریدیم.

۵- سوره ص، آیه ۷۵. فرمود ای ابلیس چه چیز تو را مانع شد که برای چیزی که به‌دستان قدرت خویش خلق کردم سجده آوری آیا تکبر نمودی یا از [جمله] برتری‌جویی؟

1- Biology.

2- Health Science.

با سیری متفاوت و نگرشی منتقدانه شد و جانشین اخلاق پزشکی سنتی<sup>۷</sup> گردید که عمدتاً شامل مبانی و اصولی مبتنی بر اوامر و نواهی بود.

اخلاق پزشکی معاصر با رسالت پرداختن به موضوعات مطرح در عالم پزشکی و تلاش برای حل مشکلات موجود - یا حداقل ارائه روش‌های مختلف برای مواجهه با آن‌ها - شکل گرفت و اکنون نیز در برخی زمینه‌ها موضوعات تحقیقی دقیقی را در دست پژوهش دارد. در این راستا، در دانشکده‌های پزشکی، دوره‌های آموزشی اخلاق پزشکی بر مبنای موارد مشکل در تصمیم‌گیری‌ها<sup>۸</sup> طراحی و اجرا شده و کمیته‌های بالینی اخلاق پزشکی به صورت گسترده در جهت اجرای اصول و قوانین مربوطه فعال شده‌اند. اخلاق پزشکی معاصر، در راستای چند رسالت مهم گام برمی‌دارد:

- ایجاد حساسیت اخلاقی در حرفه‌مندان؛
- کمک به شناسایی موارد اخلاقی در صحنه عمل؛
- فراهم آوردن دانش لازم برای نحوه مواجهه با چالش‌های اخلاقی؛
- و ارائه استانداردهای لازم برای تحلیل و حل مطلوب مسائل اخلاقی (۳).

در حال حاضر، در بسیاری از کشورها، گروه‌های حرفه‌ای تخصصی پزشکی با

او نیز پیوندی ناگسستنی داشته است. علم اخلاق از احوالات ثابت و سجایای پایدار انسانی سخن می‌گوید و در واقع طبابت روح آدمی را بر عهده دارد.

اخلاق پزشکی از دیرباز یکی از اجزای علم طب محسوب می‌شده است و عالمان طب در کنار پرداختن به مسائل پزشکی و توصیه‌های درمانی، توصیه‌های اخلاقی نیز داشته‌اند. متأسفانه پیشرفت‌های علمی در قرون اخیر و توجه بیش از حد به علم، پیامدهای نامطلوبی داشته است، ولی به سبب نیاز وافر جوامع به مقوله اخلاق در طب در دهه اخیر، وسعت و تأثیر بسزای طب در سلامت انسان‌ها، تخلفات فراوان انجام شده در تاریخ طب و نیز گسترش تحقیقات و پیدایش موضوعات جدید در چارچوب انسانی و اسلامی، اخلاق پزشکی پس از طی دوران فترت، بازآرایی نوینی را پشت سر گذاشته و با قوانین و مستندات خاص مدون گشته است. روشن است که برخی مسائل اخلاقی زمانی ملموس و کاربردی می‌شوند که در قالب آیین‌نامه و قانون ارائه شوند.

### سیر اخلاق پزشکی معاصر

اخلاق پزشکی نوین<sup>۶</sup> در طی سال‌های اخیر، به فراخور طرح موضوعات و مباحث جدید، پیشرفت فناوری و نیز افزایش آگاهی‌های عمومی، وارد عرصه‌ای جدید

7- Traditional Medical Ethics.

8- Case Presentation.

6- Contemporary Critical Medical Ethics.

پزشکی نقش داشته‌اند. اطبا در تدوین موضوع، حقوقدانان در مباحث حقوقی، فلاسفه در مباحث فلسفی، و فقها در طرح فتاوی مرتبط با موضوعات مختلف در زمینه اخلاق پزشکی نقش آفرین بوده‌اند؛ در عین حال، اخلاق پزشکی مطالبی مرتبط با ایده‌های آن‌ها ولی کاملاً مستقل از آن‌ها است.

### اخلاق پزشکی و فلسفه

در علم اخلاق پزشکی جدید مباحث متعددی مطرح است که ضروری است هرکس می‌خواهد به این مباحث وارد شود اطلاعات کافی از نگرش‌های متعارف روز داشته باشد. باید به این نکته توجه نمود که ما خواسته یا ناخواسته بر اساس مبانی فکری و نظری خود در بحث فلسفه اخلاق تصمیم‌گیری می‌کنیم و این امر اجتناب‌ناپذیر است. عرضه موضوعات و چالش‌های اخلاقی به عرصه هستی‌شناختی، انسان‌شناختی و معرفت‌شناختی در اسلام، در فهم موضوع از منظر دینی و اتخاذ راهکار مقتضی کمک می‌کند (۷). تبیین اصول چهارگانه اخلاق پزشکی نوین شامل اتونومی (احترام به خودمختاری و استقلال فردی)<sup>۳</sup>، سودرسانی، بی‌ضرر بودن و عدالت، همه باید در پرتو مکتب فلسفی اسلام صورت گیرد. بسیاری از تصمیم‌گیری‌های عملی در حیطه اخلاق پزشکی نیازمند درک روشنی از مباحث

کمک همه گروه‌های مرتبط به تنظیم و کنترل استانداردهای اخلاق پزشکی اقدام کرده‌اند. برای مثال، در انگلستان، انجمن عمومی پزشکی (GMC)<sup>۱</sup> وظیفه شرح، تبیین، صدور یا نفی دستورالعمل‌ها را بر عهده دارد (۶).

### اسلام و اخلاق پزشکی نوین

دین اسلام توجهی عمیق و دیدگاهی وسیع به مسئله اخلاق به‌طور عام و اخلاق پزشکی به‌طور خاص دارد تا جایی که هدف و غایت بعثت و نبوت را «اتمام و اکمال مکارم اخلاق»<sup>۲</sup> عنوان نموده است. اسلام، به‌ویژه مکتب شیعه، با اجتهاد پویای خود به بسیاری از مسائل و موضوعات تازه در اعصار جدید با تحلیلی نوین نگریده است. در حیطه اخلاق پزشکی، منابع اسلامی و به‌ویژه منابع در دست شیعه، خزائن گران‌بها هستند که هنوز جز بخش اندکی از آن‌ها در قالب کلام و کتب در دسترس ارائه نشده است. صحیح آن است که در موضوعات مختلف اخلاق پزشکی، ضمن شناخت صحیح و کامل موضوع، به راهکارهای عملی و قابل قبول برای کشور و فرهنگ خود بر اساس این منابع دست یابیم.

نکته مهم دیگر این است که صاحب‌نظران مختلفی در تکمیل و ارتقای حوزه اخلاق

1- General Medical Council.

۲- اشاره است به این روایت مشهور رسول خدا: «انی بعثت لاتمم مکارم الاخلاق» (بخارالانوار ج ۶۷، ص ۳۷۲).

3- Autonomy.



پیوند اعضا به فتاویٰ فقهی و مباحث حقوقی و پزشکی آن ختم نمی‌شود، زیرا صدها موضوع مرتبط دیگر نیز وجود دارد که باید به آن‌ها توجه نمود.

ارزش‌های اخلاقی از فقه اسلامی و الگوی عملی در نظام اسلامی جدایی‌ناپذیر است. در حقیقت، بین احکام فقهی و مبنای آن‌ها که حسن و قبح عقلی است، پیوندی ذاتی وجود دارد. قواعدی همچون قاعده ضرورت<sup>۵</sup> و قاعده مصلحت عمومی<sup>۶</sup> که در استنتاج فتوا در فقه مورد استفاده قرار می‌گیرند، با در نظر گرفتن غایت دین راه‌حل ارائه می‌دهند (۱۰).

### گستره اخلاق پزشکی

اخلاق، در حقیقت، شاخه‌ای از حکمت عملی است. حکمت عملی دانشی است که درباره افعال اختیاری و تحت قدرت انسان گفتگو می‌کند و بیان می‌نماید که کدام فعل شایستگی تحقق و انجام دارد و کدام ندارد. اخلاق جمع «خُلُق» و «خُلُق» است. خُلُق اختصاص به کیفیت و شکل و صورتی دارد که با چشم دیده می‌شود و درک می‌گردد و خُلُق، ویژه نیروها و سرشت‌هایی است که با بصیرت فهم می‌شوند. ابوعلی مسکویه در تهذیب الاخلاق می‌گوید: «خُلُق حالتی است برای جان انسان که او را بدون فکر و تأمل به سوی کارهایی

فلسفی است (۸). برای نمونه، در موضوع سقط جنین، بحث «شخصانیت»<sup>۴</sup> و دیدگاه مکاتب فلسفی مختلف نسبت به آن، بر تصمیم‌گیری در این حوزه اثرگذار بوده است.

### اخلاق پزشکی و فقه

برخی اخلاق را زیرشاخه فلسفه می‌دانند (۹)، ولی علم اخلاق پزشکی، دانشی میان‌رشته‌ای و مشتمل بر مباحث فقهی، فلسفی، حقوقی و پزشکی است.

در کشور ما، موضوع فقه و فتاویٰ پزشکی، نقش مهمی در تصمیم‌گیری‌های حوزه پزشکی دارد که طبعاً بر حوزه اخلاق پزشکی نیز اثرگذار است. برای مثال، زمان زیادی گذشت تا عمل «پیوند اعضا» که یکی از مباحث پزشکی چالشی و مهم است در کشور ما مطرح شد و تصمیم‌گیران به موضوع پیوند اعضا و مباحثی همچون مرگ مغزی توجه پیدا کردند (هنوز مطالب قابل بحثی در زمینه تعریف پزشکی مرگ مغزی و مانند آن مطرح است، ولی افق بحث تا حد زیادی روشن گردیده است).

عملی و کاربردی شدن مبحث پیوند اعضا در ایران با فتاویٰ عالمان دین در این زمینه قوت گرفت و راه برای انجام کار هموارتر شد. مباحث حقوقی و مصوبه مجلس نیز جنبه‌های حقوقی بحث را روشن نمود. البته، مباحث اخلاقی موجود در زمینه

5- the rule of necessity.

6- Public good= common good.

4- personhood.

برمی‌انگیزاند» (۱۱).

## تعریف اخلاق پزشکی

در منابع مختلف، تعاریف متعدد و متنوعی برای اخلاق پزشکی آمده است. برای مثال، تعریف اخلاق پزشکی از منظر یکی از صاحب‌نظران که آثار فراوانی در این زمینه دارد چنین است:

اخلاق پزشکی فعالیتی تحلیلی است که طی آن افکار، عقاید، تعهدات، روش‌ها رفتارها، احساسات، استدلال‌ها 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 می‌سازد (۱۴).

به بیان این متفکر، هدف و فلسفه اخلاق پزشکی، تسهیل در اتخاذ فکورانه و هوشمندانه چنین تصمیماتی، به‌ویژه در موارد جدی و بحرانی، است.

یکی دیگر از تعاریفی که در این خصوص بیان شده 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 (۱۵)

در کتب و منابع اسلامی، برای اخلاق تعاریف متعددی بیان شده است که آوردن آن‌ها از حوصله این مجال خارج است. اجمالاً می‌توان گفت که اخلاق پزشکی در هر دو جنبه نظری و عملی ویژگی‌های خاصی دارد که تعریف و تبیین دقیق آن‌ها باید در ابتدای مباحث مربوط به این دانش بیاید.

علاوه بر آن، در دهه‌های اخیر، اخلاق پزشکی نوین تغییر و تحولات زیادی یافته است که آن را از اخلاق پزشکی سنتی متمایز ساخته است. اخلاق پزشکی نوین سعی دارد به‌نوعی اخلاق کاربردی را وارد حیطه عمل پزشکان، کادر پزشکی و حوزه تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب نماید. بر این اساس، اخلاق پزشکی دیگر به حوزه بیان صفات اخلاقی پسندیده برای پزشکان، نحوه برخورد پزشک با بیمار، تدوین یا تنظیم قوانین حرفه‌ای در باب رفتار و سلوک و آداب معاشرت پزشکان در حیطه طبابت و بیان قواعد مذهبی یا احساسات بشری محدود نیست. برای مثال، یکی از تغییرات عمده اخلاق پزشکی در دوره معاصر سوق دادن تصمیم‌گیری‌های پزشک‌محور به بیمار‌محور است (۱۲). جایگزینی «اقتدار محض پزشک» با «رجحان رأی بیمار»، حتی در سوگندنامه پزشکی نیز آمده است (۱۳).

(۱۹). هم‌چنین «اخلاق پزشکی را می‌توان تنظیم رفتار و اجرای اصول حاکم بر رفتار شغلی پزشکان تعریف کرد» (۲۰).

اخلاق پزشکی به رابطه میان پزشک و بیمار و همکارانش و همین‌طور به احکام پزشکی توجه جدی دارد، چون بسیاری از احکام و بحث‌های مربوط به تخلفات پزشکی برای تبیین صحیح رابطه پزشک و بیمار هستند (۲۰). این علم، اصول اخلاقی حاکم بر رفتار حرفه‌ای در طب را در برمی‌گیرد و در واقع «شاخه‌ای از اخلاق عمومی است که جامعه انتظار دارد صاحبان حرف پزشکی رعایت نمایند» (۲۱). به بیان دیگر، «علم اخلاق پزشکی منطبق‌کننده روابط و رفتار صاحبان مشاغل پزشکی با کلیات اخلاق است» (۲۲).

به‌طورکلی، می‌توان اخلاق پزشکی را موضوعی گسترده دارای دو جنبه نظری و عملی دانست که در بعد نظری به تبیین مبانی و مفاهیم زیربنایی این علم، توضیح و تشریح فرضیات اخلاقی موجود و ارتباط آن با فرهنگ‌ها و مذاهب و آداب و رسوم جوامع مختلف می‌پردازد و در بُعد عملی، مسائل و مشکلات و مباحث مطرح اخلاقی در حیطه طب و مراقبت‌های سلامت را مورد بحث قرار می‌دهد و چارچوبی کاربردی برای تصمیم‌گیری در شرایط مختلف ارائه می‌نماید. اخلاق پزشکی در این تعریف، ارتباط تنگاتنگی با فلسفه اخلاق، حقوق

به عبارت ساده، «اخلاق پزشکی، اخلاق در صحنه عمل در پزشکی» است (۱۶). اخلاق پزشکی بالینی نیز چنین تعریفی دارد:

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 (۱۷).  
به تعبیری دیگر:

اخلاق بالینی یک مقوله کاربردی است که راهکاری سازمان‌یافته را برای کمک به پزشک در تبیین، تحلیل و حل مباحث اخلاقی در طب بالینی فراهم می‌نماید (۱۸).

در منابع و متون فارسی نیز تعاریفی بیان شده است که اغلب با مبحث اخلاق پزشکی سنتی 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 شده، تعاریف متعددی را در برمی‌گیرد که بر مبنای آن‌ها می‌توان گفت: «اخلاق پزشکی علمی است که موضوع آن، مجموعه آداب و رفتار پسندیده یا ناپسندی است که صاحبان مشاغل پزشکی باید مد نظر قرار دهند»

انسانی فرد و اجتماع، فقه و شریعت، و مقررات مدنی پیدا می‌کند.

### نتیجه‌گیری

نگاهی به تعاریف مختلف اخلاق پزشکی، ضرورت تعریف و تدوین چارچوبی روشن برای مباحث اخلاق پزشکی را آشکار می‌کند. موضوع اخلاق پزشکی در کشور ما از دیدگاه گروه‌های مختلف متفکران متفاوت است: برخی از دیدگاه فلسفی به آن توجه می‌نمایند، برخی نگرش حقوقی دارند و برخی اخلاق پزشکی را مقوله‌ای از نوع فتاوی مرتبط با طبِ عالمان دینی می‌دانند؛ اما به نظر می‌رسد اخلاق

پزشکی در عین داشتن ارتباط با فلسفه، حقوق و دین حاوی موضوعات و مباحث دیگری است که نمی‌تواند زیرمجموعه یکی از این علوم قلمداد شود. برای مثال، مباحث پیوند اعضا یکی از مباحث جدی اخلاق پزشکی است که با دیدگاه‌های فلسفی در مورد انسان، حیات و مرگ ارتباط دارد و از آن متأثر است، اما به‌جز این‌ها با مسائل متعدد دیگری (مانند انتخاب دهنده و گیرنده عضو، تیم انتخاب‌گر، رابطه بین دهنده و گیرنده عضو و...) نیز ارتباط دارد که محققان و متفکران اخلاق پزشکی آن‌ها را طرح کرده و بدان پاسخ می‌گویند.

## منابع

9. Synder JE, Gauthier CC. Evidence-based Medical Ethics: Cases for Practice-based Learning. NC, Humana Press, 2008: 1.
10. Sachedina A. Islamic Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2009: 7-9.
۱۱. مدرسی مر. فلسفه اخلاق: پژوهش در بنیان‌های زبانی، فطری، تجربی، نظری و دینی اخلاق. تهران: مجتمع فرهنگی سروش، ۱۳۷۶: ۱۱-۱۹.
12. Giles JE. Medical Ethics: A Patient-Centered Approach. Rochester (USA): Schenkman Books INC. 1983.
۱۳. زالی مر. مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار. تهران، حقوقی، ۱۳۸۶: ۲۹-۳۳.
14. Gillon R. Introduction to philosophical medical ethics. UK: Wiley 1985, Reprint 2001: 1-8.
15. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics. UK: Oxford University Press, 2001.
16. 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: 171-9.
17. Siegler M, Pellegrino ED, Singer PA. Clinical medical ethics. J Clin Ethics 1990; 1(1): 5-9.
18. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine. New York: McGraw-Hill, 1997: 1-12.
۱۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۸؛ ۴(۳): ۹۰-۱۰۹.
۲۰. جعفری، مت. اخلاق و مذهب. تهران، موسسه تدوین و نشر آثار علامه جعفری. چ ۱۳۸۸: ۹۸-۱۰۰.
3. Singer P, Viens AM. The Cambridge Textbook of Bioethics. Cambridge University Press, 2008: 1.
4. Boemer MR, Sampaio MA. The exercise of nursing in its bioethical dimension. Rev Lat Am Enfermagem 1997; 5(2): 33-8.
5. Iserson KV. Principles of biomedical ethics. Emerg Med Clin North Am 1999; 17(2): 283-306.
6. 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: 31-50.
۷. محمودیان ح، مزیدی م، تابعی س ض، کریمی مح، رحیمیان س. مبانی فلسفی اخلاق در علوم پزشکی با رویکرد اسلامی. مجله علوم پزشکی صدرا ۱۴۰۰؛ ۹(۲): ۲۰۱-۱۸.
۸. لاریجانی ب، زاهدی ف. تأثیر فلسفه اخلاق در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب. مجله دیابت و لیپید ایران. ویژه‌نامه اخلاق در پژوهش‌های بالینی. ۱۳۸۴؛ ۴: ۳۸-۲۵.

- پزشکی. معاونت امور فرهنگی. اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی. معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ سپهر، تهران: ۱۳۷۰.
۲۰. کلیات اخلاق پزشکی. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: ج ۱. تهران: سروش، ۱۳۷۳.
۲۱. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی. صفات یک پزشک، رابطه پزشک و بیمار. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی. ج ۷. تهران: سروش، ۱۳۷۳.
۲۲. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی. اخلاق پزشکی در آیینه اسلام. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: جلد دوم. تهران: سروش، ۱۳۷۳.

## گفتار ۲

### فلسفه اخلاق پزشکی

#### مقدمه

سقراط علم اخلاق را در پاسخ به این سؤال که «یک فرد چگونه باید باشد؟» طرح کرده است، چیزی که امروزه به شکل «یک فرد (در طب و مراقبت‌های بهداشتی: یک مسئول بهداشتی یا پزشک) چه باید انجام دهد؟» در آمده است.

مبحث اخلاق پزشکی محتوای اخلاقی طب را به تفصیل بیان می‌کند و با تحلیل موضوعات اخلاقی مرتبط با پزشکی توضیح می‌دهد که چرا برخی فعالیت‌های خاص، اخلاقی و برخی دیگر غیراخلاقی‌اند. بنابراین، قبل از ورود به بحث اخلاق پزشکی، لازم است به‌طور کلی مکاتب و جهان‌بینی‌ها و اندیشه‌های اخلاقی موجود مورد بحث و بررسی قرار گیرند.

یکی از بخش‌های اساسی و تأثیرگذار اخلاق پزشکی که در فرهنگ اسلامی-

فلسفه اخلاق پزشکی سنگ بنای اخلاق پزشکی است که می‌کوشد در سایه تحلیل‌های فلسفی، درست و نادرست را در حیطه عمل در موضوعات مختلف و مراقبت‌های سلامت توضیح دهد. این قسمت از مباحث اخلاق پزشکی اهمیت بسیار زیادی دارد، چراکه دارای نقشی بنیادین در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی است. رابطه فلسفه و پزشکی از دوران کهن مورد توجه بوده و پایبندی به ملاحظات اخلاقی از همان دوران وجود داشته است. اگر بخشی از فلسفه اخلاق پزشکی را به فلسفه اخلاق به معنای عام آن تقلیل دهیم، با عنایت به فلسفه اخلاق مدون، که در قرن پنجم قبل از میلاد و با سقراط آغاز شده است، می‌توانیم پرسش‌هایی مشابه پرسش‌های کلان اخلاق پزشکی امروز بیابیم.

ایرانی با دیگر کشورها متفاوت است، فلسفه آن است. از این رو، لازم است بینش فرهنگی حاکم را به طور شفاف مورد بررسی قرار دهیم، زیرا فرار از این بینش فلسفی-فرهنگی، ما را به ورطه احساسات و اندیشه‌های غیر صحیح و غیر مدون خواهد کشاند.

### تعریف فلسفه اخلاق پزشکی

در بحث از فلسفه اخلاق پزشکی، ابتدا باید تبیین کنیم که نسبت فلسفه و اخلاق و پزشکی چگونه است.

رابطه فلسفه و پزشکی از دیرباز رابطه‌ای جدی و تعاملی بوده است. از جالینوس، بقراط، افلاطون و ارسطو به عنوان پزشکان و فیلسوفانی نام می‌برند که پزشکی را از منظر تأملات فلسفی تحلیل کرده‌اند. رابطه فلسفه و پزشکی در قرون بعدی اهمیتی افزون‌تر یافته است تا آنجا که از تأثیر پزشکی بر فلسفه در برساختن مفاهیم نظری سخن به میان آورده می‌شود. برای مثال، مفهوم پارادایم<sup>۱</sup>، که توسط تامس کوهن<sup>۲</sup> در کتاب *ساختار انقلابات علمی*<sup>۳</sup> طرح شد و امروزه رواج عام یافته است، ریشه در اندیشه‌های پزشکی لهستانی به اسم لودویک فلک<sup>۴</sup> دارد که در شناخت بیماری‌ها «اندیشه جمعی»<sup>۵</sup> طبیبان را ضروری می‌دانست و آن را به

معنای پارادایم به کار می‌برد. تأثیر توماس سیدنهام<sup>۶</sup>، کاشف تب مخملک، نیز بر آراء فلسفی جان لاک<sup>۷</sup> نشان از تأثیر الگوهای طبابت و پزشکی بر آراء فلسفی دارد. در تاریخ رابطه فلسفه و پزشکی مثال‌هایی از این دست فراوان وجود دارد.

در نیمه دوم قرن بیستم، رابطه فلسفه و پزشکی در غالب فلسفه‌ای مضاف و با عنوان «فلسفه پزشکی» صورت‌بندی تحلیلی جدیدی از مفاهیم سلامت به دست داد. تأمل فلسفی راجع به سلامت، بیماری، کسالت، ناخوشی، طبی سازی، اعتبار شواهد، رابطه پزشک و بیمار، همدلی، گسست بالینی، هنجارگرایی و هنجارناگرایی در تعریف بیماری‌ها، تمایز ناهنجار و نرمال و... نمونه‌هایی از مسائل فلسفه پزشکی هستند. از سوی دیگر، فلسفه اخلاق نیز به پرسش‌هایی همچون هنجارهای قضاوت اخلاقی، تعریف خوب و بد، معیارهای عمل درست و تشخیص آن از نادرست و... اشاره می‌کند. به نظر می‌رسد از آنجا که فلسفه اخلاق پزشکی حوزه‌ای میان‌رشته‌ای محسوب می‌شود، فرو کاستن آن به مباحث فلسفه اخلاق و به تبع آن، فرض کردن فلسفه اخلاق پزشکی به مثابه شاخه‌ای از فلسفه اخلاق نادرست باشد.

1- Paradigm.

2- Thomas Kuhn.

3- The Structure of Scientific Revolutions.

4- Ludwik Fleck.

5- thought collective

6- Thomas Sydenham.

7- John Locke.



## درآمدی بر مفاهیم اولیه و نظری اخلاق پزشکی

علم اخلاق از رفتارهای درست و نادرست، نیک و بد و صفات شایسته و ناشایسته و کارهایی سخن می‌گوید که انجام یا ترک آن‌ها لازم است. بر اساس قواعد اخلاقی می‌توانیم قضاوت کنیم که کدام کار یا صفت خوب است یا بد، کدام درست است و کدام خطا، کدام را باید انجام داد و کدام را نباید. در حقیقت، علم اخلاق پزشکی دانشی است که درباره ارزش (خوب یا بد بودن، درست یا نادرست بودن) صفات و رفتارهای اختیاری اعضای مختلف گروه پزشکی و مراقبان بهداشتی در حیطه عمل، مواجهه با موضوعات مختلف علم پزشکی و همچنین بایدها و نبایدهای آن و نیز درباره ارزش و لزوم اخلاق در صحنه عمل در پزشکی بحث می‌نماید. (۱)

برای معرفی ارزش‌ها و لزوم اخلاق مکاتب مختلفی ارائه شده‌اند. برای تبیین بحث، بیان این نکته ضروری است که در علم اخلاق پیش‌فرض این است که معنای خوب و بد روشن است و قواعد اخلاقی خاصی قابل قبول هستند؛ ولی به‌واقع، کلماتی مانند خوب و بد و باید و نباید چه معنایی دارند؟ آیا خوبی و بدی صفاتی واقعی برای صفات و افعال ما هستند یا صرفاً بیان‌کننده احساسات درونی ما یا برخاسته از توافقاتها و قراردادهای جمعی یا صرفاً توصیه افرادی

خاص هستند؟ آیا قواعد اخلاقی را می‌توان مانند قوانین ریاضیات و فیزیک اثبات نمود؟ آیا این قواعد با ملاک‌های واقعی سنجیده می‌شوند یا مبنای سنجش قواعد اخلاقی، امور غیرواقعی (مثل احساسات درونی، توصیه‌ها یا قراردادهای اجتماعی) هستند؟ آیا مبنای قواعد اخلاقی همیشه ثابت یا در شرایط مختلف زمانی و مکانی تغییرپذیرند؟ قواعد اخلاق مطلق هستند یا نسبی؟

روشن است که خوب و بد قواعد اخلاقی، واقعی یا غیرواقعی بودن ارزش‌ها و لزوم اخلاقی بودن آن‌ها، اثبات‌پذیری یا اثبات‌ناپذیری قواعد اخلاقی، مطلق یا نسبی بودن آن‌ها و... قابل بررسی حسی نیست. بنابراین، روش تجربی به‌طور مستقیم در حل مسائل این دانش کارایی ندارد و روش تحقیق در فلسفه اخلاق، صرفاً عقلی خواهد بود.

اخلاق به ما می‌آموزد که چگونه باشیم و چگونه نباشیم، ولی فلسفه اخلاق می‌پرسد که این بایدها و نبایدها از کجا آمده‌اند؟ منشأ و مبدأ احکام اخلاقی چیست؟ و این احکام چگونه اثبات می‌شوند؟

تئوری‌های مختلفی در مباحث فلسفه اخلاق مطرح‌اند که متناسب با مباحث اخلاق پزشکی به کار برده می‌شوند. مهم آن است که گروه پزشکی تصمیم‌گیرنده با اصول فلسفه اخلاق آشنایی اجمالی داشته باشند. تفاوت نظر در مباحث اخلاق

حوزه اخلاق پزشکی موضوعات مورد بحث و مباحث مورد اختلاف (مانند سقط، حقوق حیوانات، اوتانازی و...) را بررسی می‌کند و سعی در حل آن‌ها دارد (۲).

به بیان دیگر مباحث فرا اخلاق، در حوزه تعریف مباحثی مانند «خوب چیست؟» یا «ارزش چیست؟»، مطرح می‌شود؛ اخلاق اصولی پیرامون مباحثی مانند «کدام فعل خوب است» بحث می‌نماید. (۳)؛ و اخلاق کاربردی ناگزیر بر مشترکات مورد قبول انسان‌ها تأکید می‌کند تا تمامی کسانی که به اخلاقیات اعتقاد دارند بتوانند به لزوم توجه به این مقوله بیندیشند.

نکته مهم دیگر، ارتباط مباحث نظری اخلاقی و عمل و رفتار اخلاقی است. صرف وجود تئوری‌های اخلاقی، به اخلاقی عمل نمودن نمی‌انجامد. ارتباط بین علم و عمل، بسیار بحث‌برانگیز است.

گرچه علم و عمل مانند دو بال پرواز انسان‌اند ولی لزوماً علم، منجر به عمل درست نمی‌شود. چگونگی اجرای اصول اخلاقی در مرتبه فردی و اجتماعی، موضوعی قابل توجه است و راهنمایان بسیاری در زمینه رعایت اصول اخلاقی در مباحث مختلف به هدف تبیین این چگونگی طراحی شده‌اند که در ادامه این نوشتار و در فصول دیگر به آن‌ها پرداخته خواهد شد.

در این گفتار، نظریات و مکاتب مطرح

پزشکی در کشور ما و کشورهای دیگر ناشی از گوناگونی اصول فلسفه اخلاق است. در نتیجه، همه افراد تیم درمانی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی ناگزیر از توجه به این اصول هستند.

## نظریه‌ها و مکاتب اخلاقی

عملکرد یا رفتار اخلاقی نزد افراد مختلف معانی متفاوتی دارد. همچنین تصمیم‌گیری برای تمام بیماران و در تمام شرایط، یکسان نیست. پس درمانگر باید با فرضیه‌ها و مکاتب اخلاقی آشنا باشد و مهارت به کارگیری عملی آن‌ها را در موارد پیش‌آمده داشته باشد. به‌طور کلی نظریات مطرح در فلسفه اخلاق را می‌توان به سه حوزه کلی تقسیم نمود:

- فرا اخلاق<sup>۱</sup>؛
- اخلاق اصولی یا دستوری<sup>۲</sup>؛
- اخلاق کاربردی<sup>۳</sup> (۲).

فرا اخلاق، آنچه مبانی اخلاقی از آن نتیجه می‌شوند را مورد بررسی و بحث قرار داده و معانی آن‌ها را مشخص می‌سازد. به عبارت دیگر فرا اخلاق، مطالعه منشأ و محتوای مفاهیم اخلاقی است؛ اخلاق اصولی یا دستوری، تعیین استانداردها، اصول و قواعد اخلاقی و مشخص نمودن رفتار درست و غلط را بر عهده دارد (۲)؛ اخلاق کاربردی در

1- Metaethics.

2- Normative ethics.

3- Applied ethics.

عمل، دارای ارزش ذاتی است (۴).

### نظریه وظیفه‌گرا<sup>۵</sup>

این مکتب تحت عنوان 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 انگیزه انجام وظیفه صورت گیرد (۵). اخلاقی بودن مستلزم آن است که مردم وظایف اصلی یا الزامات قانونی خود را انجام دهند، مثلاً انسان‌ها نباید به دیگران صدمه وارد نکنند یا دروغ بگویند (۶).

این تئوری در طب سابقه طولانی دارد. شیوه بقراط<sup>۶</sup> نیز در الزام انجام وظیفه درمانگر برای شفای بیمار، ریشه در این ایده داشته است (۶). بر مبنای این نظریه، ملاک تصمیم‌گیری برای درست یا غلط بودن یک عمل از نظر اخلاقی این است که آیا آن عمل مشمول وظیفه یا تکلیفی مشخص است یا خیر. برای معتقدان این تئوری، نتایج عمل اهمیت ندارد و یک عمل می‌تواند اخلاقی باشد حتی اگر نتایج بدی به همراه داشته باشد (۶).

بانفوذترین تئوریسین طرفدار این مکتب، فیلسوف آلمانی ایمانوئل کانت<sup>۷</sup> (۱۸۰۴-۱۷۲۴) است. بسیاری از اخلاقیات پزشکی بر مبنای نظریه اصالت وظیفه کانتی استوار

در فلسفه اخلاق اصولی یا دستوری در فلسفه غرب بازبینی می‌شود و بعد به بیان دیدگاه‌های فلسفه اخلاق اسلامی خواهیم پرداخت. نکته شایان توجه این است که برخی نظریه‌ها و مکاتب موجود با نظریات مطرح در فلسفه اسلامی تفاوت‌های بنیادین دارند و این امر در قضاوت‌ها و تصمیم‌گیری‌های بالینی در مباحث اخلاق پزشکی تأثیرگذار است.

### نظریات و مکاتب مطرح در فلسفه اخلاق

نظریات و مکاتب مطرح در فلسفه اخلاق را می‌توان به سه دسته کلی تقسیم کرد (۲ و ۴).

#### ۱- نظریه‌های اصالت وظیفه<sup>۴</sup> (وظیفه‌گرا)

طرفداران این نظریات معتقدند که ویژگی‌های خود عمل، قطع‌نظر از میزان نتایج مثبتی که در پی می‌آورد، می‌تواند عمل مورد نظر را صواب و لازم نماید. التزامات و تعهدات مشخصی وجود دارند که با «انسان بودن» ما پیوند خورده‌اند (مثلاً مراقبت از فرزندان) و فرضیه‌های مبتنی بر اصالت وظیفه این التزامات را در هر وضعیت و بدون توجه به نتیجه، محور قرار می‌دهند (۲). یک فرد وظیفه‌گرا معتقد است که ویژگی‌های معین خود

5- Deontology.

6- Hippocrate.

7- Emmanuel Kant.

4- Deontological theories.

شده‌اند:

کانت می‌گوید تکلیف به ما دستور می‌دهد که قانون اخلاقی را به صورت امری مطلق انجام دهیم نه امری مشروط. امر مطلق در مکتب کانت از این قرار است: «به‌گونه‌ای عمل کن که دستورالعمل تو بتواند تا سر حد قانون کلی اعتبار یابد.» یا «به نحوی با دیگران رفتار کن که دوست داری دیگران همان‌گونه با تو رفتار کنند و رفتارت با دیگران به‌گونه‌ای باشد که انسان همیشه غایت باشد نه وسیله». به بیان دیگر، مرکز و محور تئوری کانت احترام و ارزش نهادن به استقلال فرد است (۶).

از نظریه‌پردازان اخیر این مکتب، می‌توان به راس<sup>۲</sup> اشاره کرد. راس به تلفیقی از اصالت و وظیفه و اصالت نتیجه (غایت‌گرایی) معتقد است. مبنای نظریه او *Prima facie* duties یا وظایف بدیهی هستند که در حقیقت الزامات اخلاقی حقیقی ما را تشکیل می‌دهند (۲ و ۶). تکالیف اصلی با تأمل و تعقل، بدیهی و آشکار می‌شوند و:

- ۱- وفاداری و صداقت، ۲- بهبود خویشتن،
- ۳- وظیفه جبران اضرار به دیگران، ۴-
- قدردانی، ۵- عدالت، ۶- سودرسانی و ۷-
- نازیانمندی، وظایف عمده‌ای هستند که باید برای کادر پزشکی اهمیت داشته باشند (۲ و ۶).

از میان چهار اصل اخلاق زیست‌پزشکی، سه اصل آن با هفت اصل راس که وظایف

به عقیده 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 (۶).

کانت احکام را به دو دسته احکام مقدم بر تجربه یا *apriori* که حاصل تجربه بشر نیستند و احکام مؤخر از تجربه یا *aposteriori* که از تجربه بشر منتج می‌شوند، تقسیم می‌کند (۵ و ۷). 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 است و عقل به تنهایی قادر به درک مفاهیم آن است (۵ و ۷).

بر مبنای مکتب کانت، وظیفه ناشی از درک عقلی است و عقل حُسن انجام آن را به دلیل اینکه از بدیهیات محسوب می‌شود، درک می‌کند.

بر اساس نظریه دئونتولوژی<sup>۱</sup> (وظیفه‌گرایی) کانت ما باید در هر وضعیت بر اساس یک اصل واحد عمل کنیم و در موقعیت‌های مشابه، بدون توجه به زمان، مکان یا فرد مشخص، همان عمل را انجام دهیم. او این اصل را امر مطلق می‌نامد (۶).

برای مثال، رازداری یک اصل صحیح اخلاقی است که همیشه باید اجرا شود.

2- W.D.Ross.

1- Deontology.

در نظر اول خوانده می‌شوند، اشتراک

دارند. این سه اصل همان‌گونه که پیش از این مطرح شد عبارت‌اند از «سودمندی»، «نازیانمندی» و «عدالت».

**تئوری‌های مبتنی بر حقوق<sup>۸</sup>**  
این تئوری‌ها شاخه دیگری از مکتب اصالت وظیفه هستند (۲ و ۶). در این تئوری منظور از حقوق، امتیازاتی است که همه ما به‌طور ذاتی از آن‌ها بهره‌مندیم مانند حق حیات یا حق آزاد بودن. این حقوق، بدیهی<sup>۹</sup>، غیرقابل بیع و واگذاری به دیگران هستند<sup>۱۰</sup>. این حقوق برای همه یکسان‌اند<sup>۱۱</sup>، بدون توجه به نژاد، سن، جنس یا عوامل دیگر به همه انسان‌ها<sup>۱۲</sup> تعلق دارند و بدون توجه به مرزها و نوع حکومت‌ها در تمام نقاط جهان گسترده می‌شوند (۲ و ۶).

تام بیوچامپ<sup>۳</sup> و جیمز چیلدرس<sup>۴</sup> اصل چهارمی را به این سه اصل افزوده‌اند که در اصول هفت‌گانه راس وجود ندارد: احترام به اتونومی که این اصل را به‌سختی می‌توان از وظایف در نظر اول مشتق دانست و از اصل وفاداری و صداقت نتیجه گرفت. گرچه به نظر می‌رسد اتونومی خیلی دورتر از وظایف در نظر اول دیوید راس باشد.

بیوچامپ و چیلدرس نویسندگان کتاب *اصول اخلاق زیستی*<sup>۵</sup>، چهار اصل اصلاح نفس (که شرح لزوم وجود آن پیش‌تر به تفصیل گفته شد)، قدردانی، جبران خطای گذشته و نیز وفاداری و صداقت راس را در میان فهرست اصول اخلاق زیست‌پزشکی نیاورده‌اند که بسیار قابل تأمل است و در جای خود به بررسی علل آن خواهیم پرداخت.

## ۲- نظریه‌های اصالت نتیجه<sup>۱۳</sup> (غایت‌گرا)

بر مبنای 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 نباید، درست و نادرست و خوب و بد را با توجه به نتیجه کار و میزان خیر و شر مترتب بر انجام آن، تعیین می‌کنند (۱). البته در مکاتب مبتنی بر اصالت نتیجه (غایت‌گرا)، امور گوناگونی

به نظر می‌رسد دست‌کم دو اصل دیگر از اصول هفت‌گانه راس، یعنی اصلاح نفس و جبران خطای گذشته، هم از حیث حرفه‌مندی<sup>۶</sup> و هم از حیث جامعیت زمانی<sup>۷</sup> (گذشته‌نگری و آینده‌نگری) در اصول

8- Rights-based theories.

9- Natural.

10- Inalienable.

11- Equal.

12- Universal.

13- Consequentialist theories.

3- Thomas Beauchamp.

4- James Childress.

5- Principles of Biomedical Ethics.

6- Professionalism.

7- Corrological Comprehensiveness.

در ادامه به شرح آن خواهیم پرداخت.

### نظریه اصالت سودمندی<sup>۴</sup>

مکتب یا نظریه اصالت سودمندی به دو تقسیم‌بندی دارد.

#### تقسیم‌بندی اول

بر مبنای نتیجه یا سود مورد نظر شکل گرفته و عبارت است از (۴):

**نظریه اصالت لذت<sup>۵</sup>** که بر مبنای آن ایجاد لذت فردی<sup>۶</sup> و یا درد برای تعیین اخلاقی بودن یا نبودن عمل ملاک قرار می‌گیرد و بنتام<sup>۷</sup> از فلاسفه قرن هیجدهم از قائلین به این نظریه است؛

- **نظریه اصالت سعادت<sup>۸</sup>** که بر مبنای

آن فعلی اخلاقی است که به سعادت<sup>۹</sup> منجر شود. این نظریه در اصل منسوب به اپیکور است. در اخلاق اپیکوری انتخاب لذت و هماهنگی و موزون ساختن حیات فرد، بر مبنای تعقل و تفکر است. از دیگر فلاسفه مطرح پیرو این مکتب جان استوارت میل<sup>۱۰</sup> است.

- **نظریه اصالت خیر<sup>۱۱</sup>** که افرادی چون

مور<sup>۱۲</sup> به آن معتقدند، یک ارزش را هدف نمی‌دانند بلکه مجموعه‌ای از ارزش‌ها

به‌عنوان غایت فعل اخلاقی مطرح شده‌اند (مانند کمال، معرفت، لذت، قدرت، سعادت و...) و هر یک از این موارد نیز به گونه‌های متفاوتی تفسیر و تعبیر شده‌اند، اما در هر حال یک فرد غایت‌گرا محور مرکزی ارزش را نتیجه عمل می‌داند (۴).

زیرمجموعه‌های این نظریه به سه دسته عمده تقسیم می‌شوند:

**الف- اخلاق خودگرا<sup>۱</sup>**. بر اساس این نظریه، یک عمل زمانی اخلاقی است که نتایج آن برای فرد انجام دهنده مطلوب باشد (۲). معتقدان به این نظر، همواره در پی به دست آوردن بیشترین خیر و سود برای خود هستند (۸).

**ب- اخلاق دیگرگرا<sup>۲</sup>**: این نظریه ملاک اخلاقی بودن عمل را مطلوب بودن آن برای دیگران (غیر از خود فرد) می‌دانند (۲). بر این اساس انسان باید تا حد امکان منافع دیگران را بر منافع خود ترجیح دهد (۴).

#### ج- نظریه سودگرا یا اصالت

**سودمندی<sup>۳</sup>** که بر مبنای آن، یک عمل وقتی اخلاقی است که برای همه سودمندی بیشتری باشد یا به عبارت دیگر، بیشترین سود را برای حداکثر افراد در برداشته باشد (۱ و ۹).

از این میان، نظریه اخیر در اخلاق پزشکی بیشتر مورد استفاده و بحث قرار می‌گیرد و

1- Ethical egoism.  
2- Ethical altruism.  
3- Utilitarianism.

4- Utilitarianism.  
5- Hedonistic utilitarianism.  
6- Pleasure.  
7- Jeremy Bentham.  
8- Eudemonistic.  
9- Happiness.  
10- John Stuart Mill.  
11- Ideal agathistic.  
12- Moore.

داشته باشد، تعیین می‌کند (۲). بنتام<sup>۲۲</sup> از پیروان این نظریه است.

• نظریه سودمندی قاعده‌نگر که توسط اسمارت<sup>۲۳</sup>، سودگرایی محدود نامیده شده است (۴) تعیین قواعدی خاص را برای تعیین سودمندی اعمال ضروری می‌داند. بر مبنای این نظریه، عمل صحیح اخلاقی، عملی است که با قانونی که عموماً نتیجه خوبی داشته است مطابقت داشته باشد (۲). میل<sup>۲۴</sup> از قائلین به این نظر است.

• نظریه‌های دیگری نیز علاوه بر دو دسته فوق به صورت ضعیف‌تر مطرح شده‌اند مانند:

• اصالت سودمندی عمومی<sup>۲۵</sup> که بر مبنای آن عملی اخلاقی است که در صورت اجرای عام و همگانی، نتایج خوبی داشته باشد. بنابراین، نظریه اصالت سودمندی یک نظریه واحد نیست، بلکه مجموعه‌ای از تئوری‌هاست که از چهار جزء تشکیل شده است (۱۰):

۱- جزء نتیجه<sup>۲۶</sup>: صحت عمل با ایجاد نتیجه خوب گره خورده است.

۲- جزء ارزش<sup>۲۷</sup>: خوبی یا بدی نتیجه هر عمل باید با استفاده از معیارهای استاندارد

مثل علم، آزادی، عدالت و مانند آن را به‌عنوان غایت معرفی می‌نماید.

علاوه بر سه نظریه فوق، نظریه‌های اصالت وجدان که روسو<sup>۱۳</sup> (متوفای ۱۷۷۸ م) به آن معتقد بوده است؛ اصالت حیات<sup>۱۴</sup> یا قدرت که گویو<sup>۱۵</sup> و نیچه<sup>۱۶</sup> بنیان‌گذاران اصلی آن بوده‌اند؛ مکتب انزواطلبی کلیون (دل‌کندن از دنیا با هدف کسب آرامش)؛ و مکتب زهدگرایی رواقیون را به نحوی می‌توان در این گروه جای داد (۵). همچنین هیر<sup>۱۷</sup>، سودمندی ترجیحی<sup>۱۸</sup> را پیشنهاد نمود که بر مبنای آن عملی اخلاقی است که ترجیحات و امیال فرد بیشتر در آن ملحوظ باشد (۲).

### تقسیم‌بندی دوم

مکتب اصالت سودمندی را به دو دسته عمل‌نگر<sup>۱۹</sup> و قاعده‌نگر<sup>۲۰</sup> منشعب می‌سازد (۴ و ۱۰ و ۱۱).

• نظریه اصالت سودمندی عمل‌نگر که اسمارت<sup>۲۱</sup> آن را سود‌گروی نامحدود نامیده است (۴)، سنجش نتایج هر عمل را باید به صورت جداگانه و بر این اساس که یک عمل زمانی اخلاقی است که در مقایسه با هر جایگزینی نتایج مطلوبی

13- J.J Rousseau.

14- Vitalisme.

15- Guyau.

16- Nietzsche.

17- R.M Hare.

18- Preference.

19- Act- utilitarianism.

20- Rule- utilitarianism.

21- J.J Smart.

22- Bentham.

23- Smart.

24- Mill.

25- General.

26- Consequence.

27- Value.

سعادت فرد شوند. هدف کلی این معیار به حداکثر رساندن خوشی‌هاست (۶).

مشکل عمده این است که بسیاری از نتایج اعمال، در زمان انجام آن‌ها آشکار نیستند (۶). مشکل دوم آن‌که این تئوری ممکن است به اتخاذ تصمیماتی بیانجامد که با خواسته‌های بیمار منطبق نیستند (۶). برخی مشکلات این مکتب به‌طور عام می‌تواند با مبنا قرار دادن سودمندی قاعده‌مند<sup>۴</sup> رفع گردد و قوانین بر مبنای آنچه بیشتر مفید است، تدوین گردند (۱). معتقدان به مکتب اصالت سودمندی از جمله هیر<sup>۵</sup>، برای تفکر اخلاقی<sup>۶</sup> یک قضاوت دو-سطحی پیشنهاد کرده‌اند که سطح اول، سطح انتقالی یا شهودی، نوعی سودمندی قاعده‌مند است که قوانین و قواعد اخلاقی بخشی از آن هستند (۱۰) و سطح دوم، سطح انتقادی یا بحرانی، نوعی از سودمندی عملی<sup>۷</sup> تلقی می‌شود (۱۰). قسمت عمده و قاطع تئوری دو-سطحی هیر این است که شخص از سودمندی عملی به منظور انتخاب رهنمودهایی از زندگی استفاده می‌کند. این رهنمودها مواردی هستند که به سبب مقبولیت عمومی حداکثر سودمندی را ایجاد خواهند کرد (۱۰).

خوبی ذاتی<sup>۱</sup> یا خیر حقیقی ارزیابی شود. ۳- جزء محدوده<sup>۲</sup>: نتایج اعمال به‌عنوان عامل اثرگذارنده بر هر شخص و نه صرفاً عاملی که برای تعیین صحت اعمال به کار می‌رود، در نظر گرفته می‌شود. این جزء در حقیقت تمام افراد متأثر از عمل را در برمی‌گیرد و با توجه به نسبت تأثیر گرفتیشان، آن‌ها را می‌پوشاند.

این جزء برای کودکان، بیماران دچار اختلالات ذهنی شدید و بیماران در حال اغما مبهم است. همچنین محور تصمیم‌گیری در مواردی مثل سقط‌جنین مورد اختلاف است. همچنین طبق این جزء حیوانات نیز می‌توانند در محدوده اثر قرار بگیرند.

۴- معیاری برای سودمندی<sup>۳</sup>: وجود برخی استانداردها برای خوبی ذاتی و حقیقی ضروری است، چراکه طبق قاعده کلی سودمندی یعنی منافع و خوشی‌ها را به حداکثر و حد اعلی رساندن، در برخی موارد مشخص نیست که چه چیزی را باید به حداکثر رساند (۱۰). مکتب سودمندی در درجه اول درستی یا نادرستی یک عمل را بر اساس نتیجه آن ارزیابی می‌کند. برای مثال، به عقیده بن‌تام، اعمالی درست هستند که خوشبختی ایجاد کنند و اعمالی اشتباه هستند که باعث از بین رفتن

4- Rule- Utilitarianism.

5- Hir.

6- Moral Thinking.

7- Act Utilitarianism.

1- Intrinsic goodness.

2- Range.

3- A principle of Utility.



### ۳- نظریه یا مکتب مبتنی بر فضیلت<sup>۸</sup>

این فرضیه، قدیمی‌ترین فرضیه 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 شده 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، افلاطون و ارسطو، مهم‌ترین قائلان این مکتب هستند. سقراط به اصول «مابعدالطبیعی» اعتقاد داشت و این اصول را مطلق و ابدی می‌دانست و این اولین پایه تأسیس اخلاق مطلق در برابر اخلاق نسبی سوفسطایی بود (۱۲). افلاطون، شاگرد او، انسان را دارای قوه شهوت، غضب و قوه عاقله می‌دانست و حد اعتدال آن‌ها را فضائل عفت، شجاعت و حکمت برمی‌شمرد و معتقد بود هرگاه کسی متصف به این سه ملکه اخلاقی شود، فضیلت چهارمی خواهد داشت که «عدالت» نام دارد. او این چهار فضیلت را اصل همه فضائل می‌دانست (۱۲).

اولین بیان سازمان‌بندی شده نظریه فضیلت را ارسطو در کتاب /اخلاق نیکوماخایی<sup>۹</sup> ارائه نموده است (۱۲ و ۱۳).

از نظر ارسطو، چهار شرط برای محقق شدن فعل اخلاقی یا فضیلت لازم است: اعتدال، آگاهی کامل، اختیار یا آزادی، و یقین فرد عامل به صحت عمل (۱۲). این فرضیه در قرون وسطی و نیز دوره‌های بعد، توسط متخصصان الهیات دین مسیحیت تکمیل شد، اما در حال حاضر و با پیدایش فرضیات جدید، کمتر مورد توجه قرار دارد. خلاصه اینکه در دو نظریه اصالت نتیجه و اصالت وظیفه، سؤال این است که «چه باید بکنم؟» و در نظریه فضیلت سؤال این است که «چگونه فردی باید بشوم؟» (۴). علاوه بر سه مورد ذکر شده، هابز<sup>۱۰</sup> یک راهکار خودگرایانه مبتنی بر اصالت نتیجه، تحت عنوان «نظریه تعهد اجتماعی<sup>۱۱</sup>» و به دلایل صرفاً خودگرایانه ارائه کرده است (۲) که بر مبنای آن چون فرد در یک جهان پایبند به قواعد اخلاقی نسبت به یک جهان بدون این قواعد بهتر زندگی می‌کند، پس ناگزیر 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 (۱۲).

10- Thomas Hobbes.

11- Social Contract theory.

8- Virtue theory.

9- Nichomachean Ethics.

## ۴- تئوری مبتنی بر اصول: چارچوبی برای تحلیل‌های اخلاقی<sup>۱</sup>

اخلاق مبتنی بر اصول هرچند دقیقاً یک تئوری محسوب نمی‌شود، اما به‌طور وسیع در آموزش اخلاقی زیستی<sup>۲</sup> و اخلاق مراقبت‌های بهداشتی<sup>۳</sup> کاربرد دارد (۱۰). این نظریه چهار مبنای اخلاقی کلیدی دارد که در آمریکا و انگلستان راهنمایی فراگیر برای تصمیم‌گیری‌های عملی اخلاق پزشکی محسوب می‌شود و مورد استفاده قرار می‌گیرد (۶). این چهار اصل عمده که به چیلدرس و بیوچامپ منسوب است عبارت‌اند از (۱ و ۶ و ۱۱):

- ارزش قائل شدن برای اختیار و استقلال فرد<sup>۴</sup>؛
- سودمند بودن<sup>۵</sup>؛
- نازیانمندی و اضرار<sup>۶</sup>؛
- ارزش نهادن به عدالت<sup>۷</sup>.

این چهار مبنای اخلاقی همراه با بینش و دیدگاه<sup>۸</sup> استفاده از آن‌ها، یک راهکار ساده اما قابل دسترس و از نظر فرهنگی بی‌طرف به شمار می‌آیند که از آن‌ها می‌توان برای تفکر در مباحث اخلاقی خدمات بهداشتی

استفاده نمود (۱۱). هرچند این اصول مولد قانون نیستند، اما به پزشکان و همکاران در تصمیم‌گیری در مباحث اخلاقی مطرح کمک می‌نمایند. به عبارت دیگر این چهار اصل عمده و نگرش حاصل از آن، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی را قادر می‌سازد که به جای فرهنگ‌های اخلاقی مختلف و غیر متجانس در ایجاد تعهدات اخلاقی مشترک و صحیح، زبان اخلاقی همسان و چارچوب مشترک تحلیلی را برای پاسخ دادن به مشکلات اخلاقی در مراقبت‌های بهداشتی به کار گیرند (۱۱). گرچه در مرحله اول، این اصول منطبق با فرهنگ‌های متفاوت به نظر نمی‌رسند، ولی تعریف و اجرای آن‌ها کاملاً وابسته به فرهنگ‌های گوناگون و به تبع، متفاوت است. این اصول معیارهایی کلی به دست می‌دهند که در موارد متعددی می‌توانند کاربرد داشته باشند، اما در برخی مباحث به دلیل وابستگی به فرهنگ‌های متفاوت از لحاظ تعریف و اجرا رهگشا نیستند. قابل توجه است که کلیت این اصول با تعاریف و وابستگی فرهنگی ذکر شده در ادیان الهی از جمله اسلام قابل پذیرش است.

## احترام به اختیار و استقلال فرد

اصل احترام به اختیار فرد<sup>۹</sup>، تبیین می‌کند که پزشک باید حقوق بیماران

1- Principle- based ethics.  
2- Bioethics.  
3- Health- Care Ethics.  
4- Respect for autonomy.  
5- Duty of beneficence.  
6- Duty of non- maleficence.  
7- Respect for justice.  
8- Scope.

9- Autonomy.

کلی، میزان مواجهه با خطر باید در مقابل میزان فایده مورد انتظار قابل توجیه باشد (۶). آموزش علمی و عملی جدی و مؤثر، هم قبل و هم پس از شروع زندگی حرفه‌ای پزشکی و کسب تجربه کافی در مورد فواید و مضار مداخلات پزشکی، تعهدی اجباری است.

### احترام به عدالت

چهارمین مبنای بدیهی اخلاق، عدالت است. عدالت تعهدی اخلاقی مبنی بر قضاوت منصفانه بین طرفین قضاوت است (۱۱). در اخلاق پزشکی، تعهدات و الزامات ناشی از عدالت را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد (۱۱):

- توزیع منصفانه سرمایه‌ها<sup>۱۰</sup>
- عدالت در رعایت حقوق مردم<sup>۱۱</sup>
- عدالت در اجرای قوانین قابل قبول اخلاقی<sup>۱۲</sup>

هرچند مساوات قلب عدالت است، اما چنانچه ارسطو سال‌ها پیش گفته است، عدالت چیزی بیش از مساوات صرف است (۱۱). عدالت به این معنی نیست که مراقبت‌های پزشکی برای تمام افراد، استاندارد اجباری واحدی داشته باشد بلکه به این معنی است که ما باید عهده‌دار مسئولیت معین با شرایط معین برای

باصلاحیت را در آزادی تصمیم‌گیری بر مبنای ارزش‌های اعتقادی آن‌ها ملحوظ دارد (۶). بیماران باصلاحیت کسانی هستند که قادرند انتخاب‌های مستدل و عقلانی داشته باشند و با اختیار خود بر مبنای آگاهی کافی، تصمیم بگیرند.

در حال حاضر خودمختاری، آگاهی دادن و احترام به بیمار همگی بخش ضروری مباحث اخلاقی در ارتباط حرفه‌ای پزشک با بیمار را تشکیل می‌دهند (۱). اتونومی ایجاب می‌کند قبل از هر اقدامی، با بیمار مشورت و توافق او جلب شود. اخذ رضایت آگاهانه از بیماران و رازداری و وفای به عهد، اتونومی بیمار را تشکیل می‌دهند. این موارد علاوه بر حفظ خودمختاری بیمار، توانایی پزشک را در کمک به بیمار بالا می‌برند. احترام به استقلال فردی بیمار، مستلزم رفتار صادقانه با اوست. هم‌چنین رعایت زمان ملاقات بیمار، برقراری ارتباط مناسب، خوب گوش دادن به بیمار و دادن اطلاعات کافی به او نیز ضروری است.

### اصل سودمندی و عدم اضرار

سودمندی کاملاً با سنت معالجه، کمک کردن و شفا دهی مرتبط است (۶). پزشکی که مهارت‌های علمی و عملی ضروری را ندارد، بعید است به بیمار فایده برساند حتی ممکن است به او ضرر بزند. گاهی لازم می‌شود که بیمار در معرض برخی خطرهای قرار گیرد، اما به‌عنوان یک قاعده

10- Distributive justice.

11- Rights- based justice.

12- Legal justice.

نوزادان و بیماران دچار مرگ مغزی نیز از بحث وسیعی می‌طلبند.

همان‌طور که بیان شد، اصول چهارگانه در کل قابل قبول هستند و نوعاً در بسیاری از شرایط متفاوت تصمیمات پزشکی می‌توانند کمک‌کننده باشند ولی شرایط متعددی وجود دارد که تنها با اتکا بر این اصول نمی‌توان راهکاری یافت. در همین زمینه با توجه به فلسفه و مبانی فلسفی-اسلامی که حقوق متعددی برای انسان‌ها قائل است، انسان را آزاد می‌داند و تمام موجودیت او را محصور در جسم تعریف نمی‌کند و جسم را امانتی نزد انسان می‌شناسد، نمی‌توانیم با استناد به اصل توجه به اختیار انسان، مرگ آسان یا اوتانازی را بپذیریم. تعریف دقیق این اصول مسئله مهمی است. انسان موجودی مجزا در عالم نیست و لذا باید اختیار انسان را در ارتباط با دیگران، فامیل، جامعه و... تعریف نمود.

تعریف دقیق «سودمندی» و تعریف دقیق «ضرر» چیست؟

معیار سودمندی در جهان‌بینی‌های مختلف بسیار متفاوت است. به‌طور مثال، آیا سودمندی را باید در منافع مادی یا معنوی جست‌وجو کرد؟ در فلسفه زندگی که حیات پس از مرگ را قبول دارد، نگاه به این موضوع چگونه است؟ هم‌چنین سؤال درباره عدالت که خود داستان طولانی‌ای داشته و دارد. لذا باید به میزان کارایی این

درمان بیماران باشیم و منصفانه به آن عمل کنیم و تفاوت در دارایی، موقعیت یا نژاد سبب نشود که تفاوتی در ارائه خدمات به بیمار قائل شویم (۱). این اصل در ارائه خدمات بهداشتی-درمانی به‌طور جدی مورد توجه قرار گرفته است. تقریباً می‌توان گفت توجه به اصل عدالت در همه مراحل و سطوح مورد تأکید است.

در تفسیر و کاربرد این اصول، اختلاف‌نظر وجود دارد و هر گروهی تفسیر خود از این اصول را مبنای عملکرد قرار می‌دهد. برای مثال، چه کسی به‌طور بدیهی و طبق این اصول، اختیار و استقلال فردی دارد (۱۱)؟

برای پاسخ به این سؤال می‌توان دختر ۱۴ ساله‌ای را در نظر گرفت که درخواست تجویز قرص‌های پیشگیری از حاملگی دارد. تا چه حد باید به تصمیم او ارزش گذاشت؟ این مسئله در گروه سنی اطفال و افراد دچار بیماری‌های ذهنی نیز مطرح است. آیا حق تصمیم‌گیری یک نوزاد و یک کودک هفت‌ساله یکسان در نظر گرفته می‌شود؟ در مورد فرد مسن یا جنین چگونه باید عمل کرد؟

مثال دیگر در مورد اوتانازی غیرفعال و نحوه برخورد گروه پزشکی با این مسئله است. آسان است که بگوییم پزشک حق ندارد باعث مرگ کسی شود، اما تلاش برای زنده نگه‌داشتن بیمار تا چه حد باید ادامه یابد؟ حق حیات رویان، جنین،

چهار اصل توجه کافی نمود.

اخلاقی» محسوب می‌شود.

## مکاتب متافیزیکی

علاوه بر دسته‌بندی قبلی، برخی منابع، مکاتب اخلاقی را به سه دسته مجزا تقسیم می‌نمایند (۵):

- مکاتبی که معتقدند مفاهیم اخلاقی از هیچ واقعیتی نشئت نمی‌گیرند؛ یعنی مفاهیم اخلاقی مفاهیمی دستوری و توصیه‌ای یا قراردادی و بر اساس توافق گروهی هستند یا صرفاً ریشه در احساسات درونی افراد دارند.
  - مکاتبی که سرچشمه اخلاق را در طبیعت و خواست طبیعی انسان تصور می‌کنند.
  - مکاتبی که ریشه واقعیت‌های اخلاقی را مافوق طبیعت (متافیزیک) می‌دانند.
- با توجه به اهمیت مکاتبی که ریشه متافیزیکی دارند به بررسی عمده‌ترین مکاتب مطرح در این دسته می‌پردازیم.

### ۱- مکتب وجدان

این مکتب مبتنی بر نظریه روسو<sup>۱</sup> است. او عقیده داشت که انسان طبیعتاً خوب آفریده شده و اگر مانعی سر راهش نباشد، اخلاقی عمل خواهد کرد. وجدان رهبر تشخیص‌های انسان است که هم راه‌یاب اوست و هم در صورت تخلف او را توبیخ می‌کند (۵). کانت نیز از طرفداران «وجدان

در اینجا یک سؤال عمده مطرح است و آن این‌که آیا همه محتویات ذهن انسان، همه سرمایه‌های ذهنی و فکری و وجدانی انسان مأخوذ از احساسات و تجربه‌هاست؟ برخی از دانشمندان قدیم و جدید معتقدند که قبل از به کارگیری حواس ظاهر در ذهن انسان هیچ‌چیزی وجود ندارد. همه محتویات فکری و ذهنی انسان از همین دروازه‌های حواس وارد شده‌اند و غیر از این‌ها چیزی وجود ندارد (۱۴ و ۱۵)؛ به عبارت دیگر، نیروی خاصی به نام وجدان در انسان وجود ندارد. انسان به کمک عقل صاحب ملکاتی می‌شود و مفاهیم خاصی را ارزشمند شناسایی می‌کند. این ملکات اقتضا می‌کنند که آدمی با شناخت ارزش‌ها، سیئات را طرد کند. ولی اگر محیط تربیتی و اجتماعی ارزش‌های انحرافی به او القا کرده باشد، ناراحتی «وجدان» را حس نخواهد کرد (۵).

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 قبل از آن در ذهن وجود داشته‌اند (۱۴ و ۱۵). استاد علامه طباطبایی (ره) در تفسیر المیزان، ذیل آیه ۷۳ سوره انبیاء: «وَأَوْحَيْنَا إِلَيْهِمْ فِعْلَ الْخَيْرَاتِ»<sup>۲</sup> استنباط لطیفی

۲- و به ایشان انجام دادن کارهای نیک را وحی کردیم.

1- Rousseau.

که هر انسانی رعایت آن را برای خود و انسان‌های دیگر واجب بداند، مشروط به این‌که منافع دنیوی یا اخروی مترتب بر آن مد نظر نباشد بلکه صرفاً به این هدف انجام شود که راست‌گویی وظیفه همه آدمیان است (۵).

به نظریه کانت انتقاداتی وارد شده که اصولی به نظر نمی‌رسد. از جمله آن‌که تعداد کمی از افراد واجد این شرایط هستند و یا این‌که چه‌بسا راست‌گویی که موجب قتل بی‌گناهی می‌شوند. کانت در پاسخ به این اعتراضات می‌گوید: کمیاب بودن گوهر از ارزش آن نمی‌کاهد. ما با راست‌گفتن وظیفه خود را به نحو احسن انجام داده‌ایم و گناه قتل بی‌گناه به عهده کسانی است که مستقیم یا غیرمستقیم در این عمل شرکت داشته‌اند (۵). در اسلام نیز نگفتن واقعیت در مواردی که منجر به نجات جان انسانی گردد، امری اخلاقی محسوب می‌شود.

عام‌ترین قانون اخلاقی که به نظر کانت، عقل عملی به‌صورت بدیهی درک می‌کند، خوبی و حسن عدالت است. عدل به‌صورت 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 هرکسی به او داده شود». حق چیست؟ حق، چیزی است که منطبق بر عدالت باشد. می‌بینیم که در تعریف مفاهیم

می‌فرمایند: اصل خیرات مثل بذرهایی در باطن انسان‌ها و کمون ذات آن‌ها آفریده شده است و خدا انجام آن‌ها را وحی کرده است (۱۴). در حقیقت، وجدان آن قسمت از ذهن است که به‌صورت باطنی در تمام افراد وجود دارد. «وجدان» به انسان‌ها تکلیف الهام می‌کند و هیچ انسانی به‌حسب سرشت و خلقت از آن بی‌بهره نیست، اما منعطف است و می‌تواند تحت تأثیر محیط سالم و ناسالم و تربیت صحیح و ناصحیح قرار بگیرد و از سایر غرایز مانند شهوت، غضب و همچنین تمایلات فطری درونی تأثیر پذیرد (۱۶).

هر دو نظر ذکرشده، تنها تکیه بر وجدان را برای تبیین ارزش‌های اخلاقی کافی نمی‌دانند. علاوه بر احتمال وجود القائنات نادرست، وجدان ممکن است درباره بعضی امور ساکت باشد و ادراکی نداشته باشد (۱۷).

## ۲- مکتب کانت

کانت معتقد به وجود احکام بدیهی نظری و احکام بدیهی عملی است و این دو را اصول اخلاق می‌داند. (۵). این فیلسوف، خیر اخلاقی را در اراده خیر می‌داند و اراده خیر را به‌عنوان انجام وظیفه معرفی می‌کند و وظیفه را چیزی می‌انگارد که هر انسانی آن را برای خود و همه انسان‌های دیگر واجب‌الاجرا بداند. مثلاً از نظر کانت راست‌گویی به این سبب خیر خواهد بود

باشد؛ یعنی علاوه بر لزوم حسن فعل، لزوم حسن فاعل هم مهم است. این امر از نکات مثبت فلسفه کانت محسوب می‌شود ولی کانت می‌گوید: نیت ارزشمند همان نیت انجام وظیفه و نیت احترام به قانون است و به سبب این گفته این سؤال مطرح خواهد شد که ارزش احترام به قانون از کجا حاصل می‌شود؟ اگر ارزش احترام به قانون را حکمی اخلاقی بدانیم، باز به دور و تسلسل دچار می‌شویم و اگر ارزش احترام به قانون را در زمره امور نظری بیاوریم که همان نیت کمال است، خلاف نظر کانت اندیشیده‌ایم، زیرا او برای نیت کمال ارزش اخلاقی قائل نیست.

### ۳- مکتب انزواطلبی کلیون

وجه تسمیه کلیون که در حدود چهار قرن قبل از میلاد در یونان زندگی می‌کردند، اعتقاد آنان به این است که انسان در راه تعالی باید مانند کلب (سگ) آزاد و رها زندگی کند. این مکتب بر اساس 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 موجب سلب آرامش می‌شود و لذا انسان باید از خارج خود، اعم از خانه و خانواده و دوست و همسایه، دل برکند و راه عمل به این اعتقاد اجتناب از امور دنیوی است.

اشکالی که در این مکتب وجود دارد این است که نظام علل و زندگی اجتماعی را

«حق» و «عدل»، دچار دور و تسلسل شده‌ایم. این دور و تسلسل در صورتی است که اصول اخلاق را از بدیهیاتی بدانیم که عقل آن‌ها را بدون ارتباط با دنیای خارج درک می‌کند، ولی واقعیت این است که تا زمانی که ما یک سلسله موازین نظری نداشته باشیم و موقعیت و نقش و کمال هرکسی را نشناسیم، نمی‌توانیم حقی تعیین کنیم. برای مثال، تا موقعیت و نقش و خصوصیات و مشخصات زن و مرد معلوم ما نباشد، نمی‌توانیم «حق» آن‌ها را طوری که بر اساس عدل باشد ادا کنیم (۵). ابتدا باید حقایق عینی را بشناسیم تا بتوانیم مفهومی برای قضایای عقل عملی به دست دهیم.

در مورد این گزاره کانت که کار اخلاقی باید مطابق با تکلیف باشد نیز، این سؤال مطرح است که وظیفه چیست و از کجا پدید آمده است؟ به عقیده کانت، وظیفه مفهومی است که تصورش بدیهی است؛ یعنی عقل به تنهایی این مفهوم را درک می‌کند و تصدیق آن هم بدیهی است (۵). در حالی که به نظر می‌رسد وظیفه مفهومی اعتباری است. باید ابتدا واقعیاتی وجود داشته 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 حتماً باید نیت فعل هم وجود داشته

نیز به این معنی است که هر پدیده‌ای طبق قانون علت و معلول تحقق پیدا می‌کند و اراده انسان که جزئی از اجزای علت تامه حوادث است، تأثیر کامل در پیدایش حوادث دارد؛ یعنی قضای حتمی الهی با اختیار انسان منافات ندارد (۵).

#### ۵- مکتب‌های اخلاقی سقراط و افلاطون و ارسطو

وجه اشتراک تقریبی این فلاسفه و پیروانشان این است که کمال و سعادت انسان را به‌عنوان ریشه همه اخلاق فاضله معرفی و برخی به کمال و برخی به سعادت تکیه کرده‌اند. برخی جنبه‌های مادی و برخی جنبه‌های معنوی، بعضی وجه دنیوی و بعضی وجه اخروی را بیشتر منظور داشته‌اند.

سقراط و شاگردش افلاطون، عقیده داشتند که برای رسیدن به کمال باید حقایق را شناخت (۵). آنان راه عقلایی برای رسیدن به فضایل اخلاقی و تشخیص مصالح و مفاسد را حکمت‌آموزی 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 چیزی می‌دانست که به این هدف فطری انسان کمک کند. این فیلسوف سعادت را هدفی که انسان پس از گذراندن دوران

شر می‌داند، در حالی که بدی‌های زندگی اجتماعی، معلول رفتار آدمیان است (۵). از سوی دیگر این نوع انزوا و ترک نعمت‌های دنیا انسان را از کمالاتی که باید در سایه زندگی اجتماعی حاصل شوند، محروم می‌کند و نوعاً این دیدگاه با زندگی منطقی در عالم سازگار نیست. دیوجانس<sup>۱</sup> از چهره‌های معروف این مکتب بود.

#### ۴- مکتب رواقیون

وجه تسمیه رواقیون این است که زنون<sup>۲</sup> (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 حتمی الهی می‌دانستند و می‌گفتند که انسان تنها با عقل خود می‌تواند اراده‌اش را تغییر دهد و تعیین کند که به چیزی دل ببندد یا نبندد (۵).

پیروان این مکتب، حوزه خیر و شر اخلاقی را فقط در درون ذات انسان می‌شناختند و می‌گفتند برای این که دل بستگی برای انسان حاصل نشود، باید با تقویت اراده در رد و طرد لذات و شهوات کوشا باشد (۵). در اسلام، دنیاطلبی در جایی که با کمالات معنوی و اخروی منافات داشته باشد مذموم شمرده می‌شود و برای اولیای خدا حب نوعی شرک محسوب می‌شود. قضای الهی

1- Diogenes.

2- Xenon.



اختیاری، نتیجه‌ای مطلوب باشد. برای مثال، در قضیه «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 دارد که فعل اختیاری «کردار عادلانه» نتیجه‌ای مطلوب داشته باشد.

۴- احکام اخلاقی خودبه‌خود ثابت نمی‌شوند و «بدیهی اولی» نیستند، به‌طور مثال با این دیدگاه نمی‌توانیم به‌طور مجرد معتقد باشیم که «عدالت ضرورت دارد» جز آن‌که توجه به نتیجه عدالت داشته باشیم. در واقع در باب عدالت روند فکری از نظر منطقی باید چنین باشد: الف) عدالت نتیجه مطلوب دارد ب) هر فعلی که منجر به نتیجه مطلوب شود، برای تحصیل نتیجه مطلوب ضرورت دارد ج) بنابراین عدالت ضرورت دارد. یک حکم اخلاقی در واقع یک حکم انشایی محض و بدون پایه و مایه و بی‌هدف نیست و تنها حکمی «اخلاقی» است که در رابطه مثبت یا منفی با نتیجه باشد؛ یعنی حتماً در این حکم اخبار وجود دارد و آن اخبار در جمله مورد مثال ما همین اعلام ضرورت عمل یا فعلی است که به نتیجه مطلوب منجر می‌شود.

۵- اما شناسایی صحیح این احکام گاهی با عقل و تحلیل‌های ذهنی امکان‌پذیر است و گاهی این تحلیل ذهنی عقل نیاز

عمر به آن دست یابد، تعریف نمی‌کرد بلکه معتقد بود که سعادت در رفتار انسان و فعالیت زندگی‌اش پدید می‌آید و با زندگی توأم است (۵). گرچه سقراط در نظریات خود به حیات ابدی تکیه داشته، ولی ارسطو تأکیدی چندانی به آن ننموده است.

### مکتب اخلاقی اسلام

قبل از بحث درباره مکاتب اخلاقی اسلام، باید به نکاتی پیرامون جملات، مفاهیم و ارزش‌های اخلاقی اشاره شود (۵):

۱- قضایای اخلاقی فقط عبارات انشایی محض (تنها به‌صورت امر و نهی) نیستند، بلکه اخباری هستند که از واقعیات حکایت می‌کنند؛ اما برای تشخیص درستی یا نادرستی آن‌ها باید معیارهای مشخصی در دست داشت.

۲- ارزش‌های اخلاقی تنها مربوط به اعمال اختیاری انسان هستند، آن‌هم به شرطی که با عناوین انتزاعی‌ای مانند عدالت، ظلم، صدق، کذب و امثال آن همراه باشند، مثلاً گفتار و کردار وقتی از مقوله مفاهیم اخلاقی تلقی می‌شود که منظور «گفتار صادقانه» یا «کردار عادلانه» و یا ضد آن‌ها باشد.

۳- در قضایای اخلاقی، از دیدگاه منطقی، محمول قضیه (مثلاً حسن یا قبح، خیر یا شر) یا امر و نهی و «باید و نباید» موجود در آن، وقتی واقعاً مفهوم اخلاقی خواهد داشت که نتیجه حاصل از یک عمل

«عدالت» است. پس ناگزیر از پاسخ به این سؤال هستیم: عدالت ضروری است چون خداوند سبحان عادل است؟ یا عدالت ضرورت دارد چون نتیجه مطلوب دارد؟ بر اساس نتایج مذکور اخلاق از جهان‌بینی جدا نیست و شناختن کمال مطلوب، با فلسفه و جهان‌بینی مکتب ارتباط دارد. مثلاً در مکتب اسلام، کمال نهایی انسان قُرب و نزدیکی وجودی به خداوند است که به معنای مَتَّصِف شدن انسان به صفات خدایی مانند پاکی و رحمانیت است (۵). ارزش‌های اخلاقی در مکتب اسلام فراگیری و جهان‌شمولی خاصی دارد زیرا محورهایی که بر آن‌ها تکیه می‌شود، کلیت و اطلاق دارند. محورهای اصلی اخلاق در اسلام عبارت‌اند از (۱۸):

- کشش‌های آفرینش و تمایلات بُعد متعالی انسان؛
- وحی الهی و دستورات و برنامه خداوند در مورد عوامل سعادت‌آفرین یا شقاوت‌زا برای انسان.

بر مبنای مکتب اسلام، هنگام پی‌ریزی سعادت باید زندگی دنیوی و اخروی انسان را در نظر گرفت (۱۸) و باید تأثیر هر فعل را علاوه بر حیات این جهانی انسان، در حیات اخروی او هم سنجید و اینجاست که شناسایی دقیق وضعیت اخلاقی افعال، محتاج وحی است (۱۹). از سوی دیگر اصل «اختیار» آدمی و قدرت انتخاب او مورد

به تجربه هم دارد؛ یعنی باید موارد مشابهی در عامل خارج (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 دربردارنده سعادت انسان است.

۷- ارزش اخلاقی فعل (اختیاری) انسان، به اینکه آن فعل چه رابطه‌ای با کمال حقیقی داشته باشد، بستگی دارد. اگر فعل، انسان را به کمال برساند، ارزش مثبت دارد و اخلاقی است و اگر انسان را از کمال بازدارد، ارزش منفی دارد، ضد اخلاقی است و ردیلت شمرده می‌شود و اگر نه به این و نه به آن منجر شود، فاقد ارزش خواهد بود.

۸- تنها انتخاب آزادانه و آگاهانه انسان که مملو از انگیزه‌های متزاحم و مختلف است، ارزش اخلاقی دارد.

۹- رابطه افعال انسان با کمال مطلوب از نظر شدت و ضعف و دوری و نزدیکی تفاوت دارد و به همین سبب نیز ارزش‌های اخلاقی افعال انسان از نظر مرتبه مختلف هستند.

۱۰- برای قضاوت خوبی و بدی در مباحث اخلاقی، باید کمال مطلوب و کیفیت و کمیت رابطه فعل با این کمال مطلوب را بشناسیم. در بند ۴ گفتیم که عدالت ضرورت دارد چون نتیجه مطلوب دارد، اکنون می‌گوییم که کمال نهایی انسان متصف شدن به صفات خدایی‌ای چون

سوخته جان و روانان دیگرند

روح انسان در اثر عبادات و اعمال صالح رابطه قوی تری با خدا پیدا می کند و بر کمال و سعادت آن افزوده می گردد. 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 و در سیر خود به سوی خدا، این علم حضوری را تقویت می کند. منظور از علم حضوری این است که معلوم و عامل خارج از هم تصور نشوند (۵). پس اسلام کمال نهایی انسان را در تقویت رابطه وجودی او با خدای متعال می داند و این رابطه از عمل به اوامر الهی حاصل می شود. هر چه علم حضوری نفس به خدا شدیدتر شود، انسان به خداوند نزدیک تر خواهد شد و هر چه انسان را از خودپرستی، شرک به خدا و احساس استقلال دور کند، به حصول به این کمال کمک می نماید.

نداشتن حس استقلال در اصطلاح ما، به معنای آن است که همه چیز تنها در ارتباط با خدا «هستی و قدرت» می یابد، همچون نوری که از منبع نور ساطع می شود و وجود و قدرتش قائم به آن است. خط سیر کلی انسان در جهت کمال این است که استقلالی که برای خود و اشیا و پدیده ها قائل می شود را از همه هستی سلب کند و آن را تنها در اختیار خدا بداند. پس اسلام کمال نهایی را قرب خدا و راه رسیدن به

تأیید قرآن کریم است (۱۹ و ۲۰).

به عبارتی اختیار از بدیهی ترین اصول اخلاقی اسلام و از محکمت عقیدتی قرآن به شمار می آید (۱۹) از این رو، عملی «ارزش» دارد که در کمال آگاهی و آزادی از انسان صادر شود (۱۸).

در نظام اخلاقی اسلام، به غرایز علوی و سفلی توجه شده است (۱۸). اخلاق، آن وجه از رفتار انسانی است که از روح زیبا سرچشمه می گیرد و زیبایی روح در سایه تعادل قوا و توازن تمایلات درونی انسان است (۱۸). از سوی دیگر، زیبایی عمل در صورتی ارزش آفرین است که از «نیت پاک» سرچشمه بگیرد، لذا اسلام به اصلاح نیت ها و پاک سازی انگیزه ها توجه فراوان دارد (۱۸). فلاسفه اسلامی توجه زیادی به اعتدال داشته اند و معتقد بودند که انسان باید «با معرفت نفس» همه قوای خود و هدف غایی آفرینش را بشناسد و دریابد که تراحم این قوا در کجا شکل می گیرد تا بتواند با رعایت اعتدال رفع تراحم کند. نکته اینکه کمال حقیقی انسان از دیدگاه اسلام در سایه علوم حصولی قرار نمی گیرد. علوم حصولی و رسمی و آموزشی، قوه عاقله را تقویت می کنند و به فعل می رسانند، ولی کمال انسانی فقط در گرو این علوم قرار نمی گیرد. به فرموده مولوی در کتاب

مثنوی:

موسیا آداب دانان دیگرند

این قرب را اطاعت از اوامر و اجتناب از مناهی می‌داند و شرط آن را ایمان ذکر می‌کند. ایمان به این معناست که انسان دلش را با اختیار و اراده تسلیم خدا کند. علاوه بر این دو اصل عمده - کمال نهایی قرب به خدا و راه پرستش او - اصل سومی هم با این مضمون وجود دارد: زندگی دنیوی مقدمه‌ای است برای حیات ابدی و فعالیت‌های اختیاری انسان محدود به همین زندگی است، ولی باید دانست که اعمال ما در این عالم هم اثرگذار است و افرادی هستند که با تقویت علم حضوری، اثر اعمال را در روح خود درک می‌کنند یا می‌بینند (۵)؛ اما چون این زندگی ماهیتی مقدماتی دارد، کمال نهایی را باید در ورای این جهان جست‌وجو کنیم، یعنی در کشف روابط بین افعال اختیاری و نتایج آن که تحت عنوان ملاک ارزش‌های اخلاقی یاد شد، نتایج اخروی را هم منظور بداریم (۵).

در بینش اسلامی و سایر ادیان توحیدی، اصالت از آن روح است و بدن ابزار و وسیله‌ای برای تکامل روح است. خواست و گرایش‌ها در حقیقت تعلق به روح دارد و روح است که تصمیم می‌گیرد و به کمال می‌رسد و به ارزش اخلاقی نائل می‌شود.

با پذیرفتن اصالت روح، بالطبع باید به بدن به‌عنوان ابزار کار روح ارج نهیم، اصالت از آن روح است و ناگزیر باید به ارتقای روح و ارزش ابزاری جسم در رسیدن به حیات

ابدی توجه داشت. روح بخش اساسی وجود انسان و ابدی است و بدن، مرکب روح اوست. از سوی دیگر، روح با اعمالی که به دستکاری بدن انجام می‌دهد، به کمال می‌رسد. حال، با توجه به این که انسان موجودی مختار است، اگر رابطه کمال روح و افعال اختیاری، مثبت باشد، آن افعال متّصف به حسن می‌شوند و اگر این رابطه منفی گردد، متّصف به قبح. فضیلت و رذیلت، خوب و بد، حسن و شر، باید و نباید، همه پیرامون نوع این رابطه دور می‌زنند. بنابراین، برای تقویت ارزش‌های اخلاقی باید حقیقت و شئون روح را بشناسیم (۵).

از نظر فلسفه اسلامی، روح موجودی بسیط و غیرمادی است و مراتبی دارد. نازل‌ترین مرتبه روح، مرتبه‌ای است که با بدن ارتباط مستقیم دارد و رشد و نمو و مسائل آن اصطلاحاً «مرتبه نباتی» نام می‌گیرد. مرتبه بالاتر روح مربوط به ادراکات حسی و حرکات ارادی و غیرارادی است که اصطلاحاً موسوم به «مرتبه حیوانی» است. مرتبه‌اعلای آن «مرتبه انسانی» است که درجات متنوعی دارد.

وجوه تسمیه مراتب اول و دوم، اشتراک با نبات و حیوان است. اگر مراتب مذکور را مراتب طولی روح بنامیم، می‌توانیم برای روح شئون عرضی نیز قائل شویم، زیرا در هر یک از این مراتب، قوای مختلفی برای روح وجود دارد و روح در همه این مراتب

تشخیص دهد و نیازمند هدایت وحی است. لذا آگاهی از وحی و دستورات و منهیات الهی، راه شناخت کمال روح یا نفس است (۵).

همین‌طور بر اساس دیدگاه اسلامی، ریشه خیر و شر اخلاقی آن است که انگیزه اصلی انسان در انجام کار چیست. 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 نیاز جلب می‌کنند. با کامل‌تر شدن نفس، فعالیت آن و استقلالش از عوامل خارجی بیشتر می‌شود و به تدریج خودش جهت حرکت را تعیین می‌کند تا جایی که فعل و انفعالات بدنی تأثیری در نفس نمی‌گذارند (۵). البته رسیدن به این مرحله برای نفس آسان نیست.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت که نفس موجودی است پویا و افعال نفس صرفاً متأثر از عوامل خارجی نیست بلکه خود نفس فعالیت می‌کند و هر چه نفس کامل‌تر شود، تأثیرپذیری کمتری از عوامل خارجی دارد. هم‌چنین افعال اختیاری نفس از توجه آن به یک کمال وجودی نشئت می‌گیرند و نتیجه برای نفس در سایه توجه به آن هدف حاصل می‌شود (۵).

برای مثال، وقتی توجه طبیب به معالجه و درمان بیمار با اهداف عالی کمک به انسان‌ها، نجات دردمندان و برای قرب به

طولی و شئون عرضی، کمالاتی به دست می‌آورد (۵).

لازم به ذکر است که وقتی از روح سخن می‌گوییم، منظور روح بدون ارتباط با بدن و وقتی از نفس صحبت می‌کنیم، منظور روح در ارتباط با بدن است. نفس یک حالت انجذابی مانند یک شوق به طرف کمالات و جذب ملائمت و دفع منافرات آن دارد. این حالت انجذابی همچون علم، قدرت، تصمیم‌گیری، حبّ بقا و کمال نفس، ذاتی است و معلول علت دیگری نیست و در واقع ایجاد نفس به وسیله خالق - یعنی ایجاد وجودی که همه این خصایص را دارد - انجام می‌شود؛ اما اشتغالات نفس گوناگون است و خواست کمالات نفس، از مرتبه نازل تا عالی در نوسان است. شئون مورد توجه نفس نیز بسیار گوناگون هستند (۵).

شناخت صحیح اخلاق، مستلزم آگاهی دقیق از نفس و شئون و مراتب مختلف آن است تا در تراحمات موجود بتوان گزینش درستی داشت. چنین امری از قدرت انسان متعارف خارج است و انسان تنها با عقل می‌تواند معیارهای کلی را درک کند و به علت عدم احاطه کامل به نفس، اولویت‌گزینش‌ها و میزان صحیح تأثیر آن‌ها در کمال نفس و همچنین انسان به سبب شناخت ناکافی از مراحل ارتقا، کمال و حقیقت حیات و غایت زندگی، نمی‌تواند در همه موارد به‌تنهایی راه درست و نادرست را

خدا باشد، دیگر در طبابت و مسیر کمک به مردم به اموری پیش‌پافتاده مانند تعریف و تمجید مردم و یا تنها پاداش مادی توجه نخواهد کرد. در این مسیر مدح و پاداش و شهرت و مقام و انتفاعات مالی هم حاصل خواهد شد، ولی در اصل هدف طیب عالی‌تر از این امور است و روح او می‌تواند تعالی یابد و سیر قرب الهی را طی نماید (۵).

### جمع‌بندی نتایج اصول موضوعه در فلسفه اخلاق در اسلام

با توجه به نظریات و مکاتبات موجود در فلسفه اخلاق که ذکر گردید، می‌توان گفت از یک منظر، مکتب اخلاقی اسلام یک نظام غایت‌گرا یا مبتنی بر اصالت نتیجه است (۸). با توجه به آیات قرآن، مشخص می‌شود که غایت نهایی و مطلوب بالذات انسان در کارهای اخلاقی، سعادت، فلاح و قرب الهی است 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 تأکید دارند. اسلام با نگرش جامع به انسان، در فلسفه اخلاق برای سعادت‌مندی انسان در ابعاد مختلف تلاش می‌کند. نکته قابل تأمل این است که در امور و منافع دنیوی، نظام اخلاقی اسلام، ارزش‌گرا و به تعبیری مبتنی بر اصالت وظیفه است (۸).

مقصود این است که چون نظام اخلاقی اسلام غایت اصلی را سعادت اخروی می‌داند، توصیه‌ای به دنیاگرایی ندارد و تنها دنیا را مسیری برای رسیدن به زندگی ابدی می‌داند و وظیفه‌گرایی را مینا قرار می‌دهد. برای مثال در اسلام، انسان اهل فضیلت کسی است که راست بگوید هرچند به زیان او تمام شود و بخشش کند هرچند در محرومیت قرار گیرد؛ یعنی این امور، قطع‌نظر از سود و زیان دنیوی مترتب بر آن‌ها، ارزش اخلاقی دارد (۸). به بیان دیگر غایت اصلی زندگی در دنیا، «آخرت» است و اصل عمده انجام «وظیفه» در دنیا برای حصول خیر و سعادت اخروی است.

در این دیدگاه پرستش‌گاهی ناآگاهانه است؛ یعنی همه انسان‌ها و موجودات دیگر به پرستش مشغول‌اند و در حال تسبیح الهی‌اند و گاهی آگاهانه است و این در انسان‌ها وجود دارد (۱۴).

قلب انسان به حسب فطرت و غریزه، اخلاق‌گرا است. 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: «فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا»<sup>۱</sup>؛ ما به انسان فجور و تقوا را الهام کردیم. در سوره انبیاء نیز آمده است: «وَأَوْحَيْنَا إِلَيْهِمْ فِعْلَ الْخَيْرَاتِ»<sup>۲</sup>؛ ما کار خیر را به آن‌ها

۱. سوره شمس، آیه ۸.  
۲. سوره انبیاء، آیه ۷۳.

(به‌عنوان معلول) ضرورت بالقیاس دارد و ضرورت، نتیجه فعل است. ضرورت فعل را ایجاب می‌کند و باید و نبایدهای اخلاقی از این رابطه حاصل می‌شود. مثلاً صلاح جامعه عمل به رفتار عادلانه است و این امر موجب ضرورت اجرای آن فعل - یعنی رعایت عدالت در رفتار - می‌شود.

- اصل سوم: انسان روحی قابل استقلال و بقا دارد که در فلسفه به تجرد روح تعبیر می‌شود و لذا با توجه به اعتقاد به بقای روح یعنی حیات ابدی که دیدگاه اساسی در اکثر ادیان الهی از جمله اسلام است، باید نتایج افعال از جمله افعال اخلاقی را با سعادت و شقاوت ابدی تعبیر کرد.

- اصل چهارم: در انسان این روح است که اصالت دارد و انسانیت آدمی قائم به روح و بقای روح است.

- اصل پنجم: روح قابل تکامل است و یک حرکت جوهری اشتدادی و تکاملی دارد. این تکامل در سایه تعلق به بدن صورت می‌گیرد.

- اصل ششم: روح حبّ ذات دارد و این حب، پویا است و از شئون آن میل به تکامل و کمال است و اراده روح در جهت کمالش تبلور می‌یابد.

- اصل هفتم: میل روح به کمال، وقفه‌ناپذیر و بی‌نهایت است. به همین

الهام کردیم. این الهامات را اسلام فطری می‌نامند (۱۴). محور اخلاق اسلامی، کرامت و عزت نفس انسان است. می‌توان گفت اسلام یک نظام غایت‌گرای خودگراست (۸) که در اصل با تعالیم خود، هر فرد را جدا و منفک از سایرین به کمال و سعادت معنوی راهبری می‌کند. از نظر اسلام، حقیقت وجود انسان، نفع‌ای الهی است که در تمام افراد بشر وجود دارد و احساس اخلاقی از این «من» سرچشمه می‌گیرد (۱۴). 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.

## خلاصه اصول فلسفه اخلاق در اسلام

به‌طور خلاصه اصول فلسفه اخلاق در اسلام را می‌توان در موارد زیر خلاصه کرد (۵):

- اصل اول: ارزش‌های اخلاقی، مبتنی بر واقعیات عینی هستند و مفاهیم مختلف اخلاقی مانند حسن و قبح، خیر و شر و باید و نباید، صرفاً انشایی یا اخباری نیستند.

- اصل دوم: افعال اختیاری انسان (به‌عنوان علت) نسبت به نتایج آن

مؤلفه خارج است و باید به وحی رجوع کرد، به همین دلیل است که بسیاری از ارزش‌های اخلاقی باید از لسان وحی بیان شود.

- اصل یازدهم: افعال اختیاری انسان که از توجه خاص نفس سرچشمه می‌گیرد، باعث کمال نفس در مرتبه و شأن مربوط به آن مرتبه می‌شود. این کمال معنایی فلسفی دارد، ولی همیشه در تکامل جوهر نفس از آن نظر که مراتب عالی‌تری نیز وجود دارد، مؤثر نیست و حتی ممکن است موجب تنزل یا رکود تکامل نفس به سوی بی‌نهایت باشد؛ مانند پرداختن به اموری که می‌تواند با نیتی والا سبب کمال انسانی شود ولی هدف فاعل آن امور دنیایی و اهدافی نازل است.

- اصل دوازدهم: کارهای ارادی بدن، اگر اختیاری و با منشأ توجه نفس باشند، باعث کمال نفس در همان شأن می‌شوند. نیت یا توجه نفس که انگیزه افعال محسوب می‌شود، میزان ارزش آن افعال است و موجب کمال نفس می‌گردد.

- اصل سیزدهم: انگیزه نفس رابطه مخصوصی با نوع کار و کمیت و کیفیت آن دارد. انگیزه است که شکل و نوع و سایر مشخصات کار را تعیین می‌کند. شدت و قوت انگیزه، در شکل و قالب کار

سبب انسان میل به کسب روزافزون کمالات دارد و به هیچ حدی قانع نمی‌شود.

- اصل هشتم: تکامل روح در اثر افعال اختیاری و در سایه اراده است؛ یعنی نتیجه افعال انسان هنگامی به روح تعلق می‌گیرد که این افعال از آگاهی و اراده سرچشمه گرفته باشند.

- اصل نهم: روح از نظر شدت و ضعف وجودی مراتبی دارد که عالی‌ترین آن مرتبه عقلی است. روح در هر یک از این مراتب، شئون مختلفی دارد. کمالاتی که برای روح حاصل می‌شود، متنوع و مختلف‌اند و با توجه به مراتب آن شدت و ضعف دارند.

- اصل دهم: کیفیت پیدایش فعل اختیاری این است که نفس یا به‌خودی‌خود (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 تراحم حاصل می‌گردد و نفس قادر به ارضای همه آن‌ها نیست و مجبور به انتخاب اصلح است. در این انتخاب عقل و تجربه نقش عمده‌ای دارند، ولی در بسیاری موارد تشخیص اصلح از عهده این دو



در اصول شناخته شده جهان‌بینی اسلامی، اولین اصل «توحید» است که کمال نفس را در قرب الی الله تلقی می‌کند؛ 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، کلیه ارزش‌های اخلاقی اسلام از جهان‌بینی آن سرچشمه می‌گیرد و در سه وجه خلاصه می‌شود (۵):

۱) کمال حقیقی نفس در قرب به خداوند است.

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

۳) نفس انسانی حیات ابدی دارد.

از منظر اسلام، همه احساسات اخلاقی مثل حس کرامت، شرف، عزت، قدرت و عظمت، در خود واقعی انسان تعبیه شده و در حقیقت این خود واقعی همان «نفخه روحی» است که خدای متعال در قرآن بیان کرده است (۱۸).<sup>۱</sup>

متأسفانه در نظام‌های اخلاقی بشری یا ضامن اجرایی وجود ندارد یا در صورت وجود پا از تازیانه وجدان و فشارهای درونی، فراتر نمی‌نهد (۱۸). چنین ضامن اجرایی‌ای، در برابر سیل ویرانگر هوی

متجلی می‌شود، ولی هر انگیزه‌ای سبب یک شکل خاص از کار نمی‌شود. از هر انگیزه‌ای کاری سرچشمه نمی‌گیرد و هر کاری را هم نمی‌توان به هر نیتی انجام داد. مثلاً نمی‌توان با نیت نجات بیمار لاعلاج، از اوتانازی یا تسریع در مرگ بیمار محتضر بهره برد.

● اصل چهاردهم: اگر کاری چند انگیزه در طول هم داشته باشد، ارزش کار تابع انگیزه اصلی است. برای مثال، طبیبی که با انگیزه اصلی کمک به بیمار و رضایت الهی بر بالین بیماری حاضر می‌شود، ممکن است انگیزه دیگری مانند تأمین زندگی از راه درست نیز داشته باشد، ولی ارزش کار طبیب با همان معیار انگیزه اصلی دیده می‌شود و علامت این انگیزه آن است که طبیب برای رفع نیاز دردمندان، حتی اگر نتواند او را به هدف‌های جنبی برساند، به انجام تکلیف و وظیفه خود خواهد پرداخت.

بر اساس ۱۴ اصل یادشده، می‌توان نظر اسلام را در حیطه ارزش‌های اخلاقی به این صورت خلاصه کرد: «ارزش اخلاقی فعل اختیاری انسان، تابع تأثیری است که این فعل در رسیدن انسان به کمال حقیقی دارد». به نظر می‌رسد که نقطه‌های مثبتی که در حوزه اخلاق در سایر مکاتب‌ها وجود دارند، در اسلام نیز رعایت شده است.

۱. سوره حجر، آیه ۲۹؛ سوره ص آیه ۷۲. «فَإِذَا سَوَّيْتَهُ وَنَفَخْتَ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقُولَا لَهُ سَاجِدِينَ» پس چون او را [کاملاً] درست کردم و از روح خویش در آن دمیدم سجده‌کنان برای او آیه خاک [بیفتید].

ارزشمند از تأثیرگذاری آن در صحنه زندگی فردی و اجتماعی انسان در طول چهارده قرن وجود دارد (۱۸). قدرت ایمان به خدا و اعتقاد به بازخواست در دنیایی دیگر، به قدری است که گاهی انسان را در برابر گناه بیمه می‌کند و او را در زمره انسان‌های کامل که همان اولیای الهی هستند قرار می‌دهد و به مقام عصمت می‌رساند.

