

انجمن جهانی پزشکی

# دستنامه اخلاق پزشکی

مترجمان:

دکتر نازآفرین قاسمزاده

دکتر فریمان سپهروند

انتشارات  
پزشکی

سرشناسه: ویلیامز، جان رنلد، ۱۹۴۲ م.  
 (Williams, John R. (John Reynold  
 عنوان و نام پدیدآور: دست‌نامه اخلاق پزشکی / [ویراستار  
 جان رنلد ویلیامز]; انجمن جهانی پزشکی؛ ترجمه‌نایز آفرین  
 قاسم‌زاده، نریمان سپهروند.  
 مشخصات نشر: رشت: گپ، ۱۳۸۹  
 مشخصات ظاهری: ۱۴۰ ص: مصور (بعضی رنگی); ۹/۵×۱۹/۵ س.م.  
 شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۷۹۷۶-۷۶-۳  
 شابک: ۹۷۸۰۰۰۲۲۰۰۰  
 وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا  
 یادداشت: عنوان اصلی:  
 Medical ethics manual, 2nd ed., 2009.  
 یادداشت: کتابنامه.  
 یادداشت: واژه‌نامه.  
 عنوان دیگر: راهنمای اخلاق پزشکی انجمن جهانی پزشکی.  
 موضوع: اخلاق پزشکی  
 شناسه افزوده: قاسم‌زاده، نایز آفرین، ۱۳۴۵ – مترجم  
 شناسه افزوده: سپهروند، نریمان، ۱۳۶۳ – مترجم  
 شناسه افزوده: انجمن جهانی پزشکی  
 شناسه افزوده: World Medical Association  
 رده بندی کنگره: الف ۱۳۸۹ ر ۷۲۴ و ۹۴۲  
 رده بندی دیوبی: ۱۷۴/۲  
 شماره کتابشناسی ملی: ۲۲۵۲۵۹۹

E.mail: gapnashr@gmail.com

ویلیامز، جان رنلد	: نویسنده
ناز آفرین قاسم‌زاده، نریمان سپهروند	: مترجم
علی‌اصغر علی‌زاده	: ویراستار
انتشارات گپ	: ناشر
بهنور پرداز	: لیتوگراف
۱۳۸۹	: نوبت و سال چاپ
اول –	: شمارگان
۱۲۰۰	: قیمت
۲۲۰۰	: شابک
۹۷۸-۹۶۴-۷۹۷۶-۷۶-۳	
۱- تهران- صندوق پستی ۱۴۱۵۵-۵۹۹۴ ، تلفن همراه: ۰۹۱۲-۳۲۵۷۵۰۰-۶۶۴۳۷۳۲۲-	: آدرس ناشر
۲- رشت- ابتدای لakanی، ص.ب. ۴۱۶۳۵-۳۵۳۱- تلفن: ۲۲۴۴۳۱۵	
تهران- پخش خسروی (۶۶۴۹۰۷۱۹) وارش (۶۶۹۷۰۶۵۹)، علوم پویا (۶۶۹۶۰۷۷۲-۳)، حدیث (۶۶۹۷۸۵۱۸)	: مراکز پخش و ارسال پستی کتاب

مرکز فروش اینترنتی  
w.w.w.iketab.com  
و ارسال پستی ۰۲۱ - ۷۷۵۱۴۴۶۲ - ۴

حق نشر برای ناشر محفوظ است



دانشجوی پزشکی با نوزادی در آغوش



## دست‌نامه اخلاق پزشکی

سال ۲۰۰۹، توسط انجمن جهانی پزشکی

تمامی حقوق این اثر محفوظ است. کپی برداری تا ۱۰ نسخه از این کتاب برای استفاده غیرتجاری و شخصی، با اشاره به منبع اصلی مطلب ممکن است. برای هر نوع استفاده دیگر، ذخیره در سیستم‌های قابل بازیابی، ترجمه در هر نوع و به هر وسیله‌ای، اخذ مجوز کتبی از انجمن الزامی است. درخواست مجوز باید به انجمن جهانی پزشکی به آدرس زیر ارسال گردد:

The world Medical Association, B.P. 63,01212 Ferney-Voltaire Cedex, France; Email: [wma@wma.net](mailto:wma@wma.net), fax(+33) 450 40 59 37.

این دست‌نامه توسط دکتر جان ویلیامز مدیر بخش اخلاق WMA نوشته شده و زیر نظر بخش اخلاق انجمن جهانی پزشکی چاپ گردیده است. محتویات دست‌نامه لزوماً منعکس کننده سیاست‌های انجمن جهانی پزشکی WMA نیست، مگر در مواردی که به وضوح اشاره شده باشد. این کتاب توسط دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، مدرس اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه- ایران و دکتر نریمان سپهرwand با اخذ مجوز کتبی از WMA و داوری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، به زبان فارسی برگردانده شده است.

[This book has been translated by Nazafarin Ghasemzadeh, teacher of Medical Ethics in Urmia University of Medical Sciences, Urmia- Iran, and Nariman Sepehrvand.]



## سخن مترجم

خداوند متعال را سپاسگزاریم که توفيق خدمتی در زمینه اخلاق پزشکی را به این بندگان عطا فرمود.

اخلاق پزشکی دانش میان رشته‌ای است که در برنامه‌درسی اکثر دانشکده‌های پزشکی جهان گنجانده شده است. هدف از آموزش آن بهبود کیفیت مراقبت از بیمار از طریق توجه و حساسیت اخلاقی، شناسایی، تحلیل و حل مشکلات و مسائل اخلاقی است که در صحنه عمل بروز می‌نماید. کتاب حاضر یکی از منابع معتبر آموزش این علم ارزشمند است. در این کتاب سعی شده است مفاهیم کلیدی و کاربردی اخلاق پزشکی ارائه شود تا در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی گروه پزشکی در طبابت روزانه مؤثر واقع گردد.

اخلاق پزشکی که ابعاد ارزشی فعالیت‌های پزشکی را مورد مطالعه قرار می‌دهد، ریشه در بنیان‌های فکری و فرهنگی هر جامعه دارد. از آن جایی که هر جامعه براساس مبانی هستی‌شناسختی و انسان‌شناسختی خود به سؤالات ارزشی از جمله سؤالات ارزشی پزشکی جواب می‌دهد، بنابراین در بعضی از مباحث کتاب مطالبی مشاهده می‌شود که با بیانش و فرهنگ ما سازگاری ندارد که بی شک مورد توجه همکاران گرامی می‌باشد.

در ترجمه این کتاب نهایت سعی و تلاش شده است تا امانت‌داری در ترجمه و نگارش حفظ گردد و بهترین واژه‌های فارسی انتخاب شود، ولی بدون شک ترجمه خالی از اشکال نیست، لذا از صاحب نظران و اساتید محترم تقاضا می‌شود تا با ارسال نظرات اصلاحی خود، ما را در بهبود

کیفیت کتاب و رفع اشکالات آن در چاپ‌های بعدی راهنمایی فرمایند.  
در خاتمه لازم است از انجمن جهانی پژوهشی که اجازه ترجمه کتاب را  
داده و سرکار خانم مریم فاخرنیا، راحله سلیمزاده، معاونت محترم  
پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه خصوصاً سرکار خانم مهناز  
 حاجی‌محمدیان و حمیده کریمی و ناشر محترم جناب آقای علیزاده  
که در مراحل تدوین و اجرایی ترجمه و چاپ کتاب کمال همکاری را  
مبذول داشته‌اند، تشکر و قدردانی نموده و آرزوی توفيق روزافزون همه  
آن‌ها از درگاه ایزد منان داریم.

مترجمان

۱۳۸۹ زمستان

## فهرست مطالب

۱۳	پیشگفتار.....
۱۵	مقدمه.....
۱۵	اخلاق پزشکی چیست؟.....
۱۸	چرا باید اخلاق پزشکی بیاموزیم؟.....
۲۰	اخلاق پزشکی، اخلاق حرفه‌ای، حقوق بشر و قانون.....
۲۳	فصل اول: ویژگی‌های اصلی اخلاق پزشکی.....
۲۴	ویژگی خاص پزشکی چیست؟.....
۲۵	ویژگی خاص اخلاق پزشکی چیست؟.....
۲۷	چه کسی تصمیم می‌گیرد که چه چیزی اخلاقی است؟.....
۲۹	آیا اخلاق پزشکی تغییر می‌کند؟.....
۳۱	آیا اخلاق پزشکی از کشوری به کشور دیگر تغییر می‌کند؟.....
۳۲	نقش انجمن جهانی پزشکی.....
۳۳	چگونه WMA تصمیم می‌گیرد که چه چیزی اخلاقی است؟.....
۳۴	چگونه اشخاص تصمیم می‌گیرند که چه چیزی اخلاقی است؟.....
۴۰	«نتیجه گیری».....
۴۱	فصل دوم: پزشک و بیمار.....
۴۲	اهداف.....
۴۲	مطالعه موردي ۱.....
۴۳	ویژگی ارتباط پزشک و بیمار چیست؟.....
۴۳	احترام و رفتار برابر.....
۴۸	ارتباط و رضایت بیمار.....
۵۳	تصمیم‌گیری برای بیماران فاقد صلاحیت.....
۵۶	رازداری.....
۶۱	موضوعات مرتبط با آغاز حیات.....

..... ۶۳	موضوعات مرتبط با پایان حیات
..... ۶۶	بازگشت به مطالعه موردي
<b>۶۷</b>	<b>فصل سوم: پزشکان و جامعه</b>
..... ۶۷	اهداف
..... ۶۸	گزارش موردي ۲
..... ۶۸	نکات و پژه در روابط پزشك - جامعه چيست؟
..... ۷۰	تعهدات دوگانه (DUAL LOYALTY)
..... ۷۳	تخصيص منابع
..... ۷۸	سلامت عمومي (PUBLIC HEALTH)
..... ۸۱	سلامت جهاني (GLOBAL HEALTH)
..... ۸۴	بازگشت به گزارش موردي
<b>۸۵</b>	<b>فصل چهارم: پزشکان و همکاران</b>
..... ۸۵	اهداف
..... ۸۶	گزارش موردي شماره ۳
..... ۸۶	چالش های اقتدار پزشكى
..... ۸۸	ارتباط با پزشکان همکار، استايد و دانشجويان
..... ۹۱	گزارش عملکردهای غيرایمن و غیراخلاقی
..... ۹۳	رابطه با دیگر حرفه های بهداشتی
..... ۹۳	همکاري و تعاون
..... ۹۶	حل و فصل تعارضات
<b>۹۹</b>	<b>فصل پنجم: اخلاق و پژوهش پزشكى</b>
..... ۱۰۰	اهميت پژوهش در پزشكى
..... ۱۰۱	پژوهش در پزشكى
..... ۱۰۴	الزامات اخلاقى
..... ۱۰۵	کميته بررسی اخلاقى
..... ۱۰۶	شايستگي علمي

۱۰۷.....	ارزش اجتماعی.
۱۰۸.....	منافع و مضرار .....
۱۰۹.....	رضایت آگاهانه .....
۱۱۰.....	رازداری .....
۱۱۱.....	تعارض نقش‌ها .....
۱۱۱.....	گزارش صادقانه نتایج .....
۱۱۲.....	افشاگری (Whistle blowing) .....
۱۱۲.....	موضوعات حل نشده .....
۱۱۴.....	بازگشت به گزارش مورد چهارم .....
<b>۱۱۵.....</b>	<b>فصل ششم: نتیجه پایانی CONCLUSION</b>
۱۱۶.....	مسئولیت‌ها و مزایای پزشکی .....
۱۱۹.....	مسئولیت نسبت به خود .....
۱۲۰.....	آینده اخلاق پزشکی .....
۱۲۳.....	پیوست الف - واژه‌نامه .....
۱۲۷.....	پیوست ب - منابع اخلاق پزشکی در دنیای اینترنت .....
۱۲۹.....	پیوست پ - انجمن جهانی پزشکی WMA .....
۱۲۹.....	تصمیم‌گیری درمورد لزوم وارد نمودن اخلاق پزشکی و حقوق بشر در محتوای درسی دانشکده‌های پزشکی سراسر جهان .....
۱۲۹.....	فدراسیون جهانی آموزش پزشکی (WFME) .....
۱۲۵.....	استانداردهای جهانی برای ارتقای کیفیت - آموزش پایه‌ای پزشکی .....
۱۲۷.....	پیوست ت - تقویت آموزش اخلاق در دانشکده‌های پزشکی .....
۱۲۹.....	پیوست ث - چند گزارش مورد .....



### پیشگفتار

باور نکردنی است وقتی به این موضوع فکر می کنیم که بنیانگذاران اخلاق پزشکی مانند بقراط، اندیشه های خود را در دو هزار سال پیش از میلاد مسیح منتشر نموده اند، اما هنوز حرفه پزشکی کاریکولوم (محتوای آموزشی) اساسی و مورد اقبال جهانی را برای تدریس اخلاق پزشکی در اختیار ندارد. این نخستین کتاب انجمن جهانی پزشکی است که به رفع این نقصان کمک می نماید. در واقع آشنا نمودن شما با اخلاق پزشکی چه امتیاز بزرگی می تواند برای ما باشد!

نقطه آغاز به کار دست نامه، به پنجاه و یکمین مجمع جهانی پزشکی در سال ۱۹۹۹ باز می گردد. پزشکانی که در این مجمع به نمایندگی از سراسر جهان شرکت کرده بودند، تصمیم گرفتند که "به دانشکده های پزشکی سرتاسر جهان توصیه اکید نمایند که تدریس اخلاق پزشکی و حقوق بشر به صورت واحد اجباری در کاریکولوم درسی این دانشکده ها درآید." براساس این تصمیم، فرایندی برای فراهم کردن یک کتاب کمکی اخلاق پزشکی (برای دانشجویان پزشکی و پزشکان) که بر پایه‌ی سیاست های انجمن جهانی پزشکی باشد، اما به صورت یک سند سیاستگذاری نباشد، آغاز گردید. این دست نامه نتیجه یک فرایند گسترش ده جهانی نوآورانه و مشورتی است، که توسط بخش اخلاق انجمن جهانی پزشکی مدیریت و هماهنگ شده است.

مراقبت های نوین پزشکی، معضلات پیچیده‌ی اخلاقی را که دارای جنبه های متعددی برای بررسی می باشند، افزایش داده است، اما بیشتر

پزشکان آمادگی قبلی برای کنترل این شرایط را ندارند. این دست‌نامه، به ویژه برای تقویت انگاره‌های اخلاقی در ذهن پزشکان و ارتقای آن در عملکرد آنان و فراهم کردن ابزاری برای یافتن راه حل‌های اخلاقی برای این مسائل منتشر شده است. این دست‌نامه فهرستی از "درست‌ها و نادرست‌ها" نیست، بلکه تلاشی برای حساس‌سازی وجودان پزشکان است که در واقع اساس تمامی تصمیم‌گیری‌های اخلاقی است. شما مطالعات موردی متعددی را در این کتاب خواهید دید، که با قصد پرورش رفتارهای اخلاقی فردی، همزمان با بحث پیرامون موقعیت‌های گروهی اضافه شده‌اند.

همچون پزشکان، ما نیز از امتیاز پرداختن به روابط پزشک - بیمار آگاه هستیم؛ روابط ویژه‌ای که می‌توانند تبادل دانش و مراقبت علمی را در چهارچوبی از اخلاقیات و اعتماد تسهیل نمایند. دست‌نامه طوری فراهم شده که به تمامی روابطی که پزشک از یک سو در گیر است، پردازد، اما محور اصلی تمامی این روابط، ارتباط پزشک - بیمار می‌باشد. اخیراً به سبب فشار و محدودیت منابع و دیگر عوامل، این ارتباط تحت فشار قرار گرفته است، و دست‌نامه بر آن است تا اهمیت تقویت این ارتباط را از طریق رفتار اخلاقی نشان دهد.

سرانجام به محوریت بیمار در تمامی موضوعات اخلاق پزشکی می‌پردازیم. بسیاری از انجمن‌های پزشکی در سیاست‌های خود مشخص نموده‌اند، که از نظر اخلاق پزشکی، بهترین منافع بیمار باید نخستین ملاحظه در تصمیم‌گیری برای مراقبت باشد. این دست‌نامه تنها وقتی به خوبی به هدف خود رسیده است که بتواند به دانشجویان پزشکی و پزشکان در تصمیم‌گیری پیرامون چالش‌های اخلاقی که ما در کار روزانه‌ی خود با آن‌ها مواجهیم کمک نماید، و راه‌های موثری برای اولویت دادن به بیمار پیدا نماید.

## مقدمة

### اخلاق پزشکی چیست؟

موارد اخلاق پزشکی زیر را که ممکن است در هر کشوری رخ دهند، در نظر بگیرید:

۱. دکتر بی. یک جراح ماهر و با تجربه، در حال تمام کردن کشیک شب خود در یک بیمارستان عمومی است که زن جوانی توسط مادرش به بیمارستان آورده می‌شود. مادر با توضیح به پرستار پذیرش مبنی براینکه باید به دنبال دیگر فرزندانش بگردد، بیمارستان را ترک می‌کند. بیمار خونریزی واژینال و درد شدید دارد. دکتر بی. پس از معاینه به این نتیجه می‌رسد که وی دچار مرگ چین و یا سقط القابی شده است. او عمل دیلاتاسیون و کورتاژ را انجام داد و از پرستار می‌خواهد که از بیمار پرسد آیا می‌تواند تا زمان اطمینان از سلامتش در بیمارستان بماند؟ دکتر کیو. برای جانشینی دکتر بی. که بدون صحبت با بیمار و پس از اتمام شیفت به خانه رفته بود، به بیمارستان می‌آید.
۲. دکتر اس. به شدت از دست بیمارانی که پیش یا پس از مشاوره با دیگر پزشکان در خصوص یک بیماری، به وی مراجعه می‌کنند، عاجز شده است. او این امر را اتفاق منابع بهداشتی، در عین بی‌حاصل بودن برای سلامت بیمار، در نظر می‌گیرد؛ و تصمیم گرفته که به چنین بیمارانی بگوید که در صورت ادامه رفتارشان در مراجعه به دیگر پزشکان برای همان بیماری، از درمان آن‌ها خودداری خواهد نمود. او قصد دارد تا از طریق ارتباط انجمن پزشکی کشورش با دولت، الزامی برای پیشگیری از چنین تخصیص بد در منابع بهداشتی ایجاد نماید.
۳. دکتر سی. یک متخصص بیهوشی که به تازگی در یک بیمارستان

شهری استخدام شده است، نگران رفتار یکی از جراحان ارشد بیمارستان در اتاق عمل است. از یک طرف، جراح از تکنیک‌های منسوخی استفاده می‌کند که باعث طولانی شدن جراحی و در نتیجه بیشتر شدن درد پس از عمل و طولانی شدن زمان به هوش آمدن می‌گردد.

از طرف دیگر وی در مورد بیماران شوخي‌های بی‌ادبانه متعددی می‌کند که این امر به‌طور واضح باعث آزار همکاران پرستارش می‌شود. دکتر سی. به عنوان یک عضو تازه وارد، تمایلی به انتقاد از جراح مورد نظر و یا گزارش او به مراجع بالاتر ندارد. از طرف دیگر او احساس می‌کند که باید کاری برای بهتر نمودن وضع انجام دهد.

۴. دکتر ر. پژشک عمومی یک منطقه کوچک روستایی است که در حال امضای قرارداد با یک سازمان پژوهشی برای شرکت در یک کارآزمایی بالینی در مورد اثر یک داروی ضدالتهاب غیر استروئیدی جدید (NSAID) بر روی استئوآرتیت می‌باشد. به او پیشنهاد پرداخت مبلغی در قبال وارد کردن هر مریض به کارآزمایی بالینی شده است. نماینده سازمان به او اطمینان داده که کارآزمایی همه‌ی تاییدیه‌های لازم را (شامل تاییدیه کمیته برسی اخلاقی) دریافت کرده است.

دکتر ر. قبل‌اً هرگز در یک کارآزمایی شرکت نکرده و از داشتن چنین فرصتی خوشحال است، به ویژه که این فرصت همراه با کسب درآمد نیز هست. او بدون پرس و جوی بیشتر در مورد جنبه‌های علمی یا اخلاقی کارآزمایی، آن را پذیرفت.

هر یک از این موردها، پاسخ‌های اخلاقی را می‌طلبند. این پرسش‌ها در مورد رفتار و تصمیم‌گیری پزشکان است و پرسش‌ها علمی و فنی مثل نحوه درمان دیابت و یا نحوه انجام عمل بای پس نیستند، بلکه پرسش‌های در مورد ارزش‌ها، حقوق و مسئولیت‌ها هستند. پزشکان با چنین پرسش‌هایی نیز همچون پرسش‌های علمی و فنی در کار روزمره‌شان

مواجهه می‌شوند.

۱۷

دستنامه اخلاق پزشکی

در حرفه‌ی پزشکی، فارغ از نوع تخصص و یا موسسه‌ای که در آن به کار مشغولید، پاسخ به برخی پرسش‌ها از برخی دیگر راحت‌تر است. جاندازی یک شکستگی ساده و بخیه‌زدن یک بردگی ساده برای پزشکانی که به انجام چنین کارهایی عادت دارند، چالش زیادی ایجاد نمی‌کند. از سوی دیگر ممکن است به مقدار زیادی عدم قطعیت و حتی اختلاف در نحوه درمان بیماریها، حتی بیماری‌های شایع مثل توبرکلوزیس (سل) و پرفشاری خون وجود داشته باشد. به همین ترتیب پرسش‌های اخلاقی در پزشکی همگی به یک میزان چالش برانگیز نمی‌باشند. برخی به نسبت ساده‌اند، زیرا اغلب اجماع مناسبی در مورد راه‌های درست برای رفتار در چنین شرایطی وجود دارد (به عنوان مثال این که پزشکان حتماً باید رضایت بیماران را برای شرکت به عنوان آزمودنی در تحقیقات کسب نمایند). برخی دیگر دشوار‌تر هستند، به ویژه مواردی که اجماع نظر در مورد آن‌ها بوجود نیامده و یا جایی که تمامی راه حل‌ها بی‌فایده باشند (مثل سهمیه‌بندی منابع محدود پزشکی).

پس اخلاق دقیقاً چیست و چگونه می‌تواند به پزشکان در مواجهه با چنین موقعیت‌هایی کمک نماید؟ به طور ساده، اخلاق مطالعه روی اخلاقیات (Morality) - واکنش‌های سیستماتیک و دقیق، و تحلیل تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای اخلاقی در گذشته، حال و آینده است.

رفتارهای اخلاقی در گذشته، حال و آینده است. اخلاق جنبه‌ی ارزشی تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای انسانی است. زبان اخلاق، شامل اسامی چون "حقوق"، "مسئولیت‌ها" و "فضایل" و صفاتی چون "خوب" و "بد" (یا "سر")، "درست" یا "نادرست"، "عادلانه" یا "ناعادلانه" می‌باشد. بر

اساس این تعاریف، اخلاق پزشکی (Ethics) مسئله‌ی دانستن است، در حالی که اخلاق محض (Morality) مسئله‌ی عمل کردن است. ارتباط نزدیک این‌ها در اهتمام به اخلاقیات، برای فراهم کردن معیارهای عقلانی به منظور تصمیم‌گیری و گام برداشتن مردم در راهی بهتر از دیگر راه‌ها می‌باشد.

از آنجا که اخلاق با تمامی جنبه‌های رفتار و تصمیم‌گیری انسان در ارتباط است، حوزه‌ی پیچیده و گستره‌ای برای مطالعه با شاخه‌ها و زیرشاخه‌های متعدد است. تمرکز این دستنامه روی "اخلاق پزشکی" است؛ شاخه‌ای از اخلاق که در ارتباط با موضوعات اخلاقی در حرفه پزشکی می‌باشد. اخلاق پزشکی بسیار نزدیک و مرتبط با بیوایک (اخلاق زیستی) است ولی دقیقاً با آن برابر نیست؛ در حالی که اخلاق پزشکی بیشتر روی موضوعات ناشی از حرفه پزشکی متمرکز شده است. اخلاق زیستی موضوعی گسترده است که از موضوعات اخلاقی که در نتیجه پیشرفت علوم زیستی ایجاد می‌شوند، به نوعی عام صحبت می‌کند. اخلاق زیستی همچنین از این نظر که نیازی به پذیرفتن ارزش‌های سنتی معین، (همان‌طور که در فصل دوم خواهد آمد و برای اخلاق پزشکی اساسی می‌باشند) ندارد، با اخلاق پزشکی متفاوت است.

به عنوان یک رشته‌ی دانشگاهی، اخلاق پزشکی گستره‌ای از واژه‌های خاص مورد نیاز برگرفته از فلسفه را دارد. این دستنامه با این فرض که خوانندگان آن هیچ آشنایی با فلسفه ندارند، تعاریف واژه‌های کلیدی را در متن و یا در واژه‌نامه‌ی انتهای این "دستنامه" ارایه کرده است.

**چرا باید اخلاق پزشکی بیاموزیم؟**  
 "تا زمانی که پزشک یک درمانگر ماهر و دانشمند باشد، اخلاق پزشکی مهم نیست."

"اخلاق در خانواده آموخته می‌شود، و نه در دانشکده‌های پزشکی"

"اخلاق پزشکی با مشاهده‌ی نحوه‌ی عملکرد پزشکان ارشد و با تجربه آموخته می‌شود، و آموزش آن از راه کتاب‌ها و سخنرانی‌ها بی‌فایده است."

"اخلاق مهم است ولی کاریکولوم (برنامه آموزشی) ما کاملاً پر است و نیز کلاسی برای تدریس اخلاق پزشکی در اختیار نداریم."

دلایلی که برای توجیه قرار ندادن اخلاق پزشکی در کاریکولوم درسی دانشکده‌های پزشکی ارائه می‌شوند، ذکر شده است. هر کدام از آن‌ها تا حدودی، اما فقط تا حدودی درست است. دانشکده‌های پزشکی سرتاسر جهان به طور فزاینده‌ای با فراهم کردن زمان و منابع کافی برای آموزش اخلاق پزشکی به دانشجویان موافق هستند. آن‌ها تشویق‌های جدی در این راستا از سوی سازمان‌هایی مثل انجمن جهانی پزشکی و فدراسیون جهانی آموزش پزشکی دریافت می‌کنند.

**مطالعه‌ی اخلاق، دانشجویان پزشکی را برای مواجهه با موقعیت‌های پیچیده به گونه‌ای عقلانی و اصولی آماده می‌کند.**

اهمیت اخلاق در آموزش پزشکی، در این دست‌نامه مشخص خواهد شد. به طور خلاصه، اخلاق جزء اساسی حرفه‌ی پزشکی بوده و خواهد بود. اصول اخلاقی مثل احترام به دیگران، رضایت آگاهانه

و رازداری در روابط پزشک-بیمار، اصول اساسی هستند. با وجود این، کاربرد این اصول در موقعیت‌های گوناگون، از آنجائی که پزشکان، بیماران، اعضای خانواده آن‌ها و کارکنان بهداشت در مورد بهترین راه برخورد در این موقعیت‌ها اختلاف نظر دارند، مشکل‌ساز است. مطالعه‌ی اخلاق، دانشجویان پزشکی را برای مواجهه با موقعیت‌های پیچیده به گونه‌ای عقلانی و اصولی آماده می‌کند. اخلاق همچنین در روابط پزشکان با جامعه و همکارانشان، و نیز در انجام پژوهش‌های پزشکی حائز اهمیت است.

## اخلاق پزشکی، اخلاق حرفه‌ای، حقوق بشر و قانون

همان طور که در فصل اول خواهد آمد، اخلاق به عنوان جزء جدایی ناپذیر پزشکی دست کم از زمان بقراط، پزشک یونانی در پانصد سال پیش از میلاد مسیح که به عنوان پدر اخلاق پزشکی شناخته می‌شود، بوده است.

از زمان بقراط، پزشکی به صورت یک حرفه درآمد، که طی آن پزشکان در برابر عموم سوگند می‌خوردند که منافع بیمارشان را بالاتر از منافع خود قرار دهند (برای توضیح بیشتر به فصل سوم مراجعه کنید). رابطه‌ی نزدیک بین اخلاق و اخلاق حرفه‌ای در این دستنامه به‌خوبی آشکار خواهد شد.

اخیراً اخلاق پزشکی به میزان زیادی تحت تاثیر پیشرفت در حقوق بشر قرار گرفته است. در جهان پلورالیستیک (تکثرگرا) و چند فرهنگی حاضر، با بسیاری از سنت‌های مختلف اخلاقی موجود، توافق‌نامه‌های مهم بین‌المللی در مورد حقوق بشر، توانسته‌اند شالوده‌های برای اخلاق پزشکی ایجاد نمایند که در ورای مرزهای ملیتی و فرهنگی قابل پذیرش باشد. گذشته از این، پزشکان به‌طور متناسب با مسائل پزشکی مواجه می‌شوند که در نتیجه‌ی تجاوز به حقوق بشر، همچون مهاجرت اجباری و شکنجه ایجاد می‌گردد و آنها به میزان زیادی با این تردید مواجهند که آیا مراقبت‌های

پزشکی یک حق است؟  
به طوری که پاسخ به این پرسش در بسیاری از کشورها، تعیین کننده افرادی است که باید به مراقبت‌های پزشکی دسترسی داشته باشند. این دستنامه ملاحظات دقیقی از

در بیشتر اوقات، اخلاق استانداردهای والاتری از رفتار را در مقایسه با قانون تجویز می‌کند و حتی گاهی اخلاق نیازمند این است که پزشک، قانونی که او را مجبور به کار غیراخلاقی می‌نماید، زیر پا بگذارد.

حقوق بشر را هر جا که با کار پزشکی در ارتباط است، به دست می‌دهد.

همچنین اخلاق پزشکی ارتباط نزدیکی با قانون دارد. در بسیاری از کشورها قانون‌هایی وجود دارد که نحوه مقابله پزشکان با مسائل اخلاقی را در مراقبت از بیماران و پژوهش تعیین می‌کنند. به علاوه، مراجع نظارت بر کار پزشکان، می‌توانند پزشکان را به خاطر تعرض از اخلاقیات مورد تنبیه قرار دهند و این کار را نیز انجام می‌دهند. با وجود این، اخلاق و قانون با هم یکی نیستند. در بیشتر اوقات، اخلاق استانداردهای والاتری از رفتار را در مقایسه با قانون تجویز می‌کند و حتی گاهی اخلاق نیازمند این است که پزشک، قانونی که او را مجبور به کار غیراخلاقی می‌نماید، زیر پا بگذارد. گذشته از این، قوانین از یک کشور به کشور دیگر تفاوت دارند، در حالی که اخلاق در ورای مرزها کاربرست‌پذیر است. به همین علت تاکید این دستنامه بیشتر بر روی اخلاق است تا قانون.

### نتیجه‌گیری

پزشکی هم یک علم است و هم یک هنر. علم آن چیزی است که قابل مشاهده و اندازه‌گیری باشد. یک پزشک ماهر می‌تواند نشانه‌های بیماری‌ها را تشخیص داده و می‌داند که چگونه سلامت را به فرد بازگردد. ولی علم پزشکی محدودیت‌های خود را در خصوص منحصر به فرد بودن بشر، فرهنگ، مذهب، آزادی، حقوق و مسئولیت‌های او دارد. هنر پزشکی شامل دخیل کردن علم و تکنولوژی پزشکی در هر یک از بیماران، خانواده‌ها و جوامع است که این دو امر با هم یکی نیستند. بیشتر تفاوت‌های بین افراد، خانواده‌ها و جوامع، غیرفیزیولوژیک می‌باشد. در درک این اختلاف‌هاست که هنر، انسان شناسی و علوم اجتماعی همراه با اخلاق نقشی اساسی ایفا می‌کنند. در واقع، اخلاق توسط این علوم دیگر غنی شده است. به عنوان مثال ارائه تشاری از یک مسئله‌ی بالینی در مقایسه با تشریح موضوع می‌تواند محرک قوی تری برای ایجاد پاسخ‌های اخلاقی و تحلیل آن‌ها باشد.

این دست‌نامه فقط می‌تواند آشنایی با اخلاق پزشکی و برخی از موضوعات اصلی آن را فراهم کند. هدف این است که در کی از نیاز به پاسخ پیوسته نسبت به جنبه‌های اخلاقی پزشکی و به ویژه نحوه‌ی مواجهه با موضوعات اخلاقی که در کار روزمره‌ی خود با آن‌ها مواجه خواهد شد، به شما داده شود. فهرستی از منابع در پیوست ب آمده است که می‌تواند به شما در هر چه عمیق‌کردن دانش خود در این حوزه کمک نماید.

## فصل اول

### ویژگی‌های اخلاق پزشکی



یک روز از زندگی پزشک فرانسوی

#### اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این فصل، شما باید قادر باشید:

• توضیح دهید چرا اخلاق برای پزشکی مهم است.

• منابع اصلی اخلاق پزشکی را شناسایی کنید.

• رویکردهای مختلف به تصمیم‌گیری اخلاقی شامل رویکردهای خودتان را بشناسید.

## ویژگی خاص پزشکی چیست؟

تقریباً در سوتاسر تاریخ ثبت شده که در هر بخشی از جهان، پزشک بودن معنی خاصی را داشته است و مردم برای کمک گرفتن در مورد فوری ترین نیازهای خود - تسکین از درد و رنج و بازگرداندن سلامت - به پیش پزشکان می آیند. آنها به پزشکان اجازه دیدن، لمس کردن و دست زدن به هر قسمی از بدنشان، حتی محرومانه ترین قسمت‌ها را نیز می دهند. آنها این کار را انجام می دهند چون که ایمان دارند پزشکشان به بهترین صورت و به نفع آنها عمل خواهد کرد.

**بسیاری از پزشکان احساس می‌کنند که دیگر به اندازه‌ی سابق مورد احترام نیستند.**

جایگاه پزشک از کشوری به کشور دیگر و حتی در داخل کشورها متفاوت است؛ اگر چه

به طور کلی به نظر می‌رسد این وضع رو به پسروخت است، و بسیاری از پزشکان احساس می‌کنند که دیگر به اندازه‌ی سابق مورد احترام نیستند. در برخی کشورها، کنترل و مدیریت مراقبت‌های بهداشتی به طور پیوسته از اختیار پزشکان خارج شده و به اختیار مدیران حرفه‌ای و اداری درآمده است که برخی از آنها پزشکان را به صورت مواعظ، و نه به صورت شریک در اصلاح مراقبت‌های بهداشتی می‌بینند. بیمارانی که عادت داشتند دستورات پزشکان را بی‌چون و چرا پذیرند، در حال حاضر گاهی از پزشکان می‌خواهند که از درمان‌های تجویزی خود، در صورت تفاوت با توصیه‌های دیگر شاغلان بهداشت و یا اینترنت دفاع نمایند. برخی اعمال که در گذشته فقط پزشکان توان انجام آنها را داشتند، اکنون توسط تکنسین‌های پزشکی، پرستاران یا پیراپزشکان انجام می‌پذیرد.

با وجود این تغییرات که موقعیت پزشکان را تنزل می‌دهند، پزشکی همچنان حرفه‌ای است که به میزان زیادی توسط افراد بیمار که به خدمات آن نیازمندند، ارج نهاده می‌شود. پزشکی همچنان تعداد زیادی از فداکارترین، سخت کوش ترین و مستعدترین دانشجویان را جذب می‌کند. به منظور برآورده ساختن انتظارات بیماران و دانشجویان، مهم است که

پزشکان ارزش‌های اصلی پزشکی به ویژه دلسوزی، شایستگی و خود

مخترار را بشناسند و سرلوحة  
کار خود قرار دهند. این  
ارزش‌ها همراه با احترام به  
حقوق بنيادین انسانها، پایه‌ی  
اخلاق پزشکی را تشکیل  
می‌دهد.

به منظور برآورده ساختن انتظارات  
بیماران و دانشجویان، مهم است  
که پزشکان ارزش‌های اصلی  
پزشکی را شناخته و سرلوحة کار  
خود قرار دهند.

### ویژگی خاص اخلاق پزشکی چیست؟

مهارت، دلسوزی و خودمخترار منحصر به پزشکی نیستند، با این وجود  
از پزشکان انتظار می‌رود به میزان بیشتری از سایر افراد، آن‌ها را سرمشق  
خود قرار دهند.

دلسوزی و همدردی به معنی فهمیدن و توجه به درد دردمند، برای  
پزشکی ضروري است. برای پرداختن به مشکلات بیمار، پزشک باید  
نشانه‌هایی را که بیمار تجربه می‌کند و علل زمینه‌ای آن‌ها را، شناسایی کند  
و باید سعی کند که با کمک به بیمار، درد او تسکین یابد. بیماران اگر به  
این موضوع پی‌برند که پزشک برای نگرانی‌های آن‌ها ارزش قائل است و  
سعی می‌کند آن‌ها را رفع کند و فقط به فکر بیماری نیست، به درمان او  
بهتر پاسخ می‌دهند.

از پزشکان انتظار می‌رود که شایستگی و صلاحیت زیادی داشته  
باشند. بی کفايتی می‌تواند منجر به مرگی یا ناخوشی جدی بیماران گردد.  
پزشکان برای اطمینان حاصل نمودن از صلاحیت‌شان، یک دوره آموزشی  
طولانی‌مدت را طی می‌کنند، اما با در نظر گرفتن پیشرفت سریع دانش  
پزشکی، حفظ صلاحیت آن‌ها یک چالش مداوم برایشان در برخواهد  
داشت.

به علاوه، فقط دانش علمی و مهارت‌های فنی آن‌ها نیست که باید حفظ  
شوند؛ بلکه دانش، مهارت‌ها و گرایش‌های اخلاقی آن‌ها هم باید حفظ

شوند، چون مسائل اخلاقی جدید با تغییر در پزشکی و محیط اجتماعی و سیاسی در برگیرنده‌ی آن ایجاد می‌گردد.

**خودمختاری (اتونومی یا خودآینی):** یا حق تعیین سرنوشت، ارزش اصلی و محوری پزشکی است که در طی سالیان به میزان زیادی تغییر کرده است. به طور سنتی، پزشکان از درجه بالای استقلال بالینی در تصمیم‌گیری برای چگونگی درمان بیمارانشان، برخوردار بوده‌اند. پزشکان، به طور کلی (حرفه پزشکی) در تعیین استانداردهای آموزش پزشکی و درمان آزاد بوده‌اند. همان طور که در این دستنامه مشخص خواهد شد، رویکردهای استقلال و خودمختاری پزشک در بسیاری از کشورها توسط حکومت و دیگر مسئولان با ایجاد کنترل بر پزشکان تعدیل شده است. با وجود این چالش‌ها، پزشکان هنوز به استقلال بالینی و حرفه‌ای خودشان ارزش قائل بوده و تا حد امکان سعی در حفظ آن دارند. در عین حال، خودمختاری بیمار از سوی پزشکان سراسر جهان به‌طور گسترده مورد پذیرش است، که به این معنی است که بیماران باید تصمیم‌گیرنده‌های نهایی در مواردی باشند که زندگی‌شان را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

این دستنامه در ادامه به مثال‌هایی از تعارض بین خودمختاری پزشک و احترام برای خودمختاری بیمار خواهد پرداخت.

گذشته از این سه اصل کلیدی، اخلاق پزشکی با اخلاق عمومی که از طریق اعلامیه‌های عمومی همچون بیانه ژنو انجمن جهانی پزشکی و یا یک کد اخلاقی کاربرد همگانی دارد، متفاوت است. سوگندنامه‌ها و کدها (ضوابط) از کشوری به کشور دیگر و حتی در داخل کشورها فرق می‌کنند؛ اما خصوصیات مشترک بسیاری دارند که شامل سوگند به این است که: پزشکان منافع بیمارانشان را بتر از منافع خود قرار خواهند داد، بین بیماران بر پایه نژاد، مذهب یا سایر مبانی حقوق بشر تبعیض قائل نخواهند شد، از محترمانگی اطلاعات بیماران حفاظت خواهند کرد و مراقبت‌های فوری را برای هر فرد نیازمند مهیا خواهند کرد.

## انجمن جهانی پزشکی

### بیانیه ژنو

در زمانی که به عنوان عضوی از حرفه پزشکی پذیرفته می‌شوم:  
خود را به طور جلدی متعهد می‌دانم که زندگیم را در خدمت به  
بشریت وقف نمایم.  
به اساتید خویش احترام گذاشته و سپاسگزار آنان خواهم بود، که این  
حق آنهاست.

حرفه‌ام را با وجود و کرامت به کار خواهم بست.  
سلامت بیمار نخستین هدف و توجه من خواهد بود.  
به اسراری که به طور محترمانه نزد من هستند، حتی پس از مرگ  
بیماران نیز احترام خواهم گذاشت و پایبند خواهم بود.  
با تمام توان، از شرافت و رسوم اصیل حرفه پزشکی حمایت خواهم کرد.  
همکاران من، خواهران و برادران من خواهند بود.  
اجازه نخواهم داد که سن، بیماری و ناتوانی، عقیده، قومیت، جنسیت،  
ملیت، وابستگی سیاسی، نژاد، تمایلات جنسی، مواضع اجتماعی یا هر  
عاملی دیگری بین وظایف و بیمارانم مداخله نماید.  
متعهد می‌گردم بیشترین احترام را برای حیات انسان قائل شوم. حتی  
در شرایطی که در معرض تهدید قرار دارم، دانش پزشکی را در جهت  
نقض حقوق بشر و آزادی‌های مدنی به کار نگیرم.  
من این تعهدات را هوشیارانه، آزادانه و با شرافت می‌پذیرم.

### چه کسی تصمیم می‌گیرد که چه چیز اخلاقی است؟

اخلاق کثرت گرا است. بین اشخاص در مورد این که چه چیز درست و  
چه چیز نادرست است اختلاف نظر وجود دارد، و حتی زمانی که آن‌ها  
توافق دارند، این توافق می‌تواند ناشی از دلایل گوناگونی باشد. در برخی  
جوامع این اختلاف نظر طبیعی در نظر گرفته می‌شود و آزادی فراوانی  
وجود دارد تا هر شخص، البته تا زمانی که حقوق دیگران را زیر پا  
نگذارد، هرگونه که می‌خواهد رفتار کند. در حالی که جوامع سنتی‌تر، در

مورد اخلاق اتفاق نظر دارند و فشار اجتماعی بیشتری در این جوامع برای عمل به یک شیوه‌ی خاص وجود دارد، که گاهی اوقات توسط قانون نیز حمایت می‌گردد. در چنین جوامعی، فرهنگ و مذهب نقش غالب در تعیین رفتار اخلاقی بازی می‌کنند.

پاسخ به این پرسش که چه کسی تصمیم می‌گیرد چه چیز برای عموم مردم اخلاقی است به هر حال از یک جامعه به جامعه دیگر و حتی در داخل همان جامعه فرق می‌کند. در جوامع لیبرال، اشخاص اگر چه احتمالاً تحت تاثیر خانواده شان، دوستانشان، مذهب، رسانه‌ها و دیگر منابع خواهند بود، اما آزادی فراوانی برای تصمیم‌گیری در مورد این که چه چیز اخلاقی است، دارند. در جوامع سنتی تر، خانواده و بزرگان خاندان، مراجع دینی و رهبران سیاسی معمولاً نقش بیشتری از اشخاص در تعیین این که چه چیز اخلاقی است، دارند. با وجود این تفاوت‌ها، به نظر می‌رسد که بیشتر انسان‌ها روی برخی اصول اخلاقی بنیادی می‌توانند اتفاق نظر داشته باشند، یعنی، حقوق اولیه بشر، در بیانیه جهانی حقوق بشر و سایر اسناد رسمی اعلام شده و کاملاً پذیرفته شده است. حقوق بشری که به ویژه برای اخلاق پزشکی مهم هستند شامل: حق حیات، آزادی از تعیض، شکنجه و ظلم، رفتار تحیرآمیز و غیر انسانی، آزادی عقیده و بیان، دسترسی برابر به خدمات عمومی و مراقبت‌های پزشکی در کشور خود است.

سؤال در مورد این که "چه کسی تصمیم می‌گیرد چه چیز اخلاقی است؟" تا همین اواخر برای پزشکان پاسخ تقریباً متفاوتی با عموم مردم داشت. طی قرن‌ها، حرفة پزشکی صوابطی برای رفتار اعضای تنظیم کرده است که به صورت کدهای اخلاقی و خط مشی مربوطه ارائه می‌شوند. در سطح جهانی، انجمن جهانی پزشکی (WMA) مجموعه وسیعی از بیانه‌های اخلاقی را منتشر کرده است که رفتار مورد انتظار از پزشکان را، صرف نظر از این که در چه کشوری زندگی می‌کنند، مشخص می‌نماید.

در بسیاری از کشورها، در صورتی که نخواهیم بگوییم بیشتر آنها،

انجمنهای پزشکی مسئول ایجاد و اجرای ضوابط کاربردی اخلاقی می‌باشد. بسته به رویکرد کشورها به قوانین پزشکی، ممکن است این استانداردها ماهیت قانونی به خود بگیرند.

مزیت حرفه‌ی پزشکی در توانایی تعیین استانداردهای اخلاقی خود هر گز مطلق نبوده است. به عنوان مثال:

- پزشکان همواره مخاطب قوانین عمومی کشور بوده‌اند و گاهی اوقات به‌حاطر عمل بر خلاف قوانین کشور، مجازات می‌شوند.
- برخی از انجمنهای پزشکی که به شدت تحت تأثیر آموزه‌های مذهبی می‌باشند، الزامات بیشتری را در کنار مواردی که شامل تمام پزشکان می‌شوند، بر اعضای خود تحمیل می‌کنند.
- در بسیاری از کشورها، سازمانهایی که استانداردهای رفتاری را برای پزشکان تعیین نموده و میزان پذیرش آن‌ها را پایش می‌نمایند، به تعداد قابل ملاحظه‌ای اعضای غیرپزشک دارند.

رهنمودهای اخلاقی انجمنهای پزشکی ماهیت عمومی دارند. ممکن است در ارتباط مستقیم با هر موقعیتی که پزشکان در کار پزشکی خود با آن مواجه می‌شوند، نباشند. در بیشتر موقعیت‌ها، این خود پزشک است که باید در مورد بهترین راه اقدام تصمیم بگیرد، با این وجود دانستن اقدامی که دیگر پزشکان در موقعیت‌های مشابه انجام می‌دهند، می‌تواند کمک کننده باشد.

دانستن اقدامی که دیگر پزشکان در موقعیت‌های مشابه انجام می‌دهند، می‌تواند کمک کننده باشد.  
کدها و آیین‌نامه‌های اخلاقی پزشکی منعکس کننده راهی هستند که پزشکان باید به آن طریق عمل کنند و تازمانی که دلایل خوبی برای عمل خلاف آن نداشته باشند، آن راه را دنبال نمایند.

**آیا اخلاق پزشکی تغییر می‌کند؟**  
در مورد این که برخی جنبه‌های اخلاق پزشکی در طول سالیان تغییر

کرده‌اند، شکی وجود ندارد. تا همین اواخر، پزشکان حق و حتی وظیفه‌ی تصمیم‌گیری در مورد نحوه‌ی درمان بیمار را داشتند و هیچ لزومی برای اخذ رضایت آگاهانه از بیماران وجود نداشت. در مقابل، نسخه ۲۰۰۵ بیانیه حقوق بیمار انجمان جهانی پزشکی با این عبارت آغاز می‌شد که "ارتباط بین پزشکان، و بیماران یا به‌طور گسترده‌تر جامعه، اخیراً تغییرات قابل توجه یافته است". پزشکان درحالی که باید براساس وجود و همواره هم‌سو با بهترین منافع بیمار عمل کنند، باید تلاش یکسانی را برای تضمین خودمختاری و عدالت در مورد بیمار بعمل آورند. اکنون بسیاری از مردم خود را به عنوان نخستین فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی برای خویش در نظر می‌گیرند و نقش پزشکان در اینجا در سطح یک مشاور یا آموزگار می‌باشد. اگرچه چنین تاکیدی روی خودمراقبتی (Self-care) هنوز خیلی با جهانی شدن فاصله دارد، اما به نظر می‌رسد که در حال گسترش بوده و نشانگر تکامل کلی تر در روابط پزشک-بیمار باشد که الزامات گوناگون اخلاقی پزشکان را بیش از پیش می‌کند.

تا همین اواخر، پزشکان خود را فقط در برابر خودشان، دیگر همکارانشان در حرفه‌ی پزشکی و در مورد افراد

**پاسخ‌گویی‌ها ممکن است در تضاد با یکدیگر باشند.**

مسئولان اعطای پروانه کار و اغلب دادگاه‌ها نیز باشند. این پاسخ‌گویی‌ها ممکن است در تضاد با یکدیگر باشند، که در بخش دوگانگی تعهدات (Dual Loyalty) در فصل سوم شرح داده خواهد شد.

اخلاق پزشکی از راه‌های دیگر نیز تغییر کرده است. مشارکت در سقط تا همین اواخر در کدهای اخلاق پزشکی ممنوع بود، ولی در حال حاضر در برخی کشورها با شرایط خاصی اجازه اقدام به آن به حرفه‌ی پزشکی داده می‌شود. درحالی که در اخلاق پزشکی سنتی، مسئولیت منحصر به فرد پزشکان فقط در برابر بیمارانشان بود، اکنون این امر مورد اجماع است که

پژوهشکان باید نیازهای جامعه را به عنوان مثال، در تخصیص منابع محدود بهداشتی نیز در نظر بگیرند (به فصل سوم مراجعه نمایید). پیشرفت در علوم پزشکی و تکنولوژی، موضوعات اخلاقی جدیدی را ایجاد می کنند که دیگر با اخلاق سنتی پژوهشکی قابل پاسخ نمی باشند. روش های کمک باروری، ژنتیک، اطلاع رسانی حوزه سلامت، تکنولوژی های افزایش طول عمر، که نیاز به مشارکت پژوهشکان دارند، همگی توان سود رسانی به بیماران را دارند، ولی از طرفی امکان آسیب رساندن به بیماران را نیز بسته به این که چگونه به کار گرفته می شوند، دارند. برای کمک به پژوهشکان در تعیین این که کی و در چه شرایطی در چنین فعالیتهايی شرکت نمایند، انجمن های پژوهشکی باید علاوه بر اعتماد کردن به کدهای موجود اخلاقی، روش های تحلیلی مختلفی را به کار گیرند.

با وجود این تغییرات آشکار در اخلاق پژوهشکی، اجماع گسترده ای در میان پژوهشکان وجود دارد که ارزش ها و اصول بنیادین اخلاق پژوهشکی تغییر نمی کنند و یا دست کم نباید که تغییر کنند. تازمانی که احتمال بیمار شدن نوع بشر تا ابد اجتناب نپذیر می باشد، آن ها همچنان نیازمند پژوهشکان دلسوز، لایق و حافظ اختیار بیمار برای مراقبت خواهند بود.

**آیا اخلاق پژوهشی به کشور دیگر تغییر می کند؟**  
درست همان گونه که اخلاق پژوهشکی در پاسخ به پیشرفت های تکنولوژی و علوم پژوهشکی، همچون ارزش های اجتماعی در طی زمان دچار تغییر می شود، بسته به عواملی مشابه از کشوری به کشور دیگر تغییر می نماید. در مورد اوتاناژی، برای مثال، تفاوت قابل ملاحظه ای در عقاید مابین انجمن های پژوهشکی کشورها وجود دارد. برخی انجمن ها آن را محکوم می کنند اما دیگران بی تفاوت هستند و دست کم یک مورد، انجمن سلطنتی پژوهشکی هلند، آن را با شرایط خاصی می پذیرد. همین طور،

در مورد دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، انجمن برخی کشورها، از برابری همه شهروندان حمایت می‌کنند در صورتی که دیگران، از نابرابری‌های شدید در میان افراد حمایت می‌کنند. در برخی کشورها علاوه قابل ملاحظه‌ای به مسائل اخلاقی ایجاد شده در نتیجه تکنولوژی پیشرفت و جدید پژوهشی وجود دارد، در صورتی که در کشورهایی که دسترسی به چنین تکنولوژی ندارند، این مسائل نیز پیش نمی‌آیند. پزشکان در برخی کشورها مطمئن هستند که توسط حکومتشان وادار به انجام کار غیراخلاقی نخواهند شد، در حالی که در کشورهای دیگر ممکن است پاییند بودن به الزامات اخلاقی برایشان دشوار باشد؛ برای مثال، حفظ اسرار بیماران در صورت درخواست پلیس یا ارتضی برای گزارش آسیب‌های مشکوک را می‌توان نام برد.

اگر چه این تفاوت‌ها ممکن است مهم به نظر برسند، اما تشابهات بسیار بیشترند. پزشکان در سراسر دنیا اشتراکات بسیاری دارند و زمانی که آن‌ها در سازمان‌هایی چون انجمن جهانی پژوهشی (WMA) گرد هم می‌آیند، عموماً در مورد مسائل اخلاقی مورد اختلاف به توافق می‌رسند، اگر چه این اجماع اغلب نیاز به مباحثات طولانی دارد. ارزش‌های اصلی اخلاق پژوهشی مانند: دلسوزی، کفایت، خوداختیاری در کنار تجربه و مهارت پزشکان در همه جنبه‌های پژوهشی و مراقبت‌های بهداشتی، پایه‌ی استواری برای تحلیل مسائل اخلاقی در پژوهشی و رسیدن به راه حل‌هایی هستند که به بهترین نحو، نفع بیماران، شهروندان و به‌طور کلی تر، سلامت عمومی را فراهم می‌نمایند.

این انجمن نقش برقراری استانداردهای عمومی را در حوزه‌ی اخلاق پژوهشی که قابل اعمال در سراسر جهان باشد، بر عهده گرفته است.

**نقش انجمن جهانی پژوهشی**  
به عنوان تنها سازمان بین‌المللی که سعی می‌کند نماینده همه پزشکان، بدون در نظر گرفتن

ملیت یا تخصص آن‌ها باشد، این انجمن نقش برقراری استانداردهای عمومی را در حوزه‌ی اخلاق پژوهی که قابل اعمال در سراسر جهان باشد، بر عهده گرفته است.

انجمن از زمان تأسیس (سال ۱۹۴۷) برای پیشگیری از تکرار هرگونه رفتار غیراخلاقی که توسط پزشکان در آلمان نازی و دیگر کشورها انجام شده بود، فعالیت کرده است. نخستین کار انجمن بروز رسانی سوگندنامه بقراط برای استفاده در قرن بیستم بود. نتیجه بیانیه ژنو بود که در دو مین نشست علنی انجمن در سال ۱۹۴۸ پذیرفته شد. از آن موقع سوگندنامه چندین بار بازبینی شده که آخرین بار آن در سال ۲۰۰۶ بوده است. وظیفه دوم آن ایجاد کدهای بین‌المللی اخلاق پژوهی بود که در سومین نشست علنی در سال ۱۹۴۹ پذیرفته و در سال‌های ۱۹۶۸ و ۱۹۸۳ و ۲۰۰۶ بازبینی شد. این کدها اکنون تحت بازبینی بیشتر قرار دارد. وظیفه بعدی آن ایجاد خط مشی‌های اخلاقی برای تحقیق روی نمونه‌های انسانی بود.

این مورد زمان طولانی‌تری از دو سند قبلی صرف کرد، تا سال ۱۹۶۴ که خط مشی‌ها به عنوان بیانیه هلسینکی پذیرفته شدند. این سند هم تحت بازبینی‌های دوره‌ای قرار گرفت که آخرین مورد آن در سال ۲۰۰۰ بود. علاوه بر این بیانیه‌های کلی اخلاقی، انجمن بیانیه‌های خط مشی در مورد بیش از ۱۰۰ مسئله خاص را پذیرفته است که بیشتر آن‌ها ماهیت اخلاقی دارند، در حالی که سایرین به عنایین پژوهشی اجتماعی شامل: آموزش پژوهشی و نظام‌های بهداشتی می‌پردازند. هر سال نشست علنی انجمن برخی سیاست‌های موجود را بازبینی کرده و یا سیاست‌های جدید را می‌پذیرد.

**چگونه WMA تصمیم می‌گیرد چه چیز اخلاقی است؟**  
رسیدن به توافق بین‌المللی در مورد مسائل اخلاقی مورد اختلاف، حتی در داخل گروه به نسبت منسجمی چون پزشکان، کار ساده‌ای نیست.  
انجمن جهانی پژوهشی اطمینان خاطر داده که بیانیه‌های اخلاقی آن حاصل

اجماع آراست، به طوری که باید ۷۵ درصد افراد مجمع عمومی به نفع

رسیدن به توافق بین المللی در مورد مسائل اخلاقی مورد اختلاف، حتی در داخل گروه به نسبت منسجمی چون پزشکان، کار ساده‌ای نیست.	یک سیاست جدید یا بازنی سیاست قبلی رأی داده باشد. پیش شرط رسیدن به این درجه از اتفاق نظر، رایزنی گسترده روی پیش‌نویس بیانیه‌ها، ملاحظه دقیق
---	---

نظرات دریافت شده توسط کمیته اخلاق پزشکی انجمن و گاهی اوقات توسط کارگروه ویژه تعیین شده برای این موضوع، دوباره‌نویسی پیش‌نویس‌ها و اغلب رایزنی بیشتر است. بسته به پیچیدگی یا تازگی مسئله، این فرایند می‌تواند طولانی باشد.

برای مثال، آخرین ویرایش بیانیه هلسینکی در اوایل ۱۹۹۷ آغاز و در اکتبر ۲۰۰۰ به پایان رسید. حتی آن هنگام نیز مسائل برجسته‌ای باقی ماند و مطالعه آن‌ها توسط کمیته اخلاق پزشکی انجمن و کارگروه‌های متولی امر ادامه یافت.

یک فرایند خوب برای داشتن یک پیامد خوب ضروری است اما رسیدن به آن را تضمین نمی‌کند. در تصمیم این که چه چیز اخلاقی است، انجمن از پیشنهای اخلاق پزشکی مندرج در بیانیه‌های قبلی استفاده می‌کند. همچنین از دیگر افراد مسئول امر، چه ملی و چه بین‌المللی و از افراد با تجربه در حوزه‌ی اخلاق برای تصمیم‌گیری استفاده می‌کند.

در مورد برخی مسائل پزشکان ممکن است با اجبار به سمت دولت، مسئولان نظام سلامت و تشکیلات اقتصادی پیش برده شوند.	در مورد برخی مسائل مانند رضایت آگاهانه، انجمن خود را در توافق با نظر اکثریت می‌یابد. در حالی که در موارد دیگر مانند رازداری نسبت به اطلاعات شخصی
--	--

پزشکی، پزشکان ممکن است با اجبار به سمت دولت، مسئولان نظام سلامت و تشکیلات اقتصادی پیش برده شوند.

خصوصیت تعیین کننده در رویکرد انجمن به اخلاق، در اولویتی است که انجمن به بیماران و افراد مورد پژوهش قائل است. با بازخوانی بیانیه ژنو، پژوهش قسم می خورد که "سلامت بیمار، نخستین ملاحظه من خواهد بود". **بیانیه هسلینکی** بیان می کند:

"در پژوهش های پژوهشکی در روی نمونه های انسانی، آسایش افراد مورد آزمایش باید بر همه چیز ارجحیت داشته باشد."

**چگونه اشخاص تصمیم می گیرند چه چیز اخلاقی است؟**

برای پژوهشکان و دانشجویان پژوهشکی، اخلاق پژوهشکی صرفاً شامل پیروی از توصیه های انجمن جهانی پژوهشکی یا سایر سازمان های پژوهشکی نمی باشد. این توصیه ها معمولاً ماهیت عمومی دارند و افراد باید تعیین کنند که آیا در مورد وضعیت مورد نظر صادق هستند یا نه. به علاوه بسیاری موضوعات اخلاقی در حین طبابت به وجود می آیند که برای آن ها هیچ راهنمایی از سوی انجمن های پژوهشکی وجود ندارد. در نهایت، اشخاص، مسئول اتخاذ تصمیمات اخلاقی خود و اجرای آنها هستند.

روش های مختلفی برای رویکرد به مسائل اخلاقی مانند آنچه در ابتدای این دست نامه آمده بود، وجود دارد. این روش ها به طور عمده به دو دسته تقسیم می شوند: rational و non-rational (رویکرد عقلگرا در مقابل غیر عقل گرا). باید دقت شود که non-rational یا غیر عقل گرا به

معنی غیر عقلانی نیست، بلکه فقط باید از کاربرد نظام مند و واکنشی دلیل در گرفتن تصمیم ها، افراق داده شود.

اشخاص، مسئول اتخاذ تصمیمات اخلاقی خود و اجرای آنها هستند.

### رویکردهای غیر عقل گرایانه (Non-rational)

پیروی روش رایج اتخاذ تصمیمات اخلاقی به ویژه توسط کودکان و آنها بی است که در ساختارهای انضباط-محور کار می کنند مانند نیروهای نظامی، پلیس، برخی سازمان های مذهبی و بسیاری از تجارت ها. اخلاقیات

یا Morality عبارت است از پیروی از قواعد و دستورالعمل آنها بی که صاحب اختیارند، چه با آنها موافق باشند یا نباشند.

تقلید از آن نظر که قضاؤت یک نفر را در مورد درستی یا نادرستی به قضاؤت فرد دیگر (در این مورد یک الگو) وابسته می کند، به پیروی شباهت دارد. اخلاقیات عبارت از پیروی از نمونه یک الگو است. این شاید رایج ترین راه آموزش اخلاق پژوهشکی توسط پژوهشکان در حال ارتقا باشد، به طوری که الگوهای همان پژوهشکان ارشد، و نحوه آموزش اخلاقی شامل مشاهده و همگونسازی ارزش‌های مشاهده شده است.

احساس یا میل، رویکردی ذهنی به تصمیم‌گیری یا رفتار اخلاقی است. آنچه درست است چیزی است که به نظر درست می‌رسد یا میل شخص را ارضاء می‌کند؛ آن چیزی نادرست است که به نظر نادرست بررسد یا میل شخص را سرخورده کند. مقیاس اخلاقیات باید در خود هر شخص یافته شود و البته به میزان زیادی از شخصی به شخص دیگر و حتی در همان شخص در طی زمان متفاوت است.

شهود یا درک مستقیم یک درک فوری از روش درست رفتار در یک وضعیت است. از آن نظر که کاملاً ذهنی است شبیه میل است؛ اما براساس موقعیتش در ذهن با میل فرق می‌کند. تا حدودی در مقایسه با پیروی، تقلید، و احساس یا میل، به اشکال عقل‌گرای تصمیم‌گیری اخلاقی نزدیک تر است. اگرچه، نه نظاممند است و نه رفلکسی، ولی تصمیمات اخلاقی را از طریق بارقه‌ای از بصیرت فراهم می‌کند. همانند احساس و میل، به میزان زیادی از شخصی به شخص دیگر و حتی در همان شخص در طی زمان متفاوت است.

عادت یک روش خیلی موثر تصمیم‌گیری اخلاقی است زیرا هنگامی که یک مسئله اخلاقی مشابه آنچه قبلاً با آن مواجه شده‌ایم، رخ می‌دهد، دیگر نیازی به تکرار فرایند تصمیم‌گیری نظاممند نیست. با این وجود، عادات بد (مانند دروغ‌گویی) نیز همچون عادات خوب (مانند راست‌گویی) وجود دارند.

به علاوه وضعیت‌هایی که مشابه به نظر می‌رسند، ممکن است به تصمیمات کاملاً متفاوتی نیاز داشته باشند. بنابراین همان قدر که عادت مفید باشد، فرد نمی‌تواند همه اتکای خود را بر آن قراردهد.

### رویکردهای عقل‌گرا (Rational)

در طی مطالعه اخلاق، رواج رویکردهای غیر عقل‌گرا در تصمیم‌گیری و رفتار نشان داده شده است. با وجود این، پیش از تاکید بر رویکردهای عقل‌گرا بود. چهار مورد از این رویکردها شامل وظیفه‌شناسی (Deontology)، نتیجه‌گرایی (Consequentialism)، اصول‌گرایی (Principleism)، و فضیلت‌گرایی (Virtue) می‌باشد.

**وظیفه‌شناسی:** شامل جست‌وجو به دنبال قوانین کاملاً معینی است که می‌توانند پایه‌ی تصمیم‌گیری‌های اخلاقی باشند. "با تمام مردم باید با مساوات رفتار شود" یک مثال از چنین قوانینی است. ممکن است شالوده‌ی آن مذهبی باشد (برای مثال، اعتقاد به این که خداوند انسان‌ها را یکسان آفریده است). قوانین به محض تدوین باید در موقعیت‌های ویژه‌ای به کار گرفته شوند و اینجا جایی است که اغلب تضادها درخصوص این که چه چیزی برای قوانین مورد نیاز است، روی می‌دهد (برای مثال این که آیا قانون منع کشتن دیگر انسان‌ها، سقط یا مجازات اعدام را نیز منع می‌کند؟!).

**نتیجه‌گرایی:** تصمیم‌گیری اخلاقی را بر پایه‌ی تحلیل نتایج یا پیامدهای احتمالی و یا نتایج اعمال و گزینه‌های متفاوت پایه‌ریزی می‌نماید. اقدامات درست آنها بی‌هستند که بهترین نتایج را به همراه دارند. البته درخصوص این که چه چیزی نتیجه‌ی خوب محسوب شود، نیز اختلاف نظر وجود دارد. یکی از شناخته شده‌ترین انواع نتیجه‌گرایی، با عنوان **فایده‌گرایی** (Utilitarianism) است که از "سود" به عنوان مقیاس سنجش استفاده می‌کند و این گونه تعریف می‌گردد: "بیشترین سود برای بیشترین افراد". دیگر شاخص‌های پیامد که در تصمیم‌گیری مراقبت‌های بهداشتی به کار

گرفته می‌شوند، شامل: هزینه-اثربخشی و کیفیت زندگی، آن گونه که در QALYs (سال‌های زندگی براساس کیفیت) و یا DALYs (سال‌های زندگی براساس ناتوانی‌های موجود) اندازه‌گیری می‌شود، می‌باشد. حامیان نتیجه‌گرایی استفاده چندانی از این اصول نمی‌کنند. زیرا شناسایی، اولویت‌دهی و به کار بردن آن دشوار است و همواره و در همه‌ی موارد آنچه را که در تصورشان برای تصمیم‌گیری اخلاقی مهم است، یعنی پیامد را در نظر نمی‌گیرند. این شرایط از ورای اصول اخلاقی، دست نتیجه‌گرایی را در پذیرش این که "هدف وسیله را توجیه می‌کند" بازگذاشته است، به عنوان مثال در این رویکرد، حقوق فردی بشر می‌تواند برای دستیابی به اهداف اجتماعی قربانی شود.

**اصول گوابی:** همان‌گونه که از اسم آن بر می‌آید، از اصول اخلاقی به عنوان پایه‌ای برای تصمیم‌گیری‌های اخلاقی استفاده می‌نماید. این رویکرد اصول را برای موارد یا موقعیت‌های خاص به کار می‌گیرد، و برای این که مشخص نماید که کدام کار درست است، هم قوانین و هم نتایج را در نظر می‌گیرد.

این رویکرد اخیراً به طور گسترده مباحث اخلاقی را به ویژه در آمریکا تحت تاثیر قرار داده است. چهار اصل کلی به ویژه، احترام به استقلال، سودرسانی، عدم ضرررسانی و عدالت به عنوان مهم ترین اصول تعیین کننده در تصمیم‌گیری اخلاقی در اقدامات پزشکی محسوب می‌شوند. این اصول نقش مهمی در تصمیم‌گیری‌های عقل‌گرایانه ایفا می‌کنند. با وجود این، انتخاب این چهار اصل و به ویژه اولویت دادن احترام به استقلال بیمار نسبت به سایر موارد، بازتابی از فرهنگ لیبرال دموکراتی غرب بوده و الزاماً جهانی نمی‌باشد. گذشته از این، چهار اصل مذکور در موقعیت‌های خاصی در تضاد با هم قرار می‌گیرند و در چنین شرایطی به برخی معیارها برای حل چنین تضادهایی نیاز داریم.

**اخلاق فضیلت‌گوا (Virtue ethics):** تمرکز در این رویکرد بر روش

تصمیم‌گیری و بیشتر بر روی ویژگی‌های تصمیم‌گیرنده است که در رفتارهای آن‌ها انعکاس می‌یابد. فضیلت یک ایده‌آل اخلاقی است. همان‌گونه که اشاره شد، یکی از سجایای اخلاقی به ویژه مهم برای پزشکان احساس دلسوزی است. دیگر موارد شامل صداقت، پروا داشتن و فدائکاری می‌باشند. پزشکانی که دارای این سجایای اخلاقی هستند، احتمال بیشتری دارد که تصمیم‌های خوبی گرفته و آن‌ها را در راه درست به کار گیرند. با این وجود حتی افراد دارای سجایای اخلاقی نیز اغلب در خصوص این که در موقعیت‌های خاص چگونه عمل نمایند، مردد هستند و آن‌ها نیز از گرفتن تصمیمات نادرست در امان نیستند.