و هوس، آن‌هم در قالب شهوت و غضب، قدرت و توان ایستادگی ندارد و با شکست قطعی روبرو می‌گردد.

از ویژگی‌های نظام اخلاقی اسلام اتکا بر مذهب است. عقاید مذهبی و اعتقاد به پاداش و کیفر روز بازپسین، مجری و پشتوانه اصول اخلاقی و راهی است که آیین‌های آسمانی و بالأخص آیین مقدس اسلام آن را انتخاب کرده‌اند، شواهدی

## منابع

- ۱۳۷۳: ۱۲۲-۱۵۲.
11. Frey RG. Utilitarianism. The Annual Intensive Five-Day Course on Medical Ethics, 2001 17-21 sep, UK: London.
۱۲. صانعی دره‌بیدی م. فلسفه اخلاق و مبانی رفتار. تهران: سروش، ۱۳۷۷: ۱۳-۳۳.
۱۳. مدرسی م. فلسفه اخلاق: پژوهش در بنیان‌های زبانی، فطری، تجربی، نظری و دینی اخلاق. تهران: سروش، ۱۳۷۶: ۱۸۱-۱۹۸.
14. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope MBJ 1994; 309: 184-8.
۱۵. مطهری م. فلسفه اخلاق. تهران: صدرا، ۱۳۷۲، ۱۱، ۴.
۱۶. حقانی زنجانی ح. فلسفه اخلاق: نظریه کانت درباره وجدان اخلاقی و نقد آن. مکتب اسلام، ۱۳۷۶؛ ۳۷(۱۰): ۴۷-۵۳.
۱۷. حقانی زنجانی ح. فلسفه اخلاق: اخلاق نظری و اخلاق عملی. مکتب اسلام، ۱۳۷۸؛ ۳۹(۶).
۱۸. مکارم شیرازی ن. اخلاق در قرآن کریم. قم: مدرسه الامام علی بن ابی‌طالب (ع)، ۱۳۷۷: ج ۱، فصل ۳ (مکتب‌های اخلاقی).
۱۹. سبحانی جعفر. ملاک فعل اخلاقی و ویژگی‌های اخلاق در اسلام. کلام اسلامی، ۱۳۷۹؛ ۳۳(۳).
۲۰. جوادی محسن. چشم‌اندازی به اخلاق در قرآن. نقد و نظر؛ ۱۳۷۶، ۴(۱۳-۱۴): ۵۶-۷۷.
1. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: theories of medical ethics. UK: Oxford University press, 2001: 2-19.
2. Fisher J, Dowden B (editors). The Internet Encyclopedia of Philosophy: 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. ماورس ج. دین و غرابت اخلاق. ترجمه و توضیح رضا اکبری. قبسات (پژوهشنامه فصلانه در حوزه فلسفه، دین فرهنگ). ۱۳۷۸؛ ۴(۳): ۴۴-۷۲.
۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی. تهران: چاپ سپهر، ۱۳۷۰.
6. Stone J. An ethical framework for complementary and alternative therapies. London: Routledge, 2002.
۷. کاوندی س، بابایی ح. اخلاق و مکاتب فلسفی آن. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.
۸. شیروانی ع. ساختار کلی اخلاق اسلامی. قبسات (پژوهشنامه فصلانه در حوزه فلسفه، دین فرهنگ). ۱۳۷۸؛ ۴(۳): ۳۸-۴۴.
9. Garrett TM, Baillie HW, Garrett RM. Health care ethics: principles and problems. New Jersey: Prentice Hall, 1993.
۱۰. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی (جلد اول): کلیات اخلاق پزشکی. تهران: سروش،



## گفتار ۳

### گذشته اخلاق پزشکی در دنیا و در کشور ما

#### مقدمه

صیوروت اخلاق پزشکی در جهان معاصر شتاب فراوانی یافت.

در ایران با تأسیس دانشکده پزشکی دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۳ شمسی، جریان نوین اخلاق پزشکی پا گرفت. دکتر قاسم غنی، ادیب و طبیب دانشکده، نخستین کسی بود که به تدریس اخلاق پزشکی همت گماشت. توجه به طرح درس او از منظر تاریخ اخلاق پزشکی، اهمیت ویژه‌ای دارد. دکتر غنی اخلاق پزشکی را به چهار شاخه تقسیم کرد: ملاحظات اخلاقی شخصی طبیب، رابطه طبیب با بیماران، رابطه طبیب با همکاران و رابطه طبیب با سازمان‌ها، مراکز قضایی و تشکیلات حکومتی.

گنجانیدن اخلاق سازمانی در گستره

در کشور ما طی دهه اخیر، توجه به ابعاد مختلف اخلاق پزشکی گسترش قابل توجهی یافته است. در این گفتار سعی بر این است که تلاش پیش‌کسوتان این عرصه تا حدودی معرفی و تبیین گردد. در این نوشتار بعد از ذکر تاریخ معاصر اخلاق پزشکی در کشور به تاریخچه اخلاق پزشکی در جهان و ایران اشاره می‌شود.

#### تاریخ معاصر اخلاق پزشکی نوین در ایران

با شکل‌گیری گفتمان نوین پزشکی، اخلاق پزشکی نیز از منظر مصادیق و مفاهیم دستخوش تحول گردید. رشد فناوری‌های پزشکی، مباحث اخلاقی و فلسفی جدیدی پدید آورد که از ملاحظات اخلاق فردی فراتر رفت و از این وجه

تقسیم حق‌العلاج و سهیم کردن دیگران در آن و نیز نظر اخلاقی به طبیبانی که اسم خود را به عاریت به دیگران می‌دهند از مباحث مهم یاد شده است (۱).

از میان کتاب‌هایی که با موضوع اخلاق پزشکی به نگارش درآمد می‌توان به کتاب *طیب در جامعه* نوشته دکتر ابراهیم چهارازی در سال ۱۳۱۷ از پایه‌گذاران رشته مغز و اعصاب در ایران اشاره کرد. چهارازی در این کتاب ملاحظات اجتماعی-اخلاقی ناظر به پزشکی را مد نظر قرار داد. مقدمه قاسم غنی بر این کتاب و همچنین نوشتار دکتر لقمان الدوله، اولین رئیس دانشکده پزشکی، در آغاز کتاب نشان از توجه و اهتمام به رواج اخلاق پزشکی در آن دوره دارد.

در دهه‌های آغازین کار دانشکده پزشکی، واحدی به نام اخلاق پزشکی برای دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه تهران تدریس می‌شد (۲). در سال ۱۳۴۲ اولین کتاب درسی با عنوان *اخلاق و آداب پزشکی* توسط دکتر محمود ناصر اعتمادیان نوشته شد و همان مقدمه دکتر قاسم غنی بر کتاب *طیب در جامعه* به‌عنوان مقدمه در این کتاب نیز تکرار شد. کتاب *اخلاق و آداب پزشکی* سال‌ها به‌عنوان کتاب مرجع اخلاق پزشکی به دانشجویان آموزش داده می‌شد. بسیاری از مباحث پرچالش اخلاق پزشکی همچون سقط‌جنین، ارتباط با

اخلاق پزشکی در سال ۱۳۱۵ که از نتایج تلاش‌های دکتر غنی است، امری بدیع در تاریخ اخلاق پزشکی به حساب می‌آید. دکتر غنی هم‌چنین به استلزامات طبابت و مباحثی همچون علم و مهارت شغلی طبیب و علومی که برای طبابت سودمند است توجه نموده و با تلاش فراوان آن‌ها را در مبانی اخلاق پزشکی گنجانده است. در بحث رابطه پزشک و بیمار در اخلاق پزشکی، مفاهیمی همچون خونسردی، رفتار خصوصی و عمومی، آشنایی با روانشناسی، منطق تشخیص، حقیقت‌گویی، پیش‌بینی، شجاعت شغلی و ... به چشم می‌خورد. بعضی از این مفاهیم به‌رغم اهمیت، در گذر زمان کم‌رنگ شده است.

در بحث رابطه طبیب و همکاران نیز تمایز میان مشاوره لازم، مشاوره مفید، مشاوره مضر و مشاوره عبث از یکدیگر، جالب توجه است. از نکات بدیع در اولین طرح درس اخلاق پزشکی ایران می‌توان به گنجاندن سرفصل‌هایی همچون اشتباه در نوشتن نسخه، تغییر دادن سیر درمان، امتناع از معالجه، رها کردن بیمار، به‌نژادی (که در آن دوران گفتمانی بحث‌انگیز بود)، سقط درمانی، اسرار طبی، اعلام امراض واگیردار، گواهی و تصدیق به سلامت یا بیماری اشاره کرد.

ملاحظات تعارض منافع نیز در این طرح درس شایان توجه است. تبانی با جراح،

پزشکی در سال ۱۳۸۱ و پس از آن راه‌اندازی مقطع دکتری تخصصی اخلاق پزشکی در سال ۱۳۸۸ از اقدامات آموزشی و پژوهشی مهم در شکل‌گیری گفتمان اخلاق پزشکی در ایران است.

گفتمان اخلاق پزشکی در سطح دکترای تخصصی به تدریج به سایر دانشگاه‌های بزرگ کشور همچون دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و شیراز گسترش یافت و گروه‌های اخلاق پزشکی در عموم دانشگاه‌های کشور تشکیل گردید. این جریان همچنان سیاست‌گذارانه و با تمرکز بر گفتمان سازی اخلاقی در حوزه سلامت، حل مسائل اخلاقی در حوزه بالین، آموزش و پژوهش و نیز نوآوری در مباحث علوم انسانی سلامت در سطح کلان ادامه دارد.

## تاریخچه اخلاق پزشکی در جهان

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 تحت تأثیر تمدن شرقی و فرهنگ ایرانی، در غرب گسترش داشته است (۴). پزشکان آن دوره معمولاً سایر علوم و حکم مانند فلسفه را نیز فرا می‌گرفتند، لذا تاریخچه اخلاق پزشکی با تاریخچه فلسفه در قرون قبل پیوند خورده است.

اخلاق پزشکی با اندیشه‌ها و تفکرات

بیمار و همکار و دیگر ملاحظات قانونی- اخلاقی در طب در این کتاب به تفصیل بحث شده است (۳).

پس از آن با توجه به جریان اخلاق پزشکی، تدریس این واحد به استادان شاخص و متخلق این عرصه سپرده شد. افرادی همچون دکتر کمال‌الدین آرمین، دکتر علیرضا یلدا، دکتر حسن فرسام و... که از جمله مدرسان شاخص اخلاق پزشکی به شمار می‌روند. در میانه دهه ۵۰ ش. به تدریج درس اخلاق پزشکی در قالب ملاحظات قانونی ارائه شد و «پزشکی قانونی» در نظام درسی دانشجویان جای واحد اخلاق پزشکی را گرفت. پس از انقلاب اسلامی تدریس اخلاق پزشکی به همت گروه معارف و با همکاری استادان شاخص دانشگاه ادامه پیدا کرد.

در سال ۱۳۷۲ با پیشرفت تکنولوژی‌های پزشکی و مسئله انگیزی روزافزون مباحث اخلاق پزشکی، اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران در تاریخ ۲۳-۲۵ تیرماه توسط معاونت امور فرهنگی و حقوقی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برگزار شد که نقطه عطفی در شکل‌گیری جلسات و کارگروه‌های اخلاق پزشکی نوین در ایران به شمار می‌رود. بسیاری از صاحب‌نظران داخلی و خارجی در این همایش شرکت کردند و مباحث جدیدی مطرح گردید.

تأسیس مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ

قوانین حمورابی<sup>۵</sup> (۱۷۲۷ ق.م.) که در آن از مجازات پزشکان خطاکار یاد شده است، اما از ذکر جنبه‌های اخلاقی خالی است (۸). سوگندنامه بقراط در حقیقت به‌منزله یک تعهدنامه اخلاقی برای قبول و بکار بستن اصول اخلاقی حرفه پزشکی است. متن ترجمه شده سوگندنامه بقراط در پی خواهد آمد:

### متن سوگندنامه بقراط

من به آپولون<sup>۶</sup>، پزشک آسکلپیوس<sup>۷</sup>، هیثیا<sup>۸</sup> و پاناکیا<sup>۹</sup> 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 و احتیاجات وی را مرتفع سازم. پسرانش را مانند برادران خود بدانم و در صورتی که بخواهند به تحصیل پزشکی پردازند، بدون مزد یا قراردادی، حرفه پزشکی را به آن‌ها بیاموزم.

اصول دستورهای کلی، دروس شفاهی و تمام معلومات پزشکی را جز پسران

فلاسفه بزرگی چون سقراط<sup>۱</sup> (۳۹۹-۴۷۰ ق.م.)، افلاطون<sup>۲</sup> (۳۴۷-۴۲۷ ق.م.) و ارسطو<sup>۳</sup> (۳۲۲-۳۸۴ ق.م.) در قرون چهارم و پنجم قبل از میلاد پیوند نزدیکی داشته است (۵ و ۶). این متفکران یونانی علم اخلاق را در کنار علم پزشکی فراگرفته بودند و آن را به‌عنوان «هنر زیستن» و «مراقبت و مواظبت از نفس» توصیف می‌نمودند و از سوی دیگر عقل سالم را در بدن سالم می‌دانستند (۶).

کلیات فلسفه اخلاقی سقراط و افلاطون قبلاً در مباحث فلسفه اخلاق بیان گردید. در همان دوران، بقراط<sup>۴</sup> (۴۵۰-۳۸۰ ق.م.) که او را پدر علم طب نیز نامیده‌اند، سوگندنامه معروف خود را تنظیم نمود (۷). بقراط اولین کسی بود که مبانی اخلاقی را در قالب قسم‌نامه با طبابت آمیخت (۸). می‌توان گفت که بزرگ‌ترین سهم بقراط در زمینه پزشکی، اعتقاد او به اصول اخلاقی بود و سوگندنامه معروفش تبلور این اعتقاد است (۹). سوگندنامه بقراط که شامل قدیمی‌ترین قوانین اخلاق پزشکی است، در بسیاری از کشورهای جهان در مراسم اتمام دوره تحصیل پزشکان، تحت عنوان تعهدنامه قرائت می‌شود. البته ظاهراً قبل از بقراط نیز مقرراتی وجود داشته است، مثلاً

5- Code of Hammurabi.

6- Apolon

7- Asklipios= Esculapr

8- Hygeia.

9- Panakeia.

1- Socrates.

2- Plato.

3- Aristotle.

4- Hippocrates.



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 مردمان، سرافکنده و شرمسار باشم.

اعلامیه ژنو که پس از جنگ جهانی دوم در سال ۱۹۴۸ توسط انجمن جهانی پزشکی<sup>۱۰</sup> (WMA)، تهیه شد، در حقیقت سوگندنامه روزآمد شده بقراط است (۱۰).

پس از میلاد مسیح (ع)، برخی اخلاقیون مسیحی از جمله اکویناس<sup>۱۱</sup>، در قرون سوم و چهارم پس از میلاد، فلسفه اخلاق دینی را در مقابل حکمت رواقی (قرون سوم ق.م تا قرن سوم بعد از میلاد) که فلسفه‌ای مادی‌گرایانه بود، بیان و تدوین نمودند. اخلاق فلسفی مبتنی بر مسیحیت در جهان غرب تا اوایل عصر جدید، فرهنگ مغرب زمین را تحت سیطره داشت (۶). قرون ۱۷ و ۱۸ بعد از میلاد در جهان غرب، تقریباً دوران گذر از قرون وسطی به عصر جدید پیشرفت‌های علمی بشر محسوب می‌شود (۴). در این دوران، هیوم (۱۷۲۴-۱۸۰۴) و بنتام (۱۷۴۸-۱۸۳۲) مهم‌ترین نظریات تأثیرگذار بر اخلاق پزشکی را در غرب ارائه نمودند (۴ و ۶). در دهه‌های بعد میل (۱۸۰۶-۱۸۷۳)، راس (۱۸۷۷-۱۹۷۱) و مور (۱۸۷۳-۱۹۵۸)، به بیان دیدگاه‌های

خود، پسران استادام و شاگردانی که طبق قانون پزشکی پذیرفته شده و سوگند یاد کرده‌اند، به دیگری نیاموزم. پرهیز غذایی را برحسب توانایی و قضاوت خود به نفع بیماران تجویز خواهم کرد نه برای ضرر و زیان آن‌ها و به خواهش اشخاص به هیچ‌کس داروی کشنده نخواهم داد و مبتکر تلقین چنین فکری نخواهم بود. هم‌چنین وسیله سقط جنین در اختیار هیچ‌یک 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 داخل شوم، به جهت مفید بودن برای حال بیماران وارد خواهم شد و از هر کار زشت ارادی و آلوده کننده به‌خصوص 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 هیچ‌کس نخواهم گفت زیرا این قبیل مطالب را باید به گنجینه اسرار سپرد.

اگر تمام این سوگندنامه را اجرا کنم و به آن افتخار نمایم، از ثمرات زندگی و

10- World Medical Association.

11- Thomas Aquinas.

(۱۱). از سوی دیگر، ایجاد برخی معضلات و نابسامانی‌ها در گستره اخلاق پزشکی طی پنج دهه اخیر، منجر به وضع قوانین و آیین‌نامه‌های اخلاق پزشکی به صورت بین‌المللی، منطقه‌ای یا ملی شده است (۱۲ و ۱۳). کمیته‌های اخلاق پزشکی در امر نظارت بر اجرای مطلوب این قوانین، نقش ویژه‌ای دارند (۱۲).

## تاریخچه اخلاق پزشکی در ایران

### اخلاق پزشکی در ایران باستان

طب و اخلاق پزشکی در بین ایرانیان از قدمتی طولانی برخوردار است. بر طبق برخی منابع، سابقه پزشکی در ایران مربوط به دوران قبل از بقراط است و از اخلاق پزشکی پارسیان در آن دوران یاد گردیده است (۴ و ۱۴). کشور ایران، به دانش وافر و داشتن طبیبان حاذق، شهرت داشته است (۴ و ۱۴). علاوه بر استعداد فراوان ایرانیان، دستیابی به پیشرفت‌های پزشکی آشوریان، بابلیان و یونانیان طی قرون متمادی، نقش عمده‌ای در پیشرفت پزشکی در ایران باستان داشته است.

همراهی طبابت با دیانت از روزگار قدیم در ایران رواج داشته است (۸). طب باستان ایرانی با آیین زرتشت و تعلیمات اوستا پیوند جدایی‌ناپذیری داشته است (۹). پزشکان از طبقه روحانیان که عالی‌ترین طبقه

فلسفی خود در حیطه اخلاق پرداختند که بر موضوع اخلاق پزشکی نیز اثر داشت (۴ و ۶)؛ اما در قرون نوزدهم و بیستم، با علمی شدن طب<sup>۱</sup> تغییر و تحولات عمیقی در اخلاق پزشکی ایجاد شد (۴).

در این دوران، گسترش دانش طب، شکل‌گیری فناوری‌های نوین و پیدایش موضوعات اخلاقی جدید، باعث ایجاد تحولاتی ضروری در اخلاق پزشکی سنتی شد.

طی دهه‌های اخیر اخلاق پزشکی سنتی با اخلاق پزشکی کاربردی نوین جایگزین شده است. در حال حاضر در بسیاری از کشورهای جهان، اخلاق پزشکی نوین به صورت علمی و عملی، با شیوه‌های جدید مبتنی بر حل مسئله مطرح می‌شود و به درجات متفاوت فعالیت دارد.

در برخی کشورهای غربی و اروپایی طی سه دهه اخیر، کمیته‌های بالینی اخلاق پزشکی<sup>۲</sup> (CECs) با سیر رو به رشدی تشکیل شده و به فعالیت پرداخته‌اند (۱۱ و ۱۲). این کمیته‌ها بر الگوی مراقبت تأثیر مطلوبی دارند و عملکرد آن‌ها شامل شکل‌دهی سیاست بیمارستان‌ها در موضوعات و مسائل اخلاقی-قانونی، نظارت بر مشاوره‌های فردی در موارد بالینی خاص و مشکل، و سازمان‌دهی تعلیم و تربیت متخصصان امر اخلاق پزشکی است

1- Scientific medicine.

2- Clinical Ethics Committees.

نسبت به اعضای بدن و داروها شناخت کامل داشته باشد، دنیاپرست نباشد و بیمار را دقیقاً معاینه و معالجه نماید (۱۰).

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 برمی‌شمرد:

...فاضل تر اطباء آن است که به معالجت از جهت ذخیره آخرت مواظبت نماید... به صواب آن لایق تر که بر معالجت مواظبت نمایی و بدان التفات نکنی که مردمان قدر طبیب ندانند (۱۰).

### اخلاق پزشکی پس از اسلام

ظهور اسلام تأثیرات زیادی بر پیشرفت علوم در کشورهای اسلامی و به ویژه کشور ایران داشت که خود مهد علم و تمدن بود. دانشمندان مسلمانی چون ابن سینا و زکریای رازی که منشأ اثرات مهمی در تاریخ دانش بودند (۱۶ و ۱۷)، از مفاخر ایران پس از اسلام به شمار می‌روند. تقریباً تمام پزشکان بزرگ مسلمان بر علم الهیات تسلط کافی داشته‌اند و تألیفات آن‌ها هم در زمینه پزشکی و هم در زمینه فقه و اخلاق بوده است (۸). قبایل عرب در آغاز ظهور دین اسلام، توجهی به علوم و فنون مختلف از جمله طب نداشتند و تنها معدودی از آن‌ها در کشورهایایی مثل ایران، به آموختن طب مشغول بودند. برای نمونه، حارث بن کلد، طبیب زمان پیامبر (ص)

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، یکی از این دو رشته را انتخاب می‌کردند و ادامه می‌دادند (۸). موبدان زرتشتی بر حسن اجرای اخلاق پزشکی که بخشی از امور دینی محسوب می‌شد، نظارت می‌کردند و رئیس پزشکان نیز فن طبابت را تحت مراقبت و کنترل می‌گرفت و به کمک به بینوایان امر می‌کرد (۱۵). در بخش «وندیداد»/اوستا، گفتارهایی در باب ویژگی‌های پزشک آمده است (۱۰). مطالعه کتب فراوان و کسب تجربه در طبابت، صبر و حوصله در گوش فرا دادن به سخنان بیمار و معالجه او با خدا ترسی و وجدانی روشن، از شرایط طبابت بود (۹). در آیین زرتشت، مهارت در درمان بیماران تنها معیار شایستگی یک پزشک نبود و شخصیت اخلاقی و وجدانی او در رتبه‌ای بالاتر قرار داشت (۱۰). زرتشتیان نسبت به اعمال غیر اخلاقی‌ای مثل سقط جنین، بارداری غیر مشروع و خطاهای پزشکی تعصب و حساسیت خاصی داشتند (۸).

هرچند در عهد ساسانی، اصول طب ایران کاملاً زرتشتی و مبتنی بر روایات اوستایی بود، اما نمی‌توان نفوذ طبابت یونانی را نادیده گرفت. صفات یک طبیب شایسته در عصر ساسانی این بود که دانا باشد و

از دانش‌آموختگان مدرسه جندی‌شاپور بود (۹).

در زمان خلافت عباسی، دانشجویان طب، تحصیل را با کتاب‌های *فصول بقراط*، *مسائل حنین بن اسحاق* و *المرشد رازی* آغاز و بعد به تحصیل کتاب‌های *ذخیره ثابت بن قره حرانی* و کتاب *المنصوری رازی* می‌پرداختند، سپس به تحصیل *شانزده رساله* از جالینوس و *الحاوی رازی* و *قانون ابن سینا* مشغول می‌شدند که فهم آن‌ها هدف نهایی برنامه پزشکی بود (۹ و ۱۰). خلفای عباسی مقرر نموده بودند که دانشجویان پزشکی بعد از تعلیمات عملی و نظری، رساله بنویسند و اگر مورد قبول استاد واقع شد، به کار طبابت بپردازند و پس از فراغت از تحصیل، سوگند بقراطی ادا کنند (۱۰). در کلیه متون معتبر پزشکی که از دوران شکوفایی علوم در تمدن اسلامی، یعنی از اواخر قرن دوم هجری به بعد، تألیف و تدوین شده است، فصولی درباره اخلاق پزشکی و ویژگی‌های طبیب وجود دارد (۸).

علی بن ربن طبری (۱۶۴-۲۴۷ق) که از اطبای نامدار مسلمان و استاد رازی بوده است، کتابی تحت عنوان *فردوس الحکمه* در ۷ جلد دارد که جلد اول آن را به طرح برخی افکار فلسفی و مقولات اخلاقی در طب اختصاص داده است (۸).

ابوبکر محمد بن زکریای رازی (۲۵۱-

۳۱۳ق) که از مفاخر بزرگ ایران اسلامی است، شدیداً به مبانی اخلاق پزشکی پایبند بوده و جزواتی در زمینه مراعات اصول اخلاق پزشکی از او به یادگار مانده است. کتاب *طب روحانی رازی* در باب اخلاق است (۱۸) و بنا به تأیید مورخانی چون ابن الندیم، جرج زیدان<sup>۱</sup> و گوستاو لوبون<sup>۲</sup>، با همکاران خود بسیار مهربان بوده است (۱۹ و ۲۰). به بیماران خود به‌ویژه فقرا تفقد و توجه می‌نموده، به عیادتشان می‌رفته و مقرری‌هایی برای آن‌ها در نظر می‌گرفته است (۱۹ و ۲۱). اشارات رازی در کتاب *الحاوی فی الطب* و نیز رساله‌های *سّر الطب*، *محنة الطیب* و *خواص التلامیذ*، به اخلاق پزشکی و احترام به آیین و سنت پزشکی، به‌خوبی نمایان است. (۲۱ و ۲۲). این گفتار رازی نمونه‌ای است که توجه اخلاقی او به روحیه بیمار را تصدیق می‌کند:

طبیب باید بیمارش را به بهبود و سلامت امیدوار گرداند ولو این‌که خود آمیدی به بهبودی بیمار نداشته باشد (۸ و ۱۹).

علی بن مجوسی اهوازی (۳۱۸-۳۸۴ق)، در اثر معروف خود *کامل الصنعة الطبیة* یا کتاب *الملکی*، بابی را به اخلاق پزشکی اختصاص داده است (۸) و اعتقادات خود و توصیه‌های سایر استادان را به‌عنوان آیین پزشکی در *پندنامه اهوازی* گردآوری نموده

1- Gustave Lebon.

2- George Zidane.

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. هیچ‌گاه داروی خطرناک به بیمار ندهد و وصف آن را نیز به بیمار ننماید و مریض را به چنین داروهایی 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 با کیش و خداپرست و خوش‌زبان و نیکو روش 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 راز بیماران را محفوظ دارد، از افشای سر آن‌ها به خودی و بیگانه و نزدیکان و دوران دوری جوید چراکه بسیاری از بیماران، بیماری خود را از پدر و مادر و کسان خود مستور 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 بقراط حکیم فرموده رفتار نماید و رحیم و پاک‌چشم و مهربان و خیررسان و خوش‌زبان باشد و در درمان بیماران به خصوص مسکینان

است. (۹ و ۲۳) در ادامه بخشی از ترجمه متن این کتاب خواهد آمد. *پندنامه/هوازی* از سوگندنامه بقراط جامع‌تر است و به نظر می‌رسد که هوازی با توجه به تعالیم اسلامی، اصولی را به سوگندنامه بقراط افزوده است (۸).

## پندنامه پزشکی هوازی

بنام خداوند بخشنده مهربان

هر که بخواهد پزشک دانشمندی گردد، باید از پندهای بقراط حکیم که در زمان خود برای پزشکان گفته، پیروی نماید. نخستین موعظت، آن است که ستایش پروردگار و فرمان‌برداری خداوند عزوجل را به جای آرند و پس از آن، استادان خود را بزرگ دارند و در خدمت و سپاسگزاری و گرمی داشتن آنان همت گمارند. همچنان که در حق پدر و مادر خود احترام و نیکی کنند و آنان را در دارایی خود شریک می‌دانند، باید در حق استادان نیز چنان کنند. فرزندان استادان را نسبت به خود برادر بدانند و هر که بخواهد طب بیاموزد و استحقاق آن را داشته باشد، بدون اجر و مزد و شرط و امید تلافی به آن‌ها یاد دهند و آنان را به‌منزله فرزندان استادان خود به شمار آرند و از مردمان پست و سفله مانع شوند که این علم شریف را فراگیرند. پزشک باید در درمان بیماران و حسن تدبیر و معالجه آنان چه با

حاذق به کارهای بیماران و احوال آنان پردازد تا در مصاحبت و خدمت این استادان و پزشکان زبردست از عوارض و احوال بیماران آنچه خوانده است یاد گرفته، از نیکی و بدی فرجام بیماری‌ها آگاه شود. اگر چنین کند در این صنعت 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 نوزد و کوچک نشمارد. اگر بدین رویه رفتار نمود، درمانش در بیماران مؤثر خواهد گشت و مردم بدو اعتماد نموده و بدو خواهند گروید و او نیز به دوستی و ذکر خیر آنان نائل شده و از قبل مردم منتفع خواهد شد. خداوند متعال از همه داناتر است.

کتاب هدایة المتعلمین فی الطب تألیف ابوبکر ربیع ابن محمد احمد الاخوانی، از شاگردان رازی که طبیب سرشناس و پرتجربه قرون چهارم و پنجم محسوب می‌شود، نیز مقدمه مفصلی حاوی بسیاری از نکات اخلاق پزشکی دارد (۸).

شیخ‌الرئیس ابوعلی حسین بن عبدالله سینا (۳۷۰-۴۲۷ق)، ملقب به ابن‌سینا، چهره سرشناس طب در اسلام، ایران و جهان است که صد عنوان کتاب به او

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 خوش‌گذرانی و تنعم و لهو و لعب مشغول گردد، باید از نوشیدن شراب بپرهیزد چراکه به دماغ 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 آمدورفت متذکر شود و آنچه را که محتاج‌الیه است، چه علماً و چه عملاً، در ذهن خود فراگیرد تا همیشه محتاج به مراجعه به 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

ششم هجری قمری، مقاله چهارم از کتاب *چهار مقاله* را به علم طب و هدایت طبیب اختصاص داده است (۱۰):

حکیم نظامی گنجوی که از ارکان شعر فارسی در قرن ششم و هفتم هجری. به شمار می‌رود نیز در بیان چگونه بودن طبیب اشعاری دارد (۱۰):

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

حکیم سید محمدحسین عقلی شیرازی در سال ۱۱۸۵ ق. در فصل اول کتاب خود به نام *خلاصه الحکمۀ، فهرستی* از وظایف اخلاقی پزشک می‌آورد که خلاصه آن چنین است (۲۶):

اول: آن که در هنگام معالجه خود را در میان نبیند و شافی حق را داند و بیند... و معلم و استاد خود را بستاید و شکر احسان او نماید و باید هر کس که سخن نیکو و امری پسندیده بیان نماید و یا غلط یا خطایی از او صادر گردد یا اظهار کند، بلا تأمل در رد و انکار او در نیاید و معارض با کسی نگردد خواه حق باشد یا باطل؛ و بدگویی و زشت‌گویی از طبیب دیگر نکند و خطای دیگران را مایه افتخار و عزت خود نشمارد بلکه

منسوب شده است (۸ و ۹). ابن سینا تعداد ۱۶ کتاب در موضوع علم طب نگاشته و در برخی از آن‌ها رهنمودهای ارزنده‌ای درباره راه و رسم معلمی، طبابت و طلبگی علوم آورده است (۸).

کتاب‌های معروفی چون *مفتاح الطب* و *منهاج الطلاب* از ابوالفرج علی ابن الحسین ابن هندو و *اخلاق ناصری* از خواجه نصیرالدین طوسی نیز حاوی مطالب اخلاق پزشکی هستند (۸). سید اسماعیل جرجانی (۴۳۴-۵۳۱ق) که از مردان نامدار تاریخ پزشکی ایران محسوب می‌شود نیز در همه کتاب‌های خود با نثری زیبا به نکته‌ها و قصه‌های آموزنده اخلاق پزشکی اشاره نموده است (۸).

یکی دیگر از تألیفات ارزشمند پیرامون اخلاق پزشکی، کتاب *دب‌الطبیب اسحاق بن علی الرهاوی* است که شامل ۲۰ فصل است (۷ و ۲۴) و انجمن فلسفه امریکا در سال ۱۹۶۷ آن را به انگلیسی ترجمه کرده است (۲۵).

تمام موارد فوق نشانگر این است که حکیمان و اندیشمندان این دیار، 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 شعرای این مرزوبوم نیز انعکاس یافته است. نظامی عروضی سمرقندی پزشک، نویسنده و شاعر قرن

مایه تنبیه و هوشیاری خود داند که خود چنین تدابیر ننماید.

دوم: آن که باید به حسن خلق و بشاشت و لطف کلام احوالپرس بیماران باشد و اگر تکرار یا سوءتدبیری نمایند به زودی از جا درنیاید و غضب نکند و از خود نرنجانند و سخنی نگوید که باعث نومیدی ایشان گردد بلکه با لطف و مدارا، مکرر سخن آن‌ها را بشنود و به‌عنوان نصیحت و موعظه ایشان را از ناپرهیزی و سوء تدبیر بازدارد و بگوید: زحمت و مشقت چند روزی را برای صحت و تندرستی دائمی باید اختیار نمود که این سهل است و آن دشوار.

سوم: آن که نگاه‌دارنده اسرار بیماران باشد و راز بیماری آن‌ها را خصوصاً بر کسانی که خواهند ایشان مطلع گردند، فاش نسازد زیرا که بسا بیماری‌ها است که پدر از پسر و پسر از پدر برادر از برادر و همشیره از همشیره و زن از شوهر و شوهر از زن که نزدیک‌تر از ایشان به همدیگر کسی نیست مخفی می‌دارد، چه جای دوردستان.

چهارم: آن که کسی به بیماری مسری مانند آتشک و جرب و جذام و امثال این‌ها به سبب معاشرت با صاحبان آن امراض مبتلا گردد، آن‌ها را تشنیع بدان ننماید بلکه به حسن خلق مداوا نماید و بعد از صحت، به‌عنوان نصیحت منع

نماید که دیگر به امثال چنین کسان مباشرت و مجالست ننمایند.

پنجم: آن که حریص باشد بر معالجه و تدبیر بیماران و تحقیق بیماری‌ها، داروها چه قدیم و چه نو، چه مرکب و معرفت این‌ها به مشاهده و تجربه و اکثر مشغول به مطالعه کتب و فهم و حفظ گفته‌های پیشینیان و معاصرین و مجربین و شرکت در جایگاه عمل و بیمارستان‌ها و مواضعی که بیماران بسیار باشند (درمانگاه‌های عمومی) و مذاکره و مشورت با استادان حاذق، اطبای ماهر نمایند و اگر سخن حقی و دلیل صدقی که خوانده‌اند از ایشان شنود به حسن قبول، اذعان نماید و ممنون گردد و هم‌چنین اگر به غلط باشد و یا به سهواً از او صادر گشته و یا دیگری او را متنبه گرداند، متنبه گردد و بازآید و اصرار بر غلط و سهو خود نکند که علامت جهل مرکب است.

ششم: آن که اگر کسی سخن ضعیف و یا سخیف و یا باطل گوید، بر او صریحاً انکار ننماید و رد مطلق نکند و او را خجل و شرم‌منده نگرداند و معارض نشود خصوصاً در مجمع، بلکه حتی المقدور محملی نیکو و توجیهی شایسته برای آن نماید و به ملایمت به حسن کلام گوید: آنچه می‌فرمایند شاید قول بعضی باشد و یا در وقتی یا مزاجی و



بود و به تدریج دست بکشد و یا بنا بر مصلحت تمارض نماید و خود را بدنام نکند.

دهم: آن که چون مریضی بدو رجوع آورد و او را انواع تدابیر نماید رو به صحت نیاورد و به طول انجامد، به حسن خلق گشاده رویی از او و یا اولیاء و پرستاران او عذرخواهی نماید و گوید شاید شفای ایشان مقدر به دست دیگری باشد. یک دو روزی بر طبیعت واگذارند و تدبیری نکنند پس به طبیب دیگر که طبیعت خود راغب و مایل به او یابد و یا آن که استخاره به نام او خوب آید و اگر خود طبیبی ماهرتر در معالجه و حاذق تر داند و بیند، گوید بدو رجوع نماید و بالجمله لجاجت در معالجه ننماید و کار او را تباه نسازد.

یازدهم: آن که در امر درمان تعصب روا ندارد و برحسب سن و فصل و مکان و زمان و نوع بیماری به مداوا مشغول شود و همیشه از داروهای ساده و کم ضرر شروع کند، سپس به داروهای قوی یا مرکب و اختلاط چند دارو بپردازد.

دوازدهم: آن که ایستادگی بیش از حد در یک نوع دارو ننماید به طوری که طبیعت با آن انس گیرد و اثرات دارو ضعیف شود بلکه اگر پس از چند دارو اثر نکرد، تغییر دهد.

سیزدهم: آن که چون چند مرض با

یا حالتی خاص، نه قول جمهور و عام و لیکن در این محل و موقع چنین باید و یحتمل که این بهتر باشد.

هفتم: آن که چون به نزد بیماری رود یا بیماری نزد وی آید و رجوع بدو آورد و قبل از آن طبیبی حاذق و ماهرتر از او متوجه معالجه او بوده و تدابیر او همه پسندیده بوده خصوص آن که رو به صحت آورده باشد، به لطف کلام و بشاشت تمام به او گوید: دست از معالجه او نباید برداشت که او از من بهتر است بلکه رجوع به همان باید داشت و ان شاء الله عن قریب صحت تام حاصل خواهد گشت.

هشتم: آن که چون بیند که طبیبی متوجه معالجه مریضی است و او بر خطاست و رأی صائب ندارد، در خلوت و غایبانه او به مریض و یا اولیاء و پرستارانش اظهار نماید که او بر خطا و غلط است؛ به طبیب دیگر رجوع نماید.

نهم: اگر مریضی بدو رجوع آورد و او را معتقد به خود داند و متزلزل و دودل و مایل به دیگری بیند و یا آن که سخن ناشنو و ناپرهیز باشد که آنچه گوید به خلاف آن به عمل آورد از او و یا از اولیاء و پرستاران او عذر بخواهد و گوید: «به طبیب دیگر رجوع باید آورد» و اگر بنا بر بعضی جهات قبول ننماید، لابد گوید مضایقه ندارم و من هم شریک خواهم

داروها و غیرها و دلتنگی نکند و فرق میان ملوک و مملوک و اغنیاء و فقرا و متمولین و مساکین نگذارد و متکبر و فخر کننده نباشد بر امثال و اقران خود و به نظر حقارت بر کسی ننگرد هرچند فقیر و بی‌زبان باشد بلکه توجه و تفقد بر ایشان زیاده کند.

هفدهم: آن‌که منت ننهد بر شاگردان و بیماران بلکه بر خود منت نهد که برای پیشبرد کار و صنعت خود از آنان استفاده می‌کند.

هجدهم: قانع و شاکر و راضی و سخی و عالی‌همت باشد و طامع و حریص و مولع و بخیل نباشد و طمع بر مال و منال شاگردان و بیماران ننماید و طلب از ایشان نکند و اگر به طوع و رغبت و خوشنودی و نیاز خود، هدیه برای او آوردند برای خاطر ایشان قبول نماید و رد نکند و اگر بنا بر پاس خاطر و بعضی جهات به‌عنوان هدیه چیزی برای او آورند و احساس کند که خود هدیه‌کنندگان بدان چیز تعلق خاطر دارند و باطناً کراهت دارند باید قبول ننماید و عذر بخواهد.

نوزدهم: متوجه معالجه هر مریض از کار رفته تخته مشق اطباء و مجربین گشته، نگردد هرچند ایشان ابرام نمایند او مبالغه در عذرخواهی ننماید و خود را بدنام و ذلیل و حقیر نگرداند.

هم مجتمع گردند؛ ابتدا نماید به درمان مرض اصلی که سبب مرض دیگر است و بعد به عوارض بیماری یا بیماری‌های فرعی پردازد.

چهاردهم: مداومت بر غلط ننماید و ترک و گریز از صواب جهت تأخیر اثر آن هر دو ننماید زیرا ممکن است تسکین یا بهبود بیماری ظاهری یا موقتی باشد و یا اثر دارو دیر ظاهر شود و پزشک به غلط خیال کند که در صورت اول، بیماری در اثر مداوای او بهبود یافته و در صورت دوم دارو مؤثر نبوده است.

پانزدهم: دوای زیان‌بخش و کشنده و قاتل جنین و یا مفسد بعضی اعضاء مانند چشم و گوش و مضعف بعضی قوا مانند ادراکات دماغی و باه و امثال آن‌ها، هرگز استعمال ننماید و دائم در پی رساندن خیر و نفع باشد نه فساد و ضرر زیرا که طبیب خادم طبیعت است و طبیعت مدبر و مصلح و حافظ بدن نه مفسد و مهلک و غافل از آن مگر آن‌که انحرافی در آن پدید آید.

شانزدهم: آن‌که بخیل نباشد و بخل نوزد در آموختن علم طب و مداوای بیماران بلکه حریص بر آن باشد و شفیق بر شاگردان و مریضان و متفقد و متفحص و متجسس احوال ایشان و دائم در تدبیر اصلاح و ترقی ایشان در تعلیم و امر خوراک‌ها و آشامیدنی‌ها و

- بیستم: پرگو و پرخوار و مشغول تلذذ  
و تعیش و تنعم و هزل و لطیفه‌گویی  
و نوشیدن شراب و سایر مسکرات و  
ارتکاب مناهی نباشد و نظر حرام بر  
محارم نیندازد بلکه همه را اطفال و  
برادر مادر و خواهر خود داند و ببیند و  
ذکر منافع و فواید آن‌ها و مدح پرخوری  
و اختلاط اغذیه و اشربه و ناپرهیزی را  
نزد مردم به‌خصوص بیمار بهانه‌جوی  
رخصت طلب، ننماید و باب این کارها را  
بر آن‌ها نگشاید.
- محورهای مورد نظر در کتاب خلاصه  
الحکمه بسیار ظریف و مهم است و جامعیت  
منحصربه‌فردی دارد. اهم نکات مذکور در  
متن فوق عبارت است از:
- ۱) توجه به قدرت لایزال الهی به‌عنوان  
شفادهنده اصلی (بند اول)
  - ۲) احترام به استادان (بند اول)
  - ۳) تعامل مناسب با همکاران:
- تنبه از خطای همکار به جای تقبیح وی  
(بند اول)
  - مشورت در صورت لزوم (بند پنجم)
  - تحقیر نکردن همکاران به واسطه  
اختلاف نظر (بند هشتم)
  - ارجاع به پزشک قبلی در صورت اشراف  
وی به بیماری (بند هفتم)
  - ارجاع به همکار در صورت ناتوانی یا  
عدم اعتماد بیمار یا تمایل بیمار (بند
- نهم )
- پرهیز از ادعای برتری نسبت به همکاران  
به واسطه تعهد به درمان بیماری که از  
همکاران پزشک ناامید شده است. (بند  
نوزدهم)
  - ۴) ارتباط مناسب با بیمار:
  - رعایت ادب و صبر در تعامل با بیمار  
(بند دوم)
  - رازداری (بند سوم)
  - اتهام نزدن به بیماران قبلی در هنگام  
بروز بیماری مسری در حضور بیمار  
مبتلا (بند چهارم)
  - قبول اشتباه و عذرخواهی (بند نهم و  
دهم)
  - پرهیز از نخوت (بند شانزدهم)
  - تبعیض قائل نشدن در درمان بیماران  
(بند شانزدهم)
  - چشم‌داشت به جبران مالی بیمار  
نداشتن (بند هجدهم)
  - دریافت نکردن پول از نیازمندان (بند  
هجدهم)
  - امید ندادن بیهوده (بند نوزدهم)
  - پاک‌چشمی (بند بیست و سوم)
  - ۵) مطالعه رفتار عالمانه:
  - جدیت در مطالعه (بند پنجم)
  - درمان مبتنی بر شواهد (بند چهاردهم)
  - توجه به عامل درمانی نه علامت درمانی

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 در حیطه 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.

با توجه به فرهنگ غنی اسلامی که از دیرباز توجه ویژه به تعلیم و تعلم داشته است، مسلماً روزآمد نمودن دانش اخلاق اسلامی و کاربردی نمودن آن در حیطه طبابت، و موضوعات و مباحث جدیدی چون پیوند عضو، زیست‌فناوری، بیماری‌های ایدز و غیره، یک ضرورت اساسی است.

(بند چهاردهم)

- تبعیض قائل نشدن در آموزش پزشکی (بند شانزدهم)
- مطالبه نکردن مزد از دانشجویان (بند هجدهم)
- ۶) تحمیل نکردن هزینه و عوارض غیرضروری به بیمار
- اول داروی مفرد، بعد مرکب (بند یازدهم)
- عدم تجویز داروهای پر عارضه و پرخطر (بند پانزدهم)
- ۷) خصوصیات فردی
- مناعت طبع، قناعت، مهربانی و تعهد نسبت به بیمار و شاگرد (بند پنجم)
- دوری از حرص، بخل و حسد، طمع، کبر (بند شانزدهم)
- دوری از پرگویی، شکم‌بارگی، نظربازی و هوس‌بازی، و دوری از شراب و کارهای خلاف (بند بیست و دوم).

نتیجه آن‌که اندیشمندان و پزشکان ایرانی، حتی در اوج شکوفایی دانش پزشکی از اخلاقیات غافل نبوده‌اند. معتبرترین کتب اخلاقی در علم طب در زمانی نوشته شده‌اند که بزرگ‌ترین دانشگاه‌ها و مراکز علمی و غنی‌ترین کتابخانه‌ها در اختیار اطبا بوده است. گرچه در چند قرن اخیر درخشش اندیشمندان مسلمان در زمینه توسعه و بهره‌برداری از علوم پزشکی به علل مختلفی

## منابع

- چاپ سپهر، ۱۳۷۰.
۱. حفیظی م، راهنمای دانشکده پزشکی، داروسازی، دندان پزشکی و بیمارستان‌ها و آموزشگاه‌های وابسته، تهران: دانشگاه تهران، ۱۳۳۲.
  ۲. چهارزی ا. طبیب در جامعه. تهران: بین، ۱۳۱۷.
  ۳. اعتمادیان م. اخلاق و آداب پزشکی. تهران: دانشگاه تهران، ۱۳۴۲.
  4. Loewy EH. Textbook of Medical ethics. New York: Plenum Medical Book Company, 1989.
  5. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: theories of Medical ethics. UK: Oxford University Press, 2001: 2-19.
  ۶. صانعی دره‌بیدی م. فلسفه اخلاق و مبانی رفتار. چ ۱، تهران: سروش، ۱۳۷۷.
  ۷. مصلحی شاد ا. تاریخچه و مبانی اخلاق پزشکی. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، جلسه اول: کلیات اخلاق پزشکی. تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۳: ۳۷-۵۰.
  ۸. محرری م. تاریخچه و کلیات اخلاق پزشکی. مجموعه مقالات صاحب‌نظران درباره اخلاق پزشکی. تهران: چاپ سپهر، ۱۳۷۰.
  ۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ معاونت امور فرهنگی. اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی. تهران:
  ۱۰. کهن‌دل پ، زارعی ن. تاریخچه اخلاق پزشکی از بعد وظایف و صفات اطباء. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، ج ۱: کلیات اخلاق پزشکی. تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۳: ۱۶-۳۶.
  11. Doyal L. Clinical ethics Committees and the formulation of health care policy. Journal of Medical Ethics (JME Online) 2001; 27 (Supple. 1): i44-i49.
  12. 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>.
  13. American Medical Association. Code of Medical ethics: Current opinions. URL: <http://www.ama-assn-org/ama/pub/category/2503.html>
  14. Carrick P. Medical ethics in Antiquity. Boston: D.Reidel, 1985.
  ۱۵. ماهوان ا. اخلاق پزشکی در ادوار تاریخی، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، ج ۱، کلیات اخلاق پزشکی. تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۳: ۱-۱۵.
  ۱۶. اولمان م. طب اسلامی در قرن نهم میلادی. ترجمه سید علی طبری‌پور. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۲.
  17. Amine ARC, Elkadi A. Islamic Code Of medical Professional ethics. In: Athar

اخلاق و تاریخ پزشکی؛ ۱۳۸۹؛ ۱۲(۱):  
۵۷۱-۵۸۳.

25. Khan A. Islamic philosophy and medical ethics. URL: [http://members.tripod.com/ppim/page\\_1031.htm](http://members.tripod.com/ppim/page_1031.htm).

۲۶. عقیلی خراسانی مح. خلاصه الحکمه. تصحیح اسماعیل ناظم. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۵.

SH(editor). Islamic medicine. URL: <http://www.islam-usa.com.htm>.

۱۸. محقق م. طب روحانی رازی. تهران: معاونت امور فرهنگی، حقوقی و مجلس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۲.

۱۹. نبی‌پور ا. زکریای رازی معلم اخلاق پزشکی ایران. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، ج ۳، سوگندنامه‌های پزشکی، اخلاق در آموزش و پژوهش. تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۳: ۱۱۷-۱۲۹.

۲۰. لویون گ. تمدن اسلام و عرب. ترجمه سید هاشم حسینی، تهران، کتابفروشی اسلامی، ۱۳۴۷: ۶۰۹.

۲۱. ابن الندیم. الفهرست. ترجمه محمدرضا تجدد. تهران، امیرکبیر، ۱۳۶۶: ۵۳۱.

۲۲. پزشک را بشناسیم و با وظایف او آشنا شویم. ج ۱. تهران، معاونت فرهنگی و مجلس وزارت بهداشت، ۱۳۷۲: ۲۰-۱۱.

۲۳. نجم‌آبادی م، ولایتی ع. سوگندنامه‌های پزشکی. مجموعه مقالات صاحب‌نظران درباره اخلاق پزشکی. تهران: واحد چاپ معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۶۹: ۱۷۳-۱۸۶.

۲۴. فرجی ث، سیدی م، خلیلی م، سیف‌فرشد م. رفتار پزشکان از دیدگاه رهاوی در کتاب ادب الطیب. مجله ایرانی

## گفتار ۴

### تعهد حرفه‌ای پزشکی

#### مقدمه

مشاغلی مثل قضاوت، طبابت، روحانیت و معلمی از این گروه هستند (۱ و ۲).

هدف قاضی رعایت عدالت است ولو در تضاد با منافع شخصی او باشد. رسالت اصلی طبیب نیز بهبود بیماران و ارتقای سلامت مردم است نه جلب منفعت.

حرفه‌ها مشاغلی هستند که خدمتی ارزنده و حیاتی به اجتماع ارائه می‌دهند و چون کاملاً تخصصی و نیازمند دانش خاصی هستند، ناچار مردم باید به افرادی که تخصص و دانش موردنظر را کسب می‌کنند، اعتماد کنند و به اعضای آن حرفه استقلال ببخشند. در مقابل انتظار می‌رود که اعضای حرفه، تأمین منفعت خدمت‌گیرنده را مبنای تصمیم‌گیری و عمل خود قرار دهند. حیات و بقای هر حرفه منوط به حفظ اعتماد عمومی به این مهم است که «حرفه‌مندان، خدمتگزاری را بر جلب

تعهد حرفه‌ای پزشکی «پایبندی به ارزش‌ها، اصول و رفتارهایی است که متضمن تأمین بهترین منفعت و سلامت جامعه است».

صاحبان مشاغل بسیاری با هدف امرار معاش و کسب سود، به ارائه تخصصی یک خدمت یا فروش یک کالا می‌پردازند. در این مشاغل هدف اصلی سود است و هر اقدام مؤثری در آن به جهت کسب سود بیشتر انجام می‌گیرد، مانند تبلیغات گسترده یا رعایت احترام و مشتری‌مداری. در مقابل گروهی از مشاغل رسالتی فراتر از سود و کسب منفعت دارند که همان ارائه خدمت است. صاحبان این مشاغل استانداردهایی برای عملکرد دستگاه‌های ارائه خدمت و اعضای حرفه خود تنظیم می‌کنند که در جهت تحقق رسالت آن‌ها باشد و بر حسن اجرای آن استانداردها نیز نظارت می‌نمایند.

منافع بیشتر خود اولویت می‌دهند» (۳). است. (۴)

سلامت، نیاز اولیه و پایه هر انسان برای برخورداری و بهره‌مندی اجتماعی است. بیماران در برخورداری از سلامت در موقعیت آسیب‌پذیر و پزشکان در موقعیت قدرت و دانش و توانمندی قرار دارند. برای ارائه مؤثر خدمت، تنظیم این رابطه به شکلی انسانی و شایسته احترام و اعتماد ضروری است. پزشکان همچنان که می‌توانند با ارائه مراقبت خیرخواهانه، از احترام و شأن والایی برخوردار شوند، در صورت سوءاستفاده از این قدرت، امکان ایجاد تقاضای القایی در مردم برای خرید مراقبت سلامت و هدر رفتن منابع و صدمه به سلامت بیماران را دارند.

تعهد حرفه‌ای و نظارت سازمانی بر اعضا از طریق برقراری رابطه مناسب با مردم و ارائه خدمات مبتنی بر منافع سلامت ایشان، در حفظ اعتماد عمومی بسیار حیاتی است. به بیانی دیگر پزشکان و حرفه پزشکی نمی‌توانند در تعاملات خود با بیماران همچون سایر مشاغل از معادلات عرضه و تقاضا در بازار آزاد استفاده کنند. عموماً بیماران قدرت برآورد کیفیت خدمات دریافت شده و ضرورت دریافت آن‌ها را ندارند و نیاز دارند تا به پزشکان به‌عنوان وکیل و مشاور خود در تصمیم‌گیری مربوط به سلامتی اعتماد کنند و خود را با این باور که پزشکان منافع سلامت بیمار را در

«تعهد حرفه‌ای» ترجمه فارسی برگزیده ما برای «پروفشنالیزم»<sup>۱</sup> است، هرچند در برخی کتب به حرفه‌ای‌گری نیز ترجمه شده است. در واقع، تعهد حرفه‌ای راه و روش و دستورهایی برای اداره مستقل حرفه است به شکلی که بدون نیاز به مداخلات خارج از حرفه و با نظارت‌های درونی بتوان هدف اصلی ارائه حرفه را دنبال کرد.

اعتماد جامعه به کارکرد تعهد حرفه‌ای در گرو مفید بودن و اثربخش بودن آن است. در برخی حرفه‌ها از قبیل پزشکی، خدمت چنان تخصصی و رابطه‌گیرنده و ارائه‌دهنده خدمت چنان محرمانه است که نظارت‌های بیرونی به‌هیچ‌وجه نمی‌تواند جایگزین نظارت‌های درون حرفه‌ای شود. قدر مسلم این است که جوامع در خصوص حرفه طبابت، تعهد حرفه‌ای را نه به‌عنوان تنها عامل تضمین‌کننده سلامت جامعه بلکه به‌عنوان خسیصه ارزشمند و مهمی از این حرفه پذیرفته‌اند؛ لذا عموماً در راستای بهبود خدمات سلامت، از استقلال این حرفه دفاع می‌شود.

تعهد حرفه‌ای پزشکی پایبندی فردی، جمعی و سازمانی حرفه‌مندان سلامت به حفظ اعتماد جامعه از طریق پایبندی به اولویت منافع بیمار و رعایت عدالت و حقوق انسانی مردم در دریافت خدمات سلامت

1- Professionalism.



نگرش و رفتار حرفه‌ای در حرفه‌مندان آن را نیز می‌طلبد.

## تعاریف تعهد حرفه‌ای پزشکی توسط سازمان‌های معتبر حرفه‌ای دنیا

تعهد حرفه‌ای پزشکی در متون و مجامع مختلف به اشکال مختلفی تعریف شده است. بورد تخصص طب داخلی آمریکا<sup>۲</sup> آن را «خصوصیات و رفتاری که در ارائه خدمت، اولویت با منافع بیمار بر منافع خود است» (۵) تعریف کرده و کالج سلطنتی پزشکان انگلیس<sup>۳</sup> «مجموعه‌ای از خصوصیات، ارزش‌ها، رفتار و مهارت‌های ارتباطی که لازمه اعتماد مردم به پزشکان است» (۶) را برای تعریف تعهد حرفه‌ای پزشکی به کار برده است.

شورای اعتباربخشی آموزش تخصصی پزشکی آمریکا<sup>۴</sup> (ACGME)، تعهد حرفه‌ای را یکی از توانمندی‌های ضروری برای دوره دستیاری تعیین کرده و آن را به این شکل توصیف نموده است: تعهد حرفه‌ای «تعهد به انجام مسئولیت‌های حرفه‌ای، پایبندی به اصول اخلاقی و حساسیت به تنوع جمعیتی بیماران است». (۷) هم‌زمان انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا<sup>۵</sup> (AAMC) توصیفی از تعهد حرفه‌ای را برای راهنمایی

هر تصمیم مبنای قرار می‌دهند، به دست پزشک بسپارند. به بیانی دیگر پزشکان در این رابطه هم امین مردم‌اند و هم فروشنده خدمت، لذا برای حفظ اعتماد عمومی باید نقش مشورت و امانت بر عرضه خدمت اولویت داده شود. به‌علاوه، از آنجا که طبابت نیاز به دانش و مهارت قابل توجهی دارد مسئولیت امین بودن در تأمین بهترین مراقبت دوجندان می‌شود، چراکه مردم در موقعیت آسیب‌پذیر بیماری، ناگزیر از اعتماد به اعضای حرفه پزشکی هستند.

رابطه پزشک و بیمار رابطه‌ای بسیار خصوصی است و مردم در استفاده از خدمات سلامت به شدت خواستار رعایت این حریم خصوصی هستند. نظارت بر حسن عملکرد پزشکان با سازوکارهای معمول نظارتی موجب اخلال در حریم خصوصی بیماران خواهد شد، لذا هر چه نظارت‌های بیرونی کمتر و نظارت درون فردی و درون حرفه‌ای پزشکان قابل اعتمادتر باشد، برای مردم مطلوب‌تر است. به‌طور کلی، هر چه روابط اجتماعی از شکل قرارداد صرف به شکل امانی میل می‌کند، اهمیت اخلاق در کنار سازوکارهای قانونی بیشتر رخ می‌نماید. هرچند ضوابط و نظارت‌های بیرونی در ارتقای کیفیت خدمات سلامت، ضروری و مهم هستند، اما به تنهایی نمی‌توانند رابطه مطلوب پزشک و بیمار را ضمانت نمایند. حفظ اعتماد جامعه به حرفه پزشکی،

2- American Board of Internal Medicine.

3- Royal College of Physicians.

4- Accreditation Council for Graduate Medical Education.

5- Association of American Medical Colleges.

می‌کنند و علاقه به بهبود و ارتقای همه‌جانبه در کار خود دارند.

- حرفه پزشکی یک حرفه خودتنظیم است. این مفهوم به معنی وظیفه مراقبتی فرد نسبت به حرفه است.
- تعهد حرفه‌ای شامل دریافت و پاسخ به انتقادات هم‌تایان، فراگیران، همکاران و افراد بالادستی نیز می‌شود.
- پزشکان باید به چندگانگی فرهنگ‌ها حساس باشند (تفاوت‌های فرهنگی را محترم بدانند).
- پزشکان باید در حوزه دانش مورد مسئولیت خود، توانمندی خود را حفظ کنند و در تمام عمر به فراگیری متعهد باشند.

بوردهای ملی آزمون‌های پزشکی آمریکا<sup>۱</sup> نیز فهرستی شامل ۶۰ مصداق رفتار حرفه‌ای تدوین کرده است تا در ابزارهای ارزیابی رفتار حرفه‌ای مورد استفاده قرار گیرد. این فهرست بر خصوصیات نوع‌دوستی، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی، رهبری، دلسوزی، مهربانی، مهارت ارتباطی، تعالی، احترام، صداقت و درستکاری و دانش پژوهی پزشک تأکید دارد (۸).

## نگرش حرفه‌ای یا عملکرد حرفه‌ای

سؤالی که اغلب متولیان آموزش تعهد

دانشکده‌های پزشکی در مفهوم و ارزیابی تعهد حرفه‌ای ارائه داده است که در آن خصوصیت‌های رفتاری زیر برای پزشکان برشمرده شده است (۸):

- پزشکان منافع خود را بر منافع بیمار ترجیح می‌دهند.
- پایبند به استانداردهای اخلاقی هستند.
- به نیاز جامعه پاسخ می‌دهند و رفتارشان بیانگر قرارداد با جامعه‌ای است که در آن خدمت می‌کنند.
- پایبند به ارزش‌های محوری انسانی شامل صداقت، درستکاری، دلسوزی، مهربانی، نوع‌دوستی، همدلی و احترام به خود، بیماران، هم‌تایان، استادان، پرستاران و سایر حرفه‌مندان سلامت هستند.
- نسبت به عملکرد خود و همکاران پاسخگو هستند.
- موقعیت تعارض منافع را در عملکرد حرفه‌ای خود شناسایی می‌کنند.
- تعهد به پیشرفت و تعالی را نشان می‌دهند.
- تعهد به دانش پژوهی و ارتقای توانمندی خود دارند.
- توانایی مدیریت موقعیت‌های پیچیده یا همراه با عدم قطعیت بالا و تأمل بر عملکرد و تصمیمات خود دارند.
- بر عملکرد و تصمیمات خود تأمل

1- National Association of Medical Examiners.

گردآوری کرده‌اند. در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز راهنمای رفتار حرفه‌ای پزشکی طی پروژه‌های دوساله تدوین و در سال ۱۳۹۲ ابلاغ شد (۹).

هرچند تعهد حرفه‌ای بیشتر مبنای نگرشی دارد، اما عملکرد افراد را مبنای ارزیابی قرار می‌دهد، چراکه ابزاری برای نظارت بر نگرش در دسترس نیست. هرچند مجامع حرفه‌ای برای کنترل عملکرد حرفه‌مندان خود، راهنمای مخصوص رفتار حرفه‌ای تدوین نموده‌اند، اما وظیفه جامعه پزشکی و بخصوص دانشکده‌های پزشکی فراتر از آموزش راهنماهاست. باید توجه آموزش معطوف بر ارائه برنامه‌هایی در جهت کسب نگرش و هویت حرفه‌ای در فراگیران پزشکی از طریق اجتماعی شدن، تأمل بر رفتارها و تصمیمات حرفه‌ای و ارائه بازخورد باشد و با ارزیابی مداوم، از پایداری این توانمندی اطمینان حاصل کرد و با ارائه بازخورد به‌موقع به فراگیر، او را در کسب این توانمندی یاری نمود.

### تعهد حرفه‌ای یا تعهد حرفه‌مندان

هرچند در برخی منابع به‌خصوص منابع آموزشی بر خصوصیات فردی تعهد حرفه‌ای تأکید شده و در تعریف تعهد حرفه‌ای، پایبندی به آن‌ها مورد توجه قرار داده شده است، اما مفهوم تعهد حرفه‌ای وسیع‌تر از متعهد بودن به اخلاق و آداب حرفه‌ای است و تعهد سازمانی و نظام‌مند

حرفه‌ای با آن روبرو هستند این است که هدف باید ایجاد توانمندی رفتار حرفه‌ای در دانش‌آموختگان طب باشد یا ایجاد نگرش حرفه‌ای در ایشان؟

تعهد حرفه‌ای محدود به رعایت ضوابط و مقررات حرفه‌ای نیست و فرد باید بتواند در موقعیت‌های مختلف در تعارض بین وظایف، بهترین عملکرد را در راستای تعهد حرفه‌ای تشخیص دهد و به آن عمل کند. به این منظور لازم است که نگرش حرفه‌ای و حتی بالاتر از آن کسب هویت حرفه‌ای به صورتی باشد که این حساسیت و توجه در زندگی حرفه‌ای فرد به‌طور معمول ظهور یابد. امروزه بر ایجاد هویت حرفه‌ای فراگیر به‌عنوان هدف آموزش تعهد حرفه‌ای، به‌نحوی که حفظ پایبندی به ارزش‌ها و رعایت رفتارهای حرفه‌ای در عمل نشان داده شود، اتفاق نظر وجود دارد. (۱۱ و ۹)

صاحبان یک حرفه باید چه در حضور ناظر و چه در غیاب او منافع خدمت‌گیرندگان را مبنای قضاوت و تصمیمات حرفه‌ای خود قرار دهند. با این حال نظارت و آموزش این تعهدات نیاز به شفاف نمودن مصادیق رفتاری در عملکرد حرفه‌مندان دارد. امروزه در بسیاری انجمن‌های پزشکی دنیا اصول عملکرد حرفه‌ای مدون شده است. همین‌طور تمام دانشکده‌های پزشکی مطرح دنیا ضوابط رفتار حرفه‌ای پزشکی را برای فراگیران و اعضای هیئت‌علمی خود

کلیه سازمان‌های متولی سلامت و نهادهای نظارت بر عملکرد و کیفیت حرفه را نیز شامل می‌شود.

امروزه ارائه مراقبت‌های سلامت فراتر از تعامل دونفره پزشک و بیمار است. خدمات سلامت در قالب و چارچوب نظام سلامت ارائه می‌شود. عملکرد افراد متعددی بر سلامت بیمار اثر دارد و سازمان‌های متعددی در تأمین هزینه و نظارت بر کیفیت خدمات سلامت دخالت دارند. به این ترتیب چالش‌های متعددی که خارج از کنترل پزشک هستند، عملکرد حرفه‌ای او را تحت تأثیر قرار می‌دهند و پایبندی به تعهد حرفه‌ای پزشک را به چالش می‌کشند. این موضوع اهمیت توجه نظام‌مند سازمان‌ها را علاوه بر تعهد حرفه‌مندان به بیماران نمایان می‌سازد. برای مثال، نمی‌توان بدون توجه به مشکلات و چالش‌هایی که فشار کاری، تعداد کشیک‌ها، ساعات کاری زیاد دستیاران به همراه دریافتی ناچیز و تأمین نشدن معاش بر کیفیت طبابت آن‌ها تحمیل می‌کنند، از دستیاران انتظار رفتار حرفه‌ای و ارتقای حرفه‌مندی روزافزون داشت.

بورد طب داخلی آمریکا در پروژه تعهد حرفه‌ای پزشکی، به لحاظ اهمیت توجه سازمانی به هجای تعهدات فردی، ضرورت بازتعریف تعهدات و جایگزینی آن به هجای سوگندنامه‌های پزشکی احساس شد و

منشوری برای تعهد حرفه‌ای پزشکی تدوین و منتشر گردید که تعهداتی برای کل ساختار نظام سلامت ترسیم می‌کند.

منشور تعهد حرفه‌ای پزشکی که توافق عموم جوامع صنفی و علمی پزشکی سراسر دنیا را به همراه دارد، ده تعهد برای کل نظام حرفه سلامت تدوین کرده است (۳):

- تعهد به ارتقای کیفیت خدمات مراقبت: تعهد به تلاش برای کاستن از خطای پزشکی، ارتقای بهره‌وری و نظارت بر کیفیت و تلاش برای بهبود آن
- تعهد به بهبود دسترسی به خدمات: تعهد حرفه‌مندان و نظام سلامت به تلاش برای رفع موانع دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، بهبود دسترسی افراد در اقلیت و جلوگیری از تأثیر انگ‌های اجتماعی در برخورداری از مراقبت‌های سلامت
- تعهد به توزیع عادلانه منابع محدود: تعهد به توزیع منابع انسانی، مالی و امکانات مراقبتی به شکلی منصفانه و مبتنی بر نیاز
- تعهد به تولید دانش: تعهد به گسترش مرزهای دانش و ارتقای دانش بشری در مراقبت‌های سلامت از طریق انجام مسئولانه پژوهش‌ها
- تعهد به حفظ اعتماد از طریق مدیریت صحیح تعارض منافع: تعهد به ایجاد نظام و ضوابطی برای نظارت و کنترل

اطلاعات بیماران تلاش و برنامه‌ریزی کنند.

- تعهد به حفظ رابطه مناسب با بیماران: قدرت نابرابر پزشک و بیمار، بیماران را در موقعیت آسیب‌پذیر قرار می‌دهد و توجه نداشتن به نگرانی آن‌ها که از امکان سوءاستفاده پزشکان از این قدرت حاصل می‌شود، اعتماد به مراقبت‌های سلامتی و حرفه‌مندان پزشکی را مخدوش می‌کند.

بر اساس این منشور، تمام سازوکارها، سیاست‌ها و فرآیندها، مقررات و نظارت‌ها باید در جهت نیل به این تعهدات شکل بگیرد و سیاست‌ها و فرآیندهای چالش‌زا و موانع باید بازبینی و اصلاح گردد.

### اتونومی و خودتنظیمی حرفه‌ای

هرچند اغلب تعاریف ارائه شده از تعهد حرفه‌ای، بر پایه پایبندی به مصداق‌های رفتاری حرفه‌مندان ارائه شده است، اما در اصل تعهد حرفه‌ای یک مکتب است که بهترین شیوه ارائه مراقبت‌های سلامت را اعتماد به حرفه و اختیار دادن به حرفه‌مندان آن می‌داند. در واقع تعهد حرفه‌ای اعتقاد دارد که حرفه‌مندان در جهت دستیابی به رسالت حرفه، استانداردهایی برای عملکرد خود قائل‌اند و بر حسن اجرای این استانداردها مراقبت جدی می‌کنند.

تعهد حرفه‌ای دو امتیاز بارز برای صاحبان

و خودتنظیمی حرفه بر موقعیت‌های تعارض منافع جدی و مهم که اعتماد عمومی مردم به حرفه را خدشه‌دار می‌سازد.

- تعهد به مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای: تعهد به انجام مسئولانه تمام مسئولیت‌ها و پاسخگویی در مقابل آن‌ها
- تعهد به ارتقای توانمندی حرفه‌ای: تعهد به تعالی توانمندی‌های حرفه‌ای خود و به‌روز نگه‌داشتن دانش و مهارت‌های حرفه‌ای و همین‌طور تلاش صاحبان حرفه در ایجاد سازوکار لازم در اطمینان از مناسب و به‌روز بودن توانمندی و دانش هر یک از اعضای خود

- تعهد به صداقت با بیماران: تعهد به ارائه صادقانه اطلاعات سلامت هر فرد به خود او و توانمند ساختن بیمار برای شرکت در تصمیمات مربوط به سلامتی‌اش. صداقت همچنین حکم می‌کند بروز خطای پزشکی به اطلاع بیمار رسانده شود.

- تعهد به رازداری: تعهد به حفاظت از اطلاعات بیماران و رعایت محرمانگی آن‌ها توسط تک‌تک حرفه‌مندان و مؤسسه ارائه دهنده مراقبت یا نظام سلامت؛ به عبارت دیگر، این تعهد نیز همچون سایر تعهدات مندرج در منشور برای افراد و سازمان‌ها الزام حرفه‌ای ایجاد می‌کند که در جهت حفظ

امروزه، متأسفانه ورود سازمان‌های بیمه خصوصی که سلامت را از جنس فروش خدمتی تجاری می‌بینند یا ورود کارفرماها در رابطه پزشک و بیمار و همین‌طور تلاش صنایع دارویی و تجهیزات دارویی به بهره‌برداری تجاری از خدمت سلامت، اتونومی پزشکی در خطر افتاده است. این وظیفه سازمانی حرفه و همه حرفه‌مندان آن است که از این اتونومی حرفه‌ای در جهت حفظ منافع بیمار صیانت کنند.

اتونومی به معنی حق تعیین درون حرفه‌ای استانداردهای طبابت است و لازمه حفظ اتونومی این است که حرفه بتواند صلاحیت خود را در نظارت بر حسن اجرای استانداردها از طریق خودتنظیمی نشان دهد. برای مثال یکی از این استانداردها، دانش کافی در حوزه کاری خود است. بر اساس این استاندارد پزشکان موظف به خودآموزی و شرکت در دوره‌های بازآموزی هستند و سازمان حرفه‌ای پزشکان موظف به اطمینان یافتن از به‌روز بودن دانش و مهارت اعضای خود از روش‌هایی همچون آزمون‌های دوره‌ای یا مرور همتایان است. حرفه موظف است بر کیفیت خدمات و عملکرد حرفه‌مندان خود نظارت کند و به موارد تخلفات حرفه‌ای به شکل مؤثری رسیدگی کند.

مناسب‌ترین نهادی که می‌تواند بر عملکرد حرفه‌مندان و صلاحیت ادامه کار

حرفه به ارمغان می‌آورد: اتونومی حرفه‌ای و خودتنظیمی که حفظ آن‌ها در گرو نشان دادن پایبندی به تعهدات حرفه‌ای است. حفظ استقلال حرفه‌ای پزشکان به جهت تأمین منفعت بیماران ضروری است. اتونومی حرفه‌ای به این معنی نیست که هر پزشک حق دارد هر کاری صلاح دانست انجام دهد و هیچ نظارتی بر کار او نباشد، بلکه به این معنی است که قدرت و نظارت‌های بیرونی محدودیتی بر اعمال حرفه طبابت ایجاد نمی‌کنند و به صاحبان حرفه اختیار داده می‌شود استانداردهای لازم را تدوین کنند و به دور از فشارهای بیرونی و تنها بر اساس نیاز بیمار و امکانات موجود، فردی‌سازی و اجرا نمایند.

مداخله دولت یا هر قدرت بیرونی دیگر مانند شرکت‌های بیمه، صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی برای جهت‌دهی به نحوه طبابت پزشکان و ارائه مراقبت‌های سلامت، می‌تواند تأمین منفعت مردم را به شدت به خطر بیندازد. حرفه پزشکی باید به نهادهای تأمین‌کننده منابع سلامت اطمینان دهد که استانداردهای بالینی بر مبنای هزینه-اثربخشی تدوین می‌شود و به استفاده مؤثر از منابع پایبند است. از سوی دیگر، در مقابل اعمال محدودیت‌های این نهادها که منجر به عدم دسترسی مردم به خدمات مؤثر می‌شود، ایستادگی کند و از منافع سلامت مردم دفاع نماید.

انجمن‌های ملی پزشکی و تمام پزشکان را به رعایت اصول زیر ترغیب می‌کند:

۱) پزشکان از درجه بالایی از استقلال حرفه‌ای و استقلال بالینی در جامعه برخوردارند، بنابراین حق دارند تا توصیه‌های پزشکی را بر اساس اولویت مصالح بیمار خود و بدون هیچ‌گونه تأثیر و یا فشار خارجی ارائه نمایند.

۲) در راستای حق استقلال حرفه‌ای و استقلال بالینی حرفه پزشکی، پزشکان دارای مسئولیتی مداوم درباره خودتنظیمی درون حرفه‌ای هستند. کنترل نهایی و قدرت تصمیم‌گیری باید بنا بر آموزش‌های پزشکی، تخصص و دانش و تجربه پزشکان و بر عهده خود آن‌ها باشد.

۳) پزشکان در هر کشوری باید سیستم «ضوابط مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای» را به صورت پایا و فعال در قالب قوانین آن کشور ایجاد نمایند. این امر تضمین‌کننده استقلال بالینی کامل در تصمیم‌گیری برای مراقبت از بیمار است.

۴) به منظور جلوگیری از تأثیر بالقوه برخی از موارد تعارض منافع که به دلیل نقش دوگانه مسئولیت‌های نظارتی و وظایف اجرایی رخ خواهد داد، انجمن ملی پزشکی باید نهایت تلاش خود را برای ترویج و حمایت از ضوابط مبتنی

ایشان و همچنین اقدامات انضباطی لازم برای حفظ اعتماد عمومی به حرفه، نظر دهد نهاد حرفه‌ای پزشکی (در کشور ما سازمان نظام پزشکی) است. عدم نظارت فعال و جدی نهاد حرفه‌ای بر عملکرد و توانمندی حرفه‌ای پزشکان و عدم پاسخگویی منصفانه در رسیدگی انتظامی به شکایات، تهدیدکننده سلامت حرفه و تضعیف‌کننده اعتماد مردم به عملکرد خود نظارتی حرفه پزشکی است.

در اهمیت حفظ این دو خصوصیت حرفه پزشکی انجمن جهانی پزشکی<sup>۱</sup> (WMA) بیانیه‌ای به نام بیانیه مادرید<sup>۲</sup> اتونومی و خودتنظیمی حرفه‌ای در سال ۱۹۸۷ صادر کرد که چند نوبت ویرایش شد و در سال ۲۰۰۹ با عنوان بیانیه «ضوابط مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای»<sup>۳</sup> انتشار یافت. متن این بیانیه به شرح زیر است (۱۰):

هدف اصلی تمامی اقدامات پزشکی همواره سودرسانی به بیماران است. بنابراین، پیاده‌سازی نظامی از «ضوابط مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای» می‌تواند باعث بهبود و تقویت حق فردی پزشکان برای درمان بیماران بر مبنای قضاوت‌های بالینی شود. بنابراین، انجمن جهانی پزشکی مصرانه

1- World Medical Association.

2- WMA Declaration of Madrid on Professional Autonomy and Self-Regulation.

3- WMA DECLARATION OF MADRID ON PROFESSIONALLY-LED REGULATION.

۷) یکی از اهداف انجمن ملی پزشکی باید مقابله با مشکلات جدید و در حال توسعه‌ای باشد که تهدیدکننده بالقوه و آسیب‌رسان به ضوابط مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای است. در همین راستا تبادل اطلاعات و تجربیات برای حفظ منافع بیماران در میان انجمن‌های ملی پزشکی ضروری است.

۸) سیستم مؤثر ضوابط مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای پزشکی، نباید جانب‌دارانه و در جهت تأمین منافع پزشکان عمل کند. به منظور اطمینان از این امر فعالیت‌های این سیستم باید عادلانه، معقول و شفاف باشد. انجمن ملی پزشکی موظف است به اعضای خود در درک این مفهوم که «ضوابط مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای» می‌تواند آزادی عمل و استقلال بیشتری را برای پزشکان ایجاد نماید، کمک کند، اما این آزادی عمل همواره باید در راستای تضمین ایمنی و پشتیبانی از منافع عمومی جامعه و همچنین ارتقای جایگاه حرفه پزشکی باشد.

### تعهد حرفه‌ای در ایران

تا زمان تشکیل مجلس در دوره مشروطه هیچ ساختار قانونمندی برای بررسی صلاحیت طبابت وجود نداشت. هیچ مکتب خاصی عهده‌دار تحصیل طب نبود. شاگردان پس از طی مقدمات، یادگیری صرف و نحو،

بر استانداردهای حرفه‌ای در میان اعضای حرفه و جامعه به کار بندد.

۵) برای تعیین ضوابط مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای در هر سیستم باید از موارد زیر اطمینان حاصل شود: الف) کیفیت ارائه اقدامات مراقبتی به بیماران

ب) صلاحیت پزشک برای مراقبت از بیماران

ج) رفتار حرفه‌ای پزشک

پزشکان باید برای به‌روزرسانی و حفظ دانش بالینی و مهارت‌ها و شایستگی خود به منظور اطمینان از مراقبت مداوم و باکیفیت از بیمار، به صورت مداوم و فعال در برنامه‌های توسعه حرفه‌ای شرکت کنند.

۶) رفتار حرفه‌ای پزشکان همواره باید در چهارچوب منشور اخلاقی حاکم بر علم پزشکی در هر کشور باشد. انجمن ملی پزشکی باید رفتار حرفه‌ای و اخلاقی را در راستای ترویج بیانیه مادرید انجمن جهانی پزشکی درباره ضوابط مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای به منظور منفعت بیماران، در میان پزشکان رواج دهد. مشکلات اخلاقی باید به‌سرعت شناسایی و گزارش شود و پزشکان خاطی باید مجازات گردند و امکانات اصلاح برای آن‌ها ایجاد شود.



عدم تشکیل نظام پزشکی، وظیفه شورای عالی بهداشت است که آیین‌نامه آن طبق نظر گروه بهداری و دادگستری تنظیم شود.» (۱۲)

دکتر عبدالحسین راجی، وزیر وقت بهداری، در سال ۱۳۳۸ لایحه نظام پزشکی را به مجلس ارائه کرد و در سال ۱۳۳۹ اولین قانون نظام پزشکی تصویب و ابلاغ گردید. به موجب این قانون سازمان نظام پزشکی به منظور سامان دادن حرفه طبابت، صدور مجوز طبابت و نظارت بر کار طبیبان تشکیل شد. سازمان نظام پزشکی در این لایحه این‌گونه تعریف شده بود: «نظام پزشکی سازمانی است مستقل و دارای شخصیت حقوقی و مرجع صلاحیت‌دار برای حفظ شئون و پیشرفت امور پزشکی و تنظیم روابط حرفه‌ای بین پزشکان و حفظ حقوق مردم و مؤسسات ملی دولتی در برابر صاحبان فنون پزشکی و بالعکس در سراسر کشور.» (۱۲)

از سال ۱۳۳۹ تاکنون قانون نظام پزشکی ۸ بار بازنگری شده است و در آخرین بازنویسی در سال ۱۳۸۳ به تصویب رسید. یکی از مهم‌ترین نقش‌های اختصاصی نظام پزشکی، رسیدگی به تخلفات صنفی و انتظامی پزشکان است که در راستای اعمال نقش خودتنظیمی حرفه عمل می‌کنند. مقررات انتظامی حرفه‌ای پزشکی به چند بند مختصر محدود می‌شود که متناسب

تحصیل حکمت الهی (فلسفه) و فراگرفتن حکمت طبیعی (طب و غیره) می‌توانستند پس از کسب اطلاعات مختصر طبی در مطب پزشکان معروف قدیمی، خود را پزشک بنامند و به درمان بیماران مشغول شوند. در روستاها و بین ایلات و عشایر، طب سنتی رواج داشت و برخی جراحی‌ها توسط دلاکان انجام می‌گرفت. هیچ نظارت و مراقبتی بر کار طبابت وجود نداشت و همه تعهدات پزشکی به پرهیزگاری پزشکان بستگی داشت.

با شکل‌گیری مجلس شورای ملی، قانون طبابت در تاریخ ۱۰ خرداد سال ۱۲۹۰ و مشتمل بر ۱۳ ماده به تصویب رسید و به موجب آن، دفتری برای ثبت آمارهای مربوط و رسیدگی به امور طبیبان تأسیس شد. از آن زمان به بعد طبابت در ایران، فقط با ارائه مدرک پزشکی معتبر از داخل و یا خارج از کشور میسر بود. این قانون برای مجوز طبابت طراحی شده بود و نظارت بر آن بر عهده شورای بهداری هر شهر بود. (۱۱)

در سال ۱۳۲۹ قانون «بهداشت شهری» به هدف ساماندهی طبابت به تصویب رسید و در آن برای نخستین بار واژه «نظام پزشکی» وارد قوانین ایران شد. در تبصره ماده ۳ این قانون آمده است: «رسیدگی به تخلفات شغلی غیر جزایی پزشکان از وظایف نظام پزشکی است که در صورت

### نتیجه‌گیری

تعهد حرفه‌ای پزشکی پایبندی فردی، جمعی و سازمانی حرفه‌مندان سلامت به حفظ اعتماد جامعه به حرفه از طریق پایبندی به اولویت منافع بیمار، رعایت عدالت و حقوق انسانی مردم در دریافت خدمات سلامت است. تعهد حرفه‌ای وسیع‌تر از تعهد حرفه‌مندان به اخلاق و آداب حرفه‌ای است و تعهد سازمانی و نظام‌مند کلیه سازمان‌های متولی سلامت و نهادهای نظارت بر عملکرد و کیفیت حرفه را نیز شامل می‌شود. پایبندی به تعهد حرفه‌ای، امتیاز قدرت و استقلال در تصمیم‌گیری و خودتنظیمی برای حرفه به ارمان می‌آورد و حفظ این امتیاز در گرو نشان دادن کارکرد مناسب نظام حرفه‌ای در جهت حفظ اعتماد عمومی به آن حرفه است.

با نیاز روز رشد پیدا نکرده و هنوز هیچ مجموعه مدون و قابل استنادی به‌عنوان استانداردهای رفتار حرفه‌ای پزشکی تدوین نشده است.

هرچند نقش سازمان نظام پزشکی به‌عنوان سازمان حرفه‌ای در تدوین استانداردهای رفتار حرفه‌ای پزشکی و ایفای نقش خودتنظیمی حرفه جای نقد دارد ولی بحث آن خارج از موضوع این پژوهش است. سازمان نظام پزشکی ایران در سال ۱۳۹۶ اقدام به تدوین راهنمای اخلاق حرفه‌ای شاغلان حرف پزشکی نمود که سند نهایی آن پس از تصویب در سال ۱۳۹۷ ابلاغ گردید. تا قبل از آن تنها سند مصوب موجود که در آن به برخی هنجارهای اخلاق حرفه‌ای اشاره شده بود، آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات اعضای جامعه پزشکی بود که بیش از پنجاه سال از تدوین آن می‌گذشت. (۱۳)

پیگیری بخشی از تعهدات حرفه‌ای پزشکی همچون تعهد به بهبود دسترسی به خدمات و تعهد به توزیع عادلانه منابع محدود که مرتبط با حوزه سلامت عمومی است بر عهده وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی دولت است. وزارت بهداشت همچنین نظارت بر تعهد به ارتقای توانمندی حرفه‌ای را بر عهده دارد و تعهد به تولید دانش نیز عمدتاً در دانشگاه‌های دولتی اعمال می‌شود.

ject slides. Available at:

[www.acgme.org/outcome/project/OutIntro.htm](http://www.acgme.org/outcome/project/OutIntro.htm). Accessed May 28, 2003.

8. Association of American Medical Colleges and the National Board of Medical Examiners Embedding professionalism in medical education: Assessment as a Tool for Implementation. Baltimore, Maryland. May 15-17, 2002:

[www.nbme.org/PDF/Publications/Professionalism-Conference-Report-AAMC-NBME.pdf](http://www.nbme.org/PDF/Publications/Professionalism-Conference-Report-AAMC-NBME.pdf)

۹. راهنمای رفتار حرفه‌ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران:

<http://medicine.tums.ac.ir/uploads/portals/575/SharedFiles/rafrtr.pdf>

10. WMA, Declaration of Madrid on Professionally-led Regulation. 2019:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/20archives/a21/>

۱۱. قانون طبابت. آرشیو ملی سازمان

استاد و کتابخانه ملی ایران:

[www.nlai.ir/tabid/2598/mid/5853/ctl/asnad/Default.aspx?Subject-mid=5850&SubjectID=4663](http://www.nlai.ir/tabid/2598/mid/5853/ctl/asnad/Default.aspx?Subject-mid=5850&SubjectID=4663)

۱۲. زالی ع. بیش از نیم قرن تاریخی

با نظام پزشکی ایران. طبیب آنلاین.

۲۴/۱۱/۱۳۹۱

<http://tabibonline.net/node/138>

۱۳. راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای

شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان

نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران: ۱۳۹۷

<https://bre.is/2wKTGwcP>

## منابع

1. Cruess, RL, Cruess, SR, Steinert Y. Teaching Medical Professionalism. Cambridge University Press.

2. Professionalism- An MPS Guide. Medical Protection Society:

[www.medicalprotection.org/uk/advice-booklets/professionalism-an-mps-guide/chapter-1-medical-professionalism-what-do-we-mean](http://www.medicalprotection.org/uk/advice-booklets/professionalism-an-mps-guide/chapter-1-medical-professionalism-what-do-we-mean).

3. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Ann Intern Med. 2002 Feb 5; 136(3): 243-6.

4. Cruess, S.R, Johnston, S. and Cruess, R.L. 'Profession': A working definition for medical educators. Teaching and Learning in Medicine, 2004; 16: 74-76.

5. ABIM Foundation. Project Professionalism. 2001:

[www.abimfoundation.org/~media/Foundation/Professionalism/Project%20professionalism.ashx?la=en](http://www.abimfoundation.org/~media/Foundation/Professionalism/Project%20professionalism.ashx?la=en)

6. Doctors in society Medical professionalism in a changing world. Royal college of physician 2005:

[www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/doctors\\_in\\_society\\_reportweb.pdf](http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/doctors_in_society_reportweb.pdf)

7. Accreditation Council on Graduate Medical Education. ACGME Outcome pro-



## گفتار ۵

### ارتباط پزشک و بیمار

#### مقدمه

پزشک به بیمار دارد و هویتی که پزشک برای بیمار قائل می‌شود.

#### نگرش

نگرش یعنی احساس و اندیشه‌ای که با هم در خصوص موضوعی مشخص در نهاد انسانی شکل می‌گیرند و در واقع پیش‌ساز هر رابطه محسوب می‌شوند. اگر همین معنی نگرش را به مفهوم رابطه تعمیم دهیم، نتیجه چنین می‌شود: رابطه الف با ب یعنی هر کدام از طرفین، دانسته و با عواطف شکل یافته، نسبت خود را با طرف دیگر بدانند و مبتنی بر آن نسبت، تعاملات خود را شکل دهد. مصادیق آشنای رابطه بسیار است. مثلاً: رابطه عبد و معبود، رابطه بنده و مولا، مرید و مراد، شاگرد و استاد، فرزند و پدر، فروشنده و خریدار، ... و نیز پزشک و بیمار.

رابطه و ارتباط دو عنصر اصلی تعامل بشری هستند. انسان‌ها عموماً از طریق پلی به نام رابطه و رفتاری به نام ارتباط با هم ارتباط برقرار می‌کنند. رابطه نسبتی است که میان دو سوی تعامل برقرار می‌شود و مبتنی بر هدف آن تعامل است و ارتباط کاربرست مهارت‌هایی است که در راستای رسیدن به همان هدف صورت می‌پذیرد. رابطه و ارتباط گرچه از هم متفاوت‌اند اما جفتی به هم پیوسته برای حصول به هدف تعامل محسوب می‌شوند. جنس رابطه از نگرش است و جنس ارتباط از مهارت و عمل (۱).

#### نقش و اهمیت رابطه پزشک و بیمار

در این بخش به دو مفهوم بنیادین ارتباط پزشک و بیمار خواهیم پرداخت: نگرشی که

اعاده و تحقق آن حق موظف سازد. در این نگاه متعالی، پزشک همه تلاش خود را به کار می‌بندد تا از حقوق بیمار پاسداری کند، مبدا حقی بر گردنش بماند. در این نگاه اخلاقی است که منشور حقوق بیمار و خیرخواهی و اخلاق تعیین پیدا می‌کند و مفاهیم اخلاقی از قبیل رازداری و حقیقت‌گویی و اتونومی و حریم خصوصی و خیرخواهی و احترام و همدلی و ... عینیت پیدا می‌کنند (۲). در آن سوی رابطه نیز بیمار خود را موظف به رعایت حقوق پزشک و مرکز درمانی می‌داند. در چنین نگاهی هر دو سوی رابطه برای رسیدن به بهترین هدف که بازبایی سلامتی بیمار است تلاش می‌کنند.

### هویت

نوع دیگری از نگرش که در شکل‌گیری رابطه پزشک و بیمار نقش مهمی ایفا می‌کند، هویتی است که پزشک برای بیمار قائل می‌شود و اندیشه خود را بر آن مبنا استوار می‌کند. هویت آن چیزی است که به واسطه آن، خود یا دیگری را می‌شناسیم و معرفی می‌کنیم. همچنین هویت وجه اشتراک و تمایز آدم‌ها از یکدیگر است (۳). اگر پزشک بیمار را انسانی آزاد و حائز کرامت الهی و انسانی بداند و بیندیشد که وجودی محترم، آزاد و صاحب حقوق شهروندی به سبب بیماری به پزشک

این‌که پزشک چه نگاهی به بیمار دارد و چه نسبتی میان خود و بیمار تصور می‌کند، پیش‌ساز رابطه او با بیمار است. همین امر از سوی دیگر برای نسبت ذهنی‌ای که بیمار با پزشک برقرار می‌کند، وجود دارد. مجموع این دو نگاه و یا دو نگرش به شکل‌گیری رابطه میان پزشک و بیمار منجر می‌شود. برخی از این تصویرها عبارت‌اند از:

- پزشک بیمار را مزاحمی تلقی می‌کند که موجب بر هم خوردن آرامش اوست. این نگاه بیشتر در پزشکانی دیده می‌شود که حق‌الزحمه ساعتی دریافت می‌کنند.
- پزشک بیمار را منبعی برای درآمد می‌داند، پس تلاش می‌کند که هر چه ممکن است درآمد بیشتری داشته باشد. این نگاه بیشتر در برخی مراکز درمانی خصوصی دیده می‌شود.
- پزشک بیمار را نیازمند و خود را در مقام نجات‌دهنده‌ای که می‌تواند نیازهای بیمار را برطرف نماید، تلقی می‌کند. این نگاه غالباً سبب ایجاد رابطه‌ای از بالا به پائین بین پزشک و بیمار می‌شود. در این رابطه همواره منت بر سر بیمار است و تاج غرور و افتخار بر سر پزشک.
- اما نگاه پسندیده‌تر آن است که پزشک بیمار را صاحب حق بداند و خود را به

را افزون می‌کند و همان‌گونه که بالینت<sup>۲</sup> مدعی شد، خود پزشک، پرمصرف‌ترین درمانی است که برای بیمار تجویز می‌کند (۴).

## نقش و اهمیت رابطه بیمار با پزشک

رابطه پلی میان پزشک و بیمار یا دری میان ساحت پزشک و ساحت بیمار است. دری که بر پاشنه هدف می‌چرخد و درگاهی است که سایر تعاملات میان پزشک و بیمار از رهگذر آن شکل می‌گیرد.

نگاه بیمار به پزشک و هدفی که از مراجعه و تعامل با پزشک دنبال می‌کند، نقش مهم و بسزایی در شکل‌گیری تعامل فی‌مابین آن‌ها دارد. اگر بیمار پزشک خود را عالم و اخلاقی بداند، به او اعتماد می‌کند، همه جوانب فردی زندگی خود که مربوط به بیماری است را به پزشک می‌گوید و به همه نصایح او گوش می‌کند. این نوع رابطه است که بیمار را از محرم بودن پزشک مطمئن می‌کند تا بتواند جان خود و حتی مال و ناموس خود را به او بسپارد؛ اما اگر اعتماد بیمار برانگیخته نشود، طبعاً رابطه‌ای مطلوب شکل نمی‌گیرد و تبعات ناخوشی دارد.

## نسبت رابطه و ارتباط

ارتباط از آبخور رابطه سیراب می‌شود.

مراجعه کرده تا برای تحقق سلامتیش بهترین تصمیم را اتخاذ نماییم، نوع برخورد کاملاً متفاوت از وقتی است که او را تنها یک بیمار بداند. مثلاً در تلقی اول، پزشک بیمار خود را که معلم است و علاقه‌مند به کوهنوردی است و... چنین معرفی می‌کند:

آقای الف، چهل‌ونه‌ساله، معلم، دلسوز و مهربان، اهل...، کوهنورد، متأهل و صاحب دو فرزند نوجوان یکی پسر و یکی دختر، ... که اینک به دلیل کمردرد شدید تحتانی مراجعه کرده و... و در تلقی دوم، پزشک بیمار را صرفاً معطوف به بیماری‌اش می‌شناسد، او را با عنوان بیماری به ذهن می‌سپارد و این‌گونه معرفی نماید:

بیمار، مردی ۴۹ ساله مبتلا به کمردرد شدید تحتانی، رادیکولار به پای چپ که در ام‌آر‌آی (MRI) خود علائم بیرون‌زدگی دیسک کمر را نشان می‌دهد و... .

پزشک برای آن‌که علم و مهارت پزشکی خود را به بیمار منتقل کند و او را به تبعیت از آن وادار نماید، به بستری از رابطه و ارتباط نیاز دارد. اینجا است که نقش هم‌افزاینده<sup>۱</sup> و مضاعف تعامل و درمان مطرح می‌شود. پزشک با بهره‌جستن از بستر مناسب شکل یافته در رابطه، اثربخشی دارو و معالجات خود

2- Balint.

1- Synergistic.

ارتباطات انسانی و تعاملات بشری نقش شگرفی ایفا می‌کند. اهمیت جمله آغازین کتاب نویسندگان بزرگ؛ لابی‌ها و ورودی‌های بناهای عظیم؛ خوشامدگویی و شیوه پذیرش هتل‌ها؛ یا سکانس ابتدایی فیلم‌های سینمایی بلند، نمونه‌هایی از تأثیر آغازهای سرنوشت‌ساز است. همچنین آغاز سال نو، آغاز مدرسه، اول آشنایی‌ها و رونمایی از پدیده‌های مبتکرانه و بالاخره شروع ارتباط پزشک و بیمار.

### ارتباط میان پزشک و بیمار

شروع ارتباط پزشک و بیمار به قبل از رویارویی آن‌ها و از ابتدای حضور بیمار در مرکز درمانی آغاز می‌شود؛ یعنی نگرهبان و پذیرش و منشی و در و دیوار و ظاهر مطب و درمانگاه و بیمارستان هم عناصری برای برقراری ارتباط محسوب می‌شوند. چنانچه این عناصر به درستی طراحی شوند و ارتباطات انسانی به خوبی شکل بگیرند، فرآیند درمان و ارتباط پزشک و بیمار ساده‌تر و روان‌تر انجام خواهد شد. به عبارت دیگر، کادر نگرهبانی و پذیرش مراکز درمانی هم در فرآیند درمان بیمار نقش مهمی ایفا می‌کنند و بیمار از همان ابتدای ورود به آن مرکز خود را در معرض ارتباطات درمانی می‌بیند و روان او ارتباطات موجود را به هم پیوند می‌دهد. حال اگر سایر ارتباطات آن مرکز با بیمار به شکلی خوب و عالی برقرار شود، بیمار با نگرشی مثبت

نگرش طرفین رابطه سرچشمه اصلی ارتباط میان آن‌هاست. ارتباط، رفتار تعاملی با طرف مقابل است. بخشی از رفتارها به واسطه کلام و اکثر آن‌ها از طرق غیرکلامی مثل زبان بدن و آوا و اعمال و نگاه و... به طرف مقابل القا می‌شود (۵). ارتباط شروع و خاتمه دارد. در یک ارتباط دوستانه، شروع رابطه همان نگاه اول است و عموماً با دیدن اتفاق می‌افتد و خاتمه آن با کلامی مهربانانه مثل خداحافظی و آرزوی نیک به سرانجام می‌رسد.

انجام درست رفتار مستلزم تمرین است. تمرین مهارت‌های ارتباطی سبب می‌شود که انجام یک رفتار ملکه نفس شود و بتواند بدون تفکر و تمرکز انجام پذیرد. به عبارت دیگر، رفتار ارتباطی درست از دل فرهنگ‌ها و تجارب بشری بیرون می‌آید، آزموده می‌شود و به الگو و مدل تبدیل می‌گردد. افراد یک جامعه آن رفتار را از یکدیگر می‌آموزند و با توجه به حساسیت الگوهای فرهنگی حاکم، آن قدر تمرین می‌کنند تا بتوانند به شکل ناخودآگاه و به سادگی و بدون تأمل آن را انجام دهند.