هیچ‌یک از چهار رویکرد یا سایر مواردی که مطرح شد، امکان کسب پذیرش جهانی را ندارند. افراد در بین خودشان، در مورد ترجیحات خود برای تصمیم‌گیری با رویکرد عقلگرا متفاوت هستند، همان‌گونه که در اولویت‌هایشان برای رویکرد غیرعقلگرا متفاوت‌اند. این می‌تواند با این حقیقت که هر رویکردی به نوبه‌ی خود نقاط ضعف و قوت دارد، توجیه گردد.

شاید ترکیبی از هر چهار رویکرد، که شامل بهترین ویژگی هر یک باشد، بهترین راه برای اخذ تصمیمات اخلاقی باشد. برای این امر باید اصول و قوانین مهم را با مشخص کردن آنها یکی که بیشترین ارتباط را با موقعیت یا مورد دارند، در نظر گرفته و تلاش برای به کارگیری آن‌ها تا بیشترین حد ممکن انجام گیرد؛ همچنین نتایج احتمالی تصمیمات مختلف را آزموده و مشخص نماید که کدام نتیجه بیشترین اولویت را دارد. سرانجام تلاش می‌کند اطمینان حاصل نماید که رفتار تصمیم‌گیرندگان در هر دو مرحله‌ی تصمیم‌گیری و اجرا پسندیده بوده است.

چنین روندی می‌تواند شامل مراحل ذیل باشد:

- ۱) مشخص نمایید که موضوع در دست مطالعه، موضوعی اخلاقی است.
- ۲) به منابع معتبر شامل کدهای اخلاق و سیاست‌های نظام پژوهشی و همکاران مورد قبول در خصوص این که پزشکان به طور عمده در شرایط

- مشابه چگونه عمل می‌کنند، رجوع و از آن‌ها استفاده کنید.
- ۳) راه حل‌های مختلف را با مشخص نمودن اصول و ارزشها یی که از هر کدام حمایت می‌کنند و نتایج احتمالی هر یک در نظر بگیرید.
- ۴) در مورد راه حل‌هایتان با آنها یی که تحت تاثیر قرار می‌گیرند، صحبت کنید.
- ۵) در تصمیم‌گیری و اجرای تصمیمات خود، تاثیرپذیری افراد را در نظر داشته باشید.
- ۶) تصمیم خود را ارزیابی نموده و برای اقدامی متفاوت در آینده آماده شوید.

### «نتیجه‌گیری»

این فصل برای مراحلی به شرح ذیل در نظر گرفته شده است: وقتی که با موضوعات خاصی در اخلاق پژوهشی سرو کار داریم، خوب است در نظر داشته باشیم که پزشکان در طی تاریخ با چنین موضوعاتی مواجه بوده‌اند و تجربیات روی هم انباسته شده و حکمت آن‌ها امروزه می‌تواند بسیار با ارزش باشد. انجمان جهانی پژوهشی و سایر سازمان‌های پژوهشی از این روش استفاده کرده و راهنمایی اخلاقی برای پزشکان تهیه نموده‌اند.

به هر حال با وجود اجماع گسترده میان پزشکان در مورد موضوعات اخلاقی، افراد ممکن است بر سر موضوعات خاص اختلاف نظر داشته باشند. علاوه بر این، دیدگاه پزشکان می‌تواند کاملاً با بیماران و سایر ارائه دهنده‌گان مراقبت‌های بهداشتی متفاوت باشد. به عنوان نخستین گام در حل مسائل اخلاقی مورد مناقشه، شناخت رویکردهای مختلف به تصمیم‌گیری اخلاقی، برای پزشکان چه مربوط به خودشان یا مربوط به افراد در ارتباط با آن‌ها، مهم است.

این موضوع به آن‌ها در تعیین بهترین روش اقدام و توضیح در خصوص اقداماتشان به دیگران کمک خواهد کرد.

فصل

دوم

## پزشک و بیمار



پزشک دلسوز

**اهداف:**

پس از مطالعه این فصل شما باید قادر باشید:

- توضیح دهید که چرا تمامی بیماران مستحق احترام و رفتار مساوی از سوی پزشک خود می‌باشند.
- عناصر اصلی تشکیل دهنده رضایت آگاهانه را بشناسید.
- توضیح دهید که تصمیمات پزشکی در مورد بیمارانی که ظرفیت تصمیم‌گیری ندارند، چگونه اتخاذ می‌شود.
- توجیهی برای حفظ راز بیمار ارائه کرده و استثنایات قانونی برای رازداری را تشخیص دهید.
- موضوعات عمدۀ اخلاقی مربوط به آغاز و پایان حیات را درک نمایید.
- مختصری از بحث‌های پرامون ارتکاب به اوتانازی / خودکشی با کمک پزشک (له یا علیه) و تفاوت بین این دو و نیز درمان تسکینی یا چشم‌پوشی از درمان را بیاورید.

**مطالعه موردي ۱:**

دکتر پی. یک جراح با تجربه و ماهر در حال اتمام شیفت شب در یک بیمارستان درجه‌ی متوسط است. زن جوانی توسط مادرش به بیمارستان آورده می‌شود. مادر بلافضله به پرستار پذیرش می‌گوید که باید دیگر فرزندانش را پیدا کند. بیمار خونریزی واژینال و درد شدیدی داشته است. دکتر پی. او را معاینه کرده و به این نتیجه می‌رسد که او یک سقط خود به خودی یا یک سقط القایی داشته است. دکتر پی به سرعت عمل دیلاتاسیون و کورتاژ را برای بیمار انجام می‌دهد و به پرستار می‌گوید که از بیمار بخواهد در صورت امکان تا زمان رفع خطر در بیمارستان بماند. دکتر کیو. جایگزین دکتر پی می‌شود که بدون این که با مریض صحبت کند روانه منزل شده است.

## ویژگی خاص ارتباط پزشک و بیمار چیست؟

ارتباط پزشک - بیمار اساس و شالوده‌ی حرفه‌ی پزشکی و در نتیجه اخلاق پزشکی است. همان‌طور که ذکر شد، بیانیه ژنو از پزشک خواسته که "سلامت بیمار نخستین ملاحظه‌ی من است" و کد بین‌المللی اخلاق پزشکی عنوان می‌کند که "یک پزشک به بیمار خود وفاداری تام و ارائه تمام منابع علمی‌اش را مدیون است". همان‌طور که در فصل اول بحث شد، تفسیر سنتی روابط پزشک - بیمار از نوع پترنالیستی یا پدرسالارانه، که در آن پزشک تصمیم‌گیرنده بود و بیمار در برابر آن تسلیم می‌شد، در سالیان اخیر هم در اخلاق و هم در قانون تا حدود زیادی رد شده است. از آنجا که بسیاری از بیماران قادر به تصمیم‌گیری برای مراقبت‌های پزشکی مربوط به خود نیستند یا بدین امر تمایلی ندارند، اتونومی بیمار اغلب مسئله‌زاست. دیگر جنبه‌های این ارتباط نیز، همچون التزام پزشک به حفظ اسرار بیمار در عصر ذخیره‌سازی رایانه‌ای اطلاعات و مراقبت‌های مدیریت شده، یا وظیفه‌ی حفظ حیات در مواجهه با تقاضای تسریع و تسهیل مرگ (اوتنازی) از همین میزان اهمیت برخوردارند. این بخش مربوط به شش عنوان است که مشکلات آزارنده‌ای به ویژه برای پزشک در عملکرد روزانه خود ایجاد می‌کنند:

احترام و رفتار برابر

ظرفیت، رازداری، موضوعات مرتبط با آغاز حیات، و موضوعات مرتبط با پایان حیات.

این باور که تمامی انسان‌ها سزاوار احترام و رفتار برابر هستند، تا حدودی مربوط به همین اواخر است. در بسیاری از جوامع، رفتار غیرمحترمانه و نابرابر با افراد و گروه‌ها به عنوان امری نرمال و طبیعی پذیرفته شده است. برده‌داری به همین صورت بود که تا قرن نوزدهم در مستعمرات اروپایی و آمریکا از بین نرفته بود و هنوز هم در برخی نقاط جهان وجود دارد. پایان تبعیض نژادی نسبت به غیر سفید‌ها در کشورهایی مثل آفریقای

جنوبی مربوط به همین اوآخر است. زنان هنوز بی احترامی و رفتار نابرابر را در بسیاری کشورها تجربه می کنند. تبعیض بر اساس سن، ناتوانی یا جنسیت امری گسترده است. هنوز هم به طور واضح مقاومت‌های قابل ملاحظه‌ای در برابر اظهار این که «با همه‌ی مردم باید با مساوات رفتار شود» وجود دارد.

تغییر تدریجی و مداوم بشریت به سوی عقیده‌ی برابری انسان‌ها در قرن ۱۷ و ۱۸ در اروپا و آمریکای شمالی شروع شد، که توسط دو ایدئولوژی متضاد هدایت می شد: یکی تفسیر جدیدی از مسیحیت و دیگری عقل‌گرایی یا Rationalism ضد مسیحی. ابتدا از انقلاب آمریکا و لایحه حقوق بشر، بعدها از انقلاب فرانسه و توسعه‌های سیاسی مربوط به آن الهام گرفت. تحت تاثیر این دو، دموکراسی با حالت بسیار تدریجی ادامه یافته و شروع به گسترش در سرتاسر جهان نمود. دموکراسی بر پایه‌ی عقیده‌ی برابری سیاسی تمامی مردان (و بعدها هم زنان) و متعاقب آن حق تعیین این که چه کسی بر آن‌ها حکومت کند، شکل گرفت.

در قرن بیستم، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در موضوع برابری انسان‌ها با عنوان حقوق بشر شکل گرفت. یکی از نخستین کارهای سازمان ملل که در آن هنگام به تازگی تاسیس شده بود، بسط بیانیه‌ی جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۸ بود که در بنده اول آن آمده، "تمامی انسان‌ها آزاد به دنیا می‌آیند و در کرامت و حقوق برابرند". بسیاری از شاخه‌های بین‌المللی و ملی دیگر هم بیانیه‌هایی برای حقوق، چه حقوق تمامی انسانها، تمامی شهروندان یک کشور خاص، یا برای گروه‌های معین از افراد (مثل حقوق کودکان، بیماران و حقوق مصرف کنندگان و غیره) ارائه کردند. سازمان‌های متعددی تشکیل شدند تا بر اساس این بیانیه‌ها عمل کنند. متأسفانه، هنوز هم حقوق بشر در بسیاری از کشورها مورد احترام نمی‌باشد. حرfe‌ی پژوهشی هم در طی سالیان، نگرش‌های تا حدودی متناقض به برابری و حقوق بیماران داشته است. از یک سو در بیانیه‌ی ژنو به پژوهشکان توصیه می‌شود که اجازه ندهند "ملاحظات سنبی، بیماری یا ناتوانی، مذهب، قومیت، جنس، ملت، وابستگی‌های سیاسی، نژاد، تمایلات جنسی،

یا جایگاه اجتماعی در انجام وظیفه من نسبت به بیمار مداخله نماید." از سوی دیگر پزشکان حق امتیاع از پذیرفتن بیمار را به جز در موارد اورژانسی برای خود محفوظ می‌دانند. زمینه‌های قانونی چنین امتیاعی شامل پر بودن وقت، (نبود) صلاحیت‌های علمی و تخصص می‌باشند. اگر پزشک مجبور نباشد برای رد کردن یک بیمار دلیل بیاورد، به راحتی ممکن است مرتکب تبعیض شود بدون این که مسئولیتی در قبال آن داشته باشد. وجدان یک پزشک، ممکن است بیش از قانون یا مسئولان انتظامی، تنها وسیله‌ی جلوگیری از سوء استفاده از حقوق انسان در این مورد گردد. حتی اگر پزشکان در انتخاب بیماران، از اصل احترام و برابری انسان‌ها تخطی نکرده باشند، ممکن است که در طرز برخورد و یا درمان بیماران مرتکب این امر گردند. مطالعه موردنی که در ابتدای این فصل شرح داده شد، همین مسئله را نشان می‌دهد. همان‌طور که در فصل اول گفته شد، دلسوزی (Compassion) یکی از ارزش‌های اصلی پزشکی و عنصر اصلی در یک رابطه‌ی خوب درمانی است. دلسوزی بر پایه‌ی احترام به کرامت و ارزش‌های بیمار قرار می‌گیرد ولی در تصدیق و پاسخ به آسیب‌پذیری بیمار در مواجهه با بیماری و یا ناتوانی فراتر می‌رود. چنانچه بیماران، دلسوزی پزشک را احساس نمایند، با احتمال بیشتری به اجرای دستورات پزشک تمایل و اعتماد نشان می‌دهند و این اعتماد در فرایند بهبودی کمک خواهد کرد.

اعتمادی که برای ارتباط پزشک – بیمار ضروری است، معمولاً به این صورت تفسیر می‌شود که پزشکان نباید بیمارانشان را رها نمایند. کدهای بین‌المللی WMA برای اخلاق پزشکی اشاره می‌کند که تنها دلیل برای خاتمه‌ی ارتباط پزشک – بیمار هنگامی است که بیمار به پزشک دیگری با مهارت‌های متفاوت نیاز داشته باشد: "یک پزشک باید کاملاً به بیمار خود وفادار باشد؛ و موظف است تمام منابع علمی را در اختیار او قرار دهد؛ هرگاه معاينه یا درمانی فرای توانایی پزشک باشد، باید با پزشک دیگری که واجد توانایی لازم است، مشاوره نموده و یا بیمار را به او ارجاع نماید." به هر حال دلایل متعدد دیگری برای یک پزشک وجود

دارد که خواهان پایان دادن به رابطه با یک بیمار باشد، به عنوان مثال، انتقال پزشک به محل دیگر یا توقف طبابت پزشک، امتناع یا ناتوانی بیمار برای پرداخت دستمزد پزشک، بیزار بودن بیمار و پزشک از یکدیگر، امتناع بیمار از پذیرفتن نصایح پزشک و غیره. دلایل ممکن است کاملاً قانونی باشند، یا ممکن است غیراخلاقی باشند. در صورت ملاحظه‌ی چنین رفتاری، پزشکان باید به کدهای اخلاقی‌شنan و راهنمایی مربوطه مراجعه نموده و انگیزه‌های خود را به دقت ارزیابی نمایند. در صورت اتمام رابطه‌ی پزشک - بیمار، پزشکان باید آماده باشند که تصمیمات‌شان را برای خود، بیماران و در صورت لزوم برای سازمان‌های شخص ثالث توجیه نمایند. اگر انگیزه‌ها قانونی باشند، پزشک باید به بیمار در یافتن پزشک مناسب دیگر کمک کند، یا اگر ممکن نبود، باید هشدارهای کافی را در مورد عواقب ترک خدمات درمانی به بیمار بدهد، تا بیمار بتواند مراقبت‌های درمانی جایگزین پیدا نماید. اگر انگیزه‌ای غیرقانونی مثل تعیض نژادی داشته باشد، پزشک باید راهی برای مواجهه با این مسئله پیدا کند.

بسیاری از پزشکان، به ویژه آن‌ها که در بخش دولتی کار می‌کنند،

در صورت اتمام رابطه‌ی  
پزشک - بیمار، پزشکان  
باید آماده باشند که  
تصمیمات‌شان را برای خود،  
بیماران و در صورت لزوم  
برای سازمان‌های شخص  
ثالث توجیه نمایند.

غلب قدرت انتخابی، در مورد  
بیمارانی که درمان می‌کنند، ندارند.  
بعضی بیماران خشن هستند و  
پزشکان را از نظر امنیتی با خطر  
مواجه می‌کنند. برخی دیگر به دلیل  
طرز برخورد و رفتار  
ضداجتماعی‌شان، برای اجتماع مضر

شناخته می‌شوند. آیا چنین وضعی، آن‌ها را از حق احترام و رفتار برابر مستثنی می‌نماید؟ یا آیا از پزشکان انتظار می‌رود که تلاش بیشتر و یا حتی قهرمانانه‌ای برای برقراری و حفظ رابطه درمانی از خود نشان دهند؟ در مواجهه با چنین بیمارانی، پزشکان باید تعادلی بین مسؤولیت‌شان در حفظ ایمنی و سلامت خود و همکارانشان و وظیفه‌شان در برابر سلامت بیماران

برقرار کنند. آن‌ها باید تلاش کنند راههایی بیابند تا به هر دو این وظایف عمل نمایند. در صورت عدم امکان این امر، آن‌ها باید برای مهیا کردن مقدمات دیگری به منظور مراقبت از بیماران تلاش کنند.

چالش دیگر اصل احترام و رفتار برابر تمام بیماران، در مورد مراقبت از بیماران عفونی می‌باشد. در این مورد تمرکز بیشتر روی HIV/AIDS است؛ نه تنها به این دلیل که بیماری ایدز تهدید کننده حیات است بلکه چون اغلب همراه با تبعیضات اجتماعی می‌باشد. هر چند عفونت‌های جدی بسیاری هستند که برخی از آن‌ها به مراتب بیشتر از ایدز قابل انتقال به کارکنان بهداشتی می‌باشند. بعضی پزشکان به دلیل احتمال آلوده شدن خود به این ویروس، تمایلی به انجام اعمال تهاجمی روی این بیماران ندارند. با وجود این، کدهای اخلاقی با در نظر گرفتن وظیفه پزشکان به درمان در برابر همه‌ی بیماران، هیچ استثنای در مورد بیماران عفونی قائل نمی‌شوند. **بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی در مورد HIV/AIDS و حرفة‌ی پزشکی چنین عنوان می‌کند:**

تبعیض ناعادلانه‌ی پزشکان علیه بیماران مبتلا به ایدز باید به طور کامل از حرفة‌ای پزشکی حذف گردد. تمامی افراد آلوده و یا مبتلا به HIV/AIDS، مستحق پیشگیری، حمایت و درمان کافی با دلسوزی و احترام متناسب با شأن و کرامت انسانی آن‌ها هستند.

یک پزشک از نظر اخلاقی نمی‌تواند از درمان بیماری که مشکلش در حیطه تخصص پزشک است فقط به این دلیل که او از نظر سروژوژیک مثبت است، خودداری نماید.

پزشکی که امکان مهیا کردن مراقبت و خدمات به بیمار مبتلا به ایدز را ندارد، باید ارجاع مناسب را به پزشک یا موسسه‌ای که برای چنین خدماتی تجهیز شده است، انجام دهد. تا زمانی که ارجاع انجام گیرد، پزشک باید تا حد توانایی‌اش از بیمار مراقبت نماید.

ماهیت محramانه روابط پزشک-بیمار می‌تواند منجر به ایجاد تمایلات جنسی گردد. قانون بنیادی اخلاق پزشکی سنتی این است که پزشک باید در برابر چنین جاذبه‌هایی مقاومت نماید. سوگندنامه بقراط شامل این سوگند است که: "هر خانه‌ای که بروم، برای منفعت بیمار خواهم رفت، از

تمام بی عدالتی‌های عمدی و تمام شرارت‌ها به ویژه رابطه‌ی جنسی چه با زنان و چه با مردان به دور خواهم بود..." در سالیان اخیر بسیاری از انجمن‌های پژوهشکی منع ارتباط جنسی بین پزشک و بیمار را دوباره تصریح کردند. دلایل درستی این اصل در زمان حاضر مشابه دلایل زمان بقراط در ۲۵۰۰ سال پیش است. بیماران آسیب‌پذیرند و به پزشکان برای درمان مناسب اعتماد می‌کنند. ممکن است آن‌ها از ترس به خطر افتادن درمانشان، قادر به مقاومت در برابر پیشنهادهای جنسی پزشکان نباشند. گذشته از این، قضاوت بالینی پزشکان می‌تواند تحت تأثیر گرفواری عاطفی با بیمار قرار گیرد.

این دلیل آخر، همچنین برای پزشکانی که اعضای خانواده‌شان را درمان می‌کنند، به کار می‌رود که به شدت در کدهای اخلاق پژوهشکی منع شده است. هر چند همان‌طور که در برخی کدهای اخلاق پژوهشکی آمده، کاربرد آن بسته به شرایط متفاوت است. به عنوان مثال، پزشکانی که به طور انفرادی در نواحی دوردست خدمت می‌کنند، ممکن است مجبور شوند که برای اعضای خانواده خود به ویژه در شرایط اورژانس، مراقبت‌های بهداشتی فراهم نمایند.

### ارتباط و رضایت بیمار

رضایت آگاهانه یکی از موضوعات اصلی اخلاق پژوهشکی امروز است. حق بیماران برای تصمیم‌گیری در مورد درمان آنها، در تمامی بیانیه‌های قانونی و اخلاقی در سرتاسر جهان محترم شمرده شده است. بیانیه انجمن در مورد حقوق بیماران می‌گوید:

بیمار حق دارد تا سرنوشت خود را تعیین کند، و برای خود تصمیمات آزادانه بگیرد. یک فرد بالغ از نظر ذهنی، حق دادن یا ندادن رضایت برای مداخلات تشخیصی و یا درمانی را دارد. بیمار حق دارد اطلاعات مورد نیاز را برای تصمیم‌گیری اش در اختیار داشته باشد. بیمار باید به طور واضح بداند که هدف از هر آزمایش یا درمان چیست، چه نتایجی را در پی خواهد داشت، و نتایج خودداری از دادن رضایت چیست.

شرط لازم برای اخذ رضایت آگاهانه، ارتباط موفق و مؤثر بین پزشک و بیمار است. در دوره رواج پترنالیسم یا پدرسالاری پزشکی، ارتباط به نسبت ساده، و شامل دستورات پزشک به بیمار برای انجام چنین درمانی بود. این روزها، در بخش ارتباط، از پزشکان انتظار بیشتری می‌رود. آن‌ها باید تمامی اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری را برای بیماران فراهم کنند. این شامل تشریح تشخیص‌های پیچیده پزشکی، پیش آگهی و رژیم‌های درمانی به زبان ساده، اطمینان از این که بیماران کاملاً گزینه‌های درمانی را فهمیده‌اند، شامل مزایا و مضرات هر یک، پاسخ به هر سوالی که آن‌ها داشته باشند، و آگاهی از هر تصمیمی که بیمار به آن رسیده است، و در صورت امکان، دلیل اتخاذ آن تصمیم می‌باشد. بیشتر افراد مهارت ایجاد ارتباط مناسب را به طور ذاتی به دست نمی‌آورند، بلکه این مهارت‌ها، باید با تلاش آگاهانه ایجاد شده و با مرور پریودیک (دوره‌ای) حفظ گردد.

دو مانع اصلی برای ارتباط خوب پزشک-بیمار، تفاوت در زبان و فرهنگ است. اگر پزشک و بیمار به یک زبان صحبت نکنند، نیاز به یک مترجم وجود دارد. متاسفانه در بسیاری مواقع، مترجم شایسته‌ای وجود ندارد و پزشک باید بدنبال مناسبترین فرد برای این کار باشد. فرهنگ، که در برگیرنده‌ی زبان، ولی گسترده‌تر از آن است، موضوعات ارتباطی گسترده‌تری را بر می‌انگیزد. به دلیل باورهای فرهنگی متفاوت در مورد ماهیت و علل بیماریها، بیماران ممکن است متوجه گزینه‌های تشخیصی و درمانی ارائه شده توسط پزشک نشوند. در چنین شرایطی پزشک باید هر

تلاش معقولانه‌ای را برای کاوش باورهای بیمارش در مورد سلامت و بهبودی انجام دهد و توصیه‌های خود را تا حد ممکن به بیمار منتقل کند.

اگر پزشک به بیمار همه‌ی اطلاعات مورد نیاز اعم از تشخیص، پیش آگهی و گزینه‌های درمانی را بدهد، آنگاه بیمار در وضعی قرار می‌گیرد که بتواند یک تصمیم آگاهانه در مورد گام‌های درمانی آتی بگیرد. اگر

**بیمار واجد صلاحیت، حق رد کردن درمان را دارد، حتی اگر این امتناع منجر به ناتوانی یا مرگ او شود.**

چه کلمه "رضایت" (Consent) دلالت بر قبول درمان دارد، اما عبارت "رضایت آگاهانه" به طور مساوی برای امتناع از درمان یا برای انتخاب از بین درمان‌های مختلف به کار می‌رود. بیمار واجد صلاحیت، حق رد کردن درمان را دارد، حتی اگر این امتناع منجر به ناتوانی یا مرگ او شود.

رضایت می‌تواند صریح یا ضمنی باشد. رضایت صریح، به صورت شفاهی و یا کتبی می‌باشد. کسب رضایت در صورتی ضمنی است که بیمار تعایل برای انجام عمل یا دریافت درمانی را با رفتار خود نشان دهد. به عنوان مثال در خون‌گیری وریدی، جلو بردن دست و بالا زدن آستین دلالت بر رضایت بیمار دارد. برای درمانهایی که نیازمند ریسک و موجب ناراحتی بیش از حد معمول هستند، ترجیح داده می‌شود که به جای رضایت ضمنی، رضایت صریح (explicit) گرفته شود.

#### دو استثنا در خصوص نیاز به اخذ رضایت آگاهانه برای بیماران واجد صلاحیت وجود دارد:

۱) شرایطی که بیمار داوطلبانه اختیار تصمیم‌گیری خود را به پزشک و یا یک شخص ثالث (در اینجا منظور همان سازمان می‌باشد) مثل بیمه می‌دهد. به دلیل پیچیدگی مسئله و یا به دلیل اعتمادی که بیمار به قضاوت پزشک دارد، ممکن است به پزشک بگوید: "هر کاری را صلاح می‌دانید، انجام دهید." پزشکان نباید به انجام این درخواست آن‌ها مشتاق شوند، بلکه باید اطلاعات اساسی را برای بیمار فراهم کرده و آن‌ها را تشویق کنند تا خودشان تصمیم بگیرند. هر چند اگر پس از چنین تشویقی بیمار باز مایل به تصمیم‌گیری پزشک باشد، پزشک باید این کار را مطابق میل بیمار انجام دهد.

۲) مواردی که آشکارسازی اطلاعات برای بیمار منجر به آسیب رساندن به بیمار گردد. در چنین مواردی است که مفهوم سنتی "تصویت درمانی" مطرح می‌گردد که به پزشکان اجازه می‌دهد تا در صورتی که احتمالاً فاش ساختن اطلاعات منجر به آسیب‌های جسمی، روانی و عاطفی جدی به بیمار شود، اطلاعات پزشکی را از او دریغ دارند؛ مثلاً زمانی که تشخیص یک بیماری مرحله انتهایی (End-Stage) است و

احتمال ارتکاب بیمار به خودکشی وجود دارد. با این امتیاز، راه سوء استفاده باز است و پزشکان باید استفاده از آن را فقط به موارد شدید، محدود کنند. آن‌ها باید این انتظار را داشته باشند که تمامی بیماران می‌توانند از عهده واقعیت‌ها برآیند و فاش‌نکردن اطلاعات را برای مواردی نگه دارند که مقاعده شده‌اند، گفتن حقیقت آسیب بیشتری نسبت به نگفتن آن به بیمار وارد می‌نماید.

در برخی فرهنگ‌ها، کاملاً جا افتاده است که التزام پزشک در فراهم کردن اطلاعات برای بیمار، در مواردی که وقتی بیمار در مراحل انتهایی بیماری است، کاربرد ندارد. به نظر می‌رسد که دادن چنین اطلاعاتی نه تنها امید به بهبودی را افزایش نمی‌دهد، بلکه می‌تواند بیمار را مأیوس کرده و روزهای باقیمانده از زندگی اش را غیرقابل تحمل نماید. در سرتاسر جهان امر رایجی است که اعضای خانواده‌ی بیمار از پزشک درخواست می‌نمایند که در مورد نزدیکی زمان مرگ بیمار، به او چیزی نگویید. پزشکان هنگام گفتن خبرهای ناگوار، به ویژه نزدیک بودن زمان مرگ باید نسبت به عوامل فرهنگی نیز همچون عوامل شخصی حساس باشند. با وجود این، حق بیمار برای دادن رضایت آگاهانه روزبه‌روز بیشتر پذیرفته می‌شود، و وظیفه‌ی اصلی پزشک این است که به بیمار کمک نماید تا این حق را به کار برد و اعمال نماید.

با افزایش گرایش به در نظر گرفتن مراقبت‌های بهداشتی به عنوان یک فرآورده مصرفی و بیماران به عنوان مشتری و مصرف کنندگان، بیماران و خانواده‌های آن‌ها به طور مکرر تقاضای استفاده از خدمات درمانی را می‌نمایند که از نظر پزشکان ناجا هستند. به عنوان مثال این خدمات می‌تواند از تعجیز آنتی بیوتیک برای بیماری‌های ویروسی تا مراقبت‌های ویژه برای بیماران مرگ مغزی و داروها یا اعمال جراحی امیدبخش ولی بدون اثر اثبات شده، متفاوت باشند. برخی بیماران ادعا می‌کنند حق استفاده از هر سرویس درمانی را که فکر می‌کنند برای آن‌ها مفید است، دارند، و معمولاً پزشکان حتی وقتی مقاعده شده‌اند که خدمات مربوطه هیچ نفع درمانی برای وضع بیمار ندارد، تمایل به لطف کردن دارند. این

مسئله به ویژه در مواقعی که منابع محدودند و فراهم کردن درمان‌های بیهوده یا بی‌فایده برای عده‌ای به معنی بدون درمان رها کردن دیگران است، جدی می‌شود.

**بیهوده و بی‌فایده بودن** می‌تواند به صورت زیر مشخص شود. در برخی وضعیت‌ها، پزشک تعیین می‌کند که درمانی از نظر پزشکی بیهوده یا بی‌فایده است زیرا هیچ امید معقولی در راستای بیهودی کامل و یا بهتر شدن ارائه نمی‌کند یا این که دیگر بیمار به طور دائم از تجربه کردن هرگونه بیهودی محروم است. در باقی موارد، کاربرد و فایده‌ی یک درمان با

مراجعه به قضاوت سویژکتیو (ذهنی)

**پزشک هیچ الزامی برای پیشنهاد و عرضه‌ی یک درمان بیهوده و بی‌فایده به بیمار ندارد.**

بیمار در مورد سلامت کلی او تعیین می‌شود. بر اساس یک قانون کلی بیمار باید در تعیین بیهودگی درمان در مورد خود، شرکت داشته باشد. در

شرایط استثنایی ممکن است چنین مذاکراتی جزء مصالح عالیه‌ی بیمار نباشد. پزشک هیچ الزامی برای پیشنهاد و عرضه‌ی یک درمان بیهوده و بی‌فایده به بیمار ندارد.

اصل رضایت آگاهانه، حق بیمار را در خصوص انتخاب از بین گزینه‌هایی که توسط پزشک ارائه می‌شود، مطرح می‌کند. این که تا چه اندازه بیمار و خانواده‌اش حق دارند، از خدمات پیشنهاد نشده توسط پزشک استفاده نمایند، به موضوع اصلی مورد بحث در اخلاق، قانون و سیاست‌های عمومی تبدیل شده است. تا زمانی که دولت در این مورد تصمیمی بگیرد، سازمان‌های بیمه درمانی و یا سازمان‌های حرفه‌ای و پزشکان باید خودشان تصمیم بگیرند که به تقاضای درمان‌های نابجا رضایت بدهنند یا نه. اگر متلاعده شدند، درمان ضرر بیشتری نسبت به فواید آن، برای بیمار ایجاد می‌کند، باید تقاضای آن را رد نمایند. آن‌ها حتی زمانی که درمان ضمن این که ضرر نداشته، فایده‌ای نیز نداشته باشد باید در رد کردن آن آزادانه تصمیم بگیرند، اگرچه احتمال تاثیر دارونما (Placebo Effect) هم باید در نظر گرفته شود. اگر محدودیت منابع مطرح

آیا بیماران حقی نسبت به  
خدماتی که مورد پیشنهاد  
پزشکان نمی باشند، دارند؟

است، پزشک باید این امر را به استحضار کسانی که مسئول تخصیص منابع هستند، برساند.

### تصمیم‌گیری برای بیماران فاقد صلاحیت

بسیاری از بیماران صلاحیت لازم برای تصمیم‌گیری برای خودشان را ندارند. کودکان کم سن و سال، افرادی که دچار بیماری‌های روانی و با نورولوژیک هستند، و آن‌ها که موقتاً غیرهوشیار و یا در گُما می‌باشند، از این جمله‌اند. این بیماران نیاز به تصمیم‌گیرندگان جانشین (جایگزین) مثل پزشک یا فرد دیگری دارند. مسائل اخلاقی متعددی در مورد نحوه تعیین فرد جانشین مناسب و انتخاب معیارهای تصمیم‌گیری به جای فرد فاقد صلاحیت مطرح می‌شوند.

وقتی پدرسالاری یا پترنالیسم پزشکی رواج داشت، پزشک به عنوان تصمیم‌گیرنده جانشین مناسب برای تصمیم‌گیری در مورد بیماران فاقد صلاحیت در نظر گرفته می‌شد. پزشکان ممکن بود با اعضای خانواده در مورد گزینه‌های درمانی مشورت کنند ولی تصمیم نهایی را خودشان می‌گرفتند. پزشکان به تدریج در بسیاری از کشورها این اجازه را از دست دادند تا بیماران فرصت بیابند تصمیم‌گیرندگان جانشین را تعیین کنند، تا در صورت ناتوان شدن به جای آن‌ها تصمیم‌گیرند. به علاوه، برخی بیانیه‌ها افراد جانشین مناسب را به ترتیب نزولی مشخص کرده‌اند (مثل شوهر یا همسر، فرزند بالغ، برادران و خواهران و...). در چنین مواردی تنها در صورتی که فرد جانشین معین شده پیدا نشود، مثل آنچه که اغلب در شرایط اورژانسی اتفاق می‌افتد، پزشک می‌تواند برای بیمار تصمیم بگیرد. **بیانیه انجمن جهانی پزشکی در مورد حقوق بیمار در مورد وظیفه پزشک در این باره می‌گوید:**

”اگر بیمار هوشیار نبوده یا به هر ترتیب قادر به بیان خواسته خود نباشد، رضایت آگاهانه باید در صورت امکان، از نماینده قانونی او اخذ گردد. در صورتی که نماینده‌ی قانونی فرد نباشد و مداخله پزشکی فوری

الزامی است، رضایت بیمار فرض شده در نظر گرفته می‌شود، مگر این‌که به طور روشن و بدون هیچ شکی مشخص باشد که بر اساس اظهارات و عقیده‌ی استوار قبلی بیمار، او از موافقت در چنین شرایطی امتناع خواهد ورزید."