شروع ارتباط، همان نگاه اول است که سایه‌ای بر سر ارتباط می‌اندازد و نقش مهمی در شکل‌گیری و ادامه ارتباط دارد و چنانچه به درستی شکل پذیرد، سایر مراحل رابطه را با حسی بهتر همراه می‌کند (۶). آغاز فلسفه‌ای عمیق دارد و در همه



بود، زمینه همدلی را فراهم می‌آورد. مثلاً شغل و تخصص بیمار را تمجید می‌کند و کم‌کم گفت‌وگو را به سمت مشکل اصلی بیمار می‌کشاند و تاریخچه بیماری‌اش را می‌پرسد و این‌گونه است که پزشکی روایی شکل می‌گیرد.

یعنی ارتباط بین پزشک و بیمار در بستری از احترام و همدلی آغاز می‌شود و این ارتباط زمینه‌ساز طبابت و معالجه بهتر و اثربخش‌تر است. پرواضح است که شکل‌گیری این نوع ارتباط محتاج دانش ارتباط و ممارست پزشک است. پزشک باید بداند با چه کسی، در چه زمانی و چه مکانی، چگونه گفت‌وگو کند و چگونه از زبان بدن و اعمال خود استفاده کند؛ یعنی پزشک باید با روان‌شناسی رابطه و ارتباط در حد لزوم آشنا باشد و هم‌چنین به فرهنگ و مذهب و جامعه خود و بیمار آشنایی داشته باشد تا بتواند ارتباط درست و اثربخشی برقرار کند (۷). بسیار مفید است که پزشک علاوه بر دانش و مهارت پزشکی با برخی حوزه‌های دانش از قبیل روانشناسی و جامعه‌شناسی و ادبیات و ... آشنا باشد.

حال تصور کنید که مدتی بعد همان بیمار مجدداً مراجعه می‌کند و پزشک علاوه بر نام او مختصری از بیوگرافی و سابقه‌اش را با عنایت به پرونده بیمار می‌خواند و ارتباط کلامی را این‌گونه آغاز می‌کند: خوش

با پزشک رودررو می‌شود و کار پزشک آسان‌تر است.

بیهوده نیست که خیلی از افراد ابتدا با یک مرکز درمانی ارتباط دوستانه برقرار می‌کنند و بعد بر اساس آن ارتباط، به پزشک مراجعه می‌کنند و رضایت خود را از کل آن مرکز پزشکی ابراز و منتقل می‌کنند. مثلاً می‌گویند: خیلی کلینیک خوبی است، پرسنل خیلی خوبی دارد. پزشکانش هم خیلی خوب‌اند؛ یعنی بیمار با یک کل به نام کلینیک ارتباط برقرار کرده و یکی از اجزاء آن کل، پزشک است.

تصور کنید که نوبت بیمار است و قرار است به اتاق پزشک وارد شود، در باز می‌شود و پزشک با قامتی ایستاده و نظیف و مرتب اسم بیمار را صدا می‌زند: آقای الف، تشریف بیاورید لطفاً و بیمار با شعف به پزشک می‌نگرد و چهره او را تماشا می‌کند که با لبخندی اجتماعی و زیبا و نگاهی مهربان و مطمئن و با حرکات مناسب دست و صورت از او دعوت به ورود می‌کند. بیمار با خوشحالی و احساس اهمیت فراوان وارد اتاق پزشک می‌شود و با سلام و تحیت او روبرو می‌شود. کلام مهربان او را می‌شنود و با اشاره دست او بر صندلی خود آرام می‌گیرد. پزشک در جای خود می‌نشیند و پس از لحظاتی سر صحبت را با پرسش از مشخصات بیوگرافیک بیمار آغاز می‌کند و علاوه بر احترامی که از همان اول آغاز شده

بهتر است او را عوض کنید (۱۲). سازمان بهداشت جهانی در مقاله‌ای رابطه پزشک و بیمار را در معرض تهدید ارزیابی کرده و معتقد است دلیل این امر مسائل اقتصادی و تجاری شدن این رابطه است. این سازمان در پی آن است که این رابطه را تقویت کند و به همین دلیل چهارچوبی برای آن تدوین نموده است (۱۳).

## مهارت‌های ارتباط میان پزشک و بیمار

### احترام

احترام مهارتی است که در همه ارتباطات بشری به‌ویژه ارتباط میان پزشک و بیمار و از ابتدا تا انتهای ارتباط لازم است و نقشی ماندگار دارد و بودنش موجب قوام رابطه و نبودنش موجب گسست و سستی رابطه خواهد بود؛ یعنی احترام موجب افزایش اثربخشی رفتار می‌شود و راه را برای ارتباطات بعدی هموار می‌کند.

در اهمیت احترام همین بس که حضرت رسول اکرم، صلی الله علیه و آله و سلم، فرموده‌اند: کسی که به کودکان رحمت و محبت نکند و بزرگسالان را احترام ننماید از ما نیست (۱۴).

همه آبنای بشر از یک‌سو حساسیت دارند که مورد احترام واقع شوند و از سوی دیگر معتقدند که با دیگران محترمانه رفتار می‌کنند و در نتیجه اشخاصی محترم

آمدید آقای الف. چه خبر از کاروبار؟ درد کم‌تران بهتر شده؟ و خلاصه باز با احترام و همدلی با بیمار ارتباط برقرار می‌کند و سپس سراغ معاینه و معالجه می‌رود. این شیوه رفتار، همان طبابت بیمار محور<sup>۱</sup> است که خانم بالینت قریب صد و ده سال پیش به آن پرداخته است (۸).

به هر روی، رابطه پزشک و بیمار<sup>۲</sup> از عناصر اصلی مراقبت و طبابت است و علاوه بر اهمیتی که دارد، موضوع تحلیل و تفصیل بسیاری از اندیشمندان قرار گرفته و مدل‌های بسیاری برای آن پیشنهاد شده است (۹). انجمن پزشکی آمریکا اساس رابطه پزشک و بیمار را اعتماد دانسته و معتقد است این رابطه زمانی به‌درستی شکل می‌گیرد که رضایت طرفین را به دنبال داشته باشد (۱۰). برخی اندیشمندان رابطه پزشک و بیمار را مقدمه‌ای بر اتونومی می‌دانند و بر این باورند که از این طریق پزشک می‌تواند به دنیای بیمار وارد شود و بیماری را از دریچه چشم او بیند (۱۱).

روان‌شناسان دانشگاه هاروارد با قطعیت اعلام می‌کنند که رابطه خوب میان پزشک و بیمار به ارتباط بهتر آن‌ها منجر می‌شود و این ارتباط موجب بالا رفتن اثربخشی درمان خواهد شد. این دسته از محققان به بیماران توصیه می‌کنند که اگر با پزشک خود رابطه مطلوب برقرار نکرده‌اید،

1- patient-centred medicine.

2- Doctor Patient Relationship.

هستند.

نمی‌شناخته است،

- انگیزه لازم برای رفتار محترمانه نداشته است،
- فکر می‌کند که رفتار احترام‌آمیزی داشته، اما در واقع این‌گونه نبوده است،
- با شدت و جدیت لازم مراتب احترام را طی ننموده و برای تحقق آن تلاش کافی نکرده است،
- رفتار ارتباطی محترمانه و بدون نقصی داشته، اما اثر محیط مانع از انتقال پیام محترمانه پزشک به بیمار شده است،
- بیمار شرایط روانی لازم برای دریافت حس ارزشمندی و احترام نداشته است. بنابراین، اغلب اوقات مشکل از پزشک است و در مورد آخر نیز که بار عدم تحقق احترام بر دوش بیمار است راه چاره سریعی وجود ندارد و در واقع از بدشانسی‌های پزشکی به حساب می‌آید. پزشکان به این‌گونه بدشانسی‌ها عادت دارند، مثل وقتی که علم و مهارت لازم برای درمان بیمار به اجرا گذاشته شده ولی حال بیمار بهتر نمی‌شود.

به‌جز این تعریف ایجابی، احترام تعریف سلبی دیگری نیز دارد: «احترام رفتار ارتباطی است که احساس بی‌ارزشی و خفت را به طرف مقابل منتقل نکند». یعنی پزشک رفتاری نکند که بیمار احساس خفت و کم‌ارزشی پیدا کند.

اما نکته اینجا است که آیا همه افراد در بحث خودمان، همه پزشکان، احترام را به‌درستی می‌شناسند و با مفهوم آن آشنایند و می‌دانند که احترام گذاشتن یعنی چه؟ چگونه محقق می‌شود؟ به چه کسانی باید به چه کسانی نباید احترام گذاشت؟ و شاخص احترام چیست؟ برای روشن شدن موضوع به تبیین مفهوم احترام در رابطه پزشک و بیمار می‌پردازیم:

در ارتباط میان پزشک و بیمار، پزشک رفتاری انجام می‌دهد و بیمار از آن رفتار تأثیر می‌پذیرد، چنانچه بیمار احساس ارزشمندی و اهمیت داشته باشد، یعنی رفتاری محترمانه از پزشک صادر شده است؛ یعنی پزشک به‌گونه‌ای رفتار کرده که به موجب آن رفتار، بیمار احساس ارزشمندی و گرمی‌داشت کرده است. بنابراین، به‌راحتی می‌توان فهمید که رفتار محترمانه بیهوده صورت نمی‌گیرد، بلکه هدفمند و ماهرانه اجرا می‌گردد تا نتیجه دلخواه را به دست آورد.

حال به این سؤال مهم پاسخ دهیم که: چنانچه احساس ارزشمندی در بیمار شکل نگیرد، مشکل از کجاست؟ آیا پزشک مقصر است؟

پاسخ این سؤال مهم را در قالب چند احتمال بررسی می‌کنیم:

- پزشک مفهوم احترام را به‌درستی

و انجام رفتار مناسب با آن شخص در آن موقعیت.

جمیل زکی در کتاب جنگ برای مهربانی<sup>۲</sup>، همدلی را از مفهومی ساده و بسیط بیرون آورده و به چتری تشبیه می‌کند که مهارت‌ها و رفتارهای انسان را تحت پوشش و اثر خود می‌گیرد. وی معتقد است که همدلی سه وجه احساسی<sup>۳</sup>، شناختی<sup>۴</sup> و رفتاری<sup>۵</sup> دارد که در فرایندی درهم‌تنیده و طی سه فاز به انجام می‌رسد:

فاز اول<sup>۶</sup> که همان همدلی احساسی است با به اشتراک گذاشته شدن تجارب آغاز می‌شود و از این اشتراک، احساس طرف مقابل برانگیخته می‌شود و به موضوع مربوطه (به اشتراک گذاشته شده) معطوف می‌گردد.

فاز دوم<sup>۷</sup> همدلی شناختی و فکری است و با تفکر و اندیشیدن نسبت به موضوع اشتراکی و حالات مرتبط با وضعیت پیش رو تداوم می‌یابد و ذهن را درگیر خود می‌کند. در این فاز به فکر فرومی‌رویم و سعی می‌کنیم طرف مقابل را درک کنیم و برای هرگونه کمک آماده شویم.

فاز سوم همدلی مشفقانه<sup>۸</sup> است، رفتاری و مراقبتی است و ما را به واکنش عملی و

پس اگر پزشک در شرایطی قرار دارد که نمی‌تواند بیمار را تکریم کند، دست کم باید مراقب باشد که رفتارش احساس بی‌ارزشی در بیمار ایجاد نکند. مثلاً فریاد نزد، بیمار را با واژگان نامناسب خطاب نکند، با لحن و کلام بد سخن نگوید، در حضور دیگران بیمار را معاینه ننماید، او را تمسخر نکند، حرف بیمار را قطع نکند، بی‌اعتنایی نکند و صدها رفتار دیگر.

در نتیجه یکی از حقوقی که بیمار در ارتباط با کادر درمان و به‌ویژه پزشکان دارد، حق احترام است و این حق نه تنها به رابطه پزشک و بیمار بلکه به تمام روابط بشری مرتبط است و همه انسان‌ها در همه مکاتب و جوامع حق دارند که محترم باشند و با آن‌ها محترمانه رفتار شود.

## همدلی

مهارت ارتباطی دیگر که کمی پس از شروع ارتباط به ایفای نقش می‌پردازد و تا کمی قبل از خاتمه تداوم می‌یابد، همدلی<sup>۱</sup> است.

همدلی یعنی درک طرف مقابل، به‌گونه‌ای که گویی با چشم او دنیا را می‌بینیم یا با کفش او راه می‌رویم. همدلی یعنی موقعیت دیگری را احساس کنیم و مناسب‌ترین کاری که ممکن است را برای کمک به او انجام دهیم. همدلی یعنی درک شخص در موقعیت زمانی و مکانی و موضوع کنونی

2- Janmil Zaki. The war for kindness.

3- Emotional.

4- Cognitive.

5- Behavioral.

6- Sharing.

7- Thinking About.

8- Compassion.

1- Empathy.

برای تأیید صلاحیت پزشک لازم است و سازمان‌های صنفی و نظارتی مربوطه موظف هستند از طبابت کسانی که فاقد این سه صلاحیت هستند، ممانعت نمایند. از سوی دیگر، پزشکی بیش از آن که یک شغل و منبع درآمد محسوب شود، یک مسئولیت است که ایفای بهینه آن در گرو چهار شرط است:

- ۱- برقراری رابطه و ارتباط درست و مناسب با بیماران و همراهان ایشان
- ۲- جامع و روزآمد بودن اطلاعات پزشک و داشتن تجربه و مهارت کافی
- ۳- انجام مشاوره‌های تخصصی در صورت لزوم

۴- شناخت موارد شایع خطا و قصور در تشخیص و درمان  
از قدیم‌الایام طبیب فردی حاذق و بوده است و از آنجا که با جان افراد سروکار داشته، دقت نظر، تشخیص صحیح و درمان به‌جای او مطمح نظر همگان بوده است. لذا، با توجه به خصوصیت فراموش‌کاری انسان و تحول مستمر علم پزشکی، کسب دانش و مهارت پزشکی و پژوهش مستمر و پویا در این حیطه ضروری است و در سیستم بهداشتی و درمانی اکثر کشورها به این نکته اشاره شده و برای تحقق آن برنامه‌ریزی شده است.

یک نکته مهم اخلاق پزشکی این است

انجام امور همدلانه مشغول می‌کند.

پرواضح است که اگر اشتراک تجربه صورت نگیرد و وجه احساسی همدلی نباشد عملاً فرآیند همدلی آغاز نخواهد شد و چنانچه وجه شناختی همدلی صورت نگیرد، اقدام انجام شده مناسب و همدلانه و از سر فکر و اندیشه نخواهد بود (۱۵).

شاخص همدلی، هنر و مهارت گوش دادن است. بیماران دوست دارند شنیده شوند، پس باید پزشک با درک احساسات و عواطف آن‌ها به کلامشان گوش بسپارد و به احساساتشان توجه کند. شناخت و درک احساسات بیمار سبب رفتاری صحیح و همدلانه خواهد شد. به همین دلیل است که گوش دادن از مهم‌ترین مهارت‌های ارتباطی پزشکان محسوب می‌شود. برای آگاهی بیشتر به مقاله حجت و همکاران که مقیاس سنجش همدلی پزشک و بیمار را ساخته و در دسترس قرار داده‌اند (۱۶)، مراجعه فرمایید.

### صلاحیت علمی و عملی پزشک

پزشکان برای طبابت محتاج سه گونه صلاحیت هستند:

۱- صلاحیت علمی

۲- صلاحیت اخلاقی

۳- صلاحیت مهارتی

پرواضح است که هر سه صلاحیت نام‌برده اهمیت دارند و وجود هر سه، هم‌زمان

## رابطه پزشک و بیمار

تأکید بر اختیار فردی و لزوم کسب رضایت آگاهانه دریافت‌کنندگان خدمات سلامت، از پایه‌های اصلی پزشکی بالینی معاصر محسوب می‌شود و دیدگاه سنتی پدرسالارانه در خصوص رابطه پزشک و بیمار در بسیاری از جوامع کمتر مورد توجه است. امروزه رازداری، حفظ حریم خصوصی بیمار و حقیقت‌گویی از مباحث مهمی هستند که بر حقوق فردی بیمار تأکید می‌کنند و در ادامه به آن‌ها خواهیم پرداخت.

بدون تردید رابطه مطلوب بین پزشک و بیمار، تأثیر بسزایی در حصول نتایج درمانی موردنظر دارد. در رابطه دوسویه پزشک و بیمار، هر طرف وظایف و تعهداتی دارد که رعایت آن‌ها به تقویت روابط صمیمانه و منطبق با اصول علمی و اخلاقی کمک خواهد نمود. احترام<sup>۱</sup>، صداقت<sup>۲</sup>، اعتماد<sup>۳</sup> و همدلی و شفقت<sup>۴</sup>، پایه‌های اصلی این رابطه هستند (۱۷).

از سویی، تقویت مهارت‌های ارتباطی<sup>۵</sup> اهمیت وافری دارد و بیانگر توجه به بیمار و رعایت شأن اوست و موجب ایجاد صمیمیت لازم و رضایت بیشتر بیمار خواهد شد. در این ارتباط صمیمانه بیمار با راحتی بیشتری سؤالات و مشکلات خود را

که نداشتن صلاحیت کافی مانع فایده رساندن به بیمار است و گاه باعث صدمه به او خواهد شد. دخالت طبیب در زمینه‌ای که تجربه و تبحر کافی ندارد، عواقب وخیمی در پی دارد و حتی می‌تواند منجر به مرگ بیمار شود. مهارت‌هایی که یک پزشک باید برای کسب صلاحیت، کسب نماید را می‌توان به شش دسته تقسیم کرد:

- مهارت‌های گرفتن شرح‌حال خوب
- مهارت‌های مشاهده و معاینه نمودن خوب
- مهارت‌های ارتباط برقرار کردن
- مهارت‌های آموزشی مستند (با مدرک)
- توانایی رسیدن به تشخیص‌های افتراقی صحیح
- توانایی استفاده از علوم تئوری در صحنه عمل و بالین بیمار
- پزشک علاوه بر تلاش برای کسب مهارت‌های ذکر شده باید در مواردی که تخصص ندارد بیمار را به متخصص ارجاع دهد و از اقدامات خودسرانه و غیرعلمی خودداری کند. کشورهای مختلف در زمینه تعیین موارد قصور پزشکی تعاریف و قوانینی دارند که می‌تواند مباحث مفصلی را در زمینه‌های مختلف اخلاق پزشکی در برگیرد.

## روابط حرفه‌ای در طب

1- Respect.

2- Honesty.

3- Trust.

4- Empathy and Compassion.

5- communication skills.

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

در قسمتی از سوگندنامه تنظیمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چنین آورده شده است (۱۸):

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 تزییع 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.

ذکر این نکته جالب است که سیستم ملی سلامت انگلستان<sup>۶</sup> برای آموزش و آگاهی‌های پزشکان عمومی کتابی تدوین نموده است و فصلی از آن را به آموزش

با پزشک در میان می‌گذارد و با خاطری آسوده اسرار و سوابق پزشکی خود را به اطلاع پزشک می‌رساند (۱۸).

در معارف اسلامی به اصول اخلاقی روابط پزشک و بیمار بسیار پرداخته شده است و در نوشته‌های حکیمان گذشته اشاراتی فراوان وجود دارد.

بسیاری از سیستم‌های بهداشت و درمان نیز در این زمینه مبانی و اصولی را تدوین نموده‌اند. سوگندنامه‌های پزشکی و بیانیه‌های معتبر نیز بر این اصول تأکید وافعی داشته‌اند. (۱۸) عهدنامه یا اعلامیه ژنو مصوب مجمع عمومی انجمن جهانی پزشکان در ژنو (سوئیس) در سال ۱۹۴۸ (اصلاحیه ۱۹۶۸) نیز از این قبیل است (۱۹). اکثر این متون، در رابطه بین پزشک و بیمار بر مواردی مثل 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 خطرناک دیگر، توجه به اعتقادات مذهبی بیمار و تعدیل روابط مالی موجود بین پزشک و بیمار تأکید داشته‌اند.

توجه به اعتقادات بیمار یک امر ضروری، خصوصاً در جوامعی است که گروه‌های مختلف نژادی، فرهنگی و مذهبی در کنار یکدیگر زندگی می‌کنند. آشنایی پزشک با

6- National Health System (NHS).

صمیمانه بین پزشک و 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 مسئله مهمی است که باید مد نظر پزشک قرار گیرد. پزشک باید در اقداماتی که ممکن است با ارزش‌های مورد قبول بیمار تعارض داشته باشد، نهایت دقت را بکار برد 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، یا خاتمه حیات از مسائل مطروحه این بحث هستند.

### رضایت آگاهانه

امروزه نظام بهداشت و درمان در اکثر جوامع، بیمار محور شده است. در گذشته حتی در جوامع غیرمذهبی، پزشک را صاحب توانایی خداگونه می‌دانستند و ایمان به توانایی پزشک در تشخیص و درمان صحیح را جزء مهمی از فرآیند شفای بیمار تلقی می‌کردند. نگرش پزشک‌مدار ممکن است سبب پدرسالاری<sup>۱</sup> پزشک (اقتدار محض پزشک) در مواقع تصمیم‌گیری برای بیمار شود (۲۰). در اخلاق پزشکی نوین، سعی شده است که به اختیار بیمار (اتونومی)، در حد ظرفیت او برای تصمیم‌گیری احترام گذاشته شود، اما نظام مدرن غربی

فرهنگ‌های مختلف از جمله اسلام اختصاص داده است. استدلال این کار آن است که پزشکان باید درک درستی از عقاید و رفتار گروه‌های اعتقادی مختلف داشته باشند، وگرنه ممکن است کاری انجام دهند یا چیزی بگویند که موجب آزدگی و صدمه روحی- روانی به بیمار شود.

بسیاری از ایده‌های بزرگ و مطرح اخلاق در مقوله طب و مراقبت‌های بهداشتی در جهان از فرهنگ‌های یونان، روم و مسیحیت نشئت گرفته است. در سال‌های اخیر بسیاری از منابع اطلاعاتی موجود در این زمینه در کشورهای چون انگلستان و آمریکا تهیه شده است، اما فرهنگ غنی اسلام با اصول و فروع، علوم نظری و عملی و نیز احکام واجب، حرام، مباح، مکروه و مستحب که توسط فقه پویای شیعه بیان گردیده است، در حیطة 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 خود، تدوینی نو در این زمینه انجام دهیم. در کشورهای اسلامی با توجه به فرهنگ و عرف مطابق با اسلام و شئون اسلامی، هر پزشک در مواجهه با بیمار مسلمان موظف به رعایت آداب اسلامی است. این امر از چند جنبه حائز اهمیت است: اول از جهت اتونومی و آزادی بیمار در اعتقادات شخصی و دوم در جهت حفظ ارتباطات

1- Paternalism.



در اختیار بیمار بگذارد و برای تصمیمات درمانی او احترام قائل شود (۸). مبادله اطلاعات موجود با بیمار و تشریح گام‌هایی که به سیر بهتر بیماری کمک می‌کند، بیمار را برای بحث‌های بعدی در مورد تصمیمات درمانی آماده می‌نماید.

بیماران برای انتخاب و تصمیم‌گیری، نیازمند و وابسته به راهنمایی و تفسیر پزشک هستند، لذا ارائه اطلاعات لازم و کافی به بیمار برای اتخاذ تصمیم مناسب و معقول ضرورت دارد. هرچند در اکثر موارد رضایت ضمنی بیمار برای انجام اقدام لازم کفایت می‌کند، اما در موارد جراحی، بیهوشی و مداخلات تهاجمی اخذ رضایت کتبی از بیمار لازم است. در برخی شرایط مانند وضعیت اورژانسی در بیمار غیر هوشیار که جان بیمار در معرض خطر است، اقدامات لازم بر مبنای رضایت فرض شده<sup>۲</sup> برای بیمار انجام می‌شود. این شرایط، از جمله مواردی است که حتی در کشورهای غربی که معتقد به اختیار مطلق فرد هستند، اصل سودمندی بر اصل اتونومی ترجیح می‌یابد.

فهم این‌که چه میزان اطلاعات لازم است تا مطمئن شویم بیمار رضایت دارد، در شرایط مختلف متفاوت است. انجمن عمومی پزشکان آمریکا حقوق بیماران در خصوص دادن اطلاعات و آگاهی به او را

در مواردی اعتماد بین پزشک و بیمار را خدشه‌دار ساخته است. مثلاً گاهی به جای اصطلاح بیمار یا patient از اصطلاح ارباب‌رجوع یا client استفاده می‌شود و این نام‌گذاری رابطه بین پزشک و بیمار را به عقد و پیمان بدل می‌کند. چنین مدلی ممکن است ضمانت اجرایی لازم را نداشته باشد ولی می‌تواند باعث فراموشی و غفلت از آسیب‌پذیری ناگزیر بیمار در بسیاری از موقعیت‌های بالینی شود.

انجمن جهانی پزشکی در بیانیه خود، تصمیم آگاهانه و تعیین سرنوشت خود را حق مسلم بیمار می‌داند (۷):

هر فرد بالغ دارای صلاحیت، حق دادن یا ندادن رضایت برای مداخلات تشخیصی یا درمانی خود را دارد. این حق بیمار است که اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری در اختیارش قرار گیرد و بداند هدف انجام هر آزمایش یا اقدام درمانی چیست و از نتایج مورد انتظار آگاه شده باشد. هم‌چنین پیامدهای عدم رضایت برای او توضیح داده شده باشد.

بحث رضایت و چگونگی اخذ آن از بیمار مسئله بسیار مهمی است. برای اخذ رضایت باید اصول متفاوتی را مد نظر قرار داد و البته نباید به امضای یک برگه اکتفا نمود. در اصل احترام به اتونومی، پزشک وظیفه دارد اطلاعات کافی برای انتخاب آگاهانه را

بدین نحو تعریف نموده است: «بیماران حق دارند در مورد وضعیت خود و اقدامات درمانی در دسترس آگاه شوند. میزان آگاهی که باید به هر بیمار داده شود بر اساس عواملی مانند طبیعت عارضه، پیچیدگی درمان، خطرهای همراه با درمان‌های جراحی و خواسته‌های شخصی بیمار متغیر خواهد بود» (۹).

البته در صحنه عمل مشکلات زیادی در سیر اخذ رضایت آگاهانه وجود دارد. اگر پزشک تنها منبع اطلاعات بیمار باشد، ممکن است بیمار در تصمیم‌گیری متزلزل شود. از سوی دیگر مواردی وجود دارد که ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار مختل شده یا به‌طور کامل از بین رفته است. در این موارد پزشک باید با خانواده بیمار صحبت کند تا تصمیم درست گرفته شود. بر اساس قوانین کشورهای مختلف، افرادی متفاوتی می‌توانند در این باره تصمیم بگیرند.

علیرغم مطالب فوق و تضعیف اعتقاد پدرسالاری در طب، موارد زیادی وجود دارد که ظرفیت و توان پزشک در اتخاذ شیوه مناسب تشخیص و درمان بیمار، مهم‌ترین عامل ادامه بیماری یا درمان بیمار است. به عبارت دیگر رضایت بیمار، نمی‌تواند جای یک متخصص بامهارت را که در هر وضعیت به «بهترین کار» توصیه می‌نماید، پر کند؛ اما در هر حال، اعمال تشخیصی-درمانی نباید با اکراه و اجبار سایرین صورت پذیرند.

بیمار باید احساس کند در پذیرش یا عدم پذیرش اقدام مورد نظر کاملاً مختار است. در حال حاضر مسئله رضایت همراه با آگاهی، قانونی شده و اگر مراقبان سلامت و پزشکان عمداً اطلاعات کافی ندهند یا درمانی غیر از آنچه بیماران خواسته‌اند انجام دهند، به علت اهمال یا تعدی به حقوق بیماران تحت تعقیب قرار می‌گیرند.

لذا علاوه بر وظیفه اخلاقی، وظیفه قانونی پزشک نیز این است که رضایت بیمار را اخذ نماید. برای معتبر بودن رضایت اخذ شده، سه اصل باید رعایت شده باشد (۸):

- اطلاعات کافی در اختیار بیماران گذارده شده باشد.
- بیمار صلاحیت لازم برای اعلام رضایت داشته باشد و ظرفیت کافی برای درک آگاهی داده شده و اتخاذ تصمیم داشته باشد.
- تصمیم بیمار باید داوطلبانه و اختیاری باشد.

شرایط، دستورالعمل‌ها و قوانین مربوط به اخذ رضایت قانونی از بیمار، همچنین نحوه اخذ رضایت در مواردی که بیمار دچار اختلال تصمیم‌گیری است و میزان آگاهی و شناختی‌ای که باید به بیمار انتقال یابد، از عناوین مورد بحث در این حیطه است. برای مثال آیا در تصمیمات پزشکی همواره باید به رضایت بیمار، حتی اگر بنا به تشخیص پزشک و یا نظر عموم

ارتباط مناسب را برقرار می‌نماید؟ اگر پزشک در مورد صلاحیت بیمار اطمینان کافی ندارد لازم است مشاوره روان‌پزشکی صورت گیرد، اما پزشک و کادر پزشکی باید در نظر داشته باشند که اصرار بیمار برای انجام یا عدم انجام یک اقدام و یا نامعقول بودن تصمیم او، نمی‌تواند دلیل عدم صلاحیت او باشد.

بحث تصمیم‌گیری در بیماران فاقد صلاحیت و ظرفیت لازم نیز موضوعی چالش‌برانگیز در بسیاری از جوامع است. در برخی کشورهای غربی، راهکارهایی برای تسهیل تصمیم‌گیری تیم پزشکی در موارد مواجهه با بیماران فاقد صلاحیت اندیشیده شده است. از جمله شیوه‌های معمول و قانونی، عمل بر اساس رهنمود و درخواست قبلی<sup>۳</sup> بیمار است که در سه قالب می‌تواند انجام پذیرد:

- وصیت زمان حیات<sup>۴</sup>: فرد در زمان سلامت یا زمانی که دارای صلاحیت تصمیم‌گیری است، روند اقدامات پزشکی را در شرایط خاص معین نموده و خواسته قلبی خود را بیان کرده است. این امر به‌صورت قانونی ثبت و اجرا می‌شود و هر عملی خلاف آن، می‌تواند شکایت بیمار یا قیم او را در پی داشته باشد.

مردم برخلاف اصول علمی یا اخلاقی بود، اعتنا نمود؟ وظیفه گروه پزشکی در چنین شرایطی چیست؟ به‌عنوان نمونه آیا رضایت مادر برای هر اقدامی روی جنین، چون او هنوز حق انتخاب ندارد، کافی است؟ و بسیاری مسائل دیگر. پاسخ این سؤالات باید بر اساس ارزش‌های هر جامعه داده شود.

عناصر مهمی که برای حصول رضایت آگاهانه به‌صورت دوسویه باید بین پزشک و بیمار ردوبدل شود، عبارت‌اند از: تشخیص بیماری (اگر ممکن است)، ماهیت تصمیم یا اقدام مورد نظر، منافع و مضار آن، جایگزین‌های احتمالی، میزان فهم و دریافت بیمار از اطلاعات داده شده و موافقت بیمار با اقدام تشخیصی یا درمانی مورد نظر.

صلاحیت<sup>۱</sup> بیمار و ظرفیت<sup>۲</sup> او برای تصمیم‌گیری از موارد مهمی است که گاه به‌صرف صحبت یا معاینه ظاهری قابل تأیید نیست و نیاز به بررسی تخصصی دارد. بررسی اولیه صلاحیت بیمار با توجه به سه سؤال انجام می‌گیرد:

- آیا بیمار از موقعیت خود و شرایط حاضر آگاه به نظر می‌رسد؟
- آیا توضیحات پزشک را در خصوص خطرات اقدام‌موردنظر متوجه می‌شود؟
- آیا در فرآیند اتخاذ تصمیم مناسب،

3- Advance Directive.

4- Living Will.

1- Competency.

2- Capacity.

راهکارهای مناسب و مبتنی بر اعتقادات و فرهنگ ملی در کشور، جهت رعایت حقوق بیماران ضرورت دارد.

## رازداری

حفظ اسرار بیمار یکی از معیارهای احترام به اختیار فرد است که هم از جنبه اخلاقی و هم حقوقی اهمیت دارد. رازداری علاوه بر اینکه یک عمل ارزشمند اخلاقی است، احترام به اتونومی و حفظ حرمت فردی محسوب می‌شود و نیز به علت ایجاد اعتماد متقابل، نتایج مطلوب‌تری را در امر تشخیص و درمان بیمار به همراه خواهد داشت. مبانی و آموزه‌های دینی نیز آن را مورد تأکید قرار می‌دهند. همچنین سوگندنامه‌های پزشکی و معاهده‌ها و راهنماهای اخلاق بر حفظ اسرار دریافت‌کنندگان خدمات سلامت تأکید دارند. بر اساس کد اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا<sup>۳</sup> اطلاعاتی که در فرآیند ارتباط بین بیمار و پزشک به دست می‌آیند در بالاترین درجه محرمانه بودن قرار دارند. اطمینان به رازداری پزشک، اعتماد لازم را برای بیان بی‌پرده مشکلات مربوط به سلامت برای بیمار فراهم می‌نماید.

مبانی رازداری در قوانین و راهنماهای اخلاقی مختلف همانند بیانیه ژنو (۱۹۸۳) نیز گنجانده شده است. رازداری هم‌چنین، به‌عنوان یک «مسئولیت مقدس» در

• وکالت امور مربوط به سلامت<sup>۱</sup>: در این شیوه، فرد شخصی را به‌عنوان وکیل تام‌الاختیار خود در امور مربوط به سلامت و مراقبت‌های بهداشتی تعیین می‌کند تا در موارد لازم به جای او تصمیم‌گیری کند.

• تصمیم‌گیرنده جانشین<sup>۲</sup>: در مواردی که مدرک معتبر کتبی که نشانگر خواسته بیمار باشد وجود ندارد، تصمیم‌گیرنده جانشین که معمولاً عضوی از اعضای خانواده است بر اساس شناختی که نسبت به اعتقادات، آرزوها و خواسته‌های فرد بیمار دارد، تیم پزشکی را در جهت اقدام درمانی مبتنی بر خواست فرد یاری خواهد نمود. هرچند در فرهنگ اسلامی-ایرانی نوشتن وصیت‌نامه بسیار توصیه شده است، ولی این امر در مورد مراقبت‌های سلامت معمول نیست و گاه حتی تعیین وصیت خاص یا جانشین با دیدگاه‌های اسلامی انطباق ندارد. برای مثال، در موارد بسیاری بعد از مرگ فرد وکالت وکیل او نیز باطل می‌شود و یا تصمیم‌گیری به بستگان درجه‌یک او محول می‌شود؛ اما کرامت و جایگاه ویژه انسانی اقتضا دارد تصرف در جسم بیمار مسلمان در حد امکان با اجازه و رضایت او باشد. لذا پیش‌بینی

1- Durable Power of Attorney for Health Care, or Health Proxy.

2- Surrogate decision maker (spokesperson).

3- AMA's Code of Medical Ethics.

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 تحت عنوان یک قانون یا عمل اخلاقی، 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 کشور و بنا به شیوع برخی بیمارهای مسری، پزشکان موظفاند برخی از بیماری‌ها را به شبکه‌های بهداشتی اطلاع دهند (۱۹). در این موارد حفظ منافع عالی جامعه لازم است. بیشتر قوانین اخلاقی فقط در موارد معدودی اجازه افشای اطلاعات بیمار را می‌دهند از جمله: مطابقت با یک ماده قانونی مقرر برای بیماری‌هایی که باید اعلام شوند، اعتیاد به مواد مخدر، بیماری‌های مقاربتی خاص، حکم دادگاه و مواردی که احتمال سوءاستفاده از کودکان و یا آزار دیگران وجود دارد (۱۰).

در هر حال سه مصلحت باید از جانب پزشک مد نظر باشد: مصلحت بیمار، اطرافیان و جامعه. برای مثال می‌توان بیمار جوان دچار سفلیس را ذکر کرد که قصد دارد با دختری که از بیماری او اطلاع ندارد ازدواج کند، یا بیمار دچار صرع که

سوگندنامه بقراط شرح داده شده است. افشای اسرار بیمار می‌تواند موجب هتک حرمت به شخص و گاه حتی سبب فتنه و خونریزی شود. در بسیاری از جوامع برای رازداری و حفظ آن قوانینی وجود دارد و اگر پزشک بدون اطلاع بیمار اقدامی انجام دهد، تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرد. در ایران ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی افشای راز بیماران را جرم شمرده و برای آن مجازات در نظر گرفته است.

مسئولیت رازداری علاوه بر پزشک، بر عهده بیمارستان‌ها و مراکز نگهداری پرونده‌های پزشکی و دارویی، سازمان‌های بیمه و دیگر مراکزی که به اطلاعات محرمانه بیماران دسترسی دارند، نیز هست. این امر در عصر حاضر که در بسیاری موارد پرونده‌های سلامت به صورت الکترونیک نگهداری می‌شوند و گاه حتی از طریق اینترنت نیز قابل دسترسی هستند، ابعاد پیچیده‌تری دارد. حفظ محرمانگی اطلاعات مربوط به سلامت روانی در بسیاری از جوامع از اهمیت خاص‌تری برخوردار است.

شرایط خاصی وجود دارد که پزشک مجاز به برملا کردن یا حتی گزارش مستقیم اسرار بیمار خود است. این شرایط عبارت‌اند از: حفظ مصالح جامعه، حفظ مصالح بیمار و الزامات قانونی یا دستور دادگاه. در این موارد ضرر ناشی از فاش کردن اسرار بیمار از ضرر عدم افشای آن کمتر است.

## حقیقت‌گویی<sup>۱</sup>

در اخلاق پزشکی مبتنی بر اختیار فردی، گفتن حقایق بیماری در راستای «حق دانستن<sup>۲</sup>» به بیمار الزامی است. البته تفاوت‌های فرهنگی گسترده‌ای در مورد میزان و نحوه بیان حقایق و خصوصاً بیان خبر بد<sup>۳</sup> وجود دارد. در بعضی جوامع، نوعی عدم پذیرش اجتماعی نسبت به موضوع وجود دارد، به نحوی که معتقدند نباید به بیماران دچار بیماری‌های بدخیم و صعب‌العلاج حقایق مربوط به بیماری را گفت چراکه امید و نشاط بیمار از بین می‌رود؛ اما گروهی دیگر معتقدند که این دانستن حق بیمار است و بالطبع وظیفه پزشک است که حقایق را بیان کند. تصمیم‌گیری آزادانه فرد مستلزم دانستن اطلاعات کافی در مورد بیماری و وضعیت پیشرفت آن و اقدامات درمانی مربوطه است. لذا بر مبنای اصل احترام به اختیار فرد و نیز اصل سودمندی، باید بیمار در جریان وضعیت موجود قرار گیرد (۲۱).

در برخی کشورها و برخی فرهنگ‌ها گفتن تمام حقایق به بیمار جایز شمرده نمی‌شود. اکثر پزشکان با این سخن افلاطون موافق هستند که «گفتن حقیقت» در حکم دارویی است که پزشک با توجه به اثرات آن تصمیم می‌گیرد آن را تجویز کند یا خیر

مسئولیت مهمی مانند فرماندهی برج مراقبت را به عهده دارد. در این موارد به نظر می‌رسد نیاز به یافتن راه‌حلی برای مسئله وجود دارد. در بعضی کشورها 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 به اجمال شرایط بیمار باشد.

مواردی هست که نقض رازداری بدون اخذ رضایت بیمار جایز است، اما در بسیاری موارد رضایت بیمار قبل از افشای سر کسب می‌گردد. بهتر است در مواردی که برملا شدن اسرار بیمار و آگاه کردن افراد خانواده ضرورت دارد، پزشک بیمار را مجاب به اطلاع‌رسانی به دیگران نماید و در حد امکان از افشای راز بیمار پرهیز کند.

در مواردی که دادگاه به اطلاعات بیمار نیاز دارد، پزشک می‌تواند بر اساس دستور قاضی و صرفاً به سؤالات مطرح شده توسط ایشان پاسخ دهد و دلیلی ندارد که سایر اطلاعات بیمار را گزارش کند.

گاهی برخی سازمان‌ها برای استخدام یا برقراری قرارداد بیمه به اطلاعات پزشکی بیمار نیاز دارند که البته این موارد توسط پزشکان سازمان مربوطه انجام می‌گردد و از ابتدا به مراجعین گفته می‌شود که اطلاعات پزشکی ایشان به جهت ارائه به سازمان مربوطه اخذ خواهد شد.

1- Truth- Telling.

2- Right to Know.

3- Breaking bad News.

به‌طور مسلم، اطلاع یافتن غیرمستقیم بیمار از نوع بیماری و اطلاعات مرتبط، باعث نگرانی و تشویش بیشتر و از دست رفتن اعتماد بیمار به پزشک و اطرافیان خواهد شد.

گاه دلایلی چون عدم ظرفیت کافی بیمار برای درک اطلاعات یا محدودیت دانش او دستاویز کتمان حقایق می‌گردد، اما این موارد از نظر اخلاقی قابل قبول نیستند مگر عدم وجود ظرفیت مسلم باشد و از نظر روان پزشکی تأیید گردد. هرچند عدم آمادگی روحی بیمار و عدم تمایل شخص به دانستن واقعیات، می‌تواند بیان نکردن حقایق را توجیه‌پذیر سازد، اما پزشک باید در نظر داشته باشد که گاه بیان نکردن حقیقت بیماری، فرصت موجود برای برنامه‌ریزی زندگی شخصی و جبران مافات را از بیمار خواهد گرفت و حتی می‌تواند درمان را به تأخیر بیندازد و باعث تشدید صدمات جسمی و روانی گردد. اورژانس از مکان‌هایی است که پزشک می‌تواند گفتن حقایق به بیمار را به تأخیر اندازد. به‌طور خلاصه، در موارد زیر نگفتن حقیقت می‌تواند مورد قبول باشد (۱۳):

- وقتی بیمار تمایل خود را برای ندانستن حقایق بیماری خود ابراز کرده باشد، اصل خودمختاری بیمار بر اصل نفع رسانی تقدم پیدا می‌کند.
- وقتی که بیمار ظرفیت دریافت حقایق

(۱۱). برای مثال قبلاً معمول بوده است که از بکار بردن کلماتی مثل «سرطان» که ترس از مرگ را در خاطر بیمار می‌آورد، پرهیز شود و یا بیمار از بدخیمی بودن بیماری مطلع نشود مگر در مواردی که مستقیم سؤال کند. در حال حاضر چنین مراعات‌هایی مورد تأیید بسیاری از جوامع نیست چراکه نگرش و اطلاعات گسترده‌ای که در این زمینه وجود دارد، انجام این کار را صحیح نمی‌شمارد. از سوی دیگر چنین اموری باعث عدم اعتماد به حقیقت‌گویی پزشک می‌شوند، حتی اگر به‌طور مستقیم دروغی گفته نشده باشد.

نکته مهم دیگر اینکه تحقیقات نشان می‌دهند اکثریت مردم مایل‌اند حقایق مربوط به بیماری خود را بدانند. در کشورهای غربی بین ۸۳ تا ۹۹ درصد مردم ابراز داشته‌اند که مایل‌اند کل اطلاعات بیماری تشخیص داده شده را دریافت کنند، اما مطالعات سایر کشورها، درصد کمتری بین ۲۴ تا ۷۴ درصد را نشان داده است (۱۲).

به نظر می‌رسد برخلاف نظر برخی افراد، حقیقت‌گویی می‌تواند رابطه بیمار و پزشک را ارتقا دهد و به اعتماد بیشتر بیمار به پزشک خود بیانجامد. از سوی دیگر، در بسیاری از موارد که بیمار یک دوره بیماری طولانی را طی می‌کند، کتمان حقیقت بیماری امری مشکل و گاه ناممکن است.

و بیمار به آن توجه نمود و راهکارهایی برای رعایت بیشتر اصول اخلاقی اندیشید.

پزشک باید مسئولیت و تعهد حرفه‌ای خود را با صداقت، امانت و وفاداری نسبت به بیمار، بدون توجه به تعارض با منافع شخصی ایفا نماید. تعارض منافع معمولاً بر درآمد و منافع مالی دلالت دارد. پرداخت‌های مالی ویژه به پزشک و تسهیم حق ویزیت می‌تواند تصمیم‌گیری حرفه‌ای را مخدوش سازند. برخی کشورها در قوانین حرفه‌ای پزشکی خود این موضوعات را مورد توجه قرار داده‌اند (۱۴). روابط پنهان مالی، باعث سوءاستفاده از بیمار می‌شود و به‌طور قطع محکوم است. ارتباط با همکاران حرفه‌ای باید به نحوی برنامه‌ریزی شود که هدف اصلی طب - سلامت و مراقبت از بیمار - را تأمین نماید.

اصل اولیه قانون کنوانسیون ژنو در زمینه اخلاق پزشکی این است: «سلامت بیمارم اولین هدف من خواهد بود» (۱۵). لذا در امر رابطه با همکاران نیز تعهد پزشک در قبال بیماران، نسبت به تعهد در مقابل سایر پزشکان و کادر پزشکی در اولویت است.

ارتباط پزشکان با سازمان‌ها و مراکز خدماتی مختلف مانند بیمارستان‌ها، شرکت‌های مختلف بیمه، صنعت و شرکت‌های تجاری، مراکز خدمات تشخیصی - درمانی خصوصی و دولتی می‌تواند زمینه‌ساز طرح مباحث مختلفی

بیماری را نداشته باشد، مثل بیماران روانی یا کودکان کم سن.

- اورژانس‌های پزشکی و مواقعی که بیان حقایق، زمان طلایی درمان را از تیم درمان می‌گیرد.

- در مواردی که بیان حقایق باعث آسیب جدی به بیمار می‌شود.

حقیقت‌گویی با گفتن خبر بد ارتباط تنگاتنگ دارد. پزشکان در بسیاری مواقع چاره‌ای به‌جز رساندن خبر بد به بیمار ندارند، اما اینکه این‌گونه اخبار را چگونه و چه اندازه بگویند، موضوعی بسیار مهم و حیاتی است و مستلزم مهارتی ویژه است که تحت عنوان مهارت گفتن خبر بد مورد بحث قرار می‌گیرد.

## روابط مالی بین پزشک و بیمار و همکاران حرفه‌ای

مسائل مالی به‌عنوان عاملی قوی، به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر روابط بین پزشک و بیمار تأثیر می‌گذارد. روابط مالی از مباحث مطرح حوزه اخلاق پزشکی است که در اکثریت نوشته‌های اخلاق پزشکی آمده است. تدوین اصول و راهکارهایی که موجب کاسته شدن روابط مالی بین پزشک و بیمار شود از دغدغه‌های مطرح در این زمینه است. این مسئله تا حد زیادی با نظام ارائه خدمات در کشورهای مختلف ارتباط دارد. لذا باید در بحث رابطه پزشک



کارمزد<sup>۴</sup>، اعتبار<sup>۵</sup>، هدیه<sup>۶</sup>، پاداش<sup>۷</sup> و هرگونه چیز ارزشمند یا جبران به هر عنوان باشد که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم پرداخت می‌شود (۱۴).

پرداخت‌های مالی ویژه (به‌عنوان جبران زحمت همکاری) به پزشک ارجاع کننده بیمار انجام می‌شود که شائبه تعارض منافع و تأثیر منفعت مالی پزشک بر تصمیم‌گیری حرفه‌ای در مورد بیمار را ایجاد می‌نماید (۱۸). در این حالت ممکن است به بیمار هزینه اضافی جهت ارجاع به پزشک دیگر تحمیل گردد یا خدمات تشخیصی یا درمانی غیرضروری برای او تجویز شود. از سوی دیگر ممکن است در ارجاع بیمار به پزشک دیگر، مهارت و دانش و تجربه او ملاک قرار نگرفته باشد و با این کار کیفیت مراقبت‌های پزشکی تحت تأثیر قرار گیرد. این اعمال می‌تواند به افزایش هزینه پزشکی منجر شود و بر کیفیت خدمات تأثیر بگذارد (۱۹).

جامعه از پزشک انتظار امانت‌داری و صداقت دارد. پزشکان باید مسئولیت خویش در قبال بیماران را با اخلاص، درستکاری و نیت صادقانه و بدون در نظر گرفتن تعارض با منافع خود به انجام برسانند. عموماً بیماران به پزشک خود نه‌تنها برای درمان بیماری، بلکه برای انجام بررسی‌های مورد

باشد، زیرا در بسیاری از موارد پزشکان می‌توانند درآمد خود را از طرق مختلف همانند تسهیم درآمد<sup>۱</sup> افزایش دهند. در چنین مواردی مراقبت و درمان بیمار که از لحاظ اخلاقی باید اولین اولویت طبابت باشد، با منافع پزشک در جلب درآمد در تعارض قرار می‌گیرد. تعارض منافع<sup>۲</sup> در حقیقت بیانگر موقعیتی است که فرد انگیزه انجام کاری را در حیطه حرفه خود پیدا می‌کند که با وظایف شغلی بدیهی او مغایرت دارد (۱۶). مشکل‌ساز بودن تعارض منافع به دو عامل بستگی دارد؛ اول، احتمال تأثیر آن بر تصمیم‌گیری حرفه‌ای، دوم به‌شدت خطر یا ضرری که می‌تواند از آن ناشی گردد (۱۷).

در حیطه طب و خدمات سلامت، اصطلاح «پرداخت مالی غیرقانونی» به‌عنوان یک جبران مادی در قبال ارجاع بیمار از طرف پزشک تعریف می‌شود. این پرداخت مالی می‌تواند از سوی داروخانه، کلینیک‌های تشخیصی و درمانی نظیر آزمایشگاه و رادیولوژی و فیزیوتراپی و... متخصصان و سایر مراکز و افراد مرتبط با پزشکان صورت گیرد. این پرداخت‌های ویژه می‌توانند شامل پول، درصدی از حق ویزیت<sup>۳</sup>،

4- Commission.

5- Credit.

6- Gift.

7- Gratuity.

1- Gain Sharing.

2- Conflict of Interest.

3- Fee.

پیرامون بیمار هم تسری می‌یابد. وقتی بحث پیرامون یک بیماری با نظرات آزادانه متخصصان و همکاران پزشک صورت گیرد، نیازهای بیمار نیز به شکل بهتری برطرف خواهند شد.

از آنجا که مشاوره با همکار مستلزم افشای راز و حقیقت‌گویی است و هم‌چنین قسمتی از فرایند درمان است، پزشک مسئول باید تا جایی که ممکن است بیمار را در جریان امر قرار دهد و با رضایت او اقدام به این کار نماید. خود بیمار نیز می‌تواند نسبت به انجام مشاوره با سایر پزشکان ابراز تمایل نماید و پزشک مسئول طبق خواست بیمار، اقدام به انجام مشاوره و دریافت نظرات همکاران می‌کند. پزشک در به کارگیری آرای مشورتی مختار است چون مسئولیت درمانی بیمار با اوست.

### نتیجه‌گیری

طی دهه‌های اخیر، میزان و نحوه تعامل پزشکان و تیم مراقبت‌های سلامت با بیماران و سایر دریافت‌کنندگان خدمات سلامت تغییر چشمگیری یافته است. رویکرد پزشک‌مدار در بسیاری از کشورها منسوخ شده و خدمات سلامت اغلب بر پایه بیمار‌مداری ارائه می‌شوند. احترام به قوه اختیار تمام افراد جامعه، مبنای عرضه خدمت به گیرنده خدمات پزشکی است تا جایی که حتی اصل سودمندی تحت‌الشعاع این مبنا قرار می‌گیرد. در این گفتار سعی

نیاز و اقدامات تشخیصی و درمانی لازم اعتماد می‌کنند. توجه به تعارض منافع در مواردی که پزشک از مراکز تشخیصی-درمانی یا سایر پزشکان منفعت مالی دریافت می‌کند، می‌تواند بر ارتباط بین پزشک و بیمار تأثیر بگذارد و اعتماد بیمار به پزشک را خدشه‌دار سازد. وجود این شیوه‌های غیراخلاقی برای کسب درآمد و جلب منافع مادی بیشتر می‌تواند ضمن افزایش موارد ارجاع بیمار به سایر پزشکان و انجام آزمون‌ها و بررسی‌های تشخیصی یا خدمات دیگر پزشکی بدون توجه به استانداردهای مراقبت و نیاز بیمار، هزینه‌های فردی و ملی فراوانی در پی داشته باشد (۱۴).

### مشاوره با همکار

وقتی پزشک به این نتیجه می‌رسد که بیمار نیاز به عمل دارد، باید در فرآیند 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 نیاز بیمار را بهتر برآورده کند تا صرفاً نظر پزشک. انجام مشاوره با همکاران در حوزه پزشکی امری اخلاقی محسوب می‌شود، البته ارتباط ایدئال بین همکاران یک ارتباط دوطرفه است که علاوه بر حمایت به بیان صادقانه و آزاد

توجه ویژه سیاست‌گذاران، مجریان و دست‌اندرکاران امر سلامت، استادان، محققان، پزشکان و دانشجویان به مباحث اخلاقی در حوزه ارتباط بین پزشک و بیمار است. بی‌تردید سیاست‌گذاری‌های خرد و کلان آموزشی، پژوهشی و اقتصاد سلامت بر این حیطة تأثیرگذار خواهند بود.

شد که به‌صورت مجمل به موضوعات متنوعی از این حیطة اشاره شود. بدیهی است که پزشکان و سایر کادر پزشکی به مطالعه مفصل‌تری در حوزه مباحث ذکر شده و مباحث مطرح نشده دیگر نیاز دارند. آینده پزشکی کشور و ارتقای علمی و اخلاقی جایگاه طبابت در کشور ما نیازمند

## منابع

11. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*. 2007 February; 5(1): 57-65.
12. [www.health.harvard.edu/staying-healthy/doctor-patient-relationship-improves-your-health](http://www.health.harvard.edu/staying-healthy/doctor-patient-relationship-improves-your-health). Doctor-patient relationship improves your health. Published: June, 2014.
13. [www.apps.who.int/iris/handle/10665/205942](http://www.apps.who.int/iris/handle/10665/205942). Strengthening the doctor-patient relationship
۱۴. ورام مع. مجموعه ورام. مشهد، آستان قدس رضوی، ۱۳۶۹: ۳۴/۱.
15. Jeffrey D, Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? - *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2016; 109(12): 446-452.
16. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*. 2002 Oct;77(10): 58-S60
17. Johns Hopkins; American Healthways. Defining the patient-physician relationship for the 21st century. *Dis Manag*. 2004 Fall;7(3):161-179.
۱۸. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور فرهنگی، اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی، تهران: چاپ سپهر، ۱۳۷۰.
19. Campbell A, Gillett G, Jones G. Med-
1. Allport G. "Attitudes" in *A Handbook of Social Psychology*, ed. C. Murchison. Worcester, MA: Clark University Press, 1935: 789-844.
۲. پارساپور ع، باقری ع، لاریجانی ب. منشور حقوق بیمار در ایران. اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۳۸۸؛ ۳ (۱-۲): ۳۹-۴۷.
2. Erikson EH. *Child and society*, 2nd edition. New York: Penguin Books Ltd, Harmondsworth; 1963.
4. Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness. *The Lancet*; 1955 April; 265(6866): 683-688.
5. Richmond V, McCroskey J. *Nonverbal Behavior in Interpersonal Relations*. Pennsylvania State University. Allyn and Bacon, 2000: 12- 24.
6. Steiner R. *Initiation and Its Results: A Sequel to "The Way of Initiation"*. New York. Macoy Publishing and Masonic SUP-PLU CO, 1909.
7. Curran J. The Doctor, his Patient and the Illness *BMJ* 2007; 335:941.
8. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969 May; 17(82): 269-276.
9. Dorr Goold S, Mack Lipkin Jr. The Doctor-Patient Relationship•Challenges, Opportunities, and Strategies. *J Gen Intern Med*. 1999 Jan; 14(Suppl 1): 26-33.
10. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/patient-physician-relationships>.

بیمار. اخلاق و تاریخ پزشکی ایران. ۱۳۹۱؛  
۳۵-۲۷:(۴)۵

۲۱. رشیدپورایی ر، شریفی من. ملاحظات  
اخلاقی و حقوقی حقیقت‌گویی به بیماران.  
نخبگان علوم و مهندسی. ۱۳۹۹؛ ۵(۶): ۸-۱.

ical ethics: the Geneva convention code  
of medical ethics. UK: Oxford University  
Press; 2001: 20-33.

۲۰. شجاعی ا، ابوالحسنی نیارکی ف.  
نقش و پیامدهای اعتماد در رابطه پزشک و



## گفتار ۶

### مباحث اخلاق پزشکی قبل از تولد انسان

#### مقدمه

با زایمان نوزاد از رحم خارج می‌شود و زندگی دنیوی خود را آغاز می‌نماید و تا روزی که فوت کند و تبدیل به جسد انسان گردد، به حیات خود ادامه می‌دهد. سؤال این است که از چه زمان تا چه زمانی این موجود انسان نامیده می‌شود و صاحب کرامت است؟

پیچیدگی مسئله آنجاست که در روند باروری آزمایشگاهی<sup>۶</sup> جنین در خارج از بدن انسان تشکیل می‌شود. جنین‌های آزمایشگاهی معمولاً به تعداد زیاد ساخته و منجمد می‌شوند و در صورت نیاز در سیکل‌های درمانی بعدی به رحم خانم انتقال می‌یابند. اگر فرزند آوری زوجین موفقیت‌آمیز شود، دیگر به جنین‌های

موضوع ارزشمندی انسان در این جهان در اکثر مکاتب فلسفی، ادیان و جوامع پذیرفته شده است. این ارزش در قالب عباراتی مانند کرامت یا شأن انسانی قرار می‌گیرد. در نظر اکثر مکاتب و مذاهب، انسان کرامت دارد و در این مورد تفاوتی بین انسان‌ها نیست.

انسان از لقاح بین تخمک<sup>۱</sup> و اسپرم<sup>۲</sup> اولین سلول انسانی (سلول تخم<sup>۳</sup>) به عالم وجود پا می‌گذارد. بعد از تکثیر این سلول، بلاستوسیست<sup>۴</sup> تشکیل می‌شود که با لانه گزینی<sup>۵</sup> در آندومتر رحم به تشکیل جفت می‌پردازد. جنین رشد می‌کند و در نهایت

- 1- Oocyte.
- 2- Sperm.
- 3- Zygote.
- 4- Blastocyst.
- 5- Implantation.

6- In-vitro fertilization.

برخی کاتولیک‌ها در این مسئله تشکیک کردند. در سال ۱۹۹۰ کشیش نورمن فورد بیان کرد که جنین چند سلولی قابلیت جداسازی سلول دارد و جداسازی سلول‌های آن می‌تواند باعث به وجود آمدن دوقلوی همسان شود. در این صورت تکلیف روح دمیده شده در سلول تخم اولیه مشخص نمی‌شود. (۱). پس از آن برخی مسیحیان کاتولیک سلول‌های تشکیل شده را تا مرحله بلاستوسیست «پیش‌جنین»<sup>۲</sup> نامیدند (۲). این مطلب مبنایی برای برخی مسیحیان پروتستان به وجود آورد که بر اساس آن زمان دمیده شدن روح، چهارده‌روزگی جنین بود و از آن‌روز به بعد جنین یک موجود واحد محسوب می‌شد که دیگر قابلیت تقسیم شدن ندارد. اصطلاح پیش‌جنین برای جنین آزمایشگاهی از آن‌رو جعل شد که با جنین داخل رحم تفاوت داشته باشد و بتوان بار اخلاقی متفاوتی برای آن قائل شد، اما دیری نپایید که این اصطلاح با مخالفت‌های بسیاری مواجه شد و عمر به‌کارگیری آن بسیار کوتاه بود (۳).

بالاخره در ژوئیه سال ۲۰۱۱ در دادگاه حقوق بشر کاستاریکا شکایتی علیه ممنوعیت باروری آزمایشگاهی در آن کشور طرح شد. دلیل این ممنوعیت از بین رفتن جنین آزمایشگاهی بود که از دیدگاه مسیحیت انسان تلقی می‌شد. در نهایت

اضافی نیاز ندارند و این جنین‌ها یا باید دور ریخته شوند یا برای تحقیقات استفاده گردند یا به زوج دیگری اهدا شوند. این جنین‌ها منشأ انسانی دارند اما در محیط رحم تشکیل نشده‌اند.

فلاسفه و مراجع دینی درباره اطلاق کلمه انسان به جنین یا جسد انسان ایده‌های بسیاری مطرح نموده‌اند، اما این ایده‌ها به‌هیچ‌وجه پزشکی و بیولوژیک نیستند. برای مثال، شاید پزشکی بتواند درباره قابلیت حیات جنین نظری بدهد یا مثلاً بیولوژی بتواند زمان شکل‌گیری قلب یا نخاع را پیش‌بینی کند، اما درباره زمان انسان شدن جنین اطلاعی وجود ندارد. دیدگاه‌های دینی بیشتر روی ولوج روح تمرکز یافته و آن را معیاری برای انسان شدن جنین می‌دانند، اما ملاک تجربی برای ولوج روح وجود ندارد. بنابراین، دمیده شدن روح از نظر تجربی قابل درک نیست و فقط باید به شواهد موجود در کتب دینی اتکا کرد.

## دیدگاه‌های دینی درباره ولوج روح

### دیدگاه مسیحیان

از قدیم‌الایام مسیحیان کاتولیک انسان شدن را هم‌زمان با لقاح<sup>۱</sup> می‌دانستند و سلول تخم را انسان نام می‌دادند، اما بعدها

2- Pre-embryo.

1- conception.



پیروان این دین جنین داخل رحم دارای زندگی انسانی است (۷). از دیدگاه زرتشتی جنین داخل رحم انسانی پاک و بی‌گناه است و نباید کشته شود (۸)، اما جنین قبل از لانه‌گزینی مقوله دیگری است که از نوشته‌های زرتشتی نمی‌توان درباره آن نظریه‌ای برداشت کرد.

### دیدگاه بودائی‌ها

از نظر بودائی‌ها جنین تا مرحله بلاستوسیست انسان نامیده نمی‌شود (۹). نیوز<sup>۶</sup> در مقاله خود اشاره‌ای به پژوهشی درباره ایده بودائیان می‌کند که بر اساس آن جنین را پس از لانه‌گزینی در رحم می‌توان انسان نامید و بنابراین انجام پژوهش روی جنین‌های آزمایشگاهی انسان با هدف ولایبی مثل کمک به انسان‌ها توجیه‌پذیر است (۱۰). هم‌چنین بودائی‌ها از تحقیقات سلول‌های بنیادی جنینی حمایت می‌کنند به شرطی که از جنین‌های اضافی انسان استفاده کنند (۱۱).

### دیدگاه هندوها

به نظر هندوها که به تناسخ معتقدند زندگی انسانی از بدو لقاح شروع می‌شود و بنابراین سلول تخم را می‌توان انسان در نظر گرفت، اما در ایده آن‌ها کمی نرمش مشاهده می‌شود (۱۱)؛ یعنی اجازه تحقیقات روی جنین با هدف کمک به

دادگاه رأی جالبی صادر کرد: لقاح را زمان لانه‌گزینی در رحم نامید و ترکیب اسپرم و تخمک و تشکیل سلول تخم در آزمایشگاه را باروری<sup>۳</sup> نامید و بنابراین حکم شروع زندگی انسانی را بدو لانه‌گزینی جنین در رحم دانست (۴). این رأی بسیار به نظر اسلام درباره شروع زندگی انسانی نزدیک است که در ادامه بحث خواهد شد.

### دیدگاه یهودیان

از نظر دین یهود، روح موقع تولد در نوزاد دمیده می‌شود و بنابراین تا قبل از تولد انسان تلقی نمی‌شود اما احترام دارد و به همین دلیل سقط جنین داخل رحم ممنوع است (۵). به اعتقاد یهودیان، جنین پیش از مرحله فیتال<sup>۴</sup> و ارگانوژنز<sup>۵</sup>، بیشتر آب تلقی می‌شود و بنابراین انجام تحقیقات پزشکی روی آن اشکالی ندارد، نکته جالب اینکه یهودیان ایجاد جنین به جهت تحقیق را موجه می‌دانند، اما این فعل از نظر مکاتب و قوانین کشورهای دیگر ممنوع است (۵ و ۶).

### دیدگاه زرتشتیان

هرچند در متون زرتشتی درباره شروع زندگی انسانی مستقیماً بحثی صورت نگرفته است، اما از نحوه برخورد با مسئله سقط جنین می‌توان دریافت که از دید

3- fertilization.

4- Fetal.

5- Organogenesis.

6- Neaves.

بشریت وجود دارد.

## دیدگاه اسلام

از نظر اسلام و بر اساس آیات ۱۲ الی ۱۳ سوره مبارکه مؤمنون<sup>۱</sup> شروع زندگی انسانی وقتی است که جنین در رحم لانه‌گزینی می‌کند (قرار مکین). بنابراین، جنین آزمایشگاهی حتی انسان بالقوه نیز در نظر گرفته نمی‌شود. به همین دلیل در کلیه کشورهای اسلامی انجام پژوهش روی جنین‌های آزمایشگاهی بلامانع است و از بین رفتن این جنین‌ها مساوی سقط جنین نیست، اما این جنین منشأ انسانی دارد و قابل احترام است. در نتیجه، تنها در شرایطی که عملی یا پژوهشی توجیه علمی و اخلاقی داشته باشد می‌توان از جنین آزمایشگاهی استفاده کرد.

## موضوعات و قوانین قابل توجه در حوزه اخلاق پزشکی قبل از تولد انسان

### کرامت<sup>۲</sup> و احترام<sup>۳</sup>

از دیدگاه بسیاری از فلاسفه، فقها و متخصصان اخلاق، انسان صاحب کرامت است. این کرامت یا گراما از ارزشی می‌آید که در ذات بشر نهفته است و به آن کرامت

ذاتی گفته می‌شود که ویژه انسان است. پس هر چیزی که اطلاق نام انسان بر آن ممکن نیست، آن پایه از کرامت را ندارد. بر این اساس جنین انسان قبل از ولوج روح و نیز بافت‌های انسانی و جسد کرامت انسانی ندارند، اما هر چیزی که منشأ انسانی دارد، قابل احترام است. بنابراین بافت‌های انسانی، جنین، جسد و حتی خون انسان حرمت دارد و نمی‌توان با آن‌ها هر کاری انجام داد. طبیعی است که برخلاف کرامت انسانی که دارای مرزی مشخص است و زیاد و کم ندارد، احترام زیاد و کم می‌شود؛ یعنی ممکن است حد احترام خون انسان با جنین انسانی برابر نباشد. برای همین است که برای استفاده از اعضا یا بافت‌های انسان چه در حوزه درمان و چه پژوهش قوانین اخلاقی تدوین شده است و در همه جای دنیا بر پیروی از این قوانین تأکید می‌شود.

### فردانیت<sup>۴</sup> در مقابل شخصانیت<sup>۵</sup>

سلول‌های جنین در مرحله چند سلولی می‌توانند از هم جدا شوند و هر یک منشأ ساخت جنین دیگری باشند. بنابراین، در این مراحل نمی‌توان به جنین عنوان یک موجود یا یک فرد اطلاق نمود؛ اما از حدود چهارده‌روزگی به بعد که جنین به سه لایه تقسیم می‌شود و بعد قابلیت تقسیم‌پذیری

۱. «وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِنْ طِينٍ. ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَكِينٍ»: و همانا ما انسان را از عصاره‌ای از گل آفریدیم. سپس او را به صورت نطفه در جایگاهی استوار قرار دادیم. (سوره مؤمنون، آیات ۱۲-۱۳).

2- Dignity.

3- Respect.

4- Individuality.

۵- Personhood به‌عمد توسط نویسنده شخصانیت ترجمه شده تا با شخصیت یا Personality اشتباه نگردد که شخصیت به نوعی خصوصیات شخصیتی است که از دیدگاه روانشناسی بررسی می‌گردد. Personhood به شخص بودگی نیز ترجمه شده است.

را اثبات سازد یا به عبارتی خودآگاهی داشته باشد (۱۷)، صاحب اراده باشد (۱۸) یا رفتار منطقی داشته باشد (۱۹). اگر این تعاریف را بپذیریم، نوزادان، کودکان و حتی عقب‌ماندگان ذهنی و مبتلایان به آلزایمر نمی‌توانند شخص باشند. اگر ملاک از شخص همان انسان باشد، این ملاک‌ها نمی‌تواند انسان را از غیر انسان متمایز کند. با این تعاریف بسیاری از انسان‌ها از انسانیت جدا شده و ممکن است برخی گونه‌ها یا ربات‌های دارای هوش مصنوعی شخص تلقی شوند.

برای انسان شمرده شدن، بهترین ملاک عرف<sup>۹</sup> است. به هر موجودی که در عرف انسان گفته شود باید آن را شخص بپنداریم و برایش کرامت قائل شویم، حتی اگر منطقی رفتار نکند یا هوشیاری کامل نداشته باشد. درگیری با ارائه تعریفی برای شخصانیت یا انسان‌بودگی تا آنجاست که بعضی کشتن نوزاد را همان سقط جنین می‌پندارند و اسم آن را «سقط پس از تولد» می‌گذارند، با این توجیه که جنین و نوزاد را نمی‌توان شخص دانست و از بین بردن آن‌ها با کشتن انسان برابر نیست (۲۰). بنابراین به هرچه بتوان نام «انسان» گذاشت، می‌توان شخصانیت نیز قائل شد.

### جنین داخل رحم

سقط جنین از دیدگاه بسیاری از مذاهب و

خود و ایجاد فرد دیگر را از دست می‌دهد، می‌توان به جنین اصطلاح موجود زنده و بالقوه یک فرد را اطلاق نمود.

این مرز چهارده‌روزگی باعث شده است تا در بسیاری از کشورها (آغاز آن از کمیته Warnock انگلستان بود) کدهای اخلاقی برای اجازه دست‌کاری پژوهشی روی جنین فقط تا این زمان قرار داده شود. جنین دست‌کاری شده تا ۱۴ روز قابل نگهداری است و پس از آن حتماً باید از بین برود. این موضوع در بسیاری از دستورالعمل‌ها و قوانین جهان از جمله انستیتو ملی سلامت آمریکا<sup>۶</sup> و دست‌کم ۱۲ کشور دیگر و همچنین انجمن جهانی تحقیقات سلول‌های بنیادی<sup>۷</sup> آمده است (۱۲ و ۱۳). مرز چهارده‌روزه عیناً در کدهای ملی اخلاق در پژوهش بر رویان و جنین انسانی<sup>۸</sup> در ایران نیز قرار داده شده است، اما تولید جنین به‌صرف انجام پژوهش غیراخلاقی است (۱۴) و تقریباً در همه کشورهای دنیا ممنوع است (۱۵ و ۱۶) و در کدهای ملی اخلاق در پژوهش نیز ممنوع شده است. اما شخصانیت امر دیگری است. طبق برخی نظریه‌ها، به کسی می‌توان شخص گفت که بتواند مسئولیت اعمال خود را به عهده بگیرد. تعاریف دیگری نیز وجود دارد مثلاً شخص باید آگاهی خود از اطراف

6- National Institute of Health (NIH).

7- International Society for Stem Cell Research

۸- رجوع شود به کدهای اخلاق در پژوهش کمیته ملی اخلاق.

9- tradition.

به صورت پراکنده تر مطرح گردیده است. در ماده ۵۶ این قانون به جرم بودن سقط جنین طبق قانون مجازات اسلامی (مواد ۷۱۶ تا ۷۱۲۰) اشاره شده و بعد مواردی را استثنا قرار داده که شبیه همان ماده واحده با کمی تغییر است. اجازه انجام سقط قانونی (بجای سقط درمانی) در این قانون دو مورد ذکر شده:

«الف - در صورتی که جان مادر به شکل جدی در خطر باشد و راه نجات مادر منحصر در سقط جنین بوده و سن جنین کمتر از چهار ماه باشد و نشانه‌ها و امارات ولوج روح در جنین نباشد، ب - در مواردی که اگر جنین سقط نشود مادر و جنین هر دو فوت می‌کنند و راه نجات مادر منحصر در اسقاط جنین است»

بنابراین، شرط ناهنجاری جنین از دو شرط اصلی برداشته شده است، اما در ذیل این ماده در بند ج به عنوان شرایط سقط قانونی «وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیرقابل درمان» آورده شده و نیز به سن کمتر از چهار ماه جنین نیز اشاره گردیده است.

درباره اندیکاسیون‌های سقط قانونی بحث‌های جدی وجود دارد و هنوز اتفاق نظری حاصل نشده است. هم‌اکنون سقط قانونی با ارجاع به کمیسیون سقط قانونی هر شهر امکان‌پذیر است. این کمیسیون

مکاتب ممنوع و حرام است حتی اگر نشود به این جنین، انسان گفت. از نظر اسلام شروع زندگی انسانی هم‌زمان با لانه‌گزینی جنین در رحم است. بعد از ولوج روح که به قول علمای شیعه در ۱۲۰ روزگی (۲۱) و به قول برخی علمای اهل تسنن در ۴۰ الی ۵۰ روزگی رخ می‌دهد، اطلاق لفظ انسان بر جنین صحیح است.

اسلام به تدرج<sup>۱</sup> انسان شدن معتقد است به این معنی که هفته‌به‌هفته جنین به انسان شدن نزدیک‌تر می‌شود. آثار این تدرج را می‌توان در دیه سقط جنین دید که برحسب سن جنین متفاوت است<sup>۲</sup> و برای جنین در ۱۲۰ روزگی دیه انسان کامل پرداخت می‌شود. از آنجا که جنین داخل رحم، انسان بالقوه تلقی می‌شود، سقط آن به حکم اولیه حرام است، اما طبق احکام ثانوی در شرایط خاصی که جان مادر در خطر باشد یا ناهنجاری جنین به گونه‌ای است که موجب خرج خانواده می‌گردد، اجازه سقط جنین داده می‌شود.

طبق ماده واحده سقط درمانی<sup>۳</sup> مصوبه سال ۱۳۸۴، به جنین بالاتر از ۱۲۰ روز که برابر با ۱۹ هفته بارداری می‌شود، به هیچ عنوان اجازه سقط داده نمی‌شد، اما در قانون جدیدتر، به نام «قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» همان اصول

1- Gradualness.

۲- ماده ۷۱۶ قانون مجازات اسلامی.

۳- ماده واحده سقط درمانی مصوبه ۱۳۸۴/۳/۲۵ قابل دسترسی از وبسایت مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

حتماً برای درمان ناباروری تهیه شده باشند و زوجین نابارور صاحب جنین دیگر به آن‌ها نیاز نداشته باشند. در این صورت با اخذ رضایت آگاهانه از پدر و مادر جنین، انجام پژوهش بلا مانع است. نکته مهم این است که همان‌طور که گفته شد، در صورت دست‌کاری جنین، آن را فقط می‌توان برای ۱۴ روز در آزمایشگاه نگهداری نمود و پس از آن باید از بین برود.

انجام پژوهش روی جنین سقط شده مطلب دیگری است که در سراسر دنیا و جهان اسلام بسیار حساسیت برانگیز است. همواره این ترس وجود دارد که اشتیاق به انجام پژوهش منجر به انجام سقط بدون اندیکاسیون قطعی شود. از این‌رو، در کدهای ملی اخلاق در پژوهش آمده است که تیمی که برای سقط جنین تصمیم می‌گیرند باید کاملاً از تیم پژوهش مستقل باشند تا جلو هرگونه تعارض منافع گرفته شود. نکته مورد تأکید دیگر این است که باید با صاحبان جنین مشاوره کامل انجام شود و از هر دو رضایت آگاهانه گرفته شود. در این مورد توجه ویژه به وضعیت روانی مادر جنین لازم است زیرا موقعیت روانی او بسیار شکننده است.

از سلول‌های بنیادی جنین سقط شده نیز می‌توان استفاده نمود اما همیشه این نگرانی وجود دارد که استفاده از این سلول‌ها و مزایای آن‌ها منجر به تمایل

طبق این قانون مرکب از یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص متعهد و یک متخصص پزشک قانونی در استخدام سازمان پزشکی قانونی و مستقر در پزشکی قانونی مراکز استان‌ها است.

در فشارخون حاملگی وقتی بیمار تحت خطر اکلامسی و آسیب مغزی و مرگ قرار می‌گیرد، تنها کاری که از پزشک برمی‌آید خارج کردن جنین است که در بسیاری از مواقع باعث مرگ جنین می‌شود. فتوای آیت‌الله خامنه‌ای و برخی از فتاوی موجود از مراجع تقلید نیز مؤید این عملکرد هستند (۲۲). هم‌چنین در تبصره ماده ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی آمده است: «هرگاه جنینی که بقای آن برای مادر خطر جانی دارد به منظور حفظ نفس مادر سقط شود، دیه ثابت نمی‌شود». یعنی این سقط مجرمانه تلقی نمی‌گردد و حکم وضعی ندارد. در قانون جوانی جمعیت نیز شرط دوم سقط قانونی به همین وضعیت اشاره می‌کند: «در مواردی که اگر جنین سقط نشود مادر و جنین هر دو فوت می‌کنند و راه نجات مادر منحصر در اسقاط جنین است».

### انجام پژوهش روی جنین

بر طبق آنچه گفته شد در صورت وجهت علمی پروژه تحقیقاتی و مجریان آن، اجازه انجام تحقیقات روی جنین‌های آزمایشگاهی وجود دارد. شرط مهم انجام تحقیقات روی این جنین‌ها این است که

بیشتر به سقط جنینی گردد (۲۳). این مسئله وقتی عمیق تر می شود که استفاده از این سلول‌ها از فاز پژوهشی درآمده و وارد فاز درمانی شود.

انجام پژوهش روی جنین داخل رحم که زندگی انسانی خود را شروع کرده است به شرطی که منافی برای خود آن جنین حاصل کند و پژوهش برای جنین و مادر بی خطر باشد و در صورت اخذ رضایت آگاهانه از مادر قابل انجام است. از دیدگاه اخلاقی این جنین هرچند انسان کامل نیست، اما چون زندگی انسانی خود را شروع کرده و انسان بالقوه است همانند آزمودنی‌های هر پژوهش آسیب‌پذیر است و باید در مقام یک آزمودنی با این جنین رفتار شود.<sup>۱</sup>

### قوانین کشورهای در رابطه با پژوهش روی جنین آزمایشگاهی

بیشترین پژوهشی که روی جنین آزمایشگاهی انسان انجام می شود تحقیقات سلول‌های بنیادی جنینی است. در کشورهای کانادا، استرالیا، سوئیس، کره جنوبی، اسرائیل، آمریکا، مکزیک، روسیه، ژاپن، دانمارک، اسپانیا، نروژ، سوئد، هلند، انگلستان و ایرلند شمالی، آفریقای جنوبی، فنلاند، فرانسه، هند، سنگاپور، پرتغال، ایران و چین تحقیقات سلول‌های بنیادی

جنینی روی جنین انسان آزاد است. در ایتالیا و آلمان تحقیقات بر جنین انسان ممنوع است، اما در کشور آلمان تحقیقات سلول‌های بنیادی به شرط انجام روی رده‌های سلولی خریداری شده از کشورهای دیگر مجاز است (۲۴).

### حقوق شخصی

هرچند بر اساس قوانین فقهی، جنین در ۱۲۰ روزگی انسان تلقی می شود، اما به شرطی از حقوق مدنی متمتع می گردد که زنده متولد شود.<sup>۲</sup> این حق در راستای آن است که در ماده ۴۵ قانون مدنی حق موجود بودن برای داشتن حق انتفاع شرط است و حمل (جنین) از نظر قانون ما موجود است اما شرط تحقق این حقوق، زنده متولد شدن نوزاد است. نمونه این حقوق در موضوع ارث نیز وجود دارد، شخص می تواند برای حمل (جنین) وصیت کند اما شرط تحقق این وصیت و تملکات وصیت شده، زنده متولد شدن آن جنین است.<sup>۳</sup>

### نتیجه گیری

زندگی انسانی با یک اتفاق نظر نسبی بین ادیان و مذاهب از لانه‌گزینی جنین در رحم آغاز می شود و در زمانی که جنین را می توان انسان نامید، اختلاف وجود دارد. بنابراین، انجام پژوهش برای تسکین

۱- رجوع شود به راهنمای کشوری اخلاق در پژوهش بر آزمودنی آسیب‌پذیر، کمیته ملی اخلاق در پژوهش.

۲- قانون مدنی ماده ۹۵۷.  
۳- قانون مدنی ماده ۸۵۱.

از ۱۴ روزگی از بین برود. در مقابل، تولید جنین صرفاً برای انجام پژوهش، اخلاقی به نظر نمی‌رسد. در قوانین حقوقی ایران، جنین حقوقی دارد ولی شرط به دست آوردن آن حقوق، زنده متولد شدن آن جنین است.

آلام انسان‌ها و شناسایی و یافتن درمان بیماری‌ها روی جنین‌های اضافی باقیمانده از جنین‌های تشکیل شده برای باروری آزمایشگاهی از نظر اخلاقی توجیه‌پذیر است. البته به شرطی که جنین دست‌کاری شده بیش از ۱۴ روز نگهداری نشده و پس

## منابع

embryo in various religions. *Development*. 2017 Jul 15;144(14):2541-2543.

11. Sivaraman MAF, Noor SNM. Ethics of embryonic stem cell research according to Buddhist, Hindu, Catholic, and Islamic religions: perspective from Malaysia. *J Asian Biomedicine*. 2017; 8(1): 43-52.

12. Hyun I, Wilkerson A, Johnston J. Embryology policy: Revisit the 14-day rule. *Nature*. 2016 May 12;533(7602):169-71.

13. Kimmelman J, Hyun I, Benvenisty N, Caulfield T, Heslop HE, Murry CE, Sipp D, Studer L, Sugarman J, Daley GQ. Policy: Global standards for stem-cell research. *Nature*. 2016 May 19;533(7603):311-3.

14. Pennings G. The ethics of using embryos in research. *Reproductive BioMedicine Online* 2007; 14(1): 92-97.

15. Serour, Gamal. (2006). FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics - INT J GYNECOL OBSTET*. 93. 182-183.

16. Shenfield F, Pennings G, Sureau C, Cohen J, Devroey P, Tarlatzis B; European Society of Human Reproduction and Embryology Task Force on Ethics and Law. I. The moral status of the pre-implantation embryo. *Hum Reprod*. 2001 May;16(5):1046-8.

17. Harris J. *The Value of Life: An Introduction to Medical Ethics*. 2006: Taylor & Francis.

18. Singer P, Kuhse H. The ethics of embryo research. *Law Med Health Care* 1986; 14(3-4): 133-8.

19. Singer P, Kuhse H. Bioethics and the

1. Ford N. When did I Begin? – A Reply to Nicholas Tonti-Filippini. *The Linacre Quarterly*. 1990; 57(4): 59-66.

2. McCormick RA. Who or what is the preembryo? *Kennedy Inst Ethics J*. 1991 Mar; 1(1): 1-15.

3. Ferrer Colomer M, Pastor LM. The preembryo's short lifetime. The history of a word. *Cuad Bioet*. 2012 Sep-Dec;23(79):677-94.

4. Zegers-Hochschild F, Dickens BM, Dughman-Manzur S. Human rights to in vitro fertilization. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Oct;123(1):86-89.

5. Schenker JG. The beginning of human life: status of embryo. *Perspectives in Halakha (Jewish Religious Law)*. *J Assist Reprod Genet*. 2008 Jun;25(6):271-6.

6. Eidelman AI, Halperin M. The preimplantation embryo and Jewish law. *Nat Med*. 2009 Mar;15(3):238-9.

7. Aramesh K. Perspectives of Hinduism and Zoroastrianism on abortion: a comparative study between two pro-life ancient sisters. *J Med Ethics Hist Med*. 2019 Aug 5;12:9.

8. Aaghaee SM. Abortion and Zoroastrianism. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2005; 6(4): 349-362.

9. Maeda K. The status of the embryo in Buddhism: opinions on scientific and religious controversies about the beginning of human life. *J Perinat Med*. 2007;35(5):384.

10. Neaves W. The status of the human



23. Lo B, Parham L. Ethical issues in stem cell research. *Endocr Rev.* 2009 May;30(3):204-13.
24. Diniz D, Avelino D. International perspective on embryonic stem cell research. *Rev Saude Publica.* 2009 Jun;43(3):541-7. English, Portuguese.
- limits of tolerance. *J Med Philos* 1994; 19(2): 129-45.
20. Selgelid MJ. After-birth abortion. *Monash Bioeth Rev* 2012; 30(1): 1-3.
21. Aramesh K. Shiite Perspective on the Moral Status of the Early Human Embryo: A Critical Review. *J Relig Health.* 2018 Dec;57(6):2182-2192.

۲۲. خامنه‌ای آس.ع. اجوبه‌ الاستفتائات.

سؤال ۱۲۶۶.



## گفتار ۷

### خاتمه حیات انسانی

#### مقدمه

از دیگر سو، با تغییر طرح بیماری‌ها در جوامع پیشرفته یا در حال پیشرفت و تغییر معادلات و تعاملات اجتماعی و بیماری‌های نوظهور، صعب‌العلاج و مزمن شکل گرفته است (۲). بسیاری از افراد گرفتار بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج و یا لاعلاج، طی مرحله‌ای از بیماری و حیات خود در وضعیتی قرار می‌گیرند که دانش پزشکی تنها می‌تواند آنان را زنده نگه دارد، اما بیمار هرگز به زندگی فعال و طبیعی خود بر نمی‌گردد. به این بیماران، بیمار انتهایی می‌گویند و مراقبت‌های مورد نیاز آنان، مراقبت‌های پایان حیات نام دارد. بیمار انتهایی در حیطه‌های مختلف پزشکی تعاریف متفاوتی دارد، ولی نکته مشترک همه این تعاریف، نبود درمان اساسی برای بیماری زمینه‌ای است. وضعیت کنونی بیماری‌هایی که گریبان انسان را

از دهه ۱۹۶۰ که دستگاه‌های تنفس مصنوعی به عرصه درمان وارد گشت، مفهوم مرگ تغییر یافت و در اوج پیشرفت‌های فناوری پزشکی سؤالات جدی در مورد راه‌های معمول تشخیص مرگ مطرح شد. دستگاه تنفس مصنوعی، داروها و سایر سیستم‌های حمایت کننده زندگی می‌توانستند تنفس، قلب و بعضی دیگر از ارگان‌های بدن را برای دوره‌ای طولانی حتی پس از قطع عملکرد سیستم عصبی حفظ کنند و باعث ایجاد گردش خون و تنفس ظاهری در انسانی شوند که در واقع یک جسد بود. از این رو، مرگ در چنین بیمارانی با مشخصه توقف کار قلب و ریه، معنایی نداشت و جوامع با پدیده‌هایی پزشکی مثل کمای غیرقابل برگشت یا زندگی پایدار نباتی روبرو شدند که تصمیم‌گیری در مورد مرگ را دشوار می‌ساخت (۱).

پایانی عمر خود را می‌گذرانند و مرگ او غیرقابل اجتناب است.

مراقبت‌های تسکینی و مراقبت‌های پایان حیات مکمل هم هستند. سازمان جهانی سلامت<sup>۱</sup> درمان تسکینی را چنین تعریف می‌کند: مراقبت تسکینی اقدامی است که در هنگام رویارویی با مشکلات همراه با بیماری تهدیدکننده زندگی، کیفیت زندگی بیمار و خانواده او را از طریق کاهش رنج یا جلوگیری از آن به کمک تشخیص زودرس، ارزیابی کامل و درمان درد و مشکلات دیگر جسمانی، روانی و معنوی بهبود می‌بخشد (۷).

معمولاً چهار نوع درمان برای بیماران نزدیک مرگ<sup>۲</sup> انجام می‌شود: احیاء قلبی-ریوی، تغذیه و آبرسانی مصنوعی<sup>۳</sup>، آرام‌بخشی انتهایی، و دسته‌ای از درمان‌ها که بی‌نتیجه<sup>۴</sup> نامیده می‌شوند (۸).  
حدومرز این نوع خدمات حتی با وجود دستورالعمل‌ها، مبهم و غیر شفاف است و با این ابهام لزوم توجه عمیق و جدید به بحث‌های چند هزارساله در خصوص مرگ و حیات کاملاً احساس شود.

تمامی علوم و رشته‌های پزشکی با بیمارانی روبه‌رو هستند که علی‌رغم نارسایی چندین ارگان حیاتی به کمک دستگاه‌ها و امکانات پزشکی، درمانی و مراقبتی همچنان حیات با

گرفته، منجر به طرح مسائلی خاص در حوزه اخلاق زیستی شده است که یکی از چالشی‌ترین آن‌ها مراقبت‌های پایان حیات بیماران انتهایی است. مراقبت‌های پایان حیات به‌عنوان مشکل سلامت عمومی مطرح شده‌اند (۳). کشور ما نیز با شروع سده جدید شمس با پدیده اجتماعی سالمندی روبه‌رو خواهد بود (۴). به این ترتیب، بیماری‌هایی که به‌طور مشخص افراد سالمند را تحت تأثیر قرار می‌دهند، شیوع خواهند یافت. برای مثال، سن بالا یک عامل خطر برای ابتلا به سرطان است (۵). تخمین زده می‌شود که بیش از هفتاد هزار مورد جدید سرطان، سالیانه در کشور ما رخ دهد (۶). با توجه به این موارد، افزایش جمعیت سالمند، تبعات اقتصادی اجتماعی و سیاسی مهمی به دنبال خواهد داشت و صنعت خدمات سلامت را به سبب نیاز به منابع و نیروی انسانی بیشتر برای مراقبت افراد مسن، عمیقاً تحت تأثیر قرار خواهد داد.

با اقدامات تسکینی و طولانی‌کننده حیات می‌توان تا حدودی شرایط بهتری برای زندگی بیماران انتهایی تا هنگام مرگ فراهم کرد، بدون این‌که شرایط زمینه‌ای بیماری را تغییر دهند یا به حالت قبل برگرداند. تعهد پزشکان بر کاهش عذاب و رنج بیماران امری پذیرفته شده است. مخصوصاً وقتی که بیمار روزها و ساعات

1- WHO.

2- Near death.

3- Artificial hydration.

4- Futile treatments.

آیات چندی از قرآن کریم از جمله آیات ۱ و ۲ سوره حدید، ۱۴۵ سوره آل عمران، ۲۵۸ سوره بقره به این موضوع اشاره می‌کنند و بر این نکته تأکید دارند که افاضه حیات در ید قدرت پروردگار است و اوست که زنده می‌کند و می‌میراند و هر مرگ و حیاتی به اذن خداوند انجام می‌شود (۹).

اندیشمندان مسلمان در بحث حفظ حیات انسان، همواره به دو موضوع مهم استناد می‌کنند: حیات انسان از قداست و ارزش خاصی برخوردار است و موهبتی الهی است که با خواست و قدرت او به انسان عطا شده است و با خواست و قدرت او هم گرفته خواهد شد (۱۲ و ۱۱ و ۱۰).

در عین حال، با توجه به محدودیت‌های موجود از یک طرف و امکانات حفظ حیات از سوی دیگر، سنجیدن شرایط کاری بس دشوار است و ناگزیر باید تصمیمات دقیق‌تر و صحیح‌تری اتخاذ نمود.

طبق آموزه‌های دین مبین اسلام، احتضار بیمار نباید طولانی شود<sup>۵</sup> (۱۴ و ۱۳) و پذیرش مرگ به‌عنوان مشیت الهی از مسائل مهمی است که باید مورد توجه پزشکان مسلمان باشد (۱۰ و ۱۵)، زیرا ارائه دهندگان خدمات سلامت همواره در پی حفظ سلامت و زندگی بیمار هستند و مرگ او برای آنان نوعی شکست محسوب

مشخصات زیست‌شناختی را حفظ می‌کنند. از این‌رو، این سؤال در ذهن درمانگران شکل می‌گیرد که چه چیزی نشانه مرگ است؟ و حیات تا کجا و تا کی باید ادامه یابد؟ از میان مراقبین و درمانگران بیمار کدام یک صلاحیت گرفتن تصمیم نهایی را دارد؟ آیا تصمیم‌گیرنده نهایی، بیمار و خواست او را در نظر می‌گیرد؟ آیا خواسته بیمار می‌تواند خط بطلان بر تمام این تصمیمات و بحث‌ها بکشد یا بر اراده بیمار نیز باید و نبایدی حکم فرماست؟

معمولاً وقتی موضوعی در حوزه علوم انسانی مطرح می‌شود، جواب‌ها متنوع هستند و به بسیاری عوامل از جمله فرهنگ، مذهب، باورها و اعتقادات ارتباط دارند. مطرح شدن مجدد این موضوعات نشان می‌دهد که پاسخ‌های قبلی موجود در این زمینه دیگر مناسب نیستند.

### ادامه حیات تا کجا و تا کی

یکی از مهم‌ترین نکاتی که در باب ادامه حیات بیمار به ذهن متبادر می‌شود، دستورات اکید و اصول متقن اسلامی مبنی بر حرمت جان انسان‌ها، قداست حیات او و محترم شمردن حق حیات برای هر انسانی است. اهمیت این مسئله تا جایی است که در آیه ۳۲ سوره مائده کشتن ناحق یک انسان، معادل کشتن همه مردم دانسته شده است. نکته دیگر توجه به حق تصرف پروردگار بر موت و حیات انسان است.

۵. مراد مداخله برای طولانی کردن زمان احتضار انسانی است که بی‌شک خواهد مرد.

## اوتانازی

«اوتانازی» بحث بسیار مهمی در اخلاق پزشکی است که تمام حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی را متأثر می‌سازد. تمام مباحث پیرامون «اوتانازی» در صدد پاسخ‌گویی به سؤالاتی از این قبیل هستند: آیا حقی وجود دارد که بر اساس خواسته بیمار یا اعضای خانواده‌اش وقوع مرگ جلو بیندازیم؟ آیا این امر اخلاقی است که برای نجات جان کسی، به زندگی فرد دیگری که امیدی به زنده ماندنش نیست خاتمه دهیم؟

تعاریف مختلفی برای اوتانازی از منابع مختلف ذکر شده است. اگرچه برخی ادعا دارند این تعاریف در اصل موضوع تفاوتی ایجاد نمی‌کند، مباحث حقوقی پیرامون اوتانازی روی این تفاوت‌ها تکیه دارند (۲۷).

### • اوتانازی فعال داوطلبانه. تزریق

عامدانه دارو یا اقداماتی دیگر که منجر به مرگ بیمار شود، بر اساس تقاضای صریح بیمار و با رضایت کاملاً آگاهانه او. نکته مهم در این حالت این است که قصد و تمایل پزشک و بیمار هر دو در جهت خاتمه دادن به زندگی بیمار است. در اوتانازی فعال داوطلبانه دو شرط بسیار مهم وجود دارد: ۱- تصمیم خود بیمار ۲- درد و رنج غیرقابل تحمل و نبود امید به بهبودی.

### • اوتانازی فعال غیر داوطلبانه. تزریق

عامدانه دارو یا اقدامات دیگری که

می‌شود. بنابراین، توجه پزشکان به آموزه‌های اسلامی و بهره‌گیری از منابع علم پزشکی درباره تعیین منافع درمان و اهداف درمانی برای بیماران مختلف بسیار مهم است (۱۸ و ۱۷ و ۱۶). بعضی قواعد فقهی با استناد به قاعده لا ضرر، توجه پزشکان مسلمان را هرچه بیشتر به استفاده از اقدامات درمانی مفید و سودمند جلب می‌کند و بر این نکته تأکید دارند که بنا به قاعده لا ضرر، نباید اقدامات غیرمفید و حتی تا حدی عارضه‌دار را برای حفظ حیاتی که به‌طور معقول نمی‌تواند ادامه یابد به کار برد (۱۵ و ۱۹). در عین حال بررسی‌ها نشان می‌دهد دستور صریحی بر عدم احیا در منابع اسلامی وجود ندارد (۲۰) ولی به‌کرات در منابع آمده است که پزشکان مجاز به قطع درمان‌های بی‌نتیجه هستند (۲۲ و ۲۱).

به هر تقدیر، موضوع عدم احیا به‌طور کامل حل نشده است و به یقین نگرش اسلام به ارزش حیات بر این موضوع اثرگذار است، هرچند پذیرش مرگ و طولانی نکردن فرآیند مرگ نیز مورد تأکید است. قطع درمان بیماران انتهایی که علاجی ندارند در مراحلی که دچار نارسایی چند ارگان حیاتی هستند و امکان برگشت آن‌ها وجود ندارد، اوتانازی محسوب نمی‌شود چراکه مرگ به دلیل بیماری رخ می‌دهد (۲۰ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵ و ۲۶).

همان ابتدا از پذیرش درمان سر باز می‌زند.

● **اوتانازی غیرفعال** غیر داوطلبانه معمولاً در مورد بیمارانی به کار گرفته می‌شود که شرایط بسیار وخیمی دارند و به عقیده پزشکان درمان بیمار امکان‌پذیر نیست. در کشورهایی که این روش را مجاز می‌دانند، اقداماتی مثل قطع درمان، محروم کردن بیمار از مواد غذایی یا دارو انجام می‌گیرد. به‌عنوان نمونه برای عفونت بیمار درمانی آغاز نمی‌شود.

● **خودکشی با همکاری پزشک**. در این حالت پزشک دارو یا اقداماتی برای بیمار فراهم می‌کند که می‌داند قصد بیمار از آن‌ها خودکشی است. مقوله خودکشی از بحث اوتانازی به‌گونه‌ای تفکیک شده است. در خودکشی، فرد دچار بیماری صعب‌العلاج نیست و صرفاً با تنش‌های شدید روحی همراه است.

نکته مهم دیگر در افتراق «اوتانازی فعال داوطلبانه» از «خودکشی با همکاری پزشک» در چگونگی رفتار پزشک است.

### اهداف و منافع درمان

کاربرد اقدامات و مداخلات طولانی‌کننده حیات باید توجیه پزشکی داشته باشد و به نفع بیمار باشد. پس اگر حفظ زندگی برای بیمار ارزش دارد، طولانی شدن

منجر به مرگ بیمار شود، در حالتی که بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری (اهلیت یا صلاحیت قانونی) ندارد و از لحاظ روانی قادر به درخواست صریح برای این عمل نیست. مثلاً کما، مرگ مغزی، زندگی نباتی و موارد دیگر. در کشورهایی که این نوع اوتانازی را پذیرفته‌اند، معمولاً پزشک یا تیم پزشکی، کمیته اخلاق پزشکی و خانواده بیمار یا قاضی به جای بیمار تصمیم می‌گیرند.