مشکلات وقتی ایجاد می‌شوند که افرادی مثل اعضای خانواده که دعوی جانشین بودن دارند، در میان خود به توافق نرسند، یا وقتی توافق کردند، تصمیم آن‌ها از نظر پزشک، هم‌سو با مصالح عالی بیمار نباشد. در وضعیت اول، پزشک می‌تواند نقش واسطه را بازی کند، اما اگر عدم توافق ادامه یابد، موضوع می‌تواند با راههای دیگر مثل دادن اجازه‌ی تصمیم‌گیری به عضو ارشد خانواده و یا رأی‌گیری حل گردد. در موارد عدم توافق جدی بین تصمیم‌گیرنده جانشین و پزشک، بیانیه حقوق بیمار عنوان می‌کند: "اگر نماینده قانونی بیمار، یا کسی که از طرف بیمار تفویض اختیار شده است، درمانی را که از نظر پزشک معالج براساس مصالح عالی بیمار است منع کند، پزشک باید این تصمیم را از طریق موسسات قانونی مربوطه به چالش بکشد."

اصول و رویه‌ی رضایت آگاهانه که در بخش قبل بحث شد، برای تصمیم‌گیری توسط فرد جانشین نیز مانند بیمارانی که برای خود تصمیم می‌گیرند، قابل استفاده است. پزشکان همان وظیفه را برای فراهم کردن اطلاعات برای تصمیم‌گیرندگان جانشین دارند، تا آن‌ها بتوانند تصمیم خود را بگیرند. این امر شامل تشريح تشخیص‌های پیچیده پزشکی، پیش‌آگهی و رژیم‌های درمانی به زبان ساده، اطمینان از این‌که تصمیم‌گیرندگان گزینه‌های درمانی را همراه با سود و زیان هر یک، خوب فهمیده‌اند، پاسخ دادن به هر سؤالی که ممکن است داشته باشند و دانستن هر تصمیمی که به آن رسیده‌اند و در صورت امکان علت آن می‌باشد.

معیار اصلی برای استفاده در تصمیمات پزشکی برای یک بیمار قادر ظرفیت تصمیم‌گیری، تمایلات و ترجیحات شناخته‌شده‌ی او می‌باشد. تمایلات بیمار ممکن است در نوشته‌ای که پیشاپیش بیمار در زمان داشتن ظرفیت به صورت سند مکتوب تهیه نموده، ابراز شده باشد و یا ممکن است

در مورد آن با تصمیم‌گیرنده جانشین معین شده، پزشک و یا دیگر اعضاي تیم درمانی صحبت نموده باشد. وقتی تمایلات بیمار ناتوان ناشناخته باشد، باید بر اساس مصالح عالی بیمار و با در نظر گرفتن موارد زیر تصمیمات درمانی گرفته شوند:

الف) تشخیص و پیش‌آگهی بیمار، ب) ارزش‌های شناخته شده‌ی بیمار،  
ج) اطلاعاتی که از طرف افراد کلیدی در زندگی بیمار و کسانی که می‌توانند در تعیین مصالح عالی بیمار کمک کنند، بدست آمده باشد، د) جنبه‌های فرهنگی و مذهبی بیمار که ممکن است روی تصمیم درمانی تاثیر بگذارند. این رویکرد به میزان کمتری نسبت به زمانی که بیمار دستورالعمل مشخصی از خود بر جای گذاشته، قابل اطمینان است ولی به تصمیم‌گیرنده جانشین کمک می‌کند تا بر اساس دیگر انتخاب‌هایی که بیمار پیش از این انجام داده است و رویکرد کلی او در زندگی، مداخله نموده و آنچه را او احتمالاً در چنین موقعیتی تصمیم می‌گرفت، تعیین نماید.

بیمار باید تا حد اکثر اندازه‌ای که ظرفیت اش اجازه می‌دهد، در تصمیم‌گیری شرکت داده شود.

ارزیابی صلاحیت اتخاذ

تصمیمات پزشکی نیز، به ویژه در جوانان و کسانی که قدرت

استدلال‌شان تحت تاثیر بیماری حاد و یا مزمن قرار گرفته است، دشوار است. فرد ممکن است برای تصمیم‌گیری در مورد جنبه‌هایی از زندگی صلاحیت داشته باشد ولی برای برخی دیگر نداشته باشد. همچنین، صلاحیت می‌تواند متناوب باشد. به این صورت که فرد ممکن است در ساعتی از روز سالم و آگاه باشد و در ساعت دیگر نباشد. اگرچه چنین بیماری از نظر قانون واجد صلاحیت نیست، ولی تمایلات او باید در هنگام تصمیم‌گیری در نظر گرفته شود. **بیانیه حقوق بیماران** این مطلب را این گونه مطرح می‌کند که: "اگر بیمار صغیر یا از نظر قانونی فاقد صلاحیت باشد، در برخی کشورها رضایت نماینده قانونی فرد، مورد نیاز است. با این حال، بیمار باید تا حد اکثر اندازه‌ای که ظرفیت اش اجازه می‌دهد، در تصمیم‌گیری شرکت داده شود."

بیماران اغلب به دلیل ناراحتی و گیجی ناشی از بیماری‌شان، قادر به گرفتن تصمیمات مستدل و خوب فکر شده در مورد گزینه‌های مختلف درمانی نیستند، هر چند ممکن است هنوز قادر باشند امتناع خود را از یک مداخله‌ی خاص مثل تغذیه از راه وریدی نشان دهند. در چنین مواردی، این اظهار مخالفت باید خیلی جدی گرفته شود، اگرچه این موارد باید از لحاظ اهداف کلی برنامه درمانی هم در نظر گرفته شوند.

بیمارانی که از اختلالات روانی یا نورولوژیک رنج می‌برند و مشخص شده که ممکن است خطری را برای خودشان و دیگران داشته باشند، مسائل اخلاقی پیچیده‌ای ایجاد می‌کنند. مهم است که حقوق انسانی آن‌ها به ویژه حق آزاد بودن تا بیشترین حد ممکن محترم شمرده شود؛ با این حال آن‌ها ممکن است برخلاف میلشان برای جلوگیری از آسیب زدن به خودشان و یا دیگران بستری و درمان شوند. بین بستری کردن غیرداوطلبانه و درمان غیرداوطلبانه می‌توان فرق گذاشت. برخی از وکلای این بیماران از حق آن‌ها برای رد کردن درمان حتی در صورت بستری شدن غیرداوطلبانه دفاع می‌کنند. یک دلیل قانونی برای رد درمان، تجربه‌ی دردناک درمان در گذشته به عنوان مثال عوارض جانبی شدید ناشی از درمان‌های سایکوتروپیک می‌باشد. هنگام تصمیم گیری به جای چنین بیمارانی، پزشکان باید اطمینان حاصل نمایند که بیماران واقعاً خطر ایجاد می‌کنند و فقط باعث آزار و رنجش دیگران و همچنین خودشان نیستند. پزشک باید تلاش کند از تمایلات بیمار در مورد درمان و علل هر یک از این تمایلات اطلاع حاصل نماید، حتی اگر در پایان نتواند تمایلات او را برآورده کند.

### رازداری

وظیفه‌ی پزشک برای محترمانه نگه داشتن اطلاعات بیمار به عنوان اساس اخلاق پزشکی از زمان بقراط شده است. سوگندنامه بقراط می‌گوید: "هر چه من در طی دوره درمان یا

**در موارد محدود و  
مشخص، افسای  
اطلاعات محروم‌انه  
غیراخلاقی نمی‌باشد.**

حتی خارج از درمان در مورد زندگی یک فرد می‌بینم و یا می‌شنوم، که به هیچ وجه نباید انتشار یابد، من صحبت کردن راجع به این مسائل را برای خود ننگ میدانم." سوگندنامه و برخی نسخ مؤخرتر آن، هیچ استشایی برای این رازداری قائل نمی‌باشد. در حالی که دیگر کدها این مطلق گرایی در رازداری را رد می‌کنند. به عنوان مثال، کد **WMA** برای اخلاق پزشکی ملزم می‌دارد که "فاس کردن اطلاعات محترمانه بیمار، تنها وقتی اخلاقی است که بیمار به آن رضایت داشته باشد و یا خطر آسیب واقعی یا قریب الوقوع برای بیمار یا دیگران وجود دارد و این خطر تنها با نقض رازداری از بین می‌رود." این نقض رازداری، گاهی شرافت‌سازی ایده‌های مختلف مرتبط با رازداری را توجیه نموده و به آن فرا می‌خواند.

ارزش والایی که برای رازداری در نظر گرفته شده، سه منشأ دارد که شامل اتونومی، احترام به دیگران، و اعتماد می‌باشد. اتونومی مربوط به رازداری به این صورت است که اطلاعات شخصی هر فرد متعلق به اوست و نباید بی‌اجازه‌ی او برای دیگران فاش شود. وقتی فردی اطلاعات شخصی را به دیگری مثلاً یک پزشک یا پرستار اظهار می‌کند، یا وقتی اطلاعاتی از طریق یک آزمایش مشخص می‌شود، افراد مطلع شده باید آن را محترمانه نگه دارند، مگر این که از سوی فرد مربوطه برای افشاء آن راز کسب اجازه نمایند.

رازداری مهم است، چون انسان‌ها سزاوار احترام هستند. یک راه مهم نشان دادن احترام به آنان، حفظ حریم خصوصی آنهاست. در مراکز درمانی، حریم خصوصی افراد به میزان زیادی به مخاطره می‌افتد، این‌ها همه دلایلی هستند که جلوگیری از مداخلات بی‌مورد بیشتر در زندگی خصوصی افراد را ضروری می‌سازند. از آنجا که افراد از نظر تمایل به حفظ حریم خصوصی شان تفاوت دارند، نمی‌توان فرض کرد که همه می‌خواهند همان‌طور با آن‌ها رفتار شود که ما از دیگران می‌خواهیم. باید با دقّت مشخص شود که بیمار کدام اطلاعات شخصی خود را مایل است محترمانه بماند و کدام را می‌خواهد که برای دیگران آشکار گردد.

اعتماد بخش اصلی ارتباط پزشک-بیمار است. برای دریافت مراقبت‌های پزشکی، بیماران مجبورند اطلاعات شخصی را برای پزشک و دیگر افرادی که ممکن است کاملاً برای آن‌ها غریبه باشند، آشکار سازند - اطلاعاتی که آن‌ها مایل نبودند کس دیگری بداند. آن‌ها باید دلیل خوبی برای اعتماد به درمانگران خود داشته باشند که این اطلاعات را فاش نخواهند کرد. اساس این اعتماد، استانداردهای اخلاقی و قانونی را زداری است که از کارکنان خدمات درمانی انتظار می‌رود، رعایت کنند. اگر بیماران از محروم‌انه ماندن اطلاعات اظهار شده خود مطمئن نباشند، ممکن است اطلاعات شخصی خود را از پزشک دریغ دارند. این امر می‌تواند تلاش پزشکان را برای فراهم کردن مداخلات مؤثر یا دست یافتن به اهداف مشخص سلامت عمومی به تأخیر انداخته و آن‌ها را در این زمینه ناتوان سازد.

**بیانیه‌ی انجمن در مورد حقوق بیماران، حق بیمار در حفظ رازش را به صورت زیر خلاصه می‌کند:**

- تمامی اطلاعات قابل شناسایی در مورد وضعیت سلامت بیمار، شرایط پزشکی، تشخیص، پیش آگهی و درمان و مابقی اطلاعات شخصی او باید حتی پس از مرگ وی محروم‌انه نگه داشته شود. استثنائاً، فرزندان بیمار حق دسترسی به اطلاعاتی را دارند که آن‌ها را از خطرات موجود برای سلامتی شان آگاه سازد.
- اطلاعات محروم‌انه تنها در صورتی می‌توانند فاش شوند که بیمار رضایت صریح به آن داده باشد و یا به صراحة در قانون آمده باشد. اطلاعاتی که برای دیگر کارکنان بهداشتی فاش می‌شود، فقط باید در حد "لازم برای دانستن" باشد و در غیر این صورت رضایت صریح بیمار لازم است.
- تمامی داده‌های قابل شناسایی بیماران باید مراقبت شوند. حفاظت از داده‌ها از نظر نحوه ذخیره‌سازی آن‌ها باید مناسب باشد. نمونه‌های انسانی که از آن‌ها داده‌های قابل شناسایی می‌تواند منتج شود، نیز باید به همین صورت محافظت شوند.

همان‌طور که بیانیه WMA می‌گوید، استثنایی برای لزوم حفظ

رازداری وجود دارد. برخی از آن‌ها به نسبت قادر مشکل هستند. برخی دیگر، مشکلات اخلاقی زیادی برای پزشکان ایجاد می‌کنند.

نقض رایج و معمول رازداری اغلب در بسیاری از موسسات مراقبتی رخ می‌دهد. بسیاری از افراد-پزشکان، پرستاران، تکنیسین‌های آزمایشگاه، دانشجویان و غیره- برای تأمین مراقبت‌های کافی از فرد و همچنین دانشجویان برای یادگیری پزشکی، نیاز به دسترسی به پرونده‌های بیماران دارند. در صورتی که زیان بیماران با زیان درمان کنندگان متفاوت باشد، وجود مترجم برای تسهیل ارتباط ضروریست. برای مواردی که بیمار برای گرفتن تصمیمات پزشکی اش واجد صلاحیت نیست، باید اطلاعات لازم به افراد دیگری داده شود تا به جای او تصمیم گرفته و از او مراقبت نمایند. پزشکان معمولاً اعضای خانواده متوفی را از علت مرگ آگاه می‌سازند. این موارد نقض رازداری معمولاً قابل توجیه می‌باشند، ولی باید در حداقل ممکن نگاه داشته شوند و کسی که به اطلاعات محروم‌انه دسترسی می‌یابد، باید آگاه گردد که در جهت منافع فرزندان بیمار از فاش نمودن بیش از حد ضرورت و بی مورد آن‌ها جلوگیری نماید. در صورت امکان، بیماران باید از وقوع چنین نقضی در رازداری اطلاع یابند.

یک دلیل پذیرفه شده دیگر برای نقض رازداری، برآوردن نیازهای

قانونی است. به عنوان مثال، بسیاری از حوزه‌های قضایی، قوانینی برای گزارش اجباری بیمارانی که از بیماری‌های معین رنج می‌برند، افرادی که صلاحیت رانندگی ندارند و کودکانی که مشکوک به سوءاستفاده و کودک آزاری

می‌باشند، وجود دارد. پزشکان باید از موارد قانونی افشاء اطلاعات بیماران در محل کار آگاه باشند. با وجود این، الزامات قانونی ممکن است در تعارض با احترام به حقوق بشر قرار گیرند که زمینه‌ی اخلاق پزشکی است. بنابراین پزشکان باید با دید معتقد‌انه به الزامات قانونی نقض رازداری

**پزشکان باید با دید  
معتقد‌انه به الزامات قانونی  
نقض رازداری بنگزند و  
بیش از انجام آن، خود را  
محاب سازند که این امر  
موجه است.**

بنگرند و پیش از انجام آن، خود را مجاب سازند که این امر موجّه است. اگر پزشک در نظر دارد که الزامات قانونی را برای فاش کردن اطلاعات پزشکی بیماران به جای آورد، بهتر است که پیش از آن با بیمار در مورد ضرورت آن بحث کرده و همکاری او را طلب نماید. به عنوان مثال، ترجیح داده می‌شود که در مورد بیماری که مشکوک به کودک آزاری است، خودش در حضور پزشک با مسئولان حمایت از کودکان تماس بگیرد و یا پزشک رضایت او را پیش از آگاه نمودن مسئولان کسب نماید. این رویکرد راه را برای مداخلات بعدی فراهم می‌کند. اگر چنین همکاری از طرف بیمار، مورد انتظار نیست و باور پزشک بر این است که تأخیر در اطلاع دادن ممکن است یک کودک را در خطر کودک آزاری قرار دهد، پزشک بایست فوری مسئولان حمایت از کودکان را آگاه کرده و سپس به بیمار اطلاع داده شود که چنین کاری صورت گرفته است.

علاوه بر این موارد نقض رازداری که الزام قانونی ندارند، پزشکان ممکن است وظیفه اخلاقی افشاء اطلاعات محرومانه به کسانی را داشته باشند که در معرض خطر آسیب از سوی بیمار می‌باشند. دو مورد که در آن چنین چیزی ممکن است اتفاق افتد، زمانی است که یک بیمار به روان‌پزشک خود می‌گوید که قصد آسیب رساندن به دیگری را دارد و نیز زمانی که یک پزشک متقد عدی شود یک فرد HIV مثبت قصد دارد به رابطه‌ی جنسی مراقبت نشده با همسر و یا دیگر شرکای جنسی اش ادامه دهد.

شرایط نقض رازداری که الزام قانونی ندارند، مواردی هستند که آسیب ناشی از فاش نکردن بی‌اجازه آن، قریب الوقوع، جدی، غیر قابل اجتناب، و بیش از آسیب احتمالی ناشی از فاش کردن آن باشد. برای تعیین تناسب این آسیب‌ها، پزشک نیاز به ارزیابی و مقایسه میزان جدی بودن آسیب‌ها، و احتمال رخ دادن آن‌ها دارد. در موارد مشکوک، عاقلانه خواهد بود که از مشورت افراد کارشناس استفاده نماید.

وقتی پزشکی تعیین کرد که وظیفه‌ی هشدار دادن، فاش کردن بدون اجازه‌ی راز را توجیه می‌کند، دو تصمیم دیگر نیز باید گرفته شود. به چه

کسی باید گفته شود؟ چقدر باید گفته شود؟ در کل فاش کردن فقط باید شامل اطلاعاتی باشد که برای جلوگیری از آسیب مورد انتظار ضروری است و فقط باید به افرادی گفته شود که برای جلوگیری از آسیب مورد نظر به آن اطلاعات نیاز دارند. گام‌های معقول باید برداشته شود تا آسیب و رنجش بیمار در نتیجه فاش کردن اطلاعات را به حداقل برساند. توصیه شده است که پزشک بیمار را از احتمال نقض رازداری برای مراقبت از خود بیمار و هر قربانی احتمالی آگاه سازد. در صورت امکان باید همکاری بیمار طلب گردد.

در مورد یک بیمار HIV مثبت، ممکن است فاش کردن آن برای همسر و یا شریک جنسی حال حاضر بیمار، وقتی که او مایل به آگاه کردن فرد در معرض خطر نیست، نه تنها غیراخلاقی نباشد، بلکه موجه نیز باشد. این فاش کردن نیاز به شرایط زیر دارد: شریک جنسی در معرض رسیک آلدگی بوده و راه معقولانه دیگری برای آگاه کردن او وجود ندارد؛ بیمار از آگاه کردن شریک جنسی خود امتناع ورزد؛ بیمار پیشنهاد کمک پزشک را برای انجام این امر به جای او رد کند؛ پزشک بیمار را از قصد خود برای فاش کردن موضوع برای شریک جنسی بیمار آگاه نماید.

مراقبت‌های بهداشتی از جایتکاران متهم و محکوم مشکلات خاصی را از نظر رازداری مطرح می‌کند. اگرچه پزشکانی که برای این افراد در حبس خدمات ارائه می‌کنند، استقلال اندکی دارند، ولی باید این افراد را نیز همچون دیگران درمان نمایند. بهویژه آن‌ها باید رازداری را با فاش نکردن جزئیات شرایط پزشکی بیمار برای مسئولان زندان بدون کسب رضایت بیمار، تأمین کنند.

### موضوعات مرتبط با آغاز حیات

بسیاری از موضوعات بر جسته اخلاق پزشکی مربوط به آغاز حیات انسان است. هدف محدود این دست‌نامه مانع از آن می‌گردد که این موضوعات با جزئیات در اینجا بحث شوند، ولی فهرست‌نمودن آن‌ها ارزش دارد تا ماهیت اخلاقی آن‌ها برای خوانندگان شناخته شده و

به صورت اخلاقی با آن‌ها برخورد شود. هر یک از آن‌ها مورد تحلیل گستردگی بسیاری از انجمان‌های پژوهشکی، متخصصان اخلاق و بازوهای مشورتی دولت می‌باشند و در بسیاری از کشورها، برای آن‌ها قوانین، آینه‌نامه‌ها و سیاست‌هایی وجود دارند.

- پیشگیری از بارداری**- اگرچه در کمینه‌ای فرایندهای برای حق زن برای کنترل باروری خود، شامل جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته، وجود دارد، اما هنوز پژوهشکان با موضوعات دشواری همچون درخواست کنتراسپتیو و توضیح ریسک هر یک از روش‌های پیشگیری از سوی افراد صغیر و دختران کم سن و سال، مواجهند.

- کمک باروری**- تکنیک‌های گوناگون کمک باروری مثل تلقیح مصنوعی و IVF یا بارورسازی آزمایشگاهی و انتقال جنین برای زوجهای (و افرادی) که امکان بچه‌دار شدن طبیعی ندارند، به طور گستردگی در مراکز درمانی بزرگ وجود دارد. حامل (Surrogate) یا حاملگی جایگزین راه دیگریست. هیچ‌کدام از این راهها، چه برای افراد و چه از نظر سیاست‌های اجتماعی بدون مشکل نمی‌باشند.

- غربالگری ژنتیکی پیش از تولد**- در حال حاضر آزمایش‌های ژنتیکی برای تعیین این که آیا یک جنین یا رویان مبتلا به اختلالات ژنتیکی مشخص می‌باشد و یا نه، و همچنین مذکور یا مؤنث بودن آن وجود دارد، بسته به یافته‌ها، تصمیم در مورد ادامه بارداری می‌تواند گرفته شود. پژوهشکان باید زمان مناسب برای پیشنهاد چنین آزمایش‌هایی و نیز نحوه‌ی تشریح نتایج آن را به بیماران تعیین نمایند.

- سقط**- این موضوع از زمان‌های دور از مسائل بحث برانگیز اخلاق پژوهشکی برای پژوهشکان و نیز مسئولان اجتماعی بوده است. بیانیه انجمان جهانی پژوهشکی در مورد سقط درمانی این تنوع آراء و عقاید را تصدیق کرده و نتیجه می‌گیرد که "این مربوط به عقیده (Conviction) و وجودان فردی (Individual conscience) است که باید مورد احترام قرار گیرد."

- نوزادان به شدت پر مخاطره**- به دلیل پره‌ماچوریتی (نارسی) شدید و اختلالات مادرزادی، برخی نوزادان پیش‌آگهی بسیار ضعیفی برای بقا

دارند. تصمیم‌گیری در مورد این که تلاش برای طولانی کردن زندگی آن‌ها صورت گیرد یا بگذاریم که بمیرند، اغلب دشوار است.

• **موضوعات پژوهشی**- شامل تولید رویان‌های جدید یا استفاده از رویان‌های اضافی (آن‌ها که برای اهداف تولید مثلی مورد نیاز نمی‌باشند) برای بدست آوردن سلول‌های بنیادی به منظور کاربردهای احتمالی درمانی، آزمایش تکنیک‌های نوین کمک‌باروری، و آزمایش روی جنین‌ها می‌باشد.

### موضوعات مرتبط با پایان حیات

موضوعات مرتبط با پایان حیات از تلاش برای طولانی کردن حیات بیماران در حال مرگ از طریق فتاوری‌های آزمایشگاهی جدید مثل پیوند اعضا از حیوانات، تا تلاش برای خاتمه دادن زودرس به حیات از طریق اوتنازی و خودکشی از راه پژوهشکی را شامل می‌شود. درین این دو انتها، موضوعات متعددی در مورد انجام یا قطع درمان‌های طولانی کننده حیات، مراقبت از بیماران در آستانه مرگ، و استفاده از پیش‌تصمیمات درمانی مکتوب بیمار (تمایلات درمانی از پیش تعیین شده بیمار به صورت مکتوب) قرار می‌گیرند.

در این میان دو موضوع اوتنازی و همکاری در خودکشی، نیاز به توجهات خاص دارند.

• **اوتنازی**- شامل انجام آگاهانه و عمدی عملی است که قصد پایان دادن به زندگی دیگری را دارد و شامل شرایط زیر می‌شود: فرد واجد صلاحیت است، فرد آگاهی که بیماری غیر قابل درمانی دارد و داوطلبانه خواسته است که به زندگی اش خاتمه داده شود؛ عامل انجام اوتنازی از شرایط بیمار و تمایل او به مردن اطلاع دارد، و با قصد پایان دادن به حیات آن فرد هم‌سو با خواست بیمار مرتكب این عمل می‌شود و این عمل با دلسوزی و بدون منفعت شخصی انجام می‌گیرد.

• **همکاری در خودکشی**- یعنی فراهم کردن آگاهانه و عمدی اطلاعات و یا ابزار لازم یا هر دو برای یک نفر به منظور ارتکاب به خودکشی، شامل

مشاوره در مورد مقادیر کشنده داروها، تجویز مقادیر کشنده از داروها و یا تأمین داروها می‌باشد.

اوتنازی و همکاری در خودکشی اغلب از نظر اخلاقی معادل هم در نظر گرفته می‌شوند، اگر چه از نظر عملی و در برخی حوزه‌های قضایی از نظر قانونی تمایز روشن بین آن‌ها وجود دارد.

بر اساس این تعاریف، اوتنازی و همکاری در خودکشی، از خودداری یا قطع درمان پزشکی ناجا، بیهوده یا ناخواسته و یا تهیه و تدارک مراقبت تسکینی دلسوزانه حتی در صورتی که طول زندگی را کوتاه گرداند، تمایز می‌گردد.

درخواست اوتنازی و یا همکاری در خودکشی در نتیجه درد و رنجی که از نظر بیمار غیر قابل تحمل است، ایجاد می‌شود. آن‌ها در چنین شرایطی، تمایل بیشتری به مرگ تا زندگی در این وضعیت دارند. به علاوه بسیاری از بیماران تصور می‌کنند هر زمان که تصمیم بگیرند حق مردن را دارند، یا حتی حق این که در مردن کمک شوند. پزشکان به دلیل دانش پزشکی و دسترسی به داروهای مناسب تضمین کننده مرگ سریع و بدون درد، به عنوان مناسبترین وسیله برای مرگ در نظر گرفته می‌شوند.

پزشکان به طور قابل درکی نسبت به انجام تقاضای اوتنازی یا همکاری در خودکشی بی‌میل هستند، چون این اعمال در بسیاری از کشورها غیرقانونی بوده و در بیشتر کدهای اخلاقی منع شده است. این منع بخشی از سوگندنامه بقراط بوده و بعدها مؤکداً در بیانیه‌ی انجمن در مورد اوتنازی دوباره بیان گردید:

پزشکان باید بیماران در حال مرگ را رها کنند، بلکه باید به فراهم کردن مراقبت‌های دلسوزانه حتی در صورتی که دیگر بیهوودی ممکن نیست، ۱۵/۴۰ دهنند.

خوبی‌شاؤندان نزدیک، غیراخلاقی است. این امر مانع احترام گذاشتن پزشک به خواسته بیمار از نظر اجازه‌دادن به سیر طبیعی مرگ در بیماری،

که در مراحل انتهایی بیماری است، نمی‌گردد.

رد او تازی و همکاری در خودکشی به این معنی نیست که پزشک نمی‌تواند کاری برای یک بیمار چهار بیماری تهدیدکننده حیات که در مراحل پیشرفته بیماری قرار دارد و هیچ یک از روش‌های درمانی برای او مناسب نیستند، انجام دهد. در سالیان اخیر پیشرفتهای زیادی در مراقبت‌های تسکینی برای کاهش درد و رنج بیماران و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها صورت گرفته است. مراقبت‌های تسکینی برای تمامی سنین مناسب‌اند؛ از کودکی مبتلا به سلطان گرفته تا فرد مسنی که در شرف مرگ است. یک جنبه مراقبت تسکینی که در همه‌ی بیماران نیاز به توجه زیادی دارد، کنترل درد است. همه‌ی پزشکانی که از افراد در حال مرگ مراقبت می‌کنند، باید مطمئن شوند که مهارت کافی را در این حوزه دارند، و همچنین نحوه‌ی دسترسی به کمک مشورتی کارشناسی از سوی متخصصان مراقبت‌های تسکینی را بدانند. گذشته از اینها، پزشکان نباید بیماران در حال مرگ را رها کنند، بلکه باید به فراهم کردن مراقبت‌های دلسوزانه حتی در صورتی که دیگر بهبودی ممکن نیست، ادامه دهند.

رویکرد به مرگ، بسیاری چالش‌های اخلاقی دیگر نیز برای بیماران، تصمیم‌گیرندگان جایگزین و پزشکان ایجاد می‌کند. احتمال طولانی کردن حیات، با دوباره متولّ شدن به داروها، مداخلات احیای بیمار، فرایندهای رادیولوژیک و مراقبت‌های ویژه، نیاز به تصمیم‌گیری در مورد زمان شروع کردن و قطع این مداخلات وقتی که مؤثر نیستند، دارد.

همان‌طور که در مورد ارتباط و رضایت شرح داده شد، بیماران واحد صلاحیت، حق رد کردن هر درمانی را دارند، حتی اگر این امتناع منجر به مرگ آن‌ها شود. افراد از نظر گرایش‌شان به مرگ بسیار متفاوت‌اند. برخی هر چقدر هم که درد و رنج داشته باشند، هیچ کاری برای طولانی کردن حیاتشان نمی‌کنند. این در حالیست که برخی می‌خواهند بمیرند، طوری که حتی از ساده‌ترین مداخله که می‌تواند آن‌ها را زنده نگه دارد، مثل یک آنتی‌بیوتیک برای پنومونی باکتریایی امتناع می‌ورزند. پس از آنکه پزشکان تلاش خود را برای فراهم کردن اطلاعات لازم در مورد درمان‌های

موجود و احتمال موقفيت هر يك انجام دادند، باید به تصميم بيماران در مورد شروع يا ادامه درمان احترام بگذارند.

تصميم گيري در مورد پايابن حيات بيماران فاقد صلاحيت و ناتوان، مشكلات ييشتري ايجاد مي کنند. اگر بيماران خواسته های خود را از پيش به وضوع بيان کرده باشند، مانند سند مكتوبی حاوی تصميمات و تمایلات درمانی از قبل تعين شده، در اين صورت تصميم گيري راحت تر می شود؛ اگرچه اين سندها و پيش تصميم ها اغلب بسيار مبهم بوده و نياز به تفسير همراه با احترام بر اساس شرایط واقعی بيمار دارند. اگر بيمار از پيش به ميزان کافی خواسته های خود را مطرح نکرده باشد، فرد تصميم گيرنده جانشين باید از معيار ديگري به نام مصالح عاليه بيمار برای تصميم گيري استفاده نماید.

#### بازگشت به مطالعه موردی:

بر اساس تحليل رابطه پزشك- بيمار که در اين فصل ارائه شد، کار دکتر پي از چند نظر نقص داشت:

(۱) ارتباط- او هيچ تلاشی برای ارتباط برقرار کردن با بيمار در مورد علت وضعیت او، گزینه های درمانی و توانایی او در اين که آیا تا هنگام بهبودی می تواند در بيمارستان بماند یا نه انجام نداد. (۲) رضایت- او از بيمار برای درمان رضایت آگاهانه اخذ نکرد. (۳) دلسوزی و همدردی- دکتر در رفتار با بيمار دلسوزی کمي برای وضع او نشان داد. شاید او در درمان جراحی بي اندازه دارای سررشه و صلاحيت باشد و ممکن است او در پايابن يك شيفت طولاني خسته بوده باشد، ولی هيچ يك از اين دو، نقص اخلاق را توجيه نمی کند.

فصل  
سوم

## پزشکان و جامعه



مقابله با ایدز

### اهداف:

پس از مطالعه‌ی این فصل، شما باید قادر باشید:

- (۱) تعارضات موجود بین تعهد پزشکان نسبت به بیماران و جامعه را شناسایی کرده و علل این تعارضات را تعیین کنید.
- (۲) موضوعات اخلاقی در گیر در تخصیص منابع محدود پزشکی را تعیین و در مورد آن‌ها بحث کنید.
- (۳) مسئولیت پزشک در قبال سلامت عمومی و جهانی را مشخص نمایید.

### گزارش مورد ۲:

دکتر اس. به شدت از دست بیمارانی که پیش یا پس از مشاوره با دیگر پزشکان در خصوص یک بیماری، به وی مراجعه می‌کنند، عاجز شده است. او این امر را اتفاف منابع بهداشتی، در عین بی‌حاصل بودن برای سلامت بیمار می‌داند. او تصمیم گرفته که به چنین بیمارانی بگوید که در صورت ادامه رفتارشان در مراجعته به پزشکان دیگر برای همان بیماری، از پذیرش آن‌ها خودداری خواهد نمود. از طرفی او قصد دارد تا از انجمن پزشکی کشور بخواهد نشستهایی با دولت برای پیشگیری از این تخصیص نامناسب منابع بهداشتی داشته باشد.

### نکات ویژه در روابط پزشک - جامعه چیست؟

پزشکی یک حرفه (profession) است. واژه‌ی حرفه دو معنی مجزا و در عین حال نزدیک به هم دارد: (۱) شغلی که با اختصاص یافتن در جهت سلامت دیگران، استانداردهای بالای اخلاقی، مجموعه‌ای از دانش و مهارت‌ها و سرانجام با تراز بالایی از استقلال داخلی مشخص می‌شود. (۲) تمامی افرادی که به طبابت می‌پردازند. "حرفه‌ی پزشکی" به طور کلی هم به معنی طبابت کردن و هم به معنی فرد پزشک می‌باشد.

تعهدات حرفه‌ای پزشکی صرفاً شامل ارتباط پزشک با بیمار - چنانچه در فصل دوم بحث شد - و یا ارتباط با همکاران و دیگر حرفه‌های بهداشتی، - موضوع بحث فصل چهارم - نیست. این تعهد حرفه‌ای علاوه بر اینها، شامل ارتباط با جامعه نیز می‌باشد.

این ارتباط می‌تواند به صورت یک "قرارداد اجتماعی" توصیف شود به‌طوری که، جامعه، امتیازاتی از جمله مسئولیت اولیه و انحصاری ارائه خدمات موثر و درجه‌ی بالایی از خود تنظیمی را به این حرفه واگذار کرده و در مقابل، حرفه‌پزشکی موافقت خود را به استفاده از این امتیازات

در درجه اول برای سودرسانی به دیگران و صرفاً در درجه دوم، برای منفعت خویش اعلام می‌نماید.