● **اوتانازی فعال اجباری**. این نوع اوتانازی را تمام اخلاقیون مجاز نمی‌دانند و قتل محسوب می‌شود و از بحث این نوشتار خارج است. این نوع اوتانازی تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگری است که باعث مرگ بیمار می‌شود، در حالتی که بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری دارد و درخواست صریحی برای این عمل ندارد.

● **اوتانازی غیرفعال**. شروع نکردن درمان‌هایی که برای حفظ حیات بیمار لازم است. این نوع اوتانازی می‌تواند داوطلبانه و بر اساس درخواست بیمار یا غیر داوطلبانه و در شرایطی که بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری ندارد، صورت گیرد.

● **در اوتانازی غیرفعال داوطلبانه** بیمار درمان خود را رد می‌کند تا مرگش تسریع شود. به عبارت دیگر، بیمار از

شواهد بالینی اهمیت دارد (۳۲)، اما نه پزشک و نه هیچ‌کس دیگری حق تسریع خاتمه حیات بیمار در حال مرگ را ندارد. پس وقتی درمان شروع نمی‌شود یا قطع می‌شود قصد کشتن نیست بلکه معیار آن نبودن اندیکاسیون پزشکی است. البته، یکی از مهم‌ترین عواملی که باعث می‌شود قطع نکردن درمان‌های طولانی کننده حیات به لحاظ اخلاقی قابل قبول باشد عدم قطعیت‌هایی است که در سیر بعضی بیماری‌ها و درمان‌ها در بیماران انتهایی وجود دارد (۳۳).

اخلاق پزشکی نوین، در نظر گرفتن منافع درمان برای بیمار را با توجه به پیش‌آگهی بیماری، از مهم‌ترین راهکارهای حل تعارضات در مراقبت‌های پزشکی به‌ویژه مراقبت‌های پایان حیات می‌داند (۳۴). از این‌رو، چنانچه مداخلات منفعتی به دنبال ندارند و به بیمار ضرر می‌رسانند، باید با توجه به خواسته بیمار یا تصمیم‌گیرنده جایگزین، مداخلات بیهوده را قطع کرد (۳۵). در واقع، اندیکاسیون‌های پزشکی و ترجیحات بیمار ملاک تصمیم‌گیری هستند (۳۶).

هر درمانی باید بر اساس قضاوت صحیح بالینی توجیه شود ولی این موضوع ارزش وجود انسان و حیات او را نقض نمی‌کند. پیش‌آگهی بیماری و اهداف درمانی عواملی تعیین کننده برای انتخاب هستند؛ ولی

حیات او منفعت بیمار محسوب می‌شود. گاهی هدف ارزشمند این بیماران ادامه زندگی برای خداحافظی با یکی از بستگان است و قضاوت در مورد اعتبار این هدف به شفقت پزشک برمی‌گردد و در نتیجه تصمیم‌گیری یک‌طرفه پزشک بدون دخالت و آگاهی بیمار و خانواده در مورد قطع درمان‌هایی مانند احیای قلبی-ریوی نوعی از دیدگاه‌های قدیمی و غیرقابل قبول پدروسالاری محسوب می‌شود (۲۸). شاید اصطلاح «درمان بیهوده» یا درمان بی‌نتیجه یک اصطلاح گمراه‌کننده باشد، ما باید از «درمان نامناسب یا غیرمفید»<sup>۱</sup> به‌عنوان مفهومی که بار ارزشی دارد برای تصمیم‌گیری یا رها کردن درمان‌های طولانی کننده حیات استفاده کنیم (۲۹). از طرف دیگر قطع درمان به معنای بی‌ارزش بودن زندگی بیمار نیست، بلکه به این معنی است که آن مداخلات اندیکاسیون ندارند (۳۰).

توجه به اندیکاسیون‌های پزشکی اقدامات طولانی کننده حیات بر مبنای قضاوت صحیح بالینی و خواسته‌های بیمار بر مبنای آگاهی، از مهم‌ترین عوامل نقش‌آفرین در تصمیم‌گیری هستند و بر همین اساس، تصمیم‌گیرندگان جایگزین می‌توانند برای افراد فاقد ظرفیت نظر دهند (۳۱). در این راستا، توجه به اهداف درمانی بر اساس

1- Inappropriate or not useful treatment.



ساکشن راه‌های هوایی اگرچه قبیح است، اما قبح آن به شدت قطع دستگاه که از سنخ قتل نفس محسوب می‌شود، نیست. به بیان دیگر، قبح کشتن بیمار در بینش الهی بسیار بیشتر از قبح عدم کمک به زنده ماندن بیمار است.

در اوتانازی غیرفعال، به‌طور کلی باید به این نکته توجه داشت که اگر حفظ جان انسانی که حیات مستقره دارد و با رسیدگی به‌موقع می‌توان وی را به زندگی عادی برگرداند، وابسته بر ترک درمان اضافی نسبت به شخصی باشد که حیات غیر مستقره داشته و امیدی به زنده ماندنش نیست، با فرض تراحم و ملاحظه اهم و مهم، اولویت با فرد نخست است (۳۸). برای مثال، پزشکان حق دارند در صورتی که محدودیتی در تعداد و دسترسی به دستگاه وجود داشته باشد، برای نجات فردی که به اورژانس آمده و نیاز فوری به دستگاه تنفس مصنوعی دارد، دستگاه بیماری که امیدی به زنده ماندنش نیست را جدا ساخته و به بیمار نیازمند متصل کنند. در اینجا چون مرگ بیمار اول منتسب به ترک فعل پزشک است، با فرض شرایط فوق، عمل پزشک را می‌توان به لحاظ اخلاقی توجیه نمود.

اوتانازی غیرفعال داوطلبانه که بر اساس درخواست بیمار انجام می‌گیرد، اقدامی غیرقانونی و نامشروع است زیرا بیمار حق ندارد از شروع درمان یا ادامه درمان‌هایی

مسائل ارزشی بیمار، اهداف درمانی را متأثر می‌سازد. سود بردن بیماران از درمان و اولویت‌بندی آن‌ها در استفاده از خدمات مهم است، از این‌رو بحث رفتار عادلانه در شرایط کمبود امکانات مطرح می‌شود. برای همه بیماران در مراحل نهایی، اگر درمان‌های افزایش‌دهنده طول عمر شکست بخورند، سودمندی درمان برای حفظ وضعیت بیمار و توقف وخامت آن، محدود است (۳۷).

در اصطلاح فقهی، به حیات بیماری که در شرف مرگ است و امید معقولی به بهبودی وی نیست، «حیات غیر مستقره» و به حیات بیماری که با امکانات مناسب درمانی احتمال معقول بهبودی دارد، «حیات مستقره» می‌گویند. در مقام تراحم بیماران مختلف، در مورد بهره‌مندی از امکانات درمانی در شرایط حیات غیر مستقره، میان صاحب‌نظران اختلاف‌نظر جدی وجود دارد. شروع نکردن درمان یا قطع درمان‌های لازم اقدامی منفی و از نوع ترک فعل است. در منظر فقه و حقوق اسلامی، فعل و ترک فعل که هر دو منجر به نتیجه مشابهی شوند، می‌تواند بار شرعی و حقوقی متفاوتی داشته باشد برای مثال برخی از صاحب‌نظران معتقدند اگرچه قطع درمان مثل خاموش کردن دستگاه تنفس مصنوعی غیرقابل توجیه و از سنخ قتل نفس محسوب می‌شود، اما عدم تداوم مراقبت‌های تکمیلی مثل عدم

که حیات او را طولانی‌تر می‌کند سر باز بزند. به مقتضای وجوب حفظ نفس در فقه اسلامی، وی باید تا آخرین لحظه در بقای خود بکوشد. پزشک نیز نمی‌تواند بنا بر نظر بیمار از انجام درمان‌های لازم خودداری نماید.

امتناع از درمان، گرچه امری نکوهیده و قبیح است، قبح آن قابل مقایسه با پایان دادن فعالانه به حیات نیست. البته باید توجه داشت که منظور از درمان، درمانی است که احتمال معقولی در سلامت بیمار دارد. به عبارت دیگر در صورتی که امیدی به بهره‌مندی بیمار از اقدامات درمانی نباشد (درمان بیهوده)، تعهد اخلاقی و شرعی به اقدام فوق وجود ندارد. در مورد اقدامی که امتناع از آن باعث تسریع مرگ می‌شود، نظر غالب صاحب‌نظران اسلامی حرمت است و چنین حقی برای بیمار یا اولیای او وجود ندارد. در مواردی که امتناع از اقدام، کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (مانند عدم تخفیف درد)، حق تصمیم‌گیری به بیمار و اولیای او داده شده است.

به بیان دیگر صاحب‌نظران، وظیفه بیمار و اولیای او ادامه درمان تا حد امکان است و قطع آن تنها زمانی توجیه‌پذیر است که مصداق عسر و حرج باشد. اگرچه ممکن است چنین درخواستی غیراخلاقی به نظر برسد، اما پزشک نمی‌تواند با خواست بیمار یا اولیای او مبنی بر عدم تداوم درمان

مخالفت کند.

راهکار پیشنهادی اخلاق پزشکی در موردی که پزشک با درخواستی مخالف اعتقاداتش روبرو می‌شود، ارجاع به همکاران است. در مواردی که راه‌های متفاوتی برای تصمیم‌گیری وجود دارد، پزشک باید به بیمار و همراهان او در تصمیم‌گیری کمک نماید. به عبارت دیگر پزشک موظف به بیان شرایط و ابعاد بیماری و اثرات درمان به بیمار است و در نهایت بیمار باید در این خصوص تصمیم بگیرد. به نظر می‌رسد نگرش گروه پزشکان و برخی از فقها در این موضوع تفاوت جدی با هم دارد. حیطة اختیاری که فقها در این شرایط برای پزشک قائل‌اند، فراتر از آن چیزی است که پزشک می‌اندیشد.

امتناع بیمار از درمان ضروری امری غیراخلاقی است و در مورد آن اتفاق نظر وجود دارد، اما درباره این‌که پزشک در چنین شرایطی حق اعمال‌نظر خود را برخلاف نظر بیمار دارد یا خیر، اختلاف جدی وجود دارد. به نظر می‌رسد پزشک نباید در این زمینه رأساً تصمیم‌گیری نماید و قاعدتاً باید به مراجع دیگری که می‌توانند تصمیم‌گیری نمایند ارجاع دهد.

### تصمیم‌گیرنده نهایی در مراقبت‌های پایان حیات

وقتی بحث از مراقبت‌های پایان حیات و چگونگی ادامه درمان‌های حافظ

می‌دانند. ولی اعتقاد بر این است که بیمار نمی‌تواند درخواست خاتمه حیات داشته باشد (۱۴). حتی با وجودی که در منابع اسلامی، وصیت مسلمان مورد توجه اکید قرار گرفته است (۲۳ و ۱۳) بنا به قوانین اسلامی، وصیت برای مواردی که بیمار فاقد ظرفیت است از درجه اعتبار ساقط خواهد بود (۴۲).

از منظر اخلاق پزشکی نوین، تنها تأکید بر اتونومی و توجه به خواسته بیمار با ظرفیت است که می‌تواند کیفیت مراقبت‌های پایان حیات را بهبود بخشد. حتی در مجامع قضایی نیز توجه به این اصل، مبنای تصمیم‌گیری‌های حقوقی قرار گرفته است (۴۳). همین اصل در بیماران فاقد ظرفیت، مبنای تصمیم‌گیری تصمیم‌گیرنده جایگزین قرار می‌گیرد. از منظر اخلاق پزشکی نوین، لازمه به کارگیری این حق برای بیمار یا تصمیم‌گیرنده جایگزین، آگاهی کامل از حقایق و روند بیماری است. از این‌رو، تأکید زیادی به توجه به فرهنگ بیمار و خانواده او و کسب مهارت‌های ارتباطی توسط پزشکان می‌شود (۳۱ و ۴۴). تأکید بر اصل اتونومی مبنای شکل‌گیری راهکارهای قانونی‌ای مثل تنظیم وصیت‌نامه پزشکی<sup>۱</sup> شده است. در این وصیت‌نامه ترجیحات بیمار بر اقدامات حافظ حیات و معرفی فرد تصمیم‌گیرنده جایگزین در شرایطی که

حیات برای بیماران انتهایی می‌شود، تشخیص تصمیم‌گیرنده نهایی، موضوعی چالش‌برانگیز است. از منظر اسلام، با استناد به اصل قداست حیات انسان و قادریت مطلق پروردگار بر موت و حیات او از یک طرف، و اصل ضرر نرساندن به خود و نفس محترمه از دیگر سو، نمی‌توان به تصمیم‌گیری فرد در مورد خاتمه حیاتش اعتنا نمود. از منظر اسلامی، انسان در بین مخلوقات موجودی برتر است که فطرتاً حق انتخاب دارد و همین حق انتخاب آزاد و اختیار، او را شایسته پذیرش تکلیف و مسئولیت ساخته است. در عین حال انسان حقوقی دارد که محدوده‌ای برای اختیارات او تعیین می‌کنند (۳۹). اختیارات انسان بی‌حد و حصر و تنها در جهت دستیابی او به حقوق خود نیست. در نتیجه آزادی انتخاب، او را محق به ضرر رسانی به جان خود که امانت الهی است، نمی‌سازد (۴۰ و ۴۱). از طرف دیگر بسیاری از اندیشمندان بین تصمیم‌گیری در مورد شروع نکردن بعضی درمان‌ها و یا قطع درمان‌های شروع شده تفاوت قائل هستند (۱۶).

بر این نکته تأکید می‌شود که پزشک باید حقایق وضعیت بیماری را به بیمار با ظرفیت بگوید و بیمار حق دارد در مورد طولانی نشدن احتضار به وسیله درمان‌های پیشرفته تصمیم بگیرد و نظر خود را اعلام کند. حتی برخی آن را از حقوق بیمار

1- Advance directive.

می‌شود، در این مورد منتفی خواهد بود. شیخ طوسی در «مبسوط» (۴۷) در این باره می‌نویسد:

اگر شخصی از دیگری بخواهد که او را به قتل برساند و متعاقب آن به وسیله شخص اخیر کشته شود، خون او به هدر رفته است.

محقق حلی (۴۸)، علامه حلی (۴۹) و شهید ثانی (۵۰) نیز برای قتلی که در آن فردی، دیگری را به قتل خود دستور می‌دهد و او را تهدید می‌کند که اگر به دستور وی عمل نکند او را خواهد کشت، قصاص قائل نیستند.

هرچند که کلام فقیهان یاد شده ناظر به مورد اکراه است، ولی استدلال آن‌ها به گونه‌ای است که این حکم علاوه بر مورد یاد شده به شرایطی که قاتل بدون هیچ‌گونه تهدید و صرفاً به درخواست مقتول اقدام به کشتن او می‌نماید، تسری می‌یابد. دلیل عمده‌ای که ارائه شده، این است که مقتول با اذن به کشتن خویش، حق قصاص خود را اسقاط کرده است.

برخی فقها استدلال بالا را مردود دانسته‌اند (۵۱). به عقیده این دسته، اذن و رضایت بیمار نمی‌تواند قتل وی را مباح نماید و قاتل را از قصاص معاف سازد. زیرا تسلطی که انسان بر مال خود دارد و اذن او به اتلاف آن موجب سقوط ضمان است را بر تن و جان خود ندارد و نمی‌تواند هر طور

بیمار ظرفیت کافی برای اظهار نظر دارد، ثبت می‌شود (۴۵ و ۴۶).

اسلام حفظ حیات را وظیفه اصلی همه می‌داند، اما تنها حفظ حیات و زنده ماندن ارزش نیست. باید برای ادامه حیات بیمار عاقلانه تصمیم گرفت. سنجش و ارزیابی وضعیت بیمار و تصمیم‌گیری درباره چگونگی ادامه درمان‌ها نمی‌تواند تنها با خواست بیمار، خانواده یا پزشک انجام شود. در عین این‌که همه ملزم به پذیرش مشیت الهی و مرگ احتمالی بیمار هستند و نباید اقدامات طولانی‌کننده احتضار بیمار را انجام دهند ولی باید تصمیم‌هایی بعد از بررسی گروهی از متخصصان در مورد خاتمه اقدامات ابقای حیات گرفته شود. در این ارزیابی گروهی، خواست بیمار انتهای مبنی بر طولانی نشدن احتضار حتماً باید مورد توجه قرار گیرد، ولی بیمار نمی‌تواند خواهان تسریع مرگ خود باشد.

بحث دیگر در این زمینه این است که قطع نظر از حکم حرمت از منظر دینی برای اوتانازی، آیا پزشک اقدام‌کننده را می‌توان به لحاظ کیفی مسئول شناخت و او را محکوم به قصاص نمود یا خیر؟

از عبارت بعضی فقهای امامیه چنین استفاده می‌شود که اگر شخصی دیگری را به تقاضای او به قتل برساند، قصاص نخواهد شد و به همین ترتیب امکان مطالبه دیه نیز که اصولاً از میت به وراثت او منتقل

کمک کردن به بیمار دوم، کمتر از قبح فعل قطع دستگاه است، مگر این که مرگ بیمار اول را با عدم تداوم درمان‌های حمایتی (ساکشن و...) جلو بیندازیم یا قطع دستگاه را نوعی کمک نکردن به بیمار تلقی کنیم. تعدادی از صاحب‌نظران معتقدند که پزشک در این شرایط نباید به تنهایی تصمیم بگیرد و باید نظر صاحب‌نظران دینی و اخلاقی را نیز جویا شود.

اما به نظر می‌رسد صدور جواز برای انجام این عمل، خدشه‌ای بر اصل قداست حیات وارد نمی‌کند زیرا سوی دیگر این عمل، حفظ حیات بیمار دیگر است.

اگر بیمار هوشیار نباشد، پزشک یا تیم پزشکی مجاز نیستند از شروع یا ادامه درمان اجتناب کنند. با وجود این، اولیای بیمار حق دارند که به دلایل موجه مثل محدودیت مالی خود یا بیمار از پزشک بخواهند که از انجام درمان‌های اضافی اجتناب کند. در مواردی که درمان رایگان و دولتی انجام می‌گیرد، درمان اضافی باید به مقدار متعارف باشد، زیرا نمی‌توان بسیاری از امکانات پزشکی را به یک یا چند بیمار اختصاص داد. آنجایی که بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری نداشته باشد یا از لحاظ روانی قادر به بیان درخواست صریح خود نباشد، پزشک یا تیم پزشکی نمی‌تواند با انجام اوتانازی به حیات بیمار خاتمه دهد. روشن است که رضایت اولیای بیمار نیز نمی‌تواند

بخواهد درباره آن تصمیم بگیرد. بنابراین، با وجود اذن مقتول، عمومات ادله قصاص حاکم خواهد بود و پزشک یاد شده مبرا از مسئولیت کیفری شناخته نمی‌شود.

با این حال، طبق ماده ۲۶۸ قانون مجازات اسلامی «چنانچه مجنی‌علیه قبل از مرگ جانی را از قصاص عفو نماید، حق قصاص ساقط می‌شود و اولیای دم نمی‌توانند پس از مرگ او مطالبه قصاص نمایند»؛ اما طبق ماده ۲۰۸ همین قانون «چنانچه اقدام پزشک موجب اخلال در نظم جامعه یا خوف شده و یا بیم تجری مرتکب با دیگران گردد، موجب حبس تعزیری از سه تا ده سال خواهد شد».

در برخی منابع فقهی، در مورد لزوم قصاص قاتل فردی که حیات غیر مستقره دارد، شبهاتی وجود دارد. بر اساس شرع و عقل در تزامم دو امر اهم و مهم باید به امر اهم پرداخت و البته رضایت اولیای بیمار اول در این امر نقشی ندارد. به بیان دیگر در مقام تزامم، حیات مستقره با غیر مستقره، حیات مستقره ترجیح دارد.

البته برخی از صاحب‌نظران علی‌رغم این که انجام امر فوق را معقول می‌دانند، اما ذکر می‌کنند که اگر قطع دستگاه را از جنس فعل بدانیم و مرگ بیمار اول را منتسب به این فعل، مشکل است کمک به بیمار دوم را توجیه مناسبی برای انجام فعل قتل بدانیم. به بیان دیگر قبح ترک فعل

اقدام مربوط به تسریع مرگ بیمار را توجیه نماید.

## هزینه درمان‌ها در مراقبت‌های پایان حیات

در بحث انجام اقدامات درمانی و مراقبت‌های پزشکی برای بیمارانی که مراحل انتهایی زندگی خود را می‌گذرانند، همواره موضوع هزینه‌هایی که نظام سلامت و خانواده آنان متحمل می‌شوند، چالش‌برانگیز است. از آنجا که جوامع با تغییر ساختار و طرح بیماری‌ها، به سوی سالمندی می‌روند یا حتی سالخورده محسوب می‌شوند، بیماری‌های خاص این دوره نیز شایع‌ترند. بسیاری از این بیماری‌ها مزمن و صعب‌العلاج هستند. از سوی دیگر، با دستیابی به فناوری‌های پزشکی امکان طولانی شدن حیات بیش‌ازپیش فراهم شده است. در نتیجه درمان و مراقبت چنین بیمارانی با هزینه‌های بالایی همراه است که در برخی مطالعات آمده است (۳ و ۵۲ و ۵۳ و ۵۴). گرچه در کشور ما برآورد دقیقی از این هزینه‌ها نشده ولی چند مطالعه مقطعی در مورد بیماری‌هایی مثل سرطان، گویای همین واقعیت در کشور ماست (۵۵).

از منظر اخلاق پزشکی نوین طبابتی درست است که بر مبنای قضاوت صحیح بالینی و ارائه بهترین و مناسب‌ترین روش‌های درمانی استوار باشد. از این‌رو، خدمات باید بر اساس اندیکاسیون‌های

پزشکی و خواسته بیمار ارائه شود (۳۶). از آنجا که هزینه‌های مراقبت سلامت و به‌ویژه خدمات و مراقبت‌های پایان حیات بالاست و تنها بخشی از هزینه‌ها توسط دولت‌ها پرداخته می‌شود و سهم بیماران از پرداخت هزینه‌ها بیشتر شده است (۳ و ۵۳ و ۵۵)؛ یکی از چالش‌هایی که نظام سلامت در تمام نقاط دنیا با آن روبه‌روست، هزینه‌های درمانی و آثار آن بر بیمار و خانواده اوست. مطالعات زیادی تنش‌های ایجاد شده برای پزشکان در مورد ارائه خدمات گران‌قیمت به بیمارانی که قادر به پرداخت نیستند را مورد بحث قرار داده است (۵۶). همین موضوع لزوم وجود برنامه و دستورالعمل‌های مراقبت‌های پایان حیات را مطرح می‌سازد.

محدودیت امکانات نظام سلامت از یک‌سو، افزایش میانگین سنی و عمر افراد از سوی دیگر، همواره پزشکان را در موقعیت اولویت‌بندی و انتخاب بیماران برای ارائه خدمات قرار می‌دهد. به‌ویژه در مواقعی که بیماری لاعلاج یا صعب‌العلاج است و بیمار دچار بیماری نامیدکننده است، همواره انتخاب ادامه درمان یا روند طبیعی مرگ، چالشی بزرگ برای پزشکان، جامعه و خانواده بیماران محسوب می‌شود. توجه به الزام معقول حفظ حیات و نیز امکانات و وسیع نظام سلامت از منظر اسلامی نیز قابل تأیید است. تأکید بر این نکته

درمان و عدالت در ارائه خدمات، باید مورد توجه قرار گیرند. علاوه بر اصول اخلاقی می‌توان در این خصوص به قواعد فقهی اهم و مهم نیز استناد کرد.

بر این اساس، برخی از صاحب‌نظران معتقدند که بیمارستان و خانواده بیمار مجازند در شرایطی که امیدی به بازگشت بیمار وجود ندارد و هزینه‌های تحمیلی آن خارج از توانایی خانواده است، از درمان‌های تکمیلی منصرف شوند، اگرچه امر پسندیده حداکثر تلاش برای تداوم حیات بیمار است.

### نتیجه‌گیری

هدف اولیه درمان، تأمین منافع بیمار با برگرداندن یا حفظ سلامت تا حد ممکن و حداقل ضرر و بیشترین سود است. اگر درمان شکست بخورد یا دیگر برای بیمار سودی نداشته باشد یا خود از درمان امتناع کند، نباید درمان ادامه یابد.

به‌طور معمول، طولانی کردن حیات بیمار برای او منفعت دارد، ولی طولانی کردن حیات به هر قیمتی و بدون توجه به کیفیت آن یا عوارض بالقوه آن برای بیمار و به کار گرفتن درمان‌های بی‌نتیجه، مناسب نیست. تصمیم در مورد هر درمانی باید بر اساس تعادل بین عوارض، خطرات و مزایای آن برای دریافت‌کننده باشد. این اصل در مورد بعضی درمان‌ها مثل احیای قلبی-ریوی برای همه بیماران و بعضی

ضروری است که در عین شناخت الزامات و ارزش‌های اخلاقی، توجه به محدودیت‌های نظام سلامت و بررسی موارد تعارض با ملاک‌های عقلانیت حائز اهمیت است.

بدیهی است در مراقبت‌های پایان حیات، به کارگیری امکانات محدود گران‌قیمت و کم‌اثر، بحث عدالت و مساوات در بین گیرندگان خدمات را مطرح می‌کند (۵۵). با توجه به تعهد پزشکان در قبال جامعه، می‌توان راهکارهایی برای تخصیص منابع و اولویت ارائه خدمات در نظر گرفت مانند میزان سود بیمار از درمان، بی‌نتیجه بودن درمان، احتمال زنده ماندن و ماهیت بیماری مزمن (۳۶ و ۴۰).

یکی از مسائلی که باید در این ارزیابی به‌دقت مورد توجه قرار گیرد، وسع مالی خانواده بیمار است. علاوه بر منافع بیمار، منافع خانواده نیز باید در نظر گرفته شود و صرف امکانات خانواده با آگاهی آن‌ها از وضعیت بیمار و به‌صورت معقول انجام شود. در این خصوص می‌توان علاوه بر اصول اخلاقی به قواعد فقهی مانند عسر و حرج استناد کرد که وظیفه خانواده را مشخص می‌کنند.

یکی از مسائل مهم در این تصمیمات، تعیین اولویت بین بیماران است که همواره در ارائه خدمات نظام سلامت مطرح است. از منظر اسلامی معیارهایی مانند حیات مستقره و غیر مستقره و منافع بیمار از

و تنها منافع قانونی و گروه درمانی را تأمین می‌کند؟ فرآیند تصمیم‌گیری در خصوص شروع یا ادامه بعضی درمان‌های بی‌فایده باید اخلاقی باشد و در موارد چالش‌برانگیز از کمک کمیته‌های اخلاق و گروه‌های چند تخصصی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بهره‌برد و تا حد امکان نیاز به مراجع قانونی را مرتفع سازد.

فرق اساسی دیدگاه اسلامی با غیر دینی در زمینه محوریت اتونومی و حق فردی در مسئله مرگ است. در دیدگاه غیر دینی حق اتونومی حتی در صورت تسریع مرگ و با هدف تسریع مرگ پذیرفته است. بیمار می‌تواند از توصیه‌نامه‌های پزشکی استفاده کند و فرد تصمیم‌گیرنده جایگزین و چگونگی ادامه اقدامات درمانی را برای زمانی که فاقد ظرفیت است مشخص نماید، اما در دیدگاه اسلامی محوریت اصلی ارزش و حفظ حیات است و نمی‌توان تنها با خواسته فرد در مورد آن تصمیم گرفت و بدین لحاظ بر تصمیم‌گیری گروهی تأکید می‌شود. به نظر می‌رسد قداست حیات در مکاتب الهی به‌طور عام و مکتب اخلاق اسلامی به‌طور خاص، آن‌چنان برجسته است که استدلال‌ات مصلحت‌جویانه در برابر آن رنگ می‌بازد و حوزه اختیار فردی نمی‌تواند این اصل مهم را تغییر دهد. در نگرش دینی رنجی که بیمار متحمل می‌شود محملی برای تقرب او به کمال مطلق است و توجه

شرایط درمانی در مورد بیماران خاص اهمیت دوچندان دارد. از این‌رو، چالش اصلی این است که آیا باید از درمان‌های پرهزینه و دارای منافع نه‌چندان مشخص و مرزی اجتناب کرد؟ اگر باید این کار را کرد چه وقت باید انجام شود؟ آیا می‌توان به یک هم‌نوایی و هماهنگی در این خصوص دست پیدا کرد؟ چه راهکارها و معیارهایی در این باره وجود دارد؟ آیا باید به درمان بیماران انتهایی ادامه داد حتی اگر مراقبت این بیماران در مقایسه با درمان‌هایی که برای تعداد زیادی از بیماران منافع کمی به دنبال دارند، هزینه-اثربخشی قابل توجهی نداشته باشد و باعث افزایش عمری کوتاه با کیفیتی بسیار پایین شود و حتی در مراحل تنها باعث طولانی شدن روند مرگ بیمار شود؟

هدف از بررسی مسائل اخلاقی در مراقبت‌های پایان حیات در جامعه اسلامی، دستیابی به فرآیندی برای برخورد دقیق و موشکافانه جهت تصمیم‌گیری در مورد درمان‌هایی است که شروع یا ادامه آن‌ها بی‌نتیجه است. این فرآیند باید با مبانی اعتقادی و استانداردهای جامعه و نظام سلامت هماهنگ و موافق باشد و بتواند راهکارهای کمی و عملی پیشنهاد کند. از این‌رو، باید بتوان مشخص کرد که هدف از درمان چیست؟ آیا طولانی شدن روند مرگ بیمار منفعتی برای او و دیگران ندارد



عوارض وخیم منجر به از بین رفتن کرامت انسان می‌شوند، ممنوع است. بیماری که دچار نارسایی چند ارگان شده است یا سرطان پیشرفته دارد و به‌طور کلی بیمار انتهایی، نباید تحت درمان‌ها و مراقبت‌های تهاجمی بی‌نتیجه مثل احیای قلبی-ریوی و عمل جراحی قرار گیرد. در یک کلام ارزش محوری منجر به تعادل و تناسب در ارائه خدمات درمانی خواهد شد.

یک معتقد به قدرت لایزال الهی همواره چراغ امید را درون او روشن نگاه می‌دارد. تأکید بر حق بیمار برای اعلام نظر مبنی بر طولانی نشدن احتضار از آموزه‌های دین اسلام است. در ضمن استناد به معیارهایی برای ادامه یا قطع درمان‌های حافظ حیات و بررسی گروهی این موضوع از دیدگاه بیمار، خانواده و نظام سلامت بسیار اهمیت دارد.

با توجه به قداست حیات انسان و ارزش وجودی او ادامه درمان‌هایی که با ایجاد

## منابع

2229-2233.

9. Tafsir Almizan, Allameh Tabatabaai. Available on: <http://avivy.com/quran/almi-zan/fehrest.aspx>(access date: 6/2013).

10. Zahedi F, Larijani B, Tavakoli bazaz J. Ethical issues in end of life care in Islamic point of view: Clinical case study. Iran J Diabetes and Lipid, medical ethics. 2007; 25-35. (in persian).

11. Daar AS, Al Khitamy B. Bioethics for clinicians: 21. Islamic bioethics. JAMC, 2001; 164(1): 60-63.

12. Rady MY, Verheijde JL. Brain dead patients are not cadavers: The need to revise the definition of death in muslim communities. HEC Forum 2013; 25: 25-45.

13. Esfahani MM. Avai Rahil, seond edition. Idepardazan fan va honar Publisher. 2010; 35-80. (in persian).

14. Mobasher M, Aramesh K, Zahedi F, Nakhaee N, Tahmasebi M, Larijani B. (2014). Ethical decision making in end of life care: Shiite Scholars' Views. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine,7, 2-11.

15. Parsapour AR, Hemati moghadam AR, Parsapour MB, Larijani B. Explanation and Ethical analysis of Euthanasia. J Med Ethics Hist Med. 2008; 4(1): 1-12. (in persian).

16. Zafir al Shahri M, Al khenazian A. Palliative care for muslim patients. J Support Oncol 2005; 3: 432-436.

17. Neuberg GW. The cost of end of life care, A new efficiency measure falls short of AHA/ACC standards. Circ Cardiovasc Qual Outcome 2009; 2: 127-133.

1. Monteverde S, Rid A. Controversies in the determination of death: perspectives from Switzerland. Swiss Med Wkly. 2012 Aug 17;142:w13667.

2. Gavrin JR. Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. Crit Care Med. 2007 Feb;35(2 Suppl):S85-94.

3. Singer PA, Bowman KW. Quality end of life care: A global perspective. BMC Palliative care, 2002; 1: 1-10.

4. Gheisarian E. Study of socio-economical aspects of geriatrician in Iran. Population Quarterly. number 69/70.

5. Berger NA, Savvides P, Koroukian SM, Kahana EF, Deimling GT, Rose JH, Bowman KF, Miller RH. Cancer in the elderly. Transactions of the American Clinical and Climatology Association 2006; 117: 147-155.

6. Bagheri Lancarani K, Khosravizadegan Z, Rezaianzadeh A, Honarvar B, Moghadami M, et al. Data coverage of a cancer registry in southern Iran before and after implementation of a population-based reporting system: a 10-year trend study. BMC Health Services Research 2013; 13: 169.

7. De Panfilis, L, Di Leo, S, Peruselli C et al. "I go into crisis when ...": ethics of care and moral dilemmas in palliative care. BMC Palliat Care 18, 70 (2019).

8. McMurray RJ, Clarke OW, Barrasso JA, Clohan DB, Epps CH, Glasson J, McQuil-lan R, Plows CW, Puzak MA, Orentlicher D, Halkola KA, Schweickart AK. Decisions near the end of life. JAMA. 1992; 267(16):

umn.edu/img/assets/26104/End\_of\_Life.pdf (Accessed on 2022).

28. Younger SJ. Who defines futility? *Journal of the American Medical Association* 1988; 260(14): 2094-2095.

29. Pope TM. Medical Futility and Potentially Inappropriate Treatment: Better Ethics with More Precise Definitions and Language Perspectives in Biology and Medicine, Volume 60, Number 3, Summer 2017, pp. 423-427. DOI: <https://doi.org/10.1353/pbm.2018.0018>

30. British Medical Association. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment, 2nd ed. London: BMJ Books, 2001

31. English V, Romano- Critchley G, Sheather J. and Sommerville A. Chapter 10: Caring for the patients at the end of life. In: *Medical Ethics Today, The BMA's handbook of ethics and law*. 2nd ed. BMA House London; 2004, 379-387.

32. Doyal L, Doyal L. Why active euthanasia and physician assisted suicide should be legalised. *BMJ* 2001; 323: 1079-80.

33. Foster C. It is never lawful or ethical to withdraw life-sustaining treatment from patients with prolonged disorders of consciousness. *J Med Ethics* Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi: 10.1136/medethics-2018-105250.

34. Younger SJ. Applying futility: Saying No Is Not Enough. *Journal of American Geriatrics Society* 1994; 42: 887-889.

35. Joseph R. Hospital policy on medical futility- Does it help in conflict resolution

18. Mobasher M, Nakaee N, Tahmasebi M, Zahedi F. and Larigani B. Ethical issues in end of life care for cancer patients in Iran. *Iran J Public Health* 2013; 42(2): 188-196.

19. Albar MA. Seeking remedy, Abstaining from Therapy and Resuscitation: An Islamic Perspective. *Saudi J Kidney Dis Transplant* 2007; 18(4): 629-637.

20. Peimani M, Zahedi F. and Larijani B. DNR order in different societies and necessities of ethical guideline in Iran. *J Med Ethics Hist Med*. 2012; 5(5): 17-32. (in persian).

21. Aghababaii N, Hatami J. Double effect and aim in ethical judgment. *Iranian Journal of medical ethics and history of medicine*. 2011; 4(3): 79-87.

22. Blackhall LJ. Must we always use CPR? *N Engl J Med* 1987; 317: 1281-1285.

23. Atighetchi D. The End of Life, Palliative care in: Atighetchi D. *Islamic Bioethics: Problems & Perspectives*. 2007; p: 272-300.

24. Takrouri MSM, Halwani TM. An Islamic medical and legal prospective of Do Not Resuscitate order in critical care medicine. *The Internet Journal of Health* 2008; 7(1).

25. Aramesh K, Shadi H. Euthanasia: An Islamic Ethical Perspective. *Iran J Allergy Asthma Immunol*; 2007; 6: 35-38.

26. The sanctity of human life. In: *Islamic code of ethics*. In Islamset site. <http://www.islamset.com/ethics/code/cont2.html> (Accessed on 2013).

27. End of Life Care: An Ethical Overview - Health Sciences <https://www.ahc>.

- cation issues. *British J of Cancer* 2002; 86: 1057-1060.
45. English V, Romano- Critchley G, Sheather J. and Sommerville A. Chapter 11: Euthanazia and physician assisted suicide. In: *Medical Ethics Today, The BMA's handbook of ethics and law*. 2nd ed. BMA House London; 2004, 388-409.
46. Besirvic V. End of life care in the 21st century: Advance directives in universal rights discourse. *Bioethics*. 2010; 24(3): 105-112.
۴۷. محقق حلی. شرایع الاسلام. ج ۲، تهران، انتشارات استقلال، ۱۴۰۹: ۹۷۶.
۴۸. علامه حلی. ارشاد الازدهان. قم، جامعه مدرسین، ۱۴۱۰: ۱۹۶.
۴۹. شهید ثانی. مسالک الافهام. قم: مؤسسه المعارف الاسلامیه، ۱۴۱۶.
۵۰. خویی س.ا. مبانی تکملة النهاج، النجف الاشرف، مطبعة الآداب، ۱۹۷۶ م: ۱۶.
۵۱. حر عاملی م. وسایل الشیعه. بیروت: داراحیاء التراث العربی، بی تا، باب ۵ از ابواب القصاص فی النفس (باب تحریم قتل الانسان نفسه)، حدیث ۱ تا ۳.
52. Garvin J. Ethical consideration at the end of life in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2007; 35(2 Suppl): S85-94.
53. Tilden VP. Ethics perspectives on End if life care. *Nurs Outlook* 1999; 47: 162-7.
54. Schnipper LE, Meropol NJ, Brock DW. Value and cancer care: Toward an equitable future. *Clin Cancer Res* 2010; 16: and ensuring good end of life care? *Ann Acad Med Singapore* 2011; 40: 19-25.
36. Janson A, Sigler M. and Vinzlade W. *Clinical Ethics: Practical Approach on ethical decision making in clinical medicine*. Translated by: Ariannia H, Sadat hoseini SA. Law Publisher, 2009; 303-326.
37. Ethier, JL, Paramsothy, T, You, J. J, Fowler, R, & Gandhi, S. (2018). Perceived Barriers to Goals of Care Discussions With Patients With Advanced Cancer and Their Families in the Ambulatory Setting. *Journal of Palliative Care*, 33(3), 125–142.
۳۸. خویی س.ا. المسایل الشرعیه. ج ۳، قم، مؤسسه المنار، ۱۴۱۶: ۳۰۳.
39. Motahari M. The man in Quran. Sadra publisher, 1976. 36-53. (in persian).
40. Motevaselarani M. *Medical Ethics Principles in Islam*, Doctoral Thesis, Islamic Sciences, Hadith Sciences Faculty, Ghom University. 2009. (in persian).
41. Larijani B. Physician and Ethical issues; Vol.2, Farda Publisher, 2002; p: 62-65.
42. Mirzaee K, Milanifar AR. and Asghari F. Iranian patients' perspective about surrogate decision making. *J Med Ethics Hist Med*. 2011; 4(2): 73-80. (in persian).
43. Winzelberg GS, Hanson LC. and Tulskey JA. Beyond Autonomy: Diversifying end of life decision making approaches to serve patients and families. 2005, JAGS; 53: 1046-1050.
44. Reid C. and Jeffrey D. Do not attempt resuscitation decisions in a cancer centre: addressing difficult ethical and communi-

56. De kort SJ, Kenny N, Von Dijk P, Gevers S, Ri-chel DJ. and Willems DL. Cost issues in new disease - modifying treatments for ad-vanced cancer: In depth interviews with physicians. Eur J Cancer 2007; 43(13): 1983-1989.

6004-6008.

55. Farokhi MR, Holahooii Naiini K, Haghdoost AA, Emami A. Cost of Cancer in Kerman. Iran J Epidemiol. 2012 8(1): 62-70. (in persian).



## گفتار ۸

### اخلاق پزشکی در گروه‌های خاص

#### مقدمه

ارتباطات خاص باعث آسیب‌پذیر شدن افراد می‌شود، برای مثال رابطه کارفرما و کارگر زمینه را برای تهدید و سوءاستفاده مساعد می‌نماید. حتی زنان باردار و جنین آن‌ها را نیز می‌توان جزء افراد در معرض آسیب به شمار آورد. افرادی که مشکل فهم زبان دارند و یا زبان و فرهنگ آن‌ها با فرهنگ و زبان غالب در محل زندگی‌شان متفاوت است، مثلاً مهاجرین و اقلیت‌های فرهنگی یا مذهبی نیز از گروه‌های آسیب‌پذیر به حساب می‌آیند.

این آسیب‌پذیری سبب می‌شود که خدمات سلامت و نیز پژوهش در این افراد مستلزم رعایت اصول اخلاقی خاصی باشد. اخذ رضایت معتبر در بسیاری از گروه‌های ذکر شده مشکل است، زیرا

گروه‌های خاصی از دریافت‌کنندگان خدمات سلامت که Vulnerables یا Minors نامیده شده‌اند، همیشه نیازمند توجه ویژه اخلاقی هستند. این افراد به سهولت در معرض آسیب‌های جسمی و روانی قرار می‌گیرند.

برخی از این گروه‌ها همچون، کودکان و نوجوانان، افراد دچار عقب‌ماندگی ذهنی یا زوال عقل، بیماران روانی و افراد فاقد صلاحیت و ظرفیت لازم برای تصمیم‌گیری بهینه در جهت مصالح و منافع خود هستند. همچنین گروه‌هایی مانند زندانیان، سربازان و مردم تحت سلطه که به دلیل موقعیت اجتماعی خاص خود از آزادی لازم برای اتخاذ تصمیم بی‌بهره‌اند نیز در معرض آسیب تلقی می‌شوند. گاهی

خانواده است که پیامدهای ناشی از یک تصمیم‌گیری را بر دوش می‌کشد، پس بهتر است خود تصمیم‌گیرنده باشد. همچنین، ارزش‌ها و اعتقادات کودک و والدین به هم شبیه است و در نهایت تعارض کمتری حاصل می‌شود.

بحث‌های زیادی در مورد اهلیت و صلاحیت کودکان وجود دارد. در کشورهای مختلف، دیدگاه‌ها در مورد سن قانونی و قابل قبول برای تصمیم‌گیری متفاوت است. به‌طور مثال این سن در انگلستان و برای برخی تصمیم‌گیری‌ها ۱۶ سال است در حالی که بسیاری از کشورهای اروپایی و در کشور ما ۱۸ سال را سن قانونی برای اعتبار تصمیم‌گیری افراد می‌دانند. در برخی کشورها حتی در سنین پایین‌تر هم فرد باید در مراحل تصمیم‌گیری شرکت داده شود. لذا گرفتن موافقت<sup>۶</sup> کودک (معمولاً به صورت شفاهی) برای انجام یک مداخله تشخیصی، درمانی یا پژوهشی لازم است. اصطلاح Mature minors<sup>۷</sup> به کودکانی اطلاق می‌شود که بین ۱۴ (و حتی گاه پایین‌تر: مثل ۶-۷ سالگی) تا ۱۸ سال قرار داشته و برای شرکت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی اهلیت دارند (۲). در هر حال، برای معتبر بودن رضایت یا موافقت، باید کودک یا نوجوان نشان دهد که می‌تواند: (۱) اطلاعاتی که به او ارائه می‌شود را بفهمد،

6- Assent.

۷- شاید بتوانیم آن را «صغیر رشید» معنا کنیم.

بسیاری از آن‌ها فاقد صلاحیت و ظرفیت لازم برای تصمیم‌گیری هستند و موضوع «تصمیم‌گیرنده جانشین»<sup>۱</sup> خود بحثی چالش‌برانگیز است. به همین دلیل طرح‌ریزی قبلی برای برنامه‌های سلامت و ثبت قانونی تصمیمات از قبل<sup>۲</sup>، شیوه‌ای است که در برخی کشورها معمول شده است.

### اخلاق پزشکی در کودکان

مبانی پایه ارزش‌های اخلاقی مرتبط با کودکان در اعلامیه سازمان ملل متحد ذیل سرفصل حقوق کودکان<sup>۳</sup> آمده است. این اعلامیه از حمایت جهانی برخوردار است. بسیاری از مجامع و مراکز برای رفع بی‌عدالتی‌هایی که به‌طور طبیعی<sup>۴</sup> (مادرزادی) یا در اثر وضعیت اجتماعی<sup>۵</sup> بین کودکان وجود دارد، تلاش می‌کنند (۱).

در اغلب جوامع، صلاحیت تصمیم‌گیری برای کودکان از نظر حقوقی و اخلاقی به والدین سپرده شده است. از دلایل مطروحه برای این تعیین صلاحیت آن است بیشترین علاقه به کودک و بیشترین شناخت از مصالح در بیش از همه در والدین کودک وجود دارد، لذا می‌توانند بهترین تصمیم را درباره کودک اتخاذ نمایند. همچنین این

1- Surrogate decision maker.

2- Advance Directives.

3- United Nations Declaration of the Rights of the Child.

4- Natural lottery.

5- Social lottery.



از این کار با خطر در نظر نگرفتن خواسته فرد سنجیده شود. اگر عدم پذیرش بیمار سلامت او را در معرض تهدید جدی قرار می‌دهد باید آن را نادیده گرفت.

در بسیاری از مواقع، تفاوت‌های غیرقابل تلفیقی بین نگرش والدین با اعتقاد پزشک به عملی که بهترین نتیجه را برای کودک به بار می‌آورد، وجود دارد. میزان حق والدین در تصمیم‌گیری در این موارد 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 در تصمیم‌گیری برای کودک صاحب حق کامل هستند (۳)؛ اما گاه تعارضی بین خواسته‌های آن‌ها و خواسته‌های کودک به‌عنوان یک انسان وجود دارد. این مسئله به‌ویژه در زمانی که کودک در سنی است که نسبت به خود و خواسته‌اش درک کلی دارد، اما هنوز به سن قانونی برای رضایت نرسیده، پیچیده‌تر می‌شود (۳). 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، حقیقتاً دقیق‌تر از ارزیابی خود بیمار است (۴). در وضعیت‌های دیگر از جمله هنگام سوءاستفاده از کودکان<sup>۱۳</sup> و کودک‌آزاری نیز پزشک وظیفه دارد بهترین

درک کند که اطلاعات در مورد او اعمال می‌شود، (۳) از اطلاعات برای تصمیم‌گیری استفاده کند (۴) و طی سؤال و جواب به انتخاب خود برسد (۲). در حقیقت، کودک باید بیماری، وضعیت خود، روش‌های ممکن درمانی، شرایط و فواید و خطرات هر یک و پیامدهای عدم درمان را بداند. آنچه به اعلام رضایت اعتبار می‌بخشد، علاوه بر صلاحیت و ظرفیت<sup>۸</sup> فرد، بازگویی حقایق<sup>۹</sup> و اطلاعات به‌موقع و به‌میزان لازم، قدرت درک مطالب<sup>۱۰</sup>، داوطلبانه<sup>۱۱</sup>، تصمیم‌گیری بدون فشار و اعلام موافقت<sup>۱۲</sup> نهایی است. از دیدگاه اخلاقی، بهترین حالت این است که در تصمیم‌گیری‌ها بین والدین، پزشک، پرستار و کودک یا نوجوان بیمار توافق حاصل شود (۱). هرچند پدر و مادر بیولوژیک در اغلب موارد تصمیم‌گیرنده جانشین کودکان و نوجوانان محسوب می‌شوند، اما یکی از مسائل مطرح، چگونگی حل مشکل در مواردی است که میان خواسته‌های والدین و کودک تعارض وجود دارد. این امر زمانی پیچیده‌تر می‌شود که دیدگاه والدین با صلاحدید پزشک نیز متفاوت باشد. وقتی کودک یا نوجوانی از انجام یک اقدام درمانی یا تشخیصی سرباز می‌زند، قبل از هر چیز باید خطر ناشی

8-Capacity.

9- Disclosure.

10- Comprehension.

11- Voluntary.

12- Agreement.

13- Child Abuse.

درمانی روی کودکان کم سن انجام نشود یا چاره اخلاقی دیگری اندیشیده شود (۳). با توجه به لزوم انجام برخی پژوهش‌ها روی کودکان کم‌سن که در سنین دیگر قابل انجام نیست چند نکته مورد توجه قرار گیرد (۳ و ۵):

- باید خطرات پژوهشی که هیچ فایده مستقیمی برای کودک ندارد، ناچیز و قابل اغماض باشد.
- صرف رضایت والدین، مشروعیت انجام مطالعه را تضمین نمی‌کند و مسئولیت طراحی و برنامه‌ریزی صحیح برای بدون خطر بودن پژوهش به عهده پژوهشگر است.
- باید از ایجاد اضطراب، ناراحتی و نگرانی در کودک پرهیز شود.
- باید تلاش شود که کودک با رضایت در مطالعه مشارکت داشته باشد و به هیچ‌وجه تحت فشار، سختی یا اجبار قرار نگیرد.
- هر مطالعه‌ای که انجام آن در بالغین ممکن است، به هیچ‌وجه روی کودکان انجام نشود.

در هر حال، پزشک باید آسیب‌پذیر بودن کودکان را در خاطر داشته باشد و بر ارتقای ظرفیت آن‌ها به‌عنوان افرادی مستقل از نظر اخلاقی تأکید کند (۳).

تصمیم را برای وضعیت بیمار بگیرد (۳). این سؤال مطرح است که در این موارد وظیفه پزشک، رازداری و حمایت از والدین است یا دفاع از حقوق کودک؟ به‌طور مسلم در این موارد محافظت کودک از خطرات و تصمیم‌گیری مناسب به جای او، به‌ویژه در صورتی که صدمه از جانب هر دو نفر از والدین باشد، وظیفه پزشک است. تأمین آسایش اجتماعی پس از تشخیص صحیح باید، حتماً مد نظر قرار گیرد، هرچند با رازداری تعارض داشته باشد (۳).

موضوع دیگر در خصوص کودک و پژوهش است. مباحث مطرح در زمینه اخلاق در پژوهش‌های انسانی به‌طور جداگانه مورد بحث قرار خواهند گرفت، اما در کودکان و برخی گروه‌های خاص، توجه بیشتری وجود دارد. یک سؤال عمده این است که تصمیم‌گیری برای شرکت دادن کودک در پژوهش به عهده کیست؟ آیا والدین یا هر کس دیگری حق دارد که کودک را در پژوهشی شرکت دهد که سودی برای کودک ندارد و شاید خطری را متوجه او نماید؟

پیشنهاد این است که نظر و اشتیاق کودک جلب شود و با او صحبت و مشاوره گردد، اما این امر در نوزادان یا کودکان کم سن که هنوز قدرت فهم مسائل را ندارند، ممکن نیست. لذا بسیاری از صاحب‌نظران پزشکی عقیده دارند که تحقیقات غیر

## 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 در این حیطة، اول، حق حیات در این کودکان و وظیفه جامعه و پزشکان و دوم نحوه مداخلات درمانی در آن‌ها و اخذ رضایت است.

کودک از بدو تولد به‌عنوان عضوی از جامعه انسانی از تمام حقوق طبیعی بشر برخوردار است. کودکانی که به علت عقب‌ماندگی ذهنی، درک آگاهانه‌ای از زندگی ندارند و فاقد عملکردهای کیفی ضروری هستند، ظرفیت و توان زندگی انفرادی ندارند و باید مورد حمایت شخص دیگری قرار گیرند (۳). نظرات متفاوتی در بحث نحوه تصمیم‌گیری و حق اختیار (اتونومی) کودک البته در زمانی که ظرفیت تصمیم‌گیری دارد، مطرح است. مسئله فرد جایگزین کودک و نحوه تصمیم‌گیری او نیز بسیار بحث‌انگیز است.

وقتی به هر شکلی کودک توانایی مقابله با تصمیمات اتخاذ شده را ندارد، بحث‌ها و تصمیم‌گیری‌های متعددی در زمینه مباحث اخلاق پزشکی مطرح شده‌اند. بسیاری از کودکان دچار نواقص

صبی مانند میکروسفال‌ها<sup>۱</sup>، آنسفال‌ها<sup>۲</sup> و هیدروآنسفال‌ها<sup>۳</sup> هم می‌توانند جزو این گروه به شمار آیند.

بحث‌های زیادی در فرهنگ‌ها، مذاهب و قوانین جوامع مختلف درباره مداخلات درمانی برای کودکانی که علی‌رغم توانایی شرکت در ارتباطات انسانی به علت معلولیت‌های جدی حاصل از بیماری‌های صعب‌العلاج رنج فراوانی می‌برند، وجود دارد. این مداخلات اگرچه فوایدی در بردارد، اما دوره حیات همراه با درد آن‌ها را طولانی می‌کند. کالج سلطنتی سلامت کودکان انگلستان نیز در یک مصوبه طی سال‌های اخیر، پیشنهاد نموده است که در پنج موقعیت می‌توان درمان را قطع کرد (۳ و ۴): در کودکان دچار مرگ مغزی<sup>۴</sup>، در وضعیت پایدار نباتی (PVS)<sup>۵</sup>، در وضعیتی که هیچ شانس وجود ندارد<sup>۶</sup>، در وضعیت بدون هدف<sup>۷</sup> و در وضعیت غیرقابل تحمل<sup>۸</sup>.

در این مورد نیاز به قوانین و سیستم‌های نظارتی فعالی وجود دارد. با توجه به تفاوت نگرش‌های اساسی در فلسفه اخلاق و انسان در معارف ایرانی، به نظر می‌رسد پاسخ‌ها لاقبل در مواردی، مانند آنچه در این زمینه متداول شده و یا در حال گسترش

1- Microcephaly.

2- Anencephaly.

3- Hydranencephaly.

4- Brain- Dead.

5- Permanent Vegetative State.

6- No Chance Situation.

7- Un Purpose Situation.

8- Unbearable Situation.

است، متفاوت است. در عین حال همچون روشن شدن موضوع سقط جنین در موارد بیماری‌های شدید صعب‌العلاج (پس از تشخیص آن‌ها قبل از زایمان)، نیاز است تا در زمینه برخی بیماران دچار زندگی نباتی، راهبردهای مراقبتی را با ارزش‌های مورد قبول جامعه تعریف نماییم.

## اخلاق پزشکی در بیماران روانی

مسائل اخلاقی روان‌پزشکی و اختلالات مربوط به آن با سایر شاخه‌های طب کمی متفاوت است. بیماران دچار اختلالات روانی از یک یا چند اختلال در قوای ذهنی یا روانی رنج می‌برند. لذا در بسیاری از موارد «توانایی اخذ تصمیم معقول و مناسب» یا به عبارتی «اتونومی بیمار» تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرد (۷). این افراد در موارد فراوانی تحت اقدامات پدرسالارانه خانواده، پزشکان یا تیم مراقبتی قرار می‌گیرند؛ اما از دیدگاه اخلاقی، برنامه‌ریزی‌های تشخیصی و درمانی در این بیماران باید به نحوی باشد که تا حد امکان آزادی عملکرد بیمار محفوظ بماند، هرچند در برخی موارد ضرورت زیر پا گذاردن برخی اصول اخلاقی وجود دارد. برای مثال جلوگیری از خودکشی یک بیمار افسرده بر احترام به اختیار فردی او ترجیح دارد.

البته همه بیماران روانی از لحاظ ظرفیت تصمیم‌گیری در یک گروه قرار نمی‌گیرند

و بیماران مختلف ممکن است صلاحیت تصمیم‌گیری متفاوت در سطوح مختلف داشته باشند. گاه حتی ظرفیت بیمار در زمان‌های مختلف و در دوره‌های متفاوت بیماری تغییر می‌کند که پزشک باید به آن توجه کند.

برای تصمیم‌گیری‌هایی با سطوح پیچیدگی متفاوت، باید اخذ رضایت آگاهانه از این دسته بیماران را با توجه به سنجش ظرفیت بیمار در زمان‌های مختلف تعیین کرد و نه یک رویداد مقطعی. برای سنجش ظرفیت تصمیم‌گیری در این افراد هیچ نسخه کلی وجود ندارد و لازم است این کار با کمک تجربه و مهارت بالینی پزشک به صورت تک‌به‌تک و با توجه به ویژگی‌های خاص هر بیمار انجام گیرد. سنجش ابعاد مختلف ظرفیت همچون ظرفیت درک اطلاعات ارائه شده<sup>۱</sup>، ظرفیت شناختی و عاطفی<sup>۲</sup>، ظرفیت انتخاب<sup>۳</sup>، و ظرفیت درک تصمیم اتخاذ شده<sup>۴</sup> در این بیماران ضرورت دارد (۸).

مشکلات و مسائل اخلاقی متعددی در حیطه تشخیص و دسته‌بندی بیماری (کسب اطلاعات)، ارتباط بین بیمار و پزشک، نحوه درمان، انجام پژوهش و سایر جوانب مطرح است و با توجه به اینکه برخی از اصول و شرایط مراقبت‌های بالینی

1- Informed capacity.

2- Cognitive&affective capacity.

3- Choosing capacity.

4- Understanding the decision capacity.

بودن سطح توانایی‌های ذهنی و روحی بیمار، اتونومی او در حد امکان باید حفظ شود. اخذ رضایت در این بیماران به‌ویژه در کودکان دچار بیماری‌های روانی از مباحث مطرح و مورد اختلاف است.

رازداری از بنیادی‌ترین اصول اخلاق در روان‌پزشکی است که در اخذ و ثبت اطلاعات بیمار، ارائه آن‌ها به خانواده یا حتی تیم درمانی و جامعه باید رعایت شود. بیمار باید از حفظ اسرار خود اطمینان داشته باشد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته، به بیماران حق ویژه قانونی<sup>۵</sup> داده می‌شود که اطلاعات فاش شده او نزد روان‌پزشک در حین مصاحبه و روان‌درمانی حتی در موقعیت‌های قضایی و نیمه قضایی پوشیده بماند (۷). به نظر برخی در احکام این رازداری استثنائاتی وجود دارد از قبیل احتمال خطر خودکشی بیمار، احتمال تهدید جانی برای دیگران و احتمال تهدید امنیت عمومی جامعه. البته محرمانه ماندن اطلاعات بیمار نباید در تقابل با حقوق دیگران قرار گیرد. انجام پژوهش‌های علمی در بیماران روانی هنوز محل بحث است، اما چهار اصل عمده شامل افزایش دانش و ارتقای علم، ضرورت انجام مطالعه<sup>۶</sup>، سودمند بودن و رضایت باید مراعات گردند (۱۰).

در بیماران روانی به میزان کافی با توجهات اخلاقی معمول پوشش داده نمی‌شوند، باید با نهایت دقت مانع از آزار و رنج بیمار در روند این مراقبت‌ها گردید.

یکی از این موارد، تصمیم‌گیری در خصوص بستری نمودن بیمار است. به‌طور مثال، در آمریکا، در دهه ۱۹۶۰ میلادی هر بیمار روانی نیازمند درمان، بدون رضایت و به اجبار در بیمارستان بستری می‌شد ولی معیارها برای بستری در دهه ۲۰۰۰ میلادی بسیار محدودتر گردید. بیماران در صورتی به اجبار بستری می‌شوند که بستری نشدن آن‌ها با خطری جدی برای خودشان (مثلاً خودکشی) یا دیگران همراه باشد و یا این‌که قادر به مراقبت از خود نباشند (۹). از نظر اخلاقی، تصمیم یک بیمار روانی که صلاحیت تصمیم‌گیری دارد باید مورد احترام قرار گیرد.

ارزش حیات انسانی در بیماران روانی نیز باید در حد اعلا حفظ و احترام بیمار به طرق مختلف رعایت گردد. پزشک و کادر پزشکی باید از تمسخر و انگ زدن به بیمار اکیداً پرهیز نمایند.

در امور تشخیصی و درمانی از مرحله کسب اطلاعات (شرح‌حال) و معاینه گرفته تا اقدامات درمانی - اعم از دارودرمانی، روان‌درمانی، درمان‌های جراحی و الکتروشوک (ECT) - بیمار نباید تحت فشار و اجبار قرار داده شود و علی‌رغم پایین

5- Privilege.  
6- Necessity.

## سالمندی

سالمندی، در حقیقت، یک واقعه زیستی صرف نیست، بلکه فرآیندی است که طی زمان رخ می‌دهد. دوره سالمندی از دو بعد جسمی و روانی، با مشکلات و بیماری‌های بیشتری نسبت به دوره‌های دیگر زندگی همراه است، لذا ضرورت حمایت خانواده و جامعه از این گروه واضح است. لزوم غربالگری بیماری‌ها و نیز انجام تمام اقدامات تشخیصی- درمانی مورد نیاز، امیدوار نمودن بیماران ضمن توجه به اصول اخلاقی صداقت و حقیقت‌گویی، احیای بیمار و مباحث مربوط به خاتمه حیات و انجام پژوهش‌های تشخیصی- درمانی در این بیماران از موارد مطرح است.

در بعضی کشورها به صورت غیررسمی در ارائه تسهیلات لازم به افراد مسن و پیر محدودیت‌هایی وجود دارد. عدم مولد بودن برای جامعه یا خانواده، وجود کسالت‌های متعدد، کاهش موفقیت اقدامات پزشکی در این سنین و هزینه‌دار بودن ارائه خدمات بیمه به سالمندان از عمده توجیحات برای کاهش رسیدگی به افراد مسن و پیر در جوامع مختلف است (۱۱).

محاسبه سال‌های حیات مقرون با کیفیت (QALys)<sup>۱</sup> در خدمات جامعه به افراد، از بحث‌های مطرح پیرامون سالمندی است. این تفکر به صورت غیررسمی

محدودیت‌هایی برای سالمندان در جوامع مختلف ایجاد نموده است، اما مسلم است که پزشک و کادر پزشکی با توجه به جایگاه ویژه خود باید اصول مهم اخلاق پزشکی را درباره این بیماران رعایت نمایند. مبانی اصلی اخلاقی در مراقبت‌های سالمندی متعددند. عدالت، سودمندی، اتونومی و رعایت محرمانگی از جمله این مبانی است (۱۱). احترام به بیمار، رعایت ادب و خویشتن‌داری، توجه به سطح فرهنگ بیمار، جلب اعتماد، توجه به سؤالات بیمار و دادن اطلاعات کافی به او، پرهیز از ایجاد رابطه مادی و مالی صرف با بیمار و ایجاد امیدواری در این افراد، از عمده‌ترین مسائل در روابط بین پزشک با یک بیمار سالمند هستند.

بیماران دچار دمانس<sup>۲</sup> 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 سؤال که «تا چه حد باید برای ادامه حیات بیمار دچار دمانس تلاش کرد؟» محور بسیاری از موضوعات مطروحه است (۱۰). در هر حال، رعایت اصول اساسی اخلاق پزشکی در این بیماران باید مد نظر قرار گیرد. از مباحث

2- Dementia.

1- Quality Adjusted Life Years.

وصیتی کتبی است که طی آن فرد نظر ترجیحی‌اش برای استفاده از خدمات حمایت‌کننده از حیات را در مراحل انتهایی بیماری بیان می‌کند، مثلاً وصیت فرد مبنی بر عدم احیای قلبی ریوی در صورت توقف قلبی-تنفسی

• دوم، «وکالت مراقبت‌های سلامت»<sup>۶</sup> که به معنای دادن وکالت قانونی و معتبر به فردی دیگر برای تصمیم‌گیری در امور مرتبط با سلامت است؛

• و سوم، «وکالت‌نامه دائمی»<sup>۷</sup> که از دو نوع قلبی وسیع‌تر است و این وکیل حتی امور مالی و بانکی فرد در دورانی که ظرفیت تصمیم‌گیری را از دست داده، به عهده می‌گیرد.

آموزش عموم مردم در مورد استفاده از روش‌های قانونی، می‌تواند در مورد انجام یا عدم انجام اقدامات درمانی و مراقبتی برای بیمار در شرف مرگ چون احیا، پیوند عضو، اقدامات تسکین‌دهنده و حمایتی<sup>۸</sup>، تغذیه مصنوعی و غیره کمک‌کننده باشد.

### گروه‌های زیردست<sup>۹</sup>

گروه‌های زیردست به گروه‌هایی مانند دانشجویان، کارمندان، زندانیان و نیروهای نظامی اطلاق می‌شود که به دلیل موقعیت خاص خود در زمره گروه‌های آسیب‌پذیر

عمده اخلاقی در این زمینه، مواردی است که فرد برای تصمیم‌گیری در مورد وضعیت پزشکی خود صلاحیت کافی ندارد.

موقعیت‌های مشکل تصمیم‌گیری در مورد افراد سالمند بیشتر وجود دارد. برای مثال تصمیم‌گیری جهت قطع یا ادامه مراقبت‌های پیشرفته، منع یا قطع تغذیه مصنوعی و دستور عدم احیا، در آن‌ها بیشتر است. اقدامات درمانی در سالمندان در دهه‌های اخیر از درمان‌های به تعویق اندازنده مرگ به سوی درمان‌های تسکینی و جلوگیری‌کننده از طولانی شدن فرآیند مرگ، تغییر جهت داده است (۱۲). از سوی دیگر بیماران سالمند به‌دفعات صلاحیت تصمیم‌گیری خود را در اثر بیماری‌های زمینه‌ای چون دمانس، یا بیماری‌های گذرا همچون دلیریوم<sup>۳</sup> از دست می‌دهند. به همین دلیل در کشورهای غربی، نظامی قانونی ایجاد شد که خواسته‌های فرد را قبل از از دست دادن صلاحیت ثبت کند. واژه «خواسته قلبی»<sup>۴</sup> به معنای وصایای شفاهی یا کتبی فرد در مورد خواسته‌ها و آرزوهایش در مورد اقدامات طبی آینده است و زمانی به کار خواهد رفت که فرد دیگر قادر به تکلم نیست. در این بحث در برخی کشورها سه شیوه وجود دارد:

• اول، «وصیت زمان حیات»<sup>۵</sup> که شامل

6- Health Care Proxy.

7- Durable Power of Attorney.

8- Palliative Care.

9- Subordinate subjects.

3- Delirium.

4- Advance Directive.

5- Living Will.

سلامت تأثیرگذار باشد. هم‌چنین لازم است خدمات سلامت ضروری و فوری، بدون فوت وقت در اختیار این گروه قرار گیرد. این مسئله از حقوق پایه انسانی است و بنابراین، عدم وجود مدارک قانونی برای اقامت پناه‌جو در کشور میزبان نباید مانع از توجه به او شود.

نکته مهم دیگری که در ارائه خدمات سلامت به پناه‌جویان و مهاجران باید مد نظر قرار گیرد خاستگاه متفاوت اجتماعی و فرهنگی این گروه است. نگرش‌ها و باورهای فرهنگی، بخشی از هویت افراد است و بنا بر اصل اخلاقی احترام به اتونومی باید در ارائه خدمات سلامت محترم شمرده شوند. توجه به دیگر قواعد اخلاقی از جمله انگ نزدن، توجه به رازداری و احترام به حریم خصوصی، در ارتباط با این گروه از دریافت‌کنندگان خدمات سلامت به دلیل محرومیت‌های اجتماعی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

### نتیجه‌گیری

طیف وسیعی از دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی می‌توانند به نحوی جزو گروه‌های آسیب‌پذیر و نیازمند حمایت قرار گیرند.

اگرچه توجه به اصول اخلاقی ضرورتی انکارناپذیر در ارائه خدمات سلامت به همه افراد جامعه است، اما این امر در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به‌طور خلاصه باید گفت اقشار آسیب‌پذیر جامعه به دلایل متعددی

قرار دارند. در فعالیت‌های پژوهشی که با مشارکت این افراد طراحی می‌شود باید دعوت به جهت مشارکت، دعوتی عمومی باشد و از دعوت مستقیم توسط مقام بالاتر اجتناب شود تا از آزادی عمل آن‌ها در تصمیم‌گیری جلوگیری نشود. هم‌چنین اصل اخلاقی رازداری در رابطه با اطلاعات جمع‌آوری شده از مشارکت‌کنندگان با توجه به آشنایی احتمالی آن‌ها با یکدیگر، باید مورد توجه ویژه قرار گیرد. نکته آخر این‌که باید به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شود، نتایج مطالعه در وضعیت حرفه‌ای یا تحصیلی آنان تأثیری نخواهد داشت (۸).

### مهاجرین و پناه‌جویان

چنان‌که پیش‌تر گفته شد بخشی از گروه‌های آسیب‌پذیر شامل افرادی است که در شرایط مطلوب، از ظرفیت تصمیم‌گیری مناسبی برای مدیریت زندگی خود برخوردارند، اما به دلیل موقعیت اجتماعی خاص ممکن است نتوانند از حقوق مشروع خود دفاع نمایند. مهاجرین و پناه‌جویان در زمره این افراد قرار می‌گیرند. نظر به این‌که این گروه از افراد آسیب‌پذیر جامعه عموماً با محرومیت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متعددی مواجه هستند، توجه به کرامت و ارزش ذاتی انسانی در ارائه خدمات سلامت به آن‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است. به عبارت دیگر، ویژگی‌هایی چون نژاد و ملیت افراد نباید در تصمیم‌گیری در رابطه با کمیت و کیفیت ارائه خدمات



باید وظایف و مسئولیت‌های خود را در قبال این افراد بشناسند و به انجام برسانند، سیاست‌گذاران سلامت و مسؤولین جامعه نیز باید قوانینی در جهت حفظ حقوق این افراد تدوین کنند و به اجرا گذارند.

از جمله ناتوانی‌های جسمی، اختلالات شناختی، فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری، برخوردار نبودن از موقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی مطلوب و غیره نسبت به دفاع از حقوق و یا اعاده حقوق از دست رفته ناتوان هستند .

نکته قابل توجه دیگر این‌که علاوه بر پزشکان و کادر ارائه‌کننده خدمات سلامت

## منابع

7. Campbell A, Gillett G. Medical ethics. UK: Oxford University Press, 2001; 159-178.
8. González-Duarte A, Zambrano-González E, Medina-Franco H et al. THE RESEARCH ETHICS INVOLVING VULNERABLE GROUPS. Rev Invest Clin 2019; 71(4): 217-225.
9. Shuchman M. Mentally disabled and mentally ill persons. In: Post SG. Encyclopedia of Bioethics. New York: Thomson Gale, 3rd edition, 2003; 1820-1825.
10. 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.
11. Campbell A, Gillett G. Medical ethics. UK: Oxford University Press, 2001; 179-199.
12. Sachs GA. Healthcare and research issues. In: Post SG. Encyclopedia of Bioethics. New York: Thomson Gale, 3rd edition, 2003; 104-107.
1. Kopelman LM. Healthcare and research issues. In: Post SG. Encyclopedia of Bioethics. New York: Thomson Gale, 3rd edition, 200; 387-399.
2. Lourdes Levy M, Larcher V, Kurz R, et al. Informed consent/assent in children. Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP). Eur J Pediatr 2003; 162: 629-633.
3. Campbell A, Gillett G. Medical ethics. UK: Oxford University Press, 2001; 115-128.
4. Huxtable R. Re M(medical treatment: consent) time to remove the 'Flak jacket'? Child and Family Law Quarterly 2000; 12: 83-8.
- 5- اسمیت ت. اخلاق در پژوهش‌های پزشکی. ترجمه محمد ضرغام. تهران: چاپ برای فردا، ۱۳۸۱.
6. Royal College of Pediatrics and Child Health. Withholding and withdrawing life saving treatment in children: a framework for practice. London: RCPCH, 1997.

## گفتار ۹

### اخلاق پزشکی در پیوند اعضا و بافت‌ها

#### مقدمه

مشکلات اساسی وجود دارد (۱). پس از شروع پیوند اعضا و مقبولیت آن، نیاز به تدوین قوانین و مقررات لازم توسط دست‌اندرکاران امر پیوند اعضا احساس شد. به همین منظور لایحه‌ای جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارائه گردید. این لایحه بار اول تصویب نشد، اما پس از چندی در سال ۱۳۷۹ در قالب لایحه دیگری مطرح و تصویب شد. به این ترتیب مسائل حقوقی امر پیوند نیز جایگاهی روشن یافتند. این موضوع برای آموزش و جدا کردن نقش ذینفعان مرتبط با مباحث اخلاق پزشکی در کشور ما «مثال‌زدنی» است. با ذکر همه این نکات، هنوز ده‌ها مسئله در زمینه اخلاق پزشکی پیوند اعضا وجود دارند، مانند چگونگی ارتباط دهنده

پیوند اعضا یکی از مباحث مهم در اخلاق پزشکی است. در کشور ما با توجه به گسترش مسئله پیوند اعضا، جوانب مختلف این مسئله نیاز به توجه دقیق دارد. جالب است که توجه به سیر تاریخی این موضوع در کشور، به‌نوعی باعث روشن شدن نقش عوامل مختلف متأثر از مسائل اخلاق پزشکی در یک حوزه خواهد شد.

گسترش زمینه‌های فنی پزشکی و امکان انجام پیوند در دنیا سبب شد که عالمان دین کشور ما نیز در فتوای خود تجدیدنظر نمایند. با صدور فتوا و جایز شمردن آن پیوند اعضا در کشور امکان عملی یافت. هنوز در کشورهایی مانند ژاپن که از لحاظ علم و فناوری پیشرفته است، به علت فرهنگ حاکم بر جامعه در این زمینه

و گیرنده، انتخاب گیرنده، چگونگی برخورد با شرایط دهنده، رضایت خانواده و غیره. بحث پیوند اعضا در کتاب نگرش جامع به پیوند/اعضاء به تفصیل آمده است (۲). علاوه بر آن توجه به مناسبات مادی بین دهنده و گیرنده نیز مطمح نظر است.

موضوعات پیوند عضو و هم‌چنین در سال‌های اخیر مسئله پیوند بافت، با توجه به نیاز روزافزون جامعه، موضوعاتی مطرح در اخلاق پزشکی سراسر جهان و نیازمند قانونمندتر شدن هستند.

اولین پیوند بالینی عضو در سال ۱۹۵۴ صورت گرفت که شامل پیوند کلیه بود (۳). در سال‌های گذشته، پیشرفت دانش و فناوری در این زمینه بسیار چشم‌گیر بوده و به تناسب آن، مباحث اخلاقی در پیوند اعضا نیز تحولات شگرفی یافته است، به نحوی که مباحث و موضوعات جدید در خصوص پیوند، توجه حقوق‌دانان، رهبران مذهبی، فیلسوفان و متخصصان اخلاق پزشکی را به موضوع جلب نموده است.

فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف جوامع تأثیر زیادی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی، از جمله در امر پیوند اعضا دارند. برای مثال، بیماران دچار مرگ مغزی از مهم‌ترین منابع تأمین عضو در انگلستان بوده‌اند و در چین تا چندی پیش از مجرمین اعدامی برای این منظور استفاده می‌شده است. با توجه به تفاوت در اعتقادات و مذاهب

و ارزش‌های کشورهای مختلف، در برخی موضوعات مطروحه در امر پیوند نمی‌توان قوانین اخلاقی واحدی در دنیا تصویب کرد که با توسل به آن‌ها بتوان عمل اخلاقی و غیراخلاقی را تعریف و تبیین نمود، اما برخی چارچوب‌ها و روش‌های تحلیلی در دنیا جهت این امر پیشنهاد شده‌اند. در هر حال، موضوعات فراوانی وجود دارند که نیازمند بررسی‌های بیشتر بر اساس ارزش‌ها و الگوهای فرهنگی هر جامعه هستند. در ادامه به برخی از مسائل عمده در زمینه پیوند اعضا اشاره خواهد شد:

### پیوند عضو از جسد

مباحث مفصلی در خصوص پیوند عضو از جسد در دنیا مطرح هستند. برخی از آن موضوعات عبارت‌اند از:

- اخذ رضایت و راه‌های آن؛
- روش اطمینان از مرگ قطعی؛
- مباحث اخلاقی پیرامون پیوند عضو از مرگ مغزی؛
- مباحث پیرامون پیوند عضو از کودکان آنانسفال.

اخذ رضایت از مهم‌ترین مشکلات در مسئله پیوند عضو از جسد و بیمار مرگ مغزی است. پذیرش اهدای عضو در جوامع مختلف هنوز با مشکلات فراوانی مواجه است. در بسیاری از جوامع مذهبی و حتی مثلاً در کشور ژاپن، مشکلات جدی با این

حیات خلاف آن را تأکید یا درخواست نموده باشد (۴). رضایت فرض شده در کشورهای چون فلسطین اشغالی، سنگاپور و بسیاری از کشورهای اروپایی و برخی ایالت‌های آمریکا مبنای استفاده از اعضای فرد متوفی است. در این شیوه، فرد در صورت عدم تمایل به این امر باید دارای کارت عدم اهدای عضو<sup>۱</sup> باشد. در فرانسه، رضایت والدین برای برداشت عضو از فرزندان، یک «رضایت فرض شده» است. در اتریش اعضای بدن خارجیان متوفی، ممکن است بدون رضایت آگاهانه برداشت شود.

اما شیوه سوم اخذ رضایت که در برخی ایالت‌های آمریکا اجرا می‌شود این است که پذیرش دهنده یا پزشکان بیمارستان‌ها از نظر قانونی مسئول‌اند از وراثت و اولیای قانونی متوفی، در مورد تمایل به اهدای اعضای جسد پرسش نمایند. تأمین عضو پیوندی برای افراد نیازمند، مسئله عمده‌ای است که برای آن در برخی کشورها راه‌حل‌های دیگری اندیشیده شده است. مثلاً در مواقع خاصی همچون ثبت‌نام و تجدید گواهینامه رانندگی یا تکمیل فرم‌های مالیات، فرد طی وکالت‌نامه‌ای تمایل یا عدم تمایل خویش به اهدای عضو را اعلام می‌نماید (۴). این امر ضمن حفظ اتونومی فردی، استرس اعضای خانواده و پزشکان را نیز پس از مرگ فرد کاهش

مسئله وجود دارد. خوشبختانه در خصوص مسئله پیوند در کشور ما مسیری طولانی طی شده است، ولی هنوز گسترش بستر فرهنگ مردمی، تلاش افزون‌تری می‌طلبد. رضایت برای انجام امر اهدای عضو انواع گوناگونی دارد. در یک تقسیم‌بندی رضایت می‌تواند به سه گونه تقسیم شود (۴):

- رضایت آگاهانه یا Informed consent (نظام opt-in)؛
- رضایت فرض شده یا Presumed consent (نظام opt-out)؛
- تقاضای الزامی یا Required request.

در شیوه اول رضایت در زمان حیات فرد اخذ شده است. فرد متوفی کارت اهدای عضو دارد یا رضایتمندی او در گواهینامه رانندگی‌اش ذکر شده است. ممکن است این نوع رضایت به صورت وصیت کتبی و شفاهی به بستگان باشد. این نوع رضایت در بیشتر کشورهای غربی رایج است و یکی از راه‌های تأمین عضو پیوندی است. با این حال، در مواردی افراد خانواده به دلیل تألمات روحی تمایلی به اهدای عضو فرد متوفی ندارند یا آن را مغایر اعتقادات خود یا منافعی با احترام به جسد مرده می‌شمارند (۴).

در شیوه دوم هرچند قبل از مرگ رضایت آگاهانه از فرد اخذ نشده است، اما فرض بر این است که فرد متوفی به اهدای عضو رضایت داشته است، مگر این که در زمان

1- Non- Organ Donor.

خواهد داد. سطوح فوقانی مغز (بالای ساقه مغز) را ندارد.

### پیوند عضو از مرگ مغزی

در پیوند از افراد مبتلا به مرگ مغزی، علاوه بر مسئله رضایت، اطمینان از مرگ فرد جهت تأیید جراحی عضو پیوندی از بدن فرد دهنده ضروری است. مرگ مغزی باید حتماً توسط کمیته علمی، قانونی و اخلاقی که بدین منظور فعالیت می‌نمایند به‌طور جداگانه تأیید شود.

در حال حاضر تعریف علمی مرگ مغزی که در سال ۱۹۷۹ ارائه شده است به‌صورت گسترده مورد پذیرش است. باید تلاش لازم برای حفظ حیات فرد (خصوصاً داوطلب اهدای عضو) انجام شود و از سودجویی‌های مادی پرهیز گردد. در بیمار مبتلا به مرگ مغزی، به علت آسیب غیرقابل برگشت به ساقه مغز، تنفس خودبه‌خود وجود ندارد و بیمار وابسته به دستگاه تنفس مصنوعی است.

البته دو وضعیت بالینی وجود دارند که به وضعیت مرگ مغزی بسیار نزدیک‌اند چراکه هر دو با صدمه خیلی شدید نورولوژیک همراه‌اند و به‌ناچار به سمت مرگ خواهند رفت (۴):

- وضعیت پایدار نباتی (PVS) که در اثر یک دوره اختلال در اکسیژن‌رسانی به بافت مغز ایجاد می‌گردد؛
- کودک متولد شده با آنسفال‌ی که

در مورد امکان استفاده از اعضای بیماران دچار دو وضعیت فوق مباحثی در کشورهای مختلف وجود دارد. در حال حاضر در موارد معدودی مجوزهایی داده شده است، اما اکثر جوامع با گرفتن عضو از این دو گروه مخالف‌اند.

البته مشکلات پیوند اعضا در اطفال و عدم وجود عضو متناسب جهت پیوند، بحث استفاده از اعضای کودکان آنسفال را به میان آورده است. رنج کشیدن کودکان آنسفال، عدم امکان درمان، تسکین روانی و روحی والدین در صورت پیوند اعضای این کودکان به کودکان دیگر، می‌تواند از علل توجیه کننده این عمل باشد؛ اما هنوز به دلایل اخلاقی از این بیماران به‌عنوان دهنده عضو استفاده نمی‌شود.

### پیوند عضو از دهنده زنده

آگاهانه بودن رضایت در فرد دهنده پیوند، اساسی‌ترین مسئله در این نوع پیوند است. برخی از مسائل اخلاقی مطرح و مورد بحث در این قسمت عبارت‌اند از:

- وارد شدن صدمات جدی به فرد دهنده؛
- جلوگیری از سودجویی‌های مادی و خریدوفروش اعضای بدن؛
- پیوند عضو از کودکان و افراد فاقد صلاحیت؛

است. لذا اخلاقی بودن اهدای عضو به صورت داوطلبانه مورد تأیید اکثر جوامع است، هرچند در مورد فروش عضو مباحث زیادی وجود دارد. آگاهی دادن کافی در مورد خطرات و مسائلی که در آینده ممکن است فرد دهنده با آن‌ها روبه‌رو شود، اهمیت زیادی دارد. هیچ‌گونه فشار و اجبار روانی، جسمی یا مادی نباید بر فرد دهنده تحمیل گردد.

اما مسئله فروش اعضا مشکلات عدیده‌ای برای جوامع ایجاد نموده است. اگر از قاچاق غیرقانونی و تجارت اعضای بدن و سودجویی‌هایی که در این زمینه وجود دارد بگذریم، پیش کشیدن مسئله جبران خسارات فرد دهنده عضو می‌تواند مطرح شود. تلاش جدی برای قطع ارتباط بین دهنده و گیرنده به عملکرد مناسب اخلاقی امر پیوند کمک خواهد کرد.

جبران خسارت می‌تواند به صورت هدیه شبیه آنچه در مدل پیوند کلیه در ایران وجود دارد توسط نهادی غیر از نهادهای درگیر انجام شود. خوب است که جامعه به نوعی از ایثار یک انسان در اهدای عضو تقدیر کند، اما برای سلامت جامعه، همواره باید از فروش عضو جلوگیری به عمل آید. احتمال وجود استثمار از مسائل مهمی است که خرید و فروش عضو را غیرقابل قبول می‌نماید. مثلاً ممکن است از نظر روحی یا مادی، فرد دهنده تحت فشار افراد خانواده

• آگاهانه و داوطلبانه بودن رضایت از جانب فرد دهنده.

مسائل اخلاقی اهدای عضو از دهنده زنده، تحت تأثیر نوع عضو یا بافت است که آیا قابل بازسازی است (مثل خون و مغز استخوان)، یا غیرقابل بازسازی اما جفت است (مثل کلیه‌ها، قرنیه)، یا هم غیرقابل بازسازی و هم تنها عضو موجود در بدن است (مثل قلب).

در مورد اول، مسائل اخلاقی جدی مطرح نیست و بیشتر به صورت یک عمل نوع‌دوستانه صورت می‌گیرد.

در مورد قلب به هیچ‌وجه جواز برداشت از فرد زنده صادر نمی‌شود چون با حیات فرد مغایرت دارد. در مورد کبد هم انجام پیوند قسمتی از کبد رایج است. البته باید فواید آن با توجه به صدمه‌ای که به فرد دهنده وارد می‌شود، سنجیده شود و رضایت آگاهانه وجود داشته باشد.

علاقه و محبت بین اعضای خانواده و دوستان، نوع دوستی و ایثار، نگرش مثبت به حیات‌بخش بودن عمل پیوند و امید به پاداش‌های معنوی و یا برخی مؤلفه‌های دیگر از جمله ارزش‌هایی است که اهدای عضو از سوی یک داوطلب سالم و زنده را توجیه می‌سازند. اهدای عضو یکی از خویشاوندان و خانواده بیمار یا سایر افراد غیر فامیل در برخی موارد مثل نارسایی پیشرفته کلیه (پیوند کلیه) امکان‌پذیر

است.

نحوه انتخاب فرد گیرنده پیوند، از مسائل مهم در مبحث پیوند است که متأسفانه امکان اعمال شیوه‌های غیراخلاقی در آن وجود دارد. متأسفانه گاه وجود پاداش و توان مادی در گیرنده عضو، تنها عاملی است که فرد گیرنده پیوند را مشخص می‌سازد. مسلم است که جهت تعیین اولویت در عمل جراحی پیوند عضو باید معیارهای دقیق علمی به‌طور مشخص و قانونی در دسترس مراکز پزشکی قرار گیرند و نسبت به آن‌ها نظارت کافی صورت گیرد. بالا بودن احتمال موفقیت پیوند، طول عمر عضو پیوندی، طول عمر و کیفیت زندگی بیمار گیرنده پیوند و میزان بازگشت به حیات طبیعی، از شرایط مهم انتخاب فرد گیرنده پیوند هستند (۶).

شناسایی بیماران اورژانسی در این مقوله اهمیت بسزایی دارد، زیرا در بعضی از جوامع عوامل دیگری چون میزان مفید بودن فرد برای جامعه یا تمایل فرد دهنده به اهدای عضو به فردی خاص می‌تواند شرایط فوق‌الذکر را تحت‌الشعاع قرار دهد. در هر حال اولویت دادن به افراد دارای وجهه اجتماعی، افراد صاحب جاه و مقام و ثروت که گاه در اثر کمبود اعضای پیوندی در مقابل تقاضای زیاد دیده می‌شود، مسلماً عملی غیراخلاقی و خلاف عدالت اجتماعی است (۷)؛ لذا در قوانین جدید،

یا واسطه‌گران و دلان قرار گرفته باشد. این مسئله متأسفانه در حال حاضر به‌ویژه در جوامع فقیر و کشورهای جهان سوم مشاهده می‌شود. فروش اعضای کودکان به دلیل فقر مادی خانواده یا دزدیدن اعضای بدن از جمله این موارد است. با توجه به گسترش این وضعیت در برخی از کشورها، در سال ۱۳۸۷ کارگروه آسیایی در مورد مبارزه با قاچاق اعضای پیوندی تشکیل گردید و با ارائه توصیه‌نامه‌هایی به کشورهای آسیایی، راهکار مناسبی در مبارزه با قاچاق اعضا ارائه نمود (۵).

## مسائل اخلاقی و حقوقی مطرح بین فرد گیرنده و دهنده پیوند

مسائل اخلاقی و حقوقی مطرح در این حیطه بسیار گسترده است، اما آنچه عمدتاً در موضوع اخلاق پزشکی مطرح می‌شود شامل:

- بانک اعضای پیوندی: مسائل اخلاقی - حقوقی، امر نظارت منابع مالی؛
- حقوق معنوی و مادی فرد دهنده پیوند؛
- شرایط انتخاب فرد گیرنده؛
- خرید و فروش اعضا و قراردادهای مالی بین فرد گیرنده و دهنده؛
- قاچاق اعضای بدن و مسائل اخلاقی مربوطه؛
- استفاده از بانک اعضا جهت پژوهش



عمدتاً از اجساد تأمین می‌شوند. مسائل فوق‌الذکر ضرورت برنامه‌ریزی علمی، قانونمندی و نظارت دقیق اجرایی در امر پیوند را مشخص می‌سازد.

### پیوند بافت

در موضوع پیوند بافت چند مسئله کلی وجود دارد، از جمله:

- نحوه 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<sup>۱</sup>

بافت مغز میانی جنین انسانی می‌تواند مدت طولانی در مغز انسان زنده بماند و در بیماری‌های نورودژنراتیو (مانند پارکینسون و کره هانتینگتون، با برگشت دادن عصب رسانی گانگلیون بازال) علائم بالینی را بهبود بخشد (۴). تهیه بافت پیوندی و انجام این نوع پیوند مستلزم وجود جنین مرده است. هرچند استفاده از بافت‌های انسانی از نظر اخلاقی تأیید شده است، ولی سؤال این است که چگونه و با چه شرایطی باید انجام شود. در این مورد از لحاظ رعایت اصول اخلاق پزشکی شرایط ویژه‌ای مطرح

گروه تصمیم‌گیرنده برای دهنده و گیرنده، متفاوت از گروه انجام دهنده پیوند هستند. متأسفانه در صورتی که عضو پیوندی از دهنده زنده تأمین شود، می‌تواند همراه با پیمان‌های مالی آشکار یا پنهان باشد. حتی گاهی گیرنده و دهنده خویشاوند نیز بین خود قراردادهای مالی دارند. برای مواردی که اهدای عضو در قبال پاداش صورت می‌گیرد، برای پیمان‌های مالی آشکار اصطلاح Rewarded gifts به کار برده می‌شود و در بسیاری از موارد معمول است. متأسفانه پیمان‌های مالی غیرقانونی سنگین و گاه با تبانی بین دهنده پیوند، واسطه‌گران و دلالان غیرقانونی و افراد که در برخی جوامع پای گرفته است، اصطلاحاً «تجارت Rampant commercialism یا سبعانه» نامیده می‌شود (۷).

با توجه به مسائل موجود، پیشنهاد شده است که تهیه اعضای پیوندی تحت نظارت مؤسسات علمی یا دولتی انجام شود و در قبال آن پاداش‌هایی متناسب از طرف دولت یا مؤسسه به فرد دهنده عضو اعطا شود. این امر ضمن جلوگیری از مسائل غیراخلاقی و سوءاستفاده سودجویان، از بی‌بهره ماندن افراد فقیر نیازمند به پیوند پیشگیری خواهد نمود. در حال حاضر در بسیاری از کشورها بانک‌های پیوند در زمینه پیوند اعضا به‌گونه‌ای مؤثر ایفای نقش می‌نمایند و اعضای پیوندی آن‌ها

1- Foetal Neural Transplantation.

است. از جمله:

- به هیچ وجه، سقط جنین جهت انجام پیوند صورت نپذیرد؛
- در زمان برداشت بافت پیوندی جنین باید حتماً مرده باشد؛
- احتمال واقعی سودمندی این عمل وجود داشته باشد و فواید آن در مقابل خطر احتمالی سنجیده شود؛
- این روش به عنوان آخرین درمان در مواردی که سایر درمان‌های معمول مؤثر نبوده‌اند استفاده شود؛
- رضایت آگاهانه مادر وجود داشته باشد.

### مادر بودن جنین<sup>۱</sup>

به دلیل کمبود تخمک در درمانگاه‌های باروری، در محافل پزشکی احتمال جدیدی مطرح شده است و آن به دست آوردن تخم‌ها (eggs) از جنین است. در این شیوه جنین باید حتماً سقط شده باشد و در حقیقت جنین، مادر بیولوژیک تعدادی از کودکان جامعه محسوب می‌شود.

پژوهش‌ها امکان‌پذیر بودن نگهداری سلول‌های زایای جنینی و پیوند آن‌ها به میزبانان را در حیوانات تأکید کرده است (۴)، اما در حیطه انسانی مباحث اخلاقی مبهمی وجود دارند. هرچند می‌توان از محصولات سقط‌های قانونی یا سقط‌های خودبه‌خودی برای این منظور استفاده کرد،

اما تأیید اخلاقی چنین عملی می‌تواند به افزایش سقط‌های جنین یا حتی حامله شدن برای ایجاد سقط منجر شود.

اثرات مادر بودن جنین روی گیرنده مادر و کودک حاصله از منشأ غیرمعمول، فقدان دانش کافی در خصوص رشد تخم‌های جنینی و نیز فشار افکار عمومی از جمله مسائلی هستند که اکنون نیز وجود دارند و در سال ۱۹۹۴ در انگلستان باعث ممنوعیت این عمل شدند. در صورت کسب اطلاعات علمی بیشتر در این زمینه، نکات مبهم موجود در این حوزه قابل رفع و پاسخگویی خواهند بود. در مورد کودکان حاصله که اصطلاحاً foetus نامیده می‌شوند (۸) و از لحاظ ژنتیکی وابسته به مادری هستند که هرگز به دنیا نیامده است، مسائل حقوقی متعددی مطرح می‌شود. از سوی دیگر کسب مقبولیت از پدر، پدربزرگ، مادربزرگ و ... این کودکان اهمیت زیادی در جلوگیری از مشکلات روانی و اخلاقی در کودک خواهد داشت. اخذ رضایت در انجام این عمل نیز موضوعی است که پیرامون آن بحث‌های بسیاری وجود دارد.

### استفاده از سلول‌های بنیادی جنین انسان

جداسازی و کشت سلول‌های بنیادی امبریونیک انسانی<sup>۲</sup> اولین بار در سال ۱۹۹۸ صورت پذیرفت (۹). سلول‌های بنیادی

2- Human Embryonic Stem Cells.

1- Foetal Motherhood.

## پیوند بین حیوانات و انسان

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

- خلاف ساختار طبیعت انسانی بودن؛
- انتقال پاتوژن‌های مختلف از حیوان به انسان؛
- انتقال عفونت‌های ژن‌نوز به فرد گیرنده 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، شامل انتقال هر نوع بافت است از جمله: پیوند در پیچه قلب خوک به انسان، کاشت سلول‌های عصبی جنین انسان در بدن موش و تزریق ژن‌های انسانی به حیوانات برای کاهش میزان پس زدن بافت پیوند شده حیوان به انسان (۴). در دهه اخیر پیشرفت‌های سریعی در مورد پیوند کلیه حیوانات به انسان صورت پذیرفته است (۷).

مسئله حقوق حیوانات، به هم زدن آسایش آن‌ها برای سود رساندن به انسان و نیز احتمال بهره‌کشی و استثمار حیوانات

استعداد تولید هر نوع سلول دیگر انسانی را دارند و اصطلاح Cloning برای تولید یک ردیف سلول از این HES به کار برده می‌شود. روش دیگری که می‌تواند جایگزین این روش باشد، استفاده از فناوری جابجایی هسته سلول<sup>۳</sup> برای تهیه سلول‌های بنیادی انسانی است که در آن هر سلول سوماتیک می‌تواند با یک سلول تخم بدون هسته ترکیب شود و تبدیل به یک بلاستوسیت شود. این سلول‌های بنیادی امبریونیک به دست آمده با بدن فرد سازگار خواهند بود. هم‌چنین این شیوه ممکن است نیاز به انجام تحقیقات روی رویان را از بین ببرد. پتانسیل سلول‌های حاصله زیاد است و می‌تواند برای جایگزینی سلول‌های لوزالمعده در دیابت و سلول‌های قلب آسیب‌دیده نیز کاربرد داشته باشد (۴). این فناوری می‌تواند با ایجاد بانک بافت‌های پیوندی، بافت‌های خون، مغز استخوان، ریه، کبد، تاندون‌ها، لیگامان‌ها، عضله، پوست، استخوان، دندان، شبکیه و عدسی را برای بیماران و نیز برای نیازهای پژوهشی فراهم نماید. در صورتی که دانش و فناوری لازم در این زمینه به‌طور کامل در دسترس قرار گیرد، مسائل اخلاقی آن همچون اخذ رضایت آگاهانه از فرد دهنده سلول تخم و نیز تدوین قوانین مورد نیاز در این زمینه به‌طور جدی‌تری مطرح خواهند شد.

3- Cell Nuclear Replacement Technology.

یکی از بحث‌هایی که در مخالفت با پیوند بین حیوان و انسان مطرح می‌شود، بحث Unnaturalness یا به عبارتی «برخلاف اصول طبیعت بودن» این عمل است. علاوه بر آن، بحث نامشخص شدن حدود مرز بین گونه‌های حیوانی و چگونگی تأثیر بر شخصیت انسان، از نکات مورد بحث هستند. در حال حاضر، سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) ملاحظات خاصی جهت کارآزمایی‌های بالینی پیوند بین حیوان و انسان را اعلام نموده است (۴).

اما بسیاری از دانشمندان معتقدند تجربیات حیوانی در آزمایشگاه برای یافتن پاسخ‌های دقیق در مورد نتایج پیوند بین حیوان و انسان کافی نیستند، لذا باید با انجام کارآزمایی‌های بالینی در انسان با احتیاط عمل کرد. بر این اساس، لازم است راهنماهای فنی و نیز اخلاقی برای کاهش خطر انتقال عفونت‌های حیوانی به انسان، تأمین آسایش و رفاه حیوانات و حفاظت از شأن و حرمت و جایگاه انسان‌ها در کشورها تهیه شود (۱۰).

از مسائل مطرح شده در این بحث هستند. به دلایل عملی، فیزیولوژیک و ایمونولوژیک، خوک مناسب‌ترین گونه برای دادن عضو به انسان است. دست‌کاری ژنتیک در این حیوان ممکن است اعضای ایجاد کند که فوراً توسط بدن انسان پس‌زده نشوند، اما حتی اگر اشکالات عملی و فیزیولوژیک و ایمونولوژیک موجود رفع شود، خطرات بسیار مهمی از جمله انتقال ویروس‌ها و سایر پاتوژن‌های حیوانی به انسان، مانع عمده این نوع پیوند است (۷).