**پژوهشکاری امروزه بیش از پیش یک فعالیت اجتماعی است تا صرفاً یک فعالیت فردی که در زمینه‌ای از سازمان‌های دولتی و صنفی و تجاری صورت می‌گیرد. پژوهشکاری امروز، به**

امید پژوهش‌های پژوهشکاری عمومی و صنفی برای تولید فرآورده‌های لازم برای گسترش دانش پایه و درمان خود می‌باشد که برای بسیاری از فرایندهای خویش به موسسات بهداشتی پیچیده نیازمند است. پژوهشکاری بیماری‌ها و ناخوشی‌هایی را درمان می‌کند که علاوه بر منشاء بیولوژیک، از منشاء اجتماعی نیز برخوردار می‌باشد.

سنت بقراط در اخلاق پژوهشکاری راهنمایی زیادی در مورد ارتباط پژوهشکاری با جامعه دربرداشته است. برای تکمیل این سنت، اخلاق پژوهشکاری امروز موضوعاتی را که در ورای ارتباط فردی پژوهشکاری بیمار هستند را هم مخاطب قرار داده و ملاک‌ها و فرایندهایی برای برقراری ارتباط با این موضوعات فراهم نموده است.

هنگام صحبت در مورد نقش "اجتماعی" پژوهشکاری، بلافصله این پرسشنگ مطرح می‌گردد که جامعه چیست؟ در این دستنامه کلمه "جامعه" به یک "اجتماع" (community) یا "ملت" (nation) باز می‌گردد و مترادف با دولت نیست. دولتها باید نشانگر خواسته‌های جامعه باشند، که غالباً این گونه نیست، ولی حتی هنگامی که این چنین عمل می‌کنند نیز برای جامعه کار می‌کنند و نه به عنوان جامعه.

پژوهشکاران ارتباطات گوناگونی با جامعه دارند. چرا که جامعه و محیط فیزیکی پیرامون، عوامل مهمی در سلامت بیماران هستند، هم حرفه‌ی پژوهشکاری به طور کلی و هم پژوهشکاران به صورت فردی، نقش عمداتی را در

بهداشت عمومی، آموزش بهداشت، محافظت محیط و قوانینی که سلامت و رفاه جامعه را تحت تاثیر قرار می‌دهند و نیز در مقام شهادت در مسائل قضایی بر عهده دارند.

به طوری که بیانیه انجمان جهانی پزشکی در مورد حقوق بیماران می‌گوید: "هر گاه قانونگذار، اقدام دولت و یا هر موسسه یا سازمان دیگر منکر حقوق بیماران شوند، پزشک باید بدنبال راههای مناسب برای تضمین حفظ و بازگرداندن این حقوق به بیماران باشد". از پزشکان در خواست گردیده تا نقش مهمی در تخصیص منابع محدود بهداشتی جامعه ایفا نمایند و گاهی اوقات وظیفه دارند از دسترسی بیماران به خدماتی که حق آن‌ها نیست، جلوگیری نمایند. انجام این مسئولیت‌ها می‌تواند باعث برانگیختن بحث و جدل‌های اخلاقی شود، به ویژه هنگامی که خواسته‌های فردی جامعه با خواسته‌های بیماران در تعارض قرار گیرند.

### تعهدات دوگانه (Dual Loyalty)

زمانی که پزشکان مسئولیت‌ها و تعهداتی در قبال هر دو گروه بیماران و نیز شخص ثالث (Third party) داشته و این مسئولیت‌ها و تعهدات با هم در تعارض باشند، خودشان را در وضعیتی از "تعهدات دوگانه" (دوگانگی تعهدات) می‌یابند. اشخاص ثالثی که خواستار تعهد پزشکان هستند، شامل

پزشک در موقعیت‌های استثنایی، مجبور است منافع دیگران را بر منافع بیماران ترجیح دهد.

دولتها، کارفرمایان (مثل بیمارستان‌ها و سازمان‌های مدیریتی مراقبت‌های بهداشتی)، یمه‌کنندگان، مسئولان نظامی، پلیس، مسئولان زندان‌ها و

اعضای خانواده می‌باشند. اگر چه کد بین‌المللی انجمان جهانی پزشکی برای اخلاق پزشکی اظهار می‌دارد: "پزشک، وفاداری تام به بیمارانش را مقروض است"، این امر مورد پذیرش عموم است که پزشک در موقعیت‌های استثنایی، مجبور است منافع دیگران را بر منافع بیماران ترجیح

دهد. در اینجا چالش اخلاقی، تصمیم گرفتن برای زمان و چگونگی حفاظت از بیمار در برابر فشارهای شخص ثالث است. وضعیت تعهدات دوگانه شامل گسترهای می‌شود که در یک سر آن منافع جامعه ارجحیت دارند و در سر دیگر گستره منافع بیمار به‌طور کامل حاکم است. در بین دو سر این گستره، ناحیه وسیعی از منطقه خاکستری وجود دارد که عملکرد درست در آن، نیاز به درک و یعنی قابل ملاحظه‌ای دارد.

در یک سوی این گستره، الزاماتی برای گزارش اجباری بیمارانی وجود دارد که از بیماری‌های خاص رنج می‌برند: آنهایی که به نظر صلاحیت رانندگی ندارند و یا آنهایی که مظنون به سوء استفاده از کودکان می‌باشند. پزشکان باید این موارد را بدون کوچکترین درنگ و تأملی گزارش کنند، اگر چه خود بیماران باید از موضوع گزارش، آگاه شوند.

در سوی دیگر، درخواست‌ها یا دستوراتی از طرف پلیس یا نیروی نظامی می‌باشند که حقوق اساسی بشر را مورد تجاوز قرار می‌دهند همانند مشارکت در شکنجه. در "راه حل سال ۲۰۰۳ در خصوص مسئولیت پزشکان در شکایت و اعلام اعمال شکنجه یا رفتار بی‌رحمانه، غیر انسانی و خفتبار در مواردی که پزشک از آن آگاه است" انجمن راهنمای خاصی برای پزشکانی که در این موقعیت قرار می‌گیرند، فراهم نموده است. به ویژه پزشکان باید استقلال حرفة‌ای خویش را برای تعیین مهمترین منافع بیمار حفظ نموده و تا حد امکان الزامات اخلاقی معمول در خصوص کسب رضایت آگاهانه و رازداری را مورد ملاحظه قرار دهند.

هرگونه نقض این اصول باید برای بیماران توجیه شده و آشکار گردد. پزشکان باید هرگونه مداخله غیر عادلانه در امر مراقبت بیمار خود را به مسئولان مربوط گزارش کنند به ویژه اگر حقوق اساسی بشر مورد تجاوز قرار گیرد. اگر مسئولان پاسخ‌گو نباشند، هرگونه کمک از سوی انجمن‌های پزشکی ملی و جهانی (WMA) و سازمان‌های حقوق بشر قابل

دسترسی است.

در نزدیک به اواسط این گستره، برخی برنامه‌های مدیریتی مراقبت سلامت قرار گرفته‌اند که استقلال کلینیکی پزشکان را در تعیین نحوه درمان بیماران محدود می‌سازند. اگر چه این اقدامات الزاماً در تقابل با

مصالح عالی بیماران قرار نمی‌گیرند، ولی امکان تقابل وجود دارد و لازم است پزشکان به دقت این امر را به هنگام شرکت در چنین برنامه‌هایی در نظر گیرند. اگر آن‌ها در این

زمینه حق انتخاب نداشته باشند، به عنوان مثال جایی که هیچ برنامه جایگزینی برای این برنامه‌های محدود کننده موجود نیست، باید از بیماران خود از طریق انجمن‌های پزشکی شان برای تأمین نیازهای تمامی بیمارانی که به وسیله چنین سیاست‌های محدود کننده‌ای تحت تاثیر قرار می‌گیرند، به شدت حمایت کنند.

فرم خاصی از موضوع تعهدات دوگانه که پزشکان با آن رو برو می‌شوند، تعارض بالقوه یا بالفعل (actual) منافع بین یک شرکت تجاری از یک طرف و بیمار و یا جامعه از طرف دیگر است. کمپانی‌های دارویی، سازندگان دستگاه‌های پزشکی و دیگر سازمان‌های تجاری مکرراً به پزشکان پیشنهاد هدایا و مزایایی می‌کنند که از مسافت‌های رایگان و شرکت در فعالیت‌های آموختشی تا حق الزحمه بیشتر برای فعالیت‌های تحقیقاتی متفاوت است. یک انگیزه عمومی برای چنین سخاوت‌هایی از طرف شرکتها، قانع کردن پزشکان به تجویز یا مصرف محصولات آن‌ها می‌باشد که ممکن است بهترین گزینه برای بیماران نبوده و یا به صورت غیر ضروری به هزینه‌های سلامت جامعه بیفزایند.

**بیانیه سال ۲۰۰۴ انجمن جهانی پزشکی در مورد ارتباط بین**

پزشکان باید هرگونه اختلاف بین منافع خود و بیمارانشان را به نفع بیماران حل و فصل نمایند.

**پزشکان و تشکیلات تجاری، راهنمایی برای پزشکان در چنین موقعیت‌هایی فراهم نموده است و بسیاری از انجمن‌های پزشکی کشورها نیز راهنمایی‌های ویژه خود دارند. اصل اولیه اخلاقی دربرگیرنده راهنمایی‌هایی است که پزشکان باید هرگونه اختلاف بین منافع خود و بیمارانشان را به نفع بیماران حل و فصل نمایند.**

### تخصیص منابع

در هر کشوری حتی کشورهای ثروتمند، از قبل میان نیازها و خواسته‌های خدمات مراقبت بهداشتی و دسترسی منابع برای تأمین این خدمات فاصله زیاد و به طور یکنواخت در حال افزایش وجود دارد. وجود این فاصله الزام می‌نماید تا منابع موجود به نوعی، جیره‌بندی شوند. جیره‌بندی مراقبت‌های بهداشتی یا همان‌طور که معمولاً اشاره می‌گردد، "تخصیص منابع"، در سه سطح اتفاق می‌افتد:

۱- در سطح عالی (کلان یا Macro): دولت‌ها تصمیم می‌گیرند که چه میزان از کل بودجه باید به سلامت تخصیص داده شود و کدام‌یک از هزینه‌های درمانی باید به طور رایگان فراهم شوند و در کدام‌یک نیاز به پرداخت وجه، چه مقدار از بودجه‌ی بهداشتی صرف پرداخت درمانی آن‌ها وجود دارد. چه مقدار از بودجه‌ی بهداشتی صرف پرداخت دستمزد پزشکان، پرستاران و دیگر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، یا صرف سرمایه‌گذاری و هزینه‌های اجرایی بیمارستان‌ها و دیگر موسسات، پژوهش، آموزش حرفه‌های مربوط به بهداشت، درمان وضعیت‌های خاص مثل توپرکلوزیس، ایدز و غیره شود.

۲- در سطح موسسه‌ای (میانی یا Meso): شامل بیمارستانها، درمانگاه‌ها،

مراکز درمانی و غیره می‌باشند، مسئولان امر تصمیم می‌گیرند که منابع خود را چگونه تخصیص دهند و چه خدماتی فراهم کنند، چه مقدار برای کارکنان، تجهیزات، امنیت، دیگر هزینه‌های اجرایی، نوسازی، توسعه و غیره هزینه صرف نمایند.

**۳- در سطح بیمار (خرد یا Micro):** فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی به ویژه پزشکان تصمیم می‌گیرند که چه آزمایشاتی باید درخواست شود، آیا ارجاع به پزشک دیگر لازم است، آیا بیمار باید بستری شود، آیا غیر از داروهای ژنریک موجود، دارویی با مارک تجاری خاصی بیش از داروهای عمومی مورد نیاز است و غیره. تخمین زده شده است که پزشکان مسئول وارد کردن ۸۰ درصد هزینه‌های بهداشتی هستند و با وجود رشد عوامل مداخله گر در مراقبت‌های مدیریتی، هنوز پزشکان صلاحیت و نقش قابل ملاحظه‌ای برای تعیین این که بیمارانشان باید به چه منابعی دسترسی داشته باشند، دارند.

انتخاب در هر یک از این سطوح، تا زمانی که بر پایه‌ی ارزش‌ها بوده و نتایج قابل ملاحظه‌ای را در سلامت افراد و جوامع دربر دارد، دارای یک جزء عمدۀ اخلاقی است. اگر چه پزشکان با تصمیمات گرفته شده در هر سطحی تحت تاثیر قرار می‌گیرند، ولی بیشترین درگیری را در سطح خرد (Micro) دارند. در ادامه بحث روی این مطلب تأکید خواهد شد.

همان‌طور که ذکر شد در اخلاق پزشکی ستّی از پزشکان انتظار می‌رفت که منحصرآ برای منافع بیماران خویش عمل کنند، بدون این که به نیاز دیگران توجهی داشته باشند. ارزش‌های اولیه اخلاقی آن‌ها مثل دلسوزی، شایستگی و خودمختاری در راستای خدمت به نیازهای بیماران قرار می‌گرفت. این نگرش فردگرایانه به اخلاق پزشکی، باعث گذر از پدرسالاری پزشکی به خودمختاری بیمار شده است. طوری که فرد بیمار، عامل اصلی در تعیین این است که چه منابعی را باید دریافت کند. هر چند اخیراً عدالت ارزش دیگری است که عامل مهمی در تصمیم‌گیری پزشک

شده است. این نیازمند نگرش اجتماعی‌تری در توزیع منابع بوده،

طوری که نیاز دیگر بیماران به همان نسبت نیز باید در نظر گرفته شود. بر اساس این نگرش، پزشکان فقط مسئول بیماران خویش نیستند بلکه در حد معینی، مسئول دیگران نیز هستند.

این برداشت نو از نقش پزشکان در تخصیص منابع، در بسیاری از بیانیه‌های اخلاقی انحصاری پزشکی ملی کشورهای دنیا و همچنین در **بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی (WMA)** در مورد حقوق بیماران بیان شده است، که اظهار می‌کند: "به این ترتیب، هر جا قرار باشد انتخابی بین بیماران بالقوه برای یک درمان خاص با منابع محدود صورت گیرد، تمامی بیماران حق شرکت در فرایند انتخاب منصفانه برای آن درمان را دارند. این انتخاب باید بر اساس معیارهای پزشکی و بدون هرگونه تبعیضی صورت گیرد".

یک راه برای تمرین مسئولیت‌پذیری پزشکان در امر تخصیص منابع، جلوگیری از اقدامات بی‌فایده و غیر مؤثر است، حتی اگر بیمار آن‌ها را درخواست کرده باشد. استفاده بیش از حد از آنتی‌بیوتیک‌ها دقیقاً نمونه‌ای از یک عمل بی‌فایده و مضر است. بسیاری از دیگر درمان‌های

رایج، چنانچه در کارآزمایی‌های بالینی تصادفی نشان داده شده است، در شرایطی که به کار می‌روند بی‌تأثیرند.

راهنمایی‌های عملی بالینی برای بسیاری از موقعیت‌های پزشکی موجودند که برای تشخیص بین درمان‌های مؤثر و غیر مؤثر به کار می‌روند. برای حفظ

منابع و فراهم کردن درمان بهینه برای بیماران، پزشکان باید طبق این راهنمای رفتار نمایند.

یک نوع از تصمیم‌گیری در مورد تخصیص منابع که باید توسط پزشکان گرفته شود، شامل انتخاب بین دو یا بیش از چند بیمار است که نیاز به یک منبع کمیاب خاص، مثل زیر نظر بودن در اورژانس، استفاده از تنها تخت باقیمانده بخش مراقبت‌های ویژه، تأمین عضو برای پیوند، آزمایش‌های رادیولوژیک با فن آوری بالا و داروهای بسیار گرانقیمت دارند. پزشکانی که مسئول کنترل چنین منابعی هستند، باید تصمیم بگیرند که چه بیماری باید از این منابع استفاده کند و چه بیماری نکند. باید از این رویداد نیز آگاه بود؛ افرادی که از دریافت امکانات منع شده‌اند، ممکن است آسیب‌دیده و حتی در نتیجه‌ی آن بمیرند.

بعضی پزشکان در تخصیص منابع با تعارضات بیشتری مواجه می‌شوند. این در مواردی است که آن‌ها در قانون‌گزاری و تعیین سیاست‌های کلی نقش دارند، که بیماران آن‌ها را نیز همچون دیگران تحت تاثیر قرار می‌دهند.

این تعارض در بیمارستان‌ها و دیگر موسساتی اتفاق می‌افتد که پزشکان در موقعیت اجرایی (اداری) قرار می‌گیرند و یا در کمیته‌هایی که سیاست‌ها توصیه شده و یا تعیین می‌شوند، خدمت می‌کنند.

اگر چه بیشتر پزشکان تلاش می‌کنند خود را از ابراز علاوه‌مندی به بیماران خویش دور نگه دارند، برخی پزشکان ممکن است سعی کنند از موقعیت خویش برای مقدم قرار دادن بیماران خود بر دیگر بیماران که شاید نیازهای بیشتری نیز دارند، استفاده کنند.

در ارتباط با موضوع تخصیص منابع، پزشکان باید فقط اصول دلسوزی و عدالت را در نظر بگیرند، بلکه در هنگام تخصیص باید تصمیم بگیرند که کدام روش برای رسیدن به عدالت ارجحیت دارد. راههای مختلفی در این مورد وجود دارد که در ادامه آمده‌اند:

- طرفداران آزادی (Libertarian): منابع باید بنابر خصوصیات بازار توزیع شوند. (انتخاب هر فرد بر اساس توان و تمایل فرد به پرداخت هزینه صورت می‌گیرد، همراه با کمک‌های محدود خیریه برای افراد نیازمند)
- فایده‌گرایان (Utilitarian): منابع باید بر اساس بیشترین میزان سود برای همگان توزیع شوند.
- مساوات‌گرایان (Egalitarian): منابع باید شدیداً بر اساس نیازها توزیع شوند.

- اصلاح‌گرایان (Restorative): منابع باید در بین افرادی که بر اساس سوابق به طور غیرمنصفانه به منابع دسترسی نداشته‌اند، توزیع شوند. همان‌طور که ذکر شده است، پزشکان به تدریج در حال دور شدن از

فردگرانی سنتی اخلاق پزشکی، که مدل نظر روش طرفداران آزادی (libertarian) است، به سوی درک اجتماعی تری از نقش‌شان می‌باشند. اگرچه روش طرفداران آزادی

به طور کلی رد شده است، متخصصان اخلاق پزشکی به هیچ وجه در مورد این که کدامیک از این سه روش دیگر بهتر است، به اجماع نرسیده‌اند. هر یک از آن‌ها نتایج متفاوتی در هنگام به کار گرفته شدن در موارد مذکور را دارند، مواردی مثل تصمیم‌گیری در مورد این که چه دارویی باید درخواست شود، آیا ارجاع به پزشک دیگری لازم است، آیا بیمار باید بستری شود، آیا علاوه بر داروهای ژنریک موجود، دارویی با مارک تجاری خاص لازم است؛ چه کسی باید عضو برای پیوند دریافت کند و غیره. احتمالاً روش فایده‌گرایان دشوارترین روش اجرا برای پزشکان است، زیرا این روش نیاز به اطلاعات گسترده‌ای در مورد نتایج احتمالی مداخلات مختلف دارد که نه فقط مربوط به بیماران پزشک بلکه در ارتباط با تمامی بیماران می‌باشد. انتخاب بین دو مورد باقیمانده (یا سه مورد

اگر که طرفداران آزادی را هم اضافه کنیم) بستگی به ویژگی‌های اخلاقی شخصی پزشکان و همچنین محیط اجتماعی - سیاسی محیط کارشناس دارد. بعضی کشورها مثل ایالات متحده امریکا روش طرفداران آزادی را می‌پسندند، بعضی دیگر مثل سوئد به مساوات گرایی شناخته شده‌اند، در حالی که هنوز برخی مثل آفریقای جنوبی برای اصلاح گرایی تلاش می‌کنند. بسیاری از برنامه‌ریزان امر سلامت، روش سود گرایی را ترویج می‌دهند.

مسئولیت دفاع کردن از گسترش این منابع در جاهایی که منابع موجود برای نیازهای بیماران ناکافی هستند نیز بر عهده‌ی پزشکان است.

با وجود این تفاوت‌ها، غالب دو یا بیش از دو نوع از این روش‌ها به‌طور همزمان در سیستم‌های بهداشتی کشورها حضور دارند و در

این کشورها پزشکان می‌توانند نوعی را که با روش خودشان منطبق‌تر است (دولتی یا خصوصی) برگزینند.

علاوه بر این که پزشکان چه نقشی می‌توانند در تخصیص منابع بهداشتی موجود داشته باشند، مسئولیت دفاع کردن از گسترش این منابع در جاهایی که منابع موجود برای نیازهای بیماران ناکافی هستند نیز، بر عهده‌ی آنان است. این امر معمولاً همکاری پزشکان با یکدیگر در انجمن‌های حرفه‌ای شان را می‌طلبد تا تصمیم‌گیرندگان در دولت و هر جای دیگر را، چه در داخل کشور و چه در سطح جهانی، در مورد وجود این نیازها و نحوه برآورده کردن آن‌ها توجیه نمایند.

### سلامت عمومی (Public Health)

پزشکی قرن بیستم جدایی غیرمنتظره و تأسف برانگیزی را بین سلامت عمومی و دیگر بخش‌های مراقبت‌های بهداشتی (احتمالاً سلامت "خصوصی" یا "فردی") شاهد بود. تأسف برانگیز به خاطر این که

همان طور که ذکر شد، جامعه متشکل از افراد است و اقداماتی که برای محافظت و افزایش بهداشت عمومی در راستای سلامت طراحی می‌شوند، برای منافع همه‌ی افراد می‌باشند.

ابهام زمانی ایجاد می‌شود که سلامت عمومی را به "مراقبت بهداشتی سرمایه‌گذاری شده توسط عموم" (یعنی مراقبتی که توسط سیستم مالیاتی یک کشور و یا سیستم‌های بیمه‌ای اجباری جهانی سرمایه‌گذاری می‌شود) و در مقابل "مراقبت‌های بهداشتی سرمایه‌گذاری شده توسط بخش خصوصی" (یعنی مراقبت‌هایی که هزینه آن توسط افراد و یا بیمه‌های خدمات درمانی خصوصی پرداخت می‌شود و در سطح جهانی نمی‌باشند) تعبیر کنیم.

عبارت "سلامت عمومی" آنگونه که در اینجا برداشت می‌شود، هم به سلامت جامعه و هم تخصص پزشکی که به سلامت از دیدگاه جمعیتی

بیش از مبانی فردی ارتباط دارند، بر می‌گردد. در هر کشوری نیاز گسترده به متخصصانی در این عرصه وجود دارد تا به پیشنهاد و دفاع از سیاست‌های عمومی‌ای پردازند که بهداشت مناسب را ترویج می‌دهد و همچنین در خصوص اقدامات برای محافظت از مردم در برابر بیماری‌های مسری و سایر خطرات بهداشتی متعهد گرددن. اقدامات بهداشت عمومی (که گاهی "پزشکی بهداشت عمومی" یا "پزشکی اجتماعی" هم نامیده می‌شود) تا حدود زیادی بر پایه علمی خود در زمینه اپیدمیولوژی تکیه دارد، که همان مطالعه توزیع و عوامل تعیین کننده سلامت و بیماری در جوامع است. در واقع بعضی پزشکان آموزش دانشگاهی بیشتری را برای این که پزشک اپیدمیولوژیست شوند، دریافت می‌کنند. با این وجود، تمامی پزشکان باید از عوامل تعیین کننده

اجتماعی و یا محیطی که وضعیت سلامت را در تک تک بیماران آنها تحت تأثیر قرار میدهد، آگاه باشند. همان‌طور که بیانیه انجمان در مورد ترویج سلامت اشاره می‌کند: "پژوهشگان و انجمن‌های حرفه‌ای آنها وظیفه‌ای اخلاقی و مسئولیت حرفه‌ای برای اقدام در راستای مصالح عالیه‌ی بیمارانشان و تکمیل این مسئولیت با جنبه‌های گسترده‌تر برای ترجیع و تضمین سلامت عموم را بر عهده دارند."

برنامه‌های بهداشت عمومی مثل واکسیناسیون و پاسخ اورژانسی به بروز بیماری‌های مسری، عوامل مهمی در سلامت افراد هستند، ولی عوامل اجتماعی مثل تهیه مسکن، تغذیه، اشتغال هم اگر از اهمیت بیشتری برخوردار نباشند، به همان اندازه مهم‌اند. پژوهشگان بهندرت می‌توانند علل اجتماعی بیماری‌های بیمارانشان را درمان کنند، اگر چه در چنین مواردی باید بیمار را به سرویس خدمات اجتماعی موجود ارجاع دهند. با وجود این آن‌ها با شرکت در فعالیت بهداشت عمومی و اقدامات آموزش بهداشت، پایش و گزارش خطرات محیطی، تعیین و به اطلاع عموم رسانیدن عوارض مشکلات اجتماعی مثل اعتیاد و خشونت و با دفاع کردن از بهبود خدمات بهداشت عمومی، هر چند غیرمستقیم، می‌توانند در حل و فصل طولانی مدت این مشکلات شرکت داشته باشند.

گاهی اوقات منافع سلامت عمومی ممکن است در تعارض با منافع بیماران قرار گیرد، به عنوان مثال وقتی واکسیناسیونی که دارای خطر ایجاد عارضه است باعث پیشگیری از انتقال بیماری از فرد می‌گردد و از ابتلای به آن جلوگیری نمی‌کند، یا گاهی که توجه به بیماری مسری خاصی مورد نیاز می‌شود، یا در مواردی مانند سوء استفاده از کودکان و یا سالمدان، یا در مواردی که فرد فعالیت خاصی مثل راندن اتومبیل و یا خلبانی هوایima انجام می‌دهد که برای خود فرد و دیگران خطرناک است. این‌ها نمونه‌هایی از تعهدات دوگانه هستند که پیش از این شرح داده شد. فرایند ارتباط برقرار کردن با این موقعیت‌ها و موقعیتها بایی این چنین در مبحث

"رازداری" (Confidentiality) از فصل دوم بحث شده است. در کل پزشکان باید تلاش کنند تا راههایی برای به حداقل رسانیدن آسیب‌هایی که بیماران در نتیجه الزامات بهداشت عمومی متحمل می‌شوند، بیابند. به عنوان مثال، وقتی لازم است گزارشی صورت گیرد، ضمن انجام تعهدات قانونی، باید راز بیمار تا بیشترین حد ممکن حفظ شود.

نوع دیگری از تعارض بین منافع بیماران و جامعه هنگامی ایجاد می‌شود که بیماران از پزشکان بخواهند تا آن‌ها را در دریافت مزایایی که حق آن‌ها نیست مثل پرداخت بیمه و یا مرخصی استعلامی کمک کنند. مراجع امر این را به پزشکان محول کرده‌اند تا وضعیت پزشکی لازم بیمار را برای دریافت مزايا تأیيد نماید. اگر چه بعضی پزشکان تمایلی به رد تقاضای بیماران برای تأیید چیزی که به شرایط آن‌ها تعلق نمی‌گیرد، ندارند، ولی پزشکان باید بیماران را در پیدا کردن راه‌های دیگر حمایتی که نیازی به انجام رفتار غیر اخلاقی نداشته باشند، کمک کنند.

### سلامت جهانی (Global Health)

در سالیان اخیر، این تفکر که پزشکان در برابر جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، مسئولیت‌هایی دارند، بیشتر شده و به صورت مسئولیت در برابر سلامت جهانی درآمده است. این عبارت با مشکلات بهداشتی، موضوعات و نگرانی‌هایی که ورای مرزهای ملت‌ها می‌روند، تعریف می‌شود و ممکن است با شرایط و تجربیات در دیگر کشورها تحت تاثیر قرار گیرد و با اقدامات و راه حل‌هایی که از طریق همکاری ارائه شده‌اند، به خوبی قابل انجام باشند. سلامت جهانی بخشی از حرکت گسترده‌تر جهانی‌سازی (Globalization) است که شامل تبادل اطلاعات، بازرگانی، سیاست، توریسم و بسیاری فعالیت‌های دیگر انسانی می‌باشد.

پایه جهانی شدن در به رسمیت شناختن این امر است که افراد و جوامع

به طور فزاینده‌ای به هم وابسته‌اند. این امر در مورد سلامت انسان هم همان‌طور که گسترش سریع بیماری‌هایی مثل آنفلوانزا یا سارس نشان داد،

به راحتی اثبات می‌شود. چنین اپیدمی‌هایی نیاز به واکنش بین‌المللی برای کنترل دارند. شکست تشخیص و درمان یک بیماری مسری توسط یک پژوهش در کشوری می‌تواند اثرات ویرانگری روی بیماران در دیگر کشورها داشته باشد.

پژوهش در کشوری می‌تواند اثرات ویرانگری روی بیماران در دیگر کشورها داشته باشد. به این علت تعهدات اخلاقی پزشکان تا ورای بیماران آن‌ها و حتی جوامع و ملت‌های آن‌ها گسترش می‌یابد.

گسترش نگرش جهانی به مقوله سلامت به افزایش آگاهی در خصوص عدم یکنواختی سلامت در جهان منجر گردیده است. با وجود اقدامات گستره در مبارزه با مرگ و میر پیش از بلوغ و عوارض ناتوان کننده در فقیرترین کشورها که منجر به موقوفیت‌هایی عمده مثل حذف آبله و (با کمی امیدواری) فلچ اطفال شده است، فاصله وضع بهداشت بین کشورهای با درآمد کم و زیاد، در حال گسترش می‌باشد.

این امر تا حدی ناشی از HIV/AIDS است که بدترین اثرات را در کشورهای فقیر داشته است ولی همچنین ناشی از ناتوانی کشورهای با درآمد اندک در نفع بردن از افزایش ثروتی است که به طور کل در جهان در طی دهه‌های گذشته تجربه شده است. اگر چه علل فقر پیشتر سیاسی و اقتصادی بوده و بنابراین دور از دسترس کنترل پزشکان و انجمن‌های آنهاست، پزشکان مجبورند فکری به حال سلامت بیمارانی که در نتیجه فقر بیمار شده‌اند بگذارند. در کشورهای با درآمد کم، پزشکان منابع کمی برای ارائه به بیماران خود دارند و همواره با چالش تشخیص این منابع به منصفانه‌ترین صورت، روبرو می‌باشند. حتی در کشورهای با درآمد متوسط و زیاد نیز، پزشکان با بیمارانی مواجه می‌شوند که به طور مستقیم در

ارتباط با فرایند جهانی شدن هستند مثل مهاجران یا کسانی که از پوشش پزشکی، که شهروندان آن کشورها از آنها استفاده می‌کنند، بی‌بهداشتند. دیگر ویژگی جهانی شدن، پویایی بین‌المللی حرفه‌های بهداشتی از جمله پزشکی است. جریان خروج پزشکان از کشورهای در حال توسعه به کشورهای صنعتی، هم برای پزشکان و هم برای کشورهایی که پزشکان به آن وارد می‌شوند، مفید است؛ در حالی که در مورد کشورهای صادرکننده پزشک این چنین نیست.

**انجمن در راهنمای اخلاقی خود برای استخدام بین‌المللی پزشکان**  
بیان می‌نماید که پزشکان باید از ترک خانه و کشور متبع خویش برای رسیدن به فرصت‌های شغلی بهتر در دیگر کشورها منع شوند. با این وجود، این راهنمای کشورها را به انجام منتهای سعی خود در آموزش تعداد کافی پزشک و مهیا نمودن نیازها و منابع آنها و تکیه نکردن بر مهاجران از دیگر کشورها برای برآورده ساختن نیاز خود به پزشک فرا می‌خواند. مدت‌هاست پزشکان کشورهای صنعتی، سنتی در فراهم کردن تجربیات و مهارت‌هایشان به کشورهای در حال توسعه دارند. این امر به شکل‌های مختلف صورت می‌گیرد: کمک‌های اورژانسی که توسط سازمان‌هایی مثل صلیب سرخ و هلال احمر و پزشکان بدون مرز هماهنگ می‌گردند، عمل‌های جراحی کوتاه مدت برای درمان وضعیت‌هایی مثل آب مروارید (کاتاراکت) و کام شکری (Cleft Palate)، بازدید از دانشکده‌ها در دانشگاه‌های پزشکی، پروژه‌های تحقیقاتی پزشکی کوتاه و طولانی مدت، تدارک داروها و تجهیزات پزشکی و غیره. این برنامه‌ها نمونه‌هایی از جنبه مثبت جهانی شدن می‌باشند و دست کم تا حدودی خسارت ناشی از مهاجرت پزشکان از کشورهای فقیرتر به ثروتمندتر را جبران می‌کنند.

**بازگشت به گزارش موردی:**

بنابر تحلیلی که از روابط پزشک- جامعه در این فصل آمد، دکتر اس. به درستی، تأثیر رفتار بیمارانش روی اجتماع را در نظر می گیرد. حتی اگر مشاوره با پزشکان دیگر، در خارج از سیستم بهداشتی که دکتر اس. در آن کار می کند، صورت گیرد و در نتیجه هزینه مالی بر جامعه وارد نکند، بیمار وقت دکتر اس. را که می توانست به بیمارانی اختصاص یابد که بیشتر به خدمات او نیاز دارند، گرفته است. با این وجود، پزشکانی مانند دکتر اس. باید در چنین موقعیت هایی هوشیار بوده و با احتیاط رفتار نمایند. بیماران اغلب به دلایل متعدد قادر نیستند تصمیمات کاملاً معقولی بگیرند و شاید نیاز به زمان و آموزش بهداشت قابل ملاحظه ای داشته باشند تا به درک این مطلب برسند که بهترین منافع برای آن ها و دیگران چیست؟! دکتر اس. همچنین بر آن است برای رسیدن به یک راه حل جامعه شناسانه برای این مشکل با انجمن پزشکی خود گفت و گو کند، چرا که این مسئله نه فقط خود او و این بیمار را، بلکه سایر پزشکان و بیماران را نیز تحت تاثیر قرار می دهد.

فصل  
چهارم

## پزشکان و همکاران



نیم پزشکی در مورد یک بیمار کار می‌کنند

**اهداف:**

- پس از مطالعه‌ی این فصل، شما باید قادر باشید:
- نحوه‌ی رفتاری را که پزشکان باید با هم داشته باشند، تشریح نمایید.
  - علت گزارش رفتار غیر اخلاقی همکاران را (برای خود و دیگران) توجیه نمایید.
  - اصول عمدۀ اخلاقی را در همکاری با دیگران برای مراقبت از بیمار مشخص نمایید.
  - نحوه حل تعارضات و تضاد با دیگر فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی را تبیین نمایید.

### گزارش موردي شماره ۳:

دکتر سی. یک متخصص بیهوشی که به تازگی در یک بیمارستان شهری استخدام شده است، نگران رفتار یکی از جراحان ارشد بیمارستان در اتفاق عمل است. از یک طرف جراح از تکنیک‌های منسوبی استفاده می‌کند که باعث طولانی شدن عمل و در نتیجه بیشتر شدن درد پس از عمل و طولانی شدن زمان به هوش آمدن می‌گردد.

از این گذشته، وی شوخی‌های بسیار ادبانه متعددی در مورد بیماران می‌کند که این امر به‌طور واضح باعث آزار همکاران پرستارش می‌شود. دکتر سی. به عنوان یک عضو تازه وارد، میلی برای انتقاد شخصی از جراح مورد نظر و یا گزارش او به مراجع بالاتر ندارد. از طرف دیگر، او احساس می‌کند که باید کاری برای بهتر نمودن وضعیت انجام دهد.

### چالش‌های اختیار و اقتدار پزشکی

پزشکان به حرفه‌ای تعلق دارند که چه در میان خود و چه در بیرون، عرفًا در یک نظام سلسله مراتبی شدید فعالیت می‌کنند.

از نظر درون سیستمی، سه نظام دارای تلاقي وجود دارد: اولی بین متخصصان تمایز ایجاد می‌کند و برخی را دارای پرستیز و البته دستمزد بیشتر نسبت به دیگران قرار می‌دهد.

دومی در بین متخصصانی است که نسبت به شاغلان در بخش خصوصی و یا دولتی، در آکادمی‌های دارای تأثیر و نفوذ بیشتر کار می‌کنند. سومی، مربوط به مراقبت از بیماران خاص است. در این مورد ارائه کنندگان مراقبت‌های اولیه در بالاترین سطح سلسله مراتب قرار دارند و دیگر پزشکان، حتی آنها بی که قدیمی تر و دارای مهارت بیشترند صرفاً مورد مشورت قرار می‌گیرند. مگر این که بیمار برای مراقبت به آن‌ها ارجاع شود.

پزشکان به حرفه‌ای تعلق  
دارند که عرفًا در یک نظام  
سلسله مراتبی شدید  
فعالیت می‌کنند.

در خارج از این حوزه هم، پزشکان عرفاً در راس سلسله مراتب ارائه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، بالاتر از پرستاران و دیگر حرفه‌های بهداشتی قرار می‌گیرند.

این فصل از کتاب به موارد اخلاقی که در هر دو حوزه داخل و خارج سلسله مراتب رخ می‌دهند، خواهد پرداخت. بعضی موضوعات در بین هردو [حوزه] مشترک‌اند، بقیه فقط در یکی و یا دیگری یافت می‌شوند. بسیاری از موضوعات، به نسبت جدید هستند و به دنبال تغییرات اخیر در پزشکی و مراقبت پزشکی ایجاد شده‌اند. با توجه به این که این تغییرات چالش‌های عمده‌ای پیش روی فعالیت سنتی اختیار پزشکی قرار می‌دهند، توضیح مختصر در مورد این تغییرات ضروری است.

با رشد سریع دانش علمی و کاربردهای بالینی آن، پزشکی به میزان فرایندهای پیچیده شده است. پزشکان احتمالاً به تنها یی، نتوانند در تمامی بیماری‌ها و درمان‌های بالقوه برای بیماران خویش تخصص کسب کنند و به مساعدت دیگر متخصصان پزشکی و نیز گروه‌های آموزش دیده در زمینه‌ی بهداشت نظیر پرستاران، داروسازها، فیزیوتراپیست‌ها، تکنیسین‌های آزمایشگاه و فعالان اجتماعی و بسیاری دیگر نیاز دارند. پزشکان باید نحوه دستیابی به مهارت‌های مربوط که بیمارشان به آن‌ها نیازمند است ولی خودشان در آن مورد تخصص ندارند را بدانند.

**مدل مشارکتی اتخاذ تصمیم، جای مدل مستبدانه و پدرسالارانه‌ی پزشکی سنتی را می‌گیرد.**

همان‌طور که در فصل دوم بحث شد، پدرسالاری پزشکی (دیدگاه سنتی پزشکی) به تدریج با افزایش شناخت حقوق بیماران در اتخاذ تصمیم پزشکی خویش، به انزوا رفته

است. در نتیجه، مدل مشارکتی اتخاذ تصمیم، جای مدل مستبدانه و پدرسالارانه‌ی پزشکی سنتی را می‌گیرد. مورد مشابه آن در روابط بین پزشکان و دیگر حرفه‌های بهداشتی در حال اتفاق افتادن است. دیگر

حرف بهداشتی به میزان فزاینده‌ای نسبت به اجرای دستورات پزشکان بدون دانستن علت این دستورات، بی‌میل هستند. آن‌ها خویش را متخصصانی با مسئولیت‌های اخلاقی خاص نسبت به بیماران می‌بینند و اگر این احساس مسئولیت در تضاد با دستورات پزشکان قرار گیرد، آن‌ها احساس می‌کنند که باید پزشک را مورد سؤال قرار دهن و یا با دستورات به چالش بروخیزند.

از آنجایی که در مدل سلسه مراتبی مشاغل، هیچ‌گاه در مورد این که چه کسی مسئول است و در صورت بروز تضاد، تصمیم چه کسی باید اجرا شود، شکی وجود ندارد؛ مدل مشارکتی می‌تواند به بحث در مورد مراقبت مناسب برای بیمار بیفزاید.

این چنین پیشرفت‌هایی، "قواعد بازی" را در روابط پزشکان با همکاران پزشک خود و دیگر حرفه‌های بهداشتی تغییر می‌دهند. ادامه‌ی این فصل برخی جنبه‌های مسئله‌ساز این روابط را مشخص و راه‌هایی برای رسیدگی به آن‌ها پیشنهاد می‌نماید.

### ادتباط با پزشکان همکار، اساتید و دانشجویان

به عنوان عضو حرفه‌ی پزشکی، عرف‌آنتظار می‌رود پزشکان با یکدیگر همانند اعضای یک خانواده رفتار نمایند، نه همانند غربیه‌ها و یا حتی مثل دو دوست. بیانیه ژنو انجمن جهانی پزشکان (WMA)، شامل تعهد به این است که "همکاران من، خواهران و برادران من خواهند بود." تفسیر این تعهدات از کشوری به کشور دیگر و در طول زمان متفاوت است. به عنوان مثال در جایی که دستمزد در برابر خدمت (fee-for-service) شکل اصلی یا تنها شکل پرداخت دستمزد پزشکان است، عرف "تواضع حرفه‌ای" (Professional Courtesy) وجود دارد که به موجب آن پزشکان به همکاران خویش در قبال درمان طبی پول پرداخت نمی‌نمایند. این امر در کشورهایی که بازپرداخت از طریق شخص ثالث (منظور

در کنار الزامات مثبت برای رفتار محترمانه با همکاران و همکاری برای رسیدن به حداکثر مراقبت از بیمار، کد **بین‌المللی انجمان برای اخلاق پزشکی شامل دو محدودیت در روابط بین پزشکان با یک‌دیگر است:** (۱) پرداخت یا دریافت وجه و یا هر نوع ملاحظه‌ی دیگری منحصرآ برای بدست آوردن بیماران ارجاعی و (۲) دزدیدن بیمار از همکاران. الزام سوم نیز در مورد گزارش رفتار غیر اخلاقی و ناشایست همکاران وجود دارد که متعاقباً بحث خواهد شد:

در سنت بقراط در مورد اخلاق پزشکی، پزشکان احترام ویژه‌ای به اساتید خویش مدیون هستند. **بیانیه‌ی ژنو آن را** این گونه مطرح می‌کند "من به اساتید خویش احترام گذاشته و سپاسگزار آنان خواهم بود، که این حق آنهاست". اگر چه امروز آموزش پزشکی شامل روابط متعدد استاد - دانشجویی در مقایسه با آموزش نفر به نفر در دوران گذشته می‌باشد، با این حال این موضوع هنوز وابسته به اراده‌ی خوب و فداکاری پزشکانی است که اغلب حتی در برابر فعالیت‌های آموزشی خویش دستمزدی دریافت نمی‌کنند. دانشجویان و دیگر کارآموزان پزشکی، قدردانی عمیقی به اساتید خویش، یعنی کسانی که بدون آن‌ها آموزش پزشکی به سطح خودآموزی تنزل می‌کرد، مقروظ اند.

اساتید نیز به سهم خویش، ملزم به رفتار احترام‌آمیز با دانشجویان هستند و باید به عنوان الگوی مناسبی برای دانشجو در ارتباط با بیماران نقش ایفا کنند.

آنچه که "کاریکولوم یا برنامه درسی پنهان" (hidden curriculum) در آموزش پزشکی و غیره نامیده می‌شود، یعنی استانداردهای رفتار که باید توسط پزشکان آموزش دهنده ارائه گردد، بسیار موثرتر از برنامه‌ی درسی

**اساتید ملزم به رفتار احترام‌آمیز  
با دانشجویان هستند و باید  
به عنوان الگوی مناسبی برای  
دانشجو در ارتباط با بیماران  
نقش ایفا کنند.**

صریح الهجه اخلاق پزشکی است و اگر تضادی بین الزامات اخلاقی و گرایشات یا رفتار اساتید دیده شود، دانشجویان پزشکی احتمالاً یشتر الگوی استاد خویش را دنبال خواهند کرد.

اساتید الزامات خاصی دارند که دانشجویان را در گیر کارهای غیراخلاقی نمایند. نمونه کارهایی که در مجله‌های پزشکی، گزارش شده‌اند، عبارت اند از: دریافت فرم رضایت از بیماران برای درمان توسط دانشجویان پزشکی در شرایطی که یک متخصص کاملاً شایسته باید این کار را انجام دهد، انجام معاینات لگنی در بیماران بیهوش یا تازه فوت شده بدون کسب رضایت، و انجام اعمال و فرایندهای بدون نظارت هر چند بی‌اهمیت (مثل تزریق IV) که از طرف بعضی از دانشجویان خارج از صلاحیتشان صورت می‌گیرد.

با توجه به یکسان نبودن قدرت بین دانشجویان و اساتید و در نتیجه بی‌میل بودن دانشجویان به سوال یا امتناع از دستورات، لازم است اساتید

اطمینان داشته باشند که دانشجویان را وادر  
به کار غیر اخلاقی نکرده‌اند. در بسیاری از  
دانشکده‌های پزشکی، نمایندگی‌های  
کلاس و یا انجمان‌های دانشجویان پزشکی  
وجود دارند که علاوه بر دیگر نقش‌هایشان،  
ممکن است قادر باشند که توجه به موضوع

اخلاق در آموزش پزشکی را ارتقا دهند. دانشجویانی که نگران جنبه‌های اخلاقی آموزش خود باشند، می‌توانند به چنین مکانیسم‌هایی مراجعه کنند و بدون این که لزوماً به عنوان افشاگر این عمل غیراخلاقی شناخته شوند، اخلاق مورد نظر خود را ارتقا داده و همچنین در صورت ضرورت برای فرستادن موضوع به یک فرایند رسمی تر از حمایت مناسب بهره‌مند گردند. انتظار می‌رود دانشجویان پزشکی به سهم خویش، استاندارد بالایی از رفتار اخلاقی را چنانچه شایسته پزشکان آینده است به نمایش بگذارند.

آن‌ها باید با دیگر دانشجویان همانند همکاران خود رفتار نمایند و در صورت نیاز، برای ارائه کمک به آن‌ها از جمله توصیه برای اصلاح رفتارهای غیرحرفه‌ای، خود را آماده کنند. همچنین در پروژه‌ها و وظایف مشارکتی از جمله وظیفه‌ی آموزش و خدمات آنکال (on-call) (به طور کامل همکاری نمایند.

### گزارش عملکردهای غیرایمن و غیر اخلاقی

پزشکی به خاطر حالت خودتنظیمی که دارد، همواره مورد ستایش بوده است. در مقابل امتیازهایی که جامعه برای آن در نظر گرفته است و اطمینانی که به اعضای آن توسط بیماران قائل است، حرفة‌ی پزشکی استانداردهای والایی از رفتار و فرایندهای واحد دیسپلین (آیین نامه انتظامی) را برای اعضاش برقرار کرده است تا به اتهامات درخصوص بدرفتاری رسیدگی و در صورت نیاز، متخلفان را مجازات و تبیه نمایند. این سیستم خودتنظیمی اغلب دچار مشکل می‌گردد. در سالیان اخیر گام‌هایی برداشته شده تا این حرفة را بیشتر مسئولیت‌پذیر نمایند، برای مثال از طریق انتصاب اعضای عامّی و غیر پزشک به عنوان مسئولان تصمیم‌گیرنده در این حوزه.

التزام عمده‌ی خودتنظیم بودن این حرفة، حمایت قلبی پزشکان از اصول آن و تمايلشان به شناسایی و اقدام در مورد فعالیت‌های غیرایمن و غیراخلاقی است.

الزام به گزارش کردن ناکارآمدی، نقسان، ضعف و بد اخلاقی همکاران در کدهای اخلاق پزشکی مورد تایید قرار گرفته است. به عنوان مثال، بیانیه انجمن جهانی در مورد اخلاق پزشکی اعلام می‌کند: "پزشکان باید سعی کنند تا پزشکانی را که عملکرد غیراخلاقی یا فاقد صلاحیت دارند یا آنها بی که فربیکاری و کلامبرداری نموده‌اند را به مسئولین ذی‌ربط گزارش نمایند."

به کار گرفتن این اصل، اغلب آسان نیست. از طرفی ممکن است

پزشکی و سوسه شود که شهرت و اعتبار همکارش را به خاطر انگیزه‌های نادرست شخصی مثل حسادت و یا در تلافی توهینی که از یک همکار مشاهده کرده، مورد حمله قرار دهد.

پزشک ممکن است نسبت به گزارش سوء رفتار همکارش به دلیل دوستی و یا حس همدردی، بی‌میل باشد (همه در چنین شرایط سختی گرفتار می‌شوند). نتیجه چنین گزارشی می‌تواند برای کسی که گزارش می‌کند، بسیار زیان‌بار باشد که شامل دشمن تلقی شدن از طرف بخش مورد اتهام و یا حتی از سوی دیگر همکاران می‌باشد. با وجود چنین مشکلاتی گزارش تخلفات، یک وظیفه‌ای حرفه‌ای برای پزشکان است.

نه تنها پزشکان مسئول حفظ آبرو و اعتبار مثبت این حرفا‌اند، بلکه اغلب اوقات، تنها کسانی هستند که بی‌کفایتی، نقصان و سوء اخلاق را (در حوزه‌ی

خویش) تشخیص می‌دهند. با این وجود، گزارش همکار به مراجع انضباطی به طور طبیعی آخرین چاره و تدبیر پس از امتحان کردن تمامی موارد دیگر و احساس نیاز (به انجام آن) است. شاید نخستین مرحله، نزدیک شدن به همکار مورد نظر و گفتن این امر است که به نظر شما رفتار او غیرایمن و غیر اخلاقی است. اگر مسئله در همین سطح حل شود، شاید دیگر نیازی به ادامه دادن نباشد. و گرنه، مرحله بعد، شاید صحبت کردن با سوپر وایزر (ناظر) شما و یا فرد متخصصی و واگذاری تصمیم اقدام بعدی به عهده آن شخص باشد. اگر این روش عملی نباشد یا موفق نشود، شاید لازم باشد آخرین مرحله را که آگاه کردن مراجع انضباطی است، عملی نماییم.

### رابطه با دیگر حرفه‌های بهداشتی

فصل دوم در مورد روابط پزشک با بیماران با بحثی در مورد اهمیت بسیار زیاد احترام و رفتار برابر در روابط پزشک - بیمار شروع می‌شود.

اصولی که در آن بحث به کار گرفته شده به همان ترتیب در مورد رابطه با همکاران نیز مناسب است. بهویژه "منوعیت تبعیض و تفاوت گذاشتن در زمینه‌هایی مثل سن، بیماری یا ناتوانی، مذهب، اصلیت نژادی، جنس، ملیت، وابستگی سیاسی، قومیت، مسائل جنسی، شهرت اجتماعی یا هر عامل دیگری - در ارتباط با تمامی کسانی که پزشک با آن‌ها حین مراقبت از بیماران و دیگر فعالیت‌های حرفه‌ای روبرو می‌شود، قابل اجرا می‌باشند (بیانیه‌ی ژنو انجمن جهانی پزشکی).

تفاوت نگذاشتن یک ویژگی ناآگاهانه و غیرفعال از یک ارتباط است. احترام گذاشتن امری فعال و مثبت‌تر است. درخصوص سایر ارائه دهنده‌گان مراقبت‌های بهداشتی مثل پزشکان، پرستاران، امدادگران و غیره، این متضمّن قدردانی از مهارت‌ها و تجربه‌های ایشان تا جایی است که آن‌ها می‌توانند در مراقبت از بیماران نقش داشته باشند.

تمامی فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی در زمینه‌ی تحصیلات و یا طی دوره‌های آموزشی برابر نیستند ولی همگی در مساوات و برابری پایه‌ای انسان‌ها و نیز نگرانی در مورد سلامت بیمار سهیم و برابرند.

همان‌طور که در مورد بیماران صادق است، زمینه‌های موجه و مشروعی برای امتناع ورزیدن از شروع یک ارتباط (با دیگر ارائه دهنده‌گان مراقبت بهداشتی) و یا پایان دادن به آن وجود دارد. این شامل عدم اطمینان از توانایی و درستکاری شخص دیگر و تعارض و برخورد شخصیتی جدی می‌باشد. تمایز گذاشتن بین این‌ها و انگیزه‌های ناشایست، حساسیت اخلاقی قابل ملاحظه را در گروه پزشکان می‌طلبد.

### همکاری و تعاون

پزشکی در عین حال که حرفه‌ای بسیار فردی است، تا حد زیادی نیز مبتنی بر همکاری است. از طرفی پزشکان، مالکان مطلق بیماران "خویش‌اند". با دلایل مناسب، عنوان شده که رابطه‌ی فردی بین پزشک - بیمار بهترین راه دست‌یابی به اطلاعات در مورد بیمار و ادامه مراقبت‌هایی

است که برای پیشگیری و درمان بیماری مناسب‌ترین راه باشند. بقای بیماران همچنین از نظر اقتصادی به پزشکان سود می‌رساند. در عین حال همان‌طور که توضیح داده شد، پزشکی حرفه‌ای بسیار پیچیده و تخصصی است،

تضعیف پدرسالاری پزشکی با  
محو و ناپدیدشدن این باور که  
پزشک مالک بیمار خویش  
است، همراه شده است

بنابراین به همکاری نزدیک بین پزشکان با علوم و مهارت‌های متفاوت ولی مکمل هم، نیازمند است. این تنش و تضاد بین

فردگرایی و تشریک مساعی به موضوع رایج اخلاق پزشکی تبدیل شده است. تضعیف پدرسالاری پزشکی با محو و ناپدیدشدن این باور که پزشک مالک بیمار خویش است، همراه شده است و حق رایج و سنتی بیماران برای اطلاع از نظر فرد دیگر (دوم) که شامل مراجعت به دیگر ارائه دهنده‌گان مراقبت‌های بهداشتی که ممکن است نیازهایشان را بهتر برآورده سازند، گسترش یافته است.

طبق بیانیه انجمان در مورد حقوق بیماران "پزشک ملزم است تا در تناسب و هماهنگی مراقبت‌های بهداشتی مورد نظر در درمان بیمار با دیگر فراغم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی همکاری کند." هر چند همان‌طور که ذکر شد، پزشکان در ازای این همکاری به وسیله سهم خواری (تسهیم درآمد) سود نمی‌برند.

این محدودیت در مورد مالکیت پزشک روى بیماران باید با دیگر اقدامات که قصد حمایت از رابطه‌ی پزشک - بیمار را دارند، در تعادل قرار گیرند. به عنوان مثال بیماری که توسط چندین پزشک درمان می‌شود، همان‌طور که معمولاً در بیمارستان اتفاق می‌افتد، باید در صورت امکان، یک پزشک مراقبت‌ها را هماهنگ کرده و بیمار را از پیشرفت کلی درمان آگاه و به او در تصمیم‌گیری کمک نماید.

در حالی که عموماً قوانین خوب و شناخته شده‌ای در روابط میان پزشکان حاکم است، روابط پزشکان و دیگر حرفه‌های بهداشتی در حالتی از تغییر پی در پی قرار دارند و اختلاف نظر قابل ملاحظه‌ای در مورد

این که نقش مربوط به هر یک چه باید باشد، وجود دارد. همان‌طور که ذکر شد بسیاری از پرستاران، داروسازان، فیزیوتراپیست‌ها و دیگر حرفة‌ها، خود را در رشته‌ی خویش دارای صلاحیت بیشتری درخصوص مراقبت بیماران نسبت به پزشکان می‌پندارند، بنابراین دلیلی نمی‌بینند با آن‌ها همانند پزشکان رفتار نشود.

آن‌ها به روش تیمی مراقبت از بیمار تمایل دارند که در آن، نظر تمامی مراقبت‌کنندگان به طور برابر در نظر گرفته می‌شود و آنها خود را نسبت به بیمار مسئول می‌دانند و نه نسبت به پزشک. در طرف مقابل بسیاری پزشکان احساس می‌کنند حتی اگر روش تیمی پذیرفته شود، باید یک شخص مسئول باشد و پزشکان با توجه به آموزش‌ها و تجربه‌هایشان بهترین فرد برای این امر هستند.

اگر چه ممکن است بعضی پزشکان در مقابل چالش‌های ایجاد شده برای اختیار سنتی و تقریباً مطلق شان مقاومت نشان دهند، اما به نظر می‌رسد که نقش آن‌ها در پاسخ به تقاضای هر دو گروه بیماران و دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، برای شرکت بیشتر در فرایند تصمیم‌گیری تغییر کند. پزشکان باید بتوانند توصیه‌های خویش را برای دیگران توجیه کنند و آن‌ها را برای قبول این توصیه‌ها ترغیب نمایند. علاوه بر این مهارت‌های ارتباطی، پزشکان باید توانایی حل تعارضات پیدا‌آمده بین دیگر اعضای در گیر مراقبت از بیمار را داشته باشند.

یک چالش جدی برای همکاری در زمینه‌ی مصالح عالیه‌ی بیماران از توسل آن‌ها به فراهم‌کنندگان طب سنتی و یا طب آلترناتیو (تحت عنوان شفاگران) ناشی می‌شود. این گروه توسط قسمت انبوهی از جمعیت آفریقا، آسیا و به صورت روزافروزن در اروپا و آمریکا مورد مشورت قرار می‌گیرند. اگر چه ممکن است بعضی افراد دو روش را مکمل هم در نظر گیرند، اما در بسیاری از موقعیت‌ها ممکن است با هم ناسازگار باشند. از آنجا که حداقل برخی از مداخلات سنتی یا آلترناتیو، تأثیر درمانی نیز می‌گذارند و بیماران نیز بدنبال این گونه معالجات می‌روند، پزشکان باید

راهی برای همکاری با درمانگرانشان پیدا کنند. چگونگی تحقق این امر از کشوری به کشور دیگر و از معالجی به معالج دیگر تفاوت خواهد داشت. در تمامی چنین مواجهاتی، سلامت بیماران باید نخستین موضوعی باشد که در نظر گرفته می‌شود.

## حل و فصل تعارضات

اگر چه پزشکان ممکن است تعارضات مختلف و زیادی با دیگر پزشکان یا دیگر فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی مثلاً در خصوص مطب و یا دستمزد تجربه کنند ولی در اینجا توجه روی تعارض و اختلافاتی است که در ارتباط با مراقبت از بیمار ایجاد می‌شوند. به طور ایده‌آل تصمیمات درمانی باید انعکاسی از توافق بین بیمار، پزشکان و

**قطعی نبودن و دیدگاه‌های گوناگون، ممکن است اختلاف نظرها را در مورد اهداف درمان و راه‌های رسیدن به این اهداف افزایش دهند.**

همه افراد موثر در امر مراقبت از بیمار باشد. با وجود این، قطعی نبودن و دیدگاه‌های گوناگون، ممکن است اختلاف نظرها را در مورد اهداف درمان و راه‌های رسیدن به این اهداف افزایش دهند. منابع درمانی محدود و سیاست‌های سازماندهی شده نیز ممکن است رسیدن به توافق را مشکل سازند.

توافق نداشتن ارائه دهنده دانشگان مراقبت‌های بهداشتی در مورد اهداف مراقبت و درمان و ابزار رسیدن به این اهداف باید بوسیله یکی از اعضای تیم درمانی روشن شده و حل شود، بدون این که از بیماران برای میانجیگری در روابط‌شان استفاده کنند.

اختلاف بین ارائه دهنده دانشگان مراقبت‌های بهداشتی و مدیران با توجه به تخصیص منابع باید بوسیله موسسات یا آژانس‌ها حل شود و مجادله‌ای در حضور بیمار صورت نگیرد. از آنجا که هر دو اختلاف، پایه‌ی اخلاقی

دارند، برای حل آن‌ها می‌توان از توصیه‌ی کمیته اخلاق بالینی یا یک مشاور اخلاقی در جاهایی که چنین منابعی وجود دارند، استفاده کرد.  
راهنمای زیر می‌تواند در حل چنین اختلافاتی مفید باشد:

- این تعارضات تا جایی که ممکن است باید به صورت غیررسمی حل شود. برای مثال از طریق گفتگو و مذاکره بین اشخاصی که هم رأی و یک نظر نمی‌باشند و در صورتی که روش‌های غیررسمی کارساز نباشند، می‌توان از فرایندهای رسمی تر استفاده کرد.
- دیدگاه تمامی کسانی که به طور مستقیم درگیرند، استخراج گشته و به طور محترمانه در نظر گرفته شود.
- انتخاب آگاهانه بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین در مورد نحوه درمان باید نخستین ملاحظه در حل مباحثات و منازعات باشد.
- اگر بحث در مورد انتخاب‌های درمانی است که باید به بیمار توصیه شوند، معمولاً انتخاب وسیع‌تر نسبت به مورد جزئی ارجحیت دارد. اگر درمان ارجحی به دلیل محدودیت منابع موجود نیست، موضوع را به سادگی و خیلی عادی به اطلاع بیمار می‌رسانیم.
- اگر پس از تلاش مناسب، توافق یا مصالحه از طریق گفتگو بدست نیامد، تصمیم کسی که حق یا مسئولیت تصمیم‌گیری با اوست، باید پذیرفته شود. اگر معلوم نباشد چه کسی حق یا مسئولیت تصمیم‌گیری را دارد یا این امر بحث باشد، باید بدنبال میانجیگری، حکمیت و داوری بود.

اگر فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی نتوانند تصمیم غالب را به عنوان یک قضاوت حرفه‌ای یا اخلاقی شخصی پذیرند، باید به آن‌ها اجازه داده شود تا پس از اطلاع از این که دریافت کننده‌ی مراقبت دیگر در معرض آسیب یا سهل انگاری نیست، از شرکت در اجرای تصمیم خارج شوند.

**بازگشت به گزارش مورد:**

دکتر سی. حق داشت از رفتار جراح ارشد در اتاق عمل ناراحت باشد. او نه تنها سلامت بیمار را به مخاطره می‌انداخت بلکه هم به بیمار و هم به همکاران خویش بی‌احترامی می‌کرد. دکتر سی. وظیفه‌ی اخلاقی دارد که این رفتار را نادیده نگیرد و در مورد آن کاری انجام دهد. در نخستین مرحله، او باید هیچ‌بک از رفتارهای آزاردهنده‌ی جراح را مثلاً با خندیدن به جوک‌های او تشویق کند.

اگر فکر می‌کند صحبت کردن با جراح در مورد موضوع مؤثر خواهد بود، باید پیش از رفته و این کار را انجام دهد. در غیر این صورت او باید مستقیم به مراجع بالاتر در بیمارستان مراجعه کند. اگر آن‌ها نسبت به مداخله در این موضوع، بی‌میل بودند، وی باید به دستگاه مناسب در خصوص صدور پروانه‌ی پزشکان مراجعه کرده و رسیدگی به موضوع را درخواست نماید.

فصل  
پنجم

## اخلاق و پژوهش پزشکی



بیماری خواب باز می‌گردد

**اهداف:**

- پس از مطالعه این فصل، شما باید قادر باشید:
- اصول عمدۀ اخلاق در پژوهش را مشخص نمایید.
  - نحوه متعادل نمودن پژوهش با مراقبت بالینی را دریابید.
  - الزامات کمیته‌های بررسی اخلاقی را برآورده نمایید.

## گزارش مورد چهارم:

دکتر ر. پژوهشک عمومی در یک منطقه کوچک روستایی است که در حال امضای قرارداد با یک سازمان پژوهشی برای شرکت در یک کارآزمایی بالینی در مورد اثر یک داروی ضدالتهاب غیر استروئیدی جدید (NSAID) روی استئوآرتیت می‌باشد. به او پیشنهاد پرداخت مبلغی در قبال وارد کردن هر بیمار به کارآزمایی بالینی شده است. نماینده سازمان پژوهشی، به او اطمینان داده که کارآزمایی تمامی تأییدیه‌های لازم را (شامل تاییدیه کمیته بررسی اخلاقی) دریافت کرده است.

دکتر ر. قبل‌ه‍ر گز در یک کارآزمایی شرکت نکرده و از داشتن چنین فرصتی خوشحال است، به ویژه که این فرصت همراه با دریافت دستمزد نیز هست. او بدون پرس‌وجویی بیشتر در مورد جنبه‌های علمی یا اخلاقی کارآزمایی، آن را پذیرفت.

## اهمیت پژوهش در پژوهشی

پژوهشکی همچون ریاضیات یا فیزیک یک علم دقیق و عینی نیست، اصول کلی زیادی دارد که در بیشتر مواقع معتبر هستند ولی هر بیمار به گونه‌ای متفاوت می‌باشد و آنچه برای درمان ۹۰ درصد جمعیت موثر است، برای ۱۰ درصد باقیمانده کارگر نیست. بنابراین پژوهشکی، ذاتاً علمی تجربی است. حتی درمان‌هایی که به طور گستردۀ پذیرفته شده‌اند، هم نیاز به ارزیابی دارند تا مشخص شود آیا روی گروه خاصی و یا روی تمامی بیماران با آن علت خاص موثر می‌باشند؟ این امر یکی از وظایف پژوهش‌های پژوهشکی است.

عملکرد دیگر آن که احتمالاً بیشتر شناخته شده است، گسترش درمان‌های جدید به ویژه داروهای، وسایل پژوهشکی و تکنیک‌های جراحی می‌باشد. پیشرفت گستردۀ در این زمینه در ۵۰ سال گذشته صورت گرفته و امروزه، پژوهش‌های پژوهشکی، بیشتر از هر زمان دیگری در حال انجام است. با این همه، هنوز پرسش‌های بدون پاسخ بسیاری در مورد نحوه

پژوهشکی، ذاتاً علمی  
تجربی است.

عملکرد بدن انسان، علل بیماری‌ها (چه علل خانوادگی و چه علل نو ظهور) و بهترین راه پیشگیری و درمان آن‌ها باقی مانده است. پژوهش‌های پزشکی تنها وسیله‌ی پاسخ دادن به این گونه پرسش‌ها است.

به علاوه با درک بهتر فیزیولوژی انسان، پژوهش‌های پزشکی، تنوع گستره‌ای از دیگر عوامل موثر در سلامت انسان را مورد کندوکاو قرار داده است که شامل الگوی بیماری‌ها (اپیدمیولوژی)، سازماندهی، سرمایه‌گذاری و توزیع مراقبت‌های بهداشتی (تحقیقات نظام‌های بهداشتی)، جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی بهداشت (انسان‌شناسی و جامعه‌شناسی پزشکی)، قانون (پزشکی قانونی) و اخلاق (اخلاق پزشکی) می‌باشد.

اهمیت این نوع پژوهش‌ها با فعالیت آژانس‌های سرمایه‌گذاری که بسیاری از آن‌ها برنامه خاصی روی پژوهش‌های پزشکی دارند، به میزان زیادی مشخص می‌شود.

### پژوهش در پزشکی

تمامی پزشکان از نتایج پژوهش‌های پزشکی در کار و حرفه‌ی خود استفاده می‌کنند. برای حفظ مهارت و صلاحیت خود، پزشکان باید با پژوهش‌های رایج در زمینه فعالیت خویش از طریق آموخته مدام پزشکی (CME)، برنامه‌های مدام آموخته متخصصان، مجله‌های پزشکی و ارتباط

با همکاران آگاه و دانشمند همراه شوند. حتی اگر خود پزشکان در گیر و مشغول پژوهش نشوند، باید نحوه تفسیر نتایج و به کارگیری آن‌ها را روی بیماران خویش بدانند. بنابراین یک آشنایی پایه‌ای با روش‌های تحقیق برای پزشک کارآمد ضروری

است. بهترین راه برای بدست آوردن این آشنایی، شرکت در پژوهش‌های تحقیقاتی به عنوان دانشجوی پزشکی و یا تحصیلات تكمیلی است.

حتی اگر خود پزشکان در گیر و مشغول پژوهش نشوند، باید نحوه تفسیر نتایج و به کارگیری آن‌ها را روی بیماران خویش بدانند. بنابراین یک آشنایی پایه‌ای با روش‌های تحقیق برای پزشک کارآمد ضروری است. بهترین راه برای بدست آوردن این آشنایی، شرکت در پژوهش‌های تحقیقاتی به عنوان دانشجوی پزشکی و یا تحصیلات تكمیلی است.

رايج ترين روش پژوهش در کار پزشكان، کارآزمایي باليني (Clinical Trial) است. پيش از اين که داروي جديدي از طرف افراط مسئول دولتی در اين زمينه تاييد شود، باید از نظر بي خطر بودن و کارآبي، تحت آزمایش های گسترشده قرار گيرد. اين فرایند با بررسی های آزمایشگاهی شروع می شود و با آزمایش روی حيوانات ادامه می يابد. اگر نتایج اين قسمت اميدوار کننده بود، به دنبال آن چهار مرحله يا فاز پژوهش های باليني قرار دارد.

- فاز اول پژوهش، معمولاً روی تعداد به نسبت اندکی از داوطلبان سالم که اغلب برای شرکت در تحقیق مبالغی دریافت کرده‌اند، انجام می‌شود.

در اين مرحله پژوهشگران قصد تعیین میزان مورد نياز دارو برای ایجاد پاسخ در بدن انسان، نحوه‌ی پردازش دارو توسيط بدن و ایجاد آثار احتمالي سمتی و مضر آن را دارند.