پیوند بین حیوان و انسان، باعث انتقال آسان ویروس به انسان می‌شود، چراکه موانع فیزیولوژیک و طبیعی ایمنی بدن در فرد گیرنده پیوند به عللی از جمله شیمی‌درمانی تضعیف می‌گردد. از سوی دیگر انتقال پاتوژن‌های عفونت‌های زنوز به انسان، خطر بسیار مهم این‌گونه پیوند است. پاتوژن‌های خاموش بدن حیوانات ممکن است به بیماری‌های خطرناکی در انسان بینجامند (۴). این نکته، خطرناک بودن پیوند عضو از حیوان به انسان را به‌طور جدی نه‌تنها برای انسان گیرنده، بلکه برای سایر انسان‌ها به‌ویژه اطرافیان فرد گیرنده پیوند، مطرح می‌سازد. با توجه به مباحث فوق، مسائل بالینی و اخلاقی فراوانی پیش رو قرار می‌گیرد که از جمله آن‌ها تعارض بین اتونومی و خواسته‌های فردی با خواسته‌های عمومی جامعه است.

## نتیجه‌گیری

در ایران قانون پیوند اعضا در سال ۱۳۷۹ به تصویب مراجع قانونی رسیده است. رضایت جهت پیوند اعضا به صورت رضایت آگاهانه و مفروض امری الزامی در روند اهدای عضو تلقی می‌شود. اخذ رضایت از مهم‌ترین مشکلات در پیوند عضو از جسد و مرگ مغزی به شمار می‌آید. در پیوند عضو از افراد دچار مرگ مغزی، علاوه بر مسئله رضایت، اطمینان از مرگ بیمار جهت تأیید برداشت عضو از فرد دهنده ضرورت دارد. مسئله جلوگیری از سودجویی‌های مادی و خرید فروش اعضای بدن در مجموعه ملاحظات اخلاقی پیوند اعضا از اهمیت بسزایی برخوردار است.

در موارد اهدای عضو از فرد دهنده زنده (مانند اهدای کلیه) آگاهی دادن کافی در مورد خطرات و مسائلی که در آینده ممکن است فرد دهنده با آن مواجه شود، در روند اخذ رضایت آگاهانه تأثیرگذار هستند. موضوعات مادی در پیوند اعضا، پیمان‌های مالی غیرقانونی و ملاحظات قانونی و اخلاقی که در پیوند اعضا مطرح هستند، نیازمند نظارت مؤسسات علمی و دولتی در این عرصه است.

پیوند بین انسان و حیوان با مخالفت‌های بسیاری مواجه است و موضوعات اخلاقی در زمینه پیوند بافت، پیوند عصب از بافت‌های جنینی، مادر بودن جنین و استفاده از سلول‌های بنیادی جنین هم با چالش‌های اخلاقی مواجه هستند.

## منابع

Law and Society in Biomedicine and Technology, National Taiwan University.

۶- امامی رضوی س.ح. پیوند اعضا. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: مسائل مستحدثه. تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۳: ۱۰۲-۱۱۰.

7. Sells RA. Transplants. In: Gillon R. Principles of health Care ethics. Chichester: John Wiley & Sons, 1994: 1003-1025.

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

9. 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.

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

1. Bagheri A, Criticism of Brain Death Policy in Japan, Kennedy Intitute of Ethics Journal, Vol. 13, No.4, pp: 359-72, Dcember 2003.

۲- لاریجانی ب. نگرشی جامع به پیوند اعضا. تهران: بنیاد امور بیماری‌های خاص، ۱۳۷۸.

3. 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.

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

5. Report of Asian Task Force n Organ Trafficking 2008, Recommendations on the Pohbition, Prevention and Elimination of organ Trafficking in Asia. Center for Ethics,

## گفتار ۱۰

### اخلاق در آموزش پزشکی

#### مقدمه

کنند، مهارت‌های پزشکی خود را ارتقا بخشند (۲). یکی از مهم‌ترین تأثیرات آموزش پزشکی، حرفه‌ای شدن به مفهوم گذار از یک فرد عامی تا تبدیل شدن به یک پزشک حرفه‌ای است. این فرآیند شامل کسب نگرش‌ها، ارزش‌ها و احساسات اخلاقی علاوه بر دانش و مهارت‌های پزشکی است. این گذار عمیقاً شخصیت دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دانشجویان پزشکی در طول تحصیل می‌توانند هویت حرفه‌ای و درک خود از «پزشک خوب و بد» را فعالانه شکل دهند (۳ و ۴). با این وجود، متأسفانه سیستم آموزش فعلی در دانشکده‌های پزشکی برای ابعاد علمی آموزش اهمیت بیشتری قائل است (۴ و ۵). بنابراین، آموزش پزشکی فرآیند

هدف از برنامه‌های آموزش پزشکی، تربیت پزشکانی است که بتوانند دانش و مهارت‌های لازم را برای ارائه خدمت و طبابت در چارچوب اخلاق و قانون به دست آورند. زیرا اگر پزشکی حاذق که از دانش کافی نیز برخوردار است، به طبابت غیراخلاقی روی آورد، از نیل به هدف پزشکی که ارتقای سلامت و بهبودی بیماران است، بازمانده است (۱). بنابراین، آموزش طبابت اخلاق‌مدار و تربیت پزشکان اخلاق‌مدار مورد تأکید جهانی قرار گرفته است.

استادان، سرپرستان و پزشکان باید از آموزش پزشکی به روش اخلاقی اطمینان یابند و در محیط آموزشی فرصتی فراهم کنند که دانشجویان بتوانند بدون این که ارزش‌های انسانی و اخلاقی را فراموش

و تجزیه و تحلیل است (۱۲).

علی‌رغم تمامی پیشرفت‌های تکنولوژیکی مثل استفاده از سیمولاتورها و بیماران مجازی (۶) که در آموزش پزشکی صورت گرفته، هنوز آموزش مهارت‌های پایه و بالینی پزشکی وابسته به تجربه روی بیماران واقعی است. آموزش پزشکی بر پایه پیمان و توافقی نانوشته بین بیماران و حرفه پزشکی بنا شده است. دانشجویان روی بیماران واقعی تمرین می‌کنند تا تجربه کسب کنند و همه بیماران بتوانند از مهارت آنان بهره‌مند شوند (۲). بنابراین، مشارکت دانشجویان در مراقبت بالینی بیماران یکی از بخش‌های ضروری آموزش پزشکی است (۱۲). هدف از این مشارکت و تعامل، این است که بیماران (امروز و آینده) و جامعه پزشکی (دانشجویان پزشکی، پزشکان و کارکنان بخش سلامت) و در نهایت کل جامعه بتوانند از مزایای آن منتفع گردند بدون این‌که در این میان فردی دچار آسیب جسمی و روحی گردد (۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶)

هرچند آموزش بر بالین بیمار یکی از مهم‌ترین جنبه‌های فراهم‌آوری نیروی انسانی توانا و با قابلیت در ارائه خدمات سلامت است، اما بیماران به‌عنوان نمونه‌های آموزشی اغلب سود مستقیم و قابل توجهی از حضور دانشجویان در تیم مراقبت نخواهند برد و حتی در صورت

پیچیده‌ای است که در آن فراگیری مهارت‌های حرفه‌ای، کسب صلاحیت‌ها و ارزش‌ها همانند علوم پایه و دانش تخصصی از اهمیت خاصی برخوردار است (۲). بدیهی است دانشجویان پزشکی صرفاً از طریق خواندن کتاب و گوش سپردن به سخنرانی‌ها قادر به یادگیری مهارت‌های حرفه‌ای و بالینی نیستند و نیاز دارند این مهارت‌ها را در محیطی واقعی فراگیرند (۲ و ۶). از قدیم‌الایام بیماران در شکل‌گیری و تأمین این محیط واقعی نقشی اساسی داشته‌اند (۷). در واقع بیماران همیشه بخشی از آموزش‌های پزشکی بوده‌اند (۸ و ۹ و ۱۰)

این روش آموزش و یادگیری کنار بستر بیمار از زمان‌های کهن مورد توجه بوده است. رازی، استاد بالینی دانشجویان طب، به دانشجویانی که از فراسوی گیتی گرد می‌آمدند و دور او حلقه می‌زدند، ساعت‌ها آموزش بالینی می‌داد. رازی طب را بر بالین بیمار می‌آموخت و بر بالین بیمار آموزش می‌داد و بعدها نیز ویلیام آسلر<sup>۱</sup> نماد طب نوین و پدر علم پزشکی گفت «هیچ‌گونه آموزشی نباید بدون حضور بیمار صورت گیرد. بیمار خود بهترین آموزشیار و معلم محسوب می‌شود» (۱۱) زیرا طب یک علم تجربی است و فراگیری مطلوب آن بر مبنای ملموسات و یادگیری مبتنی بر تکرار

1- Sir William Osler.



(۱۹ و ۲۰). از این رو، شفافیت موضوع و احترام به حق انتخاب بیماران نقش بسیار مهمی در حفظ اعتماد و همکاری بیشتر آن‌ها در آموزش دانشجویان دارد.

دریافت یک رضایت کلی در بدو ورود به بیمارستان آموزشی کافی نیست. حق بیمار است که در صورت تمایل، اطلاعاتی از تیم درمانی داشته باشد از قبیل اینکه در تیم درمانی او چند دانشجو حضور خواهند داشت، به هر یک چه وظایفی محول می‌شود و نظارت بر حسن عملکرد ایشان به چه ترتیب انجام می‌پذیرد (۱). بیمار حق دارد بداند که انتظار کادر پزشکی به‌عنوان همکار در فرآیند آموزش پزشکی از او تا چه اندازه است. بدون آگاهی دادن در این زمینه نباید انتظار داشت که بیمار با مشاهده و معاینه در هر زمان و هر تعداد دانشجو موافق باشد به‌خصوص معایناتی که بیشتر به حریم شخصی افراد مرتبط است.

همچنین باید همه افرادی که به‌عنوان آموزش‌گیرنده در ارائه مراقبت از بیمار نقش دارند، با بیمار ارتباط منطقی برقرار نمایند و در شرایطی که لازم است یا بیمار تمایل به دانستن دارد، متناسب با فرهنگ و سطح آگاهی او به ذکر رتبه علمی و نام خود مبادرت نمایند. آموزش‌گیرندگان باید موقع معاینه از بیماران اجازه بگیرند و در خصوص کسب اجازه برای معایناتی مثل

عدم توجه ممکن است آسیب‌هایی را هم متحمل شوند. حفاظت از حقوق بیمارانی که امکان یادگیری کاربردی و عملی را برای دانشجویان حرفه پزشکی فراهم می‌کنند، یکی از وظایف مهم نظام آموزشی و ارائه خدمات است. انجام درست این وظیفه سبب می‌شود که دانشجویان به‌طور ضمنی احترام به حقوق بیمار و توجه به اولویت منافع او را بیاموزند و از این رویه الگوبرداری کنند، اما اگر رویه نظام آموزشی اولویت آموزش بر منافع بیمار باشد، حساسیت اخلاقی و توجه به جنبه‌های انسانی طب را فراموش خواهند کرد (۱۷ و ۱۸) و بیماران را ابزاری برای کسب اهداف آموزشی، پژوهشی یا موارد دیگر را خواهند دانست. در این نوشتار مسائل اخلاقی آموزش پزشکی را با توجه به اصول اخلاقی بررسی خواهیم نمود.

### احترام به حق انتخاب بیمار

متأسفانه در سیستم جاری خدمات آموزش بیمارستانی در مورد مشارکت دانشجویان در روند مراقبت از بیمار، اطلاعات درست و مناسبی به بیماران داده نمی‌شود، جایگاه دانشجویان و اهمیت آموزش ایشان ذکر نمی‌شود و مرتبه علمی ایشان به بیماران معرفی نمی‌شود. بیماران اغلب مایل به همکاری در آموزش دانشجویان هستند ولی این عدم آگاهی موجب ایجاد نگرانی از سوءاستفاده آموزشی از بیماران می‌شود

- دغدغه دوم درباره اعتبار رضایت آگاهانه است، خصوصاً در مواردی که بیمار به دلیل شرایط جسمی یا قانونی خود، قادر به اعلام رضایت نیست (مانند بیمارانی ناتوان ذهنی و یا نابالغ) (۲۵).

- بنابراین، در ضبط و استفاده آموزشی از تصاویر یا ویدیوهای بیماران باید به موارد زیر دقت نمود:

- ارائه اطلاعات کافی و صادقانه به بیمار مبنی بر بیان هدف از تصویربرداری و نحوه استفاده از آن،

- چگونگی حفظ فیلم و طول مدت نگهداری آن،

- حق امتناع بیمار یا بازپس‌گیری رضایت بلافاصله بعد از فیلم‌برداری یا در هر مرحله بدون هیچ‌گونه تداخلی در روند درمان بیمار

اگرچه اخذ رضایت بیمار به صورت مکتوب ترجیح دارد ولی در مواردی که امکان دریافت رضایت مکتوب وجود ندارد، رضایت شفاهی بیمار نیز کافی است و در پرونده ضبط فیلم باید حتماً رضایت کتبی یا شفاهی بیمار مستند شود (۲۶). استفاده آموزشی از تصاویری مانند کلیشه‌های رادیوگرافی، لاپاروسکوپی و آندوسکوپی، اسلایدهای پاتولوژی، نمونه بافت‌ها و اندام‌های داخلی بدن و سونوگرافی، با اخذ رضایت بیمار یا بدون اخذ رضایت بیمار مشروط بر بی‌نام‌سازی یا حذف مشخصات قابل شناسایی

اندام تناسلی یا اقداماتی که صرفاً جنبه آموزشی و تمرینی دارند، دقت و توجه بیشتری به خرج دهند (۱ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳).

در ماده ۱۴۰ راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران چنین آمده است:

لازم است حق بیماران برای خودداری از همکاری در آموزش دانشجویان و فراگیران، محترم شمرده شود. آموزشی بودن مراکز درمانی دانشگاهی نمی‌تواند برای مجبور کردن بیماران به شرکت در فرآیندهای آموزشی، مورد استناد قرار گیرد. آن دسته از خدمات سلامتی که به صورت رسمی، از سوی فراگیران رده‌های مختلف، ارائه می‌شود از شمول این ماده مستثنا هستند (۲۴).

متأسفانه، امروزه استفاده از تصاویر و ویدئوهای بیمارانی که در آموزش پزشکی مشارکت داشته‌اند، افزایش چشمگیری دارد که از نظر اخلاقی دو دغدغه را مورد توجه قرار می‌دهد:

- اول این‌که تصویربرداری به هدف آموزش در مواردی که از بیمار کسب اجازه نشده است، حریم خصوصی افراد را نقض می‌کند. خصوصاً که ظهور اینترنت، تصاویر دیجیتالی و انتشار الکترونیکی، دسترسی به تصاویر ضبط شده در سراسر دنیا را آسان کرده است.

مایعات بیولوژیک و محتوای ژنتیکی استخراج شده از بدن، بخشی از حریم خصوصی بیمار هستند و استفاده از آن‌ها در صورتی برای مقاصد مختلف، مانند اهداف پزشکی و پژوهشی مجاز است که یا رضایت صاحب آن گرفته شده باشد و یا اطلاعات و نمونه‌ها به شکل غیرقابل انتساب به صاحبان آن‌ها، بی‌نام شده باشند.

### مفید بودن و اجتناب از ضرر

یکی از مهم‌ترین اصول اخلاقی پزشکی توجه به اولویت سلامت بیمار است. ما وظیفه داریم اقداماتی انجام دهیم که بیشترین فایده و کمترین خطر را برای بیمار دارند و نباید آگاهانه و عامدانه کاری کنیم که به بیمار ضرری وارد شود. البته تمام اقدامات پزشکی به درجاتی احتمال عوارض جانبی دارند و انجام آن‌ها توسط دانشجوی کم‌تجربه می‌تواند خطر بروز عوارض و صدمات را افزایش دهد که به آن «خطر افزایشی» می‌گویند. لذا وظیفه اخلاقی مدرسین بالینی این است که با ارزیابی میزان خطر، تعیین کنند که چه افرادی اجازه دارند چه اقداماتی را انجام دهند و تا چه حد باید بر کار آن‌ها نظارت کرد.

هر اقدام پزشکی یک «خطر ذاتی» دارد که به وضعیت بیمار و نیز به نوع مداخله (تهاجمی بودن، پیچیدگی تکنیک، خطر احتمالی در صورت شکست) بستگی دارد.

افراد امکان‌پذیر است (۲۱). در این راستا در ماده ۸۷ و ۸۸ و ۸۹ راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی آمده است (۲۴):

ماده ۸۷: انجام هرگونه عکس‌برداری و فیلم‌برداری از بیماران با هدف تهیه محتوای آموزشی، استفاده در فرایند پژوهشی (مانند گزارش موارد خاص) یا درمانی (مانند عکس‌هایی که برای انجام عمل زیبایی گرفته می‌شود)، تهیه برنامه سینمایی، مستند یا خبری و مانند آن، تنها پس از کسب اجازه از بیماران مجاز است. در مواردی که هویت فرد، مشخص باشد رضایت اخذ شده باید حتماً مکتوب باشد. مسئولیت هرگونه سوءاستفاده از فیلم یا تصاویری که با هدف آموزش یا پژوهش گرفته می‌شود، بر عهده شاغلان حرف پزشکی و وابسته، است که فیلم یا عکس یادشده را گرفته‌اند.

ماده ۸۸: در صورتی که قرار است فیلم یا تصویر گرفته شده در سطح عمومی پخش شود و یا در اختیار رسانه‌های جمعی قرار گیرد، لازم است موضوع به تأیید رئیس بیمارستان یا مؤسسه مربوط به آن برسد.

ماده ۸۹: اطلاعات و نمونه‌های مربوط به بدن بیمار مانند عکس‌های رادیوگرافی، نمونه‌های بافتی، خون و

خطر افزایشی ناشی از انجام اقدام پزشکی توسط دانشجویان به سطح دانش، تجربه و نحوه عملکرد آن‌ها در اقدامات قبلی مشابه بستگی دارد. استادان و دستیارانی که در آموزش دانشجویان و کارورزان نقش دارند باید با توجه به ارزیابی این خطرات، امکان انجام آن و نیز سطح نظارت بر عملکرد دانشجوی را مشخص کنند و مراقب باشند که حضور فراگیران کم‌تجربه به بیمار صدمه نزد. برای مثال، می‌توان اقدامی که خطر ذاتی پایینی دارد را بدون نظارت به دانشجویی سپرد که تجربه قبلی کافی در مورد انجام آن کار را دارد. آموزش دهنده باید بر اساس شدت و ضعف خطرات، درجات متفاوتی از نظارت بر اقدامات آموزش گیرندگان را بر عهده گیرد (۲۷). در این خصوص ماده ۱۳۹ راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای تصریح دارد در مواردی که انجام وظایف آموزشی با ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به بیماران تعارض پیدا می‌کند، اولویت با منافع بیماران است و ضرورت آموزش دیدن دانشجویان، نمی‌تواند نادیده گرفتن حقوق یا منافع بیماران را توجیه کند.

### عدالت

طبق اصل عدالت، بار تربیت نیروهای توانا و ماهر در جامعه پزشکی بر عهده تمام افرادی است که از خدمات این افراد بهره‌مند می‌شوند و این منصفانه نیست

که تنها بیماران با وضعیت اجتماعی یا اقتصادی پایین نمونه آموزشی برای تربیت پزشکان آینده باشند (۲۸). به دلیل ارزان‌قیمت بودن خدمات در بیمارستان‌های آموزشی بالطبع تنها افراد کم‌درآمد حاضر به همکاری در خدمات آموزشی هستند. این امر نباید منجر به کاهش کیفیت خدمات و افزایش خطر بیش از حداقل ممکن برای این گروه از افراد شود. البته خوشبختانه در کشور ما به لحاظ سطح علمی استادان و نیز ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی همچون پیوند مغز استخوان، پیوند قلب و ده‌ها اقدام پزشکی دیگر در بیمارستان‌های دانشگاهی این نگرانی کمتر وجود دارد، اما باز هم لازم است ضمن ارائه اطلاعات به بیماران در خصوص حقوق ایشان در بیمارستان‌های آموزشی و نحوه مشارکت آن‌ها در آموزش فراگیران پزشکی در رده‌های مختلف، به حقوق انسانی آن‌ها توجه ویژه شود و ارزیابی سود و ضرر در ارائه خدمت به ایشان به‌دقت صورت پذیرد. در مواردی نیز که ممکن است به علت تعارض منافع این ارزیابی مخدوش گردد، باید یک سیستم نظارت مستقل، کیفیت خدمات و رعایت اولویت منافع بیمار را ارزیابی نماید.

چاره دیگری که در برخی کشورها در خصوص رعایت عدالت در استفاده آموزشی از بیماران اندیشیده‌اند، گسترده نمودن مکان‌های آموزشی به بیمارستان‌های

شبیه‌سازی و آموزش مجازی با کامپیوتر و بیماران مجازی و استاندارد شده؛

● اخذ رضایت آگاهانه از بیمار و تعیین روش اخذ آن (کتبی یا شفاهی متناسب با نوع پروسیجر آموزشی) با توضیح کامل نوع فعالیت آموزشی که بیمار در آن مشارکت خواهد داشت؛

● تصریح حق امتناع کامل بیمار از مشارکت در فرایند آموزشی با هدف صرفاً آموزشی و محدودیت در امتناع بیمار از شرکت در فعالیتهای آموزشی که دانشجو در آن صلاحیت لازم را دارد؛

● معرفی صحیح دانشجو (هویت، سطح مهارتی و سطح آموزشی) و اعضای گروه خدمات سلامت و تعداد دانشجویان حاضر و عدم استفاده از عبارتهای گمراه‌کننده در معرفی دانشجو و تعیین نقش دانشجو در هر یک از فعالیتهای آموزشی در بالین بیمار (مشاهده‌گر، اخذ شرح‌حال، انجام مراقبت)؛

● ممانعت از نزدیک شدن تعداد زیادی از دانشجویان به بیمار و یا معاینات فیزیکی متعدد توسط دانشجویان در یک دوره زمانی کوتاه؛

● رعایت رفتار و ظاهر و پوشش حرفه‌ای دانشجو و گروه پزشکی بر بالین بیمار و در محیط آموزشی؛

● رازداری و حفظ حریم خصوصی بیمار خصوصاً در تعاملاتی که اهداف آموزشی

غیردانشگاهی و نیز تقویت دسترسی افراد کم‌درآمد به خدمات درمانی دولتی در بیمارستان‌های غیر آموزشی بوده است. در مجموع، جهت مشارکت بیماران در آموزش دانشجویان باید موارد زیر را مد نظر قرار داد:

● تشویق بیماران به مشارکت در آموزش بالینی دانشجویان؛

● مشخص کردن ماهیت و شرایط بیمارستان آموزشی با استفاده از نشانه‌ها و علائم مناسب و بروشورها در محل دید بیماران؛

● اولویت دادن بر سلامتی بیمار تا دستیابی به اهداف آموزشی؛

● حفظ کرامت بیمار؛

● حفظ کرامت اعضای گروه پزشکی؛

● احترام به اصول و ارزش‌های فرهنگی جامعه، بیمار، گروه پزشکی و دانشجویان؛

● تعامل محترمانه اعضای گروه و بیماران؛

● اجتناب از سرزنش، بدحرفی و توهین و توییح کارآموزان در مقابل بیماران؛

● اهمیت دادن به ارتقا و تعالی در آموزش پزشکی با ارتقای تفکر نقاد و روحیه پرسشگری؛

● اجازه بهره‌مندی از یادگیری بالینی به دانشجو پس از سپری کردن دوره‌های جایگزین آموزشی مثل یادگیری روی مدل‌ها و مانکن‌ها، آزمایشگاه

دارند؛

صلاحیت و محدوده واگذاری شده به او و مواردی که باید از سرپرست یا ناظر کمک بگیرد؛

• مستندسازی و ثبت دقیق فعالیت آموزشی در پرونده و یادداشت‌های پزشکی بیمار؛

• عدم ارتباط دوگانه استادان با دانشجویان؛

• دقت بر نقش الگو بودن استادان؛

• عدم تبعیض بین بیماران و هم‌چنین عدم تبعیض بین دانشجویان؛

• آموزش و پرورش همدلی در دانشجویان؛

• مسئولیت‌پذیری تمامی اعضای گروه پزشکی و دانشجویان؛

• آموزش اهمیت حفظ سلامتی جسمی و روحی دانشجویان و گروه پزشکی؛

• نحوه حل تعارض در آموزش پزشکی و مراقبت از بیمار؛

• وجود مرکزی برای رسیدگی به نگرانی‌های اخلاقی و اختلاف‌نظر

میان همکاران در زمینه امور آموزشی و داشتن سیاست‌های واضح برای

حل شکایت‌های دانشجویان پزشکی، پزشکان دستیار و گروه پزشکی و حل

نگرانی‌های اخلاقی و تعارضات اخلاقی بین گروه آموزش پزشکی و مراقبت از

بیمار؛

• گزارش ناتوانی و نقصان شخصیت،

• دسترسی دانشجویان پزشکی تنها به اطلاعات پرونده‌های بیماران محول شده به آن‌ها؛

• اجرای دستورالعمل خاص جهت تصویربرداری با اهداف آموزشی از بیمار؛

• نظارت منظم بر عملکرد دانشجویان متناسب با هر فعالیت آموزشی،

از مشاهده صرف دانشجو تا انجام پروسیجر؛

• رعایت حق امتناع دانشجو از انجام فعالیت آموزشی به دلایل عدم اطلاعات

علمی و مهارت کافی و اخلاقی و اعتقادی یا احتمال دستورخطا در شرایط خاص؛

• واگذاری گام به گام مسئولیت مراقبت از بیمار به دانشجو متناسب با صلاحیت و

شایستگی او؛

• ارزیابی منظم و مداوم صلاحیت و شایستگی کارآموزان برای تعیین میزان

نظارتی که هر کارآموز نیاز دارد؛

• تعیین پروسیجرهایی ضروری برای یادگیری دانشجو به عنوان یک پزشک

عمومی و تعیین تعداد انجام هریک از آن‌ها در دوره آموزشی (تعیین منحنی

یادگیری برای هر پروسیجر)؛

• آموزش دانشجو در خصوص شناخت محدودیت‌های دانش و مهارت خود

و انجام وظیفه در حیطه توانمندی و

به وجود آمده است و لازم نیست فراگیران اولین تجربه آموزشی خود را که می‌تواند بسیار خطرناک باشد روی بدن بیمار انجام دهند. با این وجود شبیه‌سازان آموزشی صد درصد شرایط و حالات فیزیولوژیک بدن انسان را تقلید نمی‌کنند و باز نیاز به تقویت مهارت روی بدن واقعی انسان وجود دارد. به همین دلیل یادگیری روی بدن افراد تازه متوفی ضمن شبیه‌سازی تمام شرایط و حالات آناتومیکی و فیزیولوژیک واقعی، هیچ صدمه‌ای به جان بیمار وارد نمی‌کند. لذا شاید بهتر باشد به جای آموزش بر بالین بیمار، مراحل از تمرین‌های آموزشی روی فرد تازه متوفی صورت گیرد.

اصل مهم در انجام اقدامات تهاجمی روی جسد فرد تازه متوفی، احترام به خواست و رضایت او قبل از وفات و نیز محترم شمردن جسد اوست (۳۰). هرچند هنگام فوت بیمار شرایط روحی خانواده امکان اخذ رضایت برای استفاده آموزشی از جسد را نمی‌دهد، اما ایجاد بستر فرهنگی برای استفاده انسان‌دوستانه از بدن متوفی ممکن است زمینه رضایت و همکاری مردم در تحقق اخذ رضایت برای استفاده آموزشی از جسد تازه متوفی به شرط احترام به جسد و کرامت انسانی او را فراهم آورد، همان‌گونه که در مبحث بیماران دچار مرگ مغزی اعتماد جامعه برای پیوند عضو جلب شده است. یکی از ضروریات احترام به کرامت

شایستگی، دست داشتن در فریب و تقلب دانشجو و گروه پزشکی؛

- آموزش نحوه گفتن خبر بد به دانشجو؛
- داشتن دستورالعمل خاص برای مشارکت افراد فاقد ظرفیت مانند کودکان، افراد بیهوش و بیماران مهجور در آموزش پزشکی مانند حضور همراه برای معاینات مناطق حساس کودکان، اخذ رضایت مکتوب قبلی برای معاینات لگنی با هدف آموزشی افراد تحت بیهوشی؛
- آگاهی از استانداردها و خط‌مشی‌ها و سیاست‌های سازمان در خصوص فعالیت‌های آموزشی و استانداردهای حرفه‌ای.

## استفاده آموزشی از جسد تازه متوفی

متأسفانه بهره‌گیری آموزشی از جسد تازه متوفی قبل از نقد اخلاقی، تعیین راهنما و ضوابط آن، به‌طور گسترده در حال اجراست. طبق مطالعه‌ای در آمریکا در حدود نیمی از برنامه‌های آموزش دستیاری طب اورژانس، از افراد تازه متوفی به‌عنوان نمونه آموزشی برای لوله‌گذاری داخل تراشه استفاده می‌شود و در اغلب موارد هیچ اجازه‌ای از خانواده متوفی گرفته نمی‌شود (۲۹).

امروزه با وجود شبیه‌سازهای آموزشی<sup>۱</sup>، امکان یادگیری بسیاری از اقدامات تهاجمی

1- Simulator.

انسانی متوفی، اجتناب از صدمه و آسیب جدی به جسد است که حتی با وجود رضایت فرد متوفی یا خانواده او باید مورد توجه قرار گیرد.

### تشریح جسد

یکی از ملاحظات اخلاقی در آموزش پزشکی، استفاده از جسد برای تشریح و آموزش آناتومی است. تشریح جسد انسان به‌عنوان ابزار کمک‌آموزشی برای یادگیری مؤثر آناتومی بسیار اهمیت دارد. تأمین جسد برای آموزش در کشورهای مسلمانی همچون کشور ما با توجه به اصل کرامت انسانی با چالش جدی روبروست (۳۱). با این حال، برخی مراجع با توجه به ضرورت و اهمیت آموزش پزشکان نسل فردا اجازه تشریح جسد را صادر کرده‌اند (۳۲، ۳۳). در سال ۱۹۸۱ نیز در سند کدهای اسلامی اخلاق پزشکی که در نشست علمای مسلمان از کشورهای مختلف در کویت تهیه شد، یکی از موارد مجاز تشریح جسد، اهداف آموزشی ذکر شده است (۳۴).

امروزه امکان وصیت برای اهدای جسد جهت تشریح آموزشی در ایران وجود دارد ولی نکته مهم دیگر که باید مورد توجه و دقت قرار گیرد توجه به شأن انسانی جسد و تذکر به ارزشمند بودن اقدام انسان‌دوستانه‌ای است که از سوی متوفی صورت گرفته است.

اجتناب از شوخی با بدن متوفی و اعضای او

و پوشاندن اعضای غیر هدف جسد از جمله مواردی است که در احترام به شأن انسانی جسد در کالبدشکافی لازم است. پس از استفاده آموزشی از جسد فرد مسلمان، باید جسد یا اعضای او با احترام و مطابق تعالیم اسلامی به خاک سپرده شود. بی‌توجهی به این نکات موجب تضعیف حساسیت اخلاقی دانشجویان در اقدامات بالینی و به فراموشی سپردن جنبه‌های انسانی طب در دانشجویان پزشکی خواهد شد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه در دانشگاه‌های علوم پزشکی به منظور تعلیم و تربیت دانشجویان از شخص ثالثی به نام بیمار استفاده می‌شود، ملاحظات اخلاقی در این دانشگاه‌ها با دانشگاه‌های علوم متفاوت است (۳۵). در دانشگاه‌های علوم پزشکی رعایت حقوق بیمار از اهمیت خاصی برخوردار است و جزو مباحث اساسی اخلاق در آموزش پزشکی محسوب می‌شود. (۳۶)

در مراکز آموزشی و درمانی استادان و دانشجویان هم‌زمان چندین مسئولیت مهم به عهده دارند، برای مثال معلم یا استاد بالینی هم نقش ارائه دهنده خدمت برای بیمار و درمانگر را دارد و هم نقش آموزگار برای دانشجویان. همچنین دانشجویان هم نقش درمانگر و هم نقش فراگیر را بر عهده دارند. وجود این نقش‌های چندگانه در مراکز آموزشی و درمانی ایجاب می‌کند که



کند (۳۷). در واقع دانشگاه باید تلاش کند که دانشجویان هویت یک حرفه‌مند واقعی را کسب کنند تا دانش حرفه‌ای در آن‌ها نهادینه و درونی شود و در رفتار و عملکرد آن‌ها تجلی یابد.

دانشجویان باید بدانند که در کنار تعهد کلی‌شان نسبت به یادگیری و تعالی در مهارت‌ها باید نسبت به منافع بیمار و مراقبت صحیح از او حساس باشند تا در آینده به پزشکان باکفایت و مورد اعتمادی تبدیل شوند (۳۸). بنابراین، لازم است که آموزش دانشجویان پزشکی به‌گونه‌ای باشد که در کنار دروس نظری و عملی، ویژگی‌های حرفه‌مندی مؤثر نیز به آن‌ها منتقل شود.

استادان و دانشجویان توانایی ایجاد تعادل بین نقش‌های مختلف را داشته باشند تا مراقبت بهینه از بیمار و حقوق او فراهم شود، آموزش بهینه دانشجو محقق گردد، منش و رفتار حرفه‌ای و حرفه‌مندی ایجاد و تقویت شود و نهایتاً گام‌های مؤثری در تربیت نسل آینده پزشکان ماهر و بهره‌مندی جامعه از این پزشکان برداشته شود.

اجرای صحیح تمامی این موارد به برقراری رابطه صحیح بین استاد، دانشجو و بیمار وابسته است. با ایجاد چنین رابطه‌ای است که استاد می‌تواند با استفاده از دانش بالینی خود مهارت استدلال بالینی و تفکر نقاد، برقراری مهارت ارتباطی مؤثر، بازاندیشی، ارزش‌ها و حرفه‌مندی را به دانشجو منتقل

## منابع

8. Jagsi R, Lehman LS. The ethics of medical education. *BMJ*. 2004; 329(7461): 332-4.
9. Howe A, Anderson J. Involving patients in medical education. *BMJ*. 2003; 327(7410): 326-8.
10. Doyal L. Closing the gap between professional teaching and practice. *BMJ*. 2001; 322(7288): 685-6.
11. Osler SW. On the need of radical reform in our methods of teaching senior student. *Medical News*. 1903; 82: 49-53.
۱۲. محققى محمدعلى. آداب تعليم و تعلم در علم طب. سوگندنامه هاى پرشكى در آموزش و پژوهش. تهران: مركز مطالعات و تحقيقات اخلاق پرشكى، ۱۳۷۳، ص: ۱۴۳-۱۳۱.
13. American Medical Association. The top 10 ethical issues medical students should be taught (FEB 14, 2020).
14. <https://www.ama-assn.org/education/accelerating-change-medical-education/top-10-ethical-issues-medical-students-should-be>
15. Lowe M, Kerridge I, Hart C. Do patients have an obligation to participate in student teaching? *Med Educ*. 2008; 42(3): 237-41.
16. Shooner C. The ethics of learning from patients. *Canadian Medical Association Journal*. 1997; 156(4): 535-8.
17. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in
  1. English V, Critchley GR. *Medical ethics Today: the BMA's handbook of ethics and law*. 3rd ed. London: BMJ Publishing Group; 2012: 739-71.
  2. Gomes AP, Rego S, Palacios M, Batista RS. Bioethical analysis of the use of the newly deceased in medical training. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(1): 11-6.
  3. Elliott DD, May WI, Schaff PB, Nyquist JG, Trial J, Reilly JM, Lattore P. Shaping professionalism in pre-clinical medical students: Professionalism and the practice of medicine. *Medical teacher*. 2009; 31(7): e295-302.
  4. Montgomery A. The inevitability of physician burnout: implications for interventions. *Burnout Research*. 2014; 1(1): 50-6.
  5. Montgomery A, Todorova I, Baban A, Panagopoulou E. Improving quality and safety in the hospital: The link between organizational culture, burnout, and quality of care. *British journal of health psychology*. 2013; 18(3): 656-62.
  6. Draper H, Ives J, Parle J, Ross N. Medical education and patient's responsibilities: back to the future? *J Med Ethics*. 2008; 34(2): 116-9.
۷. نبى پور ايرج. زكرياى رازى معلم اخلاق پرشكى ايران. سوگندنامه هاى پرشكى در آموزش و پژوهش. تهران: مركز مطالعات و تحقيقات اخلاق پرشكى، ۱۳۷۳، ص: ۱۱۷-۱۱۹.

27. Kalantari SP. Ethics in medical education. *Indian J Anesthes*. 2003; 47(6): 435-6.
28. Figo Committee for the ethical aspects of human reproduction and womens health. Ethical issues in medical education: gifts and obligations. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006; 93(2): 189-90
29. Morhaim DK, Heller MB. The practice of teaching endotracheal intubation on recently deceased patients. *J Emerg Med* 1991; 9: 515-518.
30. Berger JT, Rosner F, Cassell EJ. Ethics of practicing medical procedures on newly dead and nearly dead patients. *J Gen Intern Med* 2002 Oct; 17(10): 774-8.
31. Iqbal Khan M. *Medical Ethics: An Islamic Perspective*. IPS Press 2013.
۳۲. استفتائات پزشکی آیت‌الله سید محمد حسین فضل‌الله:  
<http://www.bayynat.ir/index/?state=es&gid=35>
۳۳. استفتائات پزشکی آیت‌الله نوری همدانی:  
[http://lawoffice.mohme.gov.ir/religious\\_inquiry/view\\_inquiry.jsp?id=11&offset=40](http://lawoffice.mohme.gov.ir/religious_inquiry/view_inquiry.jsp?id=11&offset=40)
34. International Organization of Islamic Medicine. *Kuwait Document, Islamic Code of Medical Ethics*. 1981.
35. Iqbal R, Hooper CR. Ethico-legal considerations of teaching. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. 2013; 13(6): 203-7.
36. Post SG. *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd. USA: Gale; 2004, Vol.3: 1504-7.
- medical school. *Med Educ* 2004 Sep; 38(9): 934-41.
18. Satterwhite RC, Satterwhite WM, III, Enarson C. An ethical paradox: the effect of unethical conduct on medical students' values. *J Med Ethics* 2000 Dec; 26(6): 462-5.
19. Gantley M, Rickets M, Sheldon M, Carter Y. Patients in east London seem happy to give GPs consent for training. *BMJ* 1998 May 2; 316(7141): 1391.
20. O'Flynn N, Spencer J, Jones R. Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients' views on presence of students. *BMJ* 1997 Nov 1; 315(7116): 1142.
21. Anonymous. Faculty of medicine/affiliated institutions guidelines for ethics & professionalism in healthcare professional clinical training and teaching.
22. [https://medicine.utoronto.ca/sites/default/files/ethics2\\_0.pdf](https://medicine.utoronto.ca/sites/default/files/ethics2_0.pdf). Accessed=2010
23. Queen's University. Ethical conduct of clinical teaching encounters policy.
۲۴. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۷۹.
25. Petrini C. Ethical issues in videorecording patients lacking capacity to consent. *Ann Ist Super Sanita*. 2011; 47(3): 247-52.
26. General Medical Council. *Making and using visual and audio recordings of patients*. 2013

37. De Witt PA. Ethics and clinical education. South African Journal of Occupational Therapy. 2016; 46(3): 4-9.

38. Mueller PS. Teaching and assessing professionalism in medical learners and practicing physicians. Rambam Maimonides Med J. 2015; 6(2): e0011.

## گفتار ۱۱

### اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی

#### مقدمه

را برای اداره درست نظام سلامت فراهم می‌کند و مبنای تصمیم‌گیری آگاه از شواهد<sup>۲</sup> قرار می‌گیرد، به‌غایت مهم است و لازم است که در انجام پژوهش‌ها و ارائه نتایج آن‌ها کمال دقت صورت گیرد.

به‌طورکلی، انجام صحیح یک پژوهش مستلزم رعایت دو دسته الزامات علمی و اخلاقی است که اغلب درهم‌تنیده و هم‌راستا هستند. از این‌رو، این ذهنیت که بدون رعایت اصول و استانداردهای اخلاقی، رشد علمی سرعت بیشتری می‌گیرد و اخلاق مانعی برای رشد و تسریع پژوهش است عاقلانه نیست. رشد علمی بشر در حوزه پزشکی در دهه‌های اخیر با دوره‌های گذشته به‌هیچ‌وجه قابل مقایسه نیست. این رشد در حالی اتفاق افتاده که استانداردهای اخلاقی، در برخی موارد، روزبه‌روز جدی‌تر شده‌اند تا جایی که امروزه رعایت اخلاق در پژوهش‌های پزشکی یک الزام غیرقابل مذاکره در انجام پژوهش‌ها است. برای

امروزه اداره جوامع انسانی بر اساس شواهد و مستندات پذیرفته شده علمی و دانشگاهی یکی از اصول بنیادین حکمرانی خوب<sup>۱</sup> محسوب می‌شود و نظام سلامت هم از این اصل مستثنا نیست.

مدیریت بخش‌های مختلف نظام سلامت از جمله سیاست‌گذاری نظام سلامت، اقتصاد سلامت و تخصیص منابع و سرمایه‌های مالی و انسانی، ارائه خدمات متنوع سلامت، آموزش و پژوهش‌های مرتبط با سلامت و حتی مسائل کلان‌تری مانند عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی سلامت، وقتی می‌تواند درست و قابل‌قبول باشد که بر مبنای پژوهش‌های علمی و صحیح صورت گیرد. از این‌رو، پژوهشی که شواهد لازم

2- Evidence-Informed Decision-Making.

1- Good Governance.

- مثال، با وجود این که انجام پژوهش‌های بالینی روی انسان‌ها مستلزم اخذ رضایت آگاهانه از افراد و داوطلبانه بودن شرکت آن‌ها در کارآزمایی‌های بالینی است، سالانه میلیون‌ها نفر در سراسر جهان به صورت داوطلبانه و با اعتماد به پژوهشگران در این مطالعات شرکت می‌کنند و در پی این اعتماد شاهد معرفی داروها و روش‌های تشخیصی و درمانی متعدد و جدید هستیم.
- در مناطق مختلف جهان، برای اطمینان از رعایت استانداردهای علمی و اخلاقی در پژوهش‌ها، سازوکارهای متعددی پیش‌بینی شده است که حقوق و تکالیف ذی‌نفعان مختلف پژوهش را مشخص می‌کنند و با ابزارهای مختلف مدیریتی، قانونی و مقرراتی تلاش می‌شود که همه ذی‌نفعان اصلی به رعایت حقوق سایر ذی‌نفعان و انجام تکالیف اصلی خود راهبری شوند.
- ذی‌نفعان اصلی یک پژوهش را می‌توان به دو دسته اصلی شامل ذی‌نفعان درگیر پژوهش (داخلی) و ذی‌نفعان غیرمستقیم (خارجی) تقسیم کرد. از مهم‌ترین ذی‌نفعان داخلی پژوهش، می‌توان به پنج گروه اصلی زیر اشاره نمود:
- پژوهشگران (پژوهشگر اصلی<sup>۱</sup>، پژوهشگران همکار، دانشجویان در حال انجام پایان‌نامه و سایر همکاران پژوهش)؛
- مراکز علمی، دانشگاهی و تحقیقاتی؛
- حامیان مالی، اسپانسرها و تأمین‌کنندگان مالی پژوهش‌ها که به نتایج پژوهش نیاز دارند (مانند بخش‌های مختلف دولت از جمله وزارت بهداشت، شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، نهادهای حامی پژوهش<sup>۲</sup>)؛
- مراجع علمی صلاحیت‌دار که مسئولیت بررسی و تصویب طرح نامه (پروپوزال پژوهشی<sup>۳</sup>) را به عهده دارند (شوراهای علمی، شوراهای پژوهشی، شوراهای تحصیلات تکمیلی و مانند آن که اغلب در مراکز علمی، دانشگاهی و تحقیقاتی مستقر هستند)؛
- و انتشار دهندگان نتایج پژوهش (شامل سردبیران و داوران مجلات علمی، ناشرین مجلات علمی و نظام‌های نمایه‌سازی و ارزیابی مجلات علمی و نهادهای تعیین استانداردهای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی) و سایر نهادهای مرتبط (مانند سامانه‌های ثبت کارآزمایی بالینی<sup>۴</sup>).
- در مورد ذی‌نفعان غیرمستقیم یا خارج از پژوهش نیز می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:
- نهادهای نظارتی و قانونی (از جمله کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش<sup>۵</sup>،

2- Granting Body.

3- Research Proposal.

4- Clinical Trial Registry.

5- National Committee for Ethics in Biomedical Research.

1- Principal Investigator.

برای مدیریت مسئله‌ای مثل تعارض منافع فراهم گردد.

استانداردهای علمی و اخلاقی در هر فعالیتی که ماهیت پژوهش داشته باشد (مانند طرح پژوهشی یا پایان‌نامه)، باید مراعات گردد. برای انجام پژوهشی که استانداردهای علمی و اخلاقی در آن رعایت شده باشد، باید مراحل استاندارد طی شود. مرحله اول پیشنهاد طرح نامه، مرحله دوم بررسی و ارزیابی علمی و اخلاقی طرح‌نامه، مرحله سوم انجام پژوهش، مرحله چهارم تهیه گزارش پژوهش و مرحله پنجم انتشار آن در مجلات علمی.

در این گفتار ابتدا مروری اجمالی بر «تاریخچه و مستندات اخلاق در پژوهش در جهان و ایران» سپس «اصول و قواعد اخلاقی در مراحل مختلف پژوهش» و «اخلاق در انتشار آثار پژوهشی» خواهیم داشت و در انتها به موضوع «سوء رفتارهای پژوهشی و بررسی آن‌ها در نظام اخلاق در پژوهش ایران» خواهیم پرداخت.

لازم به ذکر است که بر اساس قوانین و مقررات موجود به‌ویژه «قانون پیشگیری و مقابله با تقلب در تهیه آثار پژوهشی و آیین‌نامه اجرایی آن»، کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نهاد متولی ارائه مقررات و راهنماهای اخلاقی مربوطه است که التزام و عمل به آن‌ها برای پژوهشگران

کارگروه‌های اخلاق در پژوهش موسسه<sup>۶</sup>، کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی<sup>۷</sup>؛

• نهادهای ارائه‌کننده استانداردهای اخلاق در پژوهش در سطوح ملی و بین‌المللی و سازمان‌های تنظیم‌گر<sup>۸</sup> (فرآورده‌های سلامت شامل سازمان غذا و دارو و نظام قضایی و انتظامی که بر رعایت قوانین و مقررات به صورت کلی نظارت دارند)؛

• و نیز نهادهای مدنی و سازمان‌های مردم‌نهاد (انجمن‌های دفاع از حقوق بیماران، نهادهای تخصصی ناظر بر تحقیقات و انتشارات علمی مانند نهاد دیده‌بان ابطال مقالات<sup>۹</sup>).

ذی‌نفعان روابط بسیار پیچیده‌ای با یکدیگر دارند که انجام یک پژوهش صحیح مستلزم مراعات دقیق این روابط است. برای مثال، لزوم استقلال پژوهشگران از حامیان مالی پژوهش، لازمه اطمینان به نتایج پژوهش است، چراکه اگر پژوهشگران در منافع حاصل از یک پژوهش سهمی داشته باشند، نتایج حاصله غیرقابل اطمینان است. مثلاً پژوهش‌هایی که ایمنی و اثربخشی داروهای ساخته شده یک شرکت‌های دارویی را ارزیابی می‌کنند. از این‌رو، لازم است که راهکارها و سازوکارهای مناسبی

6- Institutional Research Ethics Committees.

7- Biomedical Research Ethics Committees.

8- National Regulatory Agencies.

9- Retraction Watch.

در همه رده‌ها شامل استادان، دانشجویان و سایر ذی‌نفعان پژوهش ضروری است و عدم توجه به آن‌ها پیامدهای حقوقی دارد. مجموعه راهنماها و دستورالعمل‌های اخلاق در پژوهش کشور در سامانه اینترنتی کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش در دسترس است و علاقه‌مندان می‌توانند بر اساس نوع پژوهش خود، به مستند مرتبط مراجعه و از آن استفاده نمایند. با توجه به حجم بالای این استانداردها، بیان همه جزئیات در این گفتار ممکن نیست و فقط به کلیات و برخی از مسائل کلیدی اشاره می‌شود.

### تاریخچه و مستندات بین‌المللی اخلاق در پژوهش در جهان

اخلاق پزشکی سابقه بسیار طولانی در حوزه پزشکی دارد و در مستندات مربوط به چند هزار سال قبل گزاره‌های مختلف اخلاقی و قابل جستجو وجود دارد که می‌توان آن‌ها را از زمان معرفی سوگندنامه بقراطی<sup>۱</sup> در حدود قرن پنجم پیش از میلاد، معرفی و مدون نمود، اما با وجودی که در طول تاریخ قاعدتاً سؤالاتی با ماهیت اخلاقی برای دانشمندان مطرح شده است، سابقه انجام پژوهش‌های نظام‌مند در حوزه اخلاق سلامت به شکل هدفمند امروزی، بیشتر به چند دهه اخیر برمی‌گردد.

می‌توان گفت که قبل از آغاز قرن بیستم

پرداختن به موضوع اخلاق در پژوهش و اشاره مستقیم به اصول و قواعد اخلاقی در انجام تحقیقات پزشکی به‌ندرت وجود داشته است. قبل از جنگ جهانی دوم مستنداتی در بردارنده برخی استانداردهای اخلاق در پژوهش‌های انسانی در برخی کشورهای اروپایی و ایالات متحده آمریکا وجود داشته است، اما بیشترین توجه به موضوع اخلاق در پژوهش مربوط به پژوهش‌هایی است که در دوره جنگ جهانی دوم روی برخی انسان‌ها از جمله اسیران جنگی و زندانیان صورت گرفت که در دادگاه‌های رسیدگی به جرائم دوره جنگ هم مورد توجه قرار گرفت. پزشکی انجام شده روی این زندانیان را می‌توان مهم‌ترین عامل توجه به لزوم پرداختن جدی به موضوع اخلاق در پژوهش دانست. برای مثال، ارتش آلمان نازی پژوهش‌های متعددی روی زندانیان اردوگاه‌های اسرای جنگ جهانی انجام داده است (۱). کودکان و نوجوانان بسیاری در اردوگاه‌های نازی آلمان موضوع پژوهش پزشکی به نام جوزف منگل<sup>۲</sup> قرار گرفتند و به کام مرگ کشیده شدند و از صدها کودک برای پژوهش‌های مرتبط با هپاتیت و سل و هم‌چنین برای پژوهش‌های مربوط به دوقلوها، استفاده ابزاری گردید (۲). پژوهشی دیگری که در یکی از اردوگاه‌های کار اجباری آلمان نازی در طی سال‌های

2- Josef Mengele.

1- Hippocratic Oath.



نورنبرگ به‌طور خلاصه، شامل مواردی زیر بود:

- لزوم اخذ رضایت آگاهانه و داوطلبانه از شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش؛
- مفید بودن نتایج پژوهش‌ها برای جامعه؛
- مبتنی بودن پژوهش‌های انسانی بر مطالعات قبلی از جمله مطالعه بر حیوانات؛
- اجتناب از هرگونه آسیب و رنج غیرضروری جسمی و روانی به‌ویژه مرگ و ناتوانی در پژوهش‌ها؛
- موازنه منطقی سود و زیان پژوهش برای شرکت‌کنندگان؛
- وجود شرایط مناسب و کافی برای محافظت از آسیب، ناتوانی و مرگ برای شرکت‌کنندگان در پژوهش؛
- انجام پژوهش توسط افراد واجد صلاحیت؛
- تأکید بر آزادی شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش برای خروج از مطالعه؛
- آمادگی پژوهشگران برای توقف پژوهش در صورت بروز آسیب، ناتوانی یا مرگ (۶).

البته اتفاقات تکان‌دهنده پیش‌آمده در طول جنگ جهانی دوم و صدور بیانیه نورنبرگ پایانی بر انجام مداخلات پژوهشی

۱۹۴۲ و ۱۹۴۳ انجام شد، حدود ۳۰۰ مرد زندانی به هدف دستیابی به روش درمان هایپوترمی (افت دمای بدن) تحت مطالعه قرار گرفتند. این زندانیان عمدتاً به اجبار یا با وعده‌هایی مبنی بر آزادی از اردوگاه یا تعویض حکم اعدام، در پژوهش شرکت می‌کردند. این پژوهش جان ۸۰ تا ۹۰ نفر از این زندانیان را گرفت (۳). البته پژوهش‌های غیراخلاقی متنوعی روی اسرا و زندانیان در طول جنگ جهانی دوم در ژاپن نیز گزارش شده است (۵ و ۴ و ۲).

سران و مقامات ارشد آلمان نازی، پس از پایان جنگ جهانی دوم در نوامبر سال ۱۹۴۵ در نورنبرگ آلمان به جرم جنایت علیه بشریت، محاکمه شدند. در دادگاه‌های تشکیل شده برای محاکمه جنایتکاران نازی، به موضوع جنایات مرتبط با پژوهش‌های غیراخلاقی نیز پرداخته شد و برخی از پژوهشگران و پزشکان درگیر این تحقیقات، محاکمه و مجازات شدند. یکی از نتایج برگزاری این دادگاه‌ها، تدوین سندی تحت عنوان کدهای نورنبرگ<sup>۳</sup> بود که دربردارنده استانداردهای اخلاقی برای انجام پژوهش‌های پزشکی است.

کدهای اخلاقی نورنبرگ را می‌توان اولین کدهای اخلاقی بین‌المللی در حوزه اخلاق در پژوهش بر انسان‌ها دانست که در سال ۱۹۴۷ تدوین گردید. کدهای اخلاقی

3- Nuremberg Code.

آمریکا<sup>۳</sup> به منظور بررسی بیماری سفلیس در سیاه‌پوستان یک روستا به نام تاسکیگی در ایالت آلاباما آمریکا طراحی شده بود. اگرچه این پژوهش از سال ۱۹۳۲ و قبل از جنگ جهانی دوم شروع شده بود، اما به مدت ۴۰ سال و تا سال‌ها بعد از اعلام کدهای نورنبرگ ادامه داشت و در آن ۳۹۹ مرد سیاه‌پوست مبتلا به سفلیس و ۲۰۱ نفر فرد غیر مبتلا شرکت داشتند. افراد مبتلا به هدف درمان رایگان بیماری به پژوهش وارد شده بودند، اما داروهای بی‌اثر به بیماران تجویز می‌شد. برای ایجاد انگیزه جهت شرکت در پژوهش نیز مشوق‌هایی مانند دادن غذای گرم در طی درمان و همچنین پرداخت هزینه‌های خاک‌سپاری به بیماران ارائه شده بود. پژوهشگران در سال ۱۹۳۶ پیشنهاد کردند که درمان با داروهای بی‌اثر متوقف شود و بیماران برای بررسی اثرات بیماری تا پایان مرگ فقط پیگیری شوند. با وجودی که پنی‌سیلین در سال ۱۹۴۵ به‌عنوان داروی انتخابی در درمان سفلیس شناخته شد، پژوهشگران از درمان این بیماران خودداری می‌کردند تا بتوانند سیر بیماری را بررسی کنند.

در سال ۱۹۶۸ یک پژوهشگر به روند غیراخلاقی این پژوهش اعتراض کرد، اما مراکز علمی آمریکا اعلام کردند که همچنان به حمایت از این مطالعه ادامه

غیراخلاقی بر انسان‌ها نبود. در سال‌های بعد از آن موارد جدی و سازمان‌یافته‌ای از نقض اصول و استانداردهای اخلاقی در انجام پژوهش‌های پزشکی از جمله در ایالات متحده آمریکا مشاهده شد (۷). مثلاً مطالعه بیماری‌های آمیزشی در گواتمالا<sup>۱</sup> که توسط یک پزشک آمریکایی با همکاری دولت آمریکا و دولت گواتمالا در طی سال‌های ۱۹۴۶ تا ۱۹۴۸ انجام شد، از نمونه این پژوهش‌هاست. هدف پژوهش بررسی تأثیر پنی‌سیلین بر بیماری سفلیس و سوزاک و سایر بیماری‌های آمیزشی بود. گروه مطالعه کودکان بی‌سرپرست، روسپی‌ها، بیماران مبتلا به سفلیس، بیماران روانی، زندانیان و سربازان بودند و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ نشده بود. جامعه آماری این پژوهش حدود پنج هزار نفر بود که ۱۳۰۸ نفر از آن‌ها به‌طور عمدی به بیماری‌های آمیزشی مبتلا شدند. حدود نیمی از این بیماران با عنوان گروه مداخله، تحت درمان با پنی‌سیلین قرار گرفتند و بقیه بیماران درمانی دریافت نکردند. در این پژوهش حداقل ۸۳ نفر به علت عوارض یا عدم درمان بیماری فوت شدند و بسیاری از بازماندگان همچنان به عوارض بیماری مبتلا بودند (۸ و ۹ و ۱۰).

همچنین مطالعه تاسکیگی<sup>۲</sup> توسط سرویس سلامت عمومی ایالات متحده

1- Guatemala STD Study.

2- Tuskegee Syphilis Study.

3- The United States Public Health Service (USPHS).

- سودرسانی<sup>۷</sup> (طراحی مناسب پژوهش، صلاحیت پژوهشگران و تناسب سود و ضرر)؛
- عدالت<sup>۸</sup> (انتخاب عادلانه شرکت کنندگان در پژوهش).
- متعاقباً کد قوانین فدرال<sup>۹</sup> در سال ۱۹۸۱ تدوین و تصویب شد که در سال ۱۹۹۱ مبنایی برای قوانین و سیاست‌های پایه حفاظت از شرکت کنندگان در پژوهش قرار گرفت که بر اساس آن مواردی زیر مورد حکایت قانونی واقع شد:
- تصویب طرح پژوهشی در کمیته اخلاق قبل از اجرای پژوهش؛
- اخذ رضایت آگاهانه کتبی و مستند؛
- انتخاب عادلانه شرکت کنندگان در پژوهش؛
- محافظت ویژه از گروه‌های آسیب‌پذیر؛
- تداوم نظارت بر پژوهش مصوب تا پایان پژوهش (۱۴).

دخیل بودن پزشکان در انجام پژوهش‌های غیراخلاقی در دوره جنگ جهانی دوم سبب شد که انجمن جهانی پزشکی<sup>۱۰</sup> نیز به این موضوع بپردازد. اگرچه کدهای نورنبرگ برخی از اصول پایه اخلاقی در انجام پژوهش‌های پزشکی را بیان کرده بود، اما لازم بود که این اصول و استانداردها

خواهند داد. نهایتاً در سال ۱۹۷۲ موضوع در روزنامه‌های محلی منتشر شد و با اعتراض عمومی مردم، این پژوهش خاتمه یافت و به شرکت‌کنندگان در پژوهش غرامت پرداخت شد. در طی این مطالعه ۲۸ نفر به علت بیماری سفلیس و ۱۰۰ نفر نیز به واسطه ابتلا به بیماری‌های مرتبط با آن فوت شدند. چهل نفر از همسران این مردان، مبتلا به بیماری سفلیس شده و ۱۹ نوزاد نیز با سفلیس مادرزادی به دنیا آمدند (۱۲ و ۱۱).

وقوع موارد متعدد نقض استانداردهای اخلاق در پژوهش در آمریکا در دهه‌های بعد از جنگ جهانی دوم منجر به تصویب قانون ملی پژوهش در سال ۱۹۷۴ و تهیه گزارش بلمونت<sup>۴</sup> در سال ۱۹۷۹ شد. کمیسیون ملی حفاظت از نمونه‌های انسانی در پژوهش‌های زیست‌پزشکی و رفتاری آمریکا در سال ۱۹۷۹، گزارش بلمونت را به‌عنوان یک راهنمای اخلاقی تدوین کرد (۱۳). این گزارش در دهه‌های پس از انتشار در سایر کشورها نیز مورد استفاده و استناد قرار گرفت.

مبنایی اصلی اخلاقی در گزارش بلمونت به‌طور خلاصه شامل موارد زیر بود:

- احترام به افراد<sup>۵</sup> (رضایت آگاهانه<sup>۶</sup>، رازداری)؛

7- Beneficence.

8- Justice.

9- Code of Federal Regulations (CFR).

10- World Medical Association (WMA).

4- Belmont Report.

5- Respect for Persons.

6- Informed Consent.

به روزرسانی شوند. به همین دلیل بیانیه هلسینکی<sup>۱</sup> در سال ۱۹۶۴ توسط انجمن جهانی پزشکی پیشنهاد شد. این بیانیه چندین بار ویرایش شد و آخرین ویرایش آن در سال ۲۰۱۳ در اجلاس عمومی انجمن جهانی پزشکی در کشور برزیل انجام گرفت. بیانیه هلسینکی (ویرایش سال ۲۰۱۳) دارای ۳۷ بند بود که ذیل چندین سرفصل تحت عناوین مقدمه، اصول کلی، خطرات، بارها و فواید، گروه‌ها و افراد آسیب‌پذیر، الزامات علمی و پروتکل‌های پژوهش، کمیته‌های اخلاق در پژوهش، حریم خصوصی و محرمانگی، رضایت آگاهانه، استفاده از دارونما، تمهیدات پس از پایان کارآزمایی، ثبت و چاپ و نشر نتایج پژوهش و مداخلات تأیید نشده در حوزه بالینی تنظیم شد. این بیانیه در مقایسه با کدهای نورنبرگ رضایت آگاهانه متعادل‌تری را مطرح ساخته است. طبق کدهای اخلاقی نورنبرگ، رضایت افراد برای شرکت در پژوهش الزامی بود و در نتیجه شرکت گروه‌هایی که از آن‌ها امکان اخذ رضایت آگاهانه وجود ندارد مانند بیماران روانی و کودکان، در پژوهش مقدور نبود. طبق بیانیه هلسینکی، مشارکت افرادی که می‌توانند رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش‌های پزشکی ارائه کنند، باید داوطلبانه و آزادانه باشد. این بیانیه همچنین شامل مواردی مانند ثبت

کارآزمایی‌های بالینی و الزام تصویب پژوهش‌ها در کمیته اخلاق در پژوهش بود. به‌طورکلی، بیانیه هلسینکی به‌عنوان بیانیه اصول اخلاقی پژوهش‌های پزشکی روی انسان، از جمله پژوهش روی داده‌ها و نمونه‌های قابل شناسایی انسانی، تدوین شد. این مخاطب این بیانیه عمدتاً پزشکان بودند ولی سایر افرادی که درگیر پژوهش‌های پزشکی روی انسان هستند را نیز تشویق می‌کرد که از این اصول تبعیت کنند. در حال حاضر بیانیه هلسینکی یکی از منابع مهم بین‌المللی برای استانداردهای اخلاقی انجام پژوهش‌های پزشکی به شمار می‌رود. طبق این بیانیه، وظیفه پزشکان درگیر پژوهش‌ها عبارت است از:

- حفاظت از زندگی، سلامتی، کرامت، اعتماد، حق تعیین سرنوشت، حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن اطلاعات شخصی افرادی که در پژوهش شرکت می‌کنند. مسئولیت حفاظت از نمونه‌ها همواره بر عهده پزشک یا سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است و افراد شرکت‌کننده در پژوهش حتی اگر رضایت داده باشند، در این مورد مسئولیتی ندارند؛
- در همه پژوهش‌هایی که نمونه آماری انسانی دارند باید ارزیابی دقیق درباره خطرات قابل پیش‌بینی برای همه افراد و گروه‌های دخیل در پژوهش

1- The Declaration of Helsinki.

مأموریت CIOMS ارتقای سلامت عمومی از طریق راهنمایی در زمینه پژوهش‌های حوزه سلامت از جمله اخلاق، توسعه محصولات پزشکی و ایمنی است. این شورا راهنماهای متعددی در خصوص اخلاق حوزه زیستی تدوین کرده است که آخرین آن «راهنماهای اخلاقی بین‌المللی برای پژوهش‌های مرتبط با سلامتی انسان» است. بسیاری از راهنماهای این سازمان به جنبه‌های اخلاقی پژوهش‌های خاص می‌پردازد.

شورای بین‌المللی هماهنگ‌سازی الزامات فنی برای داروهای حوزه انسانی (ICH)<sup>5</sup> یکی دیگر از نهادهای مهم و تأثیرگذاری است که در سال ۱۹۹۰ تشکیل شده و نهادی است که مقامات نظارتی و صنعت داروسازی را برای بحث در مورد جنبه‌های علمی و فنی توسعه و ثبت محصولات دارویی گرد هم آورده است. مأموریت ICH ارتقای سلامت عمومی با دستیابی به هماهنگی بیشتر از طریق توسعه دستورالعمل‌های فنی و الزامات ثبت محصولات دارویی است. این شورا دستورالعمل‌های متعددی تدوین کرده است که مهم‌ترین آن‌ها اصول بهینه انجام کارآزمایی بالینی<sup>6</sup> (GCP) است و استانداردی برای طراحی، اجرا، نظارت، ممیزی، ثبت، تحلیل و گزارش

(در مقایسه با منافع قابل پیش‌بینی برای آن‌ها)، انجام شده باشد. مطالعه روی گروه‌های آسیب‌پذیر فقط زمانی توجیه‌پذیر است که پژوهش، پاسخگوی نیازهای سلامتی یا جزو اولویت‌های این گروه باشد و امکان انجام پژوهش روی یک گروه غیر آسیب‌پذیر وجود نداشته باشد؛

• پروتکل پژوهش باید قبل از شروع مطالعه جهت بررسی، اظهارنظر، راهنمایی و اخذ تأییدیه به کمیته اخلاق در پژوهش مربوط به آن ارائه شود (۱۶ و ۱۵).

از سایر نهادهای بین‌المللی فعال در حوزه ارائه استانداردهای اخلاق در پژوهش بر انسان‌ها می‌توان به شورای سازمان‌های بین‌المللی علوم پزشکی<sup>2</sup> (CIOMS) اشاره کرد. این نهاد یک سازمان بین‌المللی، غیردولتی و غیرانتفاعی است که در سال ۱۹۴۹ به‌طور مشترک توسط سازمان بهداشت جهانی<sup>3</sup> (WHO) و یونسکو<sup>4</sup> (UNESCO) تأسیس شد. در این شورا گروه‌های مختلف جامعه علمی شامل بسیاری از رشته‌های زیست‌پزشکی، آکادمی‌های ملی علوم و شوراهای تحقیقات پزشکی عضویت دارند.

2- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS).

3- World Health Organization (WHO).

4- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO).

5- International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH).

6- Good Clinical Practice (GCP).

پژوهش‌های مرتبط با بیماری‌های عفونی یا بحران‌های سلامت و فناوری‌های جدید پزشکی پرداخته است.

یونسکو نهاد دیگر سازمان ملل متحد است که با توجه به ماهیت علمی و آموزشی خود شامل مجموعه‌ای از نهادهای متعدد مرتبط با اخلاق است. از مهم‌ترین این نهادها کمیته بین‌المللی اخلاق زیستی<sup>۴</sup> است که بیانیه جهانی حقوق بشر و اخلاق زیستی<sup>۵</sup> را در سال ۲۰۰۵ منتشر کرد. این بیانیه دربردارنده اصول بنیادین اخلاق زیستی - از جمله در پژوهش‌های انسانی - است. همچنین کمیته بین‌المللی اخلاق زیستی در کنار نهاد دیگری با عنوان کمیته بین‌المللی اخلاق در علوم و فناوری<sup>۶</sup> پیوسته گزارش‌هایی تهیه و منتشر می‌کنند که به استانداردسازی اخلاقی در انجام پژوهش‌ها می‌انجامد.

## تاریخچه، مستندات و نظام اخلاق در پژوهش در ایران

در گردهمایی منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در منطقه مدیترانه شرقی در سال ۱۹۹۵ مقرر گردید که در تمامی کشورهای منطقه کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی تشکیل شوند. در این راستا، نهادی با عنوان کمیته کشوری اخلاق در

کارآزمایی‌های بالینی محسوب می‌شود. سازمان‌های بین‌المللی دیگری نیز از طریق تدوین دستورالعمل‌ها و راهنماهای اخلاقی، مسئولیت نظارت اخلاقی بر پژوهش‌های حوزه زیست‌پزشکی را به عهده دارند. سازمان جهانی سلامت (WHO) با کشورهای عضو و شرکای خود برای ارتقای استانداردهای اخلاقی و سیستم‌های بازنگری مناسب برای هر دوره تحقیقاتی مرتبط با موضوعات انسانی همکاری می‌کند. برای مثال، WHO در سال ۱۹۸۲ به شورای سازمان‌های بین‌المللی علوم پزشکی (CIOMS) مأموریت داد که بیانیه هلسینکی را به‌گونه‌ای بازنویسی کنند که قابلیت اجرایی بیشتری داشته باشد. همچنین دستورالعمل‌های متعددی مانند راهنماهای اخلاقی بین‌المللی برای پژوهش‌های زیست‌پزشکی با نمونه‌های انسانی<sup>۱</sup>، راهنمای بین‌المللی برای بررسی اخلاقی مطالعات اپیدمیولوژیک<sup>۲</sup> و راهنمای عملکرد بالینی مطلوب برای کارآزمایی محصولات دارویی<sup>۳</sup> تدوین شدند. سازمان جهانی سلامت بر اساس مأموریت اصلی خود که تمرکز بر مسائل سلامت با جنبه‌های جهانی است، در دهه‌های اخیر به تصویب راهنماهای اخلاق در پژوهش به‌ویژه درباره

1- International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects.

2- International Guideline for Ethical Review of Epidemiological studies.

3- Guideline for Good Clinical Practice for Trial on Pharmaceutical Products.

4- International Bioethics Committee (IBC).

5- Universal Declaration on Bioethics and Human Rights.

6- The World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST).

پژوهش‌های زیست‌پزشکی در سال ۱۳۷۷ در معاونت پژوهشی وقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران تشکیل شد و یک سال بعد «کمیته‌های منطقه‌ای اخلاق در پژوهش» در برخی از دانشگاه‌های علوم پزشکی و نیز «کمیته‌های اخلاق در پژوهش» در برخی مراکز تحقیقاتی بزرگ کشور شکل گرفتند.

نهادها و سازمان‌های مختلفی در سطح بین‌المللی، الزامات اخلاقی و علمی متعددی در انجام انواع پژوهش‌های زیست‌پزشکی، به‌ویژه پژوهش‌هایی که نمونه‌های انسانی دارند، تدوین و ارائه کرده‌اند. در کشور ایران نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس مأموریت و تعهدات خود و با استفاده از تجربیات و استانداردهای بین‌المللی، اقدام به تدوین و ابلاغ استانداردهای اخلاق در پژوهش، در قالب‌هایی از جمله «راهنماها، دستورالعمل‌ها و نظریه‌های مشورتی» برای بهره‌برداری همه‌ذی‌نفعان از جمله کمیته‌های اخلاق در پژوهش نموده است. با توسعه کمی و کیفی پژوهش‌ها در کشور و همچنین تجربه چندین ساله کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، اقدام به ادغام، ویرایش و به‌روزرسانی «دستورالعمل کمیته کشوری اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی» و «دستورالعمل

کمیته‌های منطقه‌ای اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی» که قبلاً مبنای تشکیل و فعالیت کمیته‌های اخلاق بودند، نمود و سرانجام «دستورالعمل تشکیل، سطح‌بندی و شرح وظایف کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی» در فروردین سال ۱۳۹۳ جهت اجرا به تمامی دانشگاه‌ها، دانشکده‌های علوم پزشکی و مراکز علمی پژوهشی کشور ابلاغ گردید و متعاقباً کمیته‌های اخلاق در پژوهش با ساختاری جدید در سه سطح ملی، دانشگاهی و سازمانی تشکیل شدند. سپس نظام اعتباربخشی کمیته‌های اخلاق در پژوهش ایجاد شد و کمیته‌های دانشگاهی و سازمانی توسط کمیته ملی اخلاق در پژوهش، اعتباربخشی شدند. از سال ۱۳۹۴ با تصویب و ابلاغ «دستورالعمل رسیدگی به تخلفات پژوهشی»، مسئولیت رسیدگی به تخلفات پژوهشی نیز به شرح وظایف کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی و کمیته‌های اخلاق در پژوهش دانشگاهی اضافه شد تا همه فعالیت‌های مرتبط با اخلاق در پژوهش، توسط یک «نهاد واحد» هماهنگ شوند.

به مرور، با توجه به اهمیت روزافزون موضوع اخلاق در پژوهش و به منظور ارتقای وضع موجود و تعمیم آن بر همه اجزای نظام پژوهشی کشور، «ماده واحده قانون پیشگیری و مقابله با تقلب در تهیه

دانشگاهها و دانشکده‌های علوم پزشکی، سایر مؤسسات علمی و پژوهشی تابعه و نیز واحدهای ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردید. در دستورالعمل جدید، «کمیته ملی اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» به «کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش» و «کمیته‌های اخلاق در پژوهش دانشگاهی» به «کارگروه‌های اخلاق در پژوهش موسسه» و «کمیته‌های سازمانی اخلاق در پژوهش» به «کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی» تغییر نام یافتند.

در سال ۱۳۹۷ نیز «سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی» به‌عنوان یک زیرساخت ملی برای فعالیت‌های کارگروه وزارتی اخلاق، راه‌اندازی شد و کارگروه / کمیته‌های اخلاق در پژوهش کل کشور در شبکه‌ای به‌هم‌پیوسته و سامان‌یافته، تولید حوزه اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی کشور را بر عهده دارند (۱۹). کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش، به‌عنوان نهاد قانونی بالادستی، مسئولیت سیاست‌گذاری، هماهنگی و نظارت بر ساختارهای نظام اخلاق را در پژوهش‌های زیست‌پزشکی کشور بر عهده دارد و همچنین، نهاد مرتبط با بخش‌های مربوطه در سازمان جهانی بهداشت است. فعالیت‌های مرتبط با اخلاق در پژوهش با همکاری سایر نهادهای

آثار علمی» در مرداد سال ۱۳۹۶ به تصویب مجلس شورای اسلامی (۱۷) و آیین‌نامه اجرایی آن در مرداد سال ۱۳۹۸ به تصویب هیئت‌وزیران رسید (۱۸). در آیین‌نامه اجرایی مذکور مقرر گردید که کمیته‌های اخلاق در پژوهش با عنوان «کارگروه‌های اخلاق در پژوهش» در سطح «وزارت علوم، تحقیقات و فناوری» و «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» و نیز در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی کشور تشکیل شوند. در این راستا ضرورت بازنگری «دستورالعمل تشکیل، سطح‌بندی و شرح وظایف کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی» جهت به‌روزرسانی و همچنین تطبیق محتوای آن با قانون جدید و آیین‌نامه اجرایی مربوطه، مطرح شد و دبیرخانه کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی، پیش‌نویس دستورالعمل جدیدی تحت عنوان «دستورالعمل نحوه تشکیل، روش کار و شرح وظایف کارگروه / کمیته‌های اخلاق در پژوهش» را تهیه نمود که پس از کسب نظرات ذی‌نفعان و طی جلسات متعدد کارشناسی، نهایی شد و به تأیید کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش وزارت متبوع و شورای عالی اخلاق پزشکی رسید.

دستورالعمل جدید در بهمن‌ماه سال ۱۳۹۹ توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اجرا به تمامی



شش فصل تحت عناوین «اصول و قواعد حاکم بر فعالیت‌های کارگروه/ کمیته‌های اخلاق در پژوهش»، «کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش»، «کارگروه اخلاق در پژوهش‌های موسسه»، «کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی»، «کمیته‌های تخصصی» و «رسیدگی به تخلفات پژوهشی» تدوین شده و هرکدام از فصل‌ها مشتمل بر چندین بند است (۲۰).

در عین حال، مهم‌ترین شرایط رعایت استانداردهای اخلاقی در انجام پژوهش‌ها، معرفی اصول، قواعد و هنجارهای اخلاق در پژوهش به همه ذی‌نفعان از جمله پژوهشگران و اعضای کارگروه/ کمیته‌های اخلاق در پژوهش است. در این راستا کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش، راهنماهای اخلاق در پژوهش مختلفی را تدوین و ابلاغ کرده است (۱۹).

در ادامه، به برخی راهنماهای مصوب (تا سال ۱۴۰۱) که مبنای تصمیم‌گیری اخلاقی در انجام مراحل مختلف پژوهش هستند، اشاره می‌شود:

- راهنمای کشوری اخلاق در انتشار آثار پژوهشی؛
- راهنماهای اخلاقی مربوط به پژوهش‌های مرتبط با انسان (راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دارای آزمودنی انسانی)؛
- راهنمای اخلاق در پژوهش بر سلول‌های

ذی‌نفع از جمله سازمان غذا و دارو، مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران، هیئت‌های رسیدگی به تخلفات، هیئت‌های ممیزه و جذب اعضای هیئت‌علمی و سایر نهادها صورت می‌گیرد.

کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بر اساس مأموریت و تعهدات خود، با الهام از آموزه‌ها و فرهنگ اسلامی و ایرانی و همچنین با استفاده از تجربیات و استانداردهای بین‌المللی، اقدام به تدوین و ابلاغ استانداردهای اخلاق در پژوهش، در قالب‌هایی مانند «دستورالعمل‌ها، راهنماها و نظریه‌های مشورتی» برای بهره‌برداری همه ذی‌نفعان از جمله کارگروه/ کمیته‌های اخلاق در پژوهش نموده است که همگی از طریق «سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی» در دسترس همگان است. کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش به واسطه مأموریت خود با برخی سازمان‌های دیگر نیز تعامل دارد و ملزم به رعایت دستورالعمل‌های مربوطه است.

با توجه به اینکه کارگروه/ کمیته‌های اخلاق در پژوهش، مهم‌ترین رکن نظام اخلاق در پژوهش ایران هستند، یکی از مهم‌ترین مستندات اخلاق در پژوهش در ایران شامل «دستورالعمل نحوه تشکیل، روش کار و شرح وظایف کارگروه/ کمیته‌های اخلاق در پژوهش» است که در

بنیادی و پزشکی بازساختی؛

- راهنمای اخلاقی کارآزمایی‌های بالینی؛
- راهنمای اخلاقی پژوهش بر گامت و رویان؛
- راهنمای اخلاقی پژوهش‌های ژنتیک پزشکی؛
- راهنمای اخلاقی پژوهش روی عضو و بافت انسانی؛
- راهنمای اخلاقی پژوهش بر گروه‌های آسیب‌پذیر؛
- راهنمای اختصاصی پژوهش‌های علوم پزشکی مرتبط با HIV/AIDS؛
- راهنماهای متعدد مربوط به اخلاق در کار با حیوانات آزمایشگاهی.

پژوهشگران همچنین باید ضوابط «سازمان غذا و دارو» را در پژوهش‌های مرتبط با این سازمان، مراعات نمایند. طبق «دستورالعمل نحوه تشکیل، روش کار و شرح وظایف کارگروه/ کمیته‌های اخلاق در پژوهش»، این کارگروه‌ها فقط در صورتی مجاز به بررسی و تأیید طرح نامه پژوهش‌های تحت نظارت سازمان غذا و دارو هستند که اطمینان حاصل کنند، طرح نامه مذکور از سازمان غذا و دارو به‌طور رسمی تأییدیه دریافت کرده است. انجام کارآزمایی بالینی/ ارزیابی بالینی روی «داروها، فرآورده‌ها، تجهیزات پزشکی متقاضی تولید، ثبت، تمدید پروانه و مانند آن و ورود به بازار

کشور» همچنین «مطالعات بالینی داخلی و بین‌المللی» که با پشتیبانی شرکت‌های دارویی انجام می‌شوند، مستلزم اخذ «مجوز انجام کارآزمایی بالینی<sup>۱</sup>» از کمیته مطالعات بالینی یا «مجوز ارزیابی بالینی<sup>۲</sup>» از اداره کل تجهیزات پزشکی سازمان غذا و دارو ایران هستند. شروع این نوع پژوهش‌ها بدون اخذ مجوزهای مذکور، فاقد وجهت قانونی است و تخلف پژوهشی محسوب می‌شود.

کارآزمایی‌های بالینی که انجام آن‌ها نیاز به اخذ مجوز از سازمان غذا و دارو دارند، عبارت‌اند از:

- مطالعات بالینی روی داروهایی که در فهرست دارویی ایران وارد نشده‌اند؛
- مطالعاتی که انجام آن‌ها به‌عنوان بخشی از فرآیند قانونی ورود داروها به فهرست دارویی کشور، به شرکت دارویی الزام می‌شود؛
- مطالعاتی که انجام آن‌ها به‌عنوان بخشی از فرآیند قانونی ثبت و اخذ مجوز ورود به بازار محصولات دارویی اعم از شیمیایی، بیولوژیک (شامل واکسن‌ها، آنتی‌بادی‌های مونوکلونال، فرآورده‌های خونی و موارد مشابه) و ملزومات دارویی، به شرکت دارویی الزام می‌شود.

سازمان غذا و دارو برای مطالعات

1- Clinical Trial Authorization (CTA).

2- Clinical Evaluation Authorization (CEA).

داروها، تجهیزات و فرآورده‌های متقاضی ثبت و ورود به بازار دارویی کشور انجام می‌شوند، علاوه بر اخذ شناسه اخلاق در پژوهش و شناسه IRCT باید مجوزهای لازم را از سازمان غذا و دارو اخذ نمایند.

## اصول و قواعد اخلاقی در مراحل مختلف پژوهش

همه انواع پژوهش‌ها اعم از پژوهش‌های انسانی، حیوانی، آزمایشگاهی، اینترنتی و حتی پژوهش‌های حوزه فرا علم<sup>۴</sup>، الزامات اخلاقی خاص خود را دارند. هرچند مبنای بسیاری از الزامات اخلاقی در سایر پژوهش‌ها از جمله پژوهش‌های آزمایشگاهی، روی انسان‌ها و محیط‌زیست تأثیرگذار است، اما رعایت استانداردهای اخلاقی در پژوهش‌های انسانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در تاریخچه اخلاق در پژوهش و مستندات ملی و بین‌المللی مرتبط نیز جنبه‌های اخلاقی پژوهش‌های انسانی اهمیت فراوانی دارد.

بیان این نکته ضروری است که همه پژوهش‌های انسانی از دیدگاه اخلاق در پژوهش از حیث حساسیت با هم یکسان نیستند. معمولاً در میان پژوهش‌های پزشکی بیشترین توجه اخلاقی به کارآزمایی‌های

تحت نظارت این سازمان، راهنماها و دستورالعمل‌های اختصاصی مانند، راهنمای کارآزمایی بالینی مطلوب در ایران و راهنمای تدوین پروتکل مطالعات بالینی، تدوین کرده است که همگی در سایت سازمان مذکور، قابل دسترس است.

شایان ذکر است که یکی از الزامات اخلاقی برای انجام کارآزمایی‌های بالینی در جهان، ثبت کارآزمایی‌های بالینی در سامانه‌هایی است که در دسترس عموم مردم قرار دارند. این سامانه‌ها یکی از ابزارهای مهم شفافیت در انجام کارآزمایی‌های بالینی هستند. سامانه‌های ثبت متعددی در جهان وجود دارد و تعدادی از این سامانه‌ها مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی نیز است. سامانه ثبت کارآزمایی بالینی ایران<sup>۳</sup>، مطالعات کارآزمایی بالینی کشور را ثبت و نگهداری می‌کند. این مرکز مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی است و شناسه کارآزمایی بالینی را با قالب‌بندی IRCT ثبت می‌کند. کارآزمایی‌های بالینی پس از اخذ شناسه اخلاق از کارگروه/ کمیته اخلاق در پژوهش، باید در سامانه «مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران» نیز ثبت شوند و شناسه IRCT دریافت نمایند. ثبت کارآزمایی‌های بالینی در «مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران» باید «قبل از آغاز پژوهش» انجام شده باشد. کارآزمایی‌های بالینی که روی

4- Meta Science.

3- Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT).

موازنه سود و زیان بر اساس اصول منع اضرار و سودرسانی، و اصل رعایت انصاف و عدالت است. قاعدتاً از این اصول کلی، قواعد و هنجارهای جزئی‌تری مشخص و به کار گرفته می‌شود.

رعایت همه این استانداردهای اخلاقی علاوه بر اهمیت ذاتی آن‌ها، به ایجاد و تحکیم اعتماد عمومی به پژوهشگران و نظام پژوهش‌های پزشکی خواهد انجامید و مشارکت شهروندان را به‌ویژه از حیث شرکت در پژوهش‌ها تضمین خواهد کرد. رعایت نکردن این اصول موجب صدمه به اعتماد عمومی و کند شدن روند پژوهش‌های پزشکی خواهد شد، امری که نهایتاً برای عموم جامعه ضرر به همراه خواهد داشت.

اولین موضوع اخلاقی مهم در انجام پژوهش‌های پزشکی این است که پژوهش وقتی اخلاقی تلقی می‌شود که هدف آن حفظ یا ارتقای سلامت جامعه باشد. اصل احترام به انسان و کرامت ذاتی او دربردارنده قواعد و هنجارهای بسیاری در حوزه اخلاق پژوهش است. حفظ و احترام به حریم خصوصی همه ذی‌نفعان در پژوهش به‌ویژه شرکت‌کنندگان در پژوهش و تلاش برای حفظ محرمانگی اطلاعات و داده‌های پژوهشی، یکی از قواعد اساسی مستخرج از اصل احترام به انسان‌ها است. البته می‌توان این قواعد را به اصول دیگری

بالینی است. کارآزمایی‌های بالینی معمولاً برای بررسی ایمنی و اثربخشی داروها یا روش‌های جدید تشخیصی، درمانی یا تجهیزات پزشکی استفاده می‌شوند که عمدتاً ایمنی و اثربخشی آن‌ها اثبات نشده است، لذا این‌گونه پژوهش‌ها هم از حیث ارزیابی سود و زیان و هم از حیث بالا بودن خطر مداخلات، بسیار حساس‌اند و در سطوح ملی و جهانی مورد توجه ویژه قرار دارند. برای انجام چنین کارآزمایی‌هایی معمولاً استانداردهای سخت‌گیرانه‌ای وجود دارد، زیرا گاهی بر اساس نتایج این کارآزمایی‌ها، فرآورده‌های پزشکی و دارویی، مجوز ورود به بازار می‌گیرند و منافع مادی بزرگی برای صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی ایجاد می‌کنند.

برای استانداردهای اخلاق در پژوهش دسته‌بندی‌های مختلفی شامل ارزش‌ها، هنجارها، اصول و قواعد وجود دارد که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

بر اساس «راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دارای آزمودنی انسانی در جمهوری اسلامی ایران» و همچنین سایر مستندات ملی و بین‌المللی، مجموعه‌ای از اصول اصلی اخلاق در پژوهش وجود دارد که باید پژوهش‌های انسانی با در نظر گرفتن آن‌ها انجام پذیرد. اصول اصلی اخلاق در پژوهش شامل احترام به انسان‌ها و کرامت ذاتی آن‌ها، توجه به

شوند. مسئولیت حفظ اطلاعات هویتی شرکت‌کنندگان با پژوهشگر اصلی است. با این وجود، تمامی اعضای گروه پژوهش، موظف به رعایت اصل رازداری و حفظ اسرار هستند. در مواقعی که نیاز به جمع‌آوری مشخصات هویتی افراد باشد، پژوهشگر اصلی باید دستورالعمل مشخصی را در طرح نامه برای محرمانگی و محافظت از اطلاعات هویتی قابل شناسایی و همچنین امنیت ذخیره اطلاعات ارائه کند و کمیته‌های اخلاق در پژوهش نیز موظف هستند تا از وجود و نحوه اجرای این دستورالعمل، اطمینان حاصل کنند.

یکی دیگر از مصادیق احترام به انسان‌ها در انجام پژوهش‌های پزشکی احترام به اختیار و خودمختاری<sup>۱</sup> انسان است. به همین دلیل است که امروزه به افرادی که پژوهش روی آن‌ها انجام می‌شود، «مشارکت‌کننده»<sup>۲</sup> در پژوهش می‌گویند؛ یعنی از جایگاهی هم‌تراز با پژوهشگران برخوردارند. قاعده‌تاً پیش‌شرط مشارکت در یک فعالیت انسانی عبارت از درک صحیح و کافی از ماهیت آن و داشتن آزادی لازم برای پذیرفتن یا نپذیرفتن مشارکت است. مفهوم رضایت آگاهانه<sup>۳</sup> حاوی چنین ماهیات و اوصافی است. از یک طرف، در کلمه رضایت مفهوم آزادی و داوطلبانگی وجود دارد و از

مانند منع ضرر رساندن و الزام اخلاقی به سود رساندن هم مربوط دانست. بر اساس این قاعده همه داده‌هایی که در مسیر پژوهش از افراد جمع‌آوری می‌شود، به آن‌ها تعلق دارد و فقط در صورتی می‌توان از آن‌ها استفاده کرد که صاحبان داده‌ها، یعنی شرکت‌کنندگان در پژوهش، رضایت داشته باشند. پژوهشگران و سایر ذی‌نفعان پژوهش مکلف‌اند که تمام تلاش خود را برای حفاظت از این داده‌ها به کار گیرند، چون مسئولیت نقض محرمانگی و حریم خصوصی افراد بر عهده آن‌ها خواهد بود.

اطلاعات هویتی شرکت‌کنندگان در پژوهش یا اهداکنندگان نمونه‌های زیستی باید محرمانه باشد و این اطلاعات را فقط در صورت ضرورت و با کسب اجازه از ایشان، می‌توان در اختیار مراجع خاص گذاشت (مانند مواردی که نیاز است کمک‌هایی خارج از فرآیند پژوهش به این افراد ارائه شود). شرکت‌کنندگان باید در طی فرآیند اخذ رضایت آگاهانه، از نحوه محرمانه ماندن اطلاعات خود و افرادی که مسئول حفظ محرمانگی اطلاعات هویتی ایشان هستند، مطلع شوند.

پژوهش باید به صورتی طراحی شود که تا حد امکان کمترین نیاز به جمع‌آوری هویتی افراد داشته باشد. نحوه دسترسی به اطلاعات باید مبتنی بر دو استاندارد «ضرورت دانستن» و «حداقل لازم» تعریف

1- Autonomy.

2- Participant.

3- Informed Consent.

- داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و حق انصراف از ادامه همکاری و خروج از مطالعه در صورت تمایل شرکت کنندگان؛
- عدم محرومیت از اقدامات تشخیصی و درمانی و مراقبتی در صورت خروج فرد از مطالعه؛
- محرمانه ماندن اطلاعات شخصی شرکت کنندگان و توضیح شیوه حفظ محرمانگی؛
- نحوه آشکارسازی نتایج پژوهش برای شرکت کنندگان؛
- رایگان بودن همه اقدامات پژوهش و تحمیل نکردن هزینه بر شرکت کنندگان؛
- معرفی عوارض و خطرات احتمالی شرکت در پژوهش؛
- چگونگی جبران عوارض و صدمات احتمالی ناشی از شرکت در پژوهش؛
- فواید بالقوه پژوهش برای شرکت کنندگان؛
- اطلاع رسانی درباره اقدامات تشخیصی (از جمله آزمایش‌های غربالگری بیماری‌های عفونی و بیماری‌های ژنتیکی) و معاینات لازم برای بررسی سلامت شرکت کنندگان در پژوهش و حقوق آن‌ها برای آگاهی از نتایج حاصل از آزمایش‌ها (آزمایش‌ها و بررسی‌ها باید با اطلاع قبلی شرکت کنندگان انجام

سوی دیگر آگاهانه بودن نشانگر مشارکت شناختی افراد در روند پژوهش است. رضایت آگاهانه، با رعایت اراده آزاد فرد و پس از ارائه اطلاعات کافی درباره پژوهش، به صورت کتبی یا شفاهی از شرکت کنندگان در پژوهش/ اهداکنندگان نمونه‌های زیستی اخذ می‌شود. اصول حاکم بر فرایند اخذ رضایت آگاهانه که بخشی جدایی‌ناپذیر از فرایند پژوهش است، شامل وجود ظرفیت و صلاحیت تصمیم‌گیری، ارائه اطلاعات مناسب و قابل فهم، حق انتخاب بدون اجبار و حق خروج از پژوهش (در هر زمان و به هر علتی) برای شرکت کنندگان در پژوهش/ اهداکنندگان نمونه‌های زیستی است.

پژوهشگر اصلی موظف است که فرصت لازم برای پرسیدن سؤالات و تصمیم‌گیری آگاهانه را برای شرکت کنندگان در پژوهش/ اهداکنندگان نمونه‌های زیستی فراهم کند و امکان مشاوره با افراد دیگری خارج از گروه پژوهش را نیز برای ایشان مهیا کند. فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش باید حداقل شامل موارد زیر باشد:

- مشخصات پژوهشگر و سازمان مجری و سازمان حمایت‌کننده پژوهش؛
- اهداف و مراحل اجرایی پژوهش به زبان ساده و قابل فهم؛
- نوع و میزان همکاری شرکت کنندگان در پژوهش؛

به ذکر است که اگرچه رضایت آگاهانه جایگاه حقوقی دارد و قاعدتاً باید از کسی گرفته شود که به سن قانونی رسیده و صلاحیت قانونی برای تصمیم‌گیری داشته باشد، اما حتی اگر فرد تا حدی بتواند در تصمیم‌گیری مشارکت کند، گرفتن موافقت<sup>۱</sup> وی الزامی است.

در هر حال، هرگونه اجبار یا اکراه افراد برای شرکت در پژوهش‌های پزشکی اخلاقاً ناموجه است. حتی پیشنهادهای مالی و مانند آن تا جایی موجه شمرده می‌شوند که تصمیم‌گیری آزادانه شرکت‌کنندگان را مخدوش نکنند و بر آن تأثیر نابخرا<sup>۲</sup> نگذارند. عدم همکاری افراد و مخالفت آن‌ها برای مشارکت در انجام پژوهش به هیچ‌وجه نباید موجب محروم شدن آن‌ها از سایر خدمات یا مراقبت‌های پزشکی شود و نباید هیچ‌گونه تأثیر منفی برای آن‌ها در روند دریافت خدمات داشته باشد.

از سوی دیگر، وجود دو اصل اخلاقی منع اضرار و سودرسانی در کنار یکدیگر در بردارنده توجه به ایمنی، سلامت و رفاه<sup>۳</sup> شرکت‌کنندگان در پژوهش است. ایمنی و سلامت شرکت‌کنندگان در پژوهش، یک اولویت اساسی است و بر اهداف دیگر از جمله مصالح جمعی و اولویت‌های جامعه ارجحیت دارد. از این‌رو، این استدلال که

شود و همچنین درباره محدودیت‌های احتمالی آزمایش‌های تشخیصی در شناسایی بیماری‌ها، توضیح داده شود؛

- کسب اطلاع از موافقت یا مخالفت شرکت‌کنندگان برای تماس‌های آتی جهت گزارش نتایج احتمالی یا دریافت اطلاعات تکمیلی؛

- اطلاعات تماس پژوهشگر اصلی و شماره تماس و آدرس کارگروه/ کمیته اخلاق تأیید کننده پژوهش.

- البته در مورد موضوع رضایت آگاهانه چالش‌های بسیاری مطرح است. از جمله:

- ساده‌نویسی فرم رضایت آگاهانه به نحوی که درک متن آن برای همه شرکت‌کنندگان در پژوهش میسر باشد؛
- کسب رضایت آگاهانه از «تصمیم‌گیرنده جایگزین» در مورد کسانی که صلاحیت تصمیم‌گیری ندارند، مانند کودکان یا افراد مبتلا به مراحل پیشرفته بیماری‌هایی که قوای شناختی فرد را ضعیف می‌کند یا از بین می‌برد.

تصمیم‌گیرنده جایگزین بر اساس نظام حقوقی در کشورهای مختلف متفاوت است و معمولاً از بین خویشاوندان درجه اول و نزدیکان فرد تعیین می‌شود. در مواردی که تصمیم‌گیرنده جایگزین در دسترس نباشد معمولاً نماینده دادگاه یا سیستم قضایی چنین نقشی را ایفا می‌کند. لازم

1- Assent.

2- Undue Influence.

3- Well-being.

یک پژوهش می‌تواند به جامعه نفع زیادی برساند یا نتایج آن ممکن است جان تعداد زیادی از افراد را نجات دهد، به هیچ‌عنوان نمی‌تواند دلیلی برای انجام پژوهش با خطر غیرقابل قبول یا مشارکت غیر داوطلبانه یا بدون رضایت آگاهانه افراد شرکت‌کننده در پژوهش شود.

مزایای شرکت در پژوهش باید بیش از خطرات احتمالی آن باشد. پژوهشگر علاوه بر عوارض و خطرات مرتبط با سلامتی افراد، باید به سایر خطرات مانند خطرات اقتصادی، روانی یا اجتماعی شرکت در پژوهش نیز دقت نماید. خطرات شرکت در پژوهش باید در «حداقل خطر قابل قبول»<sup>۱</sup> قرار گیرد که معادل خطرات ناشی از فعالیت‌های روزمره زندگی یا خطرات ناشی از آزمایش‌های تشخیصی یا درمان‌های معمول است.

ارزیابی فایده و خطر شرکت افراد در پژوهش، اولین و مهم‌ترین مرحله ارزیابی اخلاقی طرح‌نامه‌های پژوهشی است، زیرا اصولاً پژوهش‌های با خطر بالا به‌جز در موارد خاص، به‌ندرت مجوز اجرا دریافت می‌کنند. در عین حال، ارزیابی خطرات پژوهش یک موضوع فنی است و با توجه به پیچیدگی مداخلات پژوهشی و تنوع بسیار زیاد آن، باید قبل از ارسال طرح‌نامه به کارگروه/ کمیته اخلاق در پژوهش،

توسط مرجع علمی صلاحیت‌دار پیش‌بینی شده باشد. کارگروه/ کمیته‌های اخلاق در پژوهش نیز برای ارزیابی طرح‌نامه‌های هر رشته تخصصی، معمولاً نیازمند همکاری متخصصان رشته مربوطه هستند.

در راهنمای عمومی اخلاقی آمده است:

طراحی و اجرای پژوهش‌هایی که روی آزمودنی‌های انسانی انجام می‌گیرند، باید منطبق با اصول علمی پذیرفته شده بر اساس دانش روز و مبتنی بر مرور کامل منابع علمی موجود و در پژوهش‌های قبلی آزمایشگاهی و در صورت لزوم، حیوانی مناسب باشد.

مطالعات حیوانی نیز باید با رعایت کامل اصول اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی انجام شوند. از این‌رو، تلاش برای به حداقل رساندن خطر یک موضوع کلیدی در مراحل تدوین و تصویب طرح‌نامه‌های پژوهشی محسوب می‌شود.

در ارزیابی خطر معمولاً خطرات جسمی پژوهش مورد توجه قرار می‌گیرند، در حالی که خطرات روانی، اجتماعی و اقتصادی یک پژوهش پیچیده‌تر است و ممکن است تشخیص و ارزیابی آن مورد غفلت واقع شود. یکی از مصادیق خطرهای روانی و اجتماعی که ممکن است به شرکت‌کنندگان در پژوهش وارد شود، انگ خوردن<sup>۲</sup> است. به عبارت دیگر، انگ‌زنی

2- Stigmatization.

1- Minimal Risk.



است. مثلاً برای انجام کارآزمایی‌های بالینی، پژوهشگر اصلی ترجیحاً باید پزشک باشد و در مواردی که به دلایل موجه این موضوع امکان‌پذیر نیست، باید یک پزشک باصلاحیت بر انجام پژوهش نظارت کند. در مجموع، گروه پژوهش باید شایستگی علمی و عملی انجام پژوهش را داشته باشد و کارگروه/ کمیته‌های اخلاق در پژوهش ملزم هستند از این صلاحیت اطمینان حاصل کنند.

چون پژوهشگر اصلی مسئول جبران خسارت‌های احتمالی ناشی از شرکت افراد در مطالعه است، توصیه می‌شود شرکت‌کنندگان در مورد خسارت‌های احتمالی بیمه شوند. این نوع بیمه برای پرداخت خسارت نیاز به احراز اشتباه ندارد<sup>۵</sup> و به محض بروز خسارت می‌توان به جبران آن اقدام کرد و نیازی به رأی دادگاه و طی مراحل قضایی نیست.

رعایت انصاف و عدالت در انجام پژوهش‌های پزشکی نیز یک اصل مهم اخلاقی در انجام فعالیت‌های پژوهشی است. این اصل نیز الزامات مختلفی دارد:

- انتخاب افراد و جمعیت‌های شرکت‌کننده در پژوهش، یکی از مهم‌ترین کاربردهای این اصل در حوزه اخلاق در پژوهش است. معیارهای انتخاب افراد جهت شرکت در پژوهش (معیارهای ورود و

باید به‌عنوان یک خطر مهم در ارزیابی سود و زیان پژوهش مورد توجه قرار گیرد، چراکه این موضوع علاوه بر آسیب‌های روانی موجب به حاشیه رانده شدن<sup>۳</sup> افراد یا گروه‌ها می‌شود و زمینه را برای تبعیض<sup>۴</sup> علیه آن‌ها آماده می‌کند. در هر حال ایجاد خطر غیرمنطقی در پژوهش حتی با اخذ رضایت آگاهانه از افراد اخلاقاً مجاز نیست و نباید انجام شود.

قبل از انجام پژوهش باید راهکارهای مختلف کاهش خطر بررسی و بهترین آن‌ها انتخاب شود. در راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش صراحتاً آمده است:

مواردی از قبیل سرعت، سهولت کار، راحتی پژوهشگر، هزینه پایین‌تر یا صرفاً عملی بودن آن، به‌هیچ‌وجه نباید موجب قرار دادن آزمودنی در معرض خطر یا زیان افزوده یا تحمیل هرگونه محدودیت اختیار... به وی شود.

استانداردهای اخلاقی الزام می‌کنند که در هر مرحله‌ای که احساس شود خطر بیش از حد قابل قبول است، باید پژوهش را متوقف و موضوع را بررسی کرد.

یکی از جنبه‌هایی که هم از حیث اعتبار علمی پژوهش و هم از حیث محافظت از انسان‌های شرکت‌کننده در پژوهش باید به آن پرداخت، موضوع صلاحیت پژوهشگران

3- Marginalization.

4- Discrimination.

5- No-Fault.

در مراحل مختلف پژوهش باید متوازن و متعادل باشد.

یکی دیگر از موضوعات مهم و قابل توجه در حوزه اخلاق در پژوهش، توجه خاص به گروه‌های آسیب‌پذیر است. اگرچه موضوع آسیب‌پذیری نسبی است و ممکن است در زمینه‌های مختلف، گروه‌های مختلفی آسیب‌پذیر محسوب شوند، اما برخی افراد یا گروه‌ها از جمله افراد ناتوان ذهنی، جنین و نوزاد، کودکان، بیماران اورژانسی، زندانیان، مهاجرین، آوارگان، اقلیت‌ها (مانند اقلیت‌های قومی و مذهبی)، زنان باردار و سالمندان به‌عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر شناخته می‌شوند. اصولاً اگر آزادی یا آگاهی فردی برای شرکت در پژوهش محدود باشد یا در معرض خطر بالایی قرار داشته باشد، آن فرد را می‌توان آسیب‌پذیر محسوب کرد. آسیب‌پذیری وصفی است که با آن شرکت‌کننده پژوهش مشمول حمایت بیشتر و جدی‌تر اخلاقی می‌شود. در مورد پژوهش بر گروه‌های آسیب‌پذیر دو نکته کلیدی وجود دارد:

- نکته اول اینکه از گروه‌های آسیب‌پذیر هیچ‌گاه نباید (به دلایلی چون سهولت دسترسی) به‌عنوان آزمودنی ترجیحی استفاده شود. پژوهش پزشکی با استفاده از گروه‌ها یا جوامع آسیب‌پذیر فقط در صورتی موجه است که با هدف پاسخگویی به نیازهای سلامت

خروج) باید به‌گونه‌ای باشد که فواید حاصل از پژوهش با تأکید بر نیازهای سلامتی گروه مورد نظر به نحو عادلانه توزیع شود؛

- توزیع فواید و زیان‌های احتمالی در پژوهش باید متعادل باشد. پژوهش‌ها نباید در جوامعی انجام شوند که نتایج بالقوه‌ای برای آن‌ها ندارد. مثلاً کشورهای ثروتمند کارآزمایی بالینی داروها یا واکسن‌های بیماری‌هایی مانند ایدز را در کشورهای فقیر انجام می‌دهند، در حالی که مردم کشور میزبان پژوهش به دلایلی از جمله گرانی محصول احتمالی قادر به استفاده از آن نیستند. در چنین مواردی، خطر پژوهش به یک جمعیت تحمیل می‌شود، در حالی که فایده آن برای مردم کشور دیگر است. البته موضوع عدالت و انصاف همیشه درباره توزیع متعادل خطر پژوهش نیست بلکه مسئله اصلی، توزیع عادلانه منافع پژوهش است. مثلاً رعایت عدالت در انتخاب از بین تعداد زیادی که برای شرکت در یک کارآزمایی بالینی یک درمان پیشرفته برای یک بیماری صعب‌العلاج داوطلب شده‌اند، از نمونه‌های توزیع عادلانه منافع پژوهش است؛
- تلاش برای جلب مشارکت در مورد انجام پژوهش روی جمعیت‌های خاص

اصول اخلاق در پژوهش روی حیوانات، تأکید دارند (۲۱ و ۲۲ و ۲۳). حیوانات در هنگام پژوهش حالات ناخوشایندی مانند درد، رنج، ناامیدی، افسردگی، اضطراب و وحشت را تجربه می‌کنند، لذا تمامی افراد دخیل در پرورش، نگهداری و کار با حیوانات آزمایشگاهی موظف به رفتار اخلاقی با حیوانات آزمایشگاهی و تأمین رفاه آنان هستند.

اخلاق در پژوهش بر حیوانات باید با توجه به اصل ۳Rs شامل جایگزینی، کاهش تعداد و بهینه‌سازی به شرح ذیل طراحی و اجرا شوند:

- اصل جایگزینی حیوانات بیان می‌کند که چنانچه استفاده از شیوه‌ای به‌جز بهره‌گیری از حیوانات زنده در پژوهش امکان‌پذیر باشد، از نظر اخلاقی استفاده از حیوانات در پژوهش مجاز نیست و روش جایگزین، در اولویت است. برای مثال، می‌توان از موجودات زنده با رده تکاملی پایین‌تر یا موجوداتی غیر از حیوانات مانند گیاهان، میکروارگانیسم‌ها، تک‌یاخته‌ها و انگل‌ها یا از شیوه‌های کامپیوتری و شبیه‌سازی، محاسبات ریاضی و آماری، آزمون‌های برون‌تنی و سایر روش‌های معتبر علمی استفاده کرد؛

- با التزام به اصل کاهش تعداد حیوانات باید از کمترین تعداد حیوان زنده در

و اولویت‌های همان گروه یا جامعه، طراحی و اجرا شود و احتمال معقولی وجود داشته باشد که همان گروه یا جامعه از نتایج آن پژوهش سود خواهد برد؛

- نکته دوم این است که آسیب‌پذیر بودن نباید سبب محرومیت گروه‌های آسیب‌پذیر از شرکت در پژوهش‌ها شود زیرا در این صورت، شواهد علمی کافی برای ارائه خدمات سلامت به آن‌ها جمع‌آوری نمی‌شود. مثلاً اگر زنان در دوره بارداری یا شیردهی از شرکت در بسیاری از کارآزمایی‌های بالینی کنار گذاشته شوند، پس از مدتی بسیاری از داروها برای این گروه قابل استفاده نخواهد بود و از بسیاری از درمان‌ها نیز محروم خواهند شد، چراکه داده‌های به دست آمده از پژوهش‌هایی که روی زنان باردار انجام نشده باشد، نمی‌تواند ایمنی آن دارو را برای استفاده در این افراد نشان دهد. از این‌رو، برای کنار گذاشتن گروه‌های آسیب‌پذیر از پژوهش‌های پزشکی نیز استدلال قابل‌قبول لازم است.

همان‌طور که قبلاً گفته شد، رعایت استانداردهای اخلاق، محدود به پژوهش‌های انسانی نیست و سایر پژوهش‌ها از جمله پژوهش‌های حیوانی را نیز شامل می‌شود. سازمان‌های مختلفی در جهان بر مراعات

و نهایتاً، انتشار نتایج پژوهش، همواره مورد تأکید نهادهای علمی بوده است.

اما آنچه سیر یک پژوهش را کامل می‌کند، انتشار نتایج<sup>۳</sup> پژوهش است و به همین دلیل توجه به نکات اخلاقی در این بخش نهایی پژوهش اهمیت بیشتری دارد. نتیجه پژوهش‌ها در قالب‌های گوناگونی مورد استفاده قرار می‌گیرند. برای مثال نتایج برخی از پژوهش‌ها تنها در قالب گزارش‌هایی به نهادهای سفارش‌دهنده و حمایت‌کننده<sup>۴</sup> از پژوهش ارائه می‌شوند و این نهادها هستند که تصمیم می‌گیرند آن‌ها را در قالب گزارش‌های رسمی یا غیر رسمی منتشر کنند یا به دلایل مختلفی از انتشار نتایج آن خودداری نمایند.

الزامات اخلاقی در مورد گزارش نتایج پژوهش‌هایی که به سفارش یک سازمان یا نهاد انجام می‌شوند، در جای خود می‌توانند مورد بحث قرار گیرند، اما از جمله مهم‌ترین این ملاحظات می‌توان به لزوم حفظ استقلال پژوهشگر در گزارش نتایج پژوهش خود اشاره نمود (۲۴). مثال روشنی از این اهمیت را می‌توان در مطالعات کارآزمایی بالینی<sup>۵</sup> دارویی که با حمایت صنایع دارویی و توسط پژوهشگران پزشکی انجام می‌شود، جستجو کرد. در چنین مواردی روشن است که حامیان مالی

تمامی پژوهش‌های مرتبط استفاده کرد. البته این کاهش باید در حدی باشد که منجر به افزایش درد و رنج حیوانات در حال استفاده یا منجر به تکرار آزمایش و در نتیجه استفاده از تعداد بیشتری از حیوانات آزمایشگاهی نشود. همچنین باید به گونه‌ای اجرا شود که منجر به دستیابی به نتایج غیر معتبر نشود و خسارات دیگری به سایر موجودات زنده وارد نکند؛

- طبق اصل بهینه‌سازی، پژوهشگران باید شرایط مناسبی برای محل نگهداری و رفاه حیوانات فراهم نمایند. همچنین نحوه اجرای پژوهش باید به صورتی باشد که حداقل درد و رنج به حیوانات تحمل شود. روش‌های صحیح مداخله بر حیوانات، رعایت اصول اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی و انتخاب صحیح گونه حیوان مورد نیاز برای پژوهش، می‌توانند سبب افزایش رفاه حیوانات مورد مطالعه شوند.

## اخلاق در انتشار آثار پژوهشی<sup>۱</sup>

از گذشته تاکنون رعایت ملاحظات اخلاقی در همه مراحل پنج‌گانه یک پژوهش شامل پیشنهاد پژوهش، تأیید و تصویب طرح نامه پیشنهادی، انجام پژوهش بر اساس طرح‌نامه تأیید شده، تهیه گزارش<sup>۲</sup> پژوهش

3- Dissemination of results.

4- Funder.

5- Clinical Trial.

1- Publication Ethics.

2- Report.

که امروزه برای سنجش اعتبار یک نوشته از لحاظ علمی وجود دارد، مرور و تأیید هم‌تایان و متخصصان علمی است که بر اساس دانش تخصصی و نتایج پژوهش‌های پیشین به ارزیابی آثار علمی اقدام می‌کنند. از این‌رو، یک نوشته -هرچند مهم و فاخر باشد- در صورتی که توسط عالمان و متخصصان مربوطه مرور نقادانه نشود، نمی‌تواند مورد استناد علمی قرار گیرد، اگرچه که یک اثر هنری کم‌نظیر هم‌پایه یک رمان مشهور به حساب آید. با چنین تعریفی، مقالات علمی که در نشریاتی که نظام مرور همتای قابل‌قبولی دارند، منتشر می‌شوند را می‌توان متون علمی به حساب آورد. در مورد کتاب‌ها هم ملاک مرور همتا همچنان به قوت خود باقی است (۲۸). بر همین اساس کتاب‌هایی که بر اساس نتایج حاصل از مقالات یا نظریات مرور شده توسط متخصصان تدوین می‌شوند، مانند کتاب‌هایی که در رشته‌های مختلف تخصصی پزشکی در سطح جهانی به‌عنوان کتاب مرجع شناخته شده‌اند، متون علمی به حساب می‌آیند. در این میان کتاب‌هایی که توسط ناشران دانشگاهی و بر پایه مرور علمی متن منتشر می‌شوند را هم می‌توان در زمره متون علمی برشمرد. البته باید توجه داشت که متون علمی حتی بعد از انتشار نیز در معرض مرور هم‌تایان و سایر متخصصان و حتی عموم

این‌گونه پژوهش‌ها که معمولاً شرکت‌های دارویی<sup>۶</sup> هستند، مایل‌اند که نتایج پژوهش، ایمنی<sup>۷</sup> و کارآمدی<sup>۸</sup> داروی مورد مطالعه را تأیید کند تا بتوانند سرمایه‌گذاری‌های بزرگ خود را جبران کنند و به سود مالی نیز دست یابند (۲۵)، اما آنچه عامل اعتماد عمومی جامعه و نهادهای حاکمیتی به‌عنوان نمایندگان مردم و مدافعین حقوق شهروندان به نتایج این مطالعات است، بیش از هر عامل دیگر، اعتماد آن‌ها به پژوهشگرانی است که بر اساس استانداردهای اخلاق حرفه‌ای، همواره استقلال علمی خویش را حفظ می‌کنند.

آنچه در این قسمت به آن خواهیم پرداخت، استانداردهای اخلاقی در انتشار آثار علمی در قالب مقالات علمی است. آثار علمی نتیجه یک فعالیت فکری بر پایه منطق علمی و مبتنی بر تأملات نظری یا آزمایش‌های تجربی هستند که نتایج آن‌ها توسط هم‌تایان علمی که متخصصان همان رشته یا همان حوزه تخصصی علمی هستند، مرور همتا<sup>۹</sup> شده و اعتبار علمی نتایج تأیید شده باشد. سطح اعتبار علمی آثار هم به سطح مرور هم‌تایان یا به عبارتی سطح علمی و دانشی متخصصانی که آثار علمی را ارزیابی (مرور) می‌کنند، بستگی دارد (۲۷ و ۲۶). بنابراین، تنها روشی

6- Pharmaceutical Companies.

7- Safety.

8- Efficacy.

9- Peer Review.

مسئولین مراکز تحقیقاتی و پژوهشی و نیز عموم جامعه و نهادهای مدنی در سطح ملی و بین‌المللی است.

در حوزه اخلاق در انتشار آثار پژوهشی نیز ذی‌نفعان شامل ناشران، سردبیران و داوران نشریات علمی هستند که معمولاً آخرین مرحله برای به انجام رساندن فرآیند یک پژوهش محسوب می‌شوند و با تشکیل نهادهای بین‌المللی در تلاش‌اند تا استانداردهای اخلاق در انتشار آثار علمی را معرفی کنند و با استفاده از ابزارهای مختلف اجرایی، عملاً از هنجارهای اخلاق در طراحی، اجرا و نشر حمایت نمایند تا جایی که از رعایت استانداردهای اخلاقی توسط پژوهشگران و نویسندگان آثار علمی اطمینان حاصل شود.

اهمیت حساسیت نهاد انتشار آثار پژوهشی (مجموعه‌ای از ذی‌نفعان که به گفتمان جهانی در مورد اخلاق در انتشار آثار پژوهشی شکل می‌دهند)، بر رعایت استانداردهای اخلاقی وقتی روشن‌تر می‌شود که به جایگاه این نهاد در معادلات قدرت و جایگاه علمی کشورهای مختلف دنیا توجه کنیم. امروزه کیفیت و تا حدی کمیت آثار پژوهشی به‌ویژه مقالات منتشر شده پژوهشگران هر کشور است که جایگاه و عمق نفوذ علمی و معنوی و میزان مرجعیت علمی آن کشور را در مقایسه با سایر کشورها نشان می‌دهد، جایگاهی که

جامعه خواهند بود و کماکان فرصت مرور نقادانه آن‌ها وجود دارد (۲۹). روزانه تعداد قابل توجهی از آثاری که قبلاً به‌عنوان مقالات علمی منتشر شده‌اند بعد از نقد و ارزیابی‌های پس از انتشار، از لیست مقالات علمی خارج<sup>۱</sup> می‌شوند (۳۰). این روند در دهه‌های اخیر و در پی رشد سریع فن‌آوری اطلاعات و ایجاد زمینه‌های انتشار گسترده و جهانی مقالات علمی در پایگاه‌های داده‌ای بین‌المللی، رشد روزافزونی یافته است (۳۱). چنین نقدهایی در قالب نامه به سردبیر مجلات علمی یا نظر دادن<sup>۲</sup> ذیل هر مقاله در پایگاه‌های داده‌ای که آن مقاله را نمایه<sup>۳</sup> کرده است، ارائه می‌شوند (۳۲).

در عین حال، برای اعضای جامعه علمی روشن است که الزامات علمی و اخلاقی در پژوهش کاملاً با هم آمیخته و همراه هستند. از این رو، رعایت استانداردهای اخلاقی در همه مراحل پژوهش از طراحی تا اجرا و انتشار نتایج پژوهش‌های زیست‌پزشکی<sup>۴</sup>، دغدغه اصلی سطوح مختلف ذی‌نفعان شامل سیاست‌گذاران علم و فناوری، حامیان مالی پژوهش‌ها، نهادهای علمی و دانشگاهی که معمولاً میزبان انجام پژوهش‌ها هستند، پژوهشگران سطوح مختلف در حیطه‌ها و رشته‌های مختلف علوم پزشکی شامل دانشجویان، استادان و

1- Retraction.

2- Comment.

3- Index.

4- Biomedical Research.

لازم برای انتشار آثار پژوهشی در قالب راهنماهای مختلف، مجموعه‌ای از هنجارهای مشترک بین‌المللی را برای سایر ذی‌نفعان انتشار آثار پژوهشی از جمله پژوهشگران و نویسندگان مقالات، سردبیران و داوران مجلات فراهم آورند. این استانداردها که مبنای عمل مجلات و سردبیران آن‌ها واقع می‌شوند، توسط نهادهای متولی اخلاق در پژوهش و نشر مبنای دستورالعمل‌های ملی نیز قرار می‌گیرند.

«کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» به‌عنوان مرجع ملی مسائل مرتبط با اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی کشور در راستای وظایف ذاتی خود و در جهت ایجاد شفافیت و وحدت رویه در کشور و نیز هماهنگی بیشتر با استانداردهای بین‌المللی، «راهنمای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی» را تدوین و ابلاغ کرده است که محتوای آن ضمن انطباق با مقتضیات علمی و فرهنگی کشور تا حد زیادی با استانداردهای بین‌المللی نیز هماهنگ است. نسخه بازنگری شده این راهنما در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی قابل دسترسی است (۱۹). بر اساس مقررات فعلی کشور، هرگونه تخطی از استانداردهای اعلام شده در این راهنما مصداق تخلف پژوهشی محسوب می‌شود و «کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش و

با سایر مؤلفه‌های قدرت از جمله قدرت اقتصادی در سطح بین‌المللی تا حد زیادی تناظر دارد. از این‌رو، میزان انتشارات علمی معتبر، شاخصی از رشد علمی کشورها به حساب می‌آید و رشد این شاخص برای سیاست‌گذاران علم و فناوری در همه کشورها بسیار مهم است (۳۳). همین موضوع اهمیت نهاد انتشار آثار علمی و ذی‌نفعان مربوطه را بیش‌ازپیش مشخص می‌کند.

در این میان نهاد نشر آثار علمی در سطح جهانی از این موقعیت ممتاز که در سطح بین‌المللی یافته است، برای اعمال استانداردهای مد نظر خود از جمله هنجارهای اخلاق در نشر استفاده می‌کند. در این راستا در سطح بین‌المللی سازوکارهای مختلفی برای اطمینان از رعایت استانداردهای اخلاق در انجام و انتشار آثار پژوهشی، مد نظر قرار گرفته است. از جمله این فعالیت‌ها تأسیس سازمان‌هایی از جمله کمیته بین‌المللی اخلاق نشر<sup>۵</sup> (۳۴)، بیانیه خط‌مشی انجمن جهانی سردبیران علوم پزشکی<sup>۶</sup> (۳۵)، راهنمای شورای سردبیران علمی<sup>۷</sup> (۳۶) و کمیته بین‌المللی سردبیران نشریات پزشکی<sup>۸</sup> (۳۷) است که تلاش می‌کنند با معرفی استانداردهای اخلاقی

5- Committee on Publication Ethic (COPE).

6- World Association of Medical Editors (WAME).

7- Council of Science Editors (CSE).

8- International Committee of Medical Journals Editors.

به وبسایت مجلاتی که مقالات را خارج می‌کنند، محدود شود.

این سازمان به‌عنوان یک افشاگر<sup>۳</sup> بین‌المللی، موارد مذکور را در معرض دید جهانیان قرار می‌دهد و به‌نوعی یک لیست از همه کسانی ایجاد می‌کند که مقالات آن‌ها به دلایل فنی، علمی و اخلاقی از مجلات خارج شده‌اند. شایان ذکر است که خروج مقالات با توضیح مختصر سردبیران در مورد علت خارج کردن مقاله همراه است که به آن «یادداشت خارج کردن مقاله»<sup>۴</sup> گفته می‌شود (۳۸). البته همه موارد خارج شدن مقالات به معنی وقوع نوعی تخلف یا سوء رفتار پژوهشی نیست بلکه خروج مقاله در مواردی به دلیل اشکالات روش‌شناسی<sup>۵</sup> و فنی و حتی گاهی با درخواست خود نویسندگان به دلیل وجود یک مشکل جدی که اعتبار داده‌های پژوهش را مخدوش می‌کند، صورت می‌گیرد. روشن است که این امر سطح بالای حساسیت اخلاقی نویسندگان چنین مقالاتی را نشان می‌دهد (۳۹ و ۴۰).

خبرنگاران و سایت‌های خبری تخصصی علمی نظیر بخش خبری مجله علمی Science یا مجله علمی Nature نیز نمونه دیگری از تلاش جهانی برای کاهش سوء رفتارهای علمی در انجام و انتشار

کارگروه‌های اخلاق در پژوهش» که بر اساس «دستورالعمل رسیدگی به تخلفات پژوهشی» مصوب سال ۱۳۹۴ و قانون «پیشگیری و مقابله با تقلب در تهیه آثار علمی» مصوب سال ۱۳۹۶ مجلس شورای اسلامی و آیین‌نامه اجرایی مربوطه مجاز به رسیدگی به سوء رفتارهای پژوهشی هستند، بر اساس مفاد این مستندات در مورد شکایات یا گزارش‌های واصله پیرامون تخلف از استانداردهای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی تصمیم می‌گیرند (۱۷ و ۱۹).

البته گفتمان اخلاق در انتشار آثار پژوهشی به‌جز معرفی هنجارها و استانداردها از ابزارهای دیگری هم استفاده می‌کند که از آن میان می‌توان به نهادی به نام «دیدبان خروج مقالات»<sup>۱</sup> اشاره کرد. این نهاد تلاش می‌کند تمام مقالات علمی که به دلایلی از جمله ضعف علمی یا عدم رعایت استانداردهای اخلاقی از لیست مقالات علمی خارج شده‌اند را در یک درگاه اینترنتی نمایه کند و به عبارت دیگر، ویتزینی فراهم آورد که در آن موارد سوء رفتارهای پژوهشی<sup>۲</sup> در معرض دید همه ذی‌نفعان و نیز عموم جامعه قرار گیرد. به این ترتیب، دیدبان خروج مقالات اجازه نمی‌دهد که سوء رفتارهای علمی که منجر به خروج مقالات از مجلات علمی می‌شوند، پنهان بمانند و اعلام آن‌ها تنها

3- Whistle Blower.

4- Retraction Note.

5- Methodological.

1- Retraction Watch.

2- Research Misconduct.



ادبی یا هنری واجد نوعی ارزش ذاتی هستند که به نحوه برخورد نویسنده با زبان و موفقیت وی در ارائه یک ترکیب خاص از اجزای زبانی به‌ویژه کلمات بستگی دارد، در حالی که ارزش یک مقاله علمی در عین اهمیت متن نوشته شده، بیشتر مبتنی بر فعالیت‌های پژوهشی انجام شده توسط پژوهشگر یا پژوهشگرانی است که نتایج کار خود را با استفاده از کلمات، تصاویر، جدول‌ها، نمودارها، فلوجارت‌ها و مانند آن در یک مقاله منتشر می‌کنند. از آنجا که افراد مختلف در سطوح متنوع علمی و اجرایی در طول انجام یک پژوهش تلاش می‌کنند تا پروژه پژوهشی به ثمر برسد، همواره این سؤال وجود دارد که کدام یک از افرادی که در روند انجام یک پژوهش نقش دارند، می‌توانند به‌عنوان نویسنده در مقاله مطرح شوند.

دیدن نام یک فرد روی جلد یک کتاب داستان یا یک دیوان شعر فقط یک مفهوم خاص را به خواننده یا کسی که اولین بار با آن کتاب مواجه می‌شود منتقل می‌کند: «نویسنده یک رمان یا دیوان شعر فردی است که در موقعیت یا موقعیت‌هایی خاص بر اساس تجربیات زیسته، عواطف، احساسات، تخیلات، ایدئولوژی یا حتی علم خود قلم برداشته و متن را به رشته تحریر درآورده است»، اما وقتی ما فهرست نویسندگان یک مقاله علمی را در

پژوهش‌های علمی محسوب می‌شوند. این فعالیت‌ها روند تحقیقات علمی را به‌عنوان یک فرهنگ پژوهشی در دنیا ایجاد و تقویت کرده است که هدف آن افزایش حساسیت اخلاقی در مورد سوء رفتارهای پژوهشی و ایجاد فضای اخلاقی در دانشگاه‌ها و مراکز علمی و تحقیقاتی با تقویت نظارت عمومی و فشار همتایان<sup>۶</sup> در جهت کاهش تخلفات پژوهشی از جمله در تهیه و انتشار آثار علمی است.

یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که در حوزه اخلاق در انتشار آثار پژوهشی مطرح می‌شود و معمولاً منشأ بسیاری از اختلاف‌نظرها و شکایت‌ها است، بحث نویسندگی<sup>۷</sup> مقالات است. اساساً پاسخ دادن به این سؤال که چه کسی به‌عنوان نویسنده یک متن علمی محسوب می‌شود؟ می‌تواند بسیاری از مشکلات را برطرف نماید.

ممکن است پاسخ به این سؤال بدیهی به نظر برسد، اما واقعیت این است که برخلاف یک متن ادبی که نویسنده آن حاصل تأملات خود را به رشته تحریر درمی‌آورد و قاعدتاً نویسنده آن متن هم شمرده می‌شود، تشخیص نویسنده اصلی مقالات علمی ساده نیست. ریشه این پیچیدگی البته به ماهیت اغلب پژوهش‌های علمی و نیز تغییر ساحت علم‌ورزی و پژوهش در دنیای امروز برمی‌گردد. نوشته‌ها و آثار

6- Peer Pressure.

7- Authorship.

افرادی که هر چهار شرط مذکور را دارند باید به‌عنوان نویسنده مقاله معرفی شوند و حذف نام این‌گونه افراد عملی خلاف اخلاق علمی محسوب می‌شود. اگر نام فردی به غلط از مقاله‌ای که در آن همکاری داشته، حذف شده باشد، نویسنده پنهان یا نویسنده «شبح»<sup>۳</sup> نامیده می‌شود (۴۲)؛ یعنی فردی که اسمش در مقاله نیست اما روحش در مقاله حضور دارد. به همین شکل اگر فردی هر چهار شرط استاندارد نویسندگی را نداشته باشد، نامش نمی‌تواند در زمره نویسندگان مقاله علمی قرار گیرد. اگر نام چنین فردی در مقاله به‌عنوان نویسنده ذکر شود، نوعی عمل خلاف اخلاق حرفه‌ای علمی رخ داده است. این‌گونه افراد را اصطلاحاً «نویسنده مهمان» می‌نامند (۴۳).

البته عنوان نویسنده مهمان، مفهوم موسع‌تری نیز دارد که در دو دسته خلاصه می‌شود:

- دسته اول شامل افرادی است که نامشان به دلیل جایگاه علمی بالا و بهره‌مندی از شهرت علمی آن‌ها، در میان اسامی سایر نویسندگان آورده می‌شود تا شانس پذیرش مقاله بالا برود<sup>۴</sup>؛
- دسته دوم شامل کسانی است که جایگاه نویسندگی مقاله به‌عنوان یک هدیه به

بالای صفحه اول یک مقاله می‌بینیم چه تصویری از کار نویسنده یا نویسندگان مقاله علمی به ذهن متبادر می‌شود؟ از آنجا که مقاله منتشر شده در یک مجله علمی با مرور همتا تا حدود زیادی شبیه یک مدرک تحصیلی معتبر و یک سند علمی است. داشتن یک مقاله علمی ترجیحات مختلفی برای نویسندگان از جمله برتری و اولویت یافتن در شرایطی مانند استخدام در مؤسسات علمی و پژوهشی، ارتقای رتبه و مرتبه علمی، دریافت حقوق و مزایای بیشتر، شهرت علمی بالاتر و مانند آن به همراه دارد (۴۱). از این‌رو، همواره نیاز به استاندارد مشخصی برای نویسندگی مقالات علمی احساس شده و مطرح بوده است. وجود چنین استانداردهایی باعث می‌شود که درک مشترکی از نویسندگی مقالات ایجاد شود و حقوق فعالان علمی و پژوهشی بیشتر رعایت شود.

در مجموع، می‌توان گفت فرد شایسته عنوان نویسندگی چهار شرط دارد:

- همکاری در یکی از مراحل طراحی و انجام پژوهش؛
- نوشتن یا مرور نقادانه متن دست‌نوشته<sup>۱</sup>؛
- تأیید متن نهایی<sup>۲</sup> مقاله؛
- و نهایتاً پذیرش مسئولیت اعتبار علمی و اخلاقی محتوای مقاله.

3- Ghost Author.

4- Guest Author.

1- Manuscript.

2- Proof Reading.

پایان‌نامه، داده‌ها را استخراج و در قالب یک مقاله علمی نظم می‌دهند، نمی‌توانند به‌عنوان نویسنده مقاله مطرح باشند. در واقع، داشتن شرط اول افراد را به لیست اولیه‌ای وارد می‌کند که در طول مراحل مختلف طراحی، انجام پژوهش و تحلیل داده‌ها همکاری داشته داشته‌اند. برای مثال:

- استاد راهنما یا پژوهشگر ارشد یا پیشکسوتی که بر اساس دانش و مطالعات علمی خود فرضیه پژوهشی و ایده اولیه یک پژوهش را ارائه می‌دهد؛
- متخصص روش‌شناسی که برای پاسخ به سؤال یا آزمون فرضیه مطرح شده توسط پژوهشگر مذکور مطالعه‌ای را به صورت فنی طراحی می‌کند؛
- دانشجویی که در پایان‌نامه خود تمام یا قسمتی از مطالعه مذکور را بر اساس ایده استاد و طراحی انجام شده توسط متخصص روش‌شناسی انجام می‌دهد، مثلاً بر اساس نوع مطالعه در یک مطالعه آزمایشگاهی داده‌های مربوطه را با استفاده از دستگاه مربوطه استخراج می‌کند، پرونده بیماران را مطالعه و اطلاعات مربوطه را در فرم‌های از قبل تهیه شده وارد می‌کند، پرسشنامه تأیید شده را به بیماران می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد که آن را تکمیل نمایند یا خود با پرسیدن از بیماران یا سایر افراد

آن‌ها داده می‌شود<sup>۵</sup> تا بتوانند از مزایای نویسندگی مقاله استفاده کنند (۴۴).

در هر دو حالت آوردن اسم نویسنده مهمان در زمره نویسندگان مقالات خلاف استانداردهای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی است. شیوع زیاد حضور نویسندگان مهمان در مقالات علمی موجب شده است که امتیازات اصلی نویسندگی مقالات برای نویسندگان اول و نویسندگان طرف مکاتبه<sup>۶</sup> در نظر گرفته شود و این امر باعث تضییع حقوق سایر افرادی شده است که علیرغم تلاش در انجام پژوهش و درج نامشان به‌عنوان نویسنده، از امتیازات پژوهشی مقاله بهره‌مند نمی‌شوند. در این زمینه همه نویسندگان مقاله مسئولیت دارند که اطمینان حاصل کنند، هیچ‌کدام از اسامی ذکر شده نویسنده مهمان نیستند یا نام کسی که شایسته نویسندگی است حذف نشده است و در مجموع، همه افراد هر چهار شرط لازم برای نویسندگی را دارند. بر اساس شرط اول ذکر شده برای شرایط نویسندگی مقاله - یعنی همکاری در یکی از مراحل طراحی و انجام پژوهش - افرادی که بعد از اتمام مراحل انجام پژوهش و تهیه گزارش آن فعالیت‌هایی از قبیل ترجمه متن دست‌نوشته اولیه به زبان دیگر یا ویرایش ادبی متن را انجام می‌دهند و افرادی که فقط از گزارش طرح پژوهشی یا متن

5- Gift Author.

6- Corresponding Authors.

معمولاً، پس از انجام یک پژوهش، بر اساس قالب آن (طرح پژوهشی یا پایان‌نامه) گزارشی از کار انجام شده، نوشته می‌شود. در مرحله بعد اگر گروه پژوهش تصمیم بگیرند که نتیجه را در قالب مقاله علمی منتشر کنند، بسته به زمینه، محتوای کار و سطح علمی پژوهش مجله‌ای را برای انتشار مقاله انتخاب می‌کنند. سپس یک یا چند تن از نویسندگان برای تهیه متن دست‌نوشته اولیه مأمور یا داوطلب می‌شوند و بعد متن اولیه برای بازبینی و مرور نقادانه سایر اعضای گروه نویسندگان فرستاده می‌شود. همان‌طور که ذکر شد دومین شرط نویسندگی مقاله این است که فرد نویسنده باید نسخه اولیه مقاله را نوشته باشد یا دست‌نوشته‌ای که توسط سایر اعضای گروه نویسندگان تهیه شده است را بازبینی و مرور نقادانه کند، به نحوی که در اثر این بازبینی و مرور نقادانه، متن از لحاظ محتوای علمی تکامل یابد. در واقع، این شرط بیان می‌کند از لیست افرادی که در طی مراحل مختلف طراحی، انجام و تهیه گزارش پژوهش همکاری داشته‌اند و مثال‌های آن در بالا ذکر شد، تنها افرادی می‌توانند نویسنده باشند که «صلاحیت علمی لازم برای مرور نقادانه را بر اساس تجربه علمی و سابقه تحصیلی یا کاری خود داشته باشند». بر این اساس، تهیه‌کننده دست‌نوشته که قاعده‌تاً توانایی علمی و

آن را تکمیل می‌کند، با افراد مصاحبه می‌کند و فایل مصاحبه‌ها را بر اساس طرح‌نامه مصوب پیاده و موضوع‌بندی می‌کند، بیماران وارد شده در یک کارآزمایی بالینی را پیگیری می‌کند و ...

- پرسشگرانی که در ازای دریافت مبلغی پول پرسشنامه‌ها را به شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه می‌کنند؛
  - اپراتورهایی که شغلشان کار کردن با دستگاه‌هایی است که در آزمایشگاه‌های تحقیقاتی وجود دارند؛
  - فردی که با انجام آنالیزهای تخصصی یا شرکت در نشست متخصصان یا گروه بحث متمرکز به تفسیر داده‌ها کمک می‌کند؛
  - حتی افرادی که فعالیت‌های پشتیبانی انجام پژوهش را انجام می‌دهند مثل رئیس مرکزی که از پژوهش پشتیبانی مالی می‌کند، کارمندان رده‌های مختلف مالی، اداری و خدماتی مراکز تحقیقاتی؛
- همه از کسانی هستند که نامشان در زمره افرادی که در طی انجام پژوهش فعالیتی مفید و حتی لازم داشته‌اند، وجود دارد، اما اینکه کدام‌یک از افرادی که نامشان در لیست افراد فعال در پژوهش موجود است می‌توانند نویسنده مقاله باشند، سؤالی است که پاسخش را در شرط‌های بعدی نویسندگی باید جستجو کرد.

حق‌الزحمه دریافت نمایند. در هر حال پس از تهیه متن دست‌نوشته و مرور نقادانه آن توسط همه نویسندگان، مقاله جهت انتشار برای یک مجله علمی ارسال می‌شود.

در این میان، یکی از نویسندگان مسئولیت ارسال مقاله آماده شده به مجله را بر عهده می‌گیرد. این فرد که نویسنده طرف مکاتبه<sup>۲</sup> نامیده می‌شود، کسی است که صلاحیت علمی و در عین حال وقت کافی جهت پاسخ به داورها، انتقال مطالب و اصلاحات لازم به نویسندگان، ایجاد ارتباط بین گروه نویسندگان و داوران و سردبیر مجله‌ای که مقاله به آن ارسال شده را دارد. در مورد پایان‌نامه‌های دانشجویی ترجیح بر این است که استاد راهنمای اول نقش نویسنده طرف مکاتبه را بر عهده بگیرد. با این‌که داشتن رتبه دانشگاهی بالاتر یا توان علمی بیشتر در این زمینه الزامی نیست، اما توصیه جدی بر این است که عضوی از تیم پژوهش و نویسنده مقاله که جایگاه علمی تثبیت شده‌ای در حوزه مربوطه دارد، این وظیفه را به عهده بگیرد.

در ادبیات علمی سال‌های اخیر در ایران، معمولاً به نویسنده طرف مکاتبه اصطلاحاً «نویسنده مسئول» گفته می‌شود که احتمالاً خلاصه شده ترجمه اولیه «مسئول مکاتبه» است. عنوان نویسنده مسئول با اصطلاح اصلی در زبان انگلیسی تفاوت

عملی لازم را دارد، متن اولیه را تنها برای کسانی جهت بازبینی و مرور نقادانه ارسال می‌کند که بتوانند مرور نقادانه انجام دهند. این شرط دوم است که نام افراد فاقد توانمندی علمی لازم برای مرور نقادانه را علیرغم مشارکت در برخی مراحل انجام پژوهش، از لیست نویسندگان حذف می‌کند. روشن است که افراد برای مرور نقادانه باید به سطحی از دانش و تجربه در موضوع مقاله رسیده باشند و برای دستیابی به آن آموزش دیده باشند یا مطالعه کافی کرده باشند.

از این رو، افراد به‌صرف همکاری در اموری مانند تهیه و تأمین بودجه پژوهشی، ارائه مشاوره‌های مقطعی از جمله مشاوره آماری و روش‌شناسی، ایجاد یا در اختیار قرار دادن امکانات آزمایشگاهی، انجام آزمایش‌های مربوط به بیماران یا نمونه‌های پژوهشی یا ارجاع و معرفی بیماران به پژوهشگران برای شرکت در پژوهش، شرایط کافی برای درج نامشان به‌عنوان نویسنده مقاله را نخواهد داشت. جزئیات این موضوع در «راهنمای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی» ذکر شده است (۱۹). زحمات چنین افرادی بسته به نوع مشارکت یا همکاری در پژوهش باید به صورت‌های دیگر جبران شود. مثلاً در بخش تقدیر و تشکر<sup>۱</sup> مقاله از آن‌ها سپاسگزاری شود یا در ازای خدمات خود

2- Corresponding Author.

1- Acknowledgment.

اخلاقی است. بلکه بر اساس چهارمین شرط برای احراز نویسندگی مقالات علمی این مسئولیت به عهده همه کسانی است که نامشان در زمره نویسندگان مقاله است.

بر اساس شرط چهارم نویسندگی مقالات علمی فردی می‌تواند عنوان نویسنده مقاله را داشته باشد که مسئولیت پاسخگویی در مقابل کلیه جنبه‌های علمی و اخلاقی در مراحل مختلف طراحی، انجام، گزارش و ارسال دست‌نوشته و مراحل بعدی منجر به انتشار مقاله را بپذیرد. نویسنده مقاله فردی است که از صحت داده‌های ارائه شده، اصالت متن نوشته شده و ارجاعات مربوطه، عدم وجود مصادیق تخلفات پژوهشی ذکر شده در دستورالعمل‌ها و راهنماهای عمومی و اختصاصی اخلاق در پژوهش مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در طراحی، انجام و انتشار مقاله اطمینان داشته باشد. چنین فردی منطقاً خواهد توانست که به ابهامات احتمالی در مورد پژوهش پاسخ دهد. شرط چهارم الزام می‌کند که نویسنده مقالات چه در مورد رعایت جنبه‌های علمی و چه جنبه‌های اخلاقی به همکاران خود اطمینان داشته باشد. به عبارت دیگر، بر اساس این شرط همه پژوهشگرانی که فعالیت پژوهشی انجام می‌دهند و امیدوارند نتایج فعالیت‌های خود را در قالب مقالات علمی منتشر کنند، می‌بایست با افراد یا

معنایی دارد. هر مقاله معمولاً یک نویسنده طرف مکاتبه دارد، اما مجلات در موارد خاص این اختیار را دارند که امکان درج نام بیش از یک نفر به‌عنوان نویسنده طرف مکاتبه را فراهم کنند. در این مورد مجلات علمی سیاست‌های خاصی دارند. در ادامه روند ارسال و انتشار مقاله نویسنده طرف مکاتبه بر اساس نظرات داوران و با کسب نظر سایر نویسندگان روند اصلاح و ارتقای متن دست‌نوشته را پیش می‌برد تا جایی که متن از نظر سردبیر مجله، نهایی تلقی شود و به‌عنوان مقاله چاپ گردد؛ اما برای اطمینان از اینکه تمام نویسندگان مقاله با متن نهایی موافق هستند، دستورالعمل اخلاق در انتشار آثار پژوهشی ایران و نیز همه دستورالعمل‌های بین‌المللی اخلاق در نشر، سومین شرط درج نام هر فردی به‌عنوان نویسنده در مقالات علمی را تأیید متن نهایی آن توسط فرد مذکور می‌داند. شرط سوم تضمین کننده این موضوع است که همه نویسندگان متن نهایی را دیده و تأیید کرده‌اند و قاعداً در صورت بروز هر مشکل یا مشخص شدن سوء رفتار پژوهشی احتمالی در مقاله امکان اظهار بی‌اطلاعی و سر باز زدن از مسئولیت خود را نخواهند داشت. بدون شک به کار بردن عنوان نویسنده مسئول به این مفهوم نیست که وی به تنهایی مسئول درستی پژوهش و متن مقاله از لحاظ جنبه‌های علمی و

اما استانداردهایی وجود دارد که رسیدن به چنین توافقی را تسهیل می‌کنند:

ترتیب نوشتن اسامی بیشتر به میزان مشارکت هر فرد در مراحل مختلف انجام پژوهش بستگی دارد. به عبارت دیگر، نویسنده اول مقاله فردی است که بیشترین سهم را در فعالیت‌های پژوهشی مقاله داشته است مثلاً دانشجویی که مقاله از پایان‌نامه او استخراج شده است.

عرف دیگری که تا حد زیادی در ترتیب اسامی رعایت می‌شود این است که نام نویسنده طرف مکاتبه معمولاً به‌عنوان آخرین اسم ذکر می‌شود. با وجود این استانداردها اگر باز هم توافق نهایی برای ترتیب نام نویسندگان مقاله حاصل نشد، بهتر است موضوع به کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه مربوطه ارجاع شود که در این صورت نظر کمیته مذکور فصل‌الخطاب خواهد بود.

### **سوء رفتارهای پژوهشی و بررسی آن‌ها در نظام اخلاق در پژوهش ایران**

بر اساس ماده ۳ آیین‌نامه اجرایی قانون پیشگیری و مقابله با تقلب در تهیه آثار علمی، «کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش» و «کارگروه‌های اخلاق در پژوهش مؤسسات» می‌توانند سوء رفتارهای پژوهشی را بررسی نمایند. کارگروه‌های مذکور می‌توانند پس از محرز شدن

گروه‌های پژوهشی‌ای کار کنند که می‌دانند استانداردهای اخلاقی را رعایت می‌کنند. بر اساس این شرط در صورتی که در مقاله منتج از پژوهش مشکلات علمی و اخلاقی وجود داشته باشد، هیچ‌یک از نویسندگان نمی‌توانند از مسئولیت اخلاقی و حقوقی خود در قبال اشکال پیش‌آمده، شانه خالی کنند. در نتیجه با توجه به سوء تفاهمی که ممکن است استفاده از لفظ نویسنده مسئول ایجاد کند، پیشنهاد می‌شود که از عبارت دقیق‌تر «نویسنده طرف مکاتبه» به جای آن استفاده گردد.

البته این شرط در مورد مقالات منتج از پایان‌نامه‌ها یا طرح‌های پژوهشی‌ای که در یک یا چند مرکز علمی محدود، انجام می‌شوند صادق است و طبق دستورالعمل‌های بین‌المللی و ملی مقالات منتج از برخی پژوهش‌های بسیار بزرگی که گروه‌های پژوهشی متفاوت و مستقل در مراکز مختلف انجام می‌دهند، از شمول این شروط خارج و مسئولیت نویسندگان در چنین مقالاتی محدود به رده مربوط به خود است.

به‌طور خلاصه، این چهار شرط، روشن می‌سازند که نام چه افرادی به‌عنوان نویسنده مقاله ذکر شود، اما مسئله مهم دیگر ترتیب نوشتن اسامی است.

در زمینه ترتیب نوشتن اسامی نویسندگان مقاله، اصل بر توافق بین نویسندگان است،

ماهیت و شدت و قبح چنین سوء رفتارهایی نیز متفاوت ارزیابی می‌شود. برای مثال سوء رفتار ناشی از عدم آگاهی از مقررات حاکم بر انتشار آثار پژوهشی مثل عدم ارجاع مناسب به منبع استفاده شده در یک متن با سوء رفتاری مانند ساختن (جعل)<sup>۱</sup> داده‌ها که ماهیتاً مبتنی بر فریبکاری<sup>۲</sup> است، کاملاً متفاوت است و قاعدتاً بر خوردهای متفاوت و متناسبی نیز طلب می‌کند.

به‌عنوان یک قاعده کلی، می‌توان گفت که سوء رفتارهای علمی و پژوهشی مانند «ارائه داده‌هایی به‌عنوان نتیجه پژوهش که در واقع حاصل یک پژوهش واقعی نباشند» یا «دست‌کاری عمدی داده‌های حاصل از یک پژوهش برای کسب منافعی از قبیل اخذ پذیرش مقالات در مجلات علمی» یا «اثبات عمدی فرضیه پژوهشگر از جمله عدم گزارش برخی داده‌ها مانند موارد فوت یا آسیب جدی به بیماران شرکت‌کننده در یک کارآزمایی‌های بالینی» شدیدترین نوع سوء رفتارهای پژوهشی محسوب می‌شوند (۴۵). وقوع سوء رفتارهای پژوهشی توسط افراد مشغول به کار در مؤسسات علمی، پیامدهای بسیار ناگواری به همراه دارد که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به انگ خوردن و تأثیر منفی بر شهرت و اعتبار مؤسسه در صورت آشکار شدن موارد سوء رفتار

سوء رفتارهای پژوهشی، موضوع را جهت پیگیری برحسب مورد به مراجع ذی‌صلاح شامل هیئت‌های رسیدگی به تخلفات اعضای هیئت‌علمی؛ هیئت‌های رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان؛ کمیته‌های انضباطی دانشجویان؛ سازمان‌های حرفه‌ای از جمله سازمان نظام پزشکی و نظام پرستاری؛ دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی یا تحقیقاتی، سازمان یا نهاد متبوع متخلف در داخل یا خارج از کشور؛ شورای عالی انقلاب فرهنگی؛ هیئت‌های گزینش استاد و دانشجو؛ هیئت‌های ممیزه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی؛ هیئت‌های جذب اعضای هیئت‌علمی و قوه قضاییه ارجاع نمایند.

به صورت کلی می‌توان گفت که هرگونه تخطی از استانداردهای اخلاق در پژوهش نوعی سوء رفتار یا تخلف پژوهشی محسوب می‌شود. همه ذی‌نفعان پژوهش از جمله سردبیران و داوران مجلات علمی منطقیاً می‌توانند مرتکب سوء رفتار پژوهشی شوند، اما در بیان مصادیق سوء رفتارهای پژوهشی بیشتر تأکید بر آن دسته است که توسط پژوهشگران انجام می‌گیرد.

ذکر این نکته ضروری است که اگرچه پژوهشگر اصلی مسئولیت بیشتری در اجرای استانداردهای اخلاقی در انجام پژوهش دارد، اما این امر از سایر اعضای گروه پژوهش سلب مسئولیت نمی‌کند.

1- Data Fabrication.

2- Fraud.



پژوهشی پس از پایان پژوهش» عمدتاً در جریان مستند کردن و انتشار نتایج پژوهش‌ها رخ می‌دهند.

با توجه به پویایی حوزه پژوهش و تنوع بسیار زیاد فعالیت‌های پژوهشی و پیچیدگی روند پژوهش‌ها، ارائه لیست ثابتی از مصادیق سوء رفتارهای پژوهشی امکان‌پذیر نیست. سوء رفتارهای پژوهشی پیش از شروع پژوهش، شامل موارد زیر است:

- عدم ثبت طرح نامه پژوهش (با هر عنوان از جمله طرح، طرح تحقیقاتی، پژوهش، مطالعه، پایان‌نامه و مانند آن‌ها) در موسسه مربوطه؛
- عدم اخذ تأییدیه و شناسه اخلاق در پژوهش از کمیته‌ها/ کارگروه‌های اخلاق در پژوهش؛
- عدم ثبت کارآزمایی‌های بالینی در سامانه مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران؛
- عدم اخذ مجوزهای لازم از سازمان غذا و دارو برای طرح‌هایی که طبق مقررات نیازمند اخذ مجوز از این سازمان هستند (مانند مطالعات بالینی مرتبط با داروها و ارزیابی بالینی وسایل پزشکی)؛
- استفاده از ایده‌های پژوهشی سایرین بدون رعایت حقوق مالکیت فکری؛
- عدم رعایت مقررات، ضوابط اداری و راهنماهای اخلاقی در انتخاب حامی

پژوهشی، لطمه جدی به سایر پژوهشگران مشغول به کار به دلیل کاهش اعتبار مؤسسه و در نتیجه کاهش سطح اعتماد عمومی و تخصصی به آن‌ها و حتی صدمه جدی به شهرت و جایگاه علمی آن کشور اشاره کرد (۴۶). از این رو، همه سیاست‌گذاران و مسئولان نهادها و سازمان‌های علمی تلاش می‌کنند تا با استفاده از همه ابزارهای موجود برای کاهش موارد سوء رفتارهای پژوهشی اقدام کنند. چنین اقداماتی شامل آموزش افراد دخیل در امر پژوهش، ایجاد حساسیت اخلاقی در افراد مذکور، نظارت مداوم و مستمر بر فعالیت پژوهشگران و برخورد جدی و قاطع با موارد سوء رفتار پژوهشی می‌شود.

بر اساس زمان رخ دادن سوء رفتار پژوهشی مصادیق تخلفات پژوهشی را می‌توان به سه گروه کلی شامل «سوء رفتارهای پیش از شروع پژوهش»، «سوء رفتارهای حین انجام پژوهش» و «سوء رفتارهای پس از پایان پژوهش» تقسیم کرد. «سوء رفتارهای پژوهشی پیش از شروع پژوهش»، عمدتاً در مراحل تدوین و تصویب طرح نامه یا پروتکل‌های پژوهش صورت می‌گیرند. «سوء رفتارهای پژوهشی حین انجام پژوهش» شامل نقض یا تخلف از مفاد دستورالعمل‌ها و راهنماهای اخلاقی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حین اجرای پژوهش است. «سوء رفتارهای

تغییر در طرح نامه، مانند تغییر پژوهشگر اصلی یا همکاران، اهداف پژوهش، روش‌شناسی پژوهش، روش اجرا، میزان حمایت‌های مالی، حامیان مالی و بروز مصادیقی از تعارض یا اشتراک منافع؛

• انجام کارآزمایی بالینی (مداخله روی بیماران) بدون هماهنگی با پزشک معالج؛

• تحمیل هزینه‌های مالی به شرکت‌کنندگان در پژوهش و شرکت‌های بیمه؛

• نقض یا تخلف از مفاد راهنماهای عمومی و اختصاصی اخلاق در پژوهش مصوب؛

• دریافت خدمات غیرمترافع از شرکت‌ها و مؤسسات به‌نحوی که برون‌سپاری فعالیت‌های مذکور به شخص ثالث خارج از گروه پژوهش در ازای پرداخت حق‌الزحمه و مانند آن بر اساس عرف علمی متخصصان آن رشته علمی، غیرموجه باشد؛

• عدم پاسخ‌گویی به درخواست‌های کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش (درخواست‌های حین انجام پژوهش)؛

مصادیق سوء رفتارهای پژوهشی پس از پایان پژوهش، شامل مصادیق مذکور در «راهنمای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی» است (۱۹) که ذیلاً درباره برخی از این

مالی یا انعقاد قراردادهای مربوطه؛  
• عدم رعایت موازین اخلاق نشر در تهیه طرح نامه پژوهش؛

• عدم آشکارسازی اسامی حمایت‌کنندگان پژوهش؛

• عدم شفاف‌سازی یا عدم اعلام هرگونه تعارض یا اشتراک منافع توسط ذی‌نفعان از جمله پژوهشگر اصلی، همکاران پژوهش و اعضای کارگروه/کمیته اخلاق؛

• عدم پاسخ‌گویی به درخواست‌های کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش (درخواست‌های پیش از شروع پژوهش).

• مصادیق سوء رفتارهای پژوهشی حین انجام پژوهش، شامل موارد زیر است:

• عدم اخذ رضایت آگاهانه یا عدم اطمینان از درک صحیح اهداف و روش اجرای پژوهش توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش؛

• هرگونه پنهان‌کاری مانند عدم گزارش عوارض جانبی، مخاطرات و آسیب به شرکت‌کنندگان در حین اجرای پژوهش؛

• نقض محرمانگی اطلاعات و افشای داده‌ها و اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان در پژوهش؛

• عدم پایبندی به مندرجات طرح نامه و عدم کسب موافقت مجدد از کارگروه/کمیته اخلاق در صورت انجام هرگونه

شکل مضمون، جمع‌بندی، نتیجه‌گیری یا برداشت ایده، به زبان و قلم خود بیان کند، تنها ارجاع دادن به متن مرجع کافی است و نیازی به قرار دادن مطلب نقل شده در گیومه وجود ندارد. در مواردی که از سایر عناصر یک اثر علمی مانند شکل، نمودار، جدول یا عکس استفاده می‌شود، لازم است که علاوه بر ارجاع به اثر مربوطه، از دارنده مالکیت معنوی اثر هم اجازه گرفته شود. این قاعده در مورد استفاده از بخش عمده‌ای از یک متن و نیز استفاده از پرسشنامه‌های تهیه و استاندارد شده توسط سایر پژوهشگران هم صادق است. بر این اساس اگر فردی بدون اجازه کتبی صاحبان اثر، از کنار هم قرار دادن بخش‌های قابل توجهی از آثار سایرین مقاله‌ای تهیه کند یا با کنار هم گذاشتن مقالات سایرین کتابی تألیف نماید، حتی در صورتی که مطلب را به نام خود نویسنده و صاحب اصلی منتشر کرده باشد، مرتکب نوعی سرقت علمی شده است.

همچنین اگر فردی برای نوشتن یک مطلب از نوشته‌های قبلی خود استفاده کند هم ملزم به دادن ارجاع مناسب بر اساس استانداردهای ذکر شده است و در صورتی که ارجاع مناسب انجام نشود، نویسنده مرتکب «سرقت ادبی از خود»<sup>۲</sup> شده است. در مورد نحوه ارجاع به متون ملاحظات

مصادیق توضیح داد شده است (راهنمای مذکور در سامانه اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی قابل دسترس است):

سرقت ادبی<sup>۱</sup> شایع‌ترین سوء رفتار پژوهشی است که نوعی نادیده گرفتن حقوق مالکیت فکری سایر افراد به شمار می‌آید. شیوع این سوء رفتار تا حدی است که گاهی مفهوم سوء رفتار پژوهشی با سرقت ادبی متناظر می‌شود (۴۷). وقتی تمام یا بخشی از آثار علمی، ادبی، پژوهشی دیگران بدون ارجاع یا با ارجاع ناقص یا نامناسب در نوشته یا اثر دیگر مورد استفاده قرار گیرد، سرقت ادبی رخ داده است. برای متهم نشدن به سرقت ادبی گاهی تنها ذکر منبع کفایت می‌کند. در موارد دیگر، علاوه بر ذکر منبع کسب اجازه از صاحب حقوق مالکیت فکری نیز ضرورت دارد.

بر اساس یک اصل کلی هر مطلبی که در یک نوشته علمی از اثر منتشر شده یا منتشر نشده فرد دیگری به صورت مستقیم یا غیرمستقیم نقل می‌شود، باید به منبع اصلی ارجاع داده شود. متنی که عیناً از منبعی نقل شده است باید در گیومه قرار گیرد. در صورتی که نقل قول مستقیم در گیومه قرار داده نشود، حتی در صورت ارجاع دادن به منبع اصلی، در زمره سرقت ادبی قرار می‌گیرد؛ اما در صورتی که نویسنده دست‌نوشته محتوای یک متن دیگر را به

2- Self-Plagiarism.

1- Plagiarism.

ارجاع گردد. ارجاع برنامه‌ریزی شده متقابل به مقالات یکدیگر برای بالا بردن تعداد ارجاعات مقالات نیز امری برخلاف اخلاق علمی تلقی می‌شود (۲۶).

مسئولیت اطمینان از عدم وجود سرقت ادبی در مقاله بر عهده همه نویسندگان مقاله است. بعضی سردبیران نشریات علمی برای اطمینان از عدم وجود سرقت ادبی، قبل از انتشار مقاله را کنترل می‌کنند، اما در صورت کشف موارد سرقت ادبی بعد از انتشار مقاله که معمولاً منجر به خروج آن از مجله خواهد شد، کماکان نویسندگان به‌عنوان خاطی شناخته می‌شوند (۳۰).

برای پیشگیری از وقوع سرقت ادبی در نوشتن متون علمی، اولین راهکار رعایت استانداردها در هنگام نوشتن متن از جمله استفاده از منابع اصیل و آگاهی از هنجارهای اخلاقی در نشر و ارجاع استاندارد است. امروزه با استفاده از برخی نرم‌افزارها متن نوشته شده قبل از ارسال به مجله مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (۴۸). این نرم‌افزارها اصولاً بر اساس مشابهت‌یابی در متون علمی که قبل از این منتشر شده‌اند عمل می‌کنند و میزان شباهت متن مورد ارزیابی را با متون قبلی ارائه می‌نمایند. البته گزارش حاصل از ارزیابی هر متن توسط نرم‌افزار در صورتی ارزشمند خواهد بود که توسط کارشناس خبره بررسی شود. تکیه صرف بر درصد مشابهتی که نرم‌افزار ارائه

اخلاقی ویژه‌ای وجود دارد که رعایت آن الزامی است. اصل اول در ارجاع دادن، رعایت امانت است. مضمون آنچه به یک منبع نسبت داده و از آن منبع نقل می‌شود، با اصل منظور نویسنده یا نویسندگان متن منبع همخوانی داشته باشد. لازمه این امر علاوه بر ملزم دانستن خود بر لزوم حفظ امانت، دقت در مطالعه و تلاش برای درک مناسب از متنی است که قرار است به آن ارجاع داده شود. اشکال جدی در انتقال مضمون یک متن مورد استفاده به‌عنوان منبع معمولاً زمانی پیش می‌آید که ارجاع بدون مطالعه متن اصلی و تنها بر اساس ارجاع مقالات یا متون دیگر به آن متن صورت می‌پذیرد. این نوع ارجاع دادن معمولاً موجب ایجاد سوءتفاهم در مورد منظور اصلی نویسنده متن مرجع و گاه تغییر تدریجی محتوا در اثر نقل قول‌های پی‌درپی از متونی غیر از متن اصلی منبع می‌شود. ذکر نام یک منبع در یک متن به معنای رجوع نویسنده به متن اصلی است. سوء رفتار پژوهشی دیگر ارجاع دادن به متون و مقالات بدون وجود موازین علمی و صرفاً برای بالا بردن تعداد ارجاعات یک مقاله است. چنین درخواست‌هایی ممکن است از طرف سردبیران نشریات برای بالا بردن ارجاعات مقالات قبلی نشریه مطرح شود که در این صورت نباید مورد توجه قرار گیرند و باید موضوع به مسئولین مربوطه

داده‌ها محسوب می‌شود. در پژوهش‌هایی که نتایج پژوهش به صورت تصاویری از قبیل عکس‌های رادیولوژی، تصاویر میکروسکوپی و مانند آن ارائه می‌شود، هرگونه دست‌کاری تصاویر مانند تغییر کیفیت، رنگ، شفافیت و ... که به منظور تغییر واقعیت و برای تأثیرگذاری منفی بر قضاوت داوران و سایر افرادی که نتایج را ارزیابی یا استفاده خواهند کرد، مصداق این رفتار غیراخلاقی است. اگرچه در بسیاری از موارد این‌گونه رفتارهای خلاف توسط داوران و سردبیران مجلات یا متخصصان آمار به‌آسانی قابل شناسایی است، اما در مواردی نیز چنین رفتارهایی توسط سایر پژوهشگران که به‌نوعی از موضوع اطلاع می‌یابند، افشا می‌شوند. در چنین مواردی طبق «دستورالعمل رسیدگی به تخلفات پژوهشی» افشاگران سوء رفتارهای پژوهشی از حمایت جدی نهادهای ناظر بر سلامت پژوهش برخوردار خواهند بود (۱۹).

برخی از انواع سوء رفتارهای پژوهشی پس از پایان پژوهش، در مراحل ارسال و داوری دست‌نوشته رخ می‌دهد. یکی از این موارد شامل ارسال متن برای دو یا چند مجله به صورت هم‌زمان است. اصل بر این است که هر مقاله در یک زمان واحد فقط باید برای یک مجله جهت داوری فرستاده شود و تا زمانی که تکلیف پذیرش یا رد آن روشن نشده است، برای مجله دیگری

می‌کند صحیح نیست، زیرا ممکن است علیرغم گزارش میزان بسیار کم مشابهت با متون مرجع توسط نرم‌افزار، مثلاً به دلیل قرار ندادن یک نقل قول مستقیم در گیومه، نوعی سرقت ادبی در متن وجود داشته باشد. سرقت ادبی چه عمدی و چه سهوی نوعی تخلف پژوهشی محسوب می‌شود، اگرچه در صورت اثبات عمدی بودن، عواقب شدیدی به همراه خواهد داشت (۴۹).

از دیگر مصداق سوء رفتارهای پژوهشی پس از پایان پژوهش، ساختن داده‌های جعلی یا دست‌کاری عمدی در داده‌های به دست آمده از پژوهش است. این موارد از مصداق بسیار جدی تخلفات پژوهشی به حساب می‌آیند و معمولاً برخورد شدید نهادها و مسئولین ذی‌ربط ناظر بر سلامت پژوهش<sup>۱</sup> از جمله کارگروه‌های اخلاق در پژوهش را به دنبال خواهد داشت. جعل یا ساختن داده می‌تواند شامل ساختن تمام نتایج یا جعل بخشی از نتایج باشد.

دست‌کاری داده‌ها شامل گزارش نتایج متفاوت یا برخلاف نتایج واقعی پژوهش می‌شود. برای مثال حذف کردن برخی از نتایج یک پژوهش که با سایر نتایج همخوانی ندارند و ممکن است آنالیز یا نتیجه‌گیری نهایی یا تأیید فرضیه پژوهش را با مشکل مواجه کنند، نوعی دست‌کاری

1- Research Integrity.

مقاله یا داده‌های پژوهشی شامل انتشار به دو یا چند زبان در جهت بهره‌برداری هر چه بیشتر خوانندگان و جوامع علمی و در موارد بسیار نادر انتشار یک سند بسیار مهم مثل راهنماهای بالینی است. در چنین مواردی لازم است که سردبیران و ناشران همه مجلات منتشر کننده رضایت کتبی خود را اعلام کنند و علت تکراری بودن داده‌ها یا متن را به صورت شفاف توضیح دهند. البته باید توجه نمود که طبق «راهنمای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی»، ارسال یا ارائه خلاصه مقالات در کنگره‌ها و سمینارها مانعی برای انتشار اصل مقالات در مجلات ایجاد نمی‌کند.

انتشار هم‌پوشان<sup>۴</sup> نیز نوع دیگری از انواع سوء رفتارهای پژوهشی است که در مواردی پیش می‌آید که متن ارسالی حاوی حجم قابل توجهی از اطلاعات یک مقاله منتشر شده یا در حال بررسی باشد.

### نتیجه گیری

پژوهش‌ها، از جمله پژوهش‌های انسانی، حیوانی، آزمایشگاهی و اینترنتی، هر یک الزامات اخلاقی خاص خود را دارند. رعایت استانداردهای اخلاقی در پژوهش‌های انسانی، به ویژه در کارآزمایی‌های بالینی که برای بررسی ایمنی و اثربخشی داروها انجام می‌شوند، اهمیت ویژه‌ای دارد. این کارآزمایی‌ها به دلیل حساسیت بالا

فرستاده نشود. این قاعده برای جلوگیری از هدر رفتن منابع انسانی و وقت مسئولین و داوران طراحی شده است. از همین رو است که معمولاً مجلات علمی از ارسال کننده می‌خواهند که تأیید نماید مقاله در مجله دیگری در حال داوری نیست. در مواردی که روال بررسی و داوری یک مجله بیش از حد قابل قبول یا بیش از زمان از پیش اعلام شده توسط مجله طول می‌کشد، نویسنده مسئول مکاتبه باید با استدلال منطقی از مجله قبلی درخواست «توقف بررسی»<sup>۱</sup> نماید و تلاش کند با سردبیر مجله به توافق برسد و در صورت عدم توافق باید مراتب را به کارگروه/ کمیته اخلاق در پژوهش محل فعالیت گزارش دهد. در هر حال لازم است ارسال کننده دست‌نوشته تمام مکاتبات و مذاکرات خود با مجله را مستند و مکتوب نماید، ولی انصراف از ادامه بررسی و داوری یک مقاله تا قبل از اعلام پذیرش<sup>۲</sup> مقاله توسط مجله امکان پذیر خواهد بود.

مورد دیگر از سوء رفتارهای پژوهشی شامل انتشار تکراری<sup>۳</sup> نتایج یک پژوهش است که برخلاف اصول پذیرفته شده اخلاق در نشر است مگر اینکه سردبیران و ناشران هر دو از تکراری بودن آن مطلع باشند و در عین حال این کار دلایل منطقی داشته باشد. دلایل قابل قبول برای انتشار تکراری یک

1- Withdraw.

2- Acceptance.

3- Duplicate Publication.

4- Redundant Publication.

در پژوهش‌ها نیز وجود دارد. اصول «منع اضرار» و «سودرسانی» بر ایمنی شرکت‌کنندگان تأکید دارند و پژوهش‌ها باید مزایای بیشتری نسبت به خطرات داشته باشند. ارزیابی فایده و خطر شرکت در پژوهش اولین مرحله ارزیابی اخلاقی طرح‌های پژوهشی است. رعایت انصاف و عدالت در انتخاب مشارکت‌کنندگان و توزیع فواید و زیان‌ها نیز از اصول مهم اخلاقی است. توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان و بیماران ضروری است؛ این گروه‌ها باید حمایت بیشتری دریافت کنند و نباید از شرکت در پژوهش‌ها محروم شوند، زیرا این امر می‌تواند منجر به کمبود داده‌های علمی برای ارائه خدمات سلامت به آن‌ها گردد.

و تأثیرات مالی بر صنایع دارویی تحت استانداردهای سخت‌گیرانه‌ای قرار دارند. اصول اصلی اخلاق در پژوهش شامل احترام به انسان‌ها، موازنه سود و زیان، رعایت انصاف و عدالت است. رعایت این اصول به ایجاد اعتماد عمومی به پژوهشگران کمک کرده و مشارکت شهروندان را تضمین می‌کند. حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان و محرمانگی اطلاعات آنان نیز از نکات کلیدی در اخلاق پژوهش‌های پزشکی است.

مفهوم «رضایت آگاهانه» به این معناست که مشارکت‌کنندگان باید با اراده آزاد و پس از دریافت اطلاعات کافی درباره پژوهش، موافقت خود را اعلام کنند. چالش‌هایی مانند ساده‌نویسی فرم‌های رضایت و اجبار افراد برای شرکت

## منابع

do harm. *Nature*. 2012; 482 (7384):148-52.

11. National Archive of Atlanta. Tuskegee Syphilis Study.

<https://www.archives.gov/atlanta/exhibits/item470-exh.html> (Accessed November 2022).

12. Centers for Disease Control and Prevention. The Tuskegee Timeline. <https://www.cdc.gov/tuskegee/timeline.htm> (Accessed November 2022).

13. The Belmont Report. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html> (Accessed November 2022).

14. Belmont Report and Code of Federal Regulations.

<https://research.northeastern.edu/hsrp/institutional-review-board/belmont-report> (Accessed November 2022).

15. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*. 2013; 310 (20): 2191-4.

16. Fadaei F, Zahedi L, Ffarahani Z, Ghasemzadeh N. Review of the two version of declaration of helsinki (2013 and 2008): challenges and changes. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2016; 9 (3): 75-92.

۱۷. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. قانون پیشگیری و مقابله با تقلب

در تهیه آثار علمی. قابل دسترس در:

<https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1032081>

1. Caplan AL. Too hard to face. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2005; 33(3): 394-400.

2. Weindling P, von Villiez A, Loewenau A, Farron N. The victims of unethical human experiments and coerced research under National Socialism. *Endeavour*. 2016; 40(1): 1-6.

3. Berger RL. Nazi scienc - the Dachau hypothermia experiments. *New England Journal of Medicine*. 1990 May 17; 322(20): 1435-40.

4. Unit 731: Japan's Biological Warfare Project. <http://unit731.org> (Accessed November 2022).

5. Hickey D, Li SS, Morrison C, Schulz R, Thiry M, Sorensen K. Unit 731 and moral repair. *Journal of Medical Ethics*. 2017 Apr; 43(4):270-276.

6. Ghooi RB. The Nuremberg Code—A critique. *Perspectives in Clinical Research*. 2011; 2(2): 72-76.

7. Beecher HK. Ethics and clinical research. *New England Journal of Medicine*. 1966 Jun 16; 274(24):1354-60.

8. National Archive of Atlanta. Records of Dr. John C. Cutler.

<https://www.archives.gov/research/health/cdc-cutler-records> (Accessed November 2022).

9. Rodriguez MA, García R. First, do no harm: the US sexually transmitted disease experiments in Guatemala. *American Journal of Public Health*. 2013; 103(12):2122-6.

10. Walter M. Human experiments: First,



Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *British Medical Journal*. 2003;326(7400):1167-70.

26. Black N, van Rooyen S, Godlee F, Smith R, Evans S. What makes a good reviewer and a good review for a general medical journal? *Journal of the American Medical Association*. 1998; 280(3):231-3.

27. Evans AT, McNutt RA, Fletcher SW, Fletcher RH. The characteristics of peer reviewers who produce good-quality reviews. *Journal of General Internal Medicine*. 1993; 8(8):422-8.

28. Derricourt R. Peer Review: Fetishes, Fallacies, and Perceptions. *Journal of Scholarly Publishing*. 2012;43(2):137-47.

29. Teixeira da Silva JA, Dobránszki J. Problems with traditional science publishing and finding a wider niche for post-publication peer review. *Accountability in Research*. 2015;22(1):22-40.

30. Knoepfler P. Reviewing post-publication peer review. *Trends in Genetics*. 2015;31(5):221-3.

31. Kriegeskorte N, Walther A, Deca D. An emerging consensus for open evaluation: 18 visions for the future of scientific publishing. *Frontiers in Computational Neuroscience*. 2012; 6: 94.

32. Tierney E, O'Rourke C, Fenton J. What is the role of 'the letter to the editor'? *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2015; 272(9): 2089-93.

33. Gantman ER. Economic, linguistic, and political factors in the scientific produc-

(Accessed November 2022).

۱۸. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. آیین‌نامه اجرایی قانون پیشگیری و مقابله با تقلب در تهیه آثار علمی. قابل دسترس در:

<https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1264898> (Accessed November 2022).

۱۹. سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی. قابل دسترس در: <https://ethics.research.ac.ir> (Accessed November 2022).

۲۰. سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی. دستورالعمل نحوه تشکیل، روش کار و شرح وظایف کارگروه/ کمیته‌های اخلاق در پژوهش. قابل دسترس در: <https://ethics.research.ac.ir/docs/ETHICS-Committee-Establishment-Process.pdf> (Accessed November 2022).

21. The 3Rs. National Center for the Replacing, Refining and Reducing of Animal in Research. <https://www.nc3rs.org.uk/the-3rs> (Accessed November 2022).

22. FRAME-Researching alternatives to animal testing. <http://www.frame.org.uk> (Accessed November 2022).

23. Animal Ethics Infolink. <https://www.animaethics.org.au> (Accessed November 2022).

24. Mann H. Research ethics committees and public dissemination of clinical trial results. *Lancet*. 2002;360(9330):406-8.

25. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B,

- PB, Deangelis CD. Honorary and ghost authorship in high impact biomedical journals: a cross sectional survey. *British Medical Journal*. 2011; 343:d6128.
44. Bavdekar SB. Authorship issues. *Lung India*. 2012; 29(1):76-80.
45. Godlee F. Research misconduct is widespread and harms patients. *British Medical Journal*; 2012; 344(jan05 1):e14-e14.
46. Michalek AM, Hutson AD, Wicher CP, Trump DL. The costs and underappreciated consequences of research misconduct: a case study. *PLOS Medicine*. 2010; 7(8):e1000318.
47. Carnero AM, Mayta-Tristan P, Konda KA, Mezones-Holguin E, Bernabe-Ortiz A, Alvarado GF, Canelo-Aybar C, Maguiña JL, Segura ER, Quispe AM, Smith ES, Bayer AM, Lescano AG. Plagiarism, Cheating and Research Integrity: Case Studies from a Masters Program in Peru. *Science and Engineering Ethics*. 2017; 23(4):1183-1197.
48. Youmans RJ. Does the adoption of plagiarism-detection software in higher education reduce plagiarism? *Studies in Higher Education*. 2011;36(7):749-61.
49. Ali AMET, Abdulla HMD, Snasel V. Overview and comparison of plagiarism detection tools. *DATESO*; 2011: Citeseer.
50. activity of countries. *Scientometrics*. 2012; 93(3): 967-85.
34. Committee on Publication Ethics (COPE). <https://publicationethics.org> (Accessed November 2022).
35. World Association of Medical Editors (WAME). <http://www.wame.org> (Accessed November 2022).
36. Council of Science Editors (CSE). <https://www.councilscienceeditors.org> (Accessed November 2022).
37. International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE). <http://www.icmje.org> (Accessed November 2022).
38. Atlas MC. Retraction policies of high-impact biomedical journals. *Journal of the Medical Library Association*. 2004;92(2):242-50.
39. Nath SB, Marcus SC, Druss BG. Retractions in the research literature: misconduct or mistakes? *Medical Journal of Australia*. 2006;185(3):152-4.
40. Wager E. Do medical journals provide clear and consistent guidelines on authorship? *Medscape General Medicine*. 2007;9(3):16.
41. Bennett DM, Taylor DM. Unethical practices in authorship of scientific papers. *Emergency Medicine Australasia*. 2003;15(3):263-70.
42. Ngai S, Gold JL, Gill SS, Rochon PA. Haunted manuscripts: ghost authorship in the medical literature. *Accountability in Research*. 2005;12(2):103-14.
43. Wislar JS, Flanagan A, Fontanarosa

## گفتار ۱۲

### فناوری زیستی (بیوتکنولوژی) و اخلاق پزشکی

#### مقدمه

ژن و مهندسی ژنتیک و تحقیقات مرتبط با آن است (۱) که در این گفتار، عمدتاً این بخش از موضوع، مد نظر قرار می‌گیرد. با وجود آن که ژنتیک و پژوهش‌های مرتبط با آن و نتایج حاصله از آن پژوهش‌ها کمک فراوانی به رفع بسیاری از مشکلات بشری نموده، ولی به موازات آن چالش‌های اخلاقی فراوانی نیز ایجاد شده است که باید مد نظر محققان و صاحب‌نظران قرار گیرد. اصولاً از آنجا که این‌گونه تحقیقات و روش‌های درمانی و تشخیصی روی ماده وراثتی که از نسلی به نسل دیگر منقل می‌شود، انجام می‌پذیرند ممکن است نتایج آن نه‌تنها یک فرد، بلکه یک نسل را تحت تأثیر قرار دهد (۲).

واژه زیست‌فناوری یا بیوتکنولوژی به مفهوم به کارگیری عناصر زنده و جانداران برای توسعه یا تولید محصولات یا هرگونه کاربرد فناورانه است که از سامانه‌های زیستی، جانداران یا مشتقات آن استفاده می‌کند تا محصولات یا فرآورده‌های خاصی را ایجاد یا اصلاح نماید. زیست‌فناوری کاربردهای مختلف و متفاوتی دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به اصلاح نژاد و به‌نژادی گیاهان و حیوانات، تهیه فرآورده‌های خوراکی نظیر نان، پنیر، سرکه، ماست و در حیطه پزشکی، تولید آنتی‌بیوتیک‌ها، انسولین و اینترفرون‌ها اشاره نمود. بخش مهمی از بیوتکنولوژی که با چالش‌های اخلاقی فراوان همراه است، دست‌کاری ژن‌ها، انتقال

هر فناوری نوظهور (ایجاد مشکل جدید، ارائه‌ی راه حل برای مشکلات قبلی)، پیش‌فرض‌های بنیادینی مطرح است که در فرآیند قضاوت اخلاقی به عنوان مبنای قضاوت قرار می‌گیرند. این پیش‌فرض‌ها شامل آزادی<sup>۱</sup>، خوش بینی در فناوری<sup>۲</sup>، ابهام<sup>۳</sup>، عدم قطعیت<sup>۴</sup>، جبرگرایی<sup>۵</sup>، چرخه و شکل زندگی<sup>۶</sup>، قدرت<sup>۷</sup>، بی‌طرفی فناوری<sup>۸</sup> و پتانسیل تحوّل آفرینی هستند. قضاوت اخلاقی بر مبنای هر یک از موارد ذکر شده می‌تواند چالش‌های اخلاقی متفاوتی را در فرآیند ارزیابی اخلاقی پیش‌روی ذی‌نفعان قرار دهد (۳).

در یک دهه‌ی گذشته، رویکردهای متفاوتی برای ارزیابی اخلاقی فناوری‌های نوظهور مورد استفاده قرار گرفته که هر یک با معایب و مزایایی همراه هستند. شاید بتوان ادعا کرد که از میان رویکردهای متعدد موجود، رویکرد مبتنی بر اصول<sup>۹</sup> با استفاده از ارائه‌ی اصول کلی و انتزاعی به جای تدوین راهنماهای اخلاقی بسته به بندهای محدود و طراحی چک لیست‌های متعدد، فرآیند ارزیابی اخلاقی فناوری‌ها در حال و آینده را آسان‌تر و کاربردی‌تر

مهندسی ژنتیک و فناوری جدید آن در سال‌های اخیر، باب‌های تازه‌ای برای بشریت گشوده است. تصور بسیاری از افراد این است که این فناوری زیستی جدید، پتانسیل بسیاری برای دست‌کاری در طبیعت بشری دارد لذا با توجه به سوءاستفاده‌ها و کاربردهای نابجای محتمل، مخالفت‌های وسیعی در جوامع مختلف مذهبی و غیرمذهبی با آن صورت پذیرفته است. در این گفتار مباحث عمده مطرح و مسائل اخلاق پزشکی مربوط به آن‌ها به تفصیل ذکر می‌گردند.

## جایگاه و اصول اخلاق در ارزیابی فناوری‌های زیستی

درک از اخلاق در فناوری در موقعیت‌های گوناگون تاریخی براساس میزان پیشرفت‌های علمی و صنعتی دستخوش تغییر شده است. در قرن بیستم میلادی، سیر تاریخی حاکمیت اخلاق بر پیشرفت فناوری، از رویکرد اجتماعی-انتقادی و رویکرد تاریخی-فرهنگی به سمت رویکرد مدرن تغییر یافت. در این رویکرد، فناوری‌های نوظهور منشأ اثر دوگانه‌ای خواهند بود؛ بدین معنا که هر فناوری نوظهور می‌تواند برخی از مشکلات بشری را حل و فصل نماید ولی در عین حال خود می‌تواند مشکلات جدیدی را به همراه داشته باشد. (۳)

در ارزیابی اخلاقی دو جنبه‌ی متضاد از

1 Liberty

2 Technological optimism

3 Ambiguity

4 Uncertainty

5 Determinism

6 Lifecycle & Form of life

7 Power

8 Technological neutrality

9 Principle-based approach

### پژوهش‌های ژنتیک

در دهه‌های اخیر پژوهش‌های ژنتیک سیر فزاینده‌ای داشته‌اند. به‌طور معمول این پژوهش‌ها، یک یا چند هدف ذیل را دنبال می‌کنند (۲):

- تعیین جنبه وراثتی یک بیماری خاص یا استعداد ابتلای به آن؛
- تعیین نسبت افراد مبتلا و دارای ژن معیوب؛
- کشف راه‌هایی برای پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از اختلال ژنتیکی؛
- ابداع آزمون‌هایی برای شناسایی ژن معیوب در جنین (غربالگری قبل از تولد)؛
- یافتن آزمون‌های آزمایشگاهی برای ژن معیوب؛
- ابداع شیوه‌های ژن‌درمانی.

گاهی به کمک پژوهش‌های ژنتیک احتمال اینکه فرد در آینده به چه بیماری‌ای مبتلا می‌گردد، بررسی می‌شود یا بیماری در دوره جنینی یا مدت کوتاهی بعد از آن تشخیص داده می‌شود. البته باید توجه شود که در غربالگری‌های ژنتیک موازنه سود و زیان از اهمیت زیادی برخوردار است. مثلاً در برخی موارد ممکن است انجام یک تست ژنتیک آن‌چنان درگیری ذهنی ایجاد نماید که نتایج مفید حاصله از آن کم‌اهمیت گردد (۲).

می‌کنند (۳). فناوری‌های نوظهور به‌سرعت شکل گرفته، تکامل می‌یابند و طیف گسترده‌ای از بسترهای پژوهشی و اقتصادی را فراهم می‌کنند. مزیت رویکرد مبتنی بر اصول شکل‌دهی فرآیند ارزیابی و نظارت اخلاقی موقت و میان‌مدتی است که می‌تواند به سرعت اجرایی شود و فرآیند ارزیابی را تا شکل‌دهی به سیستم سنتی‌تر مبتنی بر قوانین، فراهم کند (۴). در عین حال این فرآیند انعطاف‌پذیر است و لازم نیست که فناوری مورد نظر به‌طور کامل از پیش شناخته شده باشد بلکه در فرآیند شکل‌گیری ایده و طراحی فناوری تا رسیدن محصول نهایی به بازار امکان ارزیابی اخلاقی پویا وجود دارد و امکان تعامل متقابل همه‌ذی‌نفعان در فرآیند ارزیابی فراهم می‌شود (۳). بر این اساس، در فرآیند ارزیابی اخلاقی هر فناوری نوظهور باید به اصولی شامل خطر-هزینه-فایده<sup>۱۰</sup>، پابندی به حقوق فردی، پایداری<sup>۱۱</sup>، طبیعی بودن<sup>۱۲</sup>، احتیاط<sup>۱۳</sup>، سیر تکنولوژی<sup>۱۴</sup>، نظارت مسؤولانه<sup>۱۵</sup>، منفعت عمومی<sup>۱۶</sup>، عدالت و انصاف<sup>۱۷</sup>، مشورت مردم سالارانه<sup>۱۸</sup>، آزادی فکری<sup>۱۹</sup> مورد توجه قرار گیرد (۳).

10 The Risk-Cost-Benefit principle

11 The Sustainability Principle

12 Naturalness Principle

13 The Precautionary Principle

14 The Principle of Trajectory

15 The Responsible Stewardship Principle

16 The Public Beneficence Principle

17 The Justice and Fairness Principle

18 The Democratic Deliberation Principle

19 The Intellectual Freedom

- اخذ رضایت آگاهانه؛
- حفظ اسرار حرفه‌ای؛
- ارزیابی سود و زیان.

### اخذ رضایت آگاهانه

اخذ رضایت آگاهانه و رعایت ایمنی زیستی، مهم‌ترین نکات این دستورالعمل هستند و اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در انواع پژوهش‌های پزشکی ضروری است (۲). در خصوص پژوهش‌های مرتبط با ژنتیک، اخذ رضایت از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا نتایج، گاه هم برای بیمار و هم برای بستگان و خانواده او اهمیت دارد و لازم است در موارد ضروری همان ابتدا به داوطلب شرکت در پژوهش توضیح داده شود که در صورت نیاز نتایج به اطلاع بستگان نیز خواهد رسید. پژوهشگر از نظر اخلاقی موظف است اگر یافته‌های مثبتی به دست آمد، بدون اجازه مجدد از بیمار، با خویشاوندان او تماس بگیرد و خطرات بالقوه را به اطلاع آن‌ها برساند. به هنگام اطلاع‌رسانی در خصوص نتایج حاصله به بیمار و بستگان وی، پژوهشگر باید از صحت نتایج و دقت آن‌ها اطمینان داشته باشد و در صورت نیاز امکان ارائه مشاوره به داوطلب و خانواده او نیز وجود داشته باشد (۵).

نکته پراهمیت دیگر آن است که اگر پژوهش روی بافت‌های اضافی حاصله انجام

برای اولین بار در سال ۱۹۸۵، نگرانی‌هایی در مورد جنبه‌های اخلاقی و اجتماعی پژوهش‌های ژنتیک در انستیتوی ملی سلامت آمریکا<sup>۱</sup> مطرح شد. با پیشرفت علم و پیدایش روش‌ها و کاربردهای جدید در پژوهش‌های ژنتیکی، دامنه این مباحث گسترش یافت و به‌خصوص مسائلی از قبیل منافع مادی و اقتصادی در این زمینه مطرح شد که در نهایت منجر به تهیه دستورالعمل ۱۰۰ ماده‌ای در مورد نحوه طراحی و اجرای طرح‌های تحقیقاتی در زمینه علم ژنتیک گردید.

این دستورالعمل بر اساس شش اصل اخلاقی زیر فراهم شده است:

- ۱- الزام دقت و احتیاط کافی در حفظ ایمنی زیستی در پژوهش‌های ژنتیک؛
- ۲- لزوم مشارکت عموم مردم در سیاست‌گذاری پژوهش‌های ژنتیک؛
- ۳- توجه به طولانی بودن مدت مطالعات ژنتیکی؛
- ۴- فواید بالینی حاصل از مطالعات ژنتیکی؛
- ۵- لزوم اخذ رضایت آگاهانه و آزادانه؛
- ۶- انتخاب عادلانه افراد مورد نظر به‌عنوان نمونه‌های مورد مطالعه.

موارد اخلاقی که در پژوهش‌های ژنتیک اکیداً باید مد نظر قرار گیرند، شامل موارد زیر است:

1- National Institute of Health.

درمان بسیاری از بیماری‌ها ایجاد نموده است، با این وجود مشکلات و مسائل حل نشده‌ای در این خصوص وجود دارد که لازم است مد نظر قرار گیرد و در نهایت با ارزیابی توان فواید قابل انتظار و مضرات آن، تصمیم به انجام این گونه پژوهش‌ها گرفته شود. از جمله این مشکلات می‌توان به موارد زیر اشاره نمود (۲):

- ورود به حریم خصوصی داوطلب در صورت لزوم به اطلاع‌رسانی به بستگان بیمار در برخی موارد با رعایت اصول اخلاقی؛
- تأثیر بر تصمیم‌گیری خانواده بر فرزند آوری در آینده؛
- نیاز به بررسی همسر در مواردی که تصمیم به تولد کودک جدید در خانواده وجود دارد؛
- امکان سقط‌جنین در موارد خاص؛
- احتمال سرزنش از جانب همسر یا خانواده در مواردی که یکی از والدین عامل انتقال ژن بیماری به کودک بوده‌اند.

در مورد بیماری‌هایی که دیر بروز می‌یابند یا قابل علاج نیستند، لازم است درباره انجام یا عدم انجام تست، تصمیم‌گیری شود. مطلع کردن فرد از اینکه در آینده احتمال دارد به بیماری‌ای مبتلا شود که امکان درمان و بهبود آن وجود ندارد تا چه حد می‌تواند کمک کننده باشد؟ همچنین

می‌شود ولی از نظر موضوع و هدف جدید است، باید مجدداً رضایت آگاهانه اخذ شود (۲).

در صورتی که پژوهش روی جهش‌های ژنتیکی در جمعیت عمومی انجام می‌شود، ممکن است نیاز به غربالگری وجود داشته باشد. غربالگری در زمانی قابل قبول است که اصول اخلاقی کلی در مورد غربالگری رعایت شود (۲).

### حفظ اسرار حرفه‌ای

در پژوهش‌های مرتبط با ژنتیک حفظ اسرار بیماران اهمیت فراوان دارد، چراکه ممکن است افشای اطلاعات ژنتیکی آن‌ها از نظر احتمال ابتلا به بیماری در آینده، روی اشتغال یا بیمه شغلی افراد تأثیرگذار باشد و از آنجا که علاوه بر فرد، خانواده او نیز به‌نوعی درگیر مشکل هستند، اهمیت حفاظت از اطلاعات و محرمانگی دوچندان می‌شود. در این خصوص لازم است پژوهشگر از امنیت سیستم، اطمینان کامل داشته باشد و کمیته اخلاق در پژوهش نیز رأساً و به واسطه ناظرین از امنیت و محرمانگی اطلاعات، اطمینان حاصل نماید (۲).

### ارزیابی سود و زیان در پژوهش‌های ژنتیک

همان‌گونه که بیان شد، پژوهش‌های ژنتیک راه‌های نوینی برای تشخیص و

که احراز نکردن شرایط پذیرش بعضی شرکت‌های بیمه، یکی از این عواقب است.

### کلونینگ<sup>۱</sup>

اصطلاح کلونینگ شامل تولید یک سلول یا ارگانیسم از سلول یا ارگانیسم دیگری با همان ژنوم هسته‌ای است که یک محور عمده بحث در مباحث اخلاقی محسوب می‌شود. به عبارت دیگر، کلونینگ تولید یک نسخه کپی از هر سلول حیوان و حتی انسان است.

کلونینگ با اهداف مختلفی نظیر تولیدمثل، پژوهش‌های ژنتیک، ایجاد حیوانات تغییر یافته ژنتیکی و نیز تولید بافت و اعضای انسانی صورت می‌گیرد (۸). به‌طور کلی می‌توان شبیه‌سازی را به دو نوع تقسیم نمود: شبیه‌سازی تولید مثلی و شبیه‌سازی درمانی و تحقیقاتی (۹) که هر یک با مسائل اجتماعی و اخلاقی متفاوتی روبروست. اولین نمونه کلونینگ، گوسفند Dolly بود که در سال ۱۹۹۷ تولید گردید و پس از آن نیز نمونه‌هایی از گاو، موش، خوک، گربه و اخیراً قاطر و اسب ایجاد شده است.

پیشرفت‌های اخیر، توجهات و علایق جهانی را به سمت کلونینگ انسانی جلب نموده‌اند و مباحث علمی و اخلاقی متعددی پیرامون آن مطرح شده است. ارزش و شأن جنین انسانی، تأثیر کلونینگ بر سلامت

درباره مفید بودن اطلاع‌رسانی به بیمار در صورت ازدواج و تمایل به فرزندآوری که امکان انتقال ژن بیماری به آن‌ها وجود دارد هم باید تصمیم‌گیری شود. همچنین است درباره بیماری‌هایی نظیر هانتینگتون که بروز دیررس دارند (۲).

به‌علاوه، رعایت اصول اساسی بیانیه هلسینکی در پژوهش‌های ژنتیک لازم و ضروری است. به دلیل اهمیت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش‌های ژنتیکی و توجه ویژه به رهنمودهای شرع مقدس اسلام، راهنمای اخلاقی پژوهش‌های ژنتیک در سال ۱۳۸۴ توسط مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و با همکاری معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و از سوی کمیته کشوری اخلاق برای اجرا به تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شد.

اکثر موارد پژوهش‌های ژنتیکی، برای خود فرد و نیز اطرافیان، با نگرانی و اضطراب همراه هستند، لذا پژوهشگران باید رهنمودهای اخلاقی متناسب با این شرایط را رعایت نمایند.

اصل مهم دیگر در مطالعات ژنتیک، رازداری و احترام به محرمانگی اطلاعات است، زیرا اطلاعات ژنتیکی می‌توانند برای بیمار و همچنین اعضای خانواده او عواقب متفاوت و متعددی در برداشته باشند

1- Cloning.



برای کوتاه کردن این مهلت و اقدام برای ممنوعیت کلی کلونینگ در جهان انجام داده است.

مسئله عمده مطرح شده این است که «انگیزه ایجاد کلون‌های انسانی چیست؟» ممکن است ارزش انسان‌های حاصل از کلونینگ صرفاً تولید مجدد و تکرار یک انسان یا محول نمودن وظایف از قبل معین شده‌ای به او باشد. این خطر وجود دارد که به انسان‌های حاصل از کلونینگ به اندازه انسان‌های واحد ارزش داده نشود و تنها از توانایی آن‌ها برای انجام عملکردهای خاص یا نشان دادن رفتارهای ویژه سوءاستفاده گردد و شأن و ارزش باطنی انسان زیر سؤال برود. هم‌چنین این توانایی می‌تواند نیاز به وجود هر دو جنس نر و ماده برای بقا و تولد انسان را مرتفع کند که در این صورت یکی از ایرادات اخلاقی به این فناوری تأثیر منفی آن روی روابط بین انسان‌ها خواهد بود.

برخی از صاحب‌نظران مذهبی در عین تأکید بر این نکته که تمام ذرات بدن انسان به‌منزله یک انسان کامل و از نشانه‌های قدرت خداوند است، با توجه به مشکلات اخلاقی، جسمی و روانی و سایر مفسد پیامد آن، شبیه‌سازی را مگر در هنگام ضرورت جایز نمی‌دانند (۶). آیت‌الله خامنه‌ای رهبر انقلاب اسلامی نیز در پاسخ به سؤال موسسه رویان در مورد تحقیق

انسان و اثربخشی آن، ارزیابی سود در مقابل خطر و پتانسیل اصلاح نژاد از جمله موضوعات مورد بحث در این مقوله هستند.

کلونینگ انسان با اهداف درمانی<sup>۲</sup>، می‌تواند انقلابی در درمان و جایگزینی بافت‌ها و اعضای آسیب‌دیده ایجاد نماید، اما واهمه عمومی از کلونینگ تولیدکننده مشابه انسانی<sup>۳</sup>، سبب واکنش شدید جوامع شده است. در هر حال، مطالعه پیرامون کلونینگ انسانی، نیازمند استفاده از جنین انسانی است که به مسائل اخلاقی پیرامون آن قبلاً اشاره شد. کلونینگ تولیدکننده مشابه انسانی در بسیاری از کشورها ممنوع شده یا تحت شرایط خاص و به منظور انجام تحقیقات ویژه‌ای مجاز شمرده شده است (۸ و ۹ و ۱۰).

توافق عمومی سازمان‌های جهانی مانند یونسکو، سازمان جهانی بهداشت و اتحادیه اروپا بر این است که کلونینگ در تولیدمثل انسانی، عوارض دارد، اخلاقی نیست و مؤکداً باید ممنوع شود. سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۳ نشست‌هایی در این مورد آغاز نمود که تا ماه نوامبر ادامه یافت و با پیشنهاد ایران و برخی کشورهای اسلامی، ممنوعیت مطلق کلونینگ به تصویب رسید و تصمیم‌گیری در این مورد به دو سال آینده موکول گردید (۹). هرچند پس از آن و تا این زمان، دولت آمریکا تلاش‌هایی

2- Human therapeutic cloning.

3- Human reproductive cloning.