- فاز دوم پژوهش، روی گروهی از بيماران که اين دارو قصد درمان بيماري آنها را دارد انجام می‌شود. هدف آن معین ساختن وجود اثر مثبت و سودبخش يا عوارض جانبی زيان‌آور احتمالي دارو است.

- فاز سوم پژوهش، کارآزمایي باليني است، که در آن دارو به گروه بزرگی از بيماران تجويز می‌شود و اثر آن با داروي ديگر - اگر داروي ديگري برای شرایط مورد تحقیق موجود باشد - و يا با پلاسبو (دارونما) مقایسه می‌شود. تا جايی که ممکن باشد، اين کارآزمایي ها باید "دوسيه کور" باشند، يعني نه افراد تحت پژوهش و نه پزشك نباید بدانند که چه کسی کدام دارو يا دارونما را دریافت می‌کند.

- فاز چهارم پژوهش پس از دریافت مجوز دارو و فروش انجام می‌گيرد. در چند سال اول، داروي جديد از نظر عوارضی که در فازهای اولیه ظاهر نمی‌شوند، پایش می‌گردد. به علاوه شرکت‌های دارويی معمولاً علاقه‌مندند که بدانند تا چه میزان دارو توسيط پزشكان تجويز‌کننده‌ی داروها و بيماران مصرف کننده آنها مورdepzirish قرار گرفته است.

افزایش سريع تعداد کارآزمایي در حال اجرا در سالیان اخير، نياز به یافتن و وارد کردن تعداد زیادي بيمار برای رسیدن به حجم مورد نياز

آماری برای پژوهش را بوجود آورده است. در حال حاضر افراد مسئول کارآزمایی‌ها، چه پزشکان مستقل و چه شرکت‌های دارویی، به بسیاری از پزشکان دیگر در دیگر کشورها برای پیدا کردن بیمار به عنوان نمونه‌ی پژوهش تکیه می‌کنند.

#### اگرچه شرکت کردن در

پژوهش، تجربه‌ی ارزشمندی برای پزشکان می‌باشد، اما مسایل بالقوه‌ای وجود دارند که باید شناسایی شده و از آن‌ها

جاگاه پزشک در ارتباط  
پزشک-بیمار با جایگاه  
پژوهشگر در ارتباط پژوهشگر  
- سوژه‌ی تحقیق متفاوت است.

دوری شود. در مرحله‌ی اول، جایگاه پزشک در ارتباط پزشک-بیمار با جایگاه پژوهشگر در ارتباط پژوهشگر - سوژه‌ی تحقیق متفاوت است، حتی اگر پزشک و پژوهشگر هر دو، یک نفر باشند. مسئولیت اول پزشک، سلامت و آسایش بیمار است. در حالی که مسئولیت اول محقق، تولید علم است که ممکن است در سلامت و آسایش سوژه‌های تحقیق نقش داشته یا نداشه باشد. بنابراین امکان تعارض بین این دو نقش وجود دارد. هرگاه چنین اتفاقی روی دهد، باید نقش پزشک در مقابل نقش پژوهشگر تقدّم داده شود. این که این امر در عمل به چه معنی است، در ادامه‌ی بحث مشخص خواهد شد.

مسئله‌ی بالقوه دیگر در ترکیب این دو نقش، تعارض منافع است. پژوهش‌های پزشکی کاری متهوّرانه بوده و نیز با پرداخت مالی خوب همراه است و پزشکان گاهی موقع پیشنهاد پاداش‌های قابل ملاحظه در صورت شرکت کردن را دریافت می‌کنند. این می‌تواند شامل دریافت پول نقد برای وارد نمودن نمونه‌ها (آزمودنی‌ها subject) در تحقیق، به کارگرفتن تجهیزاتی مثل کامپیوتر برای انتقال داده‌های تحقیق، دعوت به کنفرانس‌ها برای بحث پیرامون یافته‌های تحقیق و کمک به نگارش و انتشار مقاله بر اساس نتایج تحقیق باشد.

تمایل پزشکان در کسب این منافع گاهی اوقات در تعارض با وظیفه‌ی آن‌ها در فراهم کردن بهترین درمان موجود برای بیمار قرار می‌گیرد.

همچنین ممکن است در تعارض با حق بیمار در دریافت تمامی اطلاعات ضروری برای تصمیم‌گیری کاملاً آگاهانه برای شرکت یا عدم شرکت در یک طرح تحقیقاتی باشد.

می‌توان بر این مشکلات بالقوه فائق آمد. ارزش‌های اخلاقی یک پزشک - دلسوزی، صلاحیت، و خودمختاری - در مورد پژوهشگران هم مصدق دارد. بنابراین هیچ تعارض ذاتی بین این دو نقش وجود ندارد. تا زمانی که پزشکان قواعد اساسی اخلاق پژوهش را دانسته و دنبال می‌کنند، مشکلی برای شرکت در پژوهش‌ها به عنوان قسمت درستی از فعالیت بالینی شان نخواهد داشت.

### الزامات اخلاقی

اصول اساسی اخلاق پژوهش به خوبی محرز است، ولی وضع همواره بدین منوال نبوده است، به طوری که بسیاری از پژوهشگران بر جسته‌ی پزشکی در قرون ۱۹ و ۲۰، آزمایشاتی را روی بیماران بدون رضایت آن‌ها و یا با کمترین نگرانی در مورد سلامت آن‌ها (آن هم در صورت وجود) انجام می‌دادند. اگرچه بعضی اظهارات در مورد اخلاق پژوهش در اوایل قرن بیستم عنوان شده‌اند، اما این‌ها نتوانستند جلوی پزشکان آلمان نازی و دیگر کشورها را از اجرای پژوهش روی انسان‌ها که به طور واضح حقوق اساسی بشر را مورد تجاوز قرار می‌دادند، بگیرند. پس از جنگ جهانی دوم بعضی از این پزشکان بوسیله‌ی یک دادگاه اختصاصی در نورنبرگ آلمان محاکمه و گناهکار شناخته شدند. پایه‌ی حکم این دادگاه به نام "کد نورنبرگ" شناخته شد که به عنوان استناد اساسی و اصلی اخلاق پژوهشی نوین به کار گرفته شدند. یکی از ده اصل این کد، نیاز به اخذ رضایت داوطلبانه از بیماری است که قرار است به عنوان سوژه پژوهش به کار رود.

انجمن جهانی پزشکی (WMA) در سال ۱۹۴۷ یعنی در همان سالی که کدهای نورنبرگ مطرح شدند، تاسیس شد. با آگاهی از تجاوز به حدود اخلاق پزشکی قبل و در حین جنگ جهانی دوم، پایه‌گذاران این انجمن به سرعت مراحلی ایجاد کردند تا از تعهدات و الزامات اخلاقی پزشکان

اطمینان حاصل کنند. در سال ۱۹۵۴، پس از سال‌ها مطالعه، انجمن مجموعه‌ای را با عنوان "اصول پژوهش و مطالعات تجربی" منتشر کرد. این سند در طول ده سال بعد، اصلاح و مجددًا چاپ شد و سرانجام در سال ۱۹۶۴ با عنوان **بیانیه‌ی هلسینکی** (DOH) Declaration of Helsinki پذیرفته شد. این سند بعدها در سال‌های ۱۹۷۵، ۱۹۸۳، ۱۹۸۹، ۱۹۹۶ و ۲۰۰۰ و ۲۰۰۸ اصلاح گردید. بیانیه هلسینکی خلاصه‌ای از اخلاق پژوهش است. اسناد دیگر با جزئیات بیشتری در سال‌های اخیر در کل در مورد اخلاق پژوهش تهیه شده است (به عنوان مثال، شورای سازمان بین‌المللی علوم پزشکی، "راهنمای بین‌المللی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی با سوژه‌های انسانی" ۱۹۹۳، اصلاح شده در سال ۲۰۰۲) و در مورد عناوین خاص در اخلاق پژوهش (به عنوان مثال شورای نافیلد Nuffield در مورد بیوایتك [UK] "اخلاق پژوهش در ارتباط با مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه" ۲۰۰۲).

با وجود حوزه و گستره‌ی تأليف این اسناد، آن‌ها تا اندازه‌ی زیادی روی اصول اساسی اخلاق پژوهش هم عقیده و موافق بودند. این اصول در قوانین و یا آیین‌نامه‌های بسیاری از کشورها و سازمان‌های بین‌المللی، از جمله آن‌ها که مسئول تأیید داروها و دستگاه‌های پزشکی هستند، یکسان می‌باشند.

در اینجا توضیح مختصری در مورد اصولی که در ابتدا توسط **بیانیه هلسینکی** (DOH) اتخاذ شده بود، آورده‌ایم:

### کمیته بررسی اخلاقی

تأییدیه: بند ۱۵ DOH

تصریح می‌کند که هر پروپوزال پژوهش پزشکی که روی سوژه‌های انسانی کار می‌کند باید پیش از شروع کار، بوسیله‌ی یک کمیته مستقل اخلاقی مور و تأیید شود.

هر پروپوزال پژوهش پزشکی  
که روی سوژه‌های انسانی کار  
می‌کند باید پیش از شروع کار،  
بوسیله‌ی یک کمیته مستقل  
اخلاقی مور و تأیید شود.

مستقل اخلاقی مرور و تأیید شود. برای گرفتن تأییدیه، پژوهشگران باید هدف و روش اجرای (متدولوژی) پژوهه را توضیح دهند و نشان دهند که چگونه سوژه‌های پژوهش (انسانها) استخدام و به مشارکت گرفته شده‌اند، چگونه رضایت آن‌ها کسب و چگونه حریم خصوصی آن‌ها حفظ خواهد شد. نحوه‌ی تأمین سرمایه برای پژوهشگران شود و در صورت وجود تعارض بالقوه بین منافع در بین پژوهشگران آن را افشا و مطرح نمایند. کمیته‌ی اخلاقی ممکن است پژوهه را همان‌طور که ارائه شده، پذیرد و یا خواهان تغییراتی پیش از شروع طرح شود یا به کلی از تأیید آن امتناع ورزد.

بسیاری از کمیته‌ها نقش فعالتری در پایش پژوهه‌های در حال اجرا دارند، تا از اجرای کامل تعهدات توسط پژوهشگران مطمئن شوند و می‌توانند بسته به ضرورت، یک پژوهه را به دلیل نتایج غیرمنتظره و زیان‌آور جدی متوقف نمایند.

دلیل نیاز به تأییدیه کمیته‌ی اخلاقی برای پژوهه، این است که نه پژوهشگران و نه سوژه‌های تحقیق به اندازه کافی آگاه و ذی صلاح نیستند تا ضرورت و اقتضای یک پژوهش را از نظر علمی و اخلاقی معین کنند. پژوهشگران باید برای یک کمیته منصف و متخصص، ارزشمند و ارزنده بودن پژوهه و صلاحیت دار بودن خویش را اثبات کرده و مشخص نمایند که سوژه‌های بالقوه پژوهش در مقابل ضرر و زیان تا حد اکثر میزان ممکن، محافظت خواهند شد. یک مسئله حل نشده در مورد بررسی کمیته اخلاق این است که آیا یک مطالعه چند مرکزی، نیاز به تأییدیه کمیته در تمامی مراکز دارد یا تأییدیه یک مرکز کافی است. اگر مراکز تأیید در چند کشور باشد، بررسی و تأیید کلی تمام کشورها مورد نیاز خواهد بود.

### شاپستگی علمی

بند ۱۲ بیانیه هلسینکی مقرر کرده، پژوهش‌های پژوهشگرانی که موارد انسانی را درگیر می‌کنند باید با مبانی علمی قابل قبول، توجیه پذیر باشند.

تحقیقات پژوهش‌های پژوهشگرانی که موارد انسانی را درگیر می‌کنند باید با مبانی علمی قابل قبول، توجیه پذیر باشند.

باید با مبانی علمی قابل قبول، توجیه پذیر باشند. این شرط وسیله‌ای برای حذف طرح‌های است که احتمال کمی برای موفقیت دارند، به عنوان مثال آن‌ها که از نظر روش اجرا مناسب نیستند یا حتی در صورت موفقیت، احتمالاً نتایج ناچیزی تولید خواهند نمود. در صورت دعوت از بیماران برای شرکت در پروژه پژوهشی، حتی با وجود ریسک ضرر خیلی کم، برای تأیید آن باید انتظار تولید دانش علمی مهمی را داشته باشیم.

برای اطمینان از شایستگی و اعتبار علمی، بند ۱۱ مقرر کرده که پروژه باید بر اساس اطلاع کاملی از مطالعات قبلی پیرامون موضوع و بر اساس مطالعات آزمایشگاهی و در موارد مقتضی، تحقیقات حیوانی قبلی با نتایج خوب پایه گذاری شود تا انتظار کارآیی مداخله پیشنهاد شده روی انسان‌ها را داشته باشیم. تمامی پژوهش‌ها روی حیوانات باید با راهنمایی اخلاقی منطبق شود تا از تعداد کمتری حیوان استفاده شده و از ایجاد درد در موارد غیرضروری جلوگیری گردد. بند ۱۶ شرط دیگری اضافه کرده است: تنها کسانی که از نظر علمی صلاحیت دارند، می‌توانند پژوهش روی نمونه‌های انسانی را انجام دهند. کمیته بررسی اخلاقی پیش از تأیید پروژه باید متقاعد شود که این شرایط اجرا خواهند شد.

### ارزش اجتماعی

یکی از بحث انگیزترین الزامات پژوهه‌های پژوهشی پژوهشکی این است که در سلامت و آسایش جامعه به طور کلی مؤثر باشند. معمولاً باید به صورت گستره‌ای موافقت گردد که پیشرفت در دانش علمی به خودی خود، ارزشمند

است و نیاز به توجیه بیشتر نیست. هر چند منابع موجود برای پژوهش‌های پژوهشکی بسیار ناکافی هستند، اما ارزش اجتماعی، به صورت ملاک مهمی در داوری این که آیا پژوهه باید مورد حمایت مالی قرار گیرد یا خیر، در آمده است.

ارزش اجتماعی،  
به صورت ملاک مهمی  
در داوری این که آیا  
پژوهه باید مورد  
حمایت مالی قرار گیرد  
یا خیر، در آمده است.

بندهای ۲۱ و ۲۱ بیانیه هلسینکی به طور واضح از در نظر گرفتن ارزش اجتماعی در ارزیابی پژوههای پژوهشی حمایت می کند. اهمیت اهداف پژوههای (به صورت اهمیت علمی و اجتماعی) باید بیشتر از خطرات و هزینه های تحمیلی پژوهش روی نمونه های انسانی باشد. از این گذشته، جمعیت های مورد پژوهش باید از نتایج پژوهش بهره مند شوند. این موضوع به ویژه در کشورهایی اهمیت دارد که امکان درمان غیر عادلانه سوزه های تحقیق، که متholm خطرات و سلب آسایش ناشی از پژوهش شده اند، وجود دارد؛ در حالی که داروهای تولید شده از نتایج پژوهش فقط به بیماران کشورهای دیگر سود خواهند رساند.

تعیین ارزش اجتماعی یک پژوهه تحقیقاتی بسیار مشکل تر از تعیین صلاحیت و ارزش علمی آن است ولی این امر دلیل برای نادیده گرفتن آن نیست.

پژوهشگران و کمیته های بررسی اخلاقی باید مطمئن شوند که بیماران وارد آزمایشی نشده اند که احتمال هیچ خدمت مفیدی برای اجتماع ندارد. در غیر این صورت منابع ارزشمند انسانی را تلف کرده و اعتبار پژوهش های پژوهشگران را به عنوان یکی از عوامل اصلی موثر در سلامت و بهداشت انسان ها سست می نمایند.

### منافع و مضار

هنگامی که شایستگی و اعتبار علمی و ارزش اجتماعی یک پژوهه ثابت شد، لازم است پژوهشگران مشخص کنند که آسیب (صدمه) وارد به سوزه های تحقیق، بدون دلیل یا بی تابع با منافع مورد انتظار پژوهش

(شاید بدون تاثیر مثبت روی خود افراد مورد تحقیق) نباشد. خطر یا ریسک، همان احتمال ایجاد نتیجه بد (زیان) است و دو جزء دارد: (۱) احتمال رخداد یک زیان (از خیلی غیر محتمل تا خیلی محتمل) و (۲) شدت زیان (از

اگر خطر کاملاً ناشناخته باشد، پژوهشگران تا زمانی که داده های قابل اعتماد موجود باشند، باید پژوهه را به پیش ببرد.

ناچیز تا ناتوانی شدید دائمی یا مرگ).

خطر خیلی غیر محتمل یک زیان ناچیز، برای یک پروژه تحقیقاتی خوب مشکل آفرین نیست. در سوی دیگر طیف، خطر خیلی محتمل یک زیان جدی غیر قابل قبول است، مگر این که این پروژه تنها آمید درمان سوژه‌های تحقیق (که شدیداً بیمار و غیر قابل نجات هستند) باشد. در این بین، بند ۲۰ بیانیه هلسينکی پژوهشگران را ملزم به ارزیابی کافی خطرات و اطمینان از قابلیت مدیریت خطرات می‌نماید. اگر خطر کاملاً ناشناخته باشد، پژوهشگر تا زمانی که داده‌های قابل اعتماد موجود باشند (به عنوان مثال از طریق بررسی‌های آزمایشگاهی یا آزمایش روی حیوانات)، نباید پروژه را به پیش برد.

### رضایت آگاهانه

اصل اول کد سورنبرگ می‌گوید: "رضایت داوطلبانه آزمودنی کاملاً ضروری است." پاراگراف توضیحی در مورد این اصل

در ادامه ملزم می‌کند که آزمودنی (فرد مورد پژوهش) "باید دانش و درک کافی از اجزای موضوعی را که به خاطر آن وارد پژوهش شده است، داشته باشد تا او قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه و با فکر باز نماید".

بیانیه هلسينکی در مورد رضایت آگاهانه وارد جزئیات بیشتر می‌شود. در بند ۲۴ آنچه آزمودنی لازم است بداند تا تصمیم آگاهانه‌ای در مورد شرکت کردن خویش بگیرد، مشخص شده است. بند ۲۶ در مورد تحت فشار قرار گرفتن افراد برای شرکت در تحقیق هشدار می‌دهد، زیرا در چنین موقعیتی ممکن نیست، رضایت کاملاً داوطلبانه باشد. بندهای ۲۷ تا ۲۹ در ارتباط با آزمودنی‌هایی است که توان رضایت‌دادن را ندارند (بچه‌های خردسال، افراد مهجوری که از لحاظ ذهنی به شدت عقب مانده‌اند، بیماران غیر هوشیار). آن‌ها هم می‌توانند در شرایط محدود به عنوان افراد مورد تحقیق به کار گرفته شوند.

بیانیه هلسينکی همچون دیگر اسناد اخلاق پژوهش، توصیه کرده

است که رضایت آگاهانه بیمار به وسیله‌ی فرم رضایت‌نامه امضا شده توسط آزمودنی، مستند و گواهی شود. (بند ۲۴) بسیاری از کمیته‌های بررسی اخلاقی، پژوهشگر را ملزم به فراهم کردن فرم رضایت‌نامه‌ای می‌کنند که تمایل به استفاده از آن را در پروژه‌شان دارند. در بعضی کشورها این فرم‌ها بسیار طولانی و با جزئیات فراوان ارائه می‌شوند که دیگر نمی‌توانند هدف آگاه کردن آزمودنی را تأمین کنند. در هر مورد، فرایند کسب رضایت آگاهانه با امضای فرم آغاز و با آن تمام نمی‌شود، بلکه باید توضیح شفاهی دقیق پروژه و هر آنچه شرکت در پروژه برای آزمودنی خواهد داشت را شامل شود. علاوه بر این، افراد مورد تحقیق باید آگاه شوند که می‌توانند از رضایت خویش، در هر زمانی حتی پس از شروع پژوهش، منصرف شوند، بدون این که کوچکترین اقدام تلافی جویانه از سوی پژوهشگران و یا دیگر پژوهشکان متوجه آن‌ها شود و بدون این که مشکلی برای سلامت آن‌ها ایجاد شود.

### رازداری

همانند بیمارانی که مراقبت‌های بالینی دریافت می‌کنند، افراد مورد پژوهش نیز حق حفظ حریم خصوصی در مورد اطلاعات سلامت شخصیشان را دارند.

**افراد مورد پژوهش نیز حق حفظ حریم خصوصی در مورد اطلاعات مربوط به سلامت شخصیشان را دارند.**

مریبوط به سلامت شخصیشان را دارند. برخلاف مراقبت‌های بالینی، تحقیق نیاز به افشا و اعلام اطلاعات سلامت شخصی افراد به دیگران از جمله مجتمع علمی بزرگتر و حتی گاهی به کل جامعه را دارد. به خاطر حفظ حریم خصوصی، پژوهشگران باید اطمینان دهند که رضایت آگاهانه را از افراد مورد تحقیق به منظور استفاده از اطلاعات سلامت شخصی شان برای مقاصد پژوهشی بدست آورده‌اند، بنابراین ضروریست که در مورد استفاده از اطلاعات به افراد توضیح کامل داده شود. طبق یک قانون کلی، اطلاعات باید به صورت غیر قابل شناسایی ذخیره گشته و در شرایط ایمن منتقل شوند. بیانیه انجمن در مورد ملاحظات اخلاقی در پایگاه

داده‌های بهداشتی، راهنمایی بیشتر را درمورد این موضوع فراهم نموده است.

### تعارض نقش‌ها

پیش‌تر در همین بخش اشاره شد که نقش پزشک در ارتباط پزشک-بیمار با نقش پژوهشگر در ارتباط پژوهشگر - آزمودنی متفاوت است، حتی اگر پزشک و پژوهشگر یک نفر باشند. بند ۳۱ بیانیه هلсинکی مشخص نموده که در چنین مواردی، نقش پزشک باید مقدم باشد. این بدان معناست که پزشک در صورتی که درمان جاری به نظر روی بیمار موثر بوده و برای پژوهش نیاز به گروه‌بندی تصادفی بیمار بین گروه‌های با درمان متفاوت و یا پلاسبو (دارونما) باشد، باید بتواند شرکت نکردن در پژوهه تحقیقاتی را به بیمار توصیه کند. تنها در صورتی که بنا به دلایل محکم علمی، معلوم نباشد که آیا درمان کنونی یا جاری بیمار به اندازه‌ی درمان پیشنهادی جدید و یا حتی به اندازه‌ی پلاسبو مناسب است یا نه، پزشک می‌تواند از بیمار بخواهد در طرح پژوهشی شرکت نماید.

### گزارش صادقانه نتایج

لازم به یادآوری نیست که گزارش درست نتایج پژوهش الزامی است، ولی متاسفانه اخیراً موارد متعددی از گزارش انتشار غیرصادقانه‌ی نتایج پژوهش وجود دارد، مسائلی نظیر سرقت ادبی مقالات (Plagiarism)،

جعل داده‌ها (Data fabrication)،  
انتشار تکراری (Duplicate publication)  
و نویسنده‌ی افتخاری (Gift authorship). این‌ها ممکن است، البته تا زمان پرده برداشتن شان،

به نفع پژوهشگر باشد ولی به بیمارانی که ممکن است درمان نادرست را بر پایه‌ی گزارش‌های نادرست دریافت کنند و همچنین به دیگر پژوهشگران به علت اتلاف وقت و منابع آن‌ها به دلیل تلاش برای دنبال کردن مطالعات قبلی، زیان گسترده‌ای وارد می‌کند.

اخيراً موارد متعددی از  
گزارش انتشار  
غیرصادقانه‌ی نتایج  
پژوهش وجود دارد.

### افشاگری (Whistle blowing)

برای پیشگیری از اجرای پژوهش‌های غیراخلاقی، یا برای مقابله با آن پس از انجام، هر کس از چنین اعمالی اطلاع یابد، ملزم به افشاء این اطلاعات به مسئولان امر می‌باشد. متأسفانه از چنین افشاگری همیشه قدردانی نمی‌شود. حتی گاهی افشاگران مورد تنبیه هم قرار می‌گرفند و از تلاش برای در معرض توجه قرار دادن کار اشتباه منصرف می‌شوند. به نظر می‌رسد این وضعیت در حال حاضر در حال تغییر است، زیرا هم دانشمندان پزشکی و هم دولت‌مردان نیاز به یافتن و مجازات کردن پژوهش‌های غیراخلاقی را احساس می‌کنند و بنابراین در صدد تقدیر از افشاگران برای رسیدن به این هدف برمی‌آیند.

کارآموزان تیم‌های پژوهشی، همانند دانشجویان پزشکی ممکن است در موارد شک به پژوهش‌های غیراخلاقی، احساس کنند به سختی می‌توانند عمل نمایند، چون ممکن است خود را فاقد صلاحیت برای داوری در مورد اعمال پژوهشگران ارشد گروه بینند و احتمال دارد در صورت صحبت کردن در مورد آن، مورد تنبیه قرار گیرند.

آن‌ها دست کم باید از شرکت در پژوهش‌هایی که به طور واضح برایشان غیراخلاقی به نظر می‌رسد (به عنوان مثال دروغ گفتن به افراد مورد تحقیق و جعل داده‌ها) خودداری نمایند. در صورت مشاهده‌ی دیگران در حال انجام چنین کارهای غیراخلاقی، هر اقدامی می‌توانند برای آگاه نمودن اولیای مربوط، مستقیم و یا به صورت بی‌نام، انجام دهند.

### موضوعات حل نشده

تنها ده درصد بودجه‌ی تحقیقات درجهان صرف مشکلات بهداشتی می‌شود که ۹۰ درصد مردم جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

توافقنامه‌ی عمومی تمامی جنبه‌های اخلاق پژوهش را در بر نمی‌گیرد. در حالی که دانش پزشکی

به پیشرفت در زمینه‌هایی مثل ژنتیک، علوم اعصاب و پیوند بافت و اعضاء ادامه می‌دهد، پرسش‌های جدیدی در مورد پذیرفته بودن تکنیکها، پروسه‌ها

و درمان‌ها از نظر اخلاقی بوجود می‌آیند که جواب‌های حاضر و آماده برای آن‌ها وجود ندارد.

به علاوه بعضی موضوعات قدیمی‌تر، هنوز از نظر اخلاقی مورد اختلاف هستند. به عنوان مثال این‌که در چه شرایطی دارونما به یک کارآزمایی بالینی می‌تواند اضافه شود و چه مراقبت تکمیلی برای شرکت‌کنندگان در تحقیق باید مهیا گردد.

در سطح جهانی، فاصله  $\frac{1}{90}$  در پژوهش‌های پزشکی (تنها ده درصد

بودجه تحقیقات درجهان صرف مشکلات بهداشتی می‌شود که ۹۰ درصد مردم جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد)، کاملاً یک مسئله حل نشده اخلاقی است و وقتی پژوهشگران در نواحی با منابع مالی کم در جهان مشکلات را مورد توجه قرار می‌دهند، با مسائلی به علت تضاد بین چشم‌انداز اخلاقی آن‌ها و جوامعی که در آن به کار مشغولند، مواجه می‌شوند. تمامی این موضوعات، به تحلیل و بحث بسیار زیاد پیش از بدست آوردن توافق‌نامه کلی نیاز دارند.

با وجود تمامی این مشکلات بالقوه، تحقیقات پژوهش‌های پزشکی، فعالیتی ارزشمند و دارای پاداش برای پزشکان، دانشجویان پزشکی و حتی برای خود افراد مورد تحقیق (آزمودنی‌ها) است. بنابراین پزشکان و دانشجویان پزشکی باید خودشان را به جای افراد مورد تحقیق در نظر بگیرند تا بتوانند احساس و درک لازم را در مورد طرف دیگر رابطه‌ی پژوهشگر - آزمودنی به دست آورند.

**بازگشت به گزارش مورد چهارم:**

دکتر ر. نباید به این سرعت می‌پذیرفت. او باید ابتدا بیشتر به اکتشاف در امور پروژه می‌پرداخت و مطمئن می‌شد که منطبق بر الزامات پژوهش اخلاقی است. بهویژه باید پروتکل ارائه شده به کمیته بررسی اخلاقی و هر نظری یا شرطی را که کمیته داشته است، از آن‌ها درخواست می‌کرد. او فقط باید در ناحیه‌ای که در آن مشغول به کار است، در پژوهش مشارکت کند و خودش از اعتبار علمی و ارزش اجتماعی پروژه راضی باشد. اگر از توانایی خود در ارزیابی پروژه مطمئن نیست، باید از همکارانش در مراکز بزرگتر مشاوره بگیرد. او باید مطمئن باشد که در راستای منافع بیمارانش گام برمی‌دارد و تنها کسانی را وارد پژوهش کند که از تغییر در درمان کنونی شان به یک درمان تحت آزمایش و یا پلاسبو (دارنما) ضرر و زیانی را متحمل نگردند. او نباید پژیرد که تعداد مشخص و ثابتی بیمار را به عنوان آزمودنی وارد طرح کند زیرا این می‌تواند او را وادار کند تا به بیماران (شاید برخلاف مصالح عالیه‌ی آنها) برای قبول شرکت در پروژه، فشار وارد نماید. و باید همواره و با دقیق بیماران تحت مطالعه را به خاطر عوارض غیرمنتظره پایش نماید و برای اتخاذ تصمیم به منظور اصلاح عوارض آماده باشد.

سرانجام، او باید نتایج تحقیق را با بیمارانش (در صورت در دسترس بودن) در میان بگذارد.

فصل  
ششم

## نتیجه پایانی



مردی در حال بالا رفتن از یک شیب دشوار

## مسئولیت‌ها و مزایای پزشکان

این دست‌نامه بیشتر روی وظایف و مسئولیت‌های پزشکان متمرکز شده است که در واقع، عمدتاً ترین جزء اخلاق پزشکی نیز همین است. هر چند،

پزشکان هم همچون دیگر انسانها،

علاوه بر مسئولیت‌هایشان، حقوقی نیز دارند و اخلاق پزشکی در صورتی که نحوه رفتار دیگران اعم از بیمار، جامعه یا همکاران با پزشک را نادیده بگیرد،

ناقص خواهد بود. اهمیت این جنبه از اخلاق پزشکی به‌طور فزاینده‌ای رو به افزایش است. به نحوی که پزشکان در بسیاری از کشورها، در عمل به حرفة‌ی خویش به‌دلیل محدودیت منابع، دولت و یا مدیریت خرد و صنفی توزیع مراقبت‌های بهداشتی، گزارش‌های رسانه‌ای احساس برانگیز درمورد خطاهای پزشکی و رفتار غیراخلاقی پزشکان، یا چالش در مورد اختیار و مهارت آنان توسط بیماران یا دیگر فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی ناکام می‌مانند.

اخلاق پزشکی در گذشته، هم‌زمان با مسئولیت‌ها، حقوقی را هم برای پزشک در نظر می‌گرفته است. کدهای قبلی اخلاق از جمله نسخه سال ۱۸۴۷ کدهای انجمن پزشکی آمریکا شامل بخش‌هایی در مورد تعهدات بیمار و عموم در برابر پزشک بودند. بسیاری از این تعهدات از مددادراند. به عنوان مثال موضوع "اطاعت بیمار از نسخه پزشک باید فوری و بی‌قید و شرط (مطلق) باشد. او هر گز نباید به عقاید خاص خویش اجازه دهد که توجه او به نسخه‌ی پزشک را تحت تاثیر قرار دهند"، دیگر کاربرد ندارد ولی جمله‌ی "عموم باید در ک مختص‌ری از معلومات پزشکی را داشته باشد... و... تا از عهده‌ی هر نوع تشویق و تسهیل آموزش پزشکی برآید..."، هنوز درست است. به جای تجدید نظر و بروزرسانی این قسمت‌ها، انجمن پزشکی آمریکا سرانجام آن‌ها را از کدهای اخلاقی اش

پزشکان هم همچون دیگر انسانها،  
علاءه بر مسئولیت‌هایشان، حقوقی نیز  
دارند و اخلاق پزشکی در صورتی که  
نحوه رفتار دیگران اعم از بیمار، جامعه  
یا همکاران با پزشک را نادیده بگیرد،

حذف کرد.

در طول سالها، انجمن جهانی پزشکی چندین بیانیه خط مشی در مورد حقوق پزشکان و مسئولیت‌های مربوط به دیگران، به ویژه دولت برای احترام به حقوق آن‌ها ارائه کرده است:

**بیانیه ۱۹۸۴** در مورد آزادی شرکت پزشکان در مجتمع پزشکی اظهار می‌کند که هیچ مانعی نباید جلوی پزشکان را برای شرکت در جلسات انجمن و یا دیگر مجتمع در هر جایی که برگزار شوند، بگیرد.

**بیانیه ۱۹۸۶** در مورد استقلال پزشک و آزادی حرفه‌ای می‌گوید: "پزشکان در مراقبت از بیمار خود باید آزادی حرفه‌ای کامل و بدون هرگونه دخالتی داشته باشند." و "پزشک باید آزادی حرفه‌ای لازم را برای نمایندگی و دفاع کردن از نیازهای سلامت بیماران در برابر هر کسی که نیازهای بهداشتی افراد مريض یا زخمی را نادیده بگيرد و یا محدود کند، داشته باشد."

**بیانیه ۱۹۹۵ درباره مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای** در مورد استانداردهای مراقبت‌های بهداشتی اظهار می‌کند که هر نوع داوری در مورد رفتار یا عملکرد حرفه‌ای یک دکتر باید تحت ارزیابی حقوقی به‌وسیله‌ی همتایان حرفه‌ای، همان پزشک قرار گیرد که از طریق تمرین و تجربه، پیچیدگی موضوعات پزشکی مربوط را در ک نموده باشند. همان بیانیه هر نوع فرایند بررسی شکایات یا جبران خسارت بیماران را که درستی ادعا ویت پاک آن‌ها از طریق ارزیابی عملکردها یا غفلت‌های پزشک توسط همتایان پزشک او رد شده باشد، محکوم می‌کند.

**بیانیه ۱۹۹۷** در مورد حمایت از پزشکانی است که از شرکت در شکنجه و زجر دادن و دیگر فرم‌های بی‌رحمی و وحشی‌گری و اعمال پست امتناع ورزند؛ و می‌گوید این افراد باید برای حمایت و محافظت، تسلیم انجمن جهانی پزشکی شوند تا با تماس گرفتن با انجمن‌های پزشکی ملی کشورها از پزشکانی که در برابر شرکت در چنین اعمال غیرانسانی مقاومت می‌کنند و یا آن‌ها که برای درمان و بازتوانی قربانیان تلاش

می‌کنند، حمایت و محافظت کنند؛ همان‌طور که برای حفظ اصول والای اخلاقی، مثل رازداری پزشکی، حق بیمار را محفوظ نگه می‌دارند.