پیرامون سلول‌های بنیادی جنینی فرمودند: با همت و پشتکار هدف‌های بزرگ این تحقیقات را دنبال کنید و این ثروت هنگفت انسانی را برای کشور و ملت خود تولید نمایید، اما مراقب باشید که ساختن قطعات یدکی انسان به ساختن انسان منتهی نشود (۶).

نکته مهم آن است که شبیه‌سازی انسانی از دیدگاه اکثر صاحب‌نظران مسلمان معایبی دارد و با توجه به عواقب غیرقابل انکار آن، شبیه‌سازی تولیدمثلی ممنوع شده است. با این حال، تحقیقات روی سلول‌های بنیادی و شبیه‌سازی آن‌ها با اهداف درمانی با در نظر گرفتن جنبه‌های مختلف اخلاقی و شرعی مجاز تلقی می‌شود (۷).

### به نژادی

علم اصلاح نژاد بشر یا Eugenics می‌تواند شامل حذف ژن‌های ناقص (اصلاح نژاد منفی)<sup>۱</sup> و نیز بهبود ویژگی‌های بشری مانند هوش و شخصیت (اصلاح نژاد مثبت)<sup>۲</sup> باشد (۵). پیشرفت علم و فناوری طی ۵۰ سال آینده و امکان دست‌کاری ژنتیکی تقویتی (مثبت) یا ایجاد یک نژاد برتر ممکن است به صورت یک نگرانی واقعی درآید (۱۲). نباید فراموش کنیم که اگر یک فرد یا دولت منحرف<sup>۳</sup> بخواهد از فناوری نوین ژنتیک به منظور رسیدن به

اهداف ناصحیح استفاده کند، فاجعه اخلاقی بزرگی می‌تواند رخ دهد.

نقش اصلاح نژاد منفی در تغییر ژنتیک جامعه بشری در درازمدت قابل توجه است. در این شیوه، در حقیقت افراد انتخابی سالم به افراد غیرسالم ترجیح داده می‌شوند و این اصلاح از طریق سقط‌جنین ژن‌های ناقص صورت می‌گیرد.

علاوه بر مسائل اخلاقی عمده مربوط به سقط‌جنین، توجهات اخلاقی دیگری نیز وجود دارد، از جمله:

- شدت اختلال ژنتیکی و اثر آن بر حیات فرد مبتلا؛
- اثرات جسمی، روانی و اقتصادی چنین تولدهایی بر خانواده و اجتماع؛
- میزان تسهیلات پزشکی و آموزشی در دسترس برای این بیماران؛
- میزان قابل اعتماد بودن تشخیص مطرح شده و نیز میزان گسترده شدن حجم ژن‌های ناقص در جامعه تحت تأثیر افراد ناقل.

اصلاح نژاد مثبت از حمایت ایدئال‌گرایان در جوامع مختلف برخوردار است، چراکه تشویقی برای به‌کارگیری خصوصیات مثبت انسانی محسوب می‌شود، اما در عمل هم غیرعلمی است و هم غیراخلاقی چراکه با آزادی‌های فردی انسان در تعارض است. یک مثال واضح از این مسئله برنامه اصلاح

1- Negative eugenics.

2- Positive eugenics.

3- Devious.

نژاد نازی‌ها در آلمان بود.

## غربالگری ژنتیک

با پیشرفت فناوری در مطالعات ژنتیک، غربالگری ژنتیکی مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است. وسایل تشخیصی متعددی وجود دارد که می‌توانند با بررسی DNA، بسیاری از واریانت‌های ژنتیک انسانی را شناسایی کنند. غربالگری ژنتیک انواع مختلفی دارد که عمدتاً برای پیش‌بینی ابتلا به بیماری‌ها انجام می‌شود. تحقیقات بر پایه غربالگری ژنتیک می‌توانند یک جهش یا گوناگونی ژنتیکی زمینه‌ساز یک بیماری را شناسایی کنند، اما با توجه به اینکه هیچ دورنمای نزدیکی برای پیش‌گیری یا درمان ناقلان وجود ندارد، در اغلب موارد غربالگری بی‌فایده است. بنابراین، این پژوهش‌ها زمانی اهمیت می‌یابند که به ارث رسیدن یک ژن خاص سبب افزایش استعداد بروز بیماری در پاسخ به عوامل محیطی شود یا میزان خطر ایجاد بیماری در مراحل بعدی زندگی و فرزندان آینده افراد، هرچند با احتمال و تردید، مشخص شود.

رعایت اصول اخلاقی در خصوص کسب رضایت افراد، رازداری، نحوه به‌کارگیری اطلاعات حاصله و خودداری از بدنام نمودن افراد دچار اختلال، از مسلمات تحقیقات ژنتیک است. ضرورت اخذ رضایت‌نامه آگاهانه هیچ‌جا بیشتر از آزمون‌های ژنتیکی هویدا نیست (۲).

پیدایش شیوه‌های جدید تشخیصی قبل از تولد و توانایی شناسایی نقایص ژنتیکی در جنین (مانند سندرم داون یا فیروز کیستیک) نیز مباحث اخلاقی جدیدی را پیش راه محققان، پزشکان و والدین قرار داده است. از یک‌سو شیوه‌های متداول برای غربالگری در جنین (مانند آمنیوسنتز و نمونه‌برداری از پرزهای جفت) می‌توانند منجر به سقط، عفونت و گاه ایجاد ناهنجاری در جنین شوند. گرچه در حال حاضر شیوه‌های غربالگری پیشرفت کرده است مانند تست غیر تهاجمی قبل از تولد<sup>۴</sup> که خطر خاصی را متوجه مادر و جنین نمی‌کند. (۲) و از سوی دیگر ممکن است پزشک یا والدین موارد لزوم واقعی انجام غربالگری را رعایت نکنند و در نتیجه انجام آزمایش‌های ژنتیک در موارد کم‌اهمیت یا حتی در مواردی چون بررسی وضعیت هوشی، بلندی و کوتاهی قد و غیره، پیامدهای غیراخلاقی دیگری به دنبال آورد (۲). انجام غربالگری ژنتیکی با در نظر گرفتن اصول اخلاق و قانون، می‌تواند بر آینده فرد و حتی نسل‌های بعدی او تأثیرات زیادی داشته باشد، بنابراین باید علاوه بر تأمین امکانات مشاوره‌ای مناسب، مسائل موجود و میزان خطر واقعی این کار برای فرد توضیح داده شود.

یکی دیگر از مشکلات پژوهش‌های ژنتیکی، شناسایی زود هنگام بیماری‌های

4 - Noninvasive prenatal testing or Cell-free DNA screening

## تهیه نقشه ژنوم انسانی

تهیه نقشه ژنوم انسانی (HGP)<sup>۱</sup>، اولین بار در سال ۱۹۹۰ با یک برنامه ۱۵ ساله آغاز شد و هدف آن شناسایی ترتیب DNA روی کروموزوم‌های انسانی و تحلیل آن‌ها بود. هرچند مقصد اولیه و نهایی HGP بهبود سلامتی انسانی بود، اما سؤالات اخلاقی زیادی را برانگیخت. اتونومی و رازداری از عمده‌ترین مباحث فردی در این زمینه هستند. مسائل اجتماعی اخلاقی چندی شامل تخصیص منابع، تجاری شدن و اصلاح نژاد در این مقوله مطرح هستند. 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 گونه انسانی به کار رود؟

## ژن‌درمانی

ژن‌درمانی یا درمان ژنتیکی با اصلاح ژن، روش نوینی در درمان و پیشگیری از بیماری‌های ژنتیکی و ارثی است. ایده اصلی ژن‌درمانی وارد کردن یک نسخه سالم از یک ژن جهش‌یافته به ژنوم فرد مبتلا است. با وجود گذشت بیش از دو دهه از ارائه ایده ژن‌درمانی، کارآمد شدن این تکنیک هنوز در دوره ابتدایی و کارآزمایی‌های مربوط به آن در سطح بالینی تنها در مرحله پژوهش قرار دارد و ملاحظات اخلاقی و قانونی

ژنتیکی است که در سنین بالاتر بروز می‌نمایند. هرچند تشخیص زود هنگام این بیماری‌ها می‌تواند راه را برای پژوهش‌های پیشگیری باز کند، اما متأسفانه می‌تواند لطمات روانی جبران‌ناپذیری بر فرد وارد نماید و سیر طبیعی زندگی او را دچار دگرگونی‌های اساسی کند. برای مثال، غربالگری و تشخیص بیماری هانتینگتون در خردسالی می‌تواند آینده فرد را به صورت جبران‌ناپذیری تباه کند (۲). لذا در تمام موارد انجام غربالگری تحقیقاتی در جنین، باید موافقت کمیته اخلاقی اخذ گردد. در صورت موافقت کمیته اخلاقی، تصمیم‌گیری نهایی برای شرکت در مطالعه، بر عهده والدین خواهد بود (۲).

علاوه بر مطالب مطرح شده مسائلی وجود دارد که کل بحث غربالگری دوران جنینی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و همگی شامل میزان کاربرد این آزمون‌ها می‌شوند. اختصاصاً در مورد تصمیم‌گیری ختم حاملگی به واسطه یک بررسی پری‌ناتال، تأملاتی وجود دارد. این نوع پژوهش‌های ژنتیکی، به‌جز وقتی که به صورت ناشناس انجام شوند، باعث اضطراب و ناراحتی آزمودنی می‌شوند بدون آن‌که سود مشخصی برای او به همراه داشته باشند به‌ویژه اگر جواب غربالگری مثبت باشد.

1- Human Genome Project.

منجر به پیدایش اختلال در عملکرد سلولی و احتمالاً فعال شدن ژن‌های سرطان‌زا بشود (۱۲).

کارآزمایی در مورد ژن‌درمانی سلول‌های سوماتیک از سال ۱۹۹۰ با انجام اولین مورد ژن‌درمانی شتاب گرفته است، اما هم از لحاظ تکنیکی و هم از لحاظ اخلاقی موانعی بر سر راه آن وجود دارد (۵ و ۱۲). استفاده از ژن‌درمانی سلول‌های سوماتیک در سرطان‌ها در حال بررسی است.

بحث‌های اخلاقی واضح در ژن‌درمانی سلول سوماتیک شامل نیاز به تعادل بین فواید و خطرات احتمالی و ارزیابی مؤثر بودن تکنیک‌های جدید است. هم‌چنین فواید ژن‌درمانی در مقایسه با سایر درمان‌های جایگزین مانند پیوند مغز استخوان و شیمی‌درمانی باید سنجیده شوند. خطرات احتمالی ژن‌درمانی برای اطرافیان، میزان و نحوه آگاهی دادن به بیماران و نیز کسب رضایت برای ژن‌درمانی نیز باید مد نظر قرار گیرند. رازداری در مورد اطلاعات پزشکی بیمار از اصول مهم اخلاق پزشکی است که در این مورد حتماً 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 ژن‌درمانی در سلول‌های سوماتیک، پروتکل‌هایی

بسیاری نیز بر انجام این‌گونه روش‌ها متصور است (۱۳). در این قسمت به برخی از چالش‌های موجود در این زمینه اشاره می‌شود.

به‌طورکلی، طب مولکولی سه حیطه وسیع را شامل می‌شود (۵):

- مطالعه ژن‌ها و محصولات حاصل از ژن؛
- شناسایی بیان غیرطبیعی ژن‌ها در بیماری؛
- تعدیل درمانی بیان ژن‌های غیرطبیعی.

فناوری بررسی DNA در روشن نمودن مبنای ژنتیک برخی بیماری‌های تک ژنی موفقیت‌هایی داشته است، از جمله در بیماری فیروز کیستیک، کره هانتینگتون و... اما در بیماری‌های چند ژنی مانند دیابت، پرفشاری خون، استئوپروز و بیماری آلزایمر این امر پیچیدگی بیشتری دارد (۵). ژن‌درمانی، در حقیقت، قرار دادن یک ژن صناعی درون سلول بیمار است به‌نحوی که جایگزین ژن معیوب عامل بیماری گردد (۲). اولین پیش‌نیاز برای انجام ژن‌درمانی عبارت است از شناسایی و کلون کردن ژن‌های طبیعی (۱۲) که باید با روشی مؤثر به داخل سلول‌های هدف انتقال یابند.

در تمام روش‌های انتقال ژن، DNA مورد نظر به مجموعه DNA سلول هدف اضافه می‌شود. خطرات یکی شدن DNA خارجی با ژنوم، شامل به هم خوردن و اغتشاش در ژن‌های تنظیم‌کننده است که ممکن است

شامل شرایط اخلاقی، قانونی و اجتماعی طرح‌ریزی شده است.

ژن‌درمانی سلول‌های زایا در حقیقت وارد نمودن ژن به داخل لایه سلول‌های زایا<sup>۱</sup> (اسپرم، تخمک و رویان) است (۵). تغییر ژن‌های درون اسپرم یا تخمک یا سلول‌های تولیدکننده آن‌ها می‌تواند از انتقال ژن معیوب به نسل‌های بعد جلوگیری کند (۲). تجربیات حیوانی خطرات بالای این شیوه را نشان داده است، چراکه این تغییر ژن‌ها ممکن است باعث صدمه به DNA شوند و با نتایج جدی نامطلوب همراه باشند (۵). هم‌اکنون رویان‌های حاصل از IVF (که بدون استفاده مانده‌اند)، در ارزیابی این مسئله به کار گرفته شده‌اند که در این امر نیز اختلاف‌نظرهای فراوان وجود دارد.

اعلامیه شورای پژوهش پزشکی یازده کشور اروپای غربی<sup>۲</sup> از جمله انگلستان که توسط کمیته مشورتی ژن‌درمانی<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) نیز تأیید شده است در سال ۱۹۸۸ مقرراتی برای ژن‌درمانی وضع نموده که اصول کلی آن به شرح زیر است (۲):

- ژن‌درمانی باید محدود به تلاش برای اصلاح بیماری‌ها یا نقایص باشد؛
- ژن‌درمانی باید محدود به سلول‌های سوماتیک انسان باشد و در حال حاضر هیچ تلاشی به منظور انتقال ژن‌ها به

درون سلول‌های اسپرم یا جنین صورت نگیرد؛

- پژوهش‌های اولیه باید بر روش‌های بی‌خطر برای انتقال ژن جایگزین صحه گذاشته باشد؛
- رهنمودهای ملی کارآمد برای طبابت صحیح و تأسیس نهادهای ملی برای نظارت بر کارآزمایی‌های بالینی مربوط به ژن‌درمانی که در آینده انجام خواهند شد، تهیه گردند.

در نهایت افزایش سرطان‌ها به‌خصوص ملانوما، سرطان پستان، کولون و مثانه، پروستات، تخمدان، پانکراس، و لوسمی و لنفوم غیر هوچکین، یکی از مواردی است که در ژن‌درمانی تجربی مورد بحث قرار گرفته است.

باید توجه شود که ژن‌درمانی (۲):

- محدود به تلاش برای رفع نقایص باشد؛
- محدود به سلول‌های سوماتیک باشد (در سلول‌های زایا احتمال انتقال تغییر به نسل بعد وجود دارد)؛
- محدود به اختلالات تهدیدکننده زندگی باشد؛
- با نظارت کمیته اخلاق در پژوهش انجام شود؛
- در کنار درمان‌های استاندارد بکار رود؛
- و پژوهش‌های اولیه بی‌خطری این روش را اثبات کنند.

1- Germ Cell.

2- The European Joint Statement on GeneTherapy.

3- Gene therapy Advisory committee 1995.

## نتیجه‌گیری

بیوتکنولوژی، علوم سلولی و مولکولی و ژنتیک و بسیاری از علوم دیگر که پیشرفت سریع و قابل توجهی دارند، ملاحظات اخلاقی ویژه‌ای طلب می‌کنند که راهکارهای آن به‌راحتی در کدها و دستورالعمل‌های اخلاقی یافت نمی‌شود. جهت تصمیم‌سازی و حل این‌گونه چالش‌ها توجه به اصول اخلاقی نظیر احترام به اتونومی، حفظ اسرار افراد، ارزیابی سود و زیان در انجام این‌گونه اقدامات و استفاده از این اصول در تحلیل موارد، راهگشا است. لذا محققان مرتبط با پژوهش‌های حوزه فناوری زیستی و بالین‌گران عرصه کاربردی باید با اصول اخلاقی این حیطه آشنا باشند و آن‌ها را به‌طور جدی مد نظر قرار دهند. با توجه به ماهیت نو و به‌روز این‌گونه علوم، باید علاوه بر یادگیری نحوه حل تعارضات اخلاقی، از نظرات خردمندان حیطه اخلاق پزشکی و اخلاق زیستی در قالب مشاوره یا طرح موضوع در کمیته‌های اخلاق پزشکی نیز بهره جست.

## دیدگاه اسلام در پژوهش‌های

### ژنتیک

علم ژنتیک در علوم پزشکی دربرگیرنده کاربرد هم‌زمان دانش ژنتیک و فناوری آن در شرایط خاص بالینی و اپیدمیولوژیک است. به منظور بهره‌مندی جامعه بشری از پیشرفت‌های جدید، لازم است که دانش تجربی در چارچوب اخلاقی مشخص و تعریف‌شده‌ای به کار رود. قانون، آداب و رسوم و سنت‌ها به موازات آموزه‌های دینی در تعیین این چارچوب اهمیت می‌یابند. اخلاق زیستی اسلامی برگرفته از اصول، وظایف و حقوق واقعی افراد است و بیشتر بر کاربرد پیشگیرانه پژوهش‌های ژنتیک تأکید می‌نماید و بر لزوم درمان بیماران با توجه به جنبه‌های روانی-جسمانی بیماری و با رعایت اصل احترام تأکید بسیار نموده است. بر این اساس توجه به راهنمایی‌های دین اسلام به‌ویژه در زمینه طراحی پژوهش‌های ژنتیک در پیشگیری و درمان اختلالات ژنتیکی و تحقیقات ژنتیک در کلیه زمینه‌های مطرح شده بسیار سازنده است (۱۴ و ۱۵).

## منابع

URL: [http://www.cbhd.org/resources/cloning/hensley2003\\_07\\_09\\_print.htm](http://www.cbhd.org/resources/cloning/hensley2003_07_09_print.htm).

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

11. UN News Center. General assembly legal committee postpones cloning debate for two years (6 November 2003). Available from URL: <http://www.un.org/apps/news/printnews.asp?nid=8806>.

۱۲. کولور ک. ژن‌درمانی برای پزشکان. ترجمه دکتر منوچهر شریعتی. بوشهر: دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، ۱۳۷۶.

۱۳. کیانی م، بزمی ش، شیخ‌آزادی ا. ژن‌درمانی، ملاحظات اخلاقی، چالش‌ها و راهکارها. ۱۳۸۹؛ ۴(۱۱): ۳۹-۵۲.

14. Al Aqeel AI. Islamic ethical framework for research into and prevention of genetic diseases. *Nature Genetics* 2007; 39(11): 1293-98.

15. Larijani B, Zahedi F. Islamic principles and decision making in bioethics. *Nature Genetics* 2008; 40(2): 123.

1. [www.grandviewresearch.com](http://www.grandviewresearch.com). Retrieved 2021-01-29.

۲. اسمیت ت. اخلاق در پژوهش‌های پزشکی. ترجمه محمد ضرغام. تهران: برای فردا، ۱۳۸۱.

3. Bahmani F, Noroozi M, Kolahchi N, Ghanei M. Bioethics, emerging biotechnologies, and society: providing an ethical framework for assessing emerging biotechnologies. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2023; 16: Article number: 4

4. Marchant EG, Allenby BR, Herkert JR (eds). *The Growing Gap Between Emerging Technologies and Legal-Ethical Oversight*. USA: Springer; 2011

5. Campbell A, Gillett G, Jones G. *Medical ethics: genetic dilemmas*. UK: Oxford University Press, 2005: 76-96.

۶. لاریجانی ب. پیوند اعضا: مباحث علمی، اخلاقی، حقوقی و فقهی. تهران: برای فردا؛ ۱۳۸۲.

7. UN News Center. General assembly legal committee postpones cloning debate for two years (6 November 2003). Available from URL: <http://www.un.org/apps/news/printnews.asp?nid=8806>.

8. Martindale D. Lawyers oppose ban on cloning. *The Scientist* 2002 (19 August). Available from: URL: <http://www.biomed-central.com/news/20020819/03/>

9. Hensley SD. AMA approves creating life for destructive purposes. Available from



## گفتار ۱۳

### اخلاق پزشکی بالینی

#### مقدمه

جامعه انتظار دارند که تصمیمات پزشک در مورد مراقبت از بیمار، منابع و رژیم‌های درمانی کاملاً بر اساس اصول اخلاقی و علمی مناسب باشد (۲). اخلاق پزشکی بالینی در شناسایی، درک و حل چالش‌های اخلاقی در مراقبت از بیماران به پزشکان کمک می‌کند (۱).

اخلاق پزشکی بالینی فقط شاخه‌ای از اخلاق زیستی یا اخلاق فلسفی یا اخلاق قانونی نیست، بلکه بخشی از ذات پزشکی است. پزشکان متخصص اخلاقی بالینی و غیر بالینی باید اخلاق پزشکی بالینی را در برخورد‌های معمول و روزمره با بیماران بستری و سرپایی اعمال کنند. اخلاق پزشکی بالینی به بسیاری از موضوعات و چالش‌هایی که در بالین بیمار به وجود می‌آید، مانند گفتن حقیقت، اخذ رضایت آگاهانه، رازداری، تصمیم‌گیرنده جایگزین

لفظ بالینی برای محدود ساختن موضوعات مربوط به رویارویی پزشک و بیمار در زمانی که پزشک در حال مراقبت از بیمار است به کار می‌رود. اخلاق پزشکی بالینی<sup>۱</sup> نیز مقوله‌ای است که دلایل موافق یا مخالف با یک تصمیم یا عمل را بررسی می‌کند و نشان می‌دهد که چه استدلال‌هایی و به چه دلیل قانع‌کننده هستند یا نیستند (۱).

امروزه، با پیشرفت فناوری و دانش پزشکی، ارائه مراقبت به بیماران با مجموعه‌ای از مسائل پیچیده پزشکی، اخلاقی و حقوقی همراه است. پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید به حل این مشکلات بپردازند و گاهی با نظر مخالف بیماران یا تصمیم‌گیرنده جایگزین آن‌ها مواجه می‌شوند و باید از آن عبور کنند. در عین حال، بیماران، خانواده‌های آن‌ها و

1- Clinical medical ethics.

و مراقبت از بیماران در پایان زندگی می‌پردازد. همچنین تعاملات شخصی، انسانی و دلسوزانه بین پزشکان و بیماران را ترویج می‌کند (۳).

### کمیته‌های اخلاق پزشکی در بیمارستان

مسائل اخلاق بالینی که کادر پزشکی بیمارستان‌ها به‌طور روزمره با آن روبرو هستند، (نظیر تصمیم‌گیری‌های پزشکی برای بیماران، مسائل اخلاق در پژوهش‌های بیمارستانی، تخصیص منابع، پیوند اعضا و هم‌چنین حل مناقشاتی که ممکن است بین پزشک و بیمار بروز نماید)، مبین ضرورت تشکیل کمیته‌ای تخصصی است که بتواند با ارائه راهکارهای مناسب به کادر پزشکی، آنان را در ارائه بهتر خدمات سلامت به بیماران کمک نماید. «هدف اصلی کمیته‌های اخلاق پزشکی بالینی بهبود کیفیت مراقبت از بیمار از طریق شناسایی و تجزیه و تحلیل مشکلات اخلاقی است که در عملکرد روزمره پزشکان در بالین بیمار به وجود می‌آید و کمک به رفع این مشکلات است» (۴).

امروزه در بسیاری از کشورها به‌خصوص کشورهای آمریکای شمالی و بعضی از کشورهای اروپایی، پاسخ به چنین نیازی به دو شکل انجام می‌شود:

• تشکیل کمیته اخلاق بیمارستانی یا بخش اخلاق بالینی

• حضور یک متخصص اخلاق بالینی این‌که کدام‌یک بر دیگری ارجحیت دارد، به نوع فعالیت و تعداد تخت‌های بیمارستان و امکانات موجود آن و هم‌چنین وجود متخصصان مربوطه و نیز تعداد افرادی که علاقه‌مند به فعالیت در چنین حوزه‌ای هستند، بستگی دارد. مرور سوابق تشکیل کمیته‌های اخلاق بیمارستانی (کمیته‌های اخلاق بالینی) نشان می‌دهد که ملاک کار آن‌ها صرفاً توجه به جنبه‌های اخلاقی نیست، معیارهای پزشکی و وضعیت اجتماعی بیماران نیز در تصمیم‌گیری آن‌ها نقش دارد.

### تاریخچه کمیته‌های اخلاق پزشکی بالینی (کمیته‌های اخلاق بیمارستان)

در دهه ۱۹۶۰، بهره‌گیری از دستگاه دیالیز برای کمک به بیماران کلیوی و کمبود این دستگاه برای تعداد قابل توجه بیماران، مسئولان بیمارستان‌ها را بر آن داشت تا با تشکیل کمیته‌ای، بیماران واجد شرایط را انتخاب کنند و به ترتیب اولویت به درمان این بیماران با دستگاه دیالیز پردازند. این کمیته برای اولین بار در سال ۱۹۶۲ در بیمارستانی در سیاتل آمریکا تشکیل شد. کار این کمیته تخصیص منابع محدود درمانی برای بیماران نیازمند بود. با تصمیم این کمیته، تعدادی از بیماران به علت محدودیت تعداد دستگاه دیالیز امکان

اخلاقی و حقوقی از «مواجهه روزانه» تا «مواجهه سالیانه» نوسان داشت. ۵۲ درصد کادر پزشکی و ۲۰ درصد کادر پرستاری از قوانین مرتبط با حرفه خود آگاهی داشتند. ۱۱ درصد پزشکان چیزی در مورد قسم‌نامه بقراط نمی‌دانستند و ۲۵ درصد پرستاران نیز از کدهای پرستاری اطلاعی نداشتند. همچنین کدهای نورنبرگ و هلسینکی را فقط عده‌ای محدود از افراد می‌شناختند. ۲۹ درصد پزشکان و ۳۷ درصد پرستاران از وجود کمیته اخلاق بیمارستانی اطلاعی نداشتند (۶).

در مطالعه دیگری روی کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در کرواسی که پژوهشگران مجری، آن را نمونه‌ای از وضعیت موجود در کشورهای اروپای شرقی معرفی می‌نمایند، اکثریت کمیته‌ها بعد از سال ۱۹۹۷ (که تشکیل کمیته‌های اخلاق اجباری شده بود) تشکیل شده و تعداد اعضای کمیته‌ها و شغل آن‌ها دقیقاً منطبق بر ساختار طرح شده در قانون مربوطه بود؛ یعنی سه پزشک و دو نفر از سایر حرفه‌ها که اغلب حقوقدان و کارشناس امور مذهبی بودند. سطح معلومات اخلاقی اعضا در حد متوسط ولی ناکافی برای مسئولیت‌های آنان در کمیته بود و دیدگاه آنان در خصوص ارتباط پزشک و بیمار و معضلات اخلاق پزشکی، درصد بالایی از رویکرد پدرسالاری و قیومیت نسبت به بیماران را نشان داد که

استفاده از این دستگاه را پیدا نمی‌کردند. تصمیم این کمیته در واقع تعیین کسانی بود که امکان دسترسی به دستگاه دیالیز را پیدا می‌کردند و زنده می‌ماندند، به همین دلیل این کمیته‌ها پس از چندی عنوان «کمیته خدا» را به خود گرفتند (۵).

به علت کثرت بیماران نیازمند به دیالیز، ملاک کار این کمیته در اصل اندیکاسیون‌ها و کنتراندیکاسیون‌های پزشکی نبود، بلکه انتخاب بر اساس ملاک‌های غیرپزشکی (اجتماعی، اخلاقی) صورت می‌گرفت. شاید بتوان به این کمیته‌ها به‌عنوان اولین کمیته تصمیم‌گیری در بیمارستان‌ها که ملاک کارشان نه فقط ملاک‌های پزشکی بلکه ملاحظات اخلاقی و اجتماعی بود، اشاره نمود.

ایده تشکیل کمیته‌های اخلاق بیمارستانی اخیراً مورد توجه بیشتری قرار گرفته است و کادر پزشکی بسیاری از مراکز درمانی تصویر واضحی از ساختار و شرح وظایف این کمیته‌ها ندارند.

برای مثال، یک مطالعه روی سطح آگاهی، رفتار و عملکرد ۱۵۹ نفر از پزشکان و پرستاران در ارتباط با موضوعات اخلاق و حقوق پزشکی و نقش کمیته‌های اخلاق بیمارستانی، نشان داد که طیف متفاوتی از آگاهی و عملکرد در بین تیم پزشکی و کارکنان وجود دارد. در این مطالعه بازه میزان مواجهه افراد مورد مطالعه با مشکلات

امتیاز ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی را به خود اختصاص دادند (۸).

در سال ۱۳۸۵ دستورالعمل تکمیلی برای کمیته‌های اخلاق بیمارستانی صادر شد و همانند دیگر کمیته‌های بیمارستانی درصد ناچیزی از ارزشیابی بیمارستان‌ها را به تشکیل کمیته‌های بیمارستانی اختصاص داده بود. در سال ۱۳۹۱ در دستورالعمل ارزشیابی بیمارستان‌ها، کمیته اخلاق پزشکی زیرمجموعه استاندارد حقوق گیرندگان خدمت قرار گرفت. در این استاندارد ترکیب اعضا و شرح وظایف و نحوه تشکیل جلسات تعیین و برای ارزیابی این کمیته‌ها شاخص‌های کمی و کیفی مشخص شده بود. نسخه‌های بعدی این دستورالعمل «راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران» نامیده شد.

در نسخه آخر آن که در سال ۱۳۹۸ ابلاغ شد کمیته‌های اخلاق بیمارستانی به‌عنوان یک کمیته مستقل مطرح شدند. این کمیته‌ها، نوع بیمارستانی کمیته‌های اخلاق بالینی کشور هستند که دستورالعمل تشکیل آن در خردادماه سال ۱۳۹۷ در وزارت بهداشت به تصویب رسید و جهت اجرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شد و در سه سطح وزارتخانه، دانشگاه (در معاونت درمان) و بیمارستان تعریف شد. اهداف و وظایف آن به شرح زیر ذکر

احتمالاً به دلیل سن بالای شرکت‌کنندگان در تحقیق و عدم وجود آموزش‌های لازم در زمینه‌های اخلاق پزشکی بوده است (۷).

## سیر تطور کمیته‌های اخلاق پزشکی بالینی (کمیته‌های اخلاق بیمارستان) در ایران

در کشور ما، دستورالعمل ساختار مدیریت و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌ها در مردادماه سال ۱۳۷۶ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شد. در این دستورالعمل، ذیل کمیته اصلی پاسداری و مراقبت از ارزش‌های متعالی در بیمارستان، سه کمیته اخلاق پزشکی، کمیته مراعات موازین شرعی در فعالیت‌های بیمارستانی و کمیته نظارت و ارزشیابی درونی پیشنهاد شده بود. همچنین ذکر شده بود که کمیته‌های اخلاق پزشکی و کمیته مراعات موازین شرعی در بیمارستان‌های با کمتر از ۱۰۰ تخت، می‌توانند تحت عنوان کمیته اخلاق پزشکی و موازین شرعی با یکدیگر ادغام شوند (۸).

به نظر می‌رسد که ادغام این دو کمیته باعث شد تا اخلاق پزشکی و حوزه فعالیت آن به‌خوبی شناخته نشود و حیطة عملکرد کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در نظارت بر رعایت موازین شرعی خلاصه گردد. در این دستورالعمل تمامی بیمارستان‌ها ملزم به تشکیل کمیته اخلاق بیمارستانی شدند و کمیته‌های اخلاق بیمارستانی ۵ درصد از

شده است:

ارائه خدمات سلامت،

● تأمین، حفظ و ارتقای اعتماد متقابل بین گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت،

● حفظ اعتبار و شهرت بیمارستان به عنوان یک نهاد اجتماعی اخلاق مدار،

● و ترویج مفاهیم تعهد حرفه‌ای.

موارد صلاحیت کمیته دانشگاهی اخلاق بالینی نیز در ۹ مورد خلاصه شده است:

۱. بررسی و تأیید تأسیس کمیته‌های اخلاق بیمارستانی

۲. نظارت بر عملکرد و فعالیت کمیته‌های اخلاق بیمارستانی

۳. رسیدگی به اعتراض نسبت به تصمیمات کمیته‌های اخلاق بیمارستانی

۴. پاسخ به پرسش‌ها و حمایت و توانمندسازی کمیته‌های اخلاق بیمارستانی

۵. برنامه‌ریزی برای آموزش و توانمندسازی همه حرفه‌مندان، کارکنان رده‌های مختلف،

اعضای هیئت علمی و دانشجویان دوره‌های بالینی در زمینه اخلاق بالینی

۶. تدوین و اجرای برنامه راهبردی و عملیاتی جهت ارتقای رعایت استانداردهای اخلاقی در محیط‌های بالینی تحت نظر

معاونت درمان دانشگاه

۷. برنامه‌ریزی برای اجرای سیاست‌های کمیته ملی اخلاق بالینی

۸. دادن گزارش دوره‌ای به کمیته ملی

کمیته‌های اخلاق بالینی به عنوان نهاد سیاست‌گذار، ناظر و تصمیم‌ساز و با هدف افزایش میزان رعایت استانداردهای اخلاق حرفه‌ای در ارائه خدمات سلامت در محیط‌های بالینی به ویژه بیمارستان‌ها تشکیل می‌شوند.

فلسفه وجودی کمیته‌های اخلاق بالینی، تأمین، حفظ و ارتقای اعتماد میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت و پاسداری از حقوق بیمار و ارائه کنندگان خدمت و ارتقای اخلاق سازمانی است.

این کمیته‌ها تلاش می‌کنند تا با ترکیبی متنوع، رسالت خود را به صورت همه‌جانبه به انجام برسانند. اهم اهداف این کمیته‌ها به شرح زیر است:

● توجه به اصول و ارزش‌های انسانی اسلامی در ارائه خدمات سلامت،

● آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی،

● پاسداشت کرامت انسانی و حقوق بیماران مندرج در منشور حقوق بیمار جمهوری اسلامی ایران و پایش، نظارت و ارزیابی آن در چارچوب نظام سامانمند کمک به حل چالش‌های اخلاقی در محیط‌های بالینی بیمارستان،

● ارتقای آگاهی و حساسیت اخلاقی همه ذی‌نفعان نسبت به جنبه‌های اخلاقی

## اخلاق بالینی

۹. حمایت از پژوهش‌های مربوط به حوزه

## اخلاق بالینی

## ساختار، ترکیب اعضا و شرح وظایف

سازمان یونسکو در راهنمای شماره ۲ خود در زمینه نحوه فعالیت کمیته‌های اخلاق زیستی، این کمیته‌ها را به ۴ گروه تقسیم می‌نماید:

### ۱- کمیته سیاست‌گذاری و مشورتی:

فعالیت این کمیته‌ها متمرکز بر سیاست‌گذاری در سطح کلان کشوری و ارائه مشاوره و راهکارهای مناسب تصمیم‌گیری حوزه‌های پزشکی، علوم و فناوری است.

### ۲- کمیته انجمن‌های تخصصی

**پزشکی:** وظیفه این کمیته‌ها، تبیین مسائل اخلاقی برای گروه‌های تخصصی پزشکی است.

### ۳- کمیته‌های اخلاق بیمارستانی:

این کمیته‌ها مسئول تبیین و بازبینی اخلاقی روند درمان و ارائه مشاوره به تیم درمانی در ایفای هرچه بهتر خدمات درمانی هستند.

### ۴- کمیته اخلاق در پژوهش: وظیفه

این کمیته‌ها در بازبینی و مرور طرح‌های پژوهشی که در آن‌ها آزمودنی‌های انسانی مورد تحقیق قرار می‌گیرند خلاصه می‌شود و در اصل مسئول حفاظت از افراد

و بیمارانی است که در این نوع پژوهش‌ها شرکت می‌نمایند. این راهنما با اشاره به عدم موفقیت ادغام وظایف این کمیته‌ها در بعضی از کشورها، تأکید می‌کند که بهتر است برای هر یک از این وظایف، کمیته مستقلی ایجاد شده و وظایف محوله را انجام دهد (۹).

قبل از اقدام برای تشکیل چنین کمیته‌ای ابتدا باید سؤالات زیر را مد نظر داشت و بدان‌ها پاسخ داد:

- آیا هر بیمارستانی باید یک کمیته اخلاق داشته باشد؟
  - اعضای این کمیته توسط چه مرجعی انتخاب خواهند شد؟
  - چه موضوعاتی برای طرح در این کمیته‌ها مناسب خواهند بود؟
  - چه وظایفی باید به‌عنوان وظایف مشخص کمیته‌ها لحاظ گردند؟
- ساختار و ترکیب اعضای چنین کمیته‌ای می‌تواند تابعی از ساختار سیستم سلامت هر کشور باشد.

## ساختار و ترکیب اعضا

تعداد اعضای کمیته اخلاق بیمارستانی می‌تواند تا ۱۰ نفر باشد و از طرف رئیس دانشگاه به مدت ۴ سال منصوب شوند. برای مثال، ترکیب اعضای چنین کمیته‌ای می‌تواند شامل رئیس بیمارستان، مدیر داخلی بیمارستان، مسئول روابط عمومی

بالینی به‌طور هماهنگ با سایر بخش‌های بیمارستانی انجام خواهند داد.

این فعالیت‌ها شامل برگزاری سخنرانی، کارگاه و راندهای اخلاق بالینی و دوره‌های بازآموزی اخلاق پزشکی است. هدف از این‌گونه فعالیت‌ها، ارائه آگاهی‌های لازم به منظور توانمند ساختن کادر درمانی در به‌کارگیری اخلاقیات پزشکی برای ارائه بهتر خدمات سلامت در بیمارستان‌هاست.

## ۲- برنامه‌ریزی برای رونق ارائه خدمات سلامت در حوزه بیمارستان

اگرچه در کشور ما سیاست‌گذاری سلامت به‌طور متمرکز توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد، اما بیمارستان‌ها بخشی از برنامه‌های ارائه خدمات سلامت را خودشان به‌طور غیرمتمرکز تبیین و اجرا می‌کنند.

کمیته‌های اخلاق پزشکی به بیمارستان و کادر درمانی کمک خواهند نمود تا ملاحظات اخلاقی موجود در نحوه ارائه خدمات سلامت به بیماران را بازشناسی کنند و به یافتن راهکارهای لازم برای برخورد با سؤالات و مسائل اخلاقی احتمالی در درمان بیماران کمک نمایند. در واقع این کمیته‌ها، در اتخاذ تصمیمات مطلوب‌تر در راستای ارائه خدمات سلامت و نیز حفظ حقوق بیماران به مسئولان بیمارستان‌ها یاری خواهند نمود.

بیمارستان، ۳ پزشک به انتخاب رئیس بیمارستان، ۲ پرستار به انتخاب رئیس بیمارستان، یک نفر مددکار اجتماعی و یک روحانی با معرفی نماینده ولی‌فقیه دانشگاه باشد و بهتر است عضویت در این کمیته‌ها داوطلبانه انجام بگیرد.

زمان برگزاری و تعداد جلسات این کمیته‌ها بسته به فعالیت آن‌ها متغیر است. به هر حال فاصله بین جلسات نباید از ۲ ماه بیشتر شود و در وضعیت مطلوب، کادر درمانی بیمارستان باید امکان برقراری تماس با حداقل یکی از اعضای این کمیته (On call) را داشته باشند تا در صورت لزوم بتوانند از مشورت اعضای کمیته بهره‌مند شوند.

## شرح وظایف کمیته‌ها

این کمیته‌ها به هدف ارائه مشورت‌های لازم به کادر درمانی در جهت انجام خدمات بهتر به بیماران و خانواده‌های آن‌ها تشکیل می‌گردد. فعالیت این کمیته باید به نحوی باشد که موجبات ارتقای خدمات سلامت و نیز اعتماد متقابل بین دهندگان و گیرندگان خدمات درمانی را فراهم نماید. به‌طور کلی، حوزه فعالیت کمیته‌های اخلاق بیمارستانی را می‌توان در سه بخش عمده بیان نمود:

### ۱- فعالیت‌های آموزشی

کمیته‌های اخلاق پزشکی بیمارستان‌ها فعالیت‌های آموزشی خود را در زمینه اخلاق

### ۳- نقش مشاوره‌ای

همان‌گونه که انجمن اخلاق زیستی آمریکا بیان می‌دارد، مشاوره اخلاقی عبارت از خدمتی است که توسط یک نفر یا یک گروه (کمیته) به پزشکان، پرستاران، بیماران و خانواده‌های آن‌ها در موارد بروز اختلاف‌نظر در تصمیم‌گیری‌های درمانی‌ای که متأثر از مسائل اخلاقی و اجتماعی هستند، ارائه می‌گردد (۵).

یکی از نقش‌های اساسی این کمیته‌ها، کمک به تصمیم‌گیری در مورد آن دسته از سؤالات اخلاقی است که در روند درمان بیماران بروز می‌نماید. کادر درمانی می‌توانند مسائل اخلاقی‌ای که در برخورد با بیماران یا همکاران بروز می‌نماید را به کمک این کمیته‌ها بررسی و تجزیه و تحلیل کنند و با همکاری و هم‌فکری اعضای کمیته، راهکار مناسبی بیابند. این مهم در موارد زیر می‌تواند محقق گردد:

- کمک به تصمیم‌گیری در مواردی که از نظر اخلاقی ابهام وجود دارد: بی‌شک در روند درمان بیماران همیشه صرف اندیکاسیون‌ها و کنترااندیکاسیون‌های پزشکی به تنهایی نمی‌تواند ملاک تصمیم‌گیری قرار گیرد. در بعضی از موارد، ملاحظات اقتصادی اجتماعی و اخلاقی نیز می‌بایست مد نظر قرار گیرد و بعد بهترین تصمیم ممکن برای بیمار اتخاذ گردد.

- کمک به تصمیم‌گیری در مواردی که بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمات سلامت اختلاف‌نظر وجود دارد: ملاحظات اخلاقی همیشه واضح نیستند، بنابراین گاهی نیاز به ارائه یک تحلیل اخلاقی در مورد مسئله مورد نظر احساس می‌شود. در چنین مواردی دخالت کمیته‌های اخلاق یا مشاور اخلاق بالینی می‌تواند راهگشا باشد. ممکن است بین بیمار و پزشک اختلاف‌نظر وجود داشته باشد و بیمار با روش درمانی پزشک موافق نباشد. در چنین مواردی، کمیته‌های اخلاق با لحاظ نمودن دلایل دو طرف به ایجاد یک توافق مناسب بین پزشک و بیمار کمک می‌کنند.

- تصمیم‌گیری در مورد عدم ارائه یا توقف درمان‌های حمایتی حیات: یکی از مسائلی که معمولاً پزشکان با آن مواجه می‌شوند، تصمیم‌گیری در مورد توقف یا عدم ارائه درمان‌هایی است که در نظر پزشک جزو درمان‌های بدون نتیجه محسوب می‌شوند. طبق نظر پزشک معالج، ارائه چنین درمانی متضمن هیچ‌گونه نفع درمانی برای بیمار نیست. مثلاً تصمیم‌گیری در مورد شروع یا توقف درمان‌های تهاجمی و پرهزینه برای بیمارانی که در مراحل پایان عمر خود هستند و آمیدی به



موارد فوق نیستند و صرفاً نقش مشورتی و حمایتی بر عهده دارند.

فلسفه وجودی این کمیته‌های تخصصی (کمیته‌های اخلاق بالینی) تأمین، حفظ و ارتقای اعتماد میان ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت و پاسداری از حقوق بیمار و ارائه‌کنندگان خدمت و ارتقای اخلاق سازمانی است. در کشور ما از سال ۱۳۷۶ این کمیته‌ها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد و طی چند دهه به سمت اهداف اصلی اخلاق بالینی حرکت نمود. طبق آخرین دستورالعمل اهم اهداف این کمیته‌ها توجه به اصول و ارزش‌های انسانی اسلامی در ارائه خدمات سلامت، آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی، پاسداشت کرامت انسانی و حقوق بیماران مندرج در منشور حقوق بیمار جمهوری اسلامی ایران و پایش، نظارت و ارزیابی آن در چارچوب نظام سامانمند کمک به حل چالش‌های اخلاقی در محیط‌های بالینی بیمارستان، ارتقای آگاهی و حساسیت اخلاقی همه ذی‌نفعان نسبت به جنبه‌های اخلاقی ارائه خدمات سلامت، تأمین، حفظ و ارتقای اعتماد متقابل بین گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، حفظ اعتبار و شهرت بیمارستان به‌عنوان یک نهاد اجتماعی اخلاق‌مدار و ترویج مفاهیم تعهد حرفه‌ای، تعیین شده است.

بهبودی آن‌ها نیست، موجب تحمیل درد و رنج بی‌مورد به بیماران می‌گردد. این امر به‌خصوص در صورت وجود اختلاف‌نظر بین پزشک معالج و بیمار یا همراهان او در مورد درمان پیشنهاد شده، دشوارتر خواهد بود. در چنین شرایطی، ارجاع به کمیته‌های اخلاق می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.

لازم به توضیح است که در موارد فوق این کمیته‌ها مرجع تصمیم‌گیری نیستند، بلکه صرفاً نقش مشورتی و حمایتی دارند.

### نتیجه‌گیری

پیشرفت فناوری و دانش پزشکی، ارائه مراقبت به بیماران را با مجموعه‌ای از مسائل پیچیده پزشکی، اخلاقی و حقوقی همراه کرده است. پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمت باید بتوانند این مشکلات را حل کنند. مسائل اخلاق بالینی نظیر تصمیم‌گیری‌های پزشکی برای بیماران، مسائل اخلاق در پژوهش‌های بیمارستانی، تخصیص منابع، پیوند اعضا و هم‌چنین حل مناقشاتی که ممکن است بین پزشک و بیمار بروز نماید و کادر پزشکی به‌طور روزمره در بیمارستان‌ها با آن روبرو هستند، مبین ضرورت تشکیل کمیته‌ای تخصصی است که بتواند با ارائه راهکارهای مناسب به کادر پزشکی بیمارستان، آنان را در ارائه بهتر خدمات سلامت به بیماران کمک نماید. این کمیته‌ها مرجع تصمیم‌گیری در

## منابع

6. Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond I. Knowledge, attitudes and practice of health-care ethics and law among doctors and nurses in barbados. *BMC Medical Ethics* 2006.

7. Borovei A, Orekovi S, Have T. H. Ethics and structures of health care in the European countries in transition: hospital ethics committees in croatia. *BMJ* 2005.

۸. معاونت امور درمان و دارو، دفتر ارزشیابی ضوابط و استانداردهای درمانی. دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور. شماره ۵۲۳۴، مورخ ۷۶/۵/۲۱.

9. UNESCO, Bioethics committees at work: Procedures policies Guide No.2, 2005.

1. Lo B. *Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians*. Lippincott Williams & Wilkins; sixth edition. 2020; Translated by Elahi Aida: 2-4.

2. McLean SA. What and who are clinical ethics committees for? *Journal of Medical Ethics*. 2007 Sep; 33(9): 497.

3. Siegler M. Clinical Medical Ethics: Its history and contributions to American medicine. *J Clin Ethics*. 2019 Jan 1; 30(1): 17-26.

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

۵. ترور اسمیت. اخلاق در:

Sally Satel, 2008, "The God Committee" American Enterprise Institute for Public Policy Research; [www.aei.org](http://www.aei.org).

## گفتار ۱۴

### تخصیص منابع در بخش سلامت

#### مقدمه

تخصیص عادلانه منابع یکی از دغدغه‌های مهم هر نظام سلامت و بخش اصلی فرآیند تصمیم‌گیری در آن محسوب می‌شود (۵). با توجه به رشد پرشتاب نیازها و هزینه‌های خدمات سلامت، تخصیص منابع موجود یکی از وظایف مهم نظام‌های سلامت است که در دهه‌های اخیر به‌طور ویژه‌ای مورد توجه قرار گرفته است (۶). به منظور تخصیص عادلانه منابع باید از معیارهایی برای تعیین اخلاقی بودن تصمیمات به هنگام توزیع آن‌ها استفاده کرد (۶ و ۷). عدالت اولین ملاحظه اخلاقی در حوزه تخصیص منابع است، زیرا به موضوع انصاف در توزیع خدمات می‌پردازد. از این رو، بیشترین ارتباط را با موضوعات برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری دارد (۸). از مهم‌ترین

امروزه نظام‌های سلامت یکی از بزرگ‌ترین بخش‌های اقتصادی جهان را تشکیل می‌دهند (۱). با وجود حجم بالای منابع اختصاص یافته به بخش سلامت، بین رشد منابع در دسترس و منابع مورد نیاز بخش سلامت شکاف وجود دارد و این نکته، ضرورت استفاده اثربخش از منابع را مشخص می‌سازد (۲). همه نظام‌های سلامت، از یک سو با چالش کمبود منابع روبه‌رو هستند و امکان ارائه تمامی خدمات مورد نیاز برای همه افراد جامعه را ندارند (۳) و از سوی دیگر، به دنبال افزایش عدالت در زمینه دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت هستند (۳ و ۴). از آنجا که کلیه نظام‌های مراقبت سلامت دنیا با مشکل کمبود منابع مواجه‌اند،

سؤالات حوزه سیاست‌گذاری مراقبت سلامت در قرن بیست و یکم اولویت‌بندی<sup>۱</sup> است. اولویت‌بندی فرآیندی است که از طریق آن منابع بخش سلامت بر مبنای شاخص‌هایی به مداخلات سلامت، بیماران یا مناطق جغرافیایی اختصاص پیدا می‌کند (۹ و ۱۰). نظر به چالش‌های متعددی که در نتیجه کمبود منابع در زمینه ارائه خدمات و مراقبت سلامت کشورهای مختلف وجود دارد، ضرورت اولویت‌بندی و تخصیص منابع موجود بیش از هر زمان دیگری احساس می‌شود (۱۱). در این نوشتار ابتدا به موضوع تأمین مالی و جایگاه تخصیص منابع اشاره کرده و در ادامه به شرح تخصیص منابع و ابعاد مختلف آن می‌پردازیم.

### تأمین مالی در نظام سلامت

دستیابی به هدف ارتقای سلامت با توجه به چهار وظیفه یا کارکرد اصلی نظام سلامت امکان‌پذیر است. این چهار وظیفه که با اجماع نظر تمامی کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت تعریف شده‌اند، عبارت‌اند از:

- ارائه خدمات سلامت شخصی و غیر شخصی؛
- افزایش، انباشت، مدیریت و تخصیص درآمدها جهت خرید این خدمات؛
- سرمایه‌گذاری در منابع انسانی،

ساختمانی و تجهیزات؛

- و عمل به‌عنوان متولیان کلی منابع، قدرت و انتظارات ارجاع شده به آن‌ها (۱۲).

در این میان، کارکرد تأمین مالی از اهمیت بسیاری برخوردار است، زیرا نیاز به خدمات بهداشتی-درمانی از نیازهای حیاتی و ضروری مردم است و تأخیر در ارائه خدمات یا تأمین مالی آن می‌تواند خسارت‌های جبران‌ناپذیری را به همراه داشته باشد (۱۳).

تأمین مالی هزینه‌های سلامت می‌تواند با مشارکت سه بخش عمومی، خصوصی و منابع خارجی انجام پذیرد. بخش عمومی شامل دولت داخلی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت، نیروهای مسلح، صداوسیما، سازمان خدمات درمانی صنعت نفت و شهرداری) و بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) است. بخش خصوصی متشکل از پرداختی از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی (دولتی و خصوصی)، مؤسسات غیرانتفاعی در خدمت خانوارها و شرکت‌ها (بانک، دانشگاه آزاد و غیره) است و منابع خارجی نیز کمک‌های دولت‌های خارجی، سازمان‌های غیرانتفاعی بین‌المللی اقتصادی، آژانس‌های وابسته به سازمان ملل، هلال‌احمر یا صلیب سرخ، و بانک جهانی

1- Priority.

بدین معنا که قرار است از چه ترکیبی از روش‌های تأمین مالی برای تأمین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند. پنج انتخاب کلی ممکن در این باره عبارت‌اند از:

- درآمد حاصل از مالیات عمومی (اختصاصی)؛
- بیمه سلامت اجتماعی؛
- بیمه سلامت خصوصی؛
- پرداخت‌های مستقیم فردی برای سلامت؛
- کمک سازمان‌های جهانی، اهداکنندگان بین‌المللی و داخلی.

این گروه‌های پنج‌گانه همیشه انحصاری نیستند. به عبارت دیگر، همه نظام‌های سلامت ترکیبی از عناصر گوناگون هستند؛ یعنی بیشتر نظام‌ها در طیف میان این دسته‌بندی‌ها قرار دارند (۱۵).

## ۲. انباشت منابع

منابع جمع‌آوری شده از شیوه‌های مختلف، به منظور خرید خدمت، باید در صندوقی انباشته شود. در ایران چندپارگی در تجمیع (ریسک و منابع)، به چندگانگی در خرید (نظام چند خریداری) منجر شده است. صندوق‌های متعدد ریسک و منابع با سیاست‌های متفاوتی نسبت به تخصیص منابع و خرید خدمات اقدام می‌نمایند. این امر کارایی و اثربخشی فرآیند تجمیع را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. وجود خریداران

را شامل می‌شود. نظام تأمین مالی کشورها با توجه به رشد اقتصادی آن‌ها (تغییرات سرانه تولید ناخالص داخلی) می‌تواند در یکی از این سه مرحله قرار گیرد:

۱. تأمین مالی سلامت از طریق پرداخت از جیب و منابع خارجی (کمک‌های توسعه خارجی)؛
۲. تأمین مالی عمدتاً از طریق بخش عمومی و پرداخت از جیب خانوار و تا حدودی منابع خارجی؛
۳. تأمین مالی عمدتاً از طریق بخش عمومی (مربوط به کشورهای دارای سرانه تولید ناخالص ملی بسیار بالا).

در حال حاضر، ایران از ترکیبی از روش‌های موجود برای تأمین هزینه‌های بخش سلامت بهره می‌برد و از نظر وضعیت اقتصادی، در مرحله دوم تکامل قرار دارد (۱۴).

## اجزای تأمین مالی

تأمین مالی دارای سه جزء جمع‌آوری منابع<sup>۲</sup>، انباشت منابع<sup>۳</sup> و خرید<sup>۴</sup> به شرح زیر است:

### ۱. جمع‌آوری منابع

هر کشوری، چه به صورت تلویحی و چه به صورت صریح و دقیق، باید در مورد راهبرد تأمین مالی به تصمیم نهایی برسد.

2- Aggregate.

3- Pooling.

4- Purchasing.

متعدد با قدرت‌های خرید متفاوت در ایران استقرار خرید راهبردی را بسیار دشوار ساخته است.

### ۳. خرید

خرید خدمات سلامت بر عهده دولت، سازمان‌های بیمه‌گر، شرکت‌های دولتی و خانوارها است. خرید خدمت باید به نحوی صورت گیرد که اهداف تأمین مالی در نظام سلامت تحقق یابد. در این بخش، با تخصیص منابع سازمان‌های بیمه‌گر روبه‌رو هستیم که به دو صورت خرید انفعالی و خرید راهبردی صورت می‌پذیرد:

- **خرید انفعالی**<sup>۱</sup>. ویژگی رایج یک رویکرد منفعل خرید تخصیص منابع بر اساس الگوهای تاریخی و پرداخت بابت درون‌داده‌های استفاده شده در فرآیند تولید است (برای مثال، زیرساخت‌ها و نیروی انسانی)، به نحوی که این پرداخت‌ها هیچ ارتباطی به عملکرد ندارند.

- **خرید راهبردی**<sup>۲</sup>. به تخصیص منابع به ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی خرید راهبردی گفته می‌شود و طیف گسترده‌ای از جنبه‌ها همچون طراحی بسته حمایتی، تخصیص منابع و روش‌های پرداخت را شامل می‌گردد. بنابراین، توجه به جنبه‌های عملکرد

نظام سلامت و نیازهای سلامت جامعه برای خرید راهبردی ضروری است (۱۶). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی پاسخ به پنج سؤال در این زمینه می‌تواند تضمین‌کننده اجرای صحیح خرید راهبردی باشد: چه بخریم؟ برای چه کسی بخریم؟ با چه قیمتی بخریم؟ چگونه بخریم؟ و از چه کسانی بخریم؟ (۱۷)

حاکمیت و تولیت خرید راهبردی خدمات سلامت باید بر اساس نیازهای سلامت جامعه‌ای باشد که نمایندگی آن‌ها را بر عهده دارد و با در نظر گرفتن منابع موجود قادر به تصمیم‌گیری است. خریداران باید بتوانند منابع را بر اساس نیازها مصرف کنند یا تغییر دهند. بودجه خطی و غیر منعطف مانع استقلال در تصمیم‌گیری‌های قابل انعطاف مبتنی بر نیازها و اولویت‌ها خواهد بود. بدون تنظیم مقررات هم‌راستا بین خریدار و ارائه‌دهنده خدمات، حتی اصلاح نظام‌های پرداخت به ارائه‌دهنده خدمات، قادر به تحقق دستاوردهای افزایش بهره‌وری یا صرفه‌جویی نخواهد بود. در حال حاضر، سازمان‌های بیمه پایه سلامت به‌عنوان اعضای شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌توانند در خصوص تعرفه و فهرست خدمات بیمه پایه سلامت اظهار نظر کنند، ولی قدرت آن‌ها در انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت طرف قراردادشان بسیار

1- Passive purchase.

2- Strategic purchase.

از خدمات و چگونگی بازپرداخت ارائه کنندگان (شامل گروه‌های جمعیتی هدف و گروه‌هایی که باید از یارانه بهره ببرند و شرایطی که باید وجود داشته باشد) اتخاذ می‌گردند، خدماتی را شامل می‌شوند که باید از طریق بسته خدمت پوشش داده شوند.

#### ۴ و ۵. چگونه بخریم و از چه کسانی بخریم؟

ارائه کننده اصلی خدمات در ایران وزارت بهداشت است و خدمات این وزارتخانه به بخش بزرگی از جمعیت کشور ارائه می‌شود. ارائه کنندگان اصلی خدمات سلامت در کشور را می‌توان در سه سطح زیر خلاصه کرد:

- سطح اول. خانه‌های بهداشت، مراکز سلامت اولیه و... که مراقبت‌های اولیه را بر عهده دارند؛
- سطح دوم. مراکز سلامت، بیمارستان‌های عمومی؛
- سطح سوم بیمارستان‌های تخصصی.

پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت از طریق روش‌های پرداخت، با توجه به سطح ارائه خدمت صورت می‌پذیرد.

روش پرداخت شیوه مورد استفاده برای اختصاص منابع از خریدار (بیمه‌گر، دولت و غیره) به تأمین کننده است. روش پرداخت بر کمیت و کیفیت هزینه‌های مراقبت و

محدود است. تقریباً همه سازمان‌های بیمه‌گر پایه درمان در ایران مکلف هستند بدون ارزیابی کیفیت خدمات، کلیه خدمات ارائه دهندگان خدمات در بخش عمومی دولتی و بخش اعظم ارائه دهندگان خدمات سلامت در بخش عمومی غیردولتی را خریداری نمایند (۱۸ و ۱۹).

#### ۱. چه بخریم؟

خدمات خریداری شده در قالب بسته خدمت‌اند. بسته خدمت<sup>۳</sup> عبارت است از مجموعه‌ای از خدمات که ارائه آن‌ها از طریق تأمین مالی عمومی تضمین شده است. از این‌رو، بسته خدمت را می‌توان استحقاق افراد تحت پوشش برای دریافت خدمات سلامت در ازای تعهداتی که برای استفاده از این خدمات داده‌اند دانست.

#### ۲. برای چه کسی بخریم؟

در خرید بسته خدمات باید جمعیت تحت پوشش تعیین شود. در حال حاضر سه بسته خدمت به عموم مردم ارائه می‌شود: بسته خدمات ضروری؛ بسته خدمات بیمه سلامت؛ بسته خدمات هدف‌گذاری شده.

#### ۳. با چه قیمتی بخریم؟

تصمیمات مرتبط با «چه خدمتی بخریم و برای چه کسی بخریم» از طریق یک فرآیند فنی و سیاستی اتخاذ می‌شود. این تصمیمات که با هدف استفاده منطقی

3- Health Services Package.

حتی برخی از خدمات سرپایی را نیز به بیمارستان انتقال می‌دهد.

**۳. درآمد ماهانه.** روشی پرکاربرد است در جایی که تأمین کنندگان، کارکنان مستقیم باشند. این روش اغلب در بخش سلامت عمومی و در سازمان‌های حفظ سلامت با مدل کارکنان استفاده می‌شود (مانند کیسر<sup>۲</sup> در کالیفرنیا). پرداخت ماهانه به تأمین کنندگان می‌تواند موجب حذف انگیزه آنان برای ارائه بیشتر یا کمتر از اندازه خدمات مراقبت شود.

**۴. سرانه.** در چنین شرایطی، مبلغ ثابتی پیشاپیش به تأمین کننده پرداخت می‌شود تا در برابر آن، مجموعه مشخصی از خدمات را در مدت‌زمانی مشخص، به بهره‌وران تحت پوشش تأمین کننده ارائه دهد. این پرداخت با هزینه‌هایی که تأمین کننده برای درمان یک بیمار صرف کرده یا با حجم خدمات ارتباطی ندارد.

**۵. پرداخت مورد محور.** پرداخت ثابت برای «موارد پزشکی» مشخص شده بر اساس تعیین هزینه میانگین برای هر مورد (بدون توجه به هزینه واقعی پرداختی توسط تأمین کننده). این روش پرداختی تأمین کنندگان را برای کاهش ورودی‌ها و هزینه‌های هر مورد تحریک می‌کند.

**۶. تأمین بودجه موارد خطی.** تخصیص مبلغی ثابت برای تأمین کننده به منظور

معاملات تأثیر می‌گذارد. روش پرداخت می‌تواند بر اساس ورودی‌ها (مانند درآمدها یا داروها)، بازده‌های تولیدی (مانند ویزیت بیمار، روزهای بیمارستان، موارد درمانی) یا نتایج (مانند درصد کودکانی که در ناحیه تحت پوشش ایمن‌سازی می‌شوند) شکل بگیرد. روش‌های پرداختی خاص به صورت زیر تبیین می‌شوند:

**۱. پرداخت به ازای خدمت (FFS)<sup>۱</sup> یا اجرت به ازای خدمات ارائه شده.** این کار می‌تواند برای تحت پوشش قرار دادن تمام هزینه‌های پرداخت شده توسط تأمین کننده یا تنها برای افزودن انگیزه به منظور تشویق تأمین کنندگان به تلاش برای خدمات اولویتی طراحی شود و هیچ ارتباطی با هزینه‌های واقعی تأمین کنندگان ندارد. در اجرای نظام «اجرت خدمات»، تأمین کنندگان با یک انگیزه مواجه شده و به منظور افزایش تعداد خدمات انجام شده بازپرداخت‌های حاصل از پرداخت کننده را -احتمالاً برای چیزی فراتر از نیاز پزشکی (تقاضای ایجاد شده توسط تأمین کننده)- افزایش می‌دهند.

**۲. دستمزد روزانه: پرداخت ثابت به بیمارستان برای هرروز بستری بودن.** این روش پرداخت، تأمین کنندگان را برای افزایش تعداد پذیرش بیمارستانی و مدت‌زمان بستری بودن برمی‌انگیزد و

2- Kaiser.

1- Fee for Service.



به سازوکارهای نحوه استفاده از این پول (تخصیص منابع) اطلاق می‌شود (۱۵). جزء «تخصیص» به معنای توزیع درآمدها از طریق اعطای بودجه به سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت است (۲۱).

از آنجا که بخش سلامت نیز مانند سایر بخش‌ها با محدودیت منابع مواجه است (۲۲)، ناچار از «انتخاب» خواهد بود. روشن است که وقتی شکاف موجود میان نیاز به مراقبت‌های بهداشتی-درمانی و میزان منابع در دسترس بیشتر می‌شود، باید تصمیمات سختی اتخاذ شود (۲۳). محدودیت منابع بخش سلامت برای پاسخگویی به همه نیازها برای همه افراد و همچنین وجود بی‌عدالتی در دسترسی به مراقبت‌های سلامت، کل نظام سلامت را با چالشی بزرگ مواجه ساخته است. چنین شرایطی ضرورت تخصیص بهینه منابع موجود را مضاعف می‌کند (۲۴ و ۲۵). با توجه به رشد پرشتاب نیازها و هزینه‌های خدمات سلامت، تخصیص منابع موجود یکی از وظایف مهم نظام‌های سلامت است (۲۴). با در نظر گرفتن این نکته، ضروری است که از منابع موجود به بهترین نحو ممکن استفاده شود و آشکار است که برای اطمینان از انجام این مهم، نیاز به اولویت‌بندی وجود دارد (۲۶).

بحث تخصیص منابع که در سطوح مختلف دولت و نظام سلامت مطرح

تحت پوشش قرار دادن موارد خطی خاص (هزینه‌های ورودی) برای مدت‌زمانی خاص (مثلاً یک سال)؛ مانند هزینه پرسنل، خدمات، داروها و تدارکات.

#### ۷. تأمین بودجه به ازای مجموعه‌ای از

خدمات یا گلوبال. حداکثر مخارج ثابتی که خریدار برای مجموعه‌ای از خدمات مراقبت سلامت در نظر می‌گیرد بودجه گلوبال نامیده می‌شود. اندازه این بودجه ممکن است از طریق ارزیابی نیازهای سلامت پیش‌بینی شده یا نسبت به مقیاس‌های قابل محاسبه، همچون نسبت محصولات ناخالص داخلی، تعیین گردد.

#### ۸. پرداخت‌های عملکرد محور/

پرداخت برای عملکرد/ تأمین بودجه نتیجه‌محور. این روش، آشکارا یک پرداخت محرک را به انجام یک نتیجه یا بازده از پیش تعیین شده پیوند می‌زند. همچنین به دلیل دستیابی به نتایج سلامت قابل سنجش به تأمین‌کنندگان پاداش می‌دهد (۲۰).

### تخصیص منابع

همان‌طور که گفته شد، تخصیص منابع<sup>۳</sup> یکی از اجزای سیستم تأمین منابع مالی است. عبارت «تأمین مالی» به سازوکارهایی که پول از طریق آن‌ها جمع‌آوری، جابه‌جا یا در واقع تجهیز می‌شود تا فعالیت‌های بخش سلامت را تأمین اعتبار کند و نیز

3- Resource allocation.

می‌شود، ملاحظات و الزامات خاص خود را نیز در هر یک از این سطوح دارد. از این رو، در ادامه به بررسی این سطوح و جزئیات آن می‌پردازیم.

### سطوح تخصیص منابع

تخصیص به معنای توزیع درآمدها از طریق اعطای بودجه به سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت است که در سه سطح کلان، میانه و خرد انجام می‌شود (۷):

**۱- سطح خرد.** این سطح مربوط است به تخصیص منابع بهداشتی-درمانی به تک‌تک بیماران. چالش‌های مربوط به این سطح در طبابت روزمره پزشکان روی می‌دهد. برای مثال، هنگامی که تنها یک تخت مراقبت‌های ویژه در اختیار داریم، اما دو بیمار به همین تخت نیاز دارند، این پرسش پیش می‌آید که تخت موجود را به کدام بیمار اختصاص دهیم؟ این پرسش البته سؤال دیگری را در دل خود دارد و آن این است که کدام یک از دو بیمار را از این امکان درمانی که به آن نیاز دارد محروم کنیم؟ این نکته اهمیت و حساسیت موضوع را بیشتر آشکار می‌سازد.

همچنین است زمانی که تنها یک عضو پیوندی در اختیار داریم، اما دو بیمار به آن عضو نیاز دارند. پس پرسش این است که بر اساس چه معیارهایی تشخیص دهیم که این عضو باید به کدام یک از این دو بیمار تخصیص یابد؟

وقت پزشک نیز می‌تواند در زمره منابع به شمار آید، برای مثال، پزشکی که به صحنه حادثه یا فاجعه‌ای طبیعی رسیده و خود را با تعداد زیادی مجروح روبه‌رو می‌بیند که باید در زمانی محدود به آن‌ها رسیدگی کند، با این پرسش روبه‌رو است که ابتدا وقت خود را به کدام بیمار اختصاص دهد و برای هر بیمار یا هر مشکل چه مقدار از وقت خود را تخصیص دهد؟

**۲- سطح میانی.** این سطح مربوط به تخصیص منابع محدود میان بیمارستان‌ها یا واحدهای بهداشتی-درمانی است. برای مثال، اگر تنها یک دستگاه شوک الکتریکی برای احیای قلبی عروقی در اختیار است اما چند بیمارستان متقاضی آن هستند، با چه معیارهایی معلوم می‌شود که آن دستگاه را باید به کدام بیمارستان سپرد؟ یا این که بودجه‌های عمرانی چگونه میان خانه‌های بهداشت یک منطقه تقسیم شود؟

**۳- سطح کلان.** در سطح کلان که سطح استراتژیک و سیاست‌گذاری است، دولت تصمیم می‌گیرد که چه میزان از تولید ناخالص ملی به بخش سلامت تخصیص داده شود. پس این سطح مربوط به تخصیص منابع در سطح کلان کشوری و سیاست‌گذاری در این رابطه است. برای مثال، بودجه بخش سلامت کشور بهتر است صرف پوشش بیمه‌ای خدمات دندان‌پزشکی شود یا این که بیماری

سؤال اصلی در این راستا این است که آیا یک فرآیند اولویت‌بندی وجود دارد که به‌طور عملی به مشکل محدودیت منابع پاسخ دهد یا خیر؟ چنین فرآیندی بایستی به‌گونه‌ای اجرا شود که تا حد امکان مبتنی بر شواهد بوده و در عین حال، بتواند جوابگوی طیفی از چالش‌ها (مانند نزدیک کردن دیدگاه‌های تعداد زیادی از ذی‌نفعان) باشد (۲۹).

اولویت‌بندی فرآیندی است که از طریق آن، منابع بخش سلامت بر مبنای شاخص‌هایی به مداخلات و برنامه‌های سلامت، بیماران و یا مناطق جغرافیایی اختصاص پیدا می‌کند (۹). اجماع کمی بر سر بهترین راه انجام اولویت‌بندی وجود دارد (۳۰). در حال حاضر، بسیاری از کشورها برای هدایت تصمیمات خود در مورد تخصیص منابع و مقایسه کارایی مداخلات سلامتی جایگزین، از آنالیزهای هزینه-اثربخشی استفاده می‌کنند. آستانه هزینه-اثربخشی تعیین شده تا مداخلات هزینه-اثربخشی شناسایی شوند.

سازمان جهانی بهداشت آستانه‌ای برای هزینه-اثربخشی تعریف کرده است که بر اساس سرانه تولید ناخالص داخلی هر کشور تعیین و محاسبه می‌شود (۳۱). در برخی کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه مانند انگلستان، اسکاتلند و تایلند، حد آستانه مشخصی برای استفاده در مطالعات ارزیابی

جدیدی به فهرست واکسیناسیون اجباری کشوری افزوده گردد؟ مثال دیگر این که چند درصد از بودجه بخش سلامت به پژوهش و چند درصد از آن به عمران بیمارستان‌های جدید و چند درصد از آن به ایجاد تخت‌های جدید مراقبت‌های ویژه و همچنین چند درصد به برنامه‌های آموزشی برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی اختصاص پیدا کند؟ (۷ و ۲۷ و ۲۸)

## روش‌های تخصیص منابع در نظام سلامت

روش‌های متنوعی برای تخصیص منابع وجود دارد که می‌توان آن‌ها را در طیفی از مدل‌های ساده تا پیچیده قرار داد. هر کدام از این مدل‌ها دارای نقاط قوت و ضعفی هستند و با توجه به شرایط هر کشوری طراحی شده‌اند.

تصمیم‌گیری درباره تدارکات بهینه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی کاری پیچیده و مستلزم دارا بودن اطلاعات از کارایی سیستم‌ها برای تصمیم‌گیران است و تحلیل‌های اقتصادی چارچوب منطقی و ویژه‌ای را برای تحلیل موضوعات مهم در مراقبت‌های سلامت فراهم می‌آورند. آنچه نیاز داریم، یک رویکرد نظام‌مند واضح برای اولویت‌بندی است که هم عادلانه و هم تا حد امکان بر اساس شواهد باشد.

می‌تواند برای لحاظ کردن سایر جنبه‌های فناوری یا مداخله سلامت به کار گرفته شود. این نوع تحلیل با وزن‌دهی به عوامل تأثیرگذار بر مداخله خاص، نتایجی را فراهم می‌کند که می‌توان از آن برای مقایسه بین فناوری‌ها استفاده کرد (۳۶ و ۳۷).

معیارهای استفاده شده در تخصیص منابع سلامت را می‌توان در چهار گروه معیارهای اقتصادی، مدیریتی، ساختاری و زمینه‌ای دسته‌بندی کرد (جدول ۱). (۱۱)

اقتصادی مداخلات سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد و در ایران نیز در مطالعات ارزیابی اقتصادی از حد آستانه مشخصی استفاده می‌شود که مرتبط با سرانه تولید ناخالص داخلی است (۳۲).

در سطح دنیا به هنگام اولویت‌بندی و تخصیص منابع، علاوه بر معیارهای اقتصادی، معیارهای دیگری نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. از بین معیارهای اقتصادی، هزینه-اثربخشی مهم‌ترین معیار است. این معیار غالباً در کشورهایی مانند استرالیا، کانادا، سوئد و انگلستان استفاده می‌شود (۳۳).

در ادامه به شرح دو روش متداول از روش‌های اولویت‌بندی منابع می‌پردازیم:

### الف. تجزیه و تحلیل تصمیم‌گیری چند شاخصه

در تصمیم‌گیری برای تعیین قیمت یا ارزش بازپرداخت یک دارو یا مداخله جدید نباید از آستانه هزینه-اثربخشی به‌عنوان تنها معیار استفاده کرد (۳۴)، بلکه لازم است در کنار هزینه-اثربخشی، بودجه، عدالت، امکان‌سنجی و سایر معیارهایی که در سطح ملی مهم تلقی می‌شوند نیز مورد توجه قرار گیرند (۳۵).

تجزیه و تحلیل تصمیم‌گیری چند شاخصه (MCDA)<sup>۱</sup> رویکردی است که

1- Multiple-criteria decision analysis.

## جدول ۱. معیارهای تخصیص منابع سلامت

بُعد	معیار
اقتصادی	هزینه-اثربخشی
	هزینه مداخلات
	ارزش پول
	تأثیر بودجه
مدیریتی	کاهش فقر
	اولویت ملی
	پاسخگویی
	برابری/ عدالت
	مشارکت خیرین
	سبک رهبری
زمینه‌ای	ذی‌نفعان و فشار قدرت
	شدت بیماری
	بار بیماری
	بهره‌مندان بالقوه و جمعیت آسیب‌پذیر
	وضعیت عوامل اجتماعی و اقتصادی
ساختاری	سن، جنس، نژاد، قومیت، مذهب
	نیاز
	ظرفیت محلی

گذشته‌نگر تخصیص منابع صورت می‌پذیرد. این روش به چندین برنامه هدفمند تقسیم شده و نگاهی به تخصیص منابع آتی در برنامه‌های یکسان دارد. به عبارت دیگر، برنامه‌ریزی بودجه ابزاری است برای توصیف این‌که در یک مرکز مرتبط با امور سلامت، منابع چگونه اختصاص یافته‌اند. تحلیل حاشیه‌ای نیز عهده‌دار ارزیابی فایده و هزینه به‌صورت افزایشی است که غالباً در مورد سرمایه‌گذاری روی مداخلات جدید پیشنهاد می‌گردد.

به‌طور کلی، PBMA فرآیندی است برای کمک به تصمیم‌گیرندگان تا بتوانند تأثیر منابع خدمات بهداشتی روی نیازهای بهداشتی جمعیت محلی را بیشینه نمایند؛ بدین معنا که به تصمیم‌گیرندگان پیشنهاد می‌کند که تخصیص مجدد منابع در جایی انجام گیرد که بیشترین منفعت کلی را داشته است.

این رویکرد بیش از سه دهه در موارد مختلف حوزه بهداشت و درمان استفاده شده است و کشورهای زیادی از آن استفاده می‌کنند. کاربرد این روش در بریتانیا، استرالیا، نیوزیلند و کانادا قدمت زیادی دارد و منجر به کسب موفقیت‌های زیادی در حوزه نظام سلامت شده است. در زمان رکود اوضاع اقتصادی انگلیس، نظام سلامت این کشور با به‌کارگیری این روش توانست با وجود کاربرد گسترده در حوزه سلامت،

## ب. بودجه‌بندی برنامه و تجزیه و تحلیل حاشیه‌ای

از دیگر روش‌های تخصیص منابع روش بودجه‌بندی برنامه و تجزیه و تحلیل حاشیه‌ای (PBMA)<sup>۲</sup> است که در آن، برنامه‌ریزی بودجه بر مبنای ارزیابی

2- Program Budgeting and Marginal Analysis.

موفقیت‌های چشمگیری در زمینه تخصیص منابع عدالت ایجاد کند (۳۸).

## عدالت در تأمین مالی و تخصیص منابع

مفهوم عدالت در تأمین مالی نظام سلامت<sup>۱</sup> به معنی «حمایت» از خانوارها در مقابل وقوع و تحمیل هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت است. در دنیای امروز، به دلیل پیشرفت فناوری‌های مرتبط با سلامت، پرداخت هزینه‌های مرتبط با این خدمات یکی از بزرگ‌ترین مشکلات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی جوامع است. از این‌رو، مشارکت عادلانه در تأمین مالی هزینه‌های سلامت، از اهداف اصلی همه نظام‌های سلامت است که به دنبال حمایت جامعه از مخاطرات مالی است. اندازه‌گیری میزان موفقیت در نیل به هدف مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت بر اساس میزان مشارکت خانوار در تأمین مالی نظام سلامت، به صورت «درصدی از درآمد بالاتر از حداقل معاش که به سلامت اختصاص داده شده» تعریف می‌شود (۳۹).

در بحث تخصیص کلان منابع، عدالت و توزیع منصفانه منابع از سابقه‌ای طولانی برخوردار است. برای مثال، ارسطو آن را «به هر کس به اندازه مشخص» و جان راولز عدالت در سطح کلان را «تأمین حداکثر آزادی برای افراد و توزیع منابع به گونه‌ای

که محروم‌ترین افراد هم بتوانند بیشترین سود را ببرند» تعریف می‌کنند (۴۰).

مهم‌ترین اصل اخلاقی که در تخصیص منابع مورد استناد قرار می‌گیرد، اصل عدالت است (۲۷ و ۲۸). عدالت اقتضا می‌کند که برای تخصیص منابع -در هر سطحی که باشد- از معیارها و روش‌های تحلیلی روشن و شفاف استفاده گردد. عواملی نظیر جنسیت، نژاد، قومیت یا هر ویژگی دیگری از این قبیل نباید معیار اولویت‌بندی در نظر گرفته شود، اما در نظر گرفتن عواملی نظیر فوریت نیاز، اولویت زمانی در مراجعه، امید به بهبود و هر عامل دیگری که در محاسبه هزینه و فایده درمان دخالت داشته باشد، جهت اولویت‌بندی در تخصیص منابع، از نظر اخلاقی می‌تواند مقبول باشد.

در مبحث عدالت، موارد مرتبط با تخصیص منابع از اهمیت ویژه‌ای در ارتقای سلامت در کشورها برخوردارند. در خصوص تعیین معیارهای مناسب مورد استفاده برای اولویت‌بندی فن‌آوری‌های سلامت در دنیا، معیار مسائل مرتبط با نظام سلامت مهم‌ترین معیار به شمار می‌رود. انصاف/برابری و اهداف نهایی نظام سلامت از جمله مهم‌ترین معیارهای مورد استفاده در تخصیص منابع و تصمیم‌گیری در خصوص مراقبت‌های سلامت در دنیا به شمار می‌روند. در کشور غنا تعهد به

1- Health financing.

با بحث کارایی تخصیصی - این کارایی به دنبال تأمین مالی برنامه‌هایی است که در یک مقیاس اجتماعی منافع آن‌ها از هزینه‌هایشان بیشتر است - موضوعی پیچیده و چالش‌برانگیز است. بنابراین، تحلیل دائمی میان دستیابی هم‌زمان به سطح قابل قبول عدالت و کارایی (به‌خصوص کارایی تخصیصی) یکی از چالش‌های مهم اخلاقی حوزه تخصیص منابع است (۷).

رویکرد نظام سلامت باید عدالت‌محور باشد نه فقط هزینه اثربخش، زیرا سلامتی کالایی است که برای آن قیمتی نمی‌توان برآورد کرد. پس باید به این نکته توجه شود که همه بتوانند از مراقبت‌های سلامتی مورد نیاز در زمان و مکان مناسب بهره‌مند گردند و موانع بهره‌مندی از آن به‌موقع برطرف گردد. در ادبیات هزینه-اثربخشی، عمده توجه به صرفه اقتصادی و بهترین استفاده از منابع موجود است. هرچند استفاده بهتر از منابع موجود، بهره‌وری را بالا می‌برد، اما اینکه اصولاً منابع صرف چه اهدافی در نظام سلامت شود، کدام گروه‌ها را هدف قرار دهد و برای چه کسانی حمایت ایجاد نماید، موضوعی است که با در نظر گرفتن دیدگاه عدالت‌محور می‌توان پاسخ درست آن را یافت (۴۱).

چگونگی تخصیص منابع کمیاب میان افرادی با نیازمندی‌های متفاوت، به

ارتقای برابری و عدالت از جمله عوامل مؤثر بر برابری در تخصیص منابع نظام سلامت است. برای تعریف بسته پایه بیمه مراقبت‌های سلامت در ایران، «عدالت در دسترسی» از جمله معیارهای مهم به شمار می‌آید. از جمله معیارهای اولویت‌بندی مداخلات سلامت در هلند می‌توان به بهبود سطح سلامت، توزیع منصفانه سلامت و بهبود بهره‌وری اشاره کرد. در تایلند به منظور تحت پوشش قرار دادن مداخلات سلامت به بسته مزایای پوشش همگانی سلامت از معیار مفاهیم اجتماعی و برابری استفاده می‌شود (۱۱). منابع اسلامی نیز مبانی و راهنمایی‌های زیادی در این جهت ارائه می‌کنند که می‌توان از آن‌ها به‌خوبی بهره گرفت.

## چالش‌های اخلاقی تخصیص منابع

چالش‌های به کارگیری اصول اخلاقی در تخصیص منابع سلامت شامل موارد زیر است:

### ۱- تعارض کارایی و عدالت

به‌طور کلی، بر اساس منابع مرتبط، عمده چالش‌های اخلاقی این حوزه، در دو بخش کارایی در استفاده از منابع و تعارض منافع سیاست‌گذاران قابل بحث است. در بخش کارایی، موضوع عدالت و برابری در توزیع مراقبت‌های سلامت در مقایسه

سوء مدیریت یاد می‌شود که به‌طور خلاصه به معنای تعارض میان منافع شخصی یا گروهی اشخاص با منافع ملی و عمومی است. بنابراین، هر جا و در هر شرایطی که امکان ارتکاب فساد و حتی تأثیرگذاری بر فرایند تصمیم‌گیری و تخصیص منابع وجود دارد، باید تدابیر پیشگیرانه جاری و نهادینه شود (۴۵). تعارض منافع عبارت است از مجموعه شرایطی که در آن تصمیم حرفه‌ای در مورد یک منفعت اولیه، بالقوه در ریسک تأثیر نامطلوب یک منفعت ثانویه قرار می‌گیرد (۴۶).

## ۲- عدم تعادل جغرافیایی

با وجود تلاش‌های صورت گرفته برای کاهش عدم تعادل جغرافیایی در ایران، متأسفانه عدم توازن در جریان توسعه و توزیع نابرابر شاخص‌های سلامت در مناطق جغرافیایی مختلف، موجب ایجاد شکاف و نابرابری‌های منطقه‌ای به‌عنوان اصلی‌ترین مانع در مسیر توسعه گردیده است.

عدالت اولین موضوع اخلاقی در تخصیص منابع در نظام سلامت است، زیرا به بررسی انصاف در توزیع خدمات میان مردم می‌پردازد. سازمان جهانی بهداشت به منظور ارتقای عملکرد در حوزه عدالت در سلامت و ابعاد اجتماعی، مباحث مربوط به اصول اساسی مراقبت‌های بهداشتی اولیه، دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی، مشارکت عمومی و راهکارهای بین بخشی

سبب عدم هماهنگی بین تقاضا و منابع در دسترس (محدودیت منابع) یکی دیگر از چالش‌های اساسی این حوزه است (۷). ارائه خدمات باید بر پایه نیازهای سلامتی افراد صورت پذیرد. توزیع عادلانه منابع نیز باید با در نظر گرفتن گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی (مانند افراد ناتوان، پیر و فقیر) و همچنین حل عادلانه مشکل محدودیت منابع بر اساس معیارهای اخلاقی (مانند توجه به نیاز و سوددهی و رعایت عدالت) صورت پذیرد (۵).

توزیع عادلانه منابع که یکی از چالش‌های اصلی سیاست‌گذاران در حوزه سلامت است سبب شده مدیریت و تخصیص منابع در نظام سلامت از اهمیت بسزایی برخوردار باشد (۴۲). به منظور برقراری عدالت در نظام مراقبت‌های سلامت و تخصیص عادلانه منابع نیاز به به‌کارگیری معیارهایی برای تعیین اخلاقی بودن تصمیمات به هنگام توزیع است. به نظر می‌رسد در حوزه سلامت عمده‌تأسه چالش اخلاقی مهم مطرح است: رازداری، تعارض منافع و رضایت بیمار که عمده نظام‌های سلامت با آن روبه‌رو هستند (۴۳). در این میان به نظر می‌رسد که تعارض منافع یکی از مهم‌ترین چالش‌های اخلاقی حوزه تخصیص منابع باشد. تخصیص منابع در نظام سلامت دارای چالش‌های زیادی است (۴۴). از تعارض منافع به‌عنوان یکی از ریشه‌های فساد و



بر داوری‌های ارزشی و هنجاری بوده‌اند؟ زیرا بی‌توجهی به این مهم می‌تواند به بی‌توجهی به مسائلی همچون عدالت افقی و عمودی و بهره‌مندی از خدمات بینجامد. عدالت در دسترسی زمانی چالش‌برانگیز می‌شود که لازم باشد برای انتخاب میان عدالت و کارایی، هزینه‌ای پرداخت شود.

یکی از چالش‌های تخصیص منابع در مناطق جغرافیایی مختلف، قیمت عدالت در قیاس با هزینه است. تخصیص باید به‌گونه‌ای باشد که بهره‌وری کامل در استفاده از منابع لحاظ شود و بین اثربخشی و انصاف، تعادل برقرار گردد.

### ۵- فقدان منابع کافی و وجود نگرش‌های سیاسی

تخصیص منابع در نظام سلامت دارای چالش‌های زیادی است، همچون:

- فقدان منابع مالی کافی برای حمایت یکسان از تقاضاهای روزافزون جامعه؛
- فقدان نظریه‌های قوی؛
- وجود نظریه‌های متضاد میان افرادی که از لحاظ سیاسی نقش قوی و مؤثری دارند؛
- وجود محدودیت‌های زمانی که منجر به تحلیل عینی و جامع متغیرهای چندگانه می‌شود؛
- تضاد منافع؛
- عدم قطعیت در مورد پیامدهای بالقوه و

برای بهبود وضعیت بهداشت و سلامت را مطرح نموده است.

### ۳- تفاوت در مفهوم عدالت

عدالت یک مفهوم اخلاقی به منظور توزیع عادلانه منابع بین افراد و در واقع، به معنی نبود تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه در یک یا چند جنبه از سلامت در بین افراد یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی جمعیت‌شناختی، اجتماعی یا جغرافیایی آن جمعیت است. از این‌رو، برای برقراری عدالت در نظام مراقبت‌های سلامت و تخصیص عادلانه منابع، به‌کارگیری معیارهایی برای تعیین اخلاقی بودن تصمیمات در هنگام توزیع ضروری است. در مورد اصول فایده‌رسانی و عدم ضرر رسانی، مشکل اصلی برای سیاست‌گذاران چگونگی تعیین و قضاوت درباره منافع و مضرات یک برنامه است.

### ۴- عدم عدالت در دسترسی

موضوع مهم و چالش‌برانگیز دیگر در بحث اخلاقی تخصیص منابع، عدالت در دسترسی است. این موضوع کسانی را که نیاز بیشتری به خدمات سلامت دارند مد نظر قرار می‌دهد و از این نظر با کارایی، که به معنی تخصیص بودجه به بخش‌های پربازده است، در تضاد است. چالش دیگر عدالت در دسترسی به این موضوع اشاره دارد که آیا منابع عادلانه توزیع شده‌اند؟ و آیا مبتنی

نتایج ناخواسته؛

- تضاد میان ارزش‌های فردی و حرفه‌ای؛
- و در نهایت، احتمال اینکه تصمیمات اثر منفی روی امنیت شغلی تصمیم‌گیرندگان داشته باشد.

## ۶- بی‌توجهی به رعایت عدالت افقی

ارائه خدمات باید بر پایه نیازهای سلامتی و بدون توجه به نژاد، مذهب، جنس و توانایی پرداخت افراد صورت گیرد. توزیع عادلانه منابع نیز باید با در نظر گرفتن گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی (مانند افراد ناتوان، پیر و فقیر) و نیز حل عادلانه مشکلات منابع محدود بر اساس معیارهای اخلاقی (مانند توجه به نیاز و سوددهی و رعایت عدالت) صورت پذیرد. از این‌رو، یکی از چالش‌های اساسی در تخصیص منابع در موضوع تنظیم اولویت‌ها میان مداخلات و میان افراد نیازمند است، آن‌هم در زمانی که نیازها حداکثر و منابع حداقل‌اند.

## ۷- بی‌توجهی به سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی

به دلیل افزایش انتظارات عمومی، افزایش قابل توجه بیماران نیازمند درمان، توسعه فناوری‌های جدید و گران‌قیمت، و محدودیت منابع، نیاز جوامع به‌ویژه در بخش سلامت بسیار متنوع است. در نتیجه،

تأمین هم‌زمان و پاسخگویی به همه نیازهای بشری نه امکان‌پذیر است و نه منطقی؛ یعنی تمام افراد نمی‌توانند همه امکانات را، حتی در صورت نیاز، با هم یا در کنار هم داشته باشند.

به منظور اجرای عدالت در سلامت، افزون بر این‌که باید سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی را تا حد مطلوب افزایش داد، باید به صورت هدفمند به سهم بودجه عمومی در تأمین سلامت نیز افزود. به این معنا که عمده منابع مالی که از بخش عمومی تأمین می‌شود صرف طبقات نابرخوردار، محروم و فقیری گردد که امکان تأمین منابع مورد نیاز را از درآمد خود، حتی به صورت پیش‌پرداخت نیز ندارند.

## ۸- بی‌توجهی به مراقبت معکوس

یکی دیگر از چالش‌های اساسی بحث عدالت در نظام سلامت موضوع مراقبت معکوس است که در این پدیده، کسانی که به بیشترین خدمات نیاز دارند کمترین خدمات را دریافت می‌کنند. مطابق این قانون، فقرا بیشترین بار بیماری را بر دوش می‌کشند، نابرابری جغرافیایی توزیع منابع خدمات سلامت در اغلب کشورها وجود دارد، مردم در گروه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین سرانه کمتری نسبت به مناطق مرفه‌تر دریافت می‌کنند و فراهمی خدمات پزشکی با نیاز آن‌ها نسبت معکوس دارد.

است که صرف دسترسی، به تنهایی قابل استفاده نیست و باید شرایطی فراهم شود که بهره‌مندی نیز هم‌زمان رخ دهد. در ادبیات هزینه-اثربخشی، عمده توجه به صرفه اقتصادی و بهترین استفاده از منابع موجود است و به تبع به آنچه واقعاً مورد نیاز است و به پوشش همگانی اهمیت داده نمی‌شود. هرچند استفاده بهتر از منابع موجود، بهره‌وری را بالا می‌برد، اما اینکه اصولاً منابع صرف چه اهدافی در نظام سلامت می‌شود، کدام گروه‌ها را هدف قرار می‌دهد و برای چه کسانی حمایت ایجاد می‌کند، موضوعی است که با در نظر گرفتن دیدگاه عدالت‌محور می‌توان پاسخ درست آن را دریافت. عدالت را نمی‌توان فقط موضوعی اقتصادی فرض کرد. این مطلب بدان معناست که باید پیامدها مورد هدف قرار گیرند و راه رسیدن به آن‌ها در اولویت بعدی خواهد بود (۳۹).

### نتیجه‌گیری

تخصیص منابع در نظام مراقبت‌های سلامت گرچه ماهیت اقتصادی دارد، از جهت تشخیص و حل موضوعات در حیطه‌های تعیین مداخلات اثربخش جهت کاهش بی‌عدالتی نظیر تعیین گروه‌های محروم جهت انجام مداخله، و حصول اطمینان از صرف منابع در گروه‌های محروم و انجام مداخلات مورد نیاز، در دسته مباحث اخلاقی جای می‌گیرد. از

گاهی در تخصیص منابع به گروه‌های سنی مختلف نیز ملاحظات اخلاقی متعارضی به چشم می‌خورد. ملاحظاتی همچون کیفیت زندگی در سالیان آخر عمر، پایین بودن عمومی امید به زندگی در سنین بالا و نیز این واقعیت که احتمال انتفاع جامعه از این افراد با افزایش طول عمر آنان کم است.

از دیدگاه نتیجه‌گرایان، توجیه و استدلال چندان برای صرف هزینه‌های سنگین خدمات سلامت برای این گروه وجود ندارد. از نظر آنان، پرداختن به مسائل سلامت در گروه سنی کودکان و نوجوانان، با توجه به این‌که در آینده سالیان بیشتری می‌توانند به جامعه خدمت کنند و احیاناً منشأ اثرات مفیدتری باشند، توجیه بیشتری دارد.

### ۹- اولویت نداشتن عدالت در موضوعات سلامت

تفاوت میان موضوعات عدالت و هزینه-اثربخشی از چالش‌های مهمی است که در حوزه سلامت گاه مورد کم‌توجهی قرار می‌گیرد. رویکرد نظام سلامت باید عدالت‌محور باشد نه فقط هزینه-اثربخش، زیرا موضوع سلامت، جان و راحتی انسان‌ها را مد نظر قرار می‌دهد. از آنجا که سلامتی کالایی است که برای آن قیمتی نمی‌توان برآورد کرد، همه باید بتوانند از مراقبت مورد نیاز در زمان و مکان مناسب بهره‌مند گردند و موانع این بهره‌مندی باید برطرف گردد. پرواضح

عدالت اسلامی، معیارهای اخلاقی در کنار معیارهای اقتصادی و هزینه-اثربخشی در فرآیند اولویت‌بندی در نظر گرفته شود. در میان روش‌های علمی کنونی، اجماع کمی بر سر بهترین راه انجام اولویت‌بندی در حوزه سلامت وجود دارد، اما در کشورهای دنیا به هنگام اولویت‌بندی و تخصیص منابع، علاوه بر معیارهای اقتصادی، معیارهای دیگری نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد که می‌توان آن‌ها را در چهار گروه معیارهای اقتصادی، مدیریتی، ساختاری و زمینه‌ای دسته‌بندی کرد. بنابراین، لازم است با بومی‌سازی و انتخاب معیارهایی که منطبق بر اصول و مبانی فرهنگ اسلامی و ایرانی کشور است، روش‌های اولویت‌بندی حوزه سلامت را هرچه بیشتر در کشور بومی‌سازی و اخلاق‌محور نمود.

آنجا که تحلیل‌های اقتصادی چارچوبی را برای تحلیل موضوعات مهم در مراقبت‌های سلامت فراهم می‌آورند، آنچه نیاز داریم یک رویکرد نظام‌مند شفاف برای اولویت‌بندی است که هم عادلانه و هم تا حد امکان بر اساس شواهد باشد. فرآیند اولویت‌بندی فرآیندی است که از طریق آن، منابع بخش سلامت به مداخلات و برنامه‌های سلامت، بیماران و یا مناطق جغرافیایی اختصاص پیدا می‌نماید. اینکه از چه شاخص‌ها و معیارهایی برای اولویت‌بندی استفاده می‌شود، عامل تعیین‌کننده‌ای است و به‌نوعی ارزش‌های مرجع نظام سلامت در سیاست‌گذاری‌های تخصیص منابع را نشان می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود برای پررنگ نمودن ابعاد اخلاقی و بهبود عدالت در تخصیص بهینه منابع و بر اساس

tives. Hospital Quarterly. 1998; 1(4): 29-31.

9. Barasa EW, Molyneux S, English M, Cleary S. Setting healthcare priorities in hospitals: a review of empirical studies. Health policy and planning. 2015; 30(3): 386-96.

10. Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, Kind P, et al. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. Cost effectiveness and resource allocation. 2012; 10(1): 1-13.

۱۱. نوری س، ریاحی ل، حاجی نبی ک، جهانگیری ک. معیارهای تخصیص منابع برای تنظیم نظام مراقبت‌های سلامت (مرور جامع مطالعات). فصلنامه بیمارستان. ۲۰۱۸؛ ۱۶(۴): ۷۳-۸۲.

12. Murray CJ, Evans DB, Evans D. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism: World Health Organization; 2003.

13. Hasan Zadeh A FAS. Quality in health. Tehran: Social security research institution; 2007. [In Persian].

۱۴. Goudarzi Z, Olyaei Manesh A, Tabatabaei M, Maanavi S. Health System Financing in Iran. In: Harirchi Iraj, Majdzadeh Seyed Reza, Ahmadnezhad Elham, Abdi Zhaleh. Observatory on Health System, Islamic Republic of Iran. National Institute for Health Research

۲۰۱۷: ۵۶-۸۲.

## منابع

1. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.

2. Aziz R, Ebadi Fard A, Abbasi B. The status of resource allocation in Iran's health system. Hospital magazine. 2011; 11(4): 53-64.

3. Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. International Journal for equity in health. 2008; 7(1): 1-13.

4. Jehu-Appiah C, Baltussen R, Acquah C, Aikins M, d'Almeida SA, Bosu WK, et al. Balancing equity and efficiency in health priorities in Ghana: the use of multicriteria decision analysis. Value in health. 2008; 11(7): 1081-7.