بیانیه سال ۲۰۰۳ راهنمای اخلاقی برای استخدام بین‌المللی پزشکان به تمامی کشورها می‌گوید که "همه‌ی کوشش خود را در نگهداشتن پزشکان در حرفه و موطن خویش از طریق حمایت کردن از نیازهایشان در رسیدن به اهداف شخصی و حرفة‌ای با در نظر گرفتن نیازها و منابع کشور بینایند." و اطمینان بدهند که "پزشکانی که چه به صورت دائمی و یا موقتی در کشوری غیر از موطن خویش کار می‌کنند، باید با آن‌ها نسبت به دیگر پزشکان آن کشور عادلانه (به عنوان مثال، فرصت‌های برابر و دستمزد برابر در مقابل کار مشابه) رفتار شود."

#### اگر چه حمایت از حقوق پزشکان

گاهی باید مزایایی  
که پزشکان از آن  
بهره‌مندند، به آن‌ها  
یادآوری شود.

ضروری است و تهدیدها و چالش‌های پیش روی پزشک نیز پیش از این آمده است، ولی گاهی باید مزایایی که پزشکان از آن بهره‌مندند، به آن‌ها یادآوری شود.

بررسی‌های عمومی در بسیاری از کشورها پیوسته نشان می‌دهند که پزشکان، از محترم‌ترین و معتمد‌ترین گروه‌های شغلی هستند. در کل، آن‌ها بیش از حد میانگین جامعه، دستمزد دریافت می‌کنند (در بعضی کشورها خیلی بیشتر) آن‌ها هنوز تا حد زیادی استقلال بالینی خود را دارند، اگر چه این استقلال در مقایسه با گذشته کمتر شده است. بسیاری از آن‌ها با شرکت در پژوهش در یک جست‌وجوی مهیج به دنبال دانش جدید وارد می‌شوند. از همه مهم‌تر، آن‌ها خدماتی فراهم می‌کنند که ارزش غیر قابل تخمینی برای افراد بیمار – به ویژه آن‌ها که آسیب‌پذیر تر و نیازمندترند – و در کل برای جامعه دارد. با توجه به منافعی که پزشکان ایجاد می‌کنند، شامل کاهش درد و رنج، درمان بیماری‌ها، تأمین آسایش حین مرگ، کمتر شغلی ممکن است به این میزان رضایت‌بخش باشد.

انجام تعهدات اخلاقی شاید بهای ناچیزی است که باید از طرف پزشک در برابر تمامی این مزايا پرداخت شود.

### مسئولیت نسبت به خود

این دستنامه، مسئولیت‌های اخلاقی پزشکان را براساس افراد ذی نفع اصلی: بیماران، جامعه و همکاران (شامل دیگر حرفه‌های مربوط به سلامت) تقسیم‌بندی می‌نماید.

بعضی اوقات پزشکان فراموش می‌کنند که مسئولیت‌هایی هم در برابر خودشان و خانواده‌شان دارند. در بسیاری از نقاط جهان، پزشک شدن نیاز به وقف کردن خود به این حرفه بدون کمترین توجه به سلامت و رفاه

خوبیش دارد. کار کردن ۶۰ تا ۸۰ ساعت

در هفته به هیچ وجه غیرمعمول نیست و رفن به تعطیلات از موارد خوش‌گذرانی غیرضروری محسوب می‌شود. اگر چه بسیاری از پزشکان ممکن است در چنین شرایطی هم به خوبی کار کنند ولی

خانواده آن‌ها ممکن است آثار بدی را متحمل شوند. بقیه پزشکان، از این ریتم فعالیت حرفه‌ای رنج می‌برند، که نتایج آن از خستگی مزمن تا سوء رفتار جزئی و حتی خودکشی می‌تواند باشد. پزشکان آسیب‌دیده، خطری برای بیماران خوبیش‌اند، به‌طوری که خستگی مزمن عامل مهمی در حوادث ناگوار پزشکی است.

در بعضی کشورها، نیاز به اطمینان از امنیت بیمار و همچنین نیاز به ارتقای سبک زندگی (Life Style) پزشکان، از طریق محدود کردن تعداد ساعات و طول نوبت‌های کاری که پزشکان و یا کارآموزان باید داشته باشند، تأمین می‌گردد. در حال حاضر بعضی مؤسسات آموزش پزشکی، شرایط پزشکان خانم را برای قطع برنامه‌های کاری به دلایل خانوادگی

بعضی اوقات پزشکان  
فراموش می‌کنند که  
مسئولیت‌هایی هم در  
برابر خودشان و  
خانواده‌شان دارند.

تسهیل نموده‌اند. اگر چه تصمیماتی این چنین می‌تواند در سلامت و رفاه پزشکان نقش داشته باشد، اما مسؤولیت اولیه‌ی مراقبت از خویشتن به عهده‌ی فرد پزشک باقی می‌ماند. در کنار دوری از عوامل واضح مخاطره‌انگیز برای سلامتی مثل سیگار کشیدن، سوء مصرف مواد و کار بیش از حد، پزشکان با شناسایی عوامل استرس‌زا در زندگی شخصی و حرفة‌ایشان و با توسعه و اجرای استراتژی‌های مناسب باید از سلامت و رفاه خویش محافظت کرده و آن را ارتقا دهند. هرگاه پزشکی از عهده این امر بر نیامد، باید بدنبال کمک همکاران و متخصصان حقیقتاً واجد شرایط باشد و گرنه ممکن است روی روابط او با بیماران، جامعه و همکاران تأثیر منفی بگذارد.

### آینده اخلاق پزشکی

این دست‌نامه بیشتر روی وضعیت کنونی اخلاق پزشکی، البته با مراجعات متعدد به گذشته آن، تمرکز نموده است. با این وجود، زمان حال پیوسته ثابت نمی‌ماند و اگر می‌خواهیم از زمان عقب نمانیم، ضروری است که بر آینده پیش‌دستی کنیم. آینده اخلاق پزشکی تا حد زیادی به آینده علم پزشکی وابسته است. در دهه نخست قرن پیست و یکم، پزشکی با سرعتی بسیار زیاد در حال تکامل است و پیش‌بینی وضع این حرفه، در هنگام فارغ‌التحصیلی دانشجویان سال اول امروز، یا زمان بازنیستگی آن‌ها بسیار مشکل است! با توجه به ناپایداری سیاسی و اقتصادی گسترده، انحطاط محیطی، انتشار و شیوع مداوم HIV/AIDS و دیگر اپیدمی‌های احتمالی، آینده الزاماً بهتر از حال نخواهد بود. اگر چه می‌توانیم امیدوار باشیم که روزی سرانجام، نتایج پیشرفت پزشکی به تمامی کشورها گسترش یابد و مسایل اخلاقی پیش رو، مشابه مسایل موجود حال حاضر در کشورهای ثروتمند شود، ولی بر عکس، ممکن است کشورهای ثروتمند امروز، رو به انحطاط گذارند، به‌طوری که پزشکان آن‌ها با اپیدمی‌های بیمارهای تروپیکال و یا کاهش شدید ذخایر و منابع پزشکی

مواجهه گردند.

با توجه به ذات غیر قابل پیش بینی آینده، اخلاق پزشکی باید انعطاف‌پذیر و آماده تغییر و تحول با شرایط جدید باشد، همان‌طور که امروزه حقیقتاً آن‌گونه است. با این وجود امیدواریم که اصول اولیه آن به ویژه ارزش‌های دلسوزی، شایستگی و خودمختاری همراه با نگرانی در مورد حقوق بشر و وقف شدن در این حرفه در جای خود باقی بمانند. هر چه قدر هم، تغییر در پزشکی در نتیجه‌ی پیشرفت‌های علمی و تحت تأثیر عوامل اجتماعی، سیاسی و اقتصادی رخ دهد، باز هم همیشه افراد بیماری که نیاز به درمان (در صورت امکان) و مراقبت دارند، وجود خواهند داشت. پزشکان بطور سنتی چنین خدماتی را هم‌مان با دیگر کارها از جمله ارتقای سلامت، پیشگیری بیماری‌ها و مدیریت نظام سلامت فراهم می‌کرده‌اند. اگر چه ممکن است تعادل بین این فعالیت‌ها در آینده تغییر کند ولی احتمالاً پزشکان نقش مهم خود را در تمامی این عرصه‌ها حفظ خواهند کرد. از آنجا که هر یک از این فعالیت‌ها موجب ایجاد چالش‌های اخلاقی زیادی است، پزشکان باید از پیشرفت‌های اخلاق پزشکی همانند دیگر زمینه‌های آن آگاه باشند.

به پایان "دست‌نامه" رسیده‌ایم ولی این برای خواننده فقط یک مرحله‌ی کوتاه از یک عمر غوطه‌وری در اخلاق پزشکی خواهد بود. برای تکرار آنچه در مقدمه نیز آمد، این دست‌نامه تنها، یک آشنایی پایه‌ای از اخلاق پزشکی و بعضی موضوعات مهم آن را فراهم می‌کند. بر آن بودیم تا به شما احساس نیاز به تأمل دائمی بعد اخلاقی علم پزشکی را بدھیم تا بدانید چگونه در مواجهه با مسایل اخلاقی در کارتان، با آن‌ها ارتباط برقرار کنید. منابعی که در پیوست "ب" آمده‌اند، می‌توانند به شما در عمیق‌کردن دانش خود در این حوزه کمک نمایند.



## پیوست‌ها

### پیوست الف

#### واژه‌نامه

**اجماع (Consensus):** یک توافق‌نامه عمومی که لزوم ندارد همه متفق‌القول باشند.

**اخلاق زیستی یا اخلاق زیست‌پزشکی، Bioethics/Biomedical Ethics:** دو اصطلاح معادل هم برای مطالعه موضوعات اخلاقی مرتبط با پزشکی، مراقبت‌های بهداشتی و علوم زیستی که چهار زیرگروه عمدۀ دارد: اخلاق بالینی یا Clinical Ethics، در ارتباط با موضوعاتی است که در مراقبت از بیمار رخ می‌دهند (رجوع به فصل دوم این دست‌نامه)؛ اخلاق پژوهش یا Research Ethics، که به مراقبت از آزمودنی‌های انسانی در پژوهش‌های بهداشتی می‌پردازد (به فصل پنجم این دست‌نامه رجوع شود)؛ و اخلاق حرفه‌ای یا Professional Ethics، که در ارتباط با وظایف و مستولیت‌های ویژه‌ی پزشکان و دیگر حرفه‌های بهداشتی می‌باشد (اخلاق پزشکی یا Medical Ethics یک فرم از اخلاق حرفه‌ای است)؛ و اخلاق سیاست‌گذاری عمومی یا Public Policy Ethics، که به فرمول‌بندی و تفسیر قوانین و آین نامه‌های مربوط به اخلاق زیستی می‌پردازد.

**ارزش (Value):** ( فعل) ارزش قائل شدن به چیزی. (اسم) چیزی که بسیار مهم در نظر گرفته می‌شود.

**اظهار (Profess):** اعلام یک عقیده یا عهد و پیمان در محضر عموم. این واژه، پایه‌ی اصطلاحات Professionalism و Profession به ترتیب به معنی حرفه، حرفه‌ای و تعهدات حرفه‌ای (حرفه‌مندی) می‌باشد.

**افشاگر (Whistle-Blower):** فردی که مردم را از میان مسئولان یا جامعه نسبت به فعل غیر اخلاقی یا غیرقانونی یک فرد یا سازمان آگاه می‌سازد. (این اصطلاح از دنیای ورزش گرفته شده است که در آن فردی به عنوان داور یا حاکم با دمیدن در سوت، نقض و تخلّف از قوانین را اعلام می‌کند).

**پاسخ‌گو (Accountable):** پاسخ‌گویی به کسی به خاطر چیزی (به عنوان مثال، کارفرما) نسبت به اعمالی که کارکنانش انجام می‌دهند، مسئول است. پاسخ‌گویی یعنی آماده شدن برای ارائه پاسخ در مورد علت انجام یا عدم انجام کاری توسط یک نفر.

**پزشک (Physician):** فردی که صلاحیت درمان را دارد. در برخی از کشورها واژه‌ی "پزشک" یا Physician برای تمایز آن از جراح به کار می‌رود، در حالی که واژه "دکتر" برای هر دو به کار می‌رود. علاوه بر آن، واژه‌ی "دکتر" برای دیگر حرفه‌های بهداشتی همچون دندانپزشکان و متخصصان تغذیه و همچنین برای دانش آموختگان مقطع Ph.D در تمامی رشته‌ها به کار می‌رود. عبارت "دکترای پزشکی" عبارت دقیق‌تری است ولی استفاده گسترده‌ای ندارد. انجمان جهانی پزشکی از واژه پزشک یا Physician برای تمامی افرادی که برای طبابت صلاحیت یافته‌اند، فارغ از تحصیلی که دارند، استفاده می‌نماید. در این دست‌نامه نیز به همین ترتیب عمل شده است.

**تمایلات و تصمیمات درمانی از پیش اتخاذ شده (Advance Directives):** یک اظهارنامه از سوی یک نفر اغلب به صورت کتبی، که نشان می‌دهد فرد تمایل دارد درمان شود یا خیر، در هنگامی که آن‌ها دیگر قادر به تصمیم‌گیری در مورد خود نمی‌باشند (به عنوان مثال وقتی که فرد هوشیاری خود را از دست داده یا دچار زوال عقل شده است) این یک فرم از برنامه‌ریزی مراقبتی پیش رو است؛ فرم دیگر انتخاب یک نفر برای

تصمیم‌گیری به عنوان تصمیم‌گیرنده جانشین در چنین شرایطی است. برخی از ایالات آمریکا در مورد تمايلات و تصمیمات از پیش تعیین شده‌ی بیمار قوانینی وضع نموده‌اند.

**حامل یا رحم جایگزین** (Surrogate or Substitute gestation): یک نوع از حاملگی که در آن زنی موافقت می‌کند که بچه‌ای را حامله شده و پس از تولد به فرد یا زوج دیگری که در بیشتر موارد تأمین کننده اسپرم (از طریق تلقيق مصنوعی Artificial insemination) یا رویان Embryo (از طریق بارورسازی آزمایشگاهی In Vitro و انتقال جنین) می‌باشد، تحویل دهد.

**سوقت ادبی (Plagiarism):** یک نوع از رفتار غیرصادقانه که در آن فردی کار فرد دیگر را، به عنوان مثال تمام یا بخشی از مقاله‌ی علمی او را کپی کرده، به عنوان کار خود (بدون ذکر منبع) ارائه می‌کند.

**سلسله هرماق (Hierarchy):** قرار گیری رتبه‌ای مردم بر اساس سطوح مختلف اهمیت از بالاترین به پایین ترین. سلسله مراتبی یا Hierarchical صفته است که برای چنین وضعیتی به کار می‌رود. اصطلاح Hierarchy همچنین اصطلاحی است که برای بالاترین رهبران یک سازمان به کار می‌رود.

**سودسانی (Beneficience):** در لغت "انجام فعل خوب". از پزشکان انتظار می‌رود که برای مصالح عالی پیمارشان عمل کنند.

**عدالت (Justice):** درمان عادلانه افراد و گروهها؛ همان طور که در فصل سوم به آن اشاره شده است، در ک متفاوتی از درمان عادلانه در مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد.

**عدم ضرر رسانی (Non-Maleficence):** معنای لغوی آن "انجام ندادن کار اشتباه". پزشکان و پژوهشگران پزشکی باید از ایجاد هرگونه آسیب به بیماران یا آزمودنی‌های پژوهش خودداری نمایند.

**عقل گرو (Rational):** بر پایه‌ی ظرفیت استدلال بشر. توانایی بحث بر له و علیه یک عمل خاص و تصمیم‌گیری در مورد این که کدام گزینه بهتر است.

**فضیلت (Virtue):** خصوصیت مثبت در مردم، به ویژه در شخصیت یا رفتار آنها. برخی از فضیلت‌ها به ویژه برای گروه‌های خاصی از مردم اهمیت بیشتری دارند، به عنوان مثال: دلسویزی برای پزشکان، شجاعت برای آتش‌نشانان، صداقت برای شاهدان و غیره. در این دست‌نامه اصطلاح Virtue به صورت اخلاق فضیلت گرا به کار رفته است.

**کثرت‌گرا (Pluralistic):** داشتن چندین رویکرد یا ویژگی و یا رویکردهای خیلی متفاوت. متضاد مفرد یا یک شکل است.

**متخصص بیهوشی (Anaesthetist):** متخصص بیهوشی که در برخی از کشورها عنوان انسٹریولوژیست (Anaesthesiologist) برای آن کاربرد دارد.

**مراقبت‌های تسکینی (Palliative Care):** نوعی از رویکرد در مراقبت از بیماران، (به ویژه آنها) که احتمال فوت‌شان در آینده بسیار نزدیک در نتیجه‌ی یک بیماری جدی و غیر قابل درمان وجود دارد) که تمرکز عملده‌ی آن بیشتر روی کیفیت زندگی بیمار به ویژه کنترل درد است. این مراقبت‌ها ممکن است در بیمارستان‌ها یا مؤسسات خاص برای بیماران در حال مرگ (که بیشتر آسایشگاه یا Hospices نامیده می‌شوند) و یا در منزل بیمار فراهم شوند.

**مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده (Managed HealthCare):** رویکرد سازمانی به مراقبت‌های بهداشتی که در آن دولت‌ها، سازمان‌ها، و شرکت‌های بیمه‌گر تصمیم می‌گیرند که چه خدمتی باید ارائه شود، چه کسی باید آن‌ها را فراهم کند (پزشکان متخصص، پزشکان عمومی، پرستاران یا دیگر حرفه‌های بهداشتی)، این خدمات باید در کجا ارایه شوند (درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، منزل بیماران و غیره) و بسیاری مسائل دیگر.

**وکالت (Advocate):** ( فعل) صحبت کردن و انجام کاری به جای فرد یا گروهی؛ (اسم) کسی که بدین طریق عمل می‌کند. پزشکان هنگام تماس با دولت یا مسئولان سازمان‌های بیمه‌گر به منظور فراهم کردن خدماتی که برای بیمار ضروری است ولی به راحتی بدست نمی‌آید، به عنوان وکیل دفاع یا حامی بیمارشان عمل می‌کنند.

## پیوست ب

### منابع اخلاق پزشکی در دنیای اینترنت

#### عمومی

کتابچه‌ی سیاست‌های انجمن جهانی پزشکی [www.wma.net/e/policy/handbook.htm](http://www.wma.net/e/policy/handbook.htm)

- حاوی متن کامل سیاست‌های انجمن جهانی پزشکی به سه زبان انگلیسی، فرانسه و اسپانیولی است.

واحد اخلاق انجمن جهانی پزشکی - [www.wma.net](http://www.wma.net) که شامل

بخش‌های زیر بوده و به صورت ماهانه بروزرسانی می‌شود:

• موضوع ماه.

• فعالیت‌های توسعه‌ای اخلاق در انجمن جهانی پزشکی.

• سیاست‌های اخلاقی انجمن جهانی پزشکی، شامل آنها بی که در حال آماده شدن و یا تحت بررسی می‌باشند.

• بیانیه هلسینکی، تاریخچه و وضعیت حاضر.

• منابع اخلاقی انجمن جهانی پزشکی.

• سازمان‌های اخلاق پزشکی، به علاوه کدهای اخلاقی آنها.

• آگهی کنفرانس‌ها.

• آموزش اخلاق پزشکی.

• اخلاق و حقوق بشر.

• اخلاق و پروفشنالیسم پزشکی.

م موضوعات مرتبط با آغاز حیات

[کلویننگ انسان: www.who.int/ethics/topics/cloning/en](http://www.who.int/ethics/topics/cloning/en)

[كم باروری - کم باروری](http://www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm)

موضوعات مرتبط با پایان حیات

[www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.htm](http://www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.htm) : منابع

آموزش پیشکان در مورد مراقبت‌های سیماران در شرف مرگ:

[www.epec.net/EPEC/webpages/index.cfm](http://www.epec.net/EPEC/webpages/index.cfm)

[www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm](http://www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm) - مراقبت‌های تسکینی

[www.euthanasia.com](http://www.euthanasia.com) - مخالفت با اوتاناژی

موضوع HIV/AIDS

[www.wits.ac.za/bioethics/](http://www.wits.ac.za/bioethics/)

:UNAIDS

[www.unaids.org/en/in+focus/hiv\\_aids\\_human\\_rights/unaids+activities+hr.asp](http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/unaids+activities+hr.asp)

## ارتباط با شرکت‌های تجاری:

www.ama.org/ama/pub/category/5689.html منابع آموزشی:

یژوهش روی نمونه‌های انسانی

[راهنماها و منابع:](http://www.who.int/ethics/research/en/)

دانشکده بهداشت دانشگاه هاروارد، دوره آموزشی، موضوعات اخلاقی

د، تحقیقات سیاست‌الملل، د، حوزه‌ی سلامت:

[www.hsph.harvard.edu/bioethics/](http://www.hsph.harvard.edu/bioethics/)

## دوره‌ی آموزشی و منابع برای ارزیابی مسائل اخلاقی پژوهش‌ها:

[www.ttree.org/site/en\\_home.phtml](http://www.ttree.org/site/en_home.phtml)

## پیوست پ

### انجمن جهانی پزشکی WMA

تصمیم‌گیری در مورد لزوم وارد نمودن اخلاق پزشکی و حقوق بشر در محتوای درسی دانشکده‌های پزشکی سراسر جهان (تصویب شده در پنجاه و یکمین جلسه مجمع جهانی پزشکی در تل آویو، اسرائیل در تاریخ اکتبر ۱۹۹۹).

- ۱) از آنجایی که اخلاق پزشکی و حقوق بشر بخشی جدایی ناپذیر از کار و فرهنگ حرفه‌ی پزشکی می‌باشد، و
- ۲) از آنجایی که اخلاق پزشکی و حقوق بشر بخشی جدایی ناپذیر از تاریخچه، ساختار و اهداف سازمان جهانی پزشکی است،
- ۳) بدین وسیله مقرر می‌گردد که انجمن جهانی پزشکی به دانشکده‌های پزشکی در سراسر جهان توصیه کند که آموزش اخلاق پزشکی و حقوق بشر به عنوان یک واحد اجباری در کاریکولوم درسی این دانشکده‌ها وارد شود.

فدراسیون جهانی آموزش پزشکی (WFME)  
استانداردهای جهانی برای ارتقای کیفیت-آموزش پایه‌ای پزشکی  
([www2.sund.ku.dk/wfme/](http://www2.sund.ku.dk/wfme/))  
این استانداردها که انتظار می‌رود تمامی دانشکده‌های پزشکی آن‌ها را برآورده نمایند، در موارد زیر به اخلاق پزشکی ارجاع داده‌اند:

**۴-۱) نتایج آموزشی:**

دانشکده‌های پزشکی باید صلاحیت‌هایی را (شامل آگاهی و درک از اخلاق پزشکی) که دانشجویان باید در گذار به دوره‌های آموزشی آینده و نقش‌های آتی شان در نظام بهداشتی از خود نشان دهند، معین نمایند.

**۴-۲) برنامه آموزشی - اخلاق پزشکی:**

دانشکده‌های پزشکی باید موضوعات اخلاق پزشکی را شناسایی و به منظور ارتباط و تصمیم‌گیری بالینی مؤثر و فعالیت اخلاقی وارد کاریکولوم خود نمایند.

**۴-۳) برنامه آموزشی - علوم بالینی و مهارت‌ها:**

مهارت‌های بالینی شامل شرح حال گیری، ارتباط و مهارت رهبری تیم می‌باشند. مشارکت در مراقبت از بیمار، نیازمند کار گروهی با دیگر حرفه‌های بهداشتی است.

**۴-۴) منابع آموزشی - پژوهش‌ها:**

ارتباط بین فعالیت‌های پژوهشی و آموزشی باید مورد تشویق قرار گیرد و دانشجویان را برای شرکت در پژوهش‌های پزشکی و توسعه‌ی آن باید آماده نمود.

## پیوست ت

### تقویت آموزش اخلاق در دانشکده‌های پزشکی

برخی از دانشکده‌های پزشکی، آموزش اخلاق پزشکی را فقط به میزان کمی دارند، در حالی که برخی دیگر آموزش را در سطح پیشرفته ارائه می‌دهند. حتی در مورد اخیر، همواره جا برای پیشرفت و توسعه وجود دارد. در اینجا فرایندی ارائه شده که توسط هر کسی، چه دانشجوی پزشکی و یا اعضای هیئت علمی، که قصد تقویت آموزش اخلاق پزشکی را در مؤسسه‌ی خویش دارد، قابل اجراست.

#### ۱. آشنا شدن با فرایند تصمیم‌گیری در مؤسسه:

- رئیس دانشکده
- شورای آموزشی Curriculum Committee
- شورای دانشکده Faculty Council
- اعضای تأثیرگذار دانشکده

#### ۲. تقاضای حمایت شدن از سوی دیگران:

- دانشجویان
- دانشکده
- مدیران کلیدی
- انجمن نظام پزشکی کشور
- بدنی تصمیم‌گیرنده در مورد پزشکی کشور

### ۳. ارائه‌ی نمونه‌های مهم:

- تصمیم‌گیری در مورد لزوم وارد نمودن اخلاق پزشکی و حقوق بشر در محتوای درسی دانشکده‌های پزشکی سراسر جهان
- استانداردهای جهانی برای ارتقای کیفیت-آموزش پایه‌ای پزشکی
- نمونه‌هایی از دیگر دانشکده‌های پزشکی
- الزامات اخلاق در پژوهش
- پیش‌بینی مخالفت‌ها (به عنوان مثال اعتراض به حجم زیاد محتوای درسی دانشجو)

### ۴. پیشنهاد کمک:

- پیشنهادهایی پیرامون ساختار، محتوا، منابع دانشکده و دانشجویان فراهم نمایید. (به صفحه وب واحد اخلاق انجمن جهانی پزشکی WMA در مورد منابع آموزش اخلاق پزشکی مراجعه کنید: [www.wma.net/e/ethicsunit/education.html](http://www.wma.net/e/ethicsunit/education.html))
- از دیگر برنامه‌های اخلاق پزشکی مثل WMA استفاده کنید.

### ۵. اطمینان از تداوم کار:

- دفاع از ایجاد شورای دائمی اخلاق پزشکی
- استخدام دانشجویان جوان تر
- به کارگرفتن دیگر دانشکده‌ها
- درگیر ساختن مدیران جدید دانشکده و مدیران کلیدی

## پیوست ث

### چند گزارش مورد

راهنمایی یک نوجوان در مورد روش‌های پیشگیری از حاملگی سارا پانزده سال دارد. او در شهری زندگی می‌کند که تجاوزات جنسی هر روز بیشتر و بیشتر می‌شوند. او به درمانگاه شما آمده و از شما می‌خواهد که برایش قرص ضد بارداری خوراکی تجویز کنید تا از حاملگی ناشی از یک تجاوز جنسی جلوگیری نماید. با حاملگی او از تحصیل منع شده و یافتن همسر برای وی دشوار خواهد شد. سارا به شما می‌گوید که نمی‌خواهد والدینش در مورد استفاده از کتراسپتیوها بداند، زیرا آن‌ها تصور خواهند کرد که او قصد رابطه‌ی جنسی با یک پسر را دارد. شما نسبت به انگیزه سارا مشکوک می‌شوید ولی او را به خاطر تصمیمیش در ممانعت از بارداری تحسین می‌کنید. شما به او توصیه می‌کنید که برای بحث بیشتر در مورد موضوع همراه والدینش به درمانگاه مراجعه کند. پس از سه روز او به تنها بیان می‌گردد و به شما می‌گوید که تلاش کرده با والدینش در مورد این موضوع صحبت کند ولی آن‌ها از بحث در مورد آن امتناع ورزیده‌اند. حال شما چکار می‌کنید؟

## کودک فارس

ماکس در طی هفته بیست و سوم حاملگی به دنیا آمد. به دلیل نارس بودن، تحت ونتیلاتور می‌باشد. به علاوه، به خاطر ناپایداری در بافت عروقی، او دچار خونریزی مغزی شده است. احتمال بقای او در چند هفته آتی کم است. حتی در صورت بقا، احتمالاً او هم از نظر ذهنی و هم از نظر جسمی نقص خواهد داشت. وضعیت ماکس با ایجاد عفونت روده بدتر نیز شد. امکان خارج کردن بخش ملتهب روده از طریق جراحی وجود داشت که شانس او برای بقای پس از عمل بسیار کم بود. والدین ماکس راضی به عمل نشدند، چون نمی‌خواستند ماکس با این عمل رنج بکشد و تصور می‌کردند که کیفیت زندگی او هرگز مناسب نخواهد شد. به عنوان پزشک درمان کننده، به نظر شما عمل باید انجام گیرد و نمی‌دانید که چه اقدامی در برابر خودداری والدین ماکس نمایید.

## عفونت HIV

آقای اس. متأهل و پدر دو فرزند مدرسه‌ای است. او در درمانگاه شما به خاطر یک نوع پنومونی نادر از که اغلب همراه با ایدز است، تحت درمان می‌باشد. نتایج آزمایش خون نشان می‌دهد که او حقیقتاً HIV مثبت است. آقای اس. می‌گوید که خودش می‌خواهد در مورد زمان اطلاع بیماری به همسرش تصمیم بگیرد. شما عنوان می‌کنید که اطلاع یافتن می‌تواند زندگی همسر او را با پیشگیری از آلودگی حفظ نماید. وانگهی او می‌تواند آزمایش HIV بدهد، و در صورتی که مثبت باشد، او می‌تواند فرصت دریافت دارو به منظور کند کردن روند بروز بیماری و در پی آن طولانی کردن عمر را داشته باشد. پس از شش هفته آقای اس. برای آزمایش کنترل به درمانگاه شما مراجعه می‌کند. در پاسخ به سؤال شما می‌گوید که هنوز همسرش را از موضوع بیماری مطلع نکرده است. او نمی‌خواهد همسرش در مورد تماس جنسی او با هم جنسش (هموسکوال) چیزی بداند، چون می‌ترسد که همسرش روابطشان را قطع کرده و خانواده از هم پاشد. برای حفاظت از همسر، هنگام تماس جنسی از روش‌های این استفاده کرده است. به عنوان پزشک معالجه کننده، شما نمی‌دانید که آیا باید خانم اس. را در مورد وضعیت HIV شوهرش بر خلاف میل او آگاه نمایید تا فرصت لازم را برای درمان او در صورت لزوم بدست آورید یا نه.

### درمان یک زندانی

به عنوان بخشی از وظایف پزشکی، شما هر دو هفته یک روز را برای معاینهٔ زندانیان در زندانی در همان نزدیکی صرف می‌کنید. دیروز یک زندانی را با خراش‌های متعدد روی صورت و تنه معالجه کردید. وقتی از علت بوجود آورندهٔ خدمات می‌پرسید، زندانی پاسخ می‌دهد که بدنبال ممانعت از پاسخ به بازپرسی، توسط زندانیان مورد هجوم قرار گرفته است. این نخستین بیماری است که با این شرح حال داشته‌اید ولی پیش‌تر در مورد موارد مشابه از همکارانتنان شنیده‌اید. شما متلاعده می‌شوید که باید کاری انجام دهید ولی بیمار به سبب ترس از تلافی مسئولان زندان به شما اجازه فاش ساختن اسرارش را نمی‌دهد. به علاوه، شما مطمئن نیستید که ادعای زندانی حقیقت داشته باشد. نگهبان همراه او به شما می‌گوید که او با زندانی دیگری نزاع داشته است. رابطه‌ی شما با نگهبانان زندان خوب است و نمی‌خواهید این رابطه با وارد آوردن یک اتهام غیر معتبر "بدرفتاری با زندانیان" خراب شود. شما باید چکار کنید؟

### تصمیم به خاتمه حیات

یک زن هشتاد ساله از یک خانه سالم‌مندان، برای درمان پنومونی در بیمارستان شما بستری شده است. او ضعیف بوده و دچار دمانتس خفیف می‌باشد. شما با موقیت پنومونی او را درمان می‌کنید ولی درست پیش از ترخیص، پی‌زن دچار سکته مغزی می‌شود که نیمه راست بدن او فلج شده و توانایی تغذیه و بلع را از دست می‌دهد. برای او لوله تغذیه از راه بینی تعییه می‌شود که باعث ناراحتی بیمار شده و پس از چند مرتبه که بیمار با دست چپش برای خارج کردن تیوب تلاش کرده، دست او نیز با یک بند بسته و بی حرکت می‌شود. او دیگر قادر به بیان خواسته‌های خود نیست. جست و جو بدنبال فرزندان یا دیگر خویشاوندان که بتوانند در مورد درمان تصمیم‌گیری نمایند، ناموفق است. پس از چند روز شما نتیجه می‌گیرید که احتمال بهبود وضعیت وی وجود ندارد و تنها راه تسکین درد وی، دادن مسکن (سداتیوها) و خارج کردن لوله تغذیه‌ی اوست، تا بمیرد. در چنین وضعیت شما باید چکار کنید؟

### مجموعه‌ی گزارش‌های موردی:

- کرسی یونسکو برای موارد رضایت‌نامه آگاهانه در اخلاق زیستی  
<http://research.haifa.ac.il/~medlaw/>
- مطالعه‌ی موردهای شبکه‌ی اخلاق بالینی بریتانیا  
[www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm](http://www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm)
- مطالعات موردی در مورد پژوهش‌های بین‌المللی بهداشتی مربوط به دانشکده بهداشت دانشگاه هاروارد:  
[www.hsph.harvard.edu/bioethics/](http://www.hsph.harvard.edu/bioethics/)



زن سالمند تحت معاينه



انجمن جهانی پزشکی "صدایی به نمایندگی از پزشکان جهان فارغ از تخصص،  
مکان و محل خدمت آن هاست. مأموریت انجمن خدمت به بشریت  
از طریق تلاش برای رسیدن به بالاترین استانداردهای محکن در مراقبت‌ها،  
اخلاق، دانش و آموزش پزشکی و حقوق بشر مرتبط با موضوع سلامت  
برای تمامی انسان‌ها می‌باشد. واحد اخلاق انجمن در سال ۲۰۰۳ به مبنظر  
های‌سکنی در ایجاد و بازبینی سیاست‌های اخلاقی و به مبنور کسرش  
فعالیت‌های اخلاقی انجمن در سه حوزه زیر تأسیس گردید. ارتباط با دیگر  
سازمان‌های بین‌المللی فعال در حفظ اخلاق؛ توسعه اخلاق از طریق  
برگزاری کنفرانس‌ها و از طریق وب‌سایت انجمن؛ ایجاد محتواهی آموزشی  
جدید برای اخلاق پزشکی همانند این دست‌نامه.