۵. عباسی م، زمانی م، گنج‌بخش م. عدالت در سلامت و جایگاه آن در اخلاق پزشکی. فصلنامه اخلاق پزشکی. ۱۳۸۸؛ ۳(۱۰): ۱۱-۳۳.

6. Costa-Font J, Forns JR, Sato A. Participatory health system priority setting: Evidence from a budget experiment. Social Science & Medicine 2015; 146: 182-90.

۷. شمسی‌کوشکی ا، علی‌پوری‌سختا م، مصطفوی ح. تخصیص منابع مالی نظام مراقبت سلامت: دیدگاه اخلاقی. فصلنامه اخلاق پزشکی. ۱۳۹۳؛ ۸(۲۹): ۶۷-۹۵.

8. Singer PA, Mapa J. Ethics of resource allocation: dimensions for healthcare execu-

22. Ghiyasvan H, Zandiyani H, Moghadam TZ, Naghdi S. Cost of radiology services using the activity based costing (ABC) method. *Payesh (Health Monitor)*. 2013;12(6):595-605.
۲۳. دهنویه ر، رشیدیان آ، ملکی م. چالش‌های تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران. فصلنامه پایش. ۱۳۹۰؛ ۱۰(۲): ۲۷۳-۲۸۳.
24. Asante AD, Zwi AB. Factors influencing resource allocation decisions and equity in the health system of Ghana. *Public Health*. 2009;123(5):371-7.
25. Lim MK, Bae EY, Choi S-E, Lee EK, Lee T-J. Eliciting public preference for health-care resource allocation in South Korea. *Value in Health*. 2012;15(1):S91-S4.
26. Segal L, Chen Y. Priority setting models for health. Report to the population health division West Heidelberg Centre for Health Program Evaluation, february: Australia. 2001.
27. Jecker NS. A broader view of justice. *The American Journal of Bioethics*. 2008;8(10):2-10.
28. K. A. Justice as a Principle of Islamic bioethics. *American Journal of Bioethics*. 8 (10): 26-70. 2008.
29. Donaldson C, Bate A, Mitton C, Dionne F, Ruta D. Rational disinvestment. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2010;103(10):801-7.
30. Ham C CA. International experience of rationing (or priority setting). In: Coulter A, Ham C. *The global challenge of health*
15. Hsiao WC, R. Paul Shaw, and Andrew Fraker. *Social health insurance for developing nations*. Vol. 434. World Bank Publications, 2007.
16. Mbau R BE, Munge K, Mulupi S, Nguhiu PK, Chuma J. A critical analysis of health care purchasing arrangements in Kenya: a case study of the county departments of health. *Int J Health Plann Manage* 2018;33(4):1159-77.
17. Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012;90:867-8.
18. Abolhallaje M, Ramezani M, Abolhasani N, Salarian Zade H, Hamidi H, Bastani P. Iranian health financing system: challenges and opportunities. *World Appl Sci J*. 2013;22(5):662-6.
19. Davari M, Haycox A, Walley T. Health care financing in Iran; is privatization a good solution? *Iranian journal of public health*. 2012;41(7):14.
20. GTZ Organization, "social health insurance: a contribution to the international development policy debate universal systems of social protection". Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. November 2005.
21. Hurley JF, M. Giacomini, P. Grootendorst, J. Lavis, G. Stoddart, G. Introduction to the Concepts and Analytical Tools of Health Economics. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis. *Health Policy Special Report*. 1999.

- tussen R, Boysen M, Kalo Z, et al. Multiple criteria decision analysis for health care decision making—an introduction: report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. *Value in health*. 2016;19(1):1-13.
۳۸. آهنگری م، حسام س، مسعودی اصل ا، اولیایی منش ع. بودجه‌بندی برنامه و تجزیه و تحلیل حاشیه‌ای (PBMA) روشی برای اولویت‌بندی منابع: یک مقاله مروری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*. ۱۳۹۸؛ ۱۱(۲):۱۱۳-۱۲۰.
۳۹. دایره المعارف اخلاق پزشکی اسلامی. *مدخل تخصیص منابع*.
۴۰. پوررضا ا. بررسی عدالت در تامین مالی، تخصیص و توزیع منابع بخش درمان. *تامین اجتماعی*. ۱۳۸۶؛ ۲۸(۲۸):۱۰۷-۱۳۲.
41. Baqeri Lankarani k LF, Karimian Z. An Overview of Justice in the Health System. Health Policy Research Center, Shiraz Medical Education Research and Development Center, 2011.
42. Zarei Y, Koshki MR. Evaluation the Performance of Health Systems in Resource Allocation Health, Treatment and Social Security (Case study). 2015:518.
۴۳. لاریجانی ب. «چالش‌های اخلاقی پیش روی نظام سلامت». مصاحبه خبری. *قابل دسترس در:*  
<https://iqna.ir/fa/news/3670198/%D%A%86%D8%A7%D9%84%D8%B4%E2%80%8C%D9%>
- care rationing. 1 st Edition, Open University Press: Buckingham, 2000: 1-12.
31. Bertram MY LJ, De Joncheere K, Edejer T, Hutubessy R, Kieny M-P, et al. Cost-effectiveness thresholds: pros and cons. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016;94(12):925.
32. Moradi N, Rashidian A, Nosratnejad S, Olyaeemanesh A, Zanganeh M, Zarei L. Willingness to pay for one quality-adjusted life year in Iran. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2019;17(1):1-10.
33. Eichler HG, Kong SX, Gerth WC, Mavros P, Jönsson B. Use of cost-effectiveness analysis in health-care resource allocation decision-making: how are cost-effectiveness thresholds expected to emerge? *Value in health*. 2004;7(5):518-28.
34. Angelis A, Kanavos P. Value-based assessment of new medical technologies: towards a robust methodological framework for the application of multiple criteria decision analysis in the context of health technology assessment. *Pharmacoeconomics*. 2016;34(5):435-46.
35. Ottersen T, Førde R, Kakad M, Kjellekvold A, Melberg HO, Moen A, et al. A new proposal for priority setting in Norway: open and fair. *Health policy*. 2016;120(3):246-51.
36. Roberts M, Russell LB, Paltiel AD, Chambers M, McEwan P, Krahn M. Conceptualizing a model: a report of the ISPOR-SMDM modeling good research practices task force-2. *Medical Decision Making*. 2012;32(5):678-89.
37. Thokala P, Devlin N, Marsh K, Bal-

likely to produce conflicts. Healthcare executive. 2011;26(3):62-3.

45. Ali Jafarian AP, Fariba Asghari, Farhad Shahi. Health care delivery, conflict of interest, management. 1400.

46. Hossein Bouzarjamhari MMP, Dariush Chiwai. Examples of conflict of interest conflict of interest in the field of health. Islamic Council Research Center. 1400.

87%D8%A7%DB%8C-%D8%A7%D8%AE%D9%84%D8%A7%D9%82%D-B%8C-%D9%BE%DB%8C%D8%B4-%D8%B1%D9%88%DB%8C-%D9%8-6%D8%B8%D8%A7%D9%85%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA

44. Hofmann PB. 7 factors complicate ethical resource allocation decisions: we should be more aware of the issues most



## گفتار ۱۵

### فعالیت‌های اخلاق پزشکی در کشور

#### مقدمه

خصوصاً حق شهروندان برای دریافت خدمات مناسب و عادلانه سلامت است. بر این اساس، اخلاق پزشکی در رویکرد مدرن خود از پرداختن به مسائل سنتی که غالباً محدود به رابطه پزشک و بیمار است فراتر رفته است.

قوانین موضوعه کشور به‌ویژه قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، نقشه جامع علمی کشور، نقشه جامع سلامت کشور، سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های کلی علم و فناوری ابلاغی مقام معظم رهبری همگی بر موضوع اخلاق و اختصاصاً اخلاق در حوزه سلامت تأکید دارند. این کارکرد محوری علم اخلاق پزشکی با در نظر گرفتن واقعیاتی مانند توسعه خیره‌کننده علوم و فناوری‌های پزشکی و

اخلاق پزشکی، دانشی میان‌رشته‌ای است که تلاش دارد با بهره‌گیری از تأملات و نظریه‌پردازی‌های میان‌رشته‌ای، حرفه‌مندان حوزه سلامت را در تصمیم‌گیری اخلاقی در برخورد با چالش‌ها و دوراهی‌های اخلاقی در اعمال حرفه یاری رساند. در این مسیر، از حوزه‌های مختلف دانش از جمله علوم پزشکی، اخلاقیات، الهیات، فلسفه، حقوق و جامعه‌شناسی بهره برده می‌شود. حوزه اخلاق پزشکی حوزه‌ای بنیادین و هویت‌بخش در علم و فناوری علوم پزشکی در کشور است که توجه به آن از یک‌سو عاملی برای ارائه بهینه خدمات سلامت و رضایت بیشتر گیرندگان خدمات -به‌ویژه بیماران- است و از دیگر سو، عاملی برای پاسخگویی بهتر به مطالبات جامعه در

و تحقیقات اخلاق پزشکی» در حوزه معاونت دانشجویی، فرهنگی و حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۲، پاسخی به نیازهای ضروری موجود در این زمینه بود.

تشکیل این مرکز را می‌توان نقطه عطفی در تاریخ اخلاق پزشکی کشور دانست. این مرکز زمینه‌ساز فعالیت‌های انتشاراتی تخصصی اخلاق پزشکی، برگزاری همایش‌های ملی و بین‌المللی، تدوین راهکارها و دستورالعمل‌های اخلاقی کاربردی متعدد با رعایت استانداردهای جهانی و ملی در کشور گردید و بستر لازم را برای توسعه آموزشی، پژوهشی و بالینی اخلاق پزشکی در کشور فراهم آورد.

برگزاری اولین سمینار بین‌المللی اخلاق پزشکی، یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های مرکز اخلاق پزشکی در تیرماه ۱۳۷۲ بود (۱) و استقبال فراوان گروه پزشکی و سایر علاقه‌مندان، اهمیت این موضوع را در محافل علمی کشور به اثبات رساند.

در این کنگره مباحث زیادی از اخلاق پزشکی برای اولین بار در سطح کشور مطرح شد. برخی از محورهای عمده آن عبارت بودند از (۱): 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

محدودیت منابع مختلف مالی، انسانی و فنی حوزه سلامت، نقشی اساسی به اخلاق پزشکی در انتظام امور سلامت کشورها داده است.

اگرچه پرداختن به تاریخ اخلاق پزشکی در ایران در این خلاصه نمی‌گنجد، به گواهی اسناد تاریخی، اخلاق پزشکی در ایران سابقه‌ای کهن دارد. علی‌رغم فراز و نشیب‌های تاریخی در اخلاق پزشکی -خصوصاً پس از ورود طب نوین به ایران- حدوداً از سه دهه پیش اخلاق پزشکی به‌عنوان زمینه‌ای دانشگاهی در کشور ما مورد توجه قرار گرفت و به تدریج تحولات چشمگیری در حوزه اخلاق پزشکی ایجاد شد و فعالیت‌های ارزشمندی در عرصه‌های مختلف اخلاق پزشکی شکل گرفت.

از آنجا که علم پزشکی مستقیماً با جان آدمی مرتبط است، اخلاق جزء جدایی‌ناپذیر آن تلقی می‌شود و توصیه‌های آن معیارهای عملکردی برای بخش سلامت و درمان است. از این گذشته، قوانین و بیانیه‌های متعددی برای هدایت رفتارها و روش‌های حرفه‌ای پزشکان تدوین شده است.

تأکید خاصی که بر ارزش‌های دینی و معنوی در کشور ما وجود دارد، زیربنای اقداماتی است که برای حفظ مقام و ارزش انسان‌ها در نظر گرفته شده است و اخلاق پزشکی جایگاه ویژه‌ای در این میان دارد، به‌طوری که تشکیل اولین «مرکز مطالعات

فکر تأسیس مرکز اخلاق پزشکی به صورت یکی از مراکز تحقیقاتی، توسط دکتر باقر لاریجانی و همکاران در سال‌های ۷۴-۷۳ پیگیری شد. جهت پیشبرد این هدف، یک شورای عالی تشکیل شد و چندین جلسه هم برگزار گردید. مرحوم دکتر حبیبی (معاون اول ریاست جمهوری وقت)، مرحوم آیت‌الله مصباح یزدی و آیت‌الله محقق داماد از جمله اعضای این شورا بودند. مراحل تصویب و تأیید این مرکز، با اصرار به شورای گسترش سپرده شد و مساعدت‌های دکتر مرندی (وزیر وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) برای تصویب مرکز اخلاق پزشکی بسیار کارساز بود. نگرش کلی در آن زمان این بود که این مرکز به‌عنوان یک مرکز فعال، تلاش‌های پژوهشی و آموزشی فراوانی انجام دهد. بسیاری از آثار تازه و در دسترس آن زمان از منابع موجود کپی یا افست شد و در دسترس علاقه‌مندان قرار گرفت. هم‌زمان منابع کثیری -شاید بالغ بر پانصد کتاب مرجع و قابل استفاده- در این زمینه جمع‌آوری شد و برای گسترش کار، با تلاش زیاد ساختمانی وسیع در خیابان ایرانشهر برای این کار اختصاص یافت. انتشار بیش از ۳۰ عنوان کتاب در زمینه اخلاق پزشکی، به‌خصوص اخلاق در تحقیقات پزشکی، از دیگر اقدامات قابل توجه این مرکز بود.

فهرست عناوین برخی از انتشارات مرکز

نظام پزشکی در اخلاق پزشکی، ۹. جایگاه پزشکی قانونی در اخلاق پزشکی، ۱۰. نکات حقوقی و اخلاقی در دندان‌پزشکی، ۱۱. سقط‌جنین، ۱۲. تلقیح صناعی و انتقال جنین، ۱۳. خودکشی، ۱۴. ارتباط پزشک و بیمار از نظر متون اسلامی، ۱۵. رازداری، ۱۶. رابطه پزشک و همکارانش، ۱۷. سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، ۱۸. تحقیق روی حیوانات، ۱۹. بررسی احکام اسلامی در برخورد با مسائل آموزش پزشکی، ۲۰. پیوند اعضا، ۲۱. اخلاق در آموزش، ۲۲. ارزش خدمات پزشکی در اسلام، ۲۳. اخلاق پزشکی و تحقیق روی انسان، ۲۴. سوگندنامه، ۲۵. رضایت‌نامه‌های پزشکی، ۲۶. رابطه پزشک و بیمار، ۲۷. حدود الهی و حریم انسانی در معاینات پزشکی، ۲۸. کنترل جمعیت، ۲۹. عقیم‌سازی، ۳۰. مرگ مغزی، ۳۱. قصور و تقصیر در تشخیص و درمان، ۳۲. اخلاق پزشکی، تعرفه‌های پزشکی، نظام پزشکی و طب استاندارد.

البته به لحاظ زمانی، اولین اقدام وزارت بهداشت، تدوین کتاب/اخلاق پزشکی به انضمام تاریخ پزشکی (۲) بود که توسط دکتر منوچهر ولایی و دکتر باقر لاریجانی چندین بار بازبینی شده بود. گرچه این اثر یکی از کارهای ارزشمند در این زمینه بود، رویکرد فلسفی بحث‌ها و عدم توجه به مباحث متداول روز در این عرصه، از کاستی‌های آن به شمار می‌رفت.

- مطالعات اخلاق پزشکی در سال‌های مذکور عبارت است از:
- کتاب جراحی الزهراوی. ترجمه موسی‌الرضا حاجزاده؛
- اخلاق پزشکی و تشریح از نظر علمای اسلامی. علامه حسن حسن‌زاده آملی؛
- مسائل مستحدثه (مجموعه مقالات). ج ۵؛
- موارد کلاسیک در اخلاق پزشکی (ج دوم). نوشته گرگوری، ای، پنسی.
- اخلاق پزشکی، نوشته تری. ام پرلین؛
- از دیگر اقدامات انجام شده در آن سال‌ها برای گسترش کار، فکر انتشار نشریه‌ای برای اخلاق پزشکی بود. مجله طب و تزکیه با همین رسالت، توسط دکتر باقر لاریجانی و همکاری تعدادی از صاحب‌نظران و تلاش‌های فراوان دکتر مدرسی شروع به کار کرد. هدف نشریه این بود که در لابه‌لای مباحث علمی علوم پزشکی، مباحث نظری و اخلاقی نیز مورد توجه کافی قرار گیرد. بعدها انتشار این مجله توسعه یافت و هنوز هم یکی از مجلات علمی-تحقیقی کشور است.
- اخلاق پزشکی در آیینه اسلام (مجموعه مقالات). ج ۱؛
- اخلاق پزشکی در آیینه اسلام (مجموعه مقالات). ج ۲؛
- اخلاق در پرستاری. نوشته چودین، ترجمه دکتر ناصر بلیغ؛
- بهره‌گیری از رهنمودهای اسلامی در پیشگیری و پایش ایدز. نوشته محمد محمدی اصفهانی؛
- پزشکی و جامعه (مجموعه مقالات). ج ۶؛
- رضایت خاموش (مجموعه کتاب‌های اخلاق پزشکی). نوشته جن ویسیک؛
- مسائلی در اخلاق پزشکی؛
- طب اسلامی در قرن نهم میلادی. نوشته مانفرد اولمان، ترجمه دکتر سید علی طبری‌پور؛
- کلیات اخلاق پزشکی (مجموعه مقالات). ج ۱؛

مسئولیت مرکز اخلاق پزشکی را به عهده گرفت. در سال ۱۳۸۰، دکتر باقر لاریجانی طرحی به معاونت پژوهشی وزارت بهداشت ارائه داد که در آن به دلایلی چند، از قبیل لزوم مشارکت افراد متعدد و گوناگون در حوزه اخلاق پزشکی و ارزشمند بودن حضور این دانش در کشور عطف به تجربیات قبلی، خواستار تشکیل شبکه اخلاق پزشکی در سراسر کشور شد. گرچه کار این شبکه آن گونه که پیشنهاد شده بود پیش نرفت، منشأ کارهای ارزشمندی درباره اخلاق پزشکی در وزارت بهداشت شد.

### تدوین برنامه راهبردی<sup>۱</sup> برای اخلاق پزشکی در کشور

پیشنهاد شبکه اخلاق پزشکی در تاریخ ۸۰/۱۱/۲۹ برای معاون تحقیقات و فناوری وقت آقای دکتر حسین ملک افضلی ارسال شد و مقرر گردید تا مورد بررسی قرار گیرد. برای بحث پیرامون این شبکه، قرار شد تعدادی از افراد مرتبط با مباحث اخلاق پزشکی از افراد علاقه‌مند تا سازمان‌های ذی‌ربط مانند سازمان نظام پزشکی و پزشکی قانونی دور یکدیگر گرد آیند. با این هدف، جلساتی برگزار شد که دکتر حسین ملک‌افضلی و دکتر پدram موسوی و تعدادی از همکاران ایشان متولی آن بودند. این جلسات به سوی بحث پیرامون تدوین برنامه راهبردی برای اخلاق پزشکی در

دکتر تابعی رسالت اداره مرکز را به عهده گرفت. در آن زمان، چندین کارگاه برای بحث درباره موضوعات اخلاق پزشکی و چگونگی گسترش کار برگزار گردید.

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

در سال ۱۳۷۷، دکتر یدالله فرهادی مسئول مرکز اخلاق پزشکی شد. در آن زمان یک طرح تحقیقاتی برای مراحل کدهای اخلاق در تحقیقات پزشکی تدوین شد که بسیاری از همکاران از جمله دکتر موسوی، دکتر یدالله فرهادی، دکتر محمود عباسی، دکتر علیرضا باقری، دکتر حسن میانداری، خانم دکتر زهره حقیقی و... در آن فعال بودند. دکتر حسین ملک افضلی، دکتر مصطفی محقق داماد و دکتر باقر لاریجانی جزء مشاوران آن طرح بودند. آن طرح یکی از اقدامات ارزشمند آن دوره بود که منجر به ابلاغ کدهای اخلاق پزشکی به کشور شد. در این زمان کمیته اخلاق پزشکی در تحقیقات در سطح وزارت بهداشت تشکیل شد و از اقدامات دیگر ارزشمند آن ایام، ابلاغ دستورالعمل تشکیل اخلاق پزشکی به دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی بود.

در سال ۱۳۸۰، دکتر سید عباس پاک‌نژاد

1- Strategic planning.

کشور پیش رفت.

## اولین کارگاه راهبردی اخلاق پزشکی (تبریز)

اولین کارگاه راهبردی اخلاق پزشکی در تاریخ ۲۱-۱۹ مردادماه ۱۳۸۱ در تبریز تشکیل گردید (۳). در تقسیم‌بندی گروه‌ها، تلاش بر آن بود که در هر گروه، افرادی با گرایش‌های فقهی، فلسفی، اخلاقی و پزشکی و حقوقی حضور داشته باشند. اسامی اعضای شرکت کننده در اولین کارگاه راهبردی اخلاق پزشکی در تبریز (۳) به قرار زیر است:

گروه ۱:	۱. دکتر باقر لاریجانی، ۲. دکتر کیوان شکرایی، ۳. دکتر فرهنگ بابامحمودی، ۴. دکتر احمد هاشمیان، ۵. دکتر محمدرضا محمدی، ۶. دکتر زهره حقیقی، ۷. دکتر حمیدرضا آیت‌اللهی، ۸. دکتر علیرضا پارساپور
گروه ۲:	۱. دکتر حسین ملک‌افضلی، ۲. دکتر پدram موسوی، ۳. حجت‌الاسلام دکتر حامد علم‌الهدی، ۴. دکتر یوسف فکور، ۵. دکتر مجیدرضا خلیج‌زاده، ۶. دکتر علی محفوظی، ۷. دکتر مصطفی فانعی، ۸. دکتر علیرضا اجالی، ۹. دکتر حسن میانداری، ۱۰. احمد تقوایی
گروه ۳:	۱. دکتر سید عباس پاک‌نژاد، ۲. دکتر ذبیح‌الله مولوی، ۳. دکتر ضیاء‌الدین تابعی، ۴. دکتر محمدحسین نیکنام، ۵. دکتر محمد مهدی گل‌مکانی، ۶. دکتر حسین فتاحی معصوم، ۷. دکتر جلیل شاهی، ۸. دکتر امیرحسین حاج‌ترخانی و ۹. حجت‌الاسلام‌المسلمین امینی

در روز اول کارگاه ۲ سؤال برای کار گروهی انتخاب گردید (۳):

- کدام‌یک از مباحث و موارد مبتلابه اخلاق پزشکی در طرح و پیگیری اولویت دارند؟
- تعریف اخلاق پزشکی چیست؟ ارتباط آن با مباحثی مثل فقه، فلسفه، حقوق و... چگونه است؟

### اولویت‌ها

در ابتدا، جهت تعیین اولویت‌ها، با استفاده از شیوه جدول اولویت‌بندی<sup>۱</sup>، شرکت کنندگان با بارش افکار، موضوعات مهم اخلاق پزشکی را مطرح کردند. سپس شاخص‌های اهمیت مباحث نیز طرح گردید که در بعضی گروه‌ها به مواردی همچون فراگیری، درجه ابتلا، سهولت اجرا و آینده‌نگری اشاره شد (۳).

با توجه به امتیازهای داده شده به هر شاخص در هر مبحث، اولویت‌های اصلی به شرح زیر مشخص شد (۳):

۱. رابطه گروه پزشکی و بیمار
۲. اخلاق در پژوهش
۳. فلسفه اخلاق پزشکی
۴. آموزش اطلاع‌رسانی در زمینه اخلاق پزشکی
۵. تخصیص منابع (نیروی انسانی، اعتبارات و امکانات)
۶. اخلاق در آموزش (الگو)

۷. بهداشت باروری (سقط‌جنین، ایدز،

مأموریت‌ها<sup>۴</sup> و اهداف<sup>۵</sup>، نقاط قوت<sup>۶</sup> و ضعف<sup>۷</sup>، فرصت‌های موجود<sup>۸</sup> و تهدیدها<sup>۹</sup> با بحث و تبادل نظر معین شدند.

### ذی‌نفع‌ها

ذی‌نفع‌ها به‌طور عمده عبارت‌اند از (۳):

۱. گیرندگان خدمات (بیماران، خانواده آن‌ها و...);

۲. ارائه‌دهندگان خدمات (پزشک، پرستار، سایر کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی و...);

۳. دانشجویان علوم پزشکی؛

۴. مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران و استادان دانشگاه علوم پزشکی؛

۵. مجلس و مراجع قانون‌گذار؛

۶. مراجع حوزه علمیه؛

۷. سازمان‌های حقوقی و مراجع قضایی؛

۸. سازمان نظام پزشکی؛

۹. پزشکی قانونی؛

۱۰. سازمان‌های بین‌المللی (WHO، یونسکو و...);

۱۱. شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی؛

۱۲. نظریه‌پردازان گروه علوم انسانی؛

ناباروری و تنظیم خانواده)

۸. پیوند اعضا

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

۱۴. ارزشیابی

اخلاق پزشکی توسط شرکت کنندگان در کارگاه با عبارات زیر تعریف گردید (۳):

«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، ذی‌نفع‌ها<sup>۲</sup>، چشم‌اندازها<sup>۳</sup>

4- Mission.

5- Goals.

6- Strengths.

7- Weakness.

8- Opportunities.

9- Threats.

2- Stake holders.

3- Vision.

۱۳. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی؛  
اصیل اسلامی؛
۱۴. سازمان‌های بیمه‌گر (دولتی و غیردولتی)؛
۱۵. دولت (وزارت علوم، وزارت بهداشت، شورای عالی انقلاب فرهنگی و...)
۱۶. نیروی انتظامی و سازمان‌های نظارتی؛
۱۷. جامعه جهانی علی‌الخصوص جهان اسلام؛
۱۸. انجمن‌های حمایت از حیوانات؛
۱۹. فرهنگستان علوم پزشکی و سایر سازمان‌های صنفی مشابه؛
۲۰. سازمان‌های مردم‌نهاد (NGOs) مانند بنیادهای خیریه؛
۲۱. رسانه‌های گروهی، نهادهای ارتباط جمعی و مراکز اطلاع‌رسانی؛
۲۲. نسل آینده.
۳. تنظیم منشور اخلاق پزشکی بر مبنای:
- حفظ کامل کرامت و ارزش‌های انسانی با توجه به مبانی اصیل اسلام؛
  - گسترش عدالت اجتماعی؛
  - توسعه علوم پزشکی با توجه به ارزش طب و طبابت در اسلام.

### مأموریت

۱. سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، تدوین راهبردهای 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 ارتقای دانش، بینش و عملکرد اخلاقی جامعه پزشکی؛

### ۲. تأمین مدیریت فراگیر

- (سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی) در اخلاق پزشکی در زمینه آموزش، پژوهش، بهداشت و درمان برای ارتقای دانش، بینش و عملکرد اخلاقی جامعه پزشکی؛

### ۳. تبیین جایگاه اخلاق پزشکی در کشور؛

### ۴. تبیین مبانی اخلاق پزشکی در کشور؛

### ۵. گسترش آموزش اخلاق پزشکی؛

### چشم‌انداز

چشم‌انداز برنامه‌ریزی راهبردی اخلاق پزشکی به صورت زیر بیان گردید (۳):

۱. استقرار کاراترین نظام سلامت، مبتنی بر اخلاق پزشکی و اصول اسلامی و انسانی و رسیدن به جامعه‌ای که در آن هیچ‌گونه خلاف پزشکی نباشد و احترام به کرامت انسانی در بالاترین سطح ممکن تحقق یابد؛
۲. معرفت و عمل به اخلاق پزشکی،



۹. وجود ساختار تعریف شده در زمینه اخلاق پزشکی.

### نقاط ضعف

نقاط ضعف نیز بررسی و به شرح زیر ذکر گردید (۳):

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.

۶. تربیت نیروی انسانی متخصص؛

۷. گسترش ارتباطات علمی-فرهنگی با

مراجع داخلی و خارجی و...؛

۸. ارتقای سطح علمی تمامی آحاد

جامعه پزشکی (۳).

### نقاط قوت

مهم‌ترین نقاط قوت به شرح زیر ذکر گردید (۳):

۱. وجود مدیران و تصمیم‌گیران و متخصصان 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 مسئولین امر، پزشکان و سایر دست‌اندرکاران؛
۵. احساس نیاز به موضوعات جدید اخلاق پزشکی با توجه به ارتقای سطح فرهنگ و دانش‌گیرندگان خدمت و افزایش مطالبات ایشان؛
۶. وجود مرکز اخلاق پزشکی با فضا و امکانات تخصصی مناسب؛
۷. کم‌هزینه بودن تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی؛
۸. امکان سیاست‌گذاری متمرکز در سطح کشور؛

## فرصت‌ها

- فرصت‌های موجود عبارت‌اند از (۳):
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 بین‌المللی؛
  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 علاقه‌مند به زمینه‌های اخلاق پزشکی؛
  ۹. اعتقادات مذهبی مردم و توجه به اخلاق پزشکی؛
  ۱۰. وجود حوزه‌های فکری مرتبط با موضوع مانند فقه، فلسفه، جامعه‌شناسی و ...
- زیر دانست (۳):
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 و نبود مشارکت فعال با مراکز فقهی، حقوقی و...؛
  ۷. توجیه ناکافی ذی‌نفعان در مسئله اخلاق پزشکی و نداشتن بینش یکسان در بین روحانیون، پزشکان، حقوقدانان، فلاسفه و...؛
  ۸. ثبات کم مدیریتی در سطح وزارت بهداشت، 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

## تهدیدها

تهدیدهای موجود را می‌توان شامل موارد

## اهداف کلی

- ایجاد منشور اخلاق پزشکی؛
- فرهنگ‌سازی و ایجاد جذابیت در زمینه اخلاق پزشکی برای ذی‌نفع‌ها با اولویت دادن به دانشجویان علوم پزشکی؛
- ایجاد شبکه اخلاق پزشکی؛
- کاربردی کردن مفاهیم اخلاق پزشکی از طریق شبکه کمیته‌های اخلاقی؛
- ایجاد بستر مناسب برای انجام طرح‌ها و پژوهش‌های مرتبط؛
- گسترش آموزش اخلاق پزشکی؛
- پیشنهاد قوانین و مقررات لازم در زمینه اخلاق پزشکی به مراجع ذی‌صلاح؛
- ایجاد ارتباط با سازمان‌ها و مراکز علمی داخلی و خارجی؛
- ایجاد ساختار مناسب برای رسیدن به اهداف فوق؛
- دستیابی به یک بینش و چارچوب روشن در زمینه اخلاق پزشکی با نگرش اسلامی؛
- تحلیل منابع متعدد اخلاق پزشکی به‌ویژه در جهان غرب و تطبیق آن با معارف و فرهنگ اسلامی؛
- اطلاع‌رسانی به مردم در مورد وظایف و حقوق اسلامی و انسانی آن‌ها در ارتباط با خدمات پزشکی؛

تخصیص امکانات به مرکز؛

۱۴. عدم علاقه و توجه کافی مراکز تحقیقاتی و دانشگاه‌های علوم پزشکی به مقولات اخلاق پزشکی؛
۱۵. اشتغال بیش‌ازحد جامعه پزشکی به مسائل اجرایی و اقتصادی؛
۱۶. ضعف فرهنگی جامعه پزشکی؛
۱۷. عدم ارزش‌گذاری رفتارهای اخلاقی جامعه پزشکی؛
۱۸. عدم آشنایی با 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. در ابتدا، عبارت زیر به‌عنوان مأموریت (Mission) مد نظر قرار گرفت (۳):

«تأمین مدیریت فراگیر شامل نیازسنجی، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا، ارزشیابی و برنامه‌ریزی 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 (۳):

- افزایش آگاهی مناسب با نیازها در رده‌های مختلف پزشکی (بازآموزی و...)
- تطبیق رفتار گروه پزشکی بر اساس ضوابط اخلاق پزشکی اسلامی و انسانی و ایجاد ملکات اخلاقی متعالی در این گروه؛
- افزایش هماهنگی بین گروه‌های مختلف مرتبط با اخلاق پزشکی از طریق شبکه؛
- ایجاد سیستمی برای دستیابی به موضوعات جدید با بازنگری موضوعات قدیم در زمینه اخلاق پزشکی و ارائه راه‌حل لازم؛
- ایجاد رشته آموزشی مصوب در زمینه اخلاق پزشکی؛
- ایجاد بستر مناسب در دانشگاه‌های علوم پزشکی برای تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی؛
- ایجاد امکان دسترسی کلیه محققان اخلاق پزشکی به منابع اخلاق پزشکی داخلی و خارجی مورد نیاز؛
- تدوین دستورالعمل‌ها و کدهای مناسب در زمینه مسائل مختلف اخلاق پزشکی برای گروه پزشکی؛
- تدوین قوانین و یافتن راهکارهای بین بخشی برای مشکلات اخلاق پزشکی از طریق همکاری گروه‌های مختلف مرتبط؛
- گسترش ارتباطات بین‌المللی در زمینه اخلاق پزشکی؛
- استقرار نظام پایش ارزشیابی در زمینه مسائل اخلاق پزشکی و برخورد با موارد مختلف؛
- تشکیل شورای سیاست‌گذاری اخلاق پزشکی کشور با مشارکت نهادها و ارگان‌های ذی‌ربط؛
- تأمین پشتیبانی مناسب برای پیشبرد اخلاق پزشکی در کشور؛
- افزایش کیفیت تحقیقات پزشکی از راه اجرای کدهای اخلاق پزشکی؛
- طراحی ساختار مناسب در زمینه اخلاق پزشکی در تمامی سطوح؛
- احیای میراث‌های اخلاق پزشکی (الگوها، متون و...) در فرهنگ اسلامی-ایرانی کهن؛
- ایجاد جایگاه مناسب منطقه‌ای و بین‌المللی به‌عنوان قطب اخلاق پزشکی، به‌ویژه در بین کشورهای اسلامی.

### اهداف خدمتی

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

چشم‌انداز:	معرفت و عمل به اخلاق پزشکی مبتنی بر اصول علمی و متناسب با مبانی اصیل اسلامی و فرهنگ ایرانی.
مأموریت:	تأمین مدیریت فراگیر (سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی) در اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه‌های آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی برای ارتقای دانش، بینش و عملکرد اخلاقی جامعه پزشکی.
اهداف:	<p>- تدوین و بازنگری منشور اخلاق پزشکی؛</p> <p>- توسعه آموزش و پژوهش اخلاق پزشکی؛</p> <p>- فراگیر کردن عمل به مبانی پزشکی؛</p> <p>- گسترش ارتباطات کشوری، منطقه‌ای و بین‌المللی در زمینه اخلاق پزشکی؛</p> <p>- استقرار نظام پایش و ارزیابی در زمینه اخلاق پزشکی؛</p> <p>- احیای میراث‌های اخلاق پزشکی اسلامی و ایرانی گذشته.</p>

کارکنان فنی و مدیران؛

- تحصیل فضایل و زدودن رذایل در زمینه اخلاق پزشکی در گروه‌های فوق.

### اهداف سازمانی

- ارتقای جایگاه سازمانی اخلاق پزشکی در وزارت بهداشت؛

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

پس از برگزاری اولین کارگاه، پیگیری امر در جلسات هفتگی صورت گرفت که با حضور دکتر ملک‌افضلی، دکتر لاریجانی، دکتر فتحی معصوم، دکتر قانع، دکتر میاندری، دکتر پارساپور، دکتر جلالی، دکتر خلیج‌زاده، حجت‌الاسلام دکتر علم‌الهدی، دکتر مولوی و کارشناسان دفتر مطالعات علوم انسانی و اسلامی در طب و اخلاق پزشکی تشکیل می‌شد. در جلسات متعدد در مورد چشم‌انداز، مأموریت و اهداف، مواردی به صورت ذیل مورد توافق اعضای کمیته کاری قرار گرفت (۳):

## دومین کارگاه برنامه‌ریزی راهبردی اخلاق پزشکی (مشهد)

دومین کارگاه برنامه‌ریزی راهبردی اخلاق پزشکی در مشهد (۱۳-۱۲ مهرماه ۱۳۸۱) برگزار گردید (۳). افراد شرکت‌کننده عبارت بودند از:

گروه ۱:	۱. دکتر ملک‌افضلی، ۲. دکتر هاشمیان، ۳. حجت‌الاسلام والمسلمین دکتر ابراهیمی، ۴. دکتر فکور، ۵. دکتر آیت‌اللهی، ۶. دکتر موسوی، ۷. دکتر خلج‌زاده.
گروه ۲:	۱. دکتر لاریجانی، ۲. دکتر میان‌داری، ۳. دکتر شکرایی، ۴. دکتر بابامحمودی، ۵. دکتر حقیقی، ۶. دکتر مدبر، ۷. حجت‌الاسلام والمسلمین علم‌الهدی، ۸. تقوایی.
گروه ۳:	۱. دکتر سید عباس پاک‌نژاد، ۲. دکتر فتاحی معصوم، ۳. دکتر مولوی، ۴. دکتر گل‌مکانی، ۵. دکتر نیک‌نام، ۶. دکتر پارساپور.

## اهداف

هدف ۱ (G1). دستیابی به چارچوب مبنایی یکسان و کدهای رسمی در اخلاق پزشکی<sup>۱</sup>

G1O1:	تدوین منشور و کدهای اخلاق پزشکی مبتنی بر اصول علمی و متناسب با مبانی اسلام تا پایان تیرماه ۸۳؛
G1O1A1:	تشکیل گروه کاری از ذی‌نفع‌های مختلف توسط دفتر مطالعات ظرف مدت دو ماه؛
G1O1A2:	جمع‌آوری کلیه منابع مطالعاتی مورد نیاز توسط گروه کاری ظرف مدت شش ماه؛
G1O1A3:	تحلیل و دسته‌بندی منابع جمع‌آوری شده توسط گروه کاری ظرف مدت هشت ماه؛
G1O1A4:	تدوین پیش‌نویس منشور و کدهای اخلاقی توسط گروه کاری ظرف مدت شش ماه؛
G1O1A5:	نظرخواهی از مراجع ذی‌ربط توسط دفتر مطالعات ظرف مدت سه ماه؛
G1O1A6:	تدوین نهایی توسط گروه کاری ظرف مدت یک ماه.
شاخص‌ها:	۱. وجود منشور و کدهای اخلاقی به صورت 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؛

۱- مدیریت فعالیت‌های مربوطه بر عهده دفتر مطالعات و شروع فعالیت‌ها از آذرماه ۸۱ بود.

G2O1:	طراحی و ایجاد ساختار آموزش اخلاق پزشکی طی مدت شش ماه در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های مربوطه؛
G2O1A1:	مطالعه، تدوین و ارائه طرح ایجاد گروه برنامه‌ریزی در معاونت آموزشی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری یا توسط معاونت پژوهشی؛
G2O1A2:	ایجاد گروه اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی زیر نظر معاونت آموزشی دانشگاه با همکاری یا توسط معاونت پژوهشی دانشگاه؛
G2O1A3:	تجدیدنظر 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 سه ماه؛
G2O2:	تأمین منابع آموزشی اخلاق پزشکی برای استادان و دانشجویان طی مدت دو سال توسط معاونت آموزشی؛
G2O2A1:	تألیف و تدوین کتب مرجع (حداقل یک کتاب) برای استادان 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 معرفی مواد آموزشی برنامه عملی اخلاق پزشکی طی مدت یک سال در زمینه‌های پزشکی، داروسازی، دندان‌پزشکی، پرستاری و مامایی توسط معاونت آموزش و با همکاری معاونت پژوهشی؛
G2O2A3:	ترجمه حداقل سالی دو عنوان کتاب با اهداف آموزشی توسط دفتر مطالعات؛

G1O2A1:	تشکیل گروه کاری از ذی‌نفع‌های مرتبط با تصویب دفتر، ظرف مدت یک ماه؛
G1O2A2:	مطالعه قوانین مربوط به اخلاق پزشکی در سایر کشورها توسط گروه کاری، ظرف مدت دوازده ماه؛
G1O2A3:	مطالعه منشور و استخراج کدهایی که نیاز به تصویب قانونی و یا تعیین آیین‌نامه می‌باشند توسط گروه کاری، ظرف مدت یک ماه؛
G1O2A4:	تنظیم پیش‌نویس در چارچوب قانون یا آیین‌نامه توسط گروه، ظرف مدت سه ماه؛
G1O2A5:	نظرخواهی از صاحب‌نظران حقوقدان و اجرایی کشور توسط دفتر، ظرف مدت سه ماه؛
G1O2A6:	تنظیم نهایی پس از اعمال نتایج نظرسنجی توسط گروه کاری، ظرف مدت یک ماه؛
G1O2A7:	تصویب در مراجع ذی‌ربط توسط معاونت آموزشی، ظرف مدت یک سال.
شاخص‌ها:	۱. وجود قوانین و آیین‌نامه‌های مصوب در مراجع قانونی. ۲. اطمینان از مشارکت ذی‌نفع‌های صاحب‌نظر در فرآیند تصویب قانون یا آیین‌نامه.

پیشنهاد ارائه یک منشور جهانی اخلاق پزشکی از طرف مسلمانان نیز در ادامه مطرح گردید (۳).

## هدف ۲ (G۲). توسعه آموزش اخلاق پزشکی در آموزش گروه علوم پزشکی

GnO1:	افزایش آگاهی گروه‌های ذی‌نفع در ارتباط با اخلاق پزشکی؛
GnO1A1:	تشکیل گروه‌های کاری در دفتر مطالعات طی مدت سه ماه؛
GnO1A2:	تدوین برنامه جامع اطلاع‌رسانی توسط گروه کاری طی مدت شش ماه؛
GnO1A3:	تدوین برنامه اجرایی بخش‌های مختلف (برنامه جامع) توسط گروه کاری طی مدت یک سال؛
GnO1A4:	پایبش و ارزیابی برنامه‌های اجرا شده توسط گروه کاری طی مدت دو سال؛
G2O4:	تدوین آموزش اخلاق پزشکی در رشته‌های علوم پزشکی؛
G2O4A1:	طرح گزارش‌های موردی 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:	برنامه‌ریزی برای طرح مباحث مبتلابه اخلاق پزشکی در پزشکی قانونی و نظام پزشکی در مراکز آموزشی به مدت دو سال توسط معاونت آموزشی با کمک دانشگاه‌ها؛
G2O4A4:	تهیه برنامه آموزشی اخلاق پزشکی از طریق آموزش از راه دور ۳ به شکل مکاتبه‌ای توسط معاونت آموزشی با همکاری معاونت پژوهشی و دانشگاه‌ها در مدت یک سال؛
G2O5:	گسترش رشته‌های آموزشی مرتبط با اخلاق پزشکی در داخل کشور؛
G2O5A1:	طراحی و پیشنهاد برنامه دوره آموزشی M.A توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران به مدت شش ماه؛

G2O2A4:	تدوین کتب آموزشی برای فارغ‌التحصیلان در هر سال یک جلد توسط معاونت پژوهشی با همکاری معاونت آموزشی و دانشگاه‌ها؛
G2O2A5:	برگزاری نمایشگاه بین‌المللی کتب و مجلات و منابع الکترونیکی اخلاق پزشکی هر سه سال یک‌بار؛
G2O3:	ارتقای توانمندی اعضای هیئت‌علمی در خصوص محتوا و روش آموزش اخلاق پزشکی؛
G2O3A1:	برگزاری کارگاه‌های آموزش پزشکی ۱ برای استادان اخلاق پزشکی، سالی یک‌بار در سطح دانشگاه‌ها توسط معاونت آموزشی با همکاری معاونت پژوهشی؛
G2O3A2:	برگزاری کارگاه‌های اخلاق پزشکی برای استادان اخلاق پزشکی، سالی یک‌بار در سطح دانشگاه‌ها توسط معاونت آموزشی با همکاری معاونت پژوهشی؛
G2O3A3:	تدوین برنامه Post.Doctorate استادان اخلاق پزشکی در داخل و خارج برای حداقل چهار نفر در سال توسط معاونت پژوهشی؛
G2O3A4:	بورسیه کردن حداقل دو نفر از افراد واجد شرایط برای عضویت هیئت‌علمی در هر سال توسط معاونت آموزشی؛
G2O3A5:	ارائه پیشنهاد به معاونت آموزشی برای قرار دادن شرط گذراندن «اخلاق پزشکی» و «آموزش پزشکی» برای ارتقای استادان توسط معاونت پژوهشی در طی شش ماه؛
G2O3A6:	حمایت از شرکت استادان دانشگاه‌های علوم پزشکی در کارگاه‌ها و سمینارهای اخلاق پزشکی توسط معاونت پژوهشی حداقل ده نفر در سال؛
Gn:	اطلاع‌رسانی در زمینه اخلاق پزشکی ۲؛

1- Medical Education.

۲- به علت احتمال ادغام این هدف در هدف ۴، شماره مشخصی به این هدف اختصاص نیافت.



G'201A5:	انتشار مجله تخصصی اخلاق پزشکی در مدت دو سال توسط دفتر مطالعات اخلاق پزشکی؛
G'202:	ایجاد و توسعه واحدهای تحقیقاتی مرتبط در وزارت متبوعه؛
G'202A1:	پیشنهاد طرح تبدیل ساختار دفتر مطالعات اخلاق پزشکی به مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی؛
G'202A2:	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'203:	حمایت از ایجاد و توسعه واحدهای تحقیقاتی در سایر نهادهای ذی‌نفع؛
G'203A1:	تعریف پروژه‌های مشترک با مراکز تحقیقاتی خارج از وزارت بهداشت، حداقل سالی دو پروژه توسط دفتر مطالعات؛
G'203A2:	تدوین آیین‌نامه ایجاد مراکز تحقیقاتی در زمینه اخلاق پزشکی در بین گروه‌های ذی‌نفع (حوزه مراکز حقوقی، فلسفی و فقهی و...) طی مدت یک سال؛
G'204:	تأمین منابع پژوهشی مرتبط (تربیت پژوهشگر، منابع اطلاع‌رسانی و...)؛

### هدف ۳ (G۳). توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی در کشور

G301:	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 ۱۰۰٪؛
-------	--

G205A2:	طراحی و پیشنهاد برنامه دوره آموزشی Ph.D پس از برگزاری M.A؛
G205A3:	تصویب برنامه M.A و Ph.D در شورای گسترش معاونت آموزشی، شش ماه پس از پیشنهاد؛
G205A4:	تشکیل گروه اخلاق پزشکی برای دوره M.A در دانشگاه پس از تصویب شورای گسترش حداکثر در مدت سه ماه.

### G'۲: توسعه پژوهش اخلاق پزشکی

در بخش پژوهش، گسترش پژوهش در زمینه اخلاق پزشکی مد نظر بوده و بحث مهم اخلاق در پژوهش، در هدف توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی بحث می‌شود (۳).

G'201:	ایجاد بستر مناسب برای انجام طرح‌های تحقیقاتی مرتبط در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی کشور؛
G'201A1:	تعیین اولویت‌ها در تحقیقات اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات اخلاق پزشکی در طی مدت یک سال؛
G'201A2:	تعیین دستورالعمل برای حمایت از اجرای پروژه‌ها و پایان‌نامه‌های تحقیقاتی اخلاق پزشکی توسط معاونت پژوهشی جهت ارائه به شورای پژوهش ظرف مدت شش ماه؛
G'201A3:	پیشنهاد ردیف اعتباری اختصاصی برای حمایت از پژوهش‌های اخلاق پزشکی به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی توسط معاونت پژوهشی طی یک ماه؛
G'201A4:	ایجاد بانک اطلاعاتی محققان اخلاق پزشکی طی یک سال توسط دفتر مطالعات اخلاق پزشکی؛

<p>حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی در ارتقای بخش غیردولتی در زمینه اخلاق پزشکی در طی سال‌های اول و دوم برنامه راهبردی (۴۰٪) و توسعه اخلاق پزشکی در سازمان‌های غیردولتی بهداشت و درمانی تا پایان برنامه راهبری (۱۰۰) با توجه به هدف شماره چهار؛</p>	<p>G3O1A5:</p>
<p>حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی با توجه به اثرات عملکردی ذی‌نفع‌های اصلی و عمومی در اخلاق پزشکی طی سال‌های برنامه سوم با توجه به هدف کلان شماره چهار.</p>	<p>G3O1A6:</p>

پس از ارائه گزارش، پیشنهادهای متفاوتی مطرح شد. در نهایت بر عملیاتی کردن آن از طریق اجرای یک طرح تحقیقاتی در سطح دو تا سه شبکه خدمات بهداشتی درمانی تأکید شد. بر این اساس، بنا شد ابتدا حداقل‌های مورد پذیرش اخلاق پزشکی اخذ شوند و پس از آموزش و اطلاع‌رسانی آن‌ها، انتظار داشت که حداقل ۷۰٪ از شاغلان مربوطه آن را رعایت نمایند (۳).

<p>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:</p> <p>– پیشنهاد ایجاد کمیته‌ها و واحدهای متناسب با فعالیت مربوطه در سطوح استان، شهرستان، مراکز شهری و روستایی و پایگاه‌های آموزش به‌ورزان؛</p> <p>– پیشنهاد ایجاد کمیته‌ها و واحدهای متناسب با فعالیت‌های مربوطه در بیمارستان‌ها؛</p> <p>– حمایت از تهیه دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های اجرایی در زمینه اخلاق پزشکی؛</p> <p>– توسعه فرایند اجرایی اخلاق پزشکی در ساختار فوق و پیش و ارزیابی فعالیت‌ها؛</p> <p>– بهره‌گیری از نتایج هدف کلان شماره شش و کاربردی کردن آن در طول برنامه راهبردی؛</p>	<p>G3O1A1:</p>
<p>حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی در پژوهش‌های علوم پزشکی کشور در طی سال‌های اول و دوم برنامه راهبردی (۴۰٪) و توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی تا پایان برنامه راهبردی (۱۰۰٪) با توجه به هدف کلان شماره دو؛</p>	<p>G3O1A2:</p>
<p>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 (۱۰۰٪) با توجه به هدف کلان شماره دو؛</p>	<p>G3O1A3:</p>
<p>ترویج کاربردی کردن اخلاق پزشکی در نظام مدیریتی و عملیاتی بهداشت و درمان کشور در طی سال‌های اول و دوم برنامه راهبردی (۴۰٪) و توسعه نظام مدیریتی و عملیاتی تا پایان برنامه راهبردی ۱۰۰٪ با توجه به هدف شماره پنج؛</p>	<p>G3O1A4:</p>

**هدف ۴ (G۴). توسعه ارتباطات داخلی و بین‌المللی در زمینه اخلاق پزشکی**

G4O1A7	برگزاری برنامه‌های تخصصی رسانه‌ای توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یک سال؛
G4O2	ایجاد سیستم ارتباطی با سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان مرتبط با اخلاق پزشکی طی مدت دو سال؛
G4O2A1	اطلاع‌رسانی در مورد مرکز و شبکه اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات در طول برنامه راهبردی؛
G4O2A2	برگزاری جلسات بحث و تبادل نظر توسط دفتر مطالعات در طول برنامه راهبردی؛
G4O2A3	برگزاری برنامه‌های مشترک رسانه‌ای با سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان توسط دفتر مطالعات در طول برنامه راهبردی؛
G4O3	ایجاد سیستم ارتباطی با عموم مردم و سایر ذی‌نفع‌های مرتبط با اخلاق پزشکی طی مدت دو سال؛
G4O3A1	ایجاد واحد روابط عمومی و بین‌المللی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یک سال؛

G4O1	ایجاد سیستم ارتباطی با پژوهشگران و مراکز پژوهشی - آموزشی مرتبط با اخلاق پزشکی طی مدت دو سال؛
G4O1A1	ایجاد بانک اطلاعاتی از پژوهشگران و مراکز پژوهشی - آموزشی مرتبط با اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یک سال؛
G4O1A2	ایجاد شبکه اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت دو سال؛
G4O1A3	تهیه سایت اینترنتی فعال توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یک سال؛
G4O1A4	تهیه فصلنامه تخصصی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یک سال؛
G4O1A5	تهیه بروشورهای اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت شش ماه؛
G4O1A6	برگزاری همایش‌ها و میزگرد و سخنرانی و... توسط دفتر مطالعات ظرف مدت یک سال؛

## هدف ۵ (G۵). استقرار نظام پایش و ارزشیابی در زمینه اخلاق پزشکی

G5O1:	طراحی و استقرار سیستم‌های عملیاتی و اطلاعاتی (MIS) طی سال‌های اول و دوم برنامه راهبردی شامل کلیه سیستم‌های مورد نیاز و به‌روز کردن آن طی سال‌های برنامه راهبردی؛
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 اجرای سیستم‌ها و روش‌های پایش و ارزشیابی (دفتر-مشاور)؛
G5O1A3:	تهیه ضوابط طراحی سیستم اطلاعاتی (MIS) از جهت نیازهای اطلاعاتی مدیریتی، تصمیم‌سازی، 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 به‌کارگیری متخصصان مورد نیاز (دفتر-مشاور)؛

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 تفاهم‌نامه علمی با مراکز علمی-تحقیقاتی خارجی، به‌ویژه 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 محققان خارجی توسط دفتر ظرف مدت یک سال؛
G4O4A5:	دعوت از صاحب‌نظران اخلاق پزشکی خارجی توسط دفتر ظرف مدت یک سال.

G602A1:	تهیه بانک اطلاعاتی از آثار ایرانی و اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی طی مدت دو سال، توسط دفتر مطالعات؛
G602A2:	جمع‌آوری تمامی آثار موجود ایرانی و اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی طی مدت پنج سال، توسط دفتر مطالعات؛
G602A3:	تصحیح و چاپ آثار گذشتگان ایرانی و اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی، حداقل سالی دو عنوان کتاب، توسط دفتر مطالعات؛
G602A4:	حمایت مالی، اعتباری از تحقیقات در زمینه استخراج مفاهیم اخلاق پزشکی در آثار ایرانی و اسلامی گذشته مرتبط با اخلاق پزشکی؛
G602A5:	گردآوری تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی شامل کتاب، مقالات و... طی مدت دو سال توسط دفتر مطالعات.

در این کارگاه، همچنین پیشنهاد شد که در مورد نکات اخلاقی مرتبط با اخلاق پزشکی، مواردی که در قرآن، روایات و سیره ائمه وجود دارند نیز استخراج و احیا شود. در این جلسات، همچنین مطرح شد که اجرای بخشی از راهبرد نوشته شده برای اخلاق پزشکی به عهده دفتر مطالعات و معاونت پژوهشی باشد و متولی اجرای سایر بخش‌ها، معاونت‌های دیگر وزارت بهداشت و درمان و یا فراتر از محدوده وظایف وزارت بهداشت و درمان باشند. چون اهداف ۳ (توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی در کشور) از اهمیت خاصی برخوردار است، مقرر گردید که توسط کمیته تلفیق پیش‌بینی شده، در قالب یک پروژه تحقیقاتی مورد بررسی و واکاوی دقیق‌تر قرار گیرد (۳).

G501A7:	بررسی نتایج حاصل از اجرای سیستم‌های عملیاتی و اطلاعاتی و انجام اصلاحات لازم در آن و به‌روز نگهداری تصمیم‌ها طی سال‌های برنامه راهبردی (دفتر).
---------	---

## هدف ۶ (G۶). بازیابی میراث اخلاق پزشکی ایرانی و اسلامی

G601:	شناسایی و معرفی افراد و الگوهای اخلاقی جامعه پزشکی در طی مدت برنامه راهبردی توسط دفتر مطالعات؛
G601A1:	شناسایی چهره‌های شاخص و مرتبط با اخلاق پزشکی و تهیه فهرست مشخصات آن‌ها در مدت یک سال توسط دفتر مطالعات؛
G601A2:	مستندسازی زندگی‌نامه 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 چهار نفر؛
G601A3:	انتشار مستندات فوق و آثار علمی مرتبط با اخلاق پزشکی چهره‌های شاخص فوق‌الذکر توسط دفتر مطالعات، حداقل سالی یک اثر؛
G602:	شناسایی و معرفی متون اخلاق پزشکی قدیم؛

و بومی نمودن آن راهنماهای اخلاقی بین‌المللی و راهنماهای اخلاق در برخی زمینه‌ها آماده شد که می‌توان به تدوین کدهای عمومی و کدهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشور، تدوین و ابلاغ منشور حقوق بیمار، تدوین آیین اخلاق پرستاری در جمهوری اسلامی ایران، تهیه راهنمای کشوری اخلاق در انتشار آثار پژوهشی علوم پزشکی و تدوین سند جامع اخلاقی نظام دارویی کشور اشاره کرد.

از دیگر وقایع مهم در زمینه اخلاق پزشکی تشکیل شورای عالی اخلاق پزشکی با هدف سازمان‌دهی مناسب‌تر فعالیت‌های در حال انجام حوزه اخلاق پزشکی در سال ۱۳۸۹ بود. دوره دوم این شورا در سال ۱۳۹۴ و دوره سوم آن در سال ۱۳۹۹ با اعضای جدید تشکیل شد. در حال حاضر، شورای عالی اخلاق پزشکی به‌عنوان بالاترین مرجع در این حوزه، نقش پراهمیتی در انسجام و شتاب فعالیت‌های اخلاق پزشکی در کشور بر عهده دارد.

شورای عالی اخلاق پزشکی مسئولیت هماهنگی و راهبری کلیه فعالیت‌های مرتبط با اخلاق پزشکی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اعم از سیاست‌گذاری و هدایت، اجرا در حوزه‌های ذی‌ربط و نهادهای خارج از وزارت متبوع در موارد مرتبط را بر عهده دارد و مرجع اصلی تصمیم‌گیری وزارت بهداشت، درمان

تدوین این برنامه تلاش‌ها را در حوزه اخلاق پزشکی متمرکز کرد و سرعت بخشید. ایجاد مراکز تحقیقات اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی (از جمله در دانشگاه علوم پزشکی تهران)، فراهم‌آوری کتابخانه تخصصی اخلاق و تاریخ پزشکی، تدوین کتب متعدد در این حوزه از جمله کتاب *پزشک و ملاحظات اخلاقی* اقدامات ارزنده‌ای بود که با تلاش استادان، محققان و صاحب‌نظران این حوزه صورت پذیرفت. در حیطه آموزش اخلاق پزشکی نیز علاوه بر راه‌اندازی *بوردها* رشته اخلاق پزشکی و تشکیل گروه اخلاق پزشکی در بسیاری از دانشگاه‌ها، ارائه برنامه‌های آموزشی کارگاهی برای گروه‌های هدف و ایجاد دوره‌های تحصیلات تکمیلی در قالب دوره‌های MPH و PhD اخلاق پزشکی و کارشناسی ارشد اخلاق پزشکی، فرصت‌های مطالعاتی مناسبی برای علاقه‌مندان فراهم کرد. همچنین، بازنگری و اصلاح برنامه آموزشی درس اخلاق پزشکی در دانشکده‌های پزشکی، طراحی تم‌طولی اخلاق و طراحی برنامه آموزش اخلاق پزشکی در مقاطع دستیاری علوم پزشکی و متناسب با نیازهای هر رشته، با هدف ارتقای اخلاق در بین دانش‌آموختگان علوم پزشکی، با همت و دلسوزی استادان و محققان پیگیری شد.

در راستای کاربردی نمودن اصول اخلاقی

سال‌های اخیر در اخلاق پزشکی مورد توجه بوده است. تجلی این توجه را می‌توان در تدوین اولین برنامه راهبردی اخلاق پزشکی در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۱ مشاهده کرد. قریب به اتفاق اقداماتی که ذکر شد در این برنامه پیش‌بینی شده بود و بیش از یک دهه پیگیری می‌شد. پس از گذشت بیش از یک دهه از تدوین این برنامه، تدوین دومین برنامه راهبردی در دستور کار گروه مشترک آموزش و اخلاق پزشکی فرهنگستان علوم پزشکی کشور قرار گرفت. در راستای تدوین دومین برنامه راهبردی اخلاق پزشکی، پس از برگزاری کارگاه‌های متعدد و بحث‌های گروهی در دبیرخانه شورای عالی اخلاق پزشکی و گروه اخلاق و آموزش فرهنگستان علوم پزشکی کشور، نقاط ضعف و قوت، فرصت‌ها و تهدیدها، چشم‌انداز و مأموریت تدوین گردید و در جلسه شورای عالی اخلاق پزشکی که در تیرماه ۱۳۹۴ با حضور وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برگزار شد به تصویب رسید.

در راستای تدوین فعالیت‌های متناظر هر هدف، کارگروهی تشکیل و این موضوع، طی شش جلسه کار گروهی در دبیرخانه شورای عالی اخلاق پزشکی و گروه اخلاق و آموزش فرهنگستان علوم پزشکی کشور بررسی گردید و سرانجام، این برنامه در اسفندماه سال ۱۳۹۴ به جمع‌بندی و شکل

و آموزش پزشکی در امور مربوط به اخلاق پزشکی است. این مهم با همکاری سه کمیته ملی اخلاق در پژوهش، آموزش و بالینی با شورای عالی اخلاق محقق گردید. دبیرخانه این شورا در مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار دارد. بعد از تشکیل شورای عالی اخلاق پزشکی، با ارسال دستورالعمل تشکیل شورای اخلاق پزشکی برای کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از آن‌ها درخواست گردید با توجه به ظرفیت‌های محیطی و شرایط بومی موجود در منطقه و مطابق با مفاد این دستورالعمل، نسبت به تشکیل شورای اخلاق پزشکی در دانشگاه خود اقدام نمایند. مقرر شد شوراهای اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به‌عنوان نهادهای متناظر شورای عالی اخلاق پزشکی در دانشگاه‌ها عمل نمایند و کمیته‌های اخلاق در پژوهش، آموزش و بالین را هماهنگ سازند. همچنین، تدوین سیاست‌های کلان، اهداف و راهبردهای مرتبط با اخلاق پزشکی در سطح دانشگاه در چارچوب سیاست‌های مصوب شورای عالی، نهادینه کردن اخلاق پزشکی در همه سطوح دانشگاه، ارائه راهبرد جهت توسعه اخلاق پزشکی در حوزه‌های آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت، تعیین چارچوب کلی و... از جمله وظایف آن‌هاست. حرکت در مسیر برنامه در فعالیت‌های

نهایی رسید و در اسفندماه ۱۳۹۴ برای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و مدیران ارشد وزارت متبوع جهت نظرخواهی ارسال و درخواست گردید چنانچه می‌توانند در زمینه پیشبرد فعالیت‌ها اقدامی انجام دهند اعلام آمادگی نمایند. دانشگاه‌ها نیز نظراتشان را ارسال و مجدداً برنامه در دبیرخانه شورای عالی اخلاق پزشکی موردبازنگری قرار گرفت و نهایی گردید.

## دومین برنامه راهبردی اخلاق پزشکی در یک نگاه

### چشم‌انداز

نهادینه شدن معرفت و عمل به اخلاق پزشکی بر پایه ارزش‌های اسلامی و انسانی در همه افراد و ارکان نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به منظور استقرار نظام سلامت پاسخگو و احترام همه‌جانبه به کرامت انسانی.

### مأموریت

تلاش برای دستیابی به معرفت و مدیریت فراگیر (شامل نیازسنجی، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و دیده‌بانی، ارزشیابی و برنامه‌ریزی مجدد) اخلاق پزشکی در زمینه‌های آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات سلامت با توجه به ارزش‌های اسلامی-ایرانی، احترام به کرامت انسانی و عدالت در سلامت.

## اهداف

- دستیابی به چارچوب مبنایی اسلامی-ایرانی مبتنی بر میراث اخلاق پزشکی ایرانی-اسلامی با توجه به دانش روز اخلاق پزشکی؛
- دستیابی و استقرار مجموعه اسناد مصوب ملی بیان‌کننده استانداردهای اخلاق پزشکی؛
- دستیابی و استقرار سیاست‌ها، ساختارها و منابع مشخص در حوزه اخلاق پزشکی؛
- برخورداری از حمایت و مشارکت ذی‌نفعان اصلی اخلاق پزشکی؛
- توسعه‌یافتگی پژوهش در حوزه اخلاق پزشکی؛
- توسعه‌یافتگی آموزش اخلاق پزشکی؛
- برخورداری از ارتباطات داخلی و بین‌المللی توسعه‌یافته در زمینه اخلاق پزشکی؛
- استقرار نظام جامع برنامه‌ریزی عملیاتی در حوزه اخلاق پزشکی.

## ذی‌نفعان

### ۱- ذی‌نفعان فراملی

- آژانس‌های سازمان ملل (UNFPA, WHO, UNESCO, UNAIDS, UNHCR, WFP, UNDP, UNICEF)؛
- سازمان‌های منطقه‌ای (ISESCO, ICO, EMRO, ECO)؛



- انجمن‌های علمی جهانی و منطقه‌ای مرتبط (WMA, IBA)؛
- دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی جهان، به‌خصوص جهان اسلام؛
- شورای بین‌المللی پرستاران (ICN).
- مراجع نظامی و انتظامی؛
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی؛
- سازمان بهزیستی؛
- جمعیت هلال‌احمر؛
- مراجع نظارتی؛
- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی؛
- وزارت آموزش و پرورش؛
- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.

## ۲- مراجع تصمیم‌ساز و سیاست‌گذار

- مجلس شورای اسلامی؛
- شورای عالی انقلاب فرهنگی؛
- مجمع تشخیص مصلحت نظام؛
- شورای نگهبان؛
- فرهنگستان علوم پزشکی؛
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
- قوه قضائیه؛
- حوزه‌های علمیه؛
- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی؛

## ۴- گیرندگان خدمات

- بیماران و دریافت کنندگان مستقیم خدمات؛
- خانواده‌ها و وابستگان بیماران؛
- عموم جامعه؛
- نسل‌های آینده؛
- کاربران فضای مجازی.

## ۵- سازمان‌های صنفی و حرفه‌ای

- سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران؛
- سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران؛
- سازمان نظام روان‌شناسی جمهوری اسلامی ایران؛
- انجمن‌های علمی-تخصصی مرتبط؛
- سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط؛
- شرکت‌های دانش‌بنیان؛

## ۳- مراجع حاکمیتی و اجرایی

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی؛
- سازمان پزشکی قانونی کشور؛
- وزارت علوم، تحقیقات و فناوری؛
- سازمان محیط‌زیست؛
- وزارت کشور و شهرداری‌ها؛
- وزارت جهاد کشاورزی؛
- معاونت علمی و فناوری رئیس‌جمهوری؛
- سازمان صداوسیما؛

## ۶- ارائه کنندگان خدمات

- شاغلین حرفه‌های علوم پزشکی؛
- کارکنان مراکز ارائه کننده خدمات؛
- شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی؛
- بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و سایر مؤسسات ارائه کننده خدمات سلامت؛
- سازمان‌های بیمه‌گر؛
- متولیان فضای مجازی؛

## ۷- ذی‌نفعان حرفه‌ای

- گروه‌های آموزشی و مدرسین مرتبط با حوزه اخلاق پزشکی در دانشگاه‌ها و حوزه‌های دینی؛
- مراکز تحقیقاتی مرتبط با حوزه اخلاق پزشکی؛
- نظریه‌پردازان حوزه اخلاق پزشکی؛
- دانشجویان، اعضای هیئت‌علمی و دانش‌آموختگان مقاطع تحصیلات تکمیلی اخلاق پزشکی.

## نقاط قوت

- وجود مدیران، تصمیم‌گیران و متخصصان با بینش مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت؛

## نقاط ضعف

- توجه به موضوعات جدید اخلاق پزشکی از سوی ذی‌نفعان؛
- احساس نیاز به کار کردن روی موضوعات جدید اخلاق پزشکی با توجه به ارتقای سطح فرهنگ و دانش‌گیرندگان خدمت
- شفاف نبودن سیاست‌های کلان مدیریتی در زمینه اخلاق پزشکی و عدم ثبات مدیریتی در حوزه‌های مرتبط؛

موضوعات و عدم اجرای دقیق قوانین، مقررات و آیین‌نامه‌های موجود در مورد برخی موضوعات مربوطه؛

● فقدان نظام پایش، ارزیابی و رصد متناسب و کارآمد برای اخلاق پزشکی؛

● فقدان نهادی برای بررسی و ارزیابی اخلاقی سیاست‌ها، ضوابط و مقررات موضوعه در نظام سلامت؛

● فقدان ساختارهای ملی و کمیته‌های کشوری، منطقه‌ای و سازمانی در حوزه‌های دیگر به‌جز پژوهش، مانند عدم وجود کمیته کشوری اخلاق بالینی و کمیته‌های اخلاق در آموزش پزشکی؛

● ضعف در مدیریت پژوهش‌های مرتبط با اخلاق پزشکی برای هدایت آن‌ها در جهت حل مشکلات اخلاقی نظام سلامت؛

● پررنگ شدن Medicalization یا پزشکی شدن؛

● نگاه فانتری و حاشیه‌ای به مقوله اخلاق پزشکی از سوی سیاست‌گذاران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت؛

● فقدان تعریف عملیاتی و مصادیق عینی روشن از ارزش‌ها و معیارهای اخلاق پزشکی؛

● ضعف در معرفی الگوهای اخلاقی معاصر؛

● محدود بودن و کم‌صدا بودن گفتمان اخلاق پزشکی و اجتماعی نشدن مباحث

● عدم وجود یک چهارچوب نظری منسجم اسلامی-ایرانی کارآمد برای پاسخگویی عملی به سؤالات مربوط به اخلاق پزشکی؛

● دسترسی اندک به تحقیقات بنیادی و کاربردی و متون اصیل اسلامی و ایرانی روزآمد در زمینه اخلاق پزشکی؛

● ضعف ارتباط، مشارکت و تعامل بین‌رشته‌ای و بین‌بخشی، خصوصاً بین مراکز دانشگاهی و حوزوی؛

● کافی نبودن نیروهای متخصص اخلاق پزشکی و مشخص نبودن جایگاه شغلی آن‌ها در مراکز آموزشی درمانی و در چارت سازمانی نهادهای مرتبط؛

● ضعف دسترسی به منابع علمی خارجی و ارتباطات فعال بین‌المللی مرتبط؛

● حمایت ناکافی و کمبود منابع پشتیبانی از طرح‌های پژوهشی در زمینه اخلاق پزشکی؛

● ضعف در محتوا و فرایندهای اجرای برنامه‌های آموزشی و درسی آموزش اخلاق پزشکی؛

● لحاظ نکردن شاخص‌های اخلاق حرفه‌ای در جذب، ارزشیابی و ارتقای فراگیران، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و اعضای هیئت‌علمی؛

● فقدان قوانین، مقررات و آیین‌نامه‌های مناسب و منسجم در مورد بسیاری از

مربوطه؛

- اخلاقی و باورهای مشترک مذهبی، فرهنگی و اخلاقی در آحاد جامعه و توجه نظام‌مندسازی اخلاق؛
- وجود حوزه‌های فکری فعال مرتبط با موضوع مانند فقه، فلسفه، جامعه‌شناسی و...؛

- وجود رابطه مالی نادرست میان حرفه‌مندان و نیز رابطه مالی مستقیم بین ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت.

### فرصت‌ها

- تمایل ذی‌نفعان بالقوه برای ورود به حوزه اخلاق پزشکی؛
- وجود نهادهای تحقیقاتی و آموزشی در حوزه اخلاق پزشکی در برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی.

- توجه به موضوع اخلاق انسانی و اسلامی در سند ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت؛
- تأکید مقام معظم رهبری بر نظریه‌پردازی در حوزه علوم انسانی، کرسی‌های نظریه‌پردازی و گفتمان شاگرد پروری مبتنی بر ارزش‌های اخلاقی - معنوی؛

### تهدیدها

- متأثر بودن اخلاق حرفه‌ای پزشکی از معضلات موجود در اخلاق عمومی جامعه؛
- کاهش اعتماد عمومی به جامعه پزشکی؛
- کاهش انگیزه فعالیت مؤثر در بین اعضای جامعه پزشکی و فعالین عرصه علوم پزشکی به دلیل شرایط اجتماعی و اقتصادی موجود؛
- توجیه ناکافی ذی‌نفعان گفتمان اخلاق پزشکی و نداشتن بینش و زبان مشترک در بین روحانیون، پزشکان، حقوقدانان، فلاسفه و سایر ذی‌نفعان؛
- حاکمیت پارادایم (جهان‌بینی) فنی - تجربی بر جهان‌بینی مبتنی بر علوم انسانی در کشور؛
- رشد روزافزون تمایل به استفاده از

- وجود زمینه‌های تحقیقاتی متعدد در زمینه اخلاق پزشکی؛
- وجود منابع غنی اسلامی-ایرانی مرتبط با اخلاق پزشکی؛
- تقاضا برای رشد کیفیت اخلاقی آموزش و پژوهش در جامعه و ذی‌نفعان پزشکی و علمی؛
- حمایت اسناد بالادستی از جمله قانون اساسی، برنامه‌های توسعه و نقشه جامع علمی کشور از توسعه اخلاق؛
- وجود پژوهشگران علاقه‌مند به زمینه‌های اخلاق پزشکی؛
- اعتقادات مذهبی مردم و وجود زمینه‌های درونی خودآگاه و ناخودآگاه

- پزشکی
  - جمع‌آوری، ترجمه و ارزیابی نقادانه دانش روز اخلاق پزشکی
  - تقویت نظریه‌پردازی و گفتمان میان‌رشته‌ای در حوزه اخلاق پزشکی
  - تدوین متون مرجع مرتبط با اخلاق پزشکی.
  - ۱. اعطای گرنت سالانه پژوهشی برای نظریه‌پردازی در اخلاق پزشکی ایرانی-اسلامی؛
  - ۲. راه‌اندازی کرسی نظریه‌پردازی اخلاق پزشکی در کشور؛
  - ۳. تدوین کتاب تاریخ اخلاق پزشکی ایران؛
  - ۴. تدوین چارچوب درسنامه‌های جامع اخلاق در علوم پزشکی؛
  - ۵. تدوین درسنامه جامع اخلاق پزشکی برای دوره پزشکی عمومی؛
  - ۶. تدوین درسنامه جامع اخلاق پرستاری برای گروه‌های پرستاری؛
  - ۷. تدوین درسنامه جامع اخلاق پزشکی دستیاران بالینی؛
  - ۸. تدوین درسنامه جامع اخلاق دندانپزشکی دوره دندانپزشکی؛
  - ۹. تدوین درسنامه جامع اخلاق داروسازی دوره داروسازی؛
  - ۱۰. تدوین درسنامه جامع اخلاق پزشکی
- روش‌ها و ابزارهای پزشکی برای مقاصد غیرپزشکی؛
- عدم توجه و حساسیت کافی نسبت به گروه‌های آسیب‌پذیر، به‌ویژه مهاجرین، آوارگان و حاشیه‌نشینان؛
  - کمبود آگاهی‌های عمومی و وجود برداشت‌های نادرست از مباحث اخلاق پزشکی؛
  - برداشت نادرست و محدود کننده از قوانین و مقررات مؤثر در عملیاتی شدن اخلاق پزشکی؛
  - عدم تبیین نسبت بین اخلاق پزشکی اسلامی-ایرانی با گفتمان غالب اخلاق پزشکی سکولار و ارتباط دقیق حوزه اخلاق پزشکی با حوزه فقه؛
  - استفاده مهارگسیخته و بدون چارچوب نسل حاضر دانشجویان از قابلیت‌های گسترده شبکه‌های مجازی؛
  - تقویت جنبه‌های تجاری، تکنولوژیک و صنعتی حرف سلامت.
- هدف اول. دستیابی به چارچوب مبنایی اسلامی-ایرانی مبتنی بر میراث اخلاق پزشکی ایرانی-اسلامی با توجه به دانش روز اخلاق پزشکی**
- جمع‌آوری، ترجمه، طبقه‌بندی و نشر متون اسلامی ایرانی مرتبط با اخلاق

دستورالعمل‌های لازم مرتبط با اخلاق پزشکی)؛

- پیش‌بینی سازوکارهای مناسب برای تصویب و مشروعیت بخشی استانداردهای اخلاقی (قوانین، آیین‌نامه‌ها، راهنماها و دستورالعمل‌های لازم مرتبط با اخلاق پزشکی)

۱. تشکیل کمیته‌ای برای شناسایی خلأهای قانونی و راهنماهای اخلاقی در حوزه‌های مختلف سلامت و تدوین لوائح پیشنهادی و راهنماهای اخلاقی؛
۲. تهیه شیوه‌نامه پیشنهادی برای تدوین راهنمای تخصصی اخلاقی برای انجمن‌های علمی تخصصی توسط خود انجمن‌ها و تصویب آن در شورای عالی اخلاق پزشکی؛

۳. تدوین آیین‌کدهای اخلاق پزشکی جمهوری اسلامی ایران؛

۴. تدوین آیین‌کدهای اخلاق دندان‌پزشکی جمهوری اسلامی ایران؛

۵. تدوین آیین‌کدهای اخلاق داروسازی جمهوری اسلامی ایران؛

۶. تدوین راهنمای اختصاصی اخلاق در سلامت باروری؛

۷. تدوین راهنمای اختصاصی اخلاق در پیوند اعضا؛

۸. تدوین راهنمای اختصاصی اخلاق در مراقبت‌های پایان حیات؛

دوره پیراپزشکی و توان‌بخشی؛

۱۱. تدوین کتاب مرجع اخلاق در پژوهش؛

۱۲. تدوین کتاب مرجع اخلاق در آموزش؛

۱۳. تدوین کتاب اخلاق سازمانی در حوزه سلامت؛

۱۴. تدوین کتاب روش‌شناسی در اخلاق پزشکی؛

۱۵. ترجمه و ارزیابی نقادانه کتاب مرجع؛

۱۶. تدوین درسنامه جامع فقه پزشکی؛

۱۷. تهیه مجموعه میراث اخلاق پزشکی ایران؛

۱۸. تدوین دایرةالمعارف اخلاق پزشکی اسلامی؛

۱۹. تدوین کتاب اخلاق در سیاست‌گذاری سلامت.

## هدف دوم. دستیابی و استقرار مجموعه اسناد مصوب ملی بیان‌کننده استانداردهای اخلاق پزشکی

- ایجاد سازوکار مناسب برای نیازسنجی استانداردهای اخلاقی (قوانین، آیین‌نامه‌ها، راهنماها و دستورالعمل‌های لازم مرتبط با اخلاق پزشکی)؛
- حمایت از تدوین استانداردهای اخلاقی (قوانین، آیین‌نامه‌ها، راهنماها و

۹. تدوین راهنمای اختصاصی اخلاق در مراقبت از بیماران ایدز؛
۱۰. راهنمای اختصاصی اخلاق در فوریت‌های پزشکی؛
۱۱. تدوین سوگندنامه و عهدنامه جامع و کارآمد شاغلین حرف پزشکی و آیین‌نامه‌های مرتبط؛
۱۲. تدوین راهنماهای تخصصی اخلاقی انجمن‌های علمی تخصصی توسط خود انجمن‌ها؛
۱۳. تدوین راهنمای اختصاصی اخلاق در مراقبت از گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله سلامت از زندانیان، مهاجران و سایرین؛
۱۴. تدوین راهنمای اختصاصی اخلاق در مراقبت‌های سلامت در بحران؛
۱۵. تدوین دستورالعمل جبران خسارت‌های ناشی از پژوهش؛
۱۶. تدوین راهنمای اختصاصی اخلاق در بانک‌های زیستی؛
۱۷. تدوین راهنمای اخلاقی انجام اتوپسی آموزشی / تشخیصی / پژوهشی؛
۱۸. تدوین راهنمای اخلاقی آموزش بر جسد و برخورد با اجساد بیماران فوت شده؛
۱۹. تدوین راهنمای اخلاقی انتقال نمونه‌های زیستی؛
۲۰. تدوین راهنمای اخلاقی در نانو تکنولوژی؛
۲۱. تدوین راهنمای اخلاقی سلول‌های بنیادی؛
۲۲. تدوین راهنمای اخلاقی برای بیماران مبتلا به بیماری‌های جنسی؛
۲۳. تدوین راهنمای اخلاقی مراقبت از بیماران روانی؛
۲۴. تدوین راهنمای اختصاصی فناوری‌های کمک باروری؛
۲۵. تدوین راهنمای استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده در حوزه سلامت؛
۲۶. تدوین راهنمای اخلاقی ارتباط رسانه با نظام سلامت؛
۲۷. تدوین دستورالعمل و معیار انتخاب حرفه‌مندان، اساتید و دانشجویان نمونه از حیث اخلاق حرفه‌ای؛
۲۸. تدوین راهنمای اخلاقی در مراقبت از بیماری‌های واگیر و اپیدمی‌ها؛
۲۹. تدوین راهنمای اخلاقی در طب سنتی؛
۳۰. تدوین راهنمای اخلاق پیراپزشکی؛
۳۱. تدوین راهنمای اخلاق سلامت الکترونیک؛
۳۲. تدوین راهنمای اخلاق توریسم درمانی؛
۳۳. تدوین راهنمای اختصاصی اخلاق در مداخلات توان‌بخشی؛
۳۴. تدوین منشور حقوق ارائه‌کنندگان

۴. تشکیل دفتر اخلاق در آموزش پزشکی در معاونت آموزشی وزارت بهداشت؛
۵. تدوین الگوی پیوست اخلاقی در سیاست‌های نظام سلامت؛
۶. توصیه به تدوین پیوست اخلاقی برای کلیه برنامه‌های کشوری نظام سلامت در مرحله طراحی؛
۷. ارزیابی اخلاقی کلیه قوانین، آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و سیاست‌های مرتبط با سلامت به موازات بررسی حقوقی؛
۸. منظور کردن یک ردیف متمرکز بودجه علاوه بر بودجه‌های موجود جهت حمایت از فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و اجرایی اخلاق پزشکی در وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی؛
۹. تشکیل معاونت اخلاق پزشکی در سازمان نظام پزشکی؛
۱۰. تشکیل معاونت اخلاق پرستاری در سازمان نظام پرستاری؛
۱۱. تشکیل جایگاه مشورتی اخلاق در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس؛
۱۲. تهیه چک‌لیست و آیین‌نامه ارزیابی اخلاقی داروخانه‌ها؛
۱۳. تهیه چک‌لیست و آیین‌نامه ارزیابی اخلاقی شرکت‌های دارویی؛
۱۴. تهیه ابزار معتبر برای ارزیابی اخلاق

- خدمات سلامت؛
۳۵. تدوین راهنمای اختصاصی اخلاق در پزشکی خانواده؛
- هدف سوم. دستیابی و استقرار سیاست‌ها، ساختارها و منابع مشخص در حوزه اخلاق پزشکی**
- ایجاد ساختار اداری تشکیلاتی لازم در نهادهای حوزه سلامت؛
  - تأمین منابع مالی و انسانی متناسب در نهادهای حوزه سلامت؛
  - لحاظ کردن پیوست اخلاقی در کلیه سیاست‌ها، قوانین و مقررات مرتبط با سلامت؛
  - ممیزی اخلاقی کلیه سیاست‌ها و مقررات مرتبط با سلامت؛
  - بازنگری و اصلاح کلیه ضوابط مقررات و قوانین موجود در نظام سلامت با رویکرد اخلاقی.
۱. تشکیل کمیته ملی اخلاق بالینی و کمیته‌های دانشگاهی و بیمارستانی؛
  ۲. تشکیل دبیرخانه کمیته ملی اخلاق بالینی در معاونت درمان وزارت بهداشت؛
  ۳. تدوین دستورالعمل و تشکیل ساختار متولی اخلاق بالینی در معاونت درمان دانشگاه‌ها و ارتباط آن با کمیته ملی و کمیته اخلاق بیمارستانی؛



شهروندی در برنامه درسی دوره متوسطه آموزش و پرورش؛

۲. تشکیل کارگروه بررسی محتوای

تولیدات پزشکی سازمان صداوسیما از

حیث رعایت موازین اخلاق حرفه‌ای

پزشکی؛

۳. تهیه و پخش کلیپ‌ها و فیلم‌های

آموزشی با مخاطب عموم جامعه با هدف

آشنایی ایشان با مفاهیم اخلاق پزشکی و

حقوق بیمار؛

۴. تألیف و انتشار کتب و رسانه‌های

آموزشی در گروه‌های مختلف سنی

کودکان و نوجوانان با هدف آشنایی ایشان

با مفاهیم اخلاق پزشکی و حقوق بیمار؛

۵. راه‌اندازی بخش آموزش عمومی

سایت شورای عالی اخلاق پزشکی؛

۶. حمایت از تشکیل و فعالیت

سازمان‌های مردم‌نهاد همسو با برنامه

راهبردی اخلاق پزشکی کشور؛

۷. پروژه شناخت و تحلیل ذی‌نفعان

اخلاق پزشکی و بررسی راهکارهای

متناسب جهت جلب حمایت و مشارکت

ایشان؛

۸. تشکیل کانون‌های اخلاق حرفه‌ای

دانشجویی و دستگیری در دانشگاه‌های

علوم پزشکی کشور؛

۹. ایجاد اتاق فکر مجازی برای

هم‌فکری در زمینه چالش‌های اخلاقی.

حرفه‌ای حرفه‌مندان پزشکی؛

۱۵. تهیه ابزار معتبر برای ارزیابی اخلاق

حرفه‌ای اساتید؛

۱۶. تهیه ابزار معتبر برای ارزیابی اخلاق

حرفه‌ای دانشجویان و دستیارها؛

۱۷. بازبینی دستورالعمل اعتباربخشی

بیمارستان‌ها در حوزه اخلاق پزشکی؛

۱۸. بازبینی دستورالعمل رتبه‌بندی

دانشگاه‌ها با در نظر گرفتن ملاک‌های

مرتبط با اخلاق پزشکی.

## هدف چهارم. برخورداری از

## حمایت و مشارکت ذی‌نفعان

### اصلی اخلاق پزشکی

• ایجاد سازوکارهای مناسب جهت

اطلاع‌رسانی به ذی‌نفعان اصلی از جمله

عموم مردم و بیماران؛

• ایجاد سازوکارهای مناسب جهت

نظرخواهی و گرفتن بازخورد از ذی‌نفعان

اصلی از جمله عموم مردم و بیماران؛

• ایجاد محیط مناسب برای تحقق

مشارکت و حمایت ذی‌نفعان؛

• حمایت از ایجاد سازمان‌های مردم‌نهاد

در حوزه اخلاق پزشکی و سوق دادن

سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط با حوزه

سلامت به مقولات اخلاق پزشکی و

حقوق بیمار

۱. گنجاندن مفاهیم کلی اخلاق

پزشکی و حقوق بیمار (مددجو) و حقوق

## هدف پنجم. توسعه یافتگی پژوهش در حوزه اخلاق پزشکی

- ایجاد سازوکار نیازسنجی و اولویت بندی پژوهش‌ها در حوزه اخلاق پزشکی؛
- حمایت از انجام پژوهش‌ها با موضوعات اخلاق پزشکی در همه حوزه‌های تخصصی علوم پزشکی؛
- حمایت از تولید شواهد علمی در زمینه اخلاق پزشکی؛
- حمایت از انتشار مقالات علمی پژوهشی و ارتقای کیفیت مجلات موجود؛
- فراهم کردن تسهیلات ویژه جهت دسترسی محققین اخلاق پزشکی به منابع علمی خارجی؛
- حمایت از طرح‌های پژوهشی کلان و اولویت‌دار حوزه اخلاق پزشکی.

۱. راه‌اندازی مراکز تحقیقاتی اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های قطب؛

۲. حمایت از ایجاد گروه‌های اخلاق پزشکی در مرکز تحقیقاتی تخصصی علوم پزشکی؛

۳. انتشار ویژه‌نامه اخلاق پزشکی در مجله‌های تخصصی علوم پزشکی؛

۴. اضافه کردن محور (اسکوپ) اخلاق پزشکی به مجله‌های علوم پزشکی؛

۵. برگزاری سمینارهای ملی سالیانه

اخلاق پزشکی؛

۶. برگزاری سمینارهای بین‌المللی

اخلاق پزشکی حداقل هر چهار سال یک‌بار؛

۷. تهیه لیست جامع مجلات معتبر

و کتب مرجع در حوزه اخلاق پزشکی و اضافه کردن آن به لیست مجلات الکترونیک دانشگاه‌ها؛

۸. دوره فرصت مطالعاتی و پسادکتری

اخلاق پزشکی با گرایش‌هایی مانند اخلاق در پژوهش، اخلاق در آموزش، اخلاق پرستاری، اخلاق بالینی؛

۹. ایجاد پایگاه داده‌های اخلاق پزشکی؛

تهیه بانک اطلاعاتی از محققان حوزه اخلاق پزشکی ایران؛ تهیه بانک اطلاعاتی از پژوهش‌های اخلاق پزشکی در ایران؛ تهیه بانک اطلاعاتی از مقالات ایرانی در زمینه اخلاق پزشکی؛

۱۰. نمایه شدن حداقل یک مجله

انگلیسی داخلی اخلاق پزشکی در ISI و دو مجله فارسی در اسکوپوس؛

۱۱. اختصاص محوری از جشنواره‌های

کشوری (رازی، خوارزمی و شهید مطهری) به فعالیت‌های تأثیرگذار در حوزه اخلاق پزشکی.

## هدف ششم. توسعه یافتگی آموزش اخلاق پزشکی

- توسعه کیفی و کمی رشته‌های مرتبط با اخلاق پزشکی و بین‌رشته‌ای‌های مرتبط در مقاطع تحصیلات تکمیلی؛
- همکاری علمی-آموزشی، تبادل استاد و دانشجوی بین دانشگاه‌های معتبر منطقه و دنیا از نظر اخلاق پزشکی؛
- توسعه کیفی آموزش اخلاق پزشکی به فراگیران رشته‌ها و مقاطع مختلف؛
- منظور کردن آموزش اخلاق پزشکی در برنامه درسی همه رشته‌ها؛
- توسعه آموزش اخلاق پزشکی و اخلاق حرفه‌ای حین خدمت و مستمر کارکنان نظام سلامت؛
- ایجاد و تقویت حساسیت اخلاقی همه ذی‌نفعان حوزه سلامت.

۱. راه‌اندازی کارشناسی ارشد فلسفه

طب، ترجیحاً به‌طور مشترک در کشور؛

۲. راه‌اندازی MD/PhD اخلاق پزشکی؛

۳. راه‌اندازی MD/MPH اخلاق پزشکی؛

۴. دوره فلوشیپ اخلاق پزشکی با

گرایش‌های اخلاق بالینی، اخلاق در

پژوهش، اخلاق در آموزش؛

۵. طراحی و اجرای دوره‌های کوتاه‌مدت

منجر به گواهی بدون مدرک، برای اعضای

هیئت‌علمی در زمینه‌های اخلاق بالینی،

اخلاق در پژوهش، اخلاق در آموزش،

اخلاق پرستاری، اخلاق در سیاست‌گذاری

سلامت، اخلاق سازمانی (بیمارستانی)؛

۶. عقد تفاهم‌نامه همکاری علمی،

تبادل استاد و دانشجو بین دانشگاه‌های

معتبر منطقه و دنیا از نظر اخلاق پزشکی

توسط وزارت بهداشت و توزیع عادلانه این

امکانات بین دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی

مرتبط؛

۷. ارتقای کیفیت آموزش اخلاق

پزشکی با ارائه آن به‌صورت تم طولی برای

رشته‌هایی که دوره کارآموزی بالینی دارند:

پزشکی، پرستاری، مامایی، دندان‌پزشکی،

داروسازی، فیزیوتراپی، کارشناسی

رادیوتراپی، کارشناسی رادیولوژی، علوم

آزمایشگاهی و...؛

۸. تغییر روش آموزش اخلاق پزشکی

از سخنرانی به روش‌های تعاملی از جمله

کارگاه، آموزش در گروه‌های کوچک و...؛

۹. الزام دانشگاه‌ها بر تشکیل و استقرار

گروه‌های اخلاق پزشکی در دانشکده

پزشکی؛

۱۰. تدوین و ارائه راهنمای اخلاق

حرفه‌ای به همه افراد در بدو ثبت‌نام در

سازمان‌های حرفه‌ای پزشکی؛

۱۱. الزام گذراندن حداقل یک کارگاه

چهارساعته با موضوعات مرتبط با اخلاق

پزشکی/ حرفه‌ای، هر دو سال برای ترفیع

اعضای هیئت‌علمی دانشگاه؛

۱۲. الزام گذراندن حداقل یک کارگاه یا بازآموزی چهارساعته با موضوعات مرتبط با اخلاق پزشکی / حرفه‌ای، هر پنج سال برای تمدید پروانه مطب و صلاحیت حرفه‌ای؛
۱۳. الزام گذراندن دوره‌های مرتبط اخلاق پزشکی / حرفه‌ای برای کارکنان نظام سلامت، در قالب دوره‌های ضمن خدمت.
۱. اخلاق پزشکی کشورهای اسلامی؛
۳. انعقاد تفاهم‌نامه جهت همکاری‌های مختلف، از جمله تبادل استاد و دانشجو با دانشگاه‌های خارج از کشور؛
۴. انعقاد تفاهم‌نامه تبادل استاد و دانشجو با دانشگاه‌های علوم انسانی داخل کشور؛
۵. انعقاد تفاهم‌نامه تبادل استاد و دانشجو با حوزه‌های علمیه؛
۶. تربیت دانشجوی بین‌المللی؛
۷. عضویت در انجمن‌ها و مجامع بین‌المللی، مثل WMA؛
۸. ایجاد شبکه اخلاق پزشکی با حضور کلیه ذی‌نفعان اصلی این عرصه در داخل کشور؛
۹. دعوت از اساتید خارج از کشور به‌عنوان اساتید مشاور پایان‌نامه‌ها؛
۱۰. کسب کرسی اخلاق زیستی یونسکو؛
۱۱. پیگیری ثبت مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌عنوان همکار سازمان بهداشت جهانی؛
۱۲. تهیه گزارش تحلیلی سالانه وضعیت شکایات پرستاری رسیده به سازمان نظام پزشکی.

۱۲. الزام گذراندن حداقل یک کارگاه یا بازآموزی چهارساعته با موضوعات مرتبط با اخلاق پزشکی / حرفه‌ای، هر پنج سال برای تمدید پروانه مطب و صلاحیت حرفه‌ای؛

۱۳. الزام گذراندن دوره‌های مرتبط اخلاق پزشکی / حرفه‌ای برای کارکنان نظام سلامت، در قالب دوره‌های ضمن خدمت.

## هدف هفتم. برخورداری از ارتباطات داخلی و بین‌المللی توسعه‌یافته در زمینه اخلاق پزشکی

- ایجاد شبکه اخلاق پزشکی با حضور کلیه ذی‌نفعان اصلی این عرصه در داخل کشور؛
- حمایت از برگزاری منظم و مستمر همایش‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی اخلاق پزشکی در کشور؛
- فراهم آوردن امکانات برای حضور محققین داخل کشور در کنفرانس‌های منطقه‌ای و بین‌المللی خارج از کشور؛
- توسعه همکاری با دانشگاه‌ها و نهادهای بین‌المللی فعال در حوزه اخلاق پزشکی.

۱. ایجاد شبکه و مجمع (Forum)

اخلاق پزشکی کشورهای منطقه مدیترانه شرقی (EMRO)؛

۲. ایجاد شبکه و مجمع (Forum)

## هدف هشتم. استقرار نظام جامع برنامه‌ریزی عملیاتی در حوزه اخلاق پزشکی

- استقرار نظام دیده‌بانی و آینده‌نگاری اخلاق پزشکی در عرصه آموزش، پژوهش و ارائه خدمات؛
- استقرار نظام پیش، ارزشیابی، بازخورد در زمینه اخلاق پزشکی در عرصه آموزش، پژوهش و ارائه خدمات؛
- یکپارچگی اطلاعات و یافته‌های توصیفی تحلیلی در حوزه اخلاق پزشکی؛
- استقرار نظام رتبه‌بندی، اعتباربخشی و تشویق جنبه‌های اخلاقی در نظام سلامت.

۱. تدوین چهارچوب تهیه گزارش‌های ملی در حوزه اخلاق پزشکی؛

۲. تدوین گزارش سالانه پایش برنامه راهبردی اخلاق پزشکی کشور؛

۳. تدوین گزارش سالانه پایش اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی کشور؛

۴. تهیه گزارش سالانه پایش آموزش اخلاق پزشکی در کشور؛

۵. انجام اعتباربخشی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به لحاظ رعایت موازین اخلاق بالینی؛

۶. تدوین گزارش تلفیقی / جامع اخلاق پزشکی کشور به صورت سالانه؛

۷. تهیه گزارش سالانه پایش وضعیت

رعایت حقوق بیماران؛

۸. تهیه گزارش سالانه پایش وضعیت

رعایت حقوق حرفه‌مندان پزشکی؛

۹. تهیه گزارش سالانه پایش عدالت در سلامت؛

۱۰. تهیه گزارش سالانه پایش وضعیت

کمیته‌های اخلاق بیمارستانی؛

۱۱. تهیه گزارش تحلیلی سالانه وضعیت

شکایات رسیده به سازمان نظام پزشکی

جمهوری اسلامی ایران؛

۱۲. تهیه گزارش تحلیلی سالانه وضعیت

شکایات پزشکی رسیده به سازمان پزشکی

قانونی جمهوری اسلامی ایران؛

۱۳. تهیه گزارش تحلیلی سالانه از موارد

شکایات مرتبط با اخلاق پزشکی رسیده به

وزارت بهداشت.

### جمع بندی

از رویکرد نوین به اخلاق پزشکی به عنوان یک حوزه دانشگاهی در کشور بیش از دو دهه می‌گذرد و در این مدت با تلاش و همدلی اساتید، پژوهشگران، فراگیران و مدیران دغدغه‌مند حوزه سلامت گام‌های ارزشمندی در حوزه آموزش و پژوهش و اخلاق بالینی برداشته شده است.

امروزه تنوع و وسعت فعالیت‌های صورت گرفته در این حوزه در منطقه بی‌نظیر و در دنیا خصوصاً در حیطه اخلاق پزشکی اسلامی قابل توجه است.

به نظر می‌رسد با تداوم عزم و همت جمعی و با ثمر دهی اقدامات بنیادین صورت گرفته، خصوصاً برنامه‌ریزی‌های صورت گرفته و راه‌اندازی دوره‌های آموزشی و نهادهای شکل گرفته در بدنه دانشگاه و نظام سلامت، می‌توان آینده درخشانی را برای این حوزه از علم در کشور پیش‌بینی کرد.

### منابع

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

۱- معاونت امور فرهنگی، حقوق و مجلس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. خلاصه مقالات اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ۲۵-۲۳ تیرماه ۱۳۷۲، تهران، ایران، ۱۳۷۲.

۳- دفتر مطالعات علوم انسانی در طب و اخلاق پزشکی. گزارش برنامه‌ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی.